

*Iniciativa para la extensión de la protección social en salud
a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe*

ESTUDIO DE CASO

Servicio de Salud Asociación Mutual S.M. Laspiur Laspiur – Argentina

*Elaborado por:
Ileana Gutiérrez
Alianza del Mutualismo de América*

*Buenos Aires, Argentina
Julio 1999*



**Programa OIT-STEP
Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza
Departamento de Seguridad Social**

Presentación

La Oficina Internacional del Trabajo (OIT), en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), llevan adelante una iniciativa para buscar alternativas de cobertura de salud de la población excluida en América Latina y el Caribe.

Dentro de esta iniciativa se realizará una reunión del 29 de noviembre al 01 de diciembre 1999 en México sobre “La extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos de la población en América Latina y el Caribe”. Uno de los objetivos de la reunión es discutir experiencias emprendidas por los sistemas de seguridad social y por otros sectores de la sociedad, orientadas a promover el acceso de la población a la protección social en el ámbito de la salud.

En el marco de esta iniciativa, el Programa “Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza” (STEP) del Departamento de Seguridad Social, Organización Internacional del Trabajo (OIT), ha realizado una serie de estudios de caso de sistemas de micro-seguros de salud. Dichos estudios de caso tienen como objetivo, entre otros, proveer material de base para el desarrollo de la reunión de México. Los mismos constituirán la base de un análisis de síntesis.

Los estudios de caso han sido realizados y estructurados en base a una Guía Metodológica elaborada por el Departamento de Seguridad Social de la OIT y la OPS. Copias de esta Guía pueden obtenerse en la sede del Programa STEP en Ginebra.

El caso que hemos estudiado es el “Servicio de Salud S. M. L.” de la Asociación Mutual S. M. Laspiur. Este sistema es básicamente un proyecto de una Organización No Gubernamental (ONG).

La localidad de Saturnino María Laspiur se encuentra ubicada en la República Argentina, Provincia de Córdoba, Departamento de San Justo. Este pueblo se sitúa sobre la Ruta Provincial N° 158 que une las Ciudades de Villa María con San Francisco. Dista 205 Km. de la Ciudad Capital de Córdoba y 51 km. de la Ciudad de San Francisco (cabecera de su Departamento). La Ciudad más cercana es Las Varillas ubicada a 31 Km. de distancia. (Ver mapa anexo)

El informe se elabora basándose en las pautas de una guía preparada para este fin por un equipo multidisciplinario de profesionales de OIT y la OPS. El trabajo de campo en Laspiur fue realizado del 5 al 9 de julio de 1999 y estuvo a cargo de la consultora Ileana Gutiérrez de la Alianza del Mutualismo de América (A.M.A). El informe fue preparado por Ileana Gutiérrez, e incorporó los valiosos comentarios y observaciones de Dennis Arends del Punto Focal del Programa STEP en el Equipo Técnico Multidisciplinario del Cono Sur de la OIT y de Néstor Sarriá de AMA.

Queremos agradecer la significativa, generosa y desinteresada colaboración prestada por las siguientes personas para el exitoso cumplimiento de nuestra misión:

-Cr. Gustavo Badariotti	Gerente de la Mutual S.M.Laspiur
-Dr. Víctor González	Ex-Director de la Clínica Privada S. M. Laspiur
-Dr. Juan Carlos Mercol	Director del Dispensario Municipal de S. M. Laspiur

Finalmente, de modo especial, a los pobladores de Saturnino María Laspiur que nos proporcionaron sus opiniones y aportes.

Indice

I. Introducción	1
II. Descripción resumida del sistema de seguro de salud	2
III. Contexto en que funciona el sistema de seguro de salud	6
III.1. Aspectos demográficos del área de funcionamiento del SIS	6
III.2. Aspectos Económicos	6
III.3. Aspectos sociales	10
III.4. Indicadores de salud	11
III.5. Articulación con la política nacional de salud y seguridad social	13
III.6. Oferta de atención médica	14
III.7. Protección social en materia de salud	15
IV. Puesta en marcha del sistema de seguro de salud	19
IV.1. Origen del SIS	19
IV.2. Etapas de la puesta en marcha del SIS	22
IV.2.1. Identificación de necesidades y definición de objetivos	22
IV.2.2. Estudio del contexto y estudio de factibilidad financiera.	23
IV.2.3. Información del grupo destinatario	24
IV.2.4. Inicio de las actividades	24
IV.2.5. Liderazgo y toma de decisiones	25
IV.3. Funcionamiento durante el primer ejercicio	25
IV.3.1. Afiliados y otros beneficiarios	25
IV.3.2. Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS	25
IV.3.3. Financiamiento	27
IV.3.4. Prestadores de atención médica	27
IV.3.5. Administración y gestión	27
IV.4. Asistencia técnica y formación	29
V. Características del sistema de seguro de salud	30
V.1. Grupo destinatario y beneficiarios	30
V.1.1 Grupo destinatario	30
V.1.2 Diferentes categorías de beneficiarios	30
V.1.3 Número de beneficiarios y evolución	31
V.1.4 Causas de pérdida del estatus de afiliado	32
V.1.5 Penetración del grupo destinatario	32
V.2. Paquetes de beneficios y otros servicios ofrecidos por el SIS	32
V.2.1 Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS	32
V.2.2 Pago de las prestaciones	34
V.2.3 Otros servicios ofrecidos a los beneficiarios	35
V.3. Aspectos financieros del funcionamiento del SIS	36
V.3.1 Fuentes de financiamiento del SIS	36
V.3.2 Costos	37
V.3.3 Excedentes y distribución de los excedentes	38
V.3.4 Fondos de reserva	38

V.4. Prestadores de atención médica	38
V.4.1 Prestadores de atención médica que trabajan con el SIS	38
V.4.2 Relaciones entre los prestadores y el SIS	39
V.4.3 Pago a los prestadores	40
V.5. Administración y gestión del SIS	40
V.5.1 Estatutos y reglamentos	40
V.5.2 Organización de la gestión del SIS	40
V.5.3 Carácter democrático y participativo de la gestión	41
V.5.4 Gestión de disponibilidades	41
V.5.5 Sistema de información e instrumentos de gestión	41
V.5.6 Función de control	42
V.5.7 Distribución de funciones	43
V.5.8 Equipamiento e infraestructura	45
V.6. Actores en relación con el SIS	45
V.6.1 Estructuras de reaseguro y fondos de garantía	45
V.6.2 Estructuras de asistencia técnica	45
V.6.3 Movimientos sociales y organizaciones de la economía social	45
V.7. Otros actores.	46
VI. Indicadores de funcionamiento del sistema de seguro de Salud	47
VII. Punto de vista de los actores sobre el sistema de seguro de salud	48
VII.1. Procesos de evaluación	48
VII.2. Punto de vista de los responsables	49
VII.2.1 Puesta en marcha del SIS.	49
VII.2.2 Dinámica de afiliación	50
VII.2.3 Acceso a la atención médica y relaciones con los prestadores	50
VII.2.4 Pago de las cotizaciones	51
VII.2.5 Determinación de la relación cotización/paquete de beneficios	51
VII.2.6 Gestión de los riesgos vinculados con el seguro	51
VII.2.7 Fraudes	51
VII.2.8 Administración y gestión	52
VII.2.9 Relaciones con el Estado (nacional, subnacional y local)	52
VII.2.10 Funcionamiento global	53
VII.3. Punto de vista de los beneficiarios	53
VII.4. Punto de vista de los prestadores de atención médica	54
VII.5. Punto de vista de otros actores.	56
VIII. Conclusiones	57
IX. Bibliografía	60
X. Siglas	61
XI. Anexos	62

Lista de Cuadros

Parte III

Cuadro N° III-1: Población de Saturnino María Llaspiur según grupos de edad y sexo.	6
Cuadro N° III-2: Estructura del gasto de los hogares: distribución según finalidad del gasto por quintiles de ingreso per cápita del hogar. Total del país. Ondas 1996/1997.	7
Cuadro N° III-3: Ingreso horario promedio de la población asalariada de 14 años y más por calificación de la tarea. Onda 1997.	7
Cuadro N° III-4: Porcentaje de la población y participación en cada quintil de ingreso per cápita familiar en el ingreso total. Hogares con ingresos. Onda 1997	8
Cuadro N° III-5: Evolución de la tasa de desocupación. Total del país y Provincia de Córdoba. 1991-1997	8
Cuadro N° III-6: Evolución de la tasa de subocupación. Total del país y Provincia de Córdoba. 1991-1997	8
Cuadro N° III-7: Distribución de la población ocupada, según rama de actividad por división político- territorial. Población de 14 años y más. Año 1991.	9
Cuadro N° III-1: Porcentaje de asalariados sin descuento jubilatorio por rama de actividad -Año1991.	9
Cuadro N° III-9: Población de Saturnino María Laspiur de 5 años y más por asistencia escolar. Año 1991	10
Cuadro N° III-10: Nacidos vivos, mortalidad materna por lugar de residencia . Provincia de Córdoba. Departamento de San Justo. 1996.	11
Cuadro N° III-11: Causas de mortalidad Departamento de San Justo según grupos de edad. Año 1993.	12
Cuadro N° III-12 : Viviendas particulares ocupadas por tipo de disponibilidad de inodoro o retrete con descarga de agua y procedencia del agua. Saturnino María Laspiur. Año 1991.	12
Cuadro N° III-13: Instituciones sanitarias del Departamento de San Justo	14
Cuadro N° III-14: Población total por tipo de cobertura en salud, según sexo y edad. Total del país. Año 1991.	17

Parte IV:

Cuadro N° IV-1: Beneficios ofrecidos por el SIS durante el primer ejercicio	26
Cuadro N° IV-2: Recursos utilizados para financiar la creación del SIS y el primer ejercicio	27
Cuadro N° IV-3: Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS	28

Parte V:

Cuadro N° V-1: Número actual de los afiliados de SIS	31
Cuadro N° V-2: Seguimiento del número de afiliados y beneficiarios	31
Cuadro N° V-3: Porcentaje del crecimiento del número de afiliados del SIS y de la organización responsable.	32
Cuadro N° V-4: Prestaciones otorgadas con mayor frecuencia	33
Cuadro N° V-5: Monto total de las cotizaciones recibidas	36
Cuadro N° V-6: Prestadores autorizados por el SIS	38
Cuadro N° V-7: Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS	40
Cuadro N°V-8: Personal (asalariado o no)que no trabaja en el SIS	41
Cuadro N° V-9: Distribución real de funciones	43

Lista de documentos disponibles en el Centro de documentación del programa STEP
--

Documento N° 1: Actas Asambleas Comisión Directiva de la Asociación Mutual S.M.Laspiur

Documento N° 2: Folleto informativo de la Clínica Privada S. M. Laspiur

Documento N° 3: Reglamento de enfermería del Servicio de Salud A.M.S.M.L.

Documento N° 4: Reglamento de funcionamiento de la Clínica Privada S.M.Laspiur

Documento N° 5: Reglamento de uso de la Clínica Privada S.M.Laspiur

Documento N° 6: Solicitud de afiliación a la Asociación Mutual S.M.Laspiur

Documento N° 7: Recibo de pago de la cotización mensual

Documento N° 8: Convenio con el prestador (Clínica de Especialidades Enrique J. Carrá)

I. Introducción

Este documento tiene por objeto describir el funcionamiento del “Servicio de Salud A.M.S.M.L” ubicado en la localidad de Saturnino María Laspiur. Esta iniciativa surge en el año 1990, con la intención de dotar al pueblo de una clínica privada. De esta manera, se pretendía evitar los traslados innecesarios de los pacientes hacia los centros de atención médica de mediana y alta complejidad ubicados en las ciudades más cercanas.

Hasta ese momento Saturnino María Laspiur contaba exclusivamente con los servicios ofrecidos por el Dispensario Municipal. Si bien habían existido algunos intentos de constituir una clínica en la localidad, estos habían fracasado debido a que el escaso número de habitantes con los que cuenta este pueblo no garantizó la rentabilidad de estos emprendimientos.

Para poner en marcha el proyecto se pensó en crear una mutual de ayuda económica que cumpliera con la finalidad de generar los recursos necesarios para poder instalar una clínica.

En noviembre de 1990 se crea la Asociación Mutual S.M. Laspiur, una mutual de ayuda económica que tendría por finalidad proporcionar los recursos para financiar una futura clínica. Pero al mismo tiempo, se constituiría como una fuente de crédito para la comunidad, dado que los bancos que funcionaban en ese momento en el pueblo, se limitaban a captar el dinero de la población sin volcar nuevamente a la comunidad estos recursos, excluyendo a los habitantes de Laspiur del acceso al crédito.

A medida que se fueron generando los recursos necesarios para la constitución de la Clínica, el proyecto comenzó a materializarse y en marzo del año 1992, se puso en funcionamiento la Clínica Privada S.M.Laspiur, propiedad de la Asociación Mutual S.M. Laspiur.

Al mismo tiempo que se crea esta clínica se organiza el seguro de salud y los afiliados a la Asociación Mutual se convierten automáticamente en afiliados del Servicio de Salud A.M.S.M.L., obteniendo acceso a un paquete de beneficios.

Finalmente, la Asociación Mutual S.M. Laspiur logra financiar el funcionamiento de la Clínica Privada mediante la transferencia de fondos obtenidos de las actividades de ayuda económica y de las cotizaciones abonadas por los afiliados. De esta manera, simultáneamente, facilita el acceso a un servicio de mediana complejidad a todos los habitantes del pueblo, en forma arancelada, y ofrece un paquete de beneficios especiales para los afiliados al Servicio de Salud A.M.S.M.L.

II. Descripción resumida del sistema de seguro de salud.

Esta sección proporciona una descripción resumida del sistema de seguro de salud. La misma está destinada a ayudar al lector a entender y analizar la información contenida en el resto del estudio.

- II.1. Nombre del sistema de seguro: **Servicio de Salud A.M.S.M.L.**
- II.2. Nombre de la organización responsable del SIS o propietaria (si la propiedad fue definida legalmente): **Asociación Mutual S.M. Laspiur**
- II.3. Dirección de la sede social del SIS: **Avenida 9 de Julio 1- (5943) S.M. Laspiur - Provincia de Córdoba- Argentina**
- II.4. Fecha de creación del SIS (Concepción): **11-1990**
- II.5. Fecha de inicio de las actividades del SIS (pago de las primeras prestaciones): **03-1992**
- II.6. Fecha de creación de la organización responsable del SIS (si la misma fuera diferente de la fecha de creación del SIS): **25-11-1990**
- II.7. Organización responsable del SIS:
- ☐ asociación
 - ☒ organización mutualista
 - ☐ organización cooperativa
 - ☐ otro tipo de organización comunitaria
 - ☐ prestador de servicios de salud con fines de lucro
 - ☐ prestador de servicios de salud sin fines de lucro
 - ☐ sindicato
 - ☐ otros
- II.8. Personería jurídica del SIS:
- ☐ Posee
 - ☒ No posee
- II.9. Otras actividades de la organización responsable del SIS:
- ☐ ninguna
 - ☐ seguro de fallecimiento
 - ☐ prevención, educación para la salud
 - ☐ seguro de invalidez
 - ☒ ahorro y crédito
 - ☐ pensión
 - ☐ actividades de tipo sindical
 - ☒ educación/alfabetización
 - ☐ otras formas de seguro
 - ☐ otros servicios sociales
 - ☐ otras actividades: **Servicio de biblioteca, y turismo**
- II.10. Tipo de afiliados:
- ☒ personas a título individual
 - ☐ grupos
 - ☐ otros

II.11. Beneficiarios:

- ☐ familia
☐ otras personas a cargo
☐ personas indigentes
☒ otros: **no se definen beneficiarios adicionales a los afiliados**

II.12. Adquisición del carácter de afiliado:

- ☐ voluntario
☒ automático
☐ obligatorio

II.13. Número actual de afiliados del SIS clasificados por edad: **1.800 (no se dispone de datos referidos a la edad ni a la actividad de los afiliados)**II.14. Número actual de beneficiarios del SIS: **(no hay datos referidos a la edad de los beneficiarios)**

Sexo	Hombres	Mujeres	Total
Total	887	913	1.800

II.15. Número total de afiliados a la organización responsable del SIS: **1.800**

II.16. Zona residencia de afiliados y beneficiarios:

- ☒ zona rural, porcentaje aproximado: **25 %**
☒ zona urbana, porcentaje aproximado: **75 %**
☐ zona peri-urbana

II.17. Vínculos entre los afiliados (fuera de la pertenencia al SIS):

- ☐ sin relación entre los afiliados
☐ miembros de una misma empresa
☐ miembros de un mismo sector ocupacional
☒ miembros de un mismo pueblo, barrio o comunidad geográfica
☐ miembros de un mismo grupo étnico
☐ miembros de una misma cooperativa
☒ miembros de una misma mutual
☐ miembros de una misma organización sindical
☐ miembros de una misma asociación
☐ otros

II.18. Situación económica de los afiliados:

25 % de afiliados que trabajan en el sector informal (incluida la agricultura de subsistencia).

40 % de afiliados que trabajan en el sector formal.

35 % de los afiliados no trabajan

(no existen datos referidos a los ingresos de los afiliados)

- ☐ ingresos clase media _____% de afiliados (_____ % son mujeres)
☐ ingresos clase media baja _____% de afiliados (_____ % son mujeres)
☐ ingresos inferiores al límite de pobreza extrema _____% de afiliados (_____ % son mujeres)

- II.19. Restricciones a la posibilidad de afiliación:
- ☐ según edad
 - ☐ según sexo
 - ☐ según riesgos de enfermedad
 - ☒ según lugar de residencia
 - ☐ según religión
 - ☐ según raza y/o grupo étnico
 - ☐ según ingresos
 - ☒ no pertenencia a una organización particular (empresa, cooperativa, sindicato etc.)
 - ☐ otros
- II.20. Zona geográfica cubierta por el SIS: **Zona urbana y rural de S.M. Laspiur- Provincia de Córdoba**
- II.21. Tipo de servicios de salud cubiertos por el SIS:
- ☐ servicios ambulatorios
 - ☒ atención hospitalaria (**internación**)
 - ☐ medicina especializada
 - ☐ prevención y promoción de la salud
 - ☐ farmacia
 - ☒ atención del parto
 - ☐ exámenes de laboratorio
 - ☐ radiología
 - ☒ vacunaciones
 - ☒ otros: **Enfermería**
- II.22. Costo total del servicio¹ en el último ejercicio (último año en su defecto):
\$ 68.017,39 en moneda local por el período **01-07-1998 al 30-06-1999**
 equivalente en **US\$ 68.017,39**
- II.23. Modalidades de financiación del seguro de salud:
- ☒ cotizaciones de afiliados
 - ☐ otras cotizaciones
 - ☐ contribuciones del Estado (nacional, subnacional, local)
 - ☒ transferencia de las utilidades (ganancias procedentes) de otras actividades desarrolladas por la organización responsable del SIS
 - ☐ contribuciones y subvenciones de otros actores
 - ☒ rendimiento financiero de las reservas
 - ☐ otros
- II.24. Tipo de cotizaciones:
- ☐ cuota fija diferenciada según la categoría (edad, sexo, etc.) del afiliado
 - ☒ cuota fija sin diferenciación de categoría del afiliado
 - ☐ porcentaje de los ingresos diferenciado según la categoría del afiliado
 - ☐ porcentaje de los ingresos sin diferenciación según la categoría del afiliado
 - ☐ en relación con los riesgos personales del afiliado
 - ☐ otros

¹ Se presenta el dato *costo total del servicio* dado que no se dispone de datos referentes al *monto total de prestaciones pagadas*. Este dato hace referencia al costo total que produce la Clínica Privada S. M. Laspiur y por lo tanto incluye algunos servicios adicionales no cubiertos por el SIS.

- II.25. Monto promedio de cotizaciones pagadas por afiliado en el último año:
Monto **\$30,00** equivalente US\$ **30,00**
- II.26. Prestadores de servicios autorizados:
☐ sector público
☒ sector privado con fines de lucro nivel: **1 y 2** número: **1**
☐ sector privado sin fines de lucro
☐ organización responsable del SIS
- II.27. Nivel de participación de los afiliados en la administración:
☐ gestión democrática por los afiliados (asamblea general)
☐ gestión a cargo de la organización responsable del SIS sin participación de los afiliados
☒ gestión a cargo de la organización responsable del SIS con participación de los afiliados
- II.28. Proceso de gestión del SIS:
☐ no asalariados únicamente
☐ no asalariados y gestores asalariados
☐ exclusivamente asalariados del SIS
☐ gestión confiada a una institución pública
☒ gestión confiada a una institución privada
☐ participación en la gestión de los asalariados de otras organizaciones
- II.29. Asistencia técnica:
☐ se beneficia de asistencia técnica continua
☐ se beneficia de asistencia técnica con carácter periódico
☐ se beneficia de asistencia técnica puntual
☒ no se beneficia de asistencia técnica
- II.30. Participación en un sistema de reaseguro:
☐ si
☒ no
- II.31. Participación en un fondo de garantía:
☐ si
☒ no
- II.32. Otros actores que desempeñan un papel importante en el funcionamiento:
 Actores: **Médicos** Papel: **Dirección Técnica**
Clínica de Especialidades Enrique J. Carrá **Gerenciamiento**

III. Contexto en que funciona el sistema de seguro de salud

El objetivo de esta sección consiste en presentar una visión fotográfica del contexto local en el que se desarrolla el SIS. En aquellos acápite en los cuales no se disponga de la información referida específicamente a Saturnino María Laspiur, se hará referencia a la zona geográfica que comprende a este municipio.

III.1 Aspectos demográficos del área de funcionamiento del SIS

La República Argentina según el último Censo de Población y Vivienda realizado en el año 1991 tiene una población de 32.608.687 habitantes y una densidad poblacional de 12,67 habitantes por km². La tasa de crecimiento anual de la población es de 1,79%. Las áreas urbanas absorben más del 88% del total de los habitantes del país y más del 50% de su población habita en las 5 ciudades principales.

La localidad de Saturnino María Laspiur a la fecha del Censo Nacional del año 1991¹ contaba con 2.176 habitantes.

Cuadro N° III-1: Población de Saturnino María Laspiur según grupos de edad y sexo.

Sexo	Totales	Grupos de edad				
		0-4 años	5-9 años	10-30 años	30-64 años	65 y más años
Varones	1.032	6,4	8,2	29,7	43,6	12,0
Mujeres	1.144	7,6	9,0	26,3	39,2	17,8

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina. Censo Nacional de Población y Vivienda-Año 1991.

La mayor parte de la población de esta localidad se encuentra en el grupo de 10 a 64 años. Su estructura etárea está conformada por una pirámide de base relativamente estrecha, al igual que la pirámide etárea de la Provincia de Córdoba.

Según la información suministrada por la Municipalidad de dicha localidad la población actual (año 1998) asciende 3.162. El 75% de sus pobladores reside en la zona urbana, mientras que el 25% reside en la zona rural y la densidad poblacional es de 16,12 habitantes por km².

Según el Censo Nacional del año 1991 el promedio de miembros por unidad doméstica es de 2,7. En la zona rural y urbana de Laspiur no existen corrientes migratorias.

III.2 Aspectos Económicos

Dado que no existen datos del contexto económico referido a Saturnino María

¹ Los censos nacionales de población y vivienda se realizan en Argentina cada 10 años. Esta es la única instancia en la cual se relevan las poblaciones de menos de 50.000 habitantes. No existe información demográfica más actualizada.

Laspiur, en esta sección se hará referencia a datos de la Provincia de Córdoba.²

Como muestra el cuadro siguiente a nivel nacional, el gasto en salud respecto del gasto total de los hogares revela importantes diferencias entre los quintiles de ingresos per cápita del hogar. Aunque esta diferencia es menor a la que exhiben otros rubros.

Cuadro N° III-2 Estructura del gasto de los hogares: distribución según finalidad del gasto por quintiles de ingreso per cápita del hogar. Total del país. Ondas 1996/1997.

Finalidad del gasto	Total	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
Total del país	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Alimentos y bebidas	34,0	50,4	43,1	37,8	33,4	25,6
Indumentaria y calzado	7,2	7,3	7,5	7,4	7,0	7,1
Vivienda	12,8	12,1	12,5	12,4	13,0	13,0
Equipamiento y funcionamiento	6,8	4,9	4,7	5,3	6,2	8,9
Atención médica y gastos para la salud	8,6	5,3	7,4	8,3	9,5	9,4
Transporte y comunicaciones	13,9	8,6	11,4	13,7	14,6	15,8
Esparcimiento	8,0	4,2	5,3	6,5	7,5	10,9
Educación	3,7	2,0	2,9	3,3	3,8	4,5
Bienes y Servicios diversos	5,0	5,2	5,1	5,4	5,1	4,8

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina. Encuesta Nacional de Gastos de Hogares. Ondas 1996/1997.

En lo que respecta al sistema de obras sociales, cada trabajador aporta aproximadamente un 3% del total de sus haberes. En lo que respecta al sistema de medicina pre-paga el alto grado de diferenciación de la oferta hace imposible estimar el gasto. Según los datos obtenidos en Saturnino María Laspiur una pre-paga para dos personas asciende a US\$ 90 mensuales aproximadamente.

El siguiente cuadro muestra el ingreso horario promedio de la población asalariada mayor de 14 años.³

Cuadro N° III-3: Ingreso horario promedio de la población asalariada de 14 años y más por calificación de la tarea. Onda 1997.

	Profesional (en \$)	Técnica (en \$)	Operativa (en \$)	No calificada (en \$)
Total del País	9,0	5,0	2,9	2,1
Córdoba	6,3	4,0	2,8	1,8

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina. Encuesta Permanente de Hogares- Año 1997. Procesamientos Especiales de la Dirección Nacional de Estadísticas Sectoriales.

En lo que se refiere a la distribución del ingreso, el siguiente cuadro expone el

² Tanto el Censo Económico Nacional como la Encuesta Permanente de Hogares del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, se realizan mediante un muestreo que considera exclusivamente 28 grandes conglomerados urbanos. Es por ello que en esta sección se hará referencia a datos de la Provincia de Córdoba

³ Si bien puede resultar interesante conocer el monto del ingreso obtenido, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos utiliza como indicador el ingreso horario promedio dada la disparidad de la jornada laboral.

porcentaje de la población y la participación de cada quintil de ingreso per cápita familiar en el ingreso total, comparando las cifras nacionales con las cifras de la Provincia de Córdoba.

Cuadro N° III-4: Porcentaje de la población y participación en cada quintil de ingreso per cápita familiar en el ingreso total. Hogares con Ingresos. Onda 1997

	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	Brecha de :	
						Ingresos (1)	Población(2)
Total del País						6,3	1,9
% del ingreso	6,9	11,2	16,0	22,4	46,5		
% población	27,4	21,4	19,6	17,2	14,4		
Córdoba						5,2	1,9
% del ingreso	7,4	12,3	17,7	23,8	38,7		
% población	20,0	21,4	20,4	17,4	13,8		

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina. Encuesta Permanente de Hogares. Onda 1997.

(1) Brecha de ingresos: es la relación entre la participación en el ingreso del quinto quintil y la del primero.

(2) Brecha de población: es la relación entre la participación de la población del primer quintil y la del quinto.

Según las informaciones recogidas en Laspiur, allí el ingreso promedio por familia ronda los US\$ 500. Mientras que el salario mínimo está definido legalmente en US\$ 240 para todo el país.

La principal actividad de la población en la zona de Saturnino María Laspiur es la producción agrícola-ganadera (cultivo de sorgo, girasol y producción tambrera). En segundo lugar, la producción industrial láctea. Y en tercer lugar el comercio y el sector público.

Las tasas de desocupación y subocupación en Argentina mostraron un marcado crecimiento en la década de los 90s. Los cuadros que figuran a continuación exhiben esta evolución comparando las tasas de desocupación y subocupación del total del país y de la Provincia de Córdoba.

Cuadro N° III-5: Evolución de la tasa de desocupación. Total del país y Provincia de Córdoba. 1991-1997

Tasa de desocupación	1991	1993	1995	1997
Total	6,0	9,3	16,6	13,7
Provincia Córdoba	5,4	6,8	15,9	16,1

Fuente : Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina. Encuesta Permanente de Hogares. Ondas 1991/1993/1995/1997.

Cuadro N° III-6: Evolución de la tasa de subocupación. Total del país y Provincia de Córdoba. 1991-1997

Tasa de subocupación	1991	1993	1995	1997
Total (1)	8,4	9,6	12,9	13,6
Provincia Córdoba	10,1	8,7	11,8	12,4

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina. Encuesta Permanente de Hogares. Ondas 1991/1993/1995/1997.

(1) Estos totales han sido calculados considerando 25 conglomerados urbanos relevados desde 1991.

Ambos cuadros muestran claramente el incremento de las tasas de desocupación y subocupación para el período 1991-1998. La tasa de desempleo total del país

desciende a partir del año 1995, mientras que la tasa de desempleo de la Provincia de Córdoba no muestra el mismo comportamiento.

Sin embargo, cabe agregar que según los resultados de la Encuesta Permanente de Hogares, existe una clara asociación entre el nivel de ingresos per cápita familiar y las tasas de desocupación y subocupación; se observa que a medida que se trata de población ubicada en quintiles de ingresos más elevados, el nivel de desempleo y subempleo disminuye.

El cuadro que aparece a continuación muestra cuales son las principales ramas generadoras de empleo a nivel nacional y provincial.

Cuadro N° III-7: Distribución de la población ocupada, según rama de actividad por división político- territorial. Población de 14 años y más. Año 1997.

División político territorial	Total de ocupados de 14 años o más	Actividades primarias (1)	Industria	Construcción	Comercio hoteles y restaurantes	Transporte almacenaje y telecomunicaciones	Finanzas seguros e inmuebles	Servicios comunales sociales y personales (2)	Actividades no bien especificadas (3)
Total del país	12.368.328	11,4	18,1	6,8	20,5	5,2	5,3	31,7	1,0
Córdoba	1.076.817	12,5	17,0	7,2	22,2	4,6	4,4	31,6	0,5

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina Encuesta Permanente de Hogares. Onda 1997

(1) Incluye agricultura, ganadería, silvicultura, pesca y minas y canteras.

(2) Incluye administración pública, defensa, planes de seguridad social de afiliación obligatoria, enseñanza, servicios sociales y de salud, servicio doméstico, otras actividades de servicios sociales y personales y organizaciones extraterritoriales.

(3) Incluye electricidad, gas y agua

Estimativamente, la población de Laspiur se ocupa en primer lugar en actividades primarias, en segundo lugar en actividades industriales (específicamente la industria láctea), y en tercer lugar, al comercio y a los servicios. La Municipalidad de Saturnino María Laspiur no cuenta con datos estadísticos respecto de los principales sectores de empleo.

El porcentaje de trabajadores ocupados en el sector informal según el Censo Nacional de 1991 es de 34,7% ciento al nivel nacional mientras que en la Provincia de Córdoba es de 38,0%.

Cuadro N° III-8: Porcentaje de asalariados sin descuento jubilatorio por rama de actividad- Año 1991.

División político territorial	Total	Actividades primarias (1)	Industria	Construcción	Comercio hoteles y restaurantes	Transporte almacenaje y telecomunicaciones	Finanzas seguros e inmuebles	Servicios comunales sociales y personales (2)	Servicio Doméstico
Total del país	34,7	50,1	26,	48,2	44,3	21,7	23,9	11,5	89,3
Córdoba	38,0	54,5	28,3	64,7	44,7	21,1	24,5	12,9	89,3

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina Censo Nacional de Población y Vivienda. Año 1991

(1) Incluye agricultura, ganadería, silvicultura, pesca y minas y canteras.

(2) Incluye administración pública, defensa, planes de seguridad social de afiliación obligatoria, enseñanza, servicios sociales y de salud, servicio doméstico, otras actividades de servicios sociales y personales y organizaciones extraterritoriales.

III.3 Aspectos sociales

El siguiente cuadro expone la situación educativa de la población de Saturnino María Laspiur recogidos por el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991.

Cuadro N° III-9: Población de Saturnino María Laspiur de 5 años y más por asistencia escolar. Año 1991

Total	Asiste		No asiste pero asistió					Nunca Asistió	Ignorado
			Primario		Secundario		Terciario y		
	Primaria	Otros Niveles	Incompleto	Completo	Incompleto	Completo	Universitario		
Porcentaje	14,9	8,1	28,5	27,2	5,7	7,9	3,9	3,2	0,7

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo Nacional de Población y Vivienda. Año 1991

A partir de estos datos se puede concluir que la población de Laspiur presenta sólo un 3,2% de habitantes que nunca asistieron al sistema educativo mientras que en el área rural del país 1 de cada 10 habitantes no asistió nunca al sistema educativo formal. Según las estimaciones de la Municipalidad de S.M. Laspiur un 95% de la población está alfabetizada.

La localidad cuenta con los siguientes servicios: dos escuelas primarias, dos jardines de infantes, un instituto secundario, un destacamento policial, una biblioteca pública, un club deportivo, una sucursal del Banco de la Provincia de Córdoba, una estación de ómnibus y un cementerio. La Cooperativa de Servicios Públicos Edison Limitada proporciona los siguientes servicios: distribución de energía eléctrica urbana y rural, distribución de agua potable por redes, provisión de gas licuado en garrafas y cilindros. Esta Cooperativa también ofrece algunos servicios sociales como sala velatoria y servicio de ambulancia.

La comunidad de Saturnino María Laspiur se ha caracterizado por sus emprendimientos cooperativistas. Entre ellas se han destacado la Cooperativa de Tamberos y la Cooperativa agropecuaria. Las cooperativas agrícolas tienen por objetivo el acopio de cereales o el aprovisionamiento de insumos agrícolas para lograr mejores precios en el mercado. Las cooperativas de productores lecheros tienen la finalidad de industrializar la leche en forma conjunta para mejorar de esta manera las condiciones de precio y calidad. Sin embargo, la Cooperativa Agrícola se disolvió, mientras que la Cooperativa de Tamberos se fusionó recientemente con la Cooperativa de Tamberos de El Arañado, una población cercana.

Asimismo, Laspiur posee una cooperativa de consumidores, la Cooperativa de Servicios Públicos Edison Limitada, que suma una participación aproximada del 93% de la población. Y a partir del año 1990, el pueblo cuenta la Asociación Mutual S.M. Laspiur, (organización responsable del SIS), que brinda un servicio de ayuda económica.

En síntesis, la comunidad de Laspiur exhibe importantes antecedentes en lo que se refiere a experiencias solidarias y democráticas.

III.4 Indicadores de salud

La esperanza de vida en la República Argentina fue de 69,6 años para los hombres y 76,8 para las mujeres, para el período 1990-1995 y la tasa bruta de mortalidad general fue de 7,6 por 1.000 para 1996. La tasa de mortalidad infantil alcanzó el valor de 20,9 por 1.000 para 1996 mientras que la tasa de mortalidad materna alcanzó el valor de 4,7 por 10.000.

En la Provincia de Córdoba la tasa de mortalidad general fue de 7,7 por 1.000 para el período 1995 y la tasa bruta de natalidad estimada fue 18,4 por 1.000. La tasa de natalidad descendió levemente en los últimos 10 años pasando de 23,9 por 1.000 en el trienio 1986-1988 a 19,4 por 1.000 en 1996.

El mal de Chagas es la mayor endemia parasitaria. Como problemas emergentes se destacan los casos de cólera aparecidos en el año 1992, cuya incidencia se ha incrementado en los últimos años. En 1995 se diagnostican los primeros casos de Síndrome Pulmonar por Hantavirus y en diciembre de 1997 se habían registrado un total de 133 casos. Desde comienzos de la epidemia de SIDA en 1982 hasta diciembre de 1997 se habían notificado un total de 10.889 casos.

Teniendo en cuenta este contexto, se analizará la situación general de salud del Departamento de San Justo de la Provincia de Córdoba, donde se encuentra ubicado S.M. Laspiur (ver mapa anexo) dado a que no se producen datos referidos a cada una de las localidades en particular.

El siguiente cuadro presenta la información respecto de la mortalidad materno infantil en la Provincia de Córdoba y en el Departamento de San Justo para el año 1996.

Cuadro N° III-10: Nacidos vivos, mortalidad materna por lugar de residencia. Provincia de Córdoba. Departamento de San Justo. Año 1996.

Lugar de residencia	Nacidos vivos	Defunciones Infantiles			Defunciones maternas	Tasa de mortalidad infantil			Tasa de mortalidad materna
		Total	Neonatal	Postneon.		Total	Neonatal	Postneon.	
Provincia de Córdoba	54.458	1.056	714	341	19	19,4	13,1	6,3	3,5
Dto. San Justo	3.321	50	33	17	1	15,1	9,9	5,1	3,0

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Política y Regulación de salud, Subsecretaría de Política de Salud, Dirección de Estadística e Información de Salud.. Año 1997.

La tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad materna de este Departamento para el año 1996 es inferior a la tasa de mortalidad infantil y materna del total del país.

El siguiente cuadro expone las principales causas de mortalidad para el Departamento de San Justo correspondientes al año 1993.

Cuadro N° III-11: Causas de mortalidad Departamento de San Justo según grupos de edad. Año 1993 (1)

	Menores de 1 año	de 1 a 4 años	de 5 a 14 años	de 15 a 49 años	de 50 a 64 años	65 y más años
1ª Causa	PER	ACC	ACC	TUM	COR	COR
Número	25	4	4	30	113	607
Porcentaje	52,1	36,3	50,0	22,9	38	48,2
2ª Causa	CGN	INF	TUM	COR	TUM	TUM
Número	11	3	1	24	84	168
Porcentaje	22,9	27,3	12,5	18,3	27,7	21,3
3ª Causa	MAL	TUM	COR	ACC	OBD	OBD
Número	5	2	1	21	26	127
Porcentaje	10,14	18,2	12,5	16	8,6	10,1
4ª Causa	ACC	MTB	CGN	OVI	MAL	MAL
Número	3	1	1	20	22	81
Porcentaje	6,2	7,1	12,5	15,3	7,3	6,4
5ª Causa	PER 1	Ninguna	MAL	MAL	INF	MTB
Número	2	0	1	13	14	60
Porcentaje	4,2	0	12,5	9,9	4,6	4,8
Subtotal	46	10	8	108	261	1143
Porcentaje	95,8	100	100	82,4	86,2	90,8
Total	48	10	8	131	303	1258

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Política y Regulación de salud, Subsecretaría de Política de Salud, Dirección de Estadística e Información de Salud. Año 1993

(1) COR = enfermedades cardiovasculares; CGN = anomalías congénitas; EPP = complicaciones del embarazo parto y puerperio; HER, = quirúrgicas; INF = enfermedades infecciosas; MAL = mal definidas; MTB = enfermedades metabólicas; OBURI = enfermedades aparato urinario; OBD = otras bien definidas; PER = prematurez; PER 1 = otros perinatales; TRA = traumatismos; TUM = tumores; PUL = respiratorias; TME = trastornos mentales; EPP; = complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

Las principales causas de mortalidad para el Departamento de San Justo son la muerte perinatal para los menores de 1 año, accidentes para los grupos de 4 años a 14 años, los tumores para el grupo de 15 a 49 años, mientras que para los mayores de 50 años las enfermedades cardiovasculares.

Las principales causas de enfermedad del Departamento de San Justo son las siguientes: las complicaciones del embarazo parto y puerperio se ubican en primer lugar, en segundo lugar los traumatismos y en tercer lugar otras enfermedades bien definidas.

En el Departamento de San Justo el mal de Chagas y el cólera no representan amenazas significativas para la gran mayoría de la población.

Saturnino María Laspiur cuenta con buenas condiciones de saneamiento y acceso al agua potable. Según el Censo Nacional de 1991 el 85,8% de la población dispone de inodoro y el 98,6% de la población dispone de agua corriente.

Cuadro N° III-12 :Viviendas particulares ocupadas por tipo de disponibilidad de inodoro o retrete con descarga de agua y procedencia del agua. Año 1991.

Total	Tipo de Vivienda (1)			Dispone de inodoro			Procedencia del agua		
	Casa A	Casa B	Otro/ desconocido)	Tiene	No tiene	Desconocido	Corriente	Otro	Ignorado
695	82,2	16,8	1,0	85,8	14,0	0,3	98,6	0,7	0,7

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina. Censo Nacional de Población y Vivienda. Año 1991.

(1) Por casa tipo B se entiende aquella que cumple por lo menos una de las siguientes condiciones: no tiene provisión de agua por cañería dentro de la vivienda, no dispone de retrete con descarga de agua, tiene piso de tierra o de otro material que no sea cerámica, baldosa, mosaico, madera, alfombra, plástico, cemento o ladrillo fijo. El resto de las casas es considerado casas tipo A

No hay datos referidos al número de visitas anuales a los establecimientos de salud.

III.5 Articulación con la política nacional de salud y seguridad social

La Ley N°23.661 promulgada el 5 de enero de 1989 regula el Sistema Nacional de Seguro de Salud. Su Capítulo I, Artículo 1 establece:

“Créase el Sistema Nacional del Seguro de Salud, con los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica. El seguro se organizará dentro del marco de una concepción integradora del sector salud donde la autoridad pública afirme su papel de conducción general del sistema y las sociedades intermedias consoliden su participación en la gestión directa de las acciones, en consonancia con los dictados de una democracia social moderna.”

En el capítulo IV titulado “De los agentes de seguro” Artículo 16 se hace referencia a las entidades mutuales:

“Las entidades mutuales podrán integrarse al Seguro suscribiendo los correspondientes convenios de adhesión con la Secretaría de Salud de la Nación. En tal caso las mutuales se inscribirán en el Registro Nacional de Agentes del Seguro. Tendrán las mismas obligaciones, responsabilidades y derechos que los demás agentes del Seguro tienen respecto de sus beneficiarios y del sistema.”

Finalmente, el Decreto N°576/93 del 19 de abril de 1993 establece en su artículo 16 lo siguiente:

“Las entidades mutuales de la Ley 20.231 podrán integrarse al Seguro Nacional de Salud, siempre que sus estatutos, reglamentos e inscripciones se hallen debidamente aprobados por la autoridad competente de acuerdo a la legislación aplicable. En este caso sólo gozarán de la exención de tasas y contribuciones que establece el Artículo 39 de la Ley 23.661.”

En el marco de esta legislación el SIS se inserta como un servicio ofrecido por una Asociación Mutual (regulada por la Ley 20.231). Es por ello que esta actividad está exenta del pago de tasas y contribuciones nacionales y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y de los Gobiernos Provinciales, según lo establece el artículo 39 de la Ley 23.661.

El SIS funciona entonces como un agente de seguro del sector privado. El SIS en tanto depende de una organización responsable de tipo mutual, se atiene a las disposiciones vigentes por el Instituto Nacional de Cooperativas y Mutuales.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba esta a cargo de gestionar las habilitaciones correspondientes a los servicios que presta la Clínica Privada S.M. Laspiur. Sin embargo, en Argentina los mecanismos de control de la calidad de los no están claramente reglamentados.

III.6 Oferta de atención médica

El Departamento de San Justo (zona sanitaria N°4) (ver mapa anexo) cuenta con los siguientes recursos (*):

Cuadro N° III-13: Instituciones sanitarias del Departamento de San Justo

Dependencia	Complejidad de efectores	Cantidad de efectores	Departamento de San Justo		
			Localidades		
			Municipio	Comuna	Paraje
	Hospitales regionales(**)	1	San Francisco (180)		
P	Hospitales zonales (**)	3	Arroyito (25) Balnearia(35) Morteros (35)		
	Hospitales vecinales (**)	3	La Francia (61) Las Varillas (15) Vª Concepción del Tío (6)		
R	Dispensarios	23	Alicia		
O			Altos de Chipion		
			V		
I					
			N		
C					
			I		
A					
			L		
	A	Puestos Sanitarios	7	Colonia Vignoue Qubricho Herrado	San Esteban Toro Pujio Colonia Valtelina
L	Subtotal	37	Subtotal camas: 357		
Municipal	Centro Asistencial	1	San Francisco		
	C.S	5			
	Dispensarios.	2			
	Subtotal	8	Sutotal camas 0		
	Total	45	Total Camas: 357		

Fuente: De Landa, Martha Díaz, Parmigiani de Barbará, María Consuelo; En lo pequeño y lo pobre un estudio sobre la Descentralización de salud en comunas de la Provincia de Córdoba. Instituto de investigación y análisis político. Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales, Universidad Católica de Córdoba, Alveroni Ediciones, 1996, Córdoba.

(*) Se destacan en bastardilla las localidades cuyos establecimientos de salud están descentralizados

(**) Se indica entre paréntesis el total de camas que dispone cada efector de salud

Los habitantes de Saturnino María Laspiur hacen uso de los recursos de la zona sanitaria N°4 y disponen de los servicios de alta y mediana complejidad de este Departamento.

Específicamente Saturnino María Laspiur cuenta con 3 médicos que atienden consultas en forma particular, 5 enfermeras (de las cuales 2 prestan servicio en forma

privada y 3 trabajan para el SIS), 3 farmacias, 1 dispensario municipal y 1 clínica privada sin fines de lucro (Clínica Privada Saturnino María Laspiur).

Los recursos existentes son suficientes en cantidad dado el número de habitantes. Pero la diversidad de la oferta no es suficiente para atender todas las demandas de la población. En lo que respecta a su localización los recursos propios de esta localidad no presentan dificultades de acceso.

Sin embargo, la principal dificultad que enfrentan los habitantes habitantes de Laspiur es el traslado para acceder a los centros urbanos más cercanos en caso de necesitar atención de mayor complejidad. En este caso deben trasladarse hasta la Ciudad de San Francisco, cabecera de su Departamento o bien hasta Las Varillas, la ciudad más cercana.

III.7 Protección social en materia de salud

Las sociedades de socorros mutuos son los primeros antecedentes históricos de la seguridad social en la República Argentina. Estas surgen a fines del siglo pasado cuando diversos grupos comenzaron a asociarse para la previsión y absorción colectiva de los riesgos de enfermedad.

Este proceso tiene lugar como consecuencia del importante flujo inmigratorio de origen europeo que recibe el país a partir de la segunda mitad del siglo XIX.. Los inmigrantes trasladaron a la Argentina las mutuales, y estas se organizaron según criterios de nucleamiento como la connacionalidad y la pertenencia a una misma rama de producción.

En este contexto es que los sindicatos organizaron entidades mutuales sobre la base de una contribución individual calculable como un porcentaje del salario. El objetivo de estas iniciativas era la prevención y cobertura de uno o varios riesgos que pudieran afectar financiera o físicamente a sus asociados, carentes de recursos como para poder afrontar estos riesgos en forma individual.

Entre la cobertura de riesgos que ofrecían las instituciones mutualistas figuran la asistencia médica sanatorial y farmacéutica, algunas sumaban servicios de subsidios temporales por desempleo, pensiones a la vejez y por incapacidad derivada de accidentes de trabajo o enfermedad. Estas formas de organización mutual constituyen hasta hoy las formas tradicionales de solidaridad por medio de las cuales población hace frente a la enfermedad. Se puede afirmar que estas formas están ampliamente difundidas en la República Argentina.

La comunidad de Laspiur presenta varios antecedentes en iniciativas participativas, democráticas y solidarias. Pero el seguro de salud de la Asociación Mutual S.M. Laspiur es la primer alternativa de este tipo que se plantea la sociedad para hacer frente a los problemas de salud. Este tipo de emprendimientos, según los responsables del SIS, se está consolidado y se encuentra en expansión.

En la actualidad el sector salud en Argentina⁴ está compuesto por tres subsectores: un subsector público con financiación estatal, un subsector de obras sociales organizado como un sistema de seguro obligatorio y un subsector privado, representado por un sistema pre-pago de seguro voluntario y el pago personal de la atención.

El subsector público es el más extendido en el territorio nacional y nuclea la mayor parte de los recursos, brinda atención a aquellas personas sin cobertura pero también presta servicios en regiones donde la baja densidad de habitantes no justifica la instalación de servicios de los otros dos subsectores. A partir de la Normativa de Hospitales Públicos de Autogestión, estos están autorizados a cobrar a terceros los servicios, ya sean obras sociales u otro tipo de seguros. Para el año 1995 se estimaba que un 46% de la población (15.900.000 habitantes) tenía acceso exclusivo al subsector público, el cual disponía de 1.231 establecimientos con internación y 5.740 centros de atención ambulatoria.

El subsector de obras sociales, posee una estructura propia escasa y utiliza la modalidad de contratación a prestadores privados. Para esta 1995 se estimaba que 18.700.000 personas contaban con obra social; 51,2% de la población.

El subsector privado se compone de los profesionales e instituciones independientes que prestan servicios en forma particular a los pacientes. Y los sistemas privados de medicina pre-paga. Dentro del subsector privado también se encuentran las entidades sin fines de lucro.

Se puede afirmar que la organización de la atención médica en la Argentina muestra un perfil excesivamente atomizado. Según Ernesto Isuani y Hugo Mercer⁵, el sector salud en Argentina está conformado por tres sectores (público, privado y seguridad social) que son el sedimento de políticas sociales a veces contradictorias que se han superpuesto sin integrarse.

Con el objeto de reseñar muy brevemente la historia del sector salud, podría señalarse que las sociedades de socorros mutuos conformadas a fines del siglo pasado fueron el primer antecedente de la seguridad social. En las décadas de 30 y el 40 surgen las obras sociales acompañando un proceso de fortalecimiento de los sindicatos. A partir de 1946 y hasta 1955 (durante el gobierno de Juan Domingo Perón) el sistema de seguridad social enfrenta un proceso de importante crecimiento.

El subsector público que data de fines del siglo pasado en 1943 sufre una transformación radical en materia de organización. El Departamento Nacional de Higiene que hasta ese momento había sido una dependencia del Ministerio del Interior se transforma en la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social y finalmente en 1946 se crea el Ministerio de Salud Pública. Desde este momento

⁴ Verdejo, Guadalupe y Colaboradores, *Situación de salud y tendencias 1986-1995*, OPS, 1997, Buenos Aires.

⁵ Mercer, Hugo, Isuani, Ernesto, *La fragmentación institucional del sector salud: ¿Pluralismo o irracionalidad?* (Biblioteca Política de América Latina) Centro Editor de América Latina, 1988, Buenos Aires.

paralelamente al fortalecimiento de las obras sociales se inicia la expansión de los servicios estatales de salud. El hospital público contaba con un excelente nivel de equipamiento y recursos humanos y se transforma en un centro formador de nuevos profesionales. El servicio de salud pública no estaba destinado exclusivamente a indigentes. Mientras que el sector privado estaba exclusivamente reservado a los sectores más pudientes.

Desde 1970 hasta la fecha el sector público afronta un retroceso mientras que el sector de la seguridad social y el sector privado se desarrollan conjuntamente.

Según el Censo de Población y Vivienda del año 1991 la distribución de la población por tipo de cobertura en salud era la siguiente:

Cuadro N° III-14: Población total por tipo de cobertura en salud, según sexo y edad. Total del país. Año 1991.

Edad	Población total	Tipo de cobertura					
		Tiene sólo obra social	Tiene sólo plan médico o mutual	Tiene obra social y plan médico o mutual	No tiene obra social ni plan médico o mutual	Tiene obra social e ignora plan médico o mutual	Ignorado
Total	32.615.528	13.153.473	1.500.963	4.520.546	11.867.945	1.125.221	447.380
0-14	9.978.683	3.664.134	378.413	1.237.854	4.145.722	352.820	199.740
15-19	2.842.009	1.022.259	128.524	343.718	1.226.202	81.063	40.243
20-24	2.454.123	770.745	118.518	257.864	1.202.834	63.052	41.110
25-29	2.304.242	847.376	109.847	290.279	961.607	64.192	30.941
30-34	2.214.181	875.182	109.798	314.153	823.951	65.274	25.823
35-39	2.119.168	847.543	114.177	309.192	764.769	61.744	21.743
40-44	1.963.648	789.622	115.983	294.773	683.603	58.780	20.887
45-49	1.690.055	680.588	111.519	258.047	570.848	52.370	16.683
50-54	1.489.724	621.635	100.061	229.242	475.110	49.375	14.301
55-59	1.361.547	610.011	88.256	217.912	383.473	50.360	11.535
60-64	1.305.161	664.471	62.904	227.145	283.194	58.317	9.130
65 y más	2.892.987	1.759.907	62.963	540.367	346.632	167.874	15.244

Fuente : Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina. Censo Nacional de Población y Vivienda. Año 1991

A partir de la lectura del cuadro se puede afirmar que un 36,4% de los habitantes del país carecen de todo tipo de cobertura social. Al mismo tiempo que es de suponer que a medida que se incremente la tasa de desempleo y subempleo este porcentaje también crecerá. En la localidad de Saturnino María Laspiur aproximadamente el 30% de sus habitantes carece de cobertura médica.

En Laspiur existe un grupo de pobladores que carece de ingresos. Este sector está excluido del sistema de seguro obligatorio y del sistema de seguro voluntario y cuenta exclusivamente con el servicio de atención médica que ofrece el Dispensario Municipal.

En Argentina la creciente desocupación y precarización del trabajo constituyen un grave problema social. Según revelan los datos estadísticos las tasas de desocupación y subocupación tienden a aumentar. Por otra parte se comprueba un deterioro del

poder adquisitivo que afecta no solamente a los sectores medios y bajos, sino que comienza a alcanzar a la clase media alta.

Simultáneamente, se observa un proceso de precarización del trabajo. Esto aumenta la inestabilidad de los puestos de trabajo y reduce los ingresos. La precarización laboral implica una pérdida de aportes al sistema de previsional, y esto afecta el ingreso futuro de las personas.

En Argentina no solamente caen los ingresos de los sectores de salarios más bajos, sino que simultáneamente aumentan los costos de los servicios básicos de la comunidad, vivienda, alimentación, educación y salud.

Estas tendencias marcan un crecimiento de la pobreza en Argentina y particularmente de la aparición de “nuevos pobres”, sectores medios empobrecidos.

Finalmente, la desocupación y el empleo precario traen como consecuencia la pérdida de cobertura médica. Esto aumenta la demanda de servicios del sistema de salud pública. Mientras que los servicios públicos de salud se vuelven cada vez más deficitarios.

IV. Puesta en marcha del sistema de seguro de salud

Esta sección se ocupa de la creación y puesta en marcha del SIS, proporcionando una visión fotográfica del funcionamiento al término del primer ejercicio, el que se extiende desde junio de 1991 hasta julio de 1992.

Es necesario tener en cuenta que el SIS comienza a funcionar en el mes de marzo de 1992, pero sus ejercicios están integrados a los de la Asociación Mutual S.M. Laspiur.

Ciertos puntos de esta parte son tratados también en la parte V donde se aborda el sistema de seguro de salud desde una perspectiva actual.

IV.1. Origen del SIS

La oferta de atención médica en la localidad de Saturnino María Laspiur con anterioridad a la creación del SIS no difiere en gran medida de la actuales. La comunidad contaba con 3 médicos, 2 enfermeras y 3 farmacias que prestaban servicios en forma privada y un Dispensario Municipal, perteneciente al sistema de salud pública. Los servicios de atención médica de mediana y alta complejidad requerían del traslado de los pacientes hacia las poblaciones más cercanas (San Francisco 51 km. y Las Varillas 31 km.). La Cooperativa de Servicios Públicos Edison Limitada contaba con un servicio de ambulancia.

Esporádicamente surgieron algunas iniciativas con el objetivo de constituir una clínica privada en el ámbito de esta localidad. En la década del 80 logró constituirse una clínica propiedad de los médicos locales, pero esta cerró al poco tiempo por problemas financieros.

En el momento de creación del SIS la localidad no contaba con servicios de mayor complejidad dado que el escaso número de habitantes no permitía el funcionamiento de actividades rentables en el ámbito de la salud. Localmente funcionaba exclusivamente el dispensario público.

Desde el año 1988 la Provincia de Córdoba ha iniciado un proceso de descentralización del servicio de salud transfiriendo a los municipios las responsabilidades en este terreno, de tal manera que la Municipalidad es la responsable de la financiación de estas actividades

El grupo destinatario durante el período de creación del SIS estuvo constituido por la población total del municipio, que en el año 1991 ascendía a los 2.176 habitantes (ver acápite III.1).

El grupo inicial de afiliados se conformó por los 1.300 socios de la Asociación Mutual S.M. Laspiur, quienes pasaron a ser automáticamente afiliados del SIS. Este grupo estaba conformado aproximadamente por 660 mujeres y 640 hombres. No se dispone de datos referentes a la edad de los miembros de la mutual ni tampoco a su

nivel educativo. En lo que respecta a la localización de los beneficiarios se puede afirmar que un 25% de los beneficiarios pertenecían a la zona rural, mientras que el 75% restante pertenecía a la zona urbana de la localidad.

El grupo destinatario no estaba sometido a condiciones sanitarias y/o riesgos de enfermedad particulares. Aproximadamente un 30% de la población de Laspiur carecía de cobertura médica, sin embargo no existen datos referidos a la cobertura médica del grupo inicial de afiliados.

Los miembros de la Asociación Mutual desarrollaban actividades en el sector agrícola-ganadero, en el comercio, en la industria láctea y en menor medida en la administración pública. No, se posee datos respecto del nivel de ingresos, ni del nivel de monetarización de la población destinataria. Todos los miembros pertenecían al mismo municipio y no estaban relacionados por otro tipo de vínculos étnicos o sociales particulares.

Según informan los responsables del SIS el 90% de los grupos familiares de los beneficiarios cuentan con un ingreso regular que les permite hacer frente a las cuotas y a los gastos de atención médica. Un 40% de los miembros del grupo destinatario cuentan con un empleo formal lo cual les garantiza el acceso al sistema de seguridad social obligatorio.

Cabe destacar que aquellos miembros de la comunidad que permanecían excluidos del mercado de trabajo y carecían de ingresos no se incorporaron al seguro de salud y en su gran mayoría continuaron siendo asistidos por el servicio de salud pública. Estos últimos son asistidos en el Dispensario Municipal o trasladados por la Municipalidad a los centros urbanos más cercanos en caso de requerir atención de mayor complejidad.

Ahora bien, en relación a las características socio-económicas del grupo de afiliados podemos afirmar que este no presenta grandes diferencias respecto a la composición de la población de la localidad en general.

Sin embargo, como se dijo más arriba Saturnino María Laspiur no contaba con centros de atención médica de mediana y alta complejidad. La principal dificultad que enfrentaban los miembros del grupo destinatario era la distancia que debían recorrer los pacientes para acceder a la atención médica de 2º y 3º nivel. En los casos que requerían internación esta situación resultaba aún mas dificultosa dado que los acompañantes debían realizar gastos de traslado y alojamiento. Estas dificultades eran comunes a todos los miembros del grupo destinatario, pero se agravaban en los sectores de menores recursos.

Hasta el año 1990 cuando surge la idea de crear la Asociación Mutual S.M. Laspiur el grupo destinatario no contaba con formas de protección social. Pero a partir del momento de su creación, en noviembre de 1990, la mutual comienza a ofrecer un servicio de ayuda económica.

Según el estatuto de la Asociación Mutual las ayudas se destinarían principalmente a:

1) solventar gastos por enfermedades, intervenciones quirúrgicas, prótesis dentales, equipo ortopédico y todo aquello relacionado con la salud, prevención y convalecencia; 2) adquirir elementos de estudios, pagar derechos, aranceles, matriculas u otros gastos relacionados con la educación; 3) abonar viajes de turismo o prácticas deportivas; 4) adquirir la vivienda propia, efectuar ampliaciones o mejoras de la misma; 5) adquirir bienes muebles que tengan como finalidad el uso del asociado o de su familia o bien constituir un capital de trabajo; 6) solventar gastos de otras necesidades que a juicio de las autoridades de la mutual sean producto del infortunio o sirvan para la elevación del nivel social o cultural del asociado, su núcleo familiar o personas a cargo.

La Asociación Mutual nace como una entidad destinada a ofrecer el servicio de ayuda económica a la comunidad y gracias a las ganancias obtenidas por esta actividad es que en el año 1992 logra crear un sistema de seguro de salud. El SIS se pone en marcha en marzo de 1992, constituyéndose como una novedosa experiencia en la zona. Sus miembros no contaban con experiencia anterior en materia de seguros de salud.

Existían en ese momento en Laspiur algunas cooperativas como la Cooperativa Agrícola Ganadera, y la Cooperativa de Servicios Públicos Edison Limitada, que funcionaban como organizaciones estructuradas con actividades regulares. Es por ello que se puede afirmar que contaban con antecedentes en lo que se refiere a actividades participativas y democráticas, sin embargo esta experiencia era la primera emprendida en el campo de la salud.

Las experiencias precedentes en cooperativismo y mutualismo permitieron que el seguro de salud creado por la mutual se constituyera en una solución a los problemas en este terreno que enfrentaban sus miembros. Los vínculos entre los habitantes y los iniciadores del proyecto se transformaron en factores facilitadores del proceso de creación del seguro de salud.

Sin embargo, esta experiencia de organizar un seguro de salud mutual se transformó en una experiencia absolutamente novedosa para los habitantes de Laspiur que hasta ese momento carecían de participación en la administración y en el funcionamiento del sector salud.

En síntesis, el SIS surge de una idea propuesta por la Cooperativa de Servicios Públicos y la Municipalidad en el año 1990. A partir de esta propuesta se constituye la Asociación Mutual S. M. Laspiur, una mutual de ayuda económica que tiene por objetivo generar los recursos necesarios para el sostenimiento de una clínica local.

La constitución de la Clínica y la organización del seguro de salud se inicio sin contar con experiencia previa en el tema. A tal efecto se conformó una comisión compuesta por el Intendente, los médicos de la localidad y la Comisión Directiva de la Asociación Mutual Laspiur, recientemente creada. Esta iniciativa se constituyó en forma absolutamente independiente a las políticas de salud nacionales, provinciales o locales.

IV.2. Etapas de la puesta en marcha del SIS

IV.2.1. Identificación de necesidades y definición de los objetivos

Se puede afirmar que el proceso de identificación y definición de objetivos comienza aproximadamente en octubre de 1990 cuando surge la idea de constituir una mutual en la localidad con la finalidad de generar los recursos necesarios para la construcción y el mantenimiento de una clínica local. En esta fecha se constituye una comisión informal conformada por el Intendente, Concejales de la Municipalidad e integrantes del Consejo Directivo de la Cooperativa de Servicios Públicos Edison Limitada, esta comisión es la encargada de identificar necesidades y fijar objetivos.

A partir de la constitución de la Asociación Mutual Laspiur en noviembre de 1990, es la gerencia de esta mutual la que asume el liderazgo del proceso de identificación de necesidades y determinación de los objetivos. Estas tareas fueron realizadas bajo la supervisión de la Comisión Directiva de la Asociación Mutual y una comisión especial conformada por el Intendente y los médicos locales quienes brindaron su asesoramiento a lo largo de este proceso.

Estas actividades se realizaron con anterioridad a la puesta en marcha del SIS. Durante dicho proceso se consultó a los miembros de la mutual mediante la Asamblea General Ordinaria, la cual cuenta con una escasa participación de los afiliados. No se realizaron otro tipo de sondeos respecto a las expectativas y los temores de los miembros del grupo destinatario respecto a la creación del SIS.

Durante este proceso se contó con el apoyo incondicional de las autoridades municipales. La Municipalidad apoyó la iniciativa tramitando las habilitaciones correspondientes y las exenciones impositivas. Mientras que los médicos locales asesoraron en algunos aspectos técnicos, en base a sus experiencias profesionales y plantearon la necesidad de contar con médicos especialistas en la localidad. No se hace referencia a la participación de otros actores en el proceso de creación del SIS.

Mientras que las autoridades locales ofrecieron su apoyo incondicional, los médicos locales mostraron algunas resistencias. Estos últimos, ofrecieron su consenso en lo que se refiere a la necesidad de recibir en la localidad médicos especialistas de tal manera que se agilizaran los mecanismos de derivación. Sin embargo, mostraron temores en lo que respecta a la creación de un área de internación en la nueva clínica, manifestaron que su responsabilidad aumentaba y no contaban con el apoyo que ofrece a un profesional un centro de alta complejidad ubicado en una ciudad.

En síntesis, en función de las necesidades identificadas se estableció como prioridad la construcción de un clínica local que contara con la infraestructura y el equipamiento imprescindible para evitar los traslados innecesarios a las poblaciones cercanas y que permitiera resolver localmente las urgencias.

Una vez identificadas estas carencias se inició el proceso de construcción de la clínica local y la organización de un seguro de salud que ofrecería un servicio de enfermería gratuito para los socios que funcionaría los 365 días del año, las 24 horas. Estos

objetivos fueron registrados en las actas de las Asambleas de la Comisión Directiva (ver documento anexo N°1).

IV.2.2. Estudio del contexto y estudio de factibilidad financiera.

El proceso de creación del SIS se inició sin contar con un estudio del contexto. Según los responsables del SIS dada la dimensión de la localidad no fueron necesarios esfuerzos adicionales para identificar los recursos institucionales con los que se contaba. Tampoco resultó difícil conocer los aspectos sanitarios de la localidad: identificar los diferentes participantes en el sector de la salud, la distribución geográfica de los prestadores, la distancia entre los prestadores, la naturaleza de los servicios de salud, y la identificación de las necesidades prioritarias en materia de salud. Todos estos datos estuvieron disponibles en forma casi inmediata sin necesidad de utilizar una metodología sistemática.

Indicadores tales como afecciones corrientes, tasa de mortalidad/morbilidad, tasa de mortalidad infantil, principales causas de defunción, tasa de desnutrición, costos y calidad de los tratamientos en las localidades vecinas, modalidades de financiamiento y funcionamiento de las agrupaciones médicas, iniciativas en materia de salud, no estaban disponibles en la localidad. Estos aspectos fueron considerados en forma espontánea o intuitiva gracias al asesoramiento de los médicos locales que aportaron su experiencia profesional.

Por otra parte, se carece de datos fundamentales referentes a los aspectos demográficos, socioeconómicos y culturales del grupo destinatario. Dado que estos no están disponibles en el ámbito de esta localidad. Sólo se disponía de datos sobre las principales actividades socioeconómicas de la población y sus formas de organización (iniciativas cooperativistas) que se constituyeron en antecedentes importantes para la creación del SIS.

Tampoco se realizó un estudio formal de factibilidad financiera del SIS y una vez definido el objetivo de dotar al pueblo de una clínica se analizaron las posibilidades de obtener recursos para alcanzar dicho objetivo.

Desde el comienzo se asumió que este servicio sería deficitario, es así que pensó en crear un servicio que tuviera superávits para obtener los recursos necesarios para solventar una clínica y sus respectivos servicios. Es así que se pensó en un servicio de ayuda económica.

Teniendo en cuenta estos datos se calculó que el costo del servicio sería de US\$ 8.000 mensuales y por lo tanto el costo anual del servicio sería de US\$ 96.000. Este monto se determinó en base a los costos fijos (alquileres, sueldos, agua, gas, luz, mantenimiento de las instalaciones) y considerando la incidencia de los costos variables por la prestación de los servicios (fundamentalmente descartables en el caso

de enfermería y viáticos en el caso de intervenciones quirúrgicas).¹

Se estimó que la recaudación mensual proveniente de las cotizaciones ascendería a los US\$ 3.000. Para calcular esta suma se consideró el número de afiliados inicial (1.300) y el monto de la cotización (US\$ 2,5) y se estimó que se presentaría una incobrabilidad de 10%.

Los US\$ 5.000 restantes serían cubiertos mediante la transferencia de fondos obtenidos a partir de la actividad de ayuda económica de la Mutual. Mediante este sencillo cálculo fueron establecidas las cotizaciones correspondientes y también se determinaron los paquetes de beneficios, considerando en primer lugar las necesidades de los beneficiarios en función de los recursos disponibles.

Para complementar estas primeras evaluaciones no pudieron realizarse visitas a otro SIS dado que no se tenía conocimiento de experiencias similares en la zona.

IV.2.3. Información del grupo destinatario

Una vez conformado el SIS se tomaron algunas medidas para informar al grupo destinatario sobre la creación y el funcionamiento del mismo. La primer iniciativa en este sentido fue la elaboración de un folleto informativo sobre la nueva clínica (ver documento anexo N°2). En este folleto se informaba sobre los servicios y el equipamiento de la clínica, así como también los derechos de los afiliados al SIS.

En segundo lugar, se expuso tanto en la sede social de la Asociación Mutual como en la Clínica el reglamento de enfermería. Esta estrategia de difusión se realizó partiendo del supuesto de que todos los habitantes del pueblo concurren a la mutual al menos una vez por mes dado que la Mutual es agente cobrador de los servicios que presta la Cooperativa de Servicios Públicos Edison Limitada. No se realizaron reuniones ni otro tipo actividades de difusión.

Sin embargo, en un primer momento la recepción por parte de los miembros del grupo destinatario fue de indiferencia o bien de desconfianza, dado que continuaban usando los servicios de las poblaciones cercanas, ya sea por hábito o quizás porque les resultaba económicamente más conveniente en tanto contaban con la cobertura de una obra social, o bien porque los médicos continuaban derivando a los pacientes a los centros urbanos.

Según los responsables del servicio esta tendencia se fue revirtiendo poco a poco a medida que se puso en marcha el servicio y este dio pruebas de su calidad.

IV.2.4. Inicio de las actividades

Se puede afirmar que la idea de crear el SIS surge en el año 1990 conjuntamente con

¹ Se debe tener en cuenta que este costo se calculó para la totalidad de los servicios ofrecidos por la clínica y no solamente para los servicios cubiertos por el SIS

la idea de crear la Asociación Mutual. Pero la constitución del SIS fue decidida formalmente en el marco de una Asamblea del Consejo Directivo que tuvo lugar en marzo de 1991 en la cual participaron los miembros de la Asociación Mutual, el Intendente y los médicos locales.

Las afiliaciones tuvieron lugar inmediatamente, dado que los afiliados de la mutual se transformaron en forma automática en beneficiarios del SIS. Un año después, en marzo de 1992, este servicio se pone en marcha y se hace cargo de las prestaciones.

IV.2.5. Liderazgo y toma de decisiones

La Asociación Mutual S.M. Laspiur asumió la responsabilidad de creación del SIS y el liderazgo estuvo a cargo de la gerencia, bajo la supervisión de la Comisión Directiva. Si bien se constituyó una comisión a los efectos de organizar esta tarea, según los responsables, esta comisión no se constituyó como un grupo de trabajo dado que sus integrantes no tenían el objetivo de funcionar como tal.

Las decisiones fueron tomadas por el Consejo Directivo en lo que se refiere a los paquetes de beneficios ofrecidos, las cotizaciones, y los reglamentos internos, las modalidades de administración y finalmente la selección de los prestadores de atención médica. No se recibió asistencia técnica externa.

IV.3. Funcionamiento durante el primer ejercicio

IV.3.1. Afiliados y otros beneficiarios

El SIS permitió la afiliación de personas a título individual y esta afiliación fue automática para los miembros de la Asociación Mutual S.M. Laspiur. La única condición o requisito para afiliarse consistió en tener domicilio fijado en la localidad de Laspiur. Y por lo tanto no se presentaron casos que requirieran de arbitraje.

El grupo inicial de afiliados estaba constituido por habitantes de la localidad de Laspiur y miembros de la misma mutual. Se puede afirmar que este grupo era representativo del conjunto del grupo destinatario y que por otra parte sus características fundamentales no han variado demasiado desde el momento del inicio del SIS hasta hoy.

No existieron, ni existen en la actualidad diferentes categorías de beneficiarios, ni se aplicaron restricciones diferenciales. Al finalizar el primer ejercicio el número de beneficiarios era 1.300, el previsto por los iniciadores del SIS.

IV.3.2. Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS

El cuadro que sigue muestra los diferentes servicios ofrecidos por el SIS durante el primer ejercicio. Cabe destacar que todos estos servicios son accesibles para todos los habitantes del pueblo mediante el pago del arancel correspondiente.

Es necesario tener en cuenta que dada la escasez de recursos del SIS, el objetivo a cumplir consistió en financiar la infraestructura de la clínica de tal manera que fuera posible recibir en ella profesionales de otras localidades y los viáticos de estos profesionales.

Cuadro N° IV-1: Beneficios ofrecidos por el SIS durante el primer ejercicio

Servicios	Personas cubiertas	Co-pago	Límite de cobertura	Período de espera	Derivación obligatoria
Intervenciones quirúrgicas no programadas					
Todas	Afiliados	No	(subsidio de 180 \$ para el pago de viáticos)	90 días	No
Atención al parto					
Todas	Afiliados	No	(subsidio de 180 \$ para el pago de viáticos)	270 días	No
Hospitalizaciones medicalizadas					
Todas	Afiliados	No	Ninguno	90 días	No
Intervenciones quirúrgicas programadas					
Todas	Afiliados	No	(subsidio de 180 \$ para el pago de viáticos)	90 días	No
Atención ambulatoria programada					
Todas	No cubierta				
Atención preventiva					
Todas	No cubierta				
Atención ambulatoria no programada					
Todas	No cubierta				
Medicamentos					
Todos	No cubiertos				
Transporte/ evacuación					
	No cubierto				
Laboratorio/radiología					
	No cubierto				
Otros					
Enfermería	Afiliados	Sin cargo	ninguno	30 días	No

Desde el inicio se estableció un único paquete de beneficios para los afiliados en función de las necesidades de la localidad y los recursos disponibles. Desde el primer momento se tomó la determinación de no superponer esfuerzos sino complementar los recursos disponibles en la zona. Con este criterio se estableció que los servicios ofrecidos a los afiliados serían: 1) enfermería y 2) subsidios en caso de intervenciones quirúrgicas y atención del parto 3) internación.

El servicio de enfermería y de internación se ofrece en forma gratuita al afiliado del SIS, mientras que el subsidio de US\$ 180 utilizado para cubrir gastos de viáticos del profesional es abonado al asociado ante la presentación de un recibo por tal concepto emitido por el profesional a su nombre. Por otra parte debe constar en la historia clínica respectiva la intervención quirúrgica a los efectos de verificar su veracidad.

Las evaluaciones se realizaron mediante un sistema de seguimiento basado en información estadística referida al número total de casos, número de casos por prestación. La evaluación de esta información fue realizada por la Comisión

Directiva y consta en las actas correspondientes.

IV.3.3. Financiamiento

Cuadro N° IV-2: Recursos utilizados para financiar la creación del SIS y el primer ejercicio

Fuente	Monto US\$	Propósito	Tipo (subvención, crédito, cotizaciones, etc.)
Asociación Mutual S.M. Laspiur	160.000	Refacción del local Adquisición de equipamiento mínimo	Aportes de la mutual.

Para financiar la puesta en marcha del SIS se utilizó un fondo inicial de US\$ 160.000 destinado a la refacción del local y la adquisición de equipamiento mínimo. No se realizaron gastos de administración debido a que se utilizó la estructura administrativa de la Asociación Mutual.

No existieron diferentes tipos de cotizaciones. El monto de la cotización se estableció como una cuota fija mensual de US\$ 2,5 a pagar en efectivo. No se establecieron diferenciaciones en lo que respecta a la edad, sexo, estado de salud de los beneficiarios. Para su cálculo no se tomaron en cuenta los ingresos ni los riesgos personales de los afiliados. La forma del pago de la cotización fue en efectivo y el período de pago se fijó en 30 días.

Además de las cotizaciones de los afiliados no existieron otras contribuciones excepto los aportes no reintegrables realizados por la Asociación Mutual S.M. Laspiur. El monto inicial aportado se determinó en función de las necesidades.

IV.3.4. Prestadores de atención médica

La Clínica Privada S.M. Laspiur se constituyó como único prestador de atención médica que ofrecía servicios cubiertos por el SIS al término del primer ejercicio. Esta clínica perteneciente a la organización responsable del SIS ofrecía servicios de nivel 1 y 2 (baja y mediana complejidad).

La selección de los responsables y el personal de la clínica estuvo a cargo del Consejo Directivo y los criterios establecidos consistieron en evaluar los antecedentes profesionales dentro de las disponibilidades locales de profesionales.

En tanto el SIS prestaba directamente el servicio al afiliado en forma gratuita no existió facturación por parte de prestadores durante el primer ejercicio dado que la clínica era propiedad de la Asociación Mutual tampoco existieron convenios con otras entidades prestadoras.

IV.3.5. Administración y gestión

a) Estatutos y reglamentos

Dado que el SIS no adoptó personería jurídica, y por lo tanto no contó con estatuto. En el momento de su creación se aprobaron tres reglamentos internos: el reglamento de enfermería, el reglamento de funcionamiento de la clínica, y el reglamento de uso de la clínica. Estos fueron establecidos en base a reglamentos aplicados satisfactoriamente en entidades similares. Los principales puntos de su contenido se orientaron a conseguir una alta calidad en la atención (ver documento anexo N°3, 4 y 5).

El reglamento de enfermería establece como objetivo del servicio la atención a familias de menores recursos. Asimismo establece como requisitos para acceder al sistema: estar al día con el pago de las cotizaciones y no estar afectado por enfermedades infectocontagiosas. Este último requisito, si bien figura en el reglamento de enfermería, según los responsables no practica. El reglamento interno de la clínica establece las obligaciones del personal, y de los enfermos. Y por último, el reglamento de uso de la clínica establece los requisitos que deben cumplir los afiliados, y define el paquete de beneficios

b) Organización de la gestión

En lo que respecta a la gestión global de SIS, la Asociación Mutual S.M. Laspiur asumió las responsabilidades totales. La estructura administrativa de la mutual se ocupaba del cobro de las cuotas, y de la gestión financiera en general. Las actividades de gestión estaban a cargo de la gerencia y eran supervisadas por la Comisión Directiva. La Asociación Mutual también realizaba otras actividades

La dirección de la Clínica S.M Laspiur estaba a cargo de un médico contratado especialmente para este fin, quien asumía la responsabilidad de la prestación del servicio. Los responsables fueron seleccionados por la Comisión Directiva.

Cuadro N° IV-3: Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS

Categoría	Número	Empleador	Porcentaje de tiempo dedicado al SIS
Director médico	1	Asociación Mutual	35%
Médicos de guardia	2	Asociación Mutual	50%
Enfermeras	3	Asociación Mutual	100%
Personal de limpieza	1	Asociación Mutual	30%
Empleado administrativo (Clínica)	1	Asociación Mutual	100%
Gerente	1	Asociación Mutual	
Empleados Administrativos (A.M.S.M.L.)	3	Asociación Mutual	100% a la A.M.S.M.L. (el tiempo dedicado al SIS no puede ser estimado)

c) Sistema de información

Desde el comienzo de las actividades los documentos utilizados para la recopilación de información necesaria fueron un registro de afiliados y un registro de pago de

cotizaciones.

Asimismo, desde el momento de creación del SIS se contó con los nueve libros exigidos por el Instituto Nacional de Acción Cooperativa y Mutual a saber:

- inventarios y balances
- registro de asociados
- control de caja
- registro de asistentes a asambleas
- registro de actas de asamblea
- registro de informes de la Junta Fiscalizadora
- registro de actas de reuniones de la Comisión Directiva
- libro diario general

Al mismo tiempo se estableció un sistema de contabilidad para el primer ejercicio, y un balance, sin embargo no se estableció un presupuesto.

IV.4. Asistencia técnica y formación

Durante la fase de creación del SIS y durante el primer ejercicio no se recibió Asistencia técnica de ningún tipo, tampoco se realizaron actividades de formación.

V. Características del sistema de seguro de salud

Esta sección intenta proporcionar una visión actual de las características del sistema de seguro de salud. Se hará referencia a diversos aspectos de su funcionamiento con el objeto de lograr una detallada descripción del SIS pero no de evaluar su impacto o su eficiencia.

V.1 Grupo destinatario y beneficiarios

V.1.1 Grupo destinatario

El grupo destinatario del SIS, está constituido en la actualidad por los 3.162¹ habitantes de la localidad de Saturnino María Laspiur (ver acápite III.1). Su composición es la misma que en el momento de la creación del SIS.

Al igual que en el momento de su creación existe un grupo de habitantes excluidos de este sistema de seguro debido a que carecen de todo tipo de ingresos. Según nos señalan los responsables del SIS, este sector crece a causa del incremento del desempleo. Por este motivo la Comisión Directiva evalúa los casos de aquellos beneficiarios que pierden su fuente de trabajo, y tramita la eximición del pago.

V.1.2 Diferentes categorías de beneficiarios

El SIS permite la afiliación de personas a título individual. Si bien la afiliación a la Asociación Mutual S.M. Laspiur es voluntaria, todos los asociados a esta mutual se transforman automáticamente en afiliados del SIS.

No existe cuota de afiliación, y el único requisito para poder afiliarse es tener lugar de residencia en S.M. Laspiur. Si bien el Reglamento de Enfermería (ver anexo documental N°3) establece que aquellos afiliados que presenten una enfermedad infectocontagiosa no pueden acceder a este servicio, en la práctica este requisito no se exige. Según los responsables del SIS, la aplicación de estas condiciones no ha requerido arbitrajes. Pero en caso de surgir la necesidad de arbitraje, este estaría a cargo de la Comisión Directiva.

De esta manera los afiliados están vinculados por su pertenencia a la misma comunidad geográfica y por ser miembros de la misma mutual.

Los procedimientos a seguir para iniciar la afiliación son los siguientes: en primer lugar presentarse en la sede de la mutual y completar una solicitud (ver documento anexo N°6). Que es recibida por los empleados administrativos de la mutual quienes verifican la identidad y el domicilio en el documento del solicitante.

¹ Consideramos la cifra proporcionada por la Municipalidad de Saturnino María Laspiur dado que la cifra del Censo Nacional de Población y Vivienda del Año 1991 está desactualizada.

La afiliación no requiere de la firma de contrato y no debe ser renovada. La posibilidad de afiliación no está limitada a un período de tiempo o a una época del año determinada.

Los afiliados son registrados en un padrón en el cual se deja constancia de su apellido y nombre, número de documento, fecha de nacimiento y domicilio. Este padrón actualizado mensualmente permite identificar a los afiliados y por lo tanto no se utilizan tarjetas de identificación.

No existen categorías de afiliados, ni tampoco restricciones aplicadas a los grupos familiares dado que cada miembro del grupo familiar paga una cotización individual. Las condiciones de afiliación no han sido modificadas desde su puesta en marcha.

V.1.3 Número de beneficiarios y evolución

La información recogida mediante la solicitud de inscripción no es sistematizada, por lo tanto no es posible conocer la composición del grupo de afiliados según edad y sexo. No obstante, los responsables del SIS aportan los siguientes datos estimativos respecto a la composición del grupo según sexo y a la evolución de estas cifras.

Cuadro N° V-1: Número actual de los afiliados de SIS

Sexo	Hombres	Mujeres	Total
Total	887	913	1.800

Cuadro N° V-2: Seguimiento del número de afiliados y beneficiarios

	Año 1996 (desglosado por sexo) ²		Año 1997 (desglosado por sexo)		Año 1998 (desglosado por sexo)	
	varones	mujeres	varones	mujeres	varones	mujeres
Numero total de afiliados cotizantes (afiliación voluntaria)	855	878	870	897	887	913
Totales	1.733		1.767		1.800	

A partir de la lectura del cuadro precedente podemos afirmar que la evolución del número de afiliados no ha sufrido un crecimiento demasiado marcado.

Esto se explica, según los responsables, debido a que el número de afiliados al SIS tiene un techo dado que el resto de la población no requiere de estos servicios, ya sea porque posee otro tipo de cobertura o bien ésta le resulta inaccesible en términos económicos.

En lo que respecta a la composición del grupo destinatario la proporción entre hombres y mujeres se mantiene. Respecto a la distribución de la población según grupos de edades no se dispone de información.

² No se dispone de los datos desglosado por edades.

Cuadro Nº V-3: Porcentaje del crecimiento del número de afiliados del SIS y de la organización responsable.

	Número actual de afiliados (desglosado por sexo)	Porcentaje de crecimiento del número de afiliados desde el fin del primer ejercicio del SIS
SIS	1.800	38%
Organización responsable	1.800	38%

V.1.4 Causas de pérdida del estatus de afiliado

La pérdida del estatus de afiliado ocurre sólo en caso de cambio de domicilio. Esta decisión está a cargo de la Comisión Directiva. Sin embargo, no se han registrado pérdidas considerables de afiliados. Otra posibilidad de exclusión puede darse por falta de pago de las cotizaciones, pero este caso aún no se ha registrado en tanto dicha exclusión queda sin efecto al momento que el beneficiario paga las cuotas atrasadas. Si su situación económica no le permite hacerlo, su caso es evaluado por la Comisión Directiva, y posteriormente es eximido del pago.

V.1.5 Penetración del grupo destinatario

El SIS cubre el 56,9 % de los habitantes de la localidad, el crecimiento del número de afiliados en los últimos años tiende a estabilizarse. Según los responsables no se espera un crecimiento del grupo de beneficiarios para los próximos años (ver acápite V.1.3).

Por lo tanto, se puede afirmar que el aumento del número de afiliados no constituye un objetivo del SIS. No se han realizado acciones para captar miembros dado que los responsables consideran que la demanda de afiliación ha encontrado su límite.

V.2 Paquetes de beneficios y otros servicios ofrecidos por el SIS

V.2.1 Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS

La elección de los paquetes que ofrece el SIS actualmente fue realizada por los miembros de la Comisión Directiva en el momento de la creación y no ha sufrido modificaciones excepto la incorporación del servicio de enfermería a domicilio.

Como se dijo más arriba los elementos considerados fueron en primer lugar la necesidad de contar con servicios inexistentes en la zona y estos se definieron en función de los recursos disponibles. Las prestaciones ofrecidas por el SIS constan en el Reglamento de Enfermería y en el Reglamento de Uso de la Clínica. (Ver documentos anexos Nº3 y 5). El Reglamento de Enfermería también establece la única condición de cobertura, (el afiliado no puede padecer enfermedades infectocontagiosas) que como ya se dijo más arriba no se practica.

Los beneficios ofrecidos actualmente por el SIS no difieren de aquellos ofrecidos en el momento de su creación.

Cuadro N° V-4: Beneficios ofrecidos por el SIS

Servicios	Personas cubiertas	Co-pago	Límite de cobertura	Período de espera	Derivación obligatoria
Intervenciones quirúrgicas no programadas					
Todas	Afiliados	No	(subsido de 180 \$ para el pago de viáticos)	90 días	No
Atención al parto					
Todas	Afiliados	No	(subsido de 180 \$ para el pago de viáticos)	270 días	No
Hospitalizaciones medicalizadas					
Todas	Afiliados	No	Ninguno	90 días	No
Intervenciones quirúrgicas programadas					
Todas	Afiliados	No	(subsido de 180 \$ para el pago de viáticos)	90 días	No
Atención ambulatoria programada					
Todas	No cubierta				
Atención preventiva					
Todas	No cubierta				
Atención ambulatoria no programada					
Todos	No cubierta				
Medicamentos					
Todos	No cubiertos				
Transporte/ evacuación					
	No cubierto				
Laboratorio/ radiología					
	No cubierto				
Otros					
Servicio de enfermería en la clínica y domiciliario	Afiliados	Sin cargo	ninguno	30 días	No

En la actualidad continúa existiendo un único paquete de beneficios. Por lo tanto todos los afiliados tienen la posibilidad de afiliarse al mismo paquete.

Los afiliados son informados en cuanto a los servicios cubiertos en el momento de su afiliación mediante la entrega de una copia del reglamento de enfermería, el mismo está expuesto en la Clínica Privada S.M.Laspiur.

Los responsables del SIS justifican el co-pago de los servicios sosteniendo que gracias a esto logran cubrir los gastos que ocasiona la amortización de los equipos y los gastos emergentes de la prestación. Sin embargo, se han realizado excepciones a su aplicación en caso de carencia de recursos por parte de los afiliados. La determinación de eximición de los pagos es tomada por la Comisión Directiva en función del conocimiento de la situación económica del afiliado y su grupo familiar. Dadas las reducidas dimensiones de la localidad no se recurre a mecanismos formales de control de dicha situación.

Los afiliados al SIS deben superar un período de espera de 30 días para acceder al servicio de enfermería, mientras que para acceder a los servicios de internación y subsidio en caso de intervención quirúrgica el período de espera es de 90 días y en caso de parto se aplica una carencia de 270 días. Los controles necesarios para que dicho período se cumpla se efectúan mediante la utilización del padrón de afiliados actualizado. También se efectúan excepciones a esta disposición siempre que sea aprobada por la Comisión Directiva.

La realización de cualquier práctica requiere de una orden escrita de un profesional. El SIS no prevé la derivación de los afiliados a instancias superiores.

Los afiliados de la mutual cuentan con alojamiento en habitación privada y alojamiento para un acompañante sin cargo y con un subsidio de US\$ 180 destinado al pago de viáticos de los profesionales en caso de intervención quirúrgica y parto.

No se efectúan pagos de prestaciones a los afiliados por lo tanto no se utilizan mecanismos de autorización. Hasta la actualidad no se han registrado casos que requirieran de arbitraje para decidir la cobertura de los beneficiarios.

Las tres prestaciones otorgadas con mayor frecuencia durante los últimos tres ejercicios, según las estimaciones de los responsables del SIS, son las siguientes: 1) colocación de inyectables, 2) control de presión arterial, 3) internaciones.

El paquete no ha sufrido cambios radicales desde el inicio de las actividades excepto la incorporación del servicio de enfermería a domicilio los 365 días del año las 24 horas (originariamente el servicio de enfermería se brindaba exclusivamente en el edificio de la Clínica). Esta modificación fue introducida a partir de las demandas de los beneficiarios. La decisión fue tomada por la Comisión Directiva y no implicó modificaciones en las cotizaciones de los afiliados.

V.2.2 Pago de las prestaciones

A partir de mayo de 1999 el SIS ha contratado a una empresa privada como única prestadora que se ocupa de la administración del servicio. Desde ese momento la fórmula que utiliza el SIS para otorgar las prestaciones al afiliado es el pago a cargo de terceros, es decir, el prestador le cobra directamente al seguro. Esta fórmula se aplica para todos los de servicios cubiertos y por lo tanto la modalidad de reembolso no se aplica en ningún caso, ni tampoco se hace necesario un sistema de control de la facturación de los prestadores.

Cuando el afiliado no está al día con el pago de sus cotizaciones según se establece en los reglamentos del SIS debe ser excluido del sistema. Sin embargo, esta medida no se ha puesto en práctica, el afiliado es atendido en el momento que paga sus cuotas atrasadas. Aquellos que no pueden enfrentar su deuda debido a su situación económica, previa evaluación de su caso, son eximidos del pago por la Comisión Directiva.

El SIS no dispone de un documento que permita registrar el número, monto, y costo medio de las prestaciones otorgadas por tipo de servicio.

V.2.3 Otros servicios ofrecidos a los beneficiarios

a) Otros servicios financieros en el ámbito de la salud

La Asociación Mutual S.M. Laspiur, organización responsable del SIS, pone a disposición de los afiliados un sistema de créditos de la salud para los servicios no cubiertos por el SIS. No se dispone de datos respecto al monto total de los créditos de salud.

La Asociación Mutual analiza cada uno de los casos y establece el monto, la tasa y la duración del crédito. Generalmente son préstamos a 10 meses, en cuotas fijas. El financiamiento proviene del servicio de ayuda económica que presta la Asociación y es administrado por la misma mutual.

Ni el SIS, ni la organización responsable ponen a disposición de los afiliados un sistema de ahorro para la salud, ni tampoco tiene previsto ofrecerlos.

b) Oferta de atención médica

En la actualidad los servicios médicos no son ofrecidos directamente por el SIS. Sino por intermedio de una empresa prestadora. Los servicios ofrecidos continúan siendo los mismos que se instituyeron en el momento de la creación del SIS: 1) atención médica generalista y especializada, 2) internación e intervenciones quirúrgicas, 3) atención del parto, 4) radiología y 5) servicio de enfermería.

Estos servicios están destinados a los beneficiarios del SIS pero también son accesibles en forma particular por todos aquellos que abonen los aranceles correspondientes.

La puesta en marcha de estos servicios fue financiada gracias a los aportes del generados por el servicio de ayuda económica de la Asociación Mutual S.M.Laspiur. Actualmente los costos del servicio se financian gracias a las cotizaciones y a transferencia de fondos provenientes del servicio de ayuda económica de la Mutual.

c) Prevención y educación para la salud

El SIS no organiza actividades de prevención y/o educación para la salud.

d) Otro tipo de servicios

Los servicios organizados por la organización responsable del SIS son los siguientes: ahorro y crédito, actividades de educación/formación/alfabetización, servicio de biblioteca, turismo. La mutual también financia el funcionamiento de la Clínica S.M. Laspiur donde se ofrecen servicios de atención médica arancelados al resto a los pobladores de Saturnino María Laspiur.

El SIS absorbe el 100% de los beneficiarios de la Asociación Mutual S. M. Laspiur

dado que la afiliación a la Mutual implica la afiliación automática al SIS. Los egresos del SIS³ representan el 26,75% de los egresos totales de la Asociación Mutual. La relación entre el SIS y la Asociación Mutual resulta fundamental dado que esta última aporta el financiamiento del SIS.

V.3 Aspectos financieros del funcionamiento del SIS

V.3.1 Fuentes de financiamiento del SIS

a) Cotizaciones:

La cotización consiste en un monto fijo mensual de US\$ 2,50, en efectivo. A cambio del pago de esta cuota el afiliado obtiene todos los beneficios ofrecidos por SIS, pero también aquellos ofrecidos por la Asociación Mutual. Esta cotización se aplica a la totalidad de los afiliados sin diferenciación de categorías. El modo de cálculo de la misma tampoco está vinculado con los ingresos o los riesgos personales del afiliado.

Existen beneficiarios exentos del pago de cotizaciones, en caso de carencia económica. Esta decisión es asumida por la Comisión Directiva en función del conocimiento personal de cada uno de los casos, sin requerimiento de documentación probatoria accesorio. Los casos de exoneración representan aproximadamente un 15 % de los afiliados. Según sostienen los responsables del SIS, esta proporción puede ser asumida por la Mutual sin problemas.

El monto actual de las cotizaciones fue determinado por la Comisión Directiva con el objeto de cubrir los gastos mínimos de estructura. Estas son abonadas mensualmente en la Mutual. Esta forma de pago resulta conveniente en tanto coincide con el momento de la recepción de ingresos por parte de los afiliados. En el momento del pago de la cotización se entrega a los afiliados un recibo (Ver anexo documental N°7), y se registra dicho pago en el padrón correspondiente.

En caso de atraso del pago de las cotizaciones, la mutual realiza notificaciones simples que se entregan en mano al afiliado.

Cuadro N° V-5: Monto total de las cotizaciones recibidas

Origen	Monto total⁴		
	Ejercicio (1996) US\$	Ejercicio (1997) US\$	Ejercicio (1998) US\$
Cotizaciones recibidas de los afiliados	4.332,50	4.417,50	4.500.00

³ Esta cifra hace referencia a los costos de la Clínica Privada Saturnino María Laspiur, por lo tanto es necesario tener en cuenta que esta presta otros servicios dirigidos a la totalidad de la comunidad y no sólo a los afiliados del SIS.

⁴ Dado que estos datos no se encontraban disponibles, estas cifras se estimaron teniendo en cuenta el número de afiliados al SIS y el monto mensual de las cotizaciones.

El monto de las cotizaciones no está sujeto a revisiones ni a ajustes periódicos. De hecho desde el momento de la creación del SIS no se ha modificado el monto de las cotizaciones. Si bien el paquete de beneficios se ha ampliado al incorporar el servicio de enfermería a domicilio, esto no implicó modificación alguna en las cotizaciones.

b) Cuota de afiliación, parte del capital social

Para adquirir el estatus de afiliado no es necesario pagar cuotas de afiliación,

c) Contribuciones financieras del Estado (instituciones de derecho público, por ejemplo, regiones, provincias, municipalidades, etc.) y de las colectividades.

El SIS no ha recibido contribuciones financieras durante los últimos tres ejercicios. Por parte del Estado o de las colectividades locales de ningún tipo.

d) Donaciones o subvenciones provenientes de otros contribuyentes

El SIS no ha recibido donaciones o subvenciones de otros contribuyentes.

e) Préstamos y créditos

El SIS no ha recibido préstamos y créditos

f) Transferencia de fondos de la parte de la organización responsable del SIS.

El financiamiento del SIS no está claramente separado del de las otras actividades de la organización responsable en lo que respecta a los balances y a su tesorería. Sin embargo cuenta con una contabilidad independiente y una gestión independiente. No se prevén cambios en este sentido.

Desde el primer ejercicio hasta la actualidad la organización responsable del SIS transfirió fondos al SIS en forma de aportes no reintegrables:

1-3-92 al 30-6-98	85.838,98 \$
1-7-98 a la actualidad	50.545.76 \$

g) otros

No existen otras fuentes de financiamiento.

V.3.2 Costos

Si bien no se dispone de la cifra correspondiente al monto de las prestaciones pagadas por el SIS específicamente, a continuación se detalla el costo de funcionamiento de la Clínica Privada S.M.Laspiur durante los últimos 3 ejercicios. Es necesario tener en cuenta que la Clínica ofrece otros servicios ha sido el siguiente:

01-07-1996 al 30-06-1997:	US\$ 33.857,40
01-07-1997 al 30-06-1998:	US\$ 65.452,88
01-07-1998 al 30-06-1999:	US\$ 68.017,39

Los costos de administración están integrados a los de la Asociación Mutual. Los costos de operación tales como (salarios, alquileres del inmueble, materiales, mantenimiento del equipamiento, servicios), no están cuantificados.

V.3.3 Excedentes y distribución de los excedentes

El SIS no dispone de estatus jurídico independiente. La organización responsable es una organización sin fines de lucro y por lo tanto los excedentes producidos por las actividades que realiza la Asociación Mutual son volcados hacia la mejora de los servicios existentes.

La organización responsable del SIS en tanto Asociación Mutual no persigue un objetivo lucrativo. Los excedentes producidos por la actividad de ayuda económica son destinados a financiar el déficit provocado por el SIS. El SIS es una actividad deficitaria.

V.3.4 Fondos de reserva

El SIS no dispone de fondos de reservas.

V.4 Prestadores de atención médica

V.4.1 Prestadores de atención médica que trabajan con el SIS

El SIS cuenta con un único prestador, la Clínica de Especialidades Enrique J. Carrá, que se ha hecho cargo de la dirección médica y la gestión del Clínica Privada S. M. Laspiur propiedad de la Asociación Mutual S.M. Laspiur. Por lo tanto, sus afiliados no pueden elegir entre diferentes prestadores.

Cuadro N° V-6: : Prestadores autorizados por el SIS

Nombre /identificación prestadores	Localización	Tipo	Nivel	Tipo de servicios ofrecidos	Fecha de autorización
Equipo médico de la Clínica de Especialidades Enrique J. Carrá. (San Francisco)	Clínica Privada S.M. Laspiur Celestino Lamberti 279 -S. M. Laspiur.	Privado	1 y 2	Enfermería Internación	05-1999 05-1999

No existen en la zona otros prestadores del mismo nivel del SIS, excepto el dispensario que provee exclusivamente atención primaria.

Los criterios adoptados para elegir al prestador autorizado fueron fijados por la Comisión Directiva con el asesoramiento de los médicos locales y la selección fue realizada por medio de una convocatoria abierta. Esta decisión se tomó con la intención de elevar la calidad del servicio y reducir su costo. La Clínica de Especialistas Enrique J. Carrá no puede convenir precios y contratos con el SIS. No existen problemas de disponibilidad de los servicios médicos cubiertos por el SIS.

V.4.2 Relaciones entre los prestadores y el SIS

Existe un convenio entre el SIS y el prestador autorizado (ver documento anexo N°8). La negociación de dicho acuerdo estuvo a cargo de la gerencia y la Comisión Directiva.

En dicho convenio se establece que la prestadora esta obligada a ofrecer a los afiliados los servicios de enfermería y el servicio de internación en forma gratuita. A cambio, la Mutual cede en comodato la totalidad de los bienes de su propiedad que se encuentran en la Clínica Privada S.M. Laspiur más un importe mensual de US\$ 1.850. El convenio establece que la prestadora está obligada a permitir el libre uso de las instalaciones de la clínica a la totalidad de los médicos que se desempeñan en el radio de la localidad de Saturnino María Laspiur quedando, bajo su responsabilidad y arbitrio las condiciones particulares de la utilización del establecimiento. Dado que este convenio ha sido firmado en el mes de mayo y es el primer convenio firmado con un prestador, aún no se ha anulado ningún acuerdo.

El prestador verifica el derecho a la prestación del asegurado por medio del padrón.

No se dispone de un mecanismo o de actividades particulares para recoger la opinión de los beneficiarios en cuanto a la calidad de los servicios, por fuera de la Asamblea General Ordinaria. Se ha realizado una encuesta durante los meses de abril y mayo de 1998, subsidiada por la Municipalidad y la Mutual, con el objeto de recoger la opinión y las demandas de los beneficiarios.

Mensualmente se organizan reuniones con los prestadores y los miembros del SIS a nivel gerencial con el objetivo de analizar la marcha del sistema. Los beneficiarios no participan en la gestión de las actividades de los prestadores, no obstante no se prevén cambios en este aspecto.

A partir del momento en que la Clínica de Especialidades Enrique J. Carrá ha asumido la dirección médica de la Clínica Privada S.M. Laspiur se ha notado una elevación en la calidad de la atención médica, dado que el prestador se hace cargo de la capacitación del cuerpo médico. La Asociación Mutual por su parte no ofrece formación, ni premios o incentivos al cuerpo médico ni tampoco al personal administrativo.

V.4.3 Pago a los prestadores

La modalidad de facturación utilizada por los prestadores de atención médica consiste en un monto fijo mensual. Esta modalidad se ha implementado desde la concesión de del servicio en el mes de mayo de 1999. Desde este momento, se estableció que se abonará un monto fijo mensual de US\$ 1.850 al prestador.

Gracias a esta modalidad, la facturación de los prestadores no requiere control por parte de la organización responsable del SIS.

V.5 Administración y gestión del SIS

V.5.1 Estatutos y reglamentos

El SIS no cuenta con personería jurídica. Por lo tanto está sujeta a las disposiciones en el plano fiscal y legal propias de la organización responsable.

El SIS no cuenta con estatutos pero dispone de tres reglamentos internos (Ver anexo documental N°3, 4 y 5): 1) reglamento de enfermería, 2) reglamento de funcionamiento de la clínica y 3) reglamento de uso de la clínica. Todos fueron introducidos desde el momento de su creación y se los definió en función de experiencias similares (ver acápite IV.3. 5).

V.5.2 Organización de la gestión del SIS

A partir del mes de mayo la gestión del servicio de atención médica está a cargo del prestador, Clínica de Especialidades Enrique J. Carrá. Esta empresa ha asumido desde esa fecha las responsabilidades totales en el aspecto médico.

Sin embargo, el cobro de las cotizaciones y la actualización de los padrones es la única tarea que actualmente realiza la Asociación Mutual, mientras que la Clínica de Especialidades Enrique J. Carrá se ocupa de la gestión financiera de la Clínica Privada S.M. Laspiur. En este sentido se puede afirmar que el aseguramiento y los servicios de asistencia médica tienen gestiones independientes.

El SIS cuenta con dos unidades: la sede de la organización responsable donde se lleva a cabo el cobro de las cotizaciones, la actualización del padrón de afiliados y las evaluaciones periódicas del servicio, y la Clínica Privada S.M. Laspiur que ofrece el servicio de atención médica, pero a su vez ofrece atención médica en forma particular a todos los habitantes de Laspiur.

Los responsables por parte de la organización responsable son elegidos por el Consejo Directivo mientras que los responsables de la Clínica Privada S. M. Laspiur son nombrados por las autoridades de la Clínica de Especialidades Enrique J. Carrá

Actualmente, la Clínica Laspiur cuenta con 4 mujeres entre sus miembros (3 enfermeras y 1 personal de limpieza).

Cuadro N° V-7: Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS

Título del puesto	Asalariado/Benévolo	Fecha de creación del puesto	Calificación del titular actual	Principales tareas
Enfermera profesional	asalariado	3-1992	Enfermera profesional	tareas generales de enfermería
Personal de limpieza	asalariado	3-1992	Ninguna	tareas de limpieza
Médico generalista	contratado	3-1992	Médico	guardias pasivas control del personal

El SIS además cuenta con la colaboración del gerente y de tres empleados

administrativos de la Asociación Mutual.

Cuadro N° V-8: Personal alarido no empleado por el SIS

Categoría	Número	Organización responsable	Porcentaje de tiempo de trabajo consagrado al SIS	Principales tareas.
Gerente	1	Asociación Mutual S.M.L	100% en la A.M.S.M.L (no puede ser estimado el tiempo dedicado al SIS)	Dirección y gestión financiera
Empleados administrativos	3	Asociación Mutual S.M.L	100% en la A.M.S.M.L (no puede ser estimado el tiempo dedicado al SIS)	Tareas administrativas. Cobro de cotizaciones Actualización del padrón de afiliados

V.5.3 Carácter democrático y participativo de la gestión

Cuando un afiliado ingresa al sistema de seguro es informado sobre sus derechos y obligaciones por el empleado que tramita su afiliación, al mismo tiempo que le entrega una copia del reglamento de enfermería. Este reglamento también está expuesto en la clínica. No se utiliza otro tipo de material escrito para la información de los beneficiarios (ver acápite IV.2.3).

Dado que el SIS no cuenta con estatuto, no está prevista la participación de los afiliados en lo que respecta a las decisiones referidas a la selección de los servicios cubiertos, el monto de la cuota, la selección de los prestadores, la selección de los responsables y la evaluación del funcionamiento del SIS.

Dicha participación está prevista dentro en el marco las Asambleas Generales. Sin embargo, si bien estas asambleas se llevan a cabo efectivamente el nivel de participación de los afiliados se reduce a un escaso 16% debido a la falta de interés de los miembros de la mutual.

Además de la Asamblea General no existen otros dispositivos formales destinados a responder y atender los pedidos de información y los reclamos de los afiliados, sin embargo en la oficina de atención al público de la mutual son atendidas todas las inquietudes de los afiliados.

V.5.4 Gestión de disponibilidades

A partir de la privatización de la gestión, la empresa gerenciadora autoriza los gastos corrientes efectivos. Por lo tanto, el SIS no requiere de cuentas bancarias y la única transacción realizada en efectivo consiste en el pago del monto fijo mensual a la prestadora. Es por ello, que tampoco resulta necesario contar con una sistema de administración de caja chica.

V.5.5 Sistema de información e instrumentos de gestión

a) Registro contable

El SIS no dispone de una contabilidad independiente, sino integrada a la contabilidad de la Asociación Mutual. Todos los documentos de registro contable están al día, obedecen a las normas y a la legislación nacional.

Los documentos utilizados son los siguientes: inventarios y balances, control de caja, informe de la Junta Fiscalizadora y libro diario general.

La gerencia es la responsable de administrar los registros contables bajo la supervisión de la Junta Fiscalizadora de la Asociación Mutual. Tanto el gerente como el presidente de la Junta Fiscalizadora son contadores públicos

b) Información sobre afiliaciones, cotizaciones y prestaciones

El SIS utiliza un registro de afiliados y un registro de pago de cotizaciones con la intención de recabar información sobre las afiliaciones y las cotizaciones. Los afiliados no cuentan con una tarjeta de afiliación. Tampoco existe un registro del seguimiento de las prestaciones.

c) Instrumentos de gestión

Los instrumentos de gestión son los siguientes: un presupuesto que asigna un monto fijo de US\$ 1.850 mensuales a la empresa prestadora y un balance contable, ambos están integrados con los de la Asociación Mutual. No se utiliza un cuadro de resultado, ni se registran indicadores de funcionamiento.

El sistema de información del SIS permite disponer de datos referidos a la situación de tesorería, evolución de las prestaciones, recaudación de las cotizaciones y dinámica de afiliación. No existe información disponible sobre costos de administración dado que el registro se realiza en forma integrada con los de la Administración Mutual. Si bien esta información está disponible, no puede ser recolectada en forma inmediata.

El registro de afiliados, el registro de pago de las cotizaciones y los registros contables de la Mutual son efectuados con la ayuda de un software preparado especialmente para la Asociación Mutual.

Los informes de actividad realizados (la memoria anual, el balance anual, el informe de la Junta Fiscalizadora) están integrados a la memoria anual y al balance anual de la Asociación Mutual.

d) Formalización de los procedimientos de gestión

Los formularios utilizados para el funcionamiento corriente del SIS son los siguientes: solicitudes de afiliación, contrato con la gerenciadora, solicitud de subsidio por traslado del profesional para intervenciones quirúrgicas y partos.

V.5.6 Función de control

Los controles internos realizados por el órgano responsable del SIS son los siguientes:

- control de la afiliación;
- control del pago de las cotizaciones;
- control de contabilidad.

La Clínica de Especialidades Enrique J. Carrá como empresa prestadora se ocupa del control del derecho a cada prestación. Todos estos controles se realizan regularmente. No se realizan auditorías externas.

V.5.7 Distribución de funciones

Cuadro N° V-9: Distribución real de funciones

	Órganos del SIS	Personal asalariado del SIS	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica	Prestadores externos
Gestión de prestaciones					
¿Quién decide los paquetes de beneficios?	Consejo Directivo				
¿Quién realiza los arbitrajes en materia de cobertura?	(No se realizan)				
¿Quién decide la derivación de un enfermo a un nivel superior?			X		
¿Quién hace el seguimiento de las prestaciones? (Frecuencia por servicio cubierto, costo promedio, etc.)	Consejo Directivo				
Gestión de los afiliados y recaudación de cotizaciones					
¿Quién recibe las solicitudes de afiliación?		Personal asalariado del SIS			
¿Quién actualiza los registros de afiliados?		Personal asalariado del SIS			
¿Quién establece las tarjetas de identificación de afiliados?	(No existen tarjetas)				
¿Quién decide la exclusión de un afiliado?	El Consejo Directivo (no se ha dado el caso)				
¿Quién calcula el monto o porcentaje de las cotizaciones?	La gerencia				
¿Quién decide el monto o porcentaje de las cotizaciones?	El Consejo Directivo				
¿Quién recauda las cotizaciones?		Personal asalariado del SIS			
¿Quién lleva el registro de pago de las cotizaciones?		Personal asalariado del SIS			
Gestión de relaciones con los prestadores					
¿Quién elige los prestadores?	El Consejo Directivo				

	Órganos del SIS	Personal asalariado del SIS	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica	Prestadores externos
¿Quién negocia los acuerdos con los prestadores?	El Consejo Directivo				
¿Quién retira la autorización a un prestador?	El Consejo Directivo (no se ha dado el caso)				
¿Quién decide el pago a los prestadores?	El Consejo Directivo				
Contabilidad y gestión financiera					
¿Quién efectúa los registros contables?	La gerencia				
¿Quién prepara el presupuesto?	La gerencia				
¿Quién elabora el sistema de administración contable?	La gerencia				
¿Quién elabora los estados de resultado?	(No existen)				
¿Quién establece el balance?	La gerencia				
¿Quién calcula los indicadores financieros?	La gerencia				
¿Quién propone la distribución del excedente?	(No existe excedente)				
¿Quién realiza el seguimiento de la utilización de las disponibilidades de caja?			El prestador de atención médica		
¿Quién cobra créditos?	(No existen créditos)				
¿Quién decide las inversiones financieras?	(No existen inversiones financieras)				
¿Quién autoriza los gastos?	El Consejo directivo				
¿Quién administra la caja?			El prestador de atención médica		
Control					
¿Quién controla la caja?			El prestador de atención médica		
¿Quién efectúa los controles contables y financieros	La Junta Fiscalizadora				
¿Quién controla a los beneficiarios?			El prestador de atención médica		
¿Quién controla el pago de las cotizaciones?		Asalariados del SIS			
¿Quién controla el derecho a las prestaciones?			El prestador de atención médica		
¿Quién controla la facturación de los prestadores?	(No exige control)				
¿Quién efectúa el control médico?			El prestador de atención médica		
¿Quién sanciona los fraudes?	El Consejo Directivo (No se ha dado el caso)				
¿Quién interviene en caso de malversación de fondos?	El Consejo Directivo (no se ha dado el caso)				
Relaciones con los beneficiarios y el grupo de destinatarios					
¿Quién decide convocar a la asamblea general?	El Consejo Directivo				
¿Quién organiza la asamblea general?	El Consejo Directivo				

	Órganos del SIS	Personal asalariado del SIS	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica	Prestadores externos
¿Quién designa a los responsables?	El Consejo Directivo				
¿Quién informa a los beneficiario en cuanto a los paquetes de beneficios?		Personal asalariado del SIS			
¿Quién organiza las campañas de información del grupo destinatario?	El Consejo Directivo La gerencia				
¿Quién organiza las actividades de prevención y de educación para la salud?			El prestador de atención médica		

No se realizan actividades de formación destinadas a los responsable y al personal del SIS.

V.5.8 Equipamiento e infraestructura

La organización responsable del SIS dispone de un local cedido en comodato gratuito. El mismo cuenta con 130 m² y está ubicado en el Centro Cívico de Laspiur (9 de Julio 1). Este local es compartido con el resto de las actividades de la Asociación Mutual

El equipo informático utilizado consta de 4 computadoras: 3 *Pentium* y 1 386 *Mhz.*. En lo que respecta al software, las 3 *Pentium* cuentan con Windows 98 y mientras que el equipo 386 *Mhz.* está destinado al uso de programas propios utilizados para el control de los pagos, el registro de los afiliados y las tareas contables, el equipo restante se utiliza para operar los programas de control de pagos, y tareas contables..

Los medios de comunicación con los que cuenta el SIS son teléfono, fax, correo electrónico, todos ellos compartidos con la Asociación Mutual. Asimismo, cuenta con un auto también propiedad de la mutual. No poseen equipos de fotocopiadora, ni de vídeo.

V.6 Actores en relación con el SIS

V.6.1 Estructuras de reaseguro y fondos de garantía

El SIS no participa de ningún mecanismo de reaseguro ni de fondo de garantía.

V.6.2 Estructuras de asistencia técnica

El SIS no ha recibido, ni recibe asistencia técnica.

V.6.3 Movimientos sociales y organizaciones de la economía social

El SIS no mantiene relaciones con entidades sindicales. La organización responsable del SIS es miembro de la Federación de Mutualidades de Servicios de Seguridad Social y de la Federación de Mutualidades de la Provincia de Córdoba desde hace 8

años. Estas entidades prestan apoyo logístico e informativo. El SIS no mantiene contactos con otras asociaciones mutuales o cooperativas.

V.7 Otros actores.

El SIS actualmente mantiene relaciones con la empresa prestadora. Las relaciones con el Municipio son meramente institucionales se limitan a los trámites de habilitaciones y exenciones impositivas.

VI. Indicadores de funcionamiento del sistema de seguro de Salud

El SIS no utiliza indicadores de funcionamiento. Sin embargo cuenta con la mayoría de los datos necesarios para construirlos.

En algunos casos la elaboración de estos datos requiere un proceso de sistematización previo. No obstante, se cuenta con la información necesaria para construir la gran mayoría de los indicadores propuestos en la parte E de la guía.

VII. Punto de vista de los actores sobre el sistema de seguro de salud

Esta sección tiene por objetivo recoger el punto de vista de los actores implicados en el funcionamiento del SIS. La recolección de información sobre el punto de vista de los responsables, de los prestadores y de otros actores fue realizada mediante entrevistas. El punto de vista de los beneficiarios fue tratado mediante la utilización de una encuesta de opinión realizada por el SIS y la Municipalidad local en abril/mayo de 1998.

VII.1 Procesos de evaluación

Según el gerente del SIS, la opinión de los beneficiarios es consultada mediante la Asamblea General de la Asociación Mutual S.M. Laspiur. Sin embargo, es necesario destacar que la participación de los miembros en este ámbito es muy reducida (aproximadamente el 16 % de los afiliados). Desde la gerencia, se atribuye la baja participación al escaso interés de los miembros por los problemas del servicio, debido a que los afiliados utilizan este servicio de salud sin inconvenientes y por lo tanto no encuentran necesidad de acercarse y formular demandas o propuestas.

Dada la escasa participación de los miembros, se realizó una encuesta durante los meses de abril y mayo de 1998, con el objetivo de identificar las principales necesidades de servicios. Esta iniciativa estuvo financiada conjuntamente por la Mutual y la Municipalidad de la localidad.

Las evaluaciones del servicio tienen lugar mensualmente en las reuniones entre la gerencia de la mutual y los representantes de la empresa prestadora. Estas reuniones están destinadas a elevar la calidad del servicio y las conclusiones alcanzadas son comunicadas al Consejo Directivo, responsable de las evaluaciones.

Los asociados no participan en el proceso de evaluación en otro ámbito que no sea la Asamblea General. A pesar de ello, los responsables del SIS no han iniciado acciones para poner en conocimiento de los miembros los resultados de las evaluaciones.

El SIS no está sometido a evaluaciones externas. Las evaluaciones realizadas durante los últimos tres ejercicios constan en las actas correspondientes de las Asambleas de la Comisión Directiva. A partir de estas evaluaciones se tomaron las siguientes medidas:

- Se dispuso la utilización de la F.M. local como medio para informar al público sobre los servicios y las modalidades de atención de la clínica. (Esta medida no se utiliza en la actualidad).
- A partir del análisis de las alternativas para disminuir el déficit provocado por la Clínica Privada S.M. Laspiur se alcanzó un acuerdo con los profesionales locales para lograr que estos deriven pacientes a la clínica y se reemplazó al director.
- Se efectuó una encuesta para identificar las necesidades prioritarias de la

población y adecuar la oferta de servicios en esta dirección. En función de los resultados obtenidos, se incorporó al paquete de beneficios ofrecidos por el servicio de enfermería a domicilio y se refaccionó una habitación con aire acondicionado y TV utilizada en casos internación de los afiliados.

- A partir, de los análisis realizados para disminuir el déficit, se tomó la decisión de contratar a una empresa privada como prestadora.

VII.2 Punto de vista de los responsables

VII.2.1 Puesta en marcha del SIS.

Los responsables del SIS consideran que el proceso de puesta en marcha del sistema de seguro fue exitoso debido a varios factores.

En primer lugar, las experiencias previas de tipo cooperativista que existían en la zona proporcionaron el marco adecuado para construir una experiencia de esta naturaleza. En este contexto la iniciativa de construir una clínica local, es proyectada luego de observar que los bancos captaban el dinero y no lo volcaban en absoluto a la comunidad. Así fue que los dirigentes de la Cooperativa de Servicios Públicos apoyaron la constitución de la Asociación Mutual, con el objetivo de generar los recursos necesarios para construir una clínica local. En este sentido, las relaciones interinstitucionales constituyeron un factor fundamental para la constitución del SIS.

En segundo lugar, el apoyo incondicional de la Cooperativa de Servicios Públicos y de la Municipalidad que constituyéndose como socios adherentes aportaron su ahorro para que Asociación Mutual comience a funcionar. Por su parte, la Cooperativa cedió en comodato gratuito un inmueble para que funcionara la sede de la Mutual. Si bien esta contribución hace referencia a la creación de la Asociación Mutual y no específicamente del SIS, indirectamente permitió la organización del SIS.

Estos dos factores fueron los elementos fundamentales que permitieron que el proceso de constitución del SIS diera como resultado la construcción de la clínica y la implementación del servicio de enfermería gratuito.

La principal dificultad enfrentada a lo largo de este proceso fue la escasez de recursos para financiar la construcción de la clínica, y más tarde el alto déficit provocado por el funcionamiento de la nueva clínica. Debido a esto no ha sido posible cubrir todas las necesidades de la población. El déficit provocado por la puesta en marcha del SIS fue cubierto por recursos de la Asociación Mutual.

Otra dificultad que surgió al poner en funcionamiento el servicio fue la escasa utilización de los servicios que realizaba la población local, posiblemente debido al hábito o a la desconfianza en la calidad del servicio. Sin embargo, esta actitud se fue revirtiendo a medida, que el servicio pudo dar muestras de su calidad.

VII.2.2 Dinámica de afiliación

Los responsables del SIS consideran que la Asociación Mutual posee una excelente inserción en el medio y que la totalidad de la población posee algún tipo de relación con la misma y conocen de su existencia. Esto se debe fundamentalmente a que la mutual es agente cobrador de los servicios que presta la Cooperativa de Servicio Públicos, por lo cual todos los habitantes de Laspiur asisten con una frecuencia mensual a pagar los consumos de los servicios prestados por la Cooperativa. No obstante, es claro que esto no indica que conozcan la totalidad de los servicios que presta la Asociación Mutual S.M.Laspiur y específicamente su sistema de seguro de salud.

Sin embargo, según la encuesta realizada en abril-mayo de 1998 a los afiliados a la Asociación Mutual y al SIS conocen los servicios que este brinda y sus derechos, pero en su gran mayoría no conocen los principios básicos de la mutualidad como son la solidaridad y la participación democrática de sus miembros.

Los responsables consideran que el número de afiliados a encontrado un límite, debido a que el resto de los miembros del grupo destinatario no requieren de este servicio dado que tienen otro tipo de cobertura, o bien porque carecen de los recursos económicos necesarios para acceder a sus servicios. Y es por ello que no se prevén acciones para modificar esta situación.

Desde el inicio de actividades del SIS no se ha verificado una pérdida importante de afiliados. La única causa que se ha detectado por la cual los afiliados no renuevan su afiliación es el cambio de domicilio. Tampoco se conocen motivos de insatisfacción por parte de los beneficiarios en lo que respecta a la calidad del servicio. Sin embargo, se recogen demandas referidas a la incorporación de nuevos servicios al paquete de beneficios ofrecidos. Con el objeto de satisfacer estas demandas se ha incorporado un servicio de enfermería a domicilio al paquete. Y por otra parte se ha diversificado la oferta de consultas médicas de especialistas en la medida en que lo permiten los recursos económicos disponibles. Si bien estas consultas son aranceladas tanto para los afiliados como para los no afiliados, cabe aclarar que la Asociación Mutual se hace cargo de los viáticos de los profesionales y de proporcionarles el espacio físico para efectuar las consultas.

VII.2.3 Acceso a la atención médica y relaciones con los prestadores

Los responsables sostienen que el SIS ha mejorado el acceso de los beneficiarios a la atención médica, al proporcionar un lugar físico y el equipamiento necesario para las consultas y las prácticas de diagnóstico, evitando en gran medida los traslados innecesarios hacia las ciudades más cercanas. Sin embargo, saben que el servicio no cubre todas las necesidades de la población.

Por otra parte, señalan que la cobertura de los afiliados que no están al día en el pago de las cotizaciones no constituye un problema serio para el funcionamiento del SIS.

Las actividades de prevención y educación para la salud son competencia de la

empresa prestadora y los responsables del SIS les han manifestado su preocupación por llevarlas a cabo.

La gerencia de la mutual considera que efectivamente la existencia del SIS ha mejorado la calidad de la atención médica, dado que cuenta con equipamiento de primera generación y un muy buen nivel de profesionales. Por otra parte ha resuelto numerosos problemas de acceso a los servicios.

Desde el momento en el que la Clínica Enrique J. Carrá asume la responsabilidad sobre Clínica Privada S.M.Laspiur. A partir de este momento la organización responsable del SIS realiza un pago mensual de US\$ 1.850 por el servicio y por lo tanto el control de la facturación ya no es necesario.

Según el gerente, el SIS tiene un poder de negociación total frente a los prestadores. En el convenio recientemente firmado el prestador ha aceptado las condiciones impuestas por el SIS y no se han enfrentado dificultades en la relación con este último.

VII.2.4 Pago de las cotizaciones

El problema del atraso en el pago de las cotizaciones no es un problema relevante para el SIS. El período de pago coincide con el período en el cual los afiliados perciben sus ingresos. Por lo tanto no ha sido necesario tomar medidas para reducir el atraso del pago.

VII.2.5 Determinación de la relación cotización/paquete de beneficios

Los responsables del SIS consideran el nivel de las cotizaciones es adecuado en relación con los paquetes de beneficios, en tanto la mutual ha decidido asumir el déficit que ocasiona el servicio sin aumentar el monto de las cotizaciones.

VII.2.6 Gestión de los riesgos vinculados con el seguro

La selección adversa no constituye un riesgo para el SIS. Los afiliados tampoco tienden a consumir con abuso los servicios del SIS debido a que para todos los servicios cubiertos requieren de la presentación de una orden médica para ser prestados efectivamente.

Con la intención de controlar el aumento de los costos se ha delegado la prestación del servicio en una empresa privada a cambio del pago de un monto fijo a esta empresa prestadora. El SIS no cuenta con reservas, no participa en un sistema de reaseguro ni de un fondo de garantía. El único respaldo con que cuenta consiste en los aportes no reintegrables con que la mutual cubre el déficit.

VII.2.7 Fraudes

No se han detectado fraudes en el SIS a nivel de la gestión, ni tampoco de los

prestadores y los beneficiarios.

VII.2.8 Administración y gestión

Según los responsables del SIS el marco regulatorio al que está sujeto el Sistema de Seguro es el mismo de la organización responsable. De esta manera, al constituirse como una iniciativa mutualista está exento de impuestos que si se aplican a los sistemas de medicina pre-paga.

Como ya dijimos el SIS delega en una empresa privada la prestación del servicio desde hace dos meses, y el gerente considera que esta decisión ha sido muy apropiada debido a que el vínculo con la Clínica de Especialistas Enrique J. Carrá de la Ciudad de San Francisco, ha permitido establecer una relación con un centro de mayor complejidad que provee su apoyo en el aspecto médico. El SIS cuenta con la Clínica Privada S. M. Laspiur mientras que en la Sede Social de la Asociación Mutual S.M. Laspiur se efectúa el cobro de las cotizaciones y se actualiza el padrón de afiliados mensualmente.

El nivel de participación de los afiliados no es satisfactorio. Los responsables atribuyen esta falta de participación al desinterés de los afiliados. Los principales puntos sobre los cuales deberían proporcionar su opinión son la calidad del servicio, y las necesidades de nuevos servicios.

Los responsables del SIS afirman que no existen problemas de capacidad o compromiso por parte del personal o de los responsables para la adecuada ejecución de las tareas.

Por otra parte, el gerente de la Asociación Mutual encuentra que el sistema de información actual responde a las necesidades y que por lo tanto se precisa efectuar mejoras. Tampoco, se producen cambios periódicos de los responsables que pudieran ocasionar dificultades en el funcionamiento del SIS. El nivel de gastos es el previsto y es fijo, por lo cual no se piensa en tomar medidas para reducirlo.

VII.2.9 Relaciones con el Estado (nacional, subnacional y local)

El Estado no interfiere en el funcionamiento del SIS. Las relaciones entre el SIS y el gobierno local se limitaron al momento de su creación. La Municipalidad facilitó los trámites de habilitación y las exenciones impositivas, aportando la información necesaria. Actualmente, el Gobierno local apoya a la Asociación Mutual en todo aquello en lo que le sea posible y siempre ha mostrado interés en que la iniciativa se mantenga.

Los responsables del SIS consideran que sería muy importante para el funcionamiento del servicio contar con un apoyo económico y estructural por parte de la Municipalidad que le permitiera disponer de un edificio propio y hacerse cargo de la prestación del servicio en forma directa. Sin embargo, no está previsto recibir apoyo a ese nivel.

VII.2.10 Funcionamiento global

Actualmente, no está previsto ampliar la oferta de servicios, debido a limitaciones económicas. Se consideró, ofrecer a los afiliados más servicios sin cargo, cobrando una cotización superior, pero esta alternativa requiere de un estudio de factibilidad que aún no se ha realizado. Hoy en día la subsistencia del SIS depende de los recursos que aporta la actividad de ayuda económica de la Asociación Mutual, sin contar con estos, la iniciativa del seguro de salud sería inviable.

El principal punto fuerte del SIS es la calidad del Servicio y especialmente del servicio de enfermería. Mientras que el factor que limita su crecimiento es el escaso número de beneficiarios, y esto en forma indirecta limita su eficacia.

Los responsables consideran que para mejorar el funcionamiento el SIS es necesario lograr contactos con organismos a todo nivel a los efectos de lograr aportes económicos pero también estratégicos para lograr ampliar la oferta de servicios y elevar su calidad.

VII.3 Punto de vista de los beneficiarios

El punto de vista de los beneficiarios será abordado en función a la información recogida por la encuesta realizada durante los meses de abril y mayo de 1998, con el objeto identificar las demandas de la población total de la localidad respecto de la Clínica Privada S. M. Laspiur. Esta encuesta se dirigió a la población total del pueblo y tenía por finalidad indagar sobre las demandas de los habitantes de Laspiur respecto de los servicios ofrecidos por la clínica en general y no establece diferenciaciones en lo que respecta a los servicios ofrecidos por el SIS a sus afiliados.

Sin embargo, a partir del análisis de la información disponible creemos que aporta datos relevantes para el análisis del sistema de seguro de salud A.M.S.M.L.

Este estudio fue coordinado por la Lic. María Fernanda Piatti y fue subsidiado por la Asociación Mutual y la Municipalidad de S.M. Laspiur. Se visitaron 624 hogares de los cuales pudieron encuestarse efectivamente el 81,90 %. El 73 % de los encuestados declararon ser socios de la Clínica Privada S.M. Laspiur, y el 79% de los encuestados cuentan con la cobertura de alguna obra social.

La información proporcionada por la encuesta se refiere a los siguientes puntos:

1) Ventajas proporcionadas por la clínica:

La mayor parte de los entrevistados considera que la existencia de la Clínica Privada S.M. Laspiur en el pueblo es muy importante y debe ser sostenida, especialmente porque otorga seguridad a los pobladores en los casos de urgencias.

2) Grado de satisfacción respecto de la calidad del servicio

El 63,70 % de los encuestados afirma que algún miembro de su familia ha sido asistido en la clínica local. Dentro de este grupo, el 93,85% califica esta asistencia como muy buena, el 4,30% como buena, el 1,85% como regular y el 0% como mala.

3) Nivel de adecuación de los servicios médicos cubiertos a las necesidades de la comunidad

El 83,23% de los encuestados considera que la clínica satisface las necesidades asistenciales de la población, el 10,96% considera que no y el 5,37% no sabe. Aquellos que responden en forma negativa hacen referencia en primer lugar a la oferta de servicios (poca diversidad de especialidades¹, ausencia de un médico en forma permanente) y en segundo lugar a la accesibilidad del servicio en términos económicos (el servicio de consultas no es gratuito, no atienden jubilados, excluye a los sectores más pobres)

4) Conocimiento sobre los equipamientos y servicios que presta la clínica.

El 57,92% declara tener un conocimiento adecuado de los servicios y las reglas de funcionamiento de la clínica mientras que un 42,08% declara que no.

5) Las principales demandas de la población respecto a los servicios son las siguientes:

- la incorporación de más especialidades entre los servicios ofrecidos, la incorporación de un servicio de ecografía, y electrocardiograma.
- la presencia de un médico en forma permanente en la clínica
- la universalización de los servicios. En términos de los pobladores *“que no se cobren aranceles para acceder a algunos servicios y que la clínica cumpla la función social para la que fue abierta originariamente”*.
- que se alcance un acuerdo con los profesionales de la localidad para evitar las derivaciones innecesarias de los pacientes hacia la ciudad de San Francisco.

VII.4 Punto de vista de los prestadores de atención médica

Este apartado será tratado en función de la entrevista sostenida con el Dr. Víctor González ex-director de la clínica. El Dr. González ha sido mencionado por los responsables del SIS y por los beneficiarios como uno de los actores más comprometidos en que el proyecto se fortalezca, aún hoy que se encuentra

¹ Cabe aclarar nuevamente que las consultas ofrecidas por médicos generalistas y especialistas son un servicio ofrecido por Clínica Privada S.M.Laspiur, pero en forma arancelada dado que este servicio no forma parte del paquete de beneficios ofrecido por el SIS. Sin embargo, este es el primer planteo realizado por los encuestados.

desvinculado de la clínica formalmente. Es por este motivo que se ha incorporado su opinión al estudio.

Dado que los actuales responsables de la dirección médica de la Clínica Privada S. M. Laspiur no habitan en dicho pueblo, no ha sido posible establecer contacto con ellos.

Según el Dr. González, la presencia de la Clínica en el ámbito local es fundamental para la comunidad. Sin embargo, el servicio de enfermería y el servicio de internación gratuito en la Clínica que el SIS proporciona a los beneficiarios importantes ventajas respecto del resto de la población.

Según el Dr. González el SIS ha realizado importantes contribuciones a elevar la calidad de los servicios. A partir de su gestión se realizaron todas las acciones pertinentes para ampliar la oferta y mejorar la calidad de la atención médica. Se organizó el servicio de enfermería, se modernizó el quirófano, se incorporó nuevo equipamiento (cardioscopio, desfibrilador para reanimación, reanimador pediátrico y para adultos). Además se mejoró la disponibilidad de medicamentos necesarios para atender casos de urgencia y se organizó el servicio de internación, incorporando una habitación con aire acondicionado, TV y baño privado.

La mejora de la calidad del servicio trajo como consecuencia un cambio de hábitos en la población disminuyendo el traslado innecesarios de pacientes hacia las poblaciones vecinas.

Sin embargo, el funcionamiento del SIS ha enfrentado graves dificultades. Estas dificultades se deben fundamentalmente a la falta de apoyo hacia la clínica por parte de los médicos locales quienes continúan derivando pacientes a las ciudades vecinas. Esto se debe a que la internación en la clínica local implicaba una mayor responsabilidad para el médico particular.

El entrevistado aclara, que a su entender, en la actualidad del SIS ofrece importantes ventajas al prestador, la Clínica de Especialidades Enrique J. Carrá. El SIS abona al prestador un monto fijo mensual de US\$ 1.850 a cambio de que el prestador se ocupe del mantenimiento de la Clínica Privada S. M. Laspiur y ofrezca los servicios de enfermería e internación en forma gratuita a los afiliados del SIS. Pero el convenio también le permite ofrecer otros servicios en forma arancelada al resto de los habitantes del pueblo (consultas de especialistas, radiología, internación, cirugía, parto), y por lo tanto, la Clínica Privada S.M. Laspiur se transforma en una fuente de ganancias extra. Esta es la ventaja fundamental que representa para el prestador el trabajo con el SIS.

Según el Dr. González los aranceles que se cobran por los servicios ofrecidos excluyen a los sectores de bajos ingresos. Por lo tanto, si bien resulta imprescindible contar con una clínica en el pueblo, es necesario que ella sea accesible a la totalidad de la población sin excepciones.

Los habitantes de menores recursos de Laspiur cuentan exclusivamente con el

servicio del Dispensario Municipal y en los casos de necesidad son trasladados mediante las ambulancias de la Cooperativa de Servicios Públicos hacia la Ciudad de San Francisco.

Según sostiene el Dr. González, es necesario que la clínica local cuente con el apoyo de la Municipalidad para constituirse como un servicio de salud destinado efectivamente a la totalidad de la población. Por otra parte, sugiere que la Clínica debidamente financiada puede reemplazar los servicios del Dispensario Municipal el cual no cuenta con una infraestructura adecuada.

Sin embargo, para que esto sea posible las autoridades locales deben asumir que es necesario contar con un servicio de salud de alta calidad, pero a la vez destinado a la totalidad de los habitantes del pueblo. Y esto no será posible mientras se delegue la administración del servicio de atención médica en una empresa privada y se resigne la universalidad del servicio.

VII.5 Punto de vista de otros actores.

Para finalizar, se reseña el punto de vista del Dr. Juan Carlos Mercol, Director del Dispensario Municipal quién tiene a cargo el área de Salud de la Municipalidad de S.M. Laspiur.

El Dr. Mercol sostiene que la Clínica Privada S. M. Laspiur es un recurso muy importante para la comunidad local y resulta indispensable contar con servicio de atención para ser utilizado en casos de urgencia. Sin embargo, la Clínica sólo puede brindar asistencia en caso de patologías leves.

A partir del contacto con la Clínica de Especialidades Enrique J. Carrá el servicio está mejorando su calidad. Regularmente concurren diversos especialistas y se está proyectando incorporar el servicio de ecografía. Aunque estos servicios se ofrecen en forma arancelada y constituirán parte del paquete ofrecido por el SIS.

Según el Dr. Mercol no existe relación alguna entre la Clínica y la Municipalidad y tampoco cree que sea necesario crear vínculos entre estas dos entidades.

En lo que se refiere al acceso al servicio, el entrevistado señala que aquellos habitantes que carecen de cobertura, en general no concurren a la Clínica sino al Dispensario Municipal. Y dado que el número de indigentes está creciendo, la demanda del Dispensario también está aumentando. La municipalidad también ofrece gratuitamente a este sector de la población el servicio de ambulancias de la Cooperativa de Servicios Públicos.

El Dr. Mercol señala que si bien puede ampliarse la oferta de servicios ofrecidos por la Clínica, esta debe tener por objetivo atender exclusivamente patologías leves. Por su parte propone implementar el sistema “*de corredores sanitarios*”. Este sistema exige que el pueblo cuente con dos unidades de traslado altamente equipadas de tal manera que ante un caso de urgencia el paciente sea rápidamente trasladado a un centro de alta complejidad.

VIII. Conclusiones

En la década del 90 en Argentina se ha verificado un notorio crecimiento del desempleo. La tasa de desocupación ha pasado del 6,0% al 13,5%. Mientras que en Córdoba la tasa de desocupación se ha triplicado desde 1991 hasta la actualidad pasando de un valor de 5,4% a un valor de 16,1%. Asimismo, la tasa de subocupación ha aumentado de un 6,0% al 13,6% a nivel nacional y del 10,1% al 12,4% en la Provincia de Córdoba.

En Argentina en la última década enfrenta un proceso de empobrecimiento y polarización social. Paralelamente a este proceso el Estado ha tomado medidas orientadas hacia el recorte de los fondos destinados al financiamiento de las políticas sociales y en este contexto se observa un achicamiento del sector de salud pública y un crecimiento del mercado de salud

Esto genera un sector salud estratificado en diversos niveles de oferta en función de los diversos niveles de ingresos de la población. Cambiando fundamentalmente el componente universal de las políticas sociales en general y de las políticas de salud en particular.

En este marco es que se crea el seguro de salud de la Asociación Mutual S. M. Laspiur, el cual tiene por objeto dotar a la localidad de una clínica para evitar los traslados innecesarios de pacientes hacia los centros de mediana y alta complejidad de las ciudades más cercanas. Anteriormente, habían existido en Laspiur algunos intentos de constituir una clínica privada. Sin embargo, la escasa cantidad de habitantes no garantizó la rentabilidad de estas iniciativas y esto ocasionó su fracaso. El Estado, por su parte, sólo ofrecía servicios de atención primaria.

Por este motivo, en el año 1990, surge la idea de construir una clínica local sabiendo desde un comienzo que éste sería un emprendimiento deficitario. Es por ello que la Asociación Mutual S. M. Laspiur (como entidad sin fines de lucro) decide asumir el déficit que produciría el mantenimiento de esta clínica, cubriéndolo mediante la transferencia de fondos provenientes de las actividades de ayuda económica que desarrollaba la mutual.

Esta iniciativa se pone en marcha en el año 1992 con el objetivo de ofrecer un servicio de salud para los habitantes de menores recursos, sin contar con ningún tipo de apoyo económico por parte del Estado.

Es en este contexto, que el Consejo Directivo de la Mutual S.M. Laspiur, careciendo de experiencia previa en la organización de sistemas de salud, emprende la tarea de organizar el SIS. En la actualidad el seguro posee 1.800 afiliados y los responsables consideran que este es el nivel de afiliación previsto.

Si bien el seguro de salud ha afrontado algunos obstáculos, los responsables consideran que ha sido un emprendimiento exitoso en tanto se han alcanzado los objetivos propuestos en lo que respecta al número de afiliados y a los servicios ofrecidos.

El SIS ofrece un paquete de beneficios compuesto por: 1) servicio de enfermería las 24 hs, los 365 días del año, 2) internación, 3) subsidio de US\$ 180 en caso de intervención quirúrgica o parto para cubrir gastos de viáticos de los profesionales.

Además la Asociación Mutual S.M. Laspiur financia la Clínica Privada S.M. Laspiur ofreciendo el espacio físico y cubriendo los gastos de viáticos de los profesionales que concurren regularmente a atender consultas en este pueblo. De esta manera, la Asociación Mutual garantiza la existencia de servicios médicos en la localidad tales como radiología, consultas de médicos oftalmólogos, ginecólogos, traumatólogos, cardiólogos, etc; internación., atención del parto. Estos servicios están a disposición de todos los habitantes de Saturnino María Laspiur en forma arancelada.

Los habitantes de Laspiur, por su parte, consideran que los servicios del seguro de salud son muy necesarios para la localidad y valoran positivamente la calidad de los servicios.

No obstante, también señalan que existe un grupo de habitantes de Laspiur excluidos del sistema, que es justamente aquel que ha sido expulsado del mercado laboral y para el cual los servicios resultan inaccesibles.

Sin embargo, reclaman por un lado, una ampliación del paquete de servicios ofrecidos en forma gratuita para los afiliados; y por otro lado, una reestructuración de las condiciones de acceso al servicio, es decir que aquellos servicios no cubiertos por el SIS puedan ser cobrados a la obra social del afiliado.

Los afiliados señalan que falta la colaboración por parte de los médicos locales, quienes continúan efectuando traslados innecesarios, y esto no permite el crecimiento y el fortalecimiento de la Clínica Laspiur.

A partir de estas demandas, en el mes de mayo de 1999 los responsables del SIS toman la decisión de concesionar la prestación del servicio a un sistema de medicina pre-paga. Con esta decisión se pretende reducir los altos niveles de déficit que debía afrontar la mutual.

Los médicos locales, consideran que la clínica es un recurso imprescindible en el pueblo, y todos valoran positivamente la calidad de los servicios ofrecidos. Sin embargo, señalan la importancia de lograr un acuerdo con los profesionales locales de tal manera que la Clínica Laspiur reciba más afluencia de pacientes. Por otra parte, señalan la importancia de contar con el apoyo estatal para lograr constituir en la zona un servicio de salud que ofrezca garantías de universalidad de los servicios, dado que hoy en día la oferta de salud de esta localidad se encuentra segmentada en función del nivel de ingresos de la población.

De esta manera podemos concluir que, todos los actores involucrados coinciden en la necesidad de un servicio de salud local que escape a la lógica del mercado que se está imponiendo vertiginosamente en el sector salud en Argentina. Y en este sentido, es que todos ellos valoran positivamente los servicios de salud de la Asociación Mutual S.M. Laspiur.

Sin embargo, todos sostienen que es necesario avanzar en la ampliación de los beneficios ofrecidos, y en la universalización de este servicio. Lo cual no parece factible sin contar con fuentes alternativas de financiamiento.

IX. Bibliografía

Findling, Liliana, Mendes Diz, Ana María (Comp.) *La Salud en Debate*, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Oficina de publicaciones del C.B.C., Universidad de Buenos Aires, 1996, Buenos Aires.

Katz, Jorge, Alberto Muñoz; *Organización del Sector Salud: Puja Distributiva y Equidad*, (Bibliotecas Universitarias). Centro Editor de América Latina, Cepal, 1988, Buenos Aires.

Isuani, Ernesto, Mercer, Hugo, *La fragmentación institucional del sector salud: Pluralismo o irracionalidad?* (Biblioteca Política Argentina), Centro Editor de América Latina, 1988, Buenos Aires.

Diaz de Landa, Marta, Parmigiani de Barbará, *En lo pequeño y lo pobre...¿Qué pasa con la salud? Un estudio de la Descentralización de Salud en Comunas de la Provincia de Córdoba.*, Instituto de Investigación y Análisis Político, Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales, Universidad de Córdoba, 1996, Córdoba.

OIT, *Mutuales de Salud en África, Guía práctica para uso de los promotores, administradores y directores*, OIT, s.f., Dakar, Senegal.

Verdejo, Guadalupe y Colaboradores, *Situación de salud y tendencias 1986-1995*, OPS, 1997, Buenos Aires.

FUENTES

Gobierno de la Provincia de Córdoba, *Perspectiva Epidemiológica*. Año 1996, Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, 1997, Córdoba.

INDEC, *Censo Nacional de Población y Vivienda*, Año 1991, Año 1998, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina, 1999, Buenos Aires.

INDEC, *Situación y Evolución Social, Síntesis N°4*, Año 1998, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina, 1999, Buenos Aires.

Ministerio de Salud y Acción Social, *Estadísticas vitales, de recursos y producción de servicios*. Cifras provisionales 1997, Secretaría de política y regulación de salud, Ministerio de Salud y Acción social de la República Argentina, 1998, Buenos Aires.

Ley 23.660, *Obras Sociales*, promulgada el 5 de enero de 1989.

Ley 23.661, *Sistema Nacional de Seguro de Salud*, 5 de enero de 1989.

X- Siglas

AMA	Alianza del Mutualismo de América
AMSML	Asociación Mutual Saturnino María Laspiur
INACYM	Instituto Nación de Acción Cooperativa y Mutual
INAM	Instituto Nacional de Acción Mutual
INDEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
OIT	Oficina Internacional del Trabajo
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
STEP	Strategies and Tools against social Exclusion and Poverty (Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza)

Anexos

Anexo n°1

Lista de control

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
B1	X		
B2	X		
B3	X		
B4	X		
B5	X		
B6	X		
B7	X		
B8	X		
B9	X		
B10	X		
B11		X	
B12	X		
B13	X		
B14	X		
B15	X		
B16	X		
B17	X		
B18		X	
B19	X		
B20			
B21			
B22			
B23			
B24			
B25			
B26			
B27			
B28			
B29			
C1	X		
C2	X		
C3	X		
C4	X		
C5	X		
C6	X		
C7	X		
C8	X		
C9	X		
C10	X		
C50	X		

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
C11	X		
C12	X		
C13	X		
C14	X		
C15	X		
C16	X		
C17	X		
C18	X		
C19	X		
C20	X		
C21	X		
C22	X		
C23	X		
C24	X		
C25	X		
C26	X		
C27	X		
C28	X		
C29	X		
C30	X		
C31	X		
C32	X		
C33	X		
C34	X		
C35	X		
C36	X		
C37	X		
C38	X		
C39	X		
C40	X		
C41	X		
C42	X		
C43	X		
C44	X		
C45	X		
C46	X		
C47	X		
C48	X		
C49		X	
D40			

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
C51	X		
C52	X		
C53	X		
C54	X		
C55	X		
C56	X		
D1	X		
D2	X		
D3	X		
D4	X		
D5	X		
D6	X		
D7	X		
D8	X		
D9	X		
D10	X		
D11		X	
D12	X		
D13	X		
D14	X		
D15	X		
D16	X		
D17	X		
D18	X		
D19	X		
D20	X		
D21	X		
D22	X		
D23	X		
D24	X		
D25	X		
D26	X		
D27	X		
D28	X		
D29	X		
D30	X		
D31	X		
D32	X		
D33	X		
D34	X		
D35	X		
D36	X		
D37		X	
D38		X	
D39	X		
D 40	X		

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
D41		X	
D42		X	
D43		X	
D44	X		
D45	X		
D46	X		
D47	X		
D48	X		
D49	X		
D50	X		
D51	X		
D52	X		
D53	X		
D54		X	
D55		X	
D56		X	
D57	X		
D58	X		
D59	X		
D60	X		
D61		X	
D62		X	
D63	X		
D64	X		
D65	X		
D66	X		
D67	X		
D68		X	
D69	X		
D70	X		
D71	X		
D72	X		
D73	X		
D74	X		
D75	X		
D76	X		
D77		X	
D78		X	
D79		X	
D80	X		
D81	X		
D82	X		
D83	X		
D84	X		
D85	X		
	X		
	X		

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
D86	X		
D87	X		
D88	X		
D89	X		
D90	X		
D91	X		
D92		X	
D93	X		
D94	X		
D95	X		
D96	X		
D97	X		
D98	X		
D99	X		
D100	X		
D101	X		
D102	X		
D103	X		
D104	X		
D105	X		
D106	X		
D107	X		
D108	X		
D109	X		
D110		X	
D111		X	
D112	X		
D113	X		
D114	X		
D115	X		
D116	X		
D117	X		
D118	X		
D119	X		
D120	X		
D121	X		
D122	X		
D123	X		
D124	X		
D125	X		
D126	X		
D127	X		
D128	X		
D129	X		
D130	X		
D131	X		

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
D132	X		
D133	X		
D134	X		
D135	X		
D136	X		
D137	X		
D138	X		
D139	X		
D140	X		
D141	X		
D142	X		
D143	X		
D144	X		
D145			X
D146	X		
D147	X		
D148	X		
D149	X		
D150	X		
D151	X		
D152	X		
D153	X		
D154	X		
D155	X		
D156	X		
D157	X		
D158	X		
D159	X		
D160	X		
D161	X		
D162	X		
D163	X		
D164	X		
D165	X		
D166	X		
D167	X		
E1			X
E2			X
E3			X
E4			X
E5			X
E6			X
E7			X
E8			X
E9			X
E10			X

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
E11			X
E12			X
E13			X
E14			X
E15			X
E16			X
E17			X
E18			X
E19			X
E20			X
E21			X
E22			X
E23			X
E24			X
E25			X
E26			X
E27			X
E28			X
E29			X
E30			X
F1	X		
F2	X		
F3	X		
F4	X		
F5	X		
F6	X		
F7	X		
F8	X		
F9	X		
F10	X		
F11	X		
F12	X		
F13	X		
F14	X		
F15	X		
F16	X		
F17	X		
F18	X		
F19	X		
F20	X		
F22		X	
F23	X		
F24	X		
F25	X		

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
F26	X		
F27	X		
F28	X		
F29	X		
F30	X		
F31	X		
F32		X	
F33		X	
F34	X		
F35	X		
F36	X		
F37		X	
F38	X		
F39	X		
F40	X		
F41	X		
F42	X		
F43	X		
F44	X		
F45	X		
F46	X		
F47	X		
F48	X		
F49	X		
F50	X		
F51	X		
F52	X		
F53	X		
F54	X		
F55	X		
F56	X		
F57			X
F58	X		
F59	X		
F60	X		
F61	X		
F62	X		
F63	X		
F64	X		
F65	X		
	X		
	X		

Anexo n°2

Ficha de apreciación de la Guía

1. ¿Qué es lo que más ha apreciado en la presente Guía?

En términos generales la guía no ofrece mayores dificultades. Los dos aspectos que resultan más útiles son su amplitud y exhaustividad y detalle. No deja de lado ningún aspecto fundamental para conocer y describir un seguro de salud.

2. ¿Cuál es el aspecto que no le ha gustado de la Guía?

El aspecto negativo de la guía es que resulta demasiado extensa y esto impide poder memorizarla o manejarla con fluidez durante el trabajo de campo. Esto dificulta al entrevistador la posibilidad de modificar el curso de las entrevistas espontáneamente y evitar las reiteraciones

3. ¿Piensa que es necesario modificar la orientación de la matriz? En caso afirmativo, en qué sentido?

No

4. Fuera de la situación específica del SIS que Ud. ha estudiado, ¿Qué puntos deberían ser, en su opinión, incorporados o eliminados en la matriz?

5. ¿Qué dificultades encontró para pasar de la matriz al informe? Qué modificaciones propone en el procedimiento adoptado?

La mayor dificultad encontrada consistió en evitar las reiteraciones en el informe debido a estas están presentes en la guía.

En segundo lugar existen puntos que no mantienen una continuidad con el anterior . Y resulta muy complicarlo ligarlos mediante la redacción (Ejemplos: D37 D38 D40).

Documento N°3: Reglamento de enfermería del Servicio de Salud A.M.S.M.L
--

TESTIMONIO DEL REGLAMENTO DE ENFERMERÍA DE LA ASOCIACIÓN MUTUAL S.M. LASPIUR

TÍTULO I: Art. 1º.- El servicio de Enfermería, destinado a la atención de los asociados y el grupo familiar, que se implementa por el presente reglamento, tiene por objetivo cumplir una función social en el medio familiar. Art. 2º.- Tiende preponderantemente a favorecer a las familias de menores recursos, asegurándoles una permanente atención, mientras dure su necesidad.

TÍTULO II: Art. 3º.- Serán admitidos todos los asociados, sin limitaciones de edad o sexo, siendo rechazados los afectados por enfermedades infectocontagiosas. Art. 4º.- Podrán utilizar el Servicio de Enfermería todos los asociados de la entidad que se encuentren al día con las obligaciones sociales, como así también los familiares que se encuentren a cargo del asociado (esposa, hijos menores de 18 años, padres y padres políticos a cargo).

TÍTULO III: FUNCIONAMIENTO Art. 5º.- el Servicio de Enfermería será contratado a terceros, Deberá brindarse en el domicilio y horario que se establezca, quedando facultado el Consejo Directivo a dictar las Normas que correspondan.

TÍTULO IV- DIRECCIÓN: Art. 6º.- La administración de Servicio de Enfermería estará a cargo del Consejo Directivo, el que podrá delegar sus funciones en una comisión administrativa. Art. 7º.- El personal contratado para el Servicio de Enfermería deberá ser idóneo, deberá respetar estrictamente el horario de trabajo, cumpliendo las funciones que le sean asignadas. Art. 8º.- El Consejo Directivo podrá dictar reglamentos internos, correlativos y aclaratorios para la mejor aplicación y funcionamiento de Servicio de Enfermería.

Documento N°4: Reglamento de funcionamiento de la Clínica Privada S. M. Laspiur
--

REGLAMENTO INTERNO CLÍNICA PRIVADA S.M. LASPIUR.

Directores: Liliana Beinotti M.P. 13.370

Juan C. Mercol M.P. 8194

Sergio Lozano M.P. 4.253

Celestino Lamberti 279 T.E. 0533-91144 S. M. Laspiur

A- Sobre los Médicos.-

1. Observarán correctamente las disposiciones vigentes.-
2. Determinarán cada uno el horario y día a atención de consultorio que deberán cumplir, salvo causa de fuerza mayor, siendo necesario su comunicación.-
3. En el quirófano respetarán las normas de aepsia y usarán ropa específica (ambo, gorro, bozal y botas cubre calzado).-
4. El uso del instrumental y/o aparatología, será controlado por la enfermera de turno.-
5. Deberán realizar por escrito, en los cuadernos correspondientes el informe médico diario de la evolución del enfermo internado, como así también las indicaciones para enfermería.-
6. El alta de los enfermos deben comunicarla a la administración en la víspera.-
7. Está terminantemente prohibido el retiro de la clínica de instrumental y/o aparatología.-
8. Deben llevar la Historia clínica de cada paciente ambulatorio de consultorio externo e internado y registrar su evolución día por día.-
9. Observarán normas de respeto mutuo, buena presencia y consideración en todo momento.-

B- Sobre el personal..

1. Observarán correctamente las disposiciones vigentes.-
2. Deberán presentarse a su trabajo 10 minutos antes de su turno.-
3. En cada cambio de turno, las enfermeras deberán recabar mutuamente información de interés esclarecimiento sobre las indicaciones médicas y el estado de los pacientes.-
4. Deberán cumplir “al pie de la letra” las indicaciones médicas considerándose FALTA GRAVE, no hacerlo alterarlas sin previa autorización médica.-
5. Usarán el uniforme mínimo establecido (guardapolvo blanco) permanentemente.-
6. En el quirófano usarán gorro, bozal y botas cubre calzado.-

7. Controlarán los signos vitales (temperatura, T.A., pulso) de los pacientes internados en cada turno por lo menos una vez, al ingreso de la guardia y cuantas veces sea necesario, por la exigencia de la situación del enfermo y deberán informar inmediatamente a médico de guardia cualquier alteración detectada.
8. Las enfermeras anotarán todas las novedades de los enfermos internados en los cuadernos de enfermería.-
9. Las enfermeras vigilarán la adecuada higiene personal de los pacientes, procurándosela cuantas veces sea necesaria.-
10. Las enfermeras, al estar en forma permanente en la clínica, tanto de día como de noche, serán las naturales vigilantes de todos los bienes y pertenencias, comunicando inmediatamente a la Dirección cualquier pérdida, rotura, desaparición o desperfecto.-
11. Harán respetar el horario de visitas y descanso de los enfermos.-
12. Servirán los alimentos a los pacientes en los siguientes horarios: Desayuno de 8 a 9 hs.- almuerzo de 12 a 13 hs. Merienda de 16 a 17 hs.- y cena de 20 a 21 hs.-
13. Mantendrán el orden del sector de enfermería teniendo permanentemente las jeringas esterilizadas y guardadas en las cajas correspondientes.-
14. La mucama mantendrá la limpieza del edificio en forma integral, todos los días a la mañana y a la tarde, ordenando los consultorios, salas de espera las piezas de los enfermos, los baños y todas las dependencias. Realizará el cambio de ropa de cama día por medio o cuando se a necesario.-
15. Observarán normas de respeto mutuo, compañerismo, buena presencia y consideración en todo momento.-

C- Sobre los enfermos.-

1. Todo paciente internado y sus familiares, deberán observar las disposiciones vigentes.-
2. Los pacientes de la seguridad social, o su familiar responsable, deberán completar toda la documentación correspondiente a la internación, antes del alta o en su defecto firmarán un documento que refrende la seguridad del cobro de la atención brindada.-
3. los pacientes de la seguridad social que opten por habitación privada con cama de acompañante, deberán abonar la diferencia arancelaria que determine la clínica, al ser dado de alta el paciente.-
4. Respetarán los horarios de visitas determinados y anunciado que son de 10 hs. A 12 hs. Y de 16 hs. A 20 hs.-

**Clínica Privada
disponible)**

(...)

_____ Los asociados de la ASOCIACIÓN MUTUAL S.M. LASPIUR que
colocación de inyecciones y aplicación de _____ hs.
Lamberti 279 donde funciona la
S.M.Laspiur.

Artículo 8

subsidio para casos de
ciento ochenta) destinados al pago del eventual plus o viático que pudiera cobrar el
presente artículo poseer una antigüedad como beneficiario superior a 90 días en
para quienes queden incorporados como beneficiarios desde antes del 01-11-93.

Artículo _____:

cumplida, deberá estar acompañada indefectiblemente por la receta médica

Artículo

presente Reglamento deberá indefectiblemente poseer la cuota social abonada antes
dicha cuota, siendo susceptible de intimidación luego de transcurridos los 30 días del

Documento N°6: Solicitud de afiliación a la Asociación Mutual S.M.Laspiur

S.M. Laspiur
9 de Julio 1

SOLICITUD DE INGRESO

Sres. Miembros

de la Asociación Mutual

S. M. Laspiur

Por la presente solicito a Uds. mi incorporación como asociado de la

A tal efecto adjunto a la presente datos personales:

_____:

NOMBRES

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

FECHA DE NACIMIENTO:.....

_____:

ESTADO CIVIL

DOMICILIO:.....

_____:

T.E

FECHA:/...../.....

Firma

RESOLUCIÓN:-----

Documento N°7: Recibo de pago de la cotización mensual

ASOCIACIÓN MUTUAL S.M. LASPIUR	
9 de JULIO 1	
S. M. LASPIUR	TE: 0533-91400
RESOLUCIÓN:	I.N.A.M.: 554
Asociado Nro.: 0124	
ALBERTO LUIS OMAR	
Grupo a Cargo:	
1 DAGUERO MIRTA ESTER	15-06-44
Mes: JULIO 1999	
Cuota: 5.00	Vto. 15-07-99
Adic.: _____	Total: _____

Documento N°8: Contrato con el prestador. Clínica de Especialidades Enrique J. Carrá

En la localidad de S. M. Laspiur, a los treinta días del mes de abril de mil novecientos noventa y nueve, entre la Clínica de Especialidades Enrique J. Carrá,

el Cr. Miguel Ángel

adelante LA PRESTADORA por una parte y la ASOCIACIÓN MUTUAL S. M. LASPIUR, con domicilio en Avda. 9 de Julio 1 de la localidad de S.M. Laspiur, Aldo J. Badariotti y su secretario

Demaría en adelante LA CONTRATANTE convienen en celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS el que sujetan a las

1. _____ la prestadora se obliga a prestar a los asociados de la contratante el servicio de enfermería en la sede de la Clínica Privada S. M. Laspiur y en el caso de que los mismo así lo requiriesen siempre y cuando el mismo se las veinticuatro horas, los trescientos sesenta y cinco días del año.
2. **SEGUNDO:** a los efectos de brindar el servicio previsto en la cláusula anterior la descartables para la provisión del mencionado servicio (agujas y jeringas) en caso de ser necesario.

TERCERA:

colocación de inyectables de todo tipo (vacunas, inyecciones, etc.), colocaciones de sueros, mediciones de presión arterial, etc.

CUARTA:

ASOCIACIÓN MUTUAL S. M.Laspiur. El servicio de cama para acompañante V.I.P. (T.V: Color y Aire acondicionado) sin cargo.

5. **QUINTA:** como compensación del presente servicio LA CONTRATANTE cede su propiedad que se encuentran en la Clínica Privada S. M. Laspiur y que se detallan en el anexo I adjunto al presente, más un importe mensual de mil
6. _____ LA CONTRATANTE se compromete a mantener el estado actual de uso y conservación de los bienes que se encuentran incluidos en el presente LASPIUR no pudiendo disponer de los mismos salvo para su reparación y mantenimiento, que toma a su cargo, no pudiéndolos retirar de la clínica Privada

S. M. Laspiur salvo mediante autorización expresa y por escrito de la ASOCIACIÓN MUTUAL S. M. LASPIUR.

7. **SÉPTIMA**: LA CONTRATANTE se obliga a entregar mensualmente un padrón de asociados habilitados para gozar de los servicios objetos del presente contrato a los efectos de que LA PRESTADORA TOME CONOCIMIENTO DE QUIENES PUEDEN A EXIGIR LA PRESTACIÓN.
8. **OCTAVA**: LA PRESTADORA se obliga a permitir el libre uso de las instalaciones de la CLÍNICA PRIVADA S. M. LASPIUR a la totalidad de los médicos que se desempeñen en el radio urbano de las localidades de S.M. Laspiur y Colonia Prosperidad quedando bajo su responsabilidad y arbitrio las condiciones particulares de la utilización del establecimiento.
9. **NOVENA**: El presente contrato de prestación de servicios tendrá una duración de dos años a partir del 1º de mayo del corriente año pudiéndose renovar en iguales condiciones por igual período.
10. **DÉCIMA**: LA PRESTADORA deberá contratar un seguro contra incendios por los bienes que LA CONTRATANTE cede con motivo del presente.

- | | |
|-----|---|
| 11. | <u>UNDÉCIMA</u> : A todos los efectos legales las partes fijan como domicilio, la Clínica de Especialidades Enrique J. Carrá en calle 9 de Julio 1501 de la Ciudad de San Francisco y la Asociación Mutual S.M. Laspiur en 9 de Julio 1 de S.M. Laspiur. A los efectos legales las partes renuncian al fuero federal y a todo otro que pudiera corresponder sometiéndose a los tribunales ordinarios de la Ciudad de San Francisco. Se firman dos ejemplares de un mismo tenor y efecto uno para cada una de las partes. |
|-----|---|