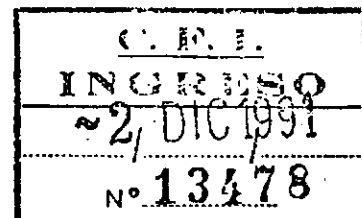


411
3 15
II

36040

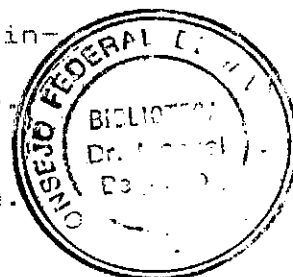
Buenos Aires, 2 de Diciembre de 1.991



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

Me dirijo a Ud. con el fin de
hacerle llegar el primer informe parcial del proyecto "Eva-
luación del impacto sobre la salud de la población por la
descentralización del Instituto de Obra Social de la Provin-
cia de Entre Ríos " tal como fuera acordado oportunamente.

Sin mas, saludo a Ud. Atte.



Dr. Andrés C. Berduc

0/m 411
3 15
II

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

CONSEJO FEDERA DE INVERSIONES (C.F.I)

PROYECTO:

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

- PRIMER INFOME PARCIAL -

- BUENOS AIRES, 2 DE DICIEMBRE DE 1.991 -

EXPERTO: DR ANDRES C. BERDUC.

INDICE

=====

1- OBJETIVO

2- METODOLOGIA

2.1- EVALUACION SOCIOECONOMICA

2.2- DESCRIPCION Y ANALISIS DEL IOSPER

2.3- DESCRIPCION Y ANALISIS DEL MERCADO PRESTADOR DE SERVICIOS

3- PLAN DE ACTIVIDADES

3.1- METAS A ALCANZAR EN LA PRIMERA ETAPA

3.1.1- CARACTERISTICAS GENERALES DE LA PROVINCIA

3.1.2- ESTRUCTURA DE LA MEDICINA PRIVADA

3.1.3- OFERTA DE SERVICIOS PUBLICOS

3.1.4- OFERTA DE SERVICIOS SANATORIALES

3.1.5- SISTEMAS DE PRE-PAGO

3.1.6- OFERTA DE SERVICIOS IOSPER

3.2- METAS A ALCANZAR EN LA PRIMERA ETAPA

4- MARCO TEORICO

4.1- CONCEPTO DE SALUD

4.2- NECESIDADES DEMANDA Y OFERTA

4.3- PRINCIPIOS BASICOS PARA UN SISTEMA DE SALUD

5- INFORMACION GENERAL DE LA PROVINCIA

5.1- POBLACION Y TENDENCIAS DEMOGRAFICAS

5.2- SOCIOECONOMICAS.

5.3- ESTADO GENERAL DE SALUD

5.3.1- MORBI-MORTALIDAD

5.3.2- SERVICIOS DE SALUD

5.3.3- CAPACIDAD INSTALADA

5.3.4- RECURSOS HUMANOS

5.3.5- CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS

5.3.6- SISTEMAS DE SALUD PUBLICA ESTATAL

5.3.7-MERCADO DE SERVICIOS PROFECIONALES PRIVADOS

6- I O S P E R

7- CONCLUSIONES

CUADROS

ANEXO 1

ANEXO 2P

1- OBJETIVO.

=====

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

2- METODOLOGIA:

=====

Para esta primera etapa se ha realizado un corte transversal de la realidad sanitaria provincial, centrado en el IOSPER, y en los actores involucrados en la problemática: Secretaría de Salud Pública, Asociación de Clínicas y Sanatorios, Federación Médica y Colegio de Bioquímicos.

El estudio diagnóstico se encuentra constituido por tres núcleos temáticos:

2.1- Evaluación socioepidemiológica de la población.

2.2- Descripción y análisis del IOSPER.

2.3- Descripción y análisis del mercado prestador de servicios.

2.1- El estudio socioepidemiológico pretende describir y en parte analizar en que situación de salud se encuentra la población del IOSPER como la forma en que se expresan las necesida-

des sanitarias, y de esta manera poder evaluar la relación de oferta de servicios públicos y privados, necesidades y la asignación de recursos propuesta implícita o explícitamente por la política institucional del IOSPER.

2.2- El estudio institucional en el IOSPER tendrá como objetivo evaluar a la institución en relación a la eficiencia, eficacia y efectividad en el logro de los objetivos propuestos en la ley de creación, a través de un corte transversal de la realidad.

Temática a evaluar: Política del IOSPER, Planificación, Programas de Salud, Organización, Recursos Humanos, Prestaciones de Salud, Administración, Evaluación, Control y las estrategias que el IOSPER plantea en negociación con el mercado prestador de servicios. Esta última temática se llevará adelante por pedido del IOSPER, con el objetivo de monitorear los efectos inmediatos del nuevo convenio prestacional firmados con el IPSE (Instituto de Prestaciones de Salud de Entre Ríos). Esta propuesta temática está ligada a jerarquizar soluciones que el IOSPER pueda poner en práctica en el mediano y en el corto plazo. Ante la aparición de situaciones de mayor envergadura, dejar abierta líneas de acción de largo plazo o propuestas investigativas a desarrollar.

2.3- El estudio pretende comprender los rasgos característicos de la estructura, organización, funcionamiento y resultados del mercado prestador de servicios en la provincia de E. Rios. Se tratará de entender las características y la conducta que cada uno de los actores sociales involucrados en el sector salud - tanto del lado de la oferta como de la demanda - adopta en el escenario provincial con la finalidad de contar con información, que permita al IOSPER diseñar e implementar políticas. Se estudiará por un lado la conformación y estructura del mercado prestador y por otra la actual puja distributiva de los recursos entre los proveedores de servicios e insumos de dicho mercado, observar los resultados a través de los cambios ocasionados producto de la negociación entre IOSPER-PRESTADORES medidos por la evolución del gasto en grupos seleccionados de patologías, condiciones de sobreprecio en determinadas prácticas, tasas de utilización, contrastando por otro lado necesidades de los beneficiarios de IOSPER.

3- PLAN DE ACTIVIDADES.

=====

En estos tres primeros meses de trabajo la actividad desarrollada se concentró en la búsqueda de

información básica, entrevistas y observación directa.

3.1- Metas a alcanzar en la primera etapa.

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

Geopolítica.

Demografía.

Morbi-mortalidad.

Socio-económica.

Red de servicios de salud (cobertura poblacional).

Presupuesto de salud.

3.1.2- Estructura de la medicina privada (médica, bioquímica
y odontológica).

Organización; descripción y legislación.

Número, densidad, evolución y distribución.

Distribución departamental por sexo, edad y
especialidad.

Mecanismos de capacitación.

Formas de inserción laboral.

3.1.3- Oferta de servicios públicos.

Nacional, provincial y municipal.

Cobertura poblacional.

Número de establecimientos según: tipos de atención,

dependencias.

Número de camas y clasificación de los mismos.

Distribución geográfica y evolución histórica.

Indicadores de oferta, demanda, utilización.

Infraestructura edilicia y de equipamiento,
grado de obsolescencia.

Morbi-mortalidad.

Costos por cama y per cápita.

3.1.4- Oferta de servicios sanatoriales privados.

Descripción, organización y legislación.

Número de establecimientos y número de camas según
departamento.

Evolución histórica de camas y establecimientos.

Complejidad y estado de la capacidad instalada.

Equipos de diagnóstico y tratamientos modernos.

Tipos de atención, formas de contratación, cobertura
y indicadores de utilización.

Evolución histórica de la cobertura.

Número de clínicas y sanatorios asociados.

3.1.5- Sistemas de pre-pago.

Cobertura, oferta, formas de contratación.

Recursos humanos, materiales y financieros.

3.1.6- Oferta de servicios del IOSPER.

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

Programas de salud.

Estructura, organización y legislación.

Pobalcción beneficiaria según: sexo, edad, grupos laborales, por régimen de afiliación - Padrón de beneficiarios.

Distribución de los beneficiarios

Régimen de copitación y de grupos autónomos.

Cobertura prestacional por departamento. Grado de cobertura. Consumo por grupos poblacionales.

Tipos de contratación pública y privada.

Indicadores de utilización.

Causas de egreso.

Número de partos y cesareas en establecimientos públicas y privados. Distribución geográfica.

Información existente en IOSPER de: tecnología para la atención, equipos de diagnóstico y tratamiento público y privado, número de médicos, bioquímico. Padrón de prestadores.

Farmacia. Convenios. Estructura. Recursos humanos. indicadores de utilización y consumo. Costo de medicamentos. Tipos de receta pagadas. Relación consulata/medicamentos.

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

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

Organización y capacitación de los recursos humanos
en IOSPER.

3.2- Las metas informativas alcanzadas en la primera
etapa, se detallarán en particular como temario de
las áreas estudiadas.

4- MARCO TEORICO.

=====

4.1- Concepto de Salud

La concepción tradicional y fundamentalmente médica define a la salud en términos de enfermedad (biológica), siendo la misma objeto de su estudio. Parte de la hipótesis de que la enfermedad es un problema individual, independiente del contexto social e histórico. La ausencia de una conceptualización del término salud, hace que la defina como "la ausencia de enfermedad". De esta forma la concepción establece una forma de ver, una forma de razonar, y un modelo de práctica: para conocer hay que dividir hasta lo indivisible (teoría reduccionista). Surge de esta manera un

cuerpo humano dividido y subdividido en especialidades y subespecialidades, dando lugar a un modelo de atención fragmentado y centrado en la enfermedad.

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

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

Enfermedades como la desnutrición, tuberculosis, cardiovasculares, tumorales, laborales, estrés, no pueden ser explicadas en forma individual ni alejadas de las condiciones de vida en un momento histórico determinado. De esta forma entendemos a la salud-enfermedad no como un problema individual, sino colectivo y por tanto de abordaje y resolución multidisciplinaria y multisectorial.

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

4.2- Necesidades, Demanda y Oferta.

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

Hoy sabemos que no todas las necesidades se manifiestan como demanda, que las necesidades no tienen el mismo grado de percepción, que existen distintos condicionantes de la demanda como son: la accesibilidad, la disponibilidad de recursos para afrontar el pago de prestaciones, la información, pautas culturales, y aquellos que se ligan a la oferta de servicios, etc., razón por la cual cuando analizamos la demanda manifiesta, podemos asegurar que no se trata de la expresión de las necesidades reales sino de aquellas que lograron vencer el sinúmero de factores que condicionan la demanda, y que no todas las necesidades pudieron ser satisfechas aun existiendo oferta de servicios.

A esto agregamos que la demanda manifiesta como la percepción de las necesidades se encuentra asociado a la situación de clase social a la que pertenece.

Se puede inferir que a travez de distintos mecanismos que fueron conformando el modelo prestador, la oferta de servicios de salud responde escasamente a las necesidades de la población. Las razones se pueden encontrar en: cambios tecnológicos de origen externos e internos, grupos de presión con distinta capacidad de negociación y lobby político, distintos procesos histórico evolutivos, determinantes que conformaron un oferta de servicios caracterizada por:

medicina curativa con alto grado de especialización, carencia de programas de promoción y prevención de la salud, alta complejidad concentrada en centros urbanos, irracionalidad entre situación epidemiológica y oferta de servicios, servicios públicos, privados y de obras sociales con marcadas diferencias de oferta y de demanda. En este sistema el usuario solo puede consumir los servicios que se le ofrecen siendo irremediamente la oferta la que condiciona la demanda, esten o no relacionadas con las necesidades de salud.

En este sentido el termino cobertura poblacional puede prestarse a interpretaciones erroneas, teniendo en cuenta que normalmente se lo utiliza para definir la demanda revelada o

población atendida.

4.3- Principios básicos para un sistema de salud:

Cobertura universal.

Accesibilidad.

Equidad.

Eficiencia y eficacia

Tecnología adecuada.

Salud como derecho humano.

Prevención como aspecto sustantivo.

Utilización a pleno de los recursos existentes.

Oferta de servicio en relación a necesidades reales.

Participación.

5- INFORMACION GENERAL DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS

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

Limita al norte con la provincia de Corrientes, al oeste con la provincia de Santa Fe, al sur con la provincia de Buenos Aires y

al este con la República Oriental del Uruguay. La provincia representa una unidad política de 78.781 Km cuadrados se superficie, lo que constituye el .2,6% de la superficie continental de la República Argentina.

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

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

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

5.1 - Población y tendencias demográficas.

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

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

y C del Uruguay).

A pesar de los aportes inmigratorios, la provincia se ha caracterizado, por una crónica tendencia a expulsar población. En 1869 representaba el 8% de la población del país, en 1980 se ha reducido al 3%. En 1914 se retenía el 87% de los entrerrianos nacidos en su territorio, en 1983 no se alcanza a retener el 60%. En 1970-1980 se ha producido una significativa reacción con un crecimiento anual medio de 11%, 1980-1991 fue de un 12,4% mostrando una tendencia estable si se tiene en cuenta que este censo demoro un año mas del previsto (cuadro 2).

De acuerdo con las cifras del censo de 1991 la población total de la provincia es de 1.021.137 habitantes. El índice de masculinidad es de 96,3 varones por cada 100 mujeres; y la densidad en habitantes es de 13,0 hab./km cuadrados. La población rural representaba en 1980 el 30,63% del total provincial, con un rango de 14,38% en el departamento Paraná y 56,93 para el departamento de Federal.

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

5.2- Socioeconómicas.

Los indicadores de la situación educacional de la población provincial según censo 1980 son: analfabetos absolutos 5,63%,

analfabetos funcionales 26,3%, índice de alfabetismo 68,07%, con un índice de inconcurrencia de 1,27%. La principal causa de abandono escolar es trabajo.

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

En relación a la medición de la pobreza estructural según censo 1980, el total de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas era de 27,9% a nivel provincial con un 23,7% en áreas urbanas y un 37,6% en áreas rurales. A nivel departamental los rangos van de un 23,7% en áreas urbanas con un 23,7%. Ahora bien en relación a la población con NBI era de un 32,80% para la provincia, con una media urbana provincial de 28,0% y un rango de 20,5% para el departamento de Colón y 44,1 y 44,8 para los departamentos de La Paz y Federal respectivamente.

9.3- Estado general de salud.

9.3.1- Morbi-mortalidad

Para analizar la demanda de servicios de salud es necesario conocer las condiciones de salud. En este sentido, la salud de una población se debería medir en relación al número de personas que viven una vida sana física, mental y social, pero la inexis-

tencia de los mismos nos obliga a utilizar mediciones indirectas a través de la mortalidad, morbilidad o por la expectativa de vida.

La mortalidad general para la provincia año 1980 era de 8,79 con un rango de 7,20% para La Paz y 10,77% en Diamante. Más información proporciona el análisis de la mortalidad por edades. El primer indicador en este sentido es el de la mortalidad infantil cuyos datos disponibles (1981, 1984, 1990) muestran una tendencia decreciente desde el 30,5% nacimientos vivos en 1981 a 21,2% nacidos vivos en 1990 (cuadro 3).

En cuanto a la tasa de mortalidad infantil por departamento vemos valores que oscilan para el año 1990 entre 32,5% para el departamento de Federación y un 11,3% para el departamento de Gualeguay. Mostrando y confirmando que los departamentos de mayor tasa coinciden con aquellos con mayor tasa de necesidades básicas insatisfechas, pero también se observa un crecimiento de la misma en el departamento de Nogoyá 21,6% en 1981 y un 26,2% en 1990. En el estudio se pudo detectar problemas de subregistro ya presentes en trabajos previos.

En la misma tabla al observar la mortalidad infantil precoz y tardía (se utilizó año 1989 por lugar de ocurrencia por carecer del dato en 1990 por lugar de residencia), se recaba la siguiente información: Feliciano, Federal, Federación, Gualeguaychú, La Paz

tienen la tasa mas alta de mortalidad infantil tardia para los años 1981-1984 confirmando por un lado lo antes mencionado y por otro el peso que tienen las muertes evitables en la mortalidad infantil, corroborado por cuadros (3). En lo referente a las muertes tardías y precoces para el año 1989 por tratarse de muertes por lugar de ocurrencia, muestra como muchas muertes se dan en otros departamentos como el caso de Concordia que recibe derivaciones de los departamentos de Federación y Federal.

Un tercer indicador es la tasa de mortalidad de 1 a 4 años intimamente relacionado a los factores socio-económicos, ya que las principales causas de muerte para este grupo son: infecciones intestinales, respiratorias y parasitarias, todas éstas relacionadas con problemas nutricionales (desnutrición), con valores que van de un total provincial para el año 1984 de 0,89%. con diferencias de 3,1%. en Feliciano y de 0,3 en Diamante.

Para concluir del análisis del cuadro() decimos que del total de la mortalidad infantil tardia, el 30% podrían ser evitables con un efectivo programa materno infantil.

En cuanto a la morbilidad podemos decir que en la mayoria de los departamentos la segunda causa de egreso, despues de partos, son las infecciones intestinales mal definidas, confirmando la existencia de patologías evitables y definiendo como prioritarias acciones de Atención Primaria de la Salud ya que el

80% de los problemas de salud se pueden resolver en un primer nivel de atención.

5.3.2- Servicios de Salud.

La información obtenida hasta la fecha es insuficiente debido a: escasa información o ausencia de la misma, información no procesada, información no autorizada, información de mala calidad o no actualizada. Esta situación se dió en las distintas fuentes de información: IOSPER, Secretaría de Salud Pública (SSPER), Federación Médica de Entre Ríos (FEMER), Asociación de Clínicas y Sanatorios de Entre Ríos (ACLER), Colegio de Bioquímicos de Entre Ríos (COBER).

5.3.3- Capacidad instalada.

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

El número total de camas públicas disminuyó del año 1984 de

4.946 al 1990 con 4.165 siendo de un 15,7% la pérdida, siendo 5 los departamentos que aumentaron únicamente la cantidad de camas (Nogoyá, Islas del Ibicuy, Gualeguay, Feliciano y Colón).

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

En lo referente a cantidad de camas disponibles comparada por departamento hay una mayor proporción en los departamentos de Diamante, Federal, Villaguay y Tala debida a la presencia de hospitales Psiquiátricos y colonia de Rehabilitación.

Practicamente 1/3 corresponden a camas de salud mental.

Estudiando camas/1.000 habitantes, en el año 1985 era de 6,9, por debajo de este promedio se encontraban los departamentos de La Paz y Federación.

Un aspecto que merece nuestra atención es la repartición de las camas hospitalarias para pacientes crónicos: el 90% pertenecen al subsector público, el 8% al subsector Obras Sociales y el 2% al subsector privado.

Por otro lado, al subsector público pertenece el 83% de los establecimientos con más de 50 camas. El sector privado dirige más a la internación en establecimientos de menor dimensiones.

La tecnología médica mediana y alta se encuentra prácticamente en exclusividad en el sector privado.

5.3.4- Recursos humanos.

Los datos hasta la fecha fueron obtenidos de trabajos previos*, la información obtenida de IOSPER está siendo procesada y comparada con la existente en las asociaciones profesionales (quienes han hecho entregas parciales). La Dirección de Recursos Humanos de la SSPER hasta la fecha no ha suministrado información.

Para el año 1985 el número de médicos a nivel provincial era de 1 médico cada 444 habitantes, hallándose cocentrado en la ciudad de Paraná el 36,5% con 1 médico cada 224 habitantes y en departamentos como Federal, Feliciano y Villaguay no llegaba a 1 médico cada 900 habitantes. La cantidad de médicos parecía ser suficiente aunque con una mala distribución.

La información obtenida mostraba problemas de sobrerregistro según información de distintos círculos médicos siendo la cifra de un 30% lo que daría un total de 1580 médicos a nivel provincial lo que significaría 1 médico cada 617 habitantes.

Es de esperar que el crecimiento médico experimentado en los últimos años da como resultado un aumento significativo en el número total y en la tendencia que se venía perfilando. La información referida al mercado médico destaca, que mientras la población general crece a un promedio de 1,5% por año la población profesional lo hace al 8%, con consecuencias directas en la oferta como en la puja distributiva de los recursos.

5.3.5- Características del Sector Salud.

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

A esto le podemos sumar prácticas inadecuadas llevadas a cabo por prestadores privados como lo son la sobre-prestación y la sobrefacturación, situaciones estas que mas allá del delito, denuncia la propia irracionalidad en la oferta de servicios y los caminos para sostener el financiamiento. Prueba de esto son los 300 tomografos que hay en el país sin explicación técnica. Pero también denuncia la falla del mercado como sistema de regulación de la actividad económica sectorial.

En relación a los medicamentos, se produce un reemplazo de productos y procesos muy rápido para generar rentas innovativas, haciendo de esta forma que el producto no pueda alcanzar precios competitivos, sino permanentemente " precios de introducción ".

Se suma a esta situación el hecho de que un porcentaje elevado de los medicamentos existentes no tienen probada eficacia terapéutica.

El gasto en salud en la Argentina es de 5.200 millones de dólares anuales, siendo el 7,5% del Producto Bruto Interno(). Es de destacar que aproximadamente 3.200 millones de dólares se reparten en: honorarios médicos, gastos sanatoriales y medicamentos.

Los captores de recursos más importantes en la República Argentina son: mercado de servicios médicos (públicos y privados), hospitales y clínicas privadas, y los laboratorios proveedores medicamentos.

De acuerdo a características organizacionales y financieras en la situación provincial estudiaremos las dos primeras categorías: mercado de servicios hospitalarios y sanatoriales y mercado de servicios profesionales (fundamentalmente médico) privados. La primera con efectores provinciales, municipales o nacionales; la segunda relacionada a las prestaciones que brinda en consultorios y sanatorios en gran parte por libre elección y pago por acto médico. El pago se efectúa directamente o por medios indirectos a través del "tercer pagador"; la seguridad social.

5.3.6- Sistema de Salud Pública Estatal.

En relación a la estructura organizacional de la Secretaría de Salud Pública no se pudo obtener información actualizada. Se puede decir que los distintos establecimientos que la componen conforman una unidad política y programática con objetivos en general comunes. Se pudo observar un proceso administrativo centralizado en donde los hospitales no manejan presupuesto propio, salvo una caja chica para gastos menores.

Existe una ley de arancelamiento por la cual se puede facturar a las obras sociales las prácticas efectuadas en los establecimientos donde lo recaudado por facturación queda en un 50% en el establecimiento y el resto pasa a la Secretaría.

La información relacionada con la capacidad instalada ya fue descripta con anticipación.

El sistema de atención pública aparte de atender al sector de menos recursos ha visto incorporar a gran parte de la población beneficiaria de la seguridad social en los últimos años debido en general a la crisis de recursos, a reiterados cortes de servicios y la generalización del plus profesional. En este sentido aumento la facturación a obras sociales (fundamentalmente IOSPER) pero no en la medida que lo hubiera tenido que hacer tomando en cuenta el porcentaje de pacientes de la seguridad social que hoy ocupa las camas públicas siendo en muchas localidades único prestador. Informantes claves estiman que el porcentaje de pacien-

tes con cobertura de obras sociales supera muchas veces el 50% . Se puede observar a travez del seguimiento de los indicadores de utilización, como fue aumentando progresivamente los egresos y el número de consultas entre los años 1988-1990 explicandose como fenómeno de transferencia de pacientes atendidos en el sector privado de la seguridad social al efector público corroborando el hecho, por un lado la disminución de la oferta por parte del efector público aumento de la demanda en lugares donde comparte la atención con el sector privado (Paraná, Gualeguaychú, C del Uruguay) manteniendose invariable prácticamente en aquellos donde el sector público era único proveedor.

Recordamos tambien que en ese mismo periodo disminuyeron las camas públicas. El porcentaje ocupacional para el año 1990 fue de un 59,0% mostrando un aumento en comparación con años anteriores, en otros indicadores como giro cama y promedio días de estada se observa un mayor aprovechamiento de las camas y una disminución de los días que estuvieron ocupadas respectivamente.

5.3.7- Mercado de servicios profesionales privados.

Se encuentra organizado de acuerdo a las distintas profesiones que lo componen (Círculos Médicos, Asociación de Clínicas y Sanatorios, Colegio de Bioquímicos, Colegio de Farmaceuticos, etc.).

Los círculos médicos -entidades de primer grado- se encuentran estructurados a nivel departamental, a su vez todos los círculos médicos conformarían la Federación Médica de E. Ríos - entidad gremial de segundo grado - . A diferencia de farmacéuticos y bioquímicos que se encuentran centralizados en un Colegio único en el departamento Capital, cumpliendo funciones gremiales, de contralor y como negociadores con obras sociales.

Hasta la fecha no se obtuvo información del mercado de prestadores profesionales como para poder caracterizar los factores que pueden condicionar la oferta.

La federación médica concentra el poder negociador con las obras sociales pero a travez del tiempo se ha visto crecer la influencia de los círculos médicos que concentran la mayoría de profesionales y la mayor parte de la demanda como es el caso de Paraná (que logró mejores condiciones de pago con IOSPER en el último convenio). La diferencia de intereses entre círculos medicos del interior de la provincia se encuentra ligado directamente con el número de médicos, especilidades, tecnología y las diferencias socioepidemiológicas de la población demandante.

El círculo médico de Paraná ha organizado un pre-pago propio (CIRME) mostrando un futuro diferenciado en cuanto al modelo de financiamiento, y a los intereses de grupos prestadores.

La Asociación de Clinicas y Sanatorios agrupa al 100% de las

clínicas y sanatorios, la misma reúne todo el poder de negociación de las camas privadas y de contratación con obras sociales. Comparativamente los gupos gremiales (médicos, bioquímicos, etc.), muestran menor capacidad de negociación que esta última a travéz del tiempo. También han desarrollado su prepago (CON-SALUD). Se destaca que en general que los dueños de los establecimientos privados en la provincia son los propios profesionales, aunque se están empezando a ver algunos establecimientos que apelan a capitales extra profesionales, situación que modificará en el mediano plazo las características de la negociación y la puja de intereses entre proveedores.

6- INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS (IOSPER) =====

La información obtenida hasta la fecha es considerada como parcial razón por la cual las conclusiones serán acordes a los datos obtenidos y al plan de actividades aprobadas por el CFI oportunamente.

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

otras contingencias sociales conexas."

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

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

Se ha podido observar población de beneficiarios no dados de baja, distorsionando en un grado variable las conclusiones sobre población, no pudiendo establecerse la magnitud de la misma.

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

IOSPER. La población beneficiaria de IOSPER en Paraná representan el 33,1 de total del departamento Capital. En este sentido el IOSPER es la obra social con mayor capacidad de negociación desde la demanda con el mercado prestador de servicios privados.

El modelo de contratación con el sector privado se desarrolla a través de relaciones contractuales con las entidades gremiales. El pago se hacía hasta el mes de agosto del 1.991 por prestaciones y por Nomenclador Nacional, momento en que se firmó un acta de acuerdo (ver Anexo 2) con el Instituto de Prestaciones de Salud de Entre Ríos (IPSER), entidad esta que agrupa a la ACLER, FEMER, COBER, en la misma se comprometen ambas partes a partir del 1 de septiembre, a aplicar el sistema de módulos globalizados en internación, abrir un registro de prestadores de salud, mejorar los aranceles profesionales a través de un sistema basado en la regulación, control y seguimiento de las prestaciones, racionalizando, categorizando y acreditando estructura el recurso humano técnico y profesional. Condiciones que se dan con exclusividad a IOSPER. En la misma se pactaron mejores condiciones de pago y sobrepagos en los valores de distintas prácticas.

Este cambio en el modelo de contratación merece atención especial ya que la misma operará en el IOSPER cambios importantes y decisiones de cambio para poder afrontar el control de las prestaciones y los costos de las mismas (ANEXO II).

Llama la atención la exclusión de los prestadores públicos en el convenio firmado con el IPSEER teniendo en cuenta la importancia que se guarda en relación a la atención de los beneficiarios.

Otro elemento importante mencionado en el acta es la apertura de una cuarta categoría de profesionales que pueden cobrar al contado y habilitando a prescribir e internar, quedando la reglamentación a cargo de la FEMER.

- La intención por parte de las autoridades se muestra como un avance, en el sentido de que apunta a cambiar el modelo prestacional responsable en muchos casos de la sobreprestación y sobrefacturación, y a cerrar el sistema también responsable de sobreoferta no necesariamente ligada a mejor calidad. Pero es de esperar que el desarrollo de los acontecimientos permita mejorar la situación de inequidad prestacional hoy presente en el instituto. En relación al mismo tema se ha podido observar en el instituto situaciones que seguramente van a influir condicionando el éxito en el resultado final propuesto: escaso conocimiento de las necesidades reales de salud de los beneficiarios, falta de criterios normatizados de calidad en la atención de la enfermedad, control prestacional limitado a la demanda espontánea, disímiles criterios de control ante ausencia de prácticas normatizadas, falta de información o información limitada para la toma de decisiones, niveles técnicos sin información del nuevo convenio fir-

mado entre IOSPER-IPSER, ausencia de capacitación, desconocimiento de las áreas involucrada, de la política institucional -

El IOSPER brinda cobertura practicamente total a todos sus beneficiarios en la provincia, a su vez deriva a otras provincias a travez de obras sociales provinciales con quien mantiene convenios de reciprocidad y con la municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Antes situaciones de escasos recursos ofrece creditos y situaciones donde el servicio social determina la capacidad de pago. En este sentido el servicio social cumple fundamentalmente esta función.

La situación prestacional a la fecha se encontraba condicionada limitación puesta por los servicios de atención privada en gran medida provocada por cobro del plus generando situaciones de profunda inequidad en la población beneficiaria de menores recursos a quienes tambien desfavorece la utilización de bonos moderadores.

Gran parte de ésta población beneficiaria recurrió en este tiempo al prestador público.

En esta primera etapa del trabajo no se han evaluado condicionantes como: accesibilidad técnica, geográfica, cultural a servicios de salud, ni la satisfacción de los beneficiarios.

En cuanto al total de egresos y consultas del IOPER para los años 1.989, 1.990, 1.991 (este último estimado) se observa una

marcada disminución. Lo mismo ocurre para prácticas de radiología, electrocardiogramas, análisis, biopsias, recetas, etc. Mostrando de esta forma una disminución importante del consumo y utilización de servicios y transformándose verdaderamente en una tendencia decreciente.

De la estructura del gasto prestacional al mes de julio/91, el 23% fue para los médicos, un 28% para clínicas y sanatorios privados, un 5% para hospitales públicos, la facturación de farmacia sumando todos los conceptos (sumando farmacias privadas y de IOSFER) fue del 21%, los bioquímicos participaron del 9,5%, el 15% restante se reparte entre el resto de profesionales de la salud. Esta estructura demuestra el peso del mercado prestador de servicios privados, siendo estas proporciones las que se dan a nivel nacional (cuadro 4 y 5).

Las internaciones tienen un predominio de clínicas siendo al mes de julio/91, de predominio clínica; a través de las tendencias se muestra que en general existe un predominio poco significativo.

7- CONCLUSIONES

=====

Las conclusiones se presentarán en el marco del plan aprobado por el Consejo Federal de Inversiones y del cronograma previsto para el mismo.

CUADRO 2

POBLACION TOTAL DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS POR
DEPARTAMENTO 1980-1991

DEPARTAMENTOS	POBLACION TOTAL	
	1980	1991
TOTAL	908.313	1.021.137
COLON	48.658	55.885
CONCORDIA	123.190	138.296
DIAMANTE	36.952	39.735
FEDERACION	41.351	48.796
FEDERAL	21.115	22.104
FELICIANO	11.598	12.426
GUALEGUAY	40.276	42.916
GUALEGUAYCHU	91.658	89.370
ISLAS DEL IB.		10.575
LA PAZ	58.080	61.837
NOGOYA	36.651	37.194
PARANA	226.050	273.210
TALA	23.525	24.248
C DEL URUGUAY	77.828	90.244
VICTORIA	28.231	30.216
VILLAGUAY	43.150	44.085

Fuente: CENSO NACIONAL DE POBLACION Y VIVIENDA 1980-1991

**TASA DE MORT. INF. TOTAL PRECOZ Y TARDIA SEGUN
DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA DE LA PROV. DE ENTRE RIOS.
1981-1984-1990**

DEPARTAMENTO	MORT. PREC. *			MORT. TAR. *			TOT. M. IN.		
	1981	1984	1989	1981	1984	1989	1981	1984	1990
COLON	23.3	24.8	8.1	7.0	7.9	5.4	30.3	32.7	17.2
CONCORDIA	20.5	19.4	28.5	20.2	17.0	8.5	40.7	36.4	27.6
DIAMANTE	11.1	15.7	5.8	9.0	2.4	4.7	20.1	18.1	17.0
FEDERACION	17.1	14.8	11.5	13.3	18.8	1.6	30.4	33.6	32.5
FEDERAL	20.5	12.5	10.0	24.0	10.4	5.0	44.5	29.9	29.0
FELICIANO	29.0	8.0	10.0	25.0	10.3	8.1	54.0	18.3	25.9
GUALEGUAY	16.2	14.5	11.6	8.0	13.4	9.5	24.2	27.9	11.3
GUALEGUAYCHU	21.9	17.0	5.0	13.5	13.3	10.9	35.4	30.3	18.7
ISLAS IBICUY	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	9.6	0.0	0.0	10.9
LA PAZ	22.2	21.9	17.0	13.1	13.9	7.2	39.3	35.8	36.8
NOGOYA	17.6	14.1	2.8	4.0	10.6	1.4	21.6	24.1	26.2
PARANA	13.3	17.0	19.7	8.1	6.6	5.7	21.4	23.6	14.6
TALA	16.0	29.6	4.0	12.0	7.4	4.0	28.2	37.0	15.0
C. DEL URUG.	14.0	11.8	7.1	11.0	8.3	5.9	25.0	20.1	22.4
VICTORIA	23.9	9.6	12.4	12.0	4.8	5.3	35.9	14.4	26.3
VILLAGUAY	16.3	16.3	17.7	11.7	10.6	5.9	28.0	26.9	26.1
TOT. PROVIN.	18.9	17.1	16.8	12.5	10.7	6.4	30.5	27.8	21.8

* 1989 MORT. INF. POR LUGAR DE OCURRENCIA

Fuente: Secretaria de Salud Publica ENTRE RIOS.

NUMERO TOTAL DE INTERNACIONES CLINICAS Y QUIRURGICAS
FACTURAC.FORDEPARTAMENTO JULIO 1991 I.O.S.P.E.R.

	INTERNACION			
	CLINICAS CANT.	FACTURACION	QUIRURGICAS CANT.	FACTURACION
COLON	25	49,718,928	2	3,189,583
CONCORDIA	82	211,559,620	16	25,297,865
DIAMANTE	78	202,637,461	22	53,847,780
FEDERACION	20	45,446,965	3	8,377,717
FEDERAL	5	8,718,837		
FELICIANO	24	54,267,854		
GUALEGUAY	35	111,361,901	3	6,847,292
GUALEGUAYCHU	50	166,499,816	16	40,757,031
ISLAS DE IBI				
LA PAZ	31	59,286,799	3	9,888,066
NOGOYA	44	100,011,390	3	5,908,218
PARANA	416	1,152,982,868	188	737,589,483
TALA				
C. DEL URUG.	42	114,667,432	10	22,795,715
VICTORIA	32	87,042,179	7	20,438,337
VILLAGUAY	25	53,896,459	1	5,009,897
TOTAL	909	2,418,098,509	274	939,946,984

Fuente:I.O.S.P.E.R.

PRESUPUESTO I.O.S.P.E.R.

RECURSOS

AP. PATRONAL	42,179,020,000
AP. PERSONAL	38,215,944,000
AP. AFIL. EXTRAORDIN.	10,430,700,000
COSEGURO	5,750,436,000
VENTA FARMACOS	9,180,816,000
SERV. PROTESIS	10,068,000
VARIOS CORRIENTES	2,027,436,000
INTERESES BAN. DIV	2,147,376,000
TOTAL INGRESOS	109,941,796,000

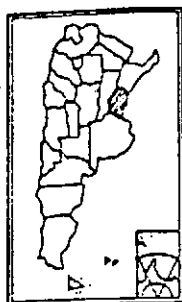
EROGACIONES

CORRIENTES	
CORR. PERSONAL	25,790,843,000
CORR. BIENES Y SERV.	151,474,490,566
SUBTOTAL CORR.	177,265,333,566
DE CAPITAL	
CAP. BIENES	1,800,000,000
CAP. TRAB. PUB.	2,900,000,000
SUBTOTAL CAPITAL	4,700,000,000
TOTAL DE EROGACIONES	181,965,333,566

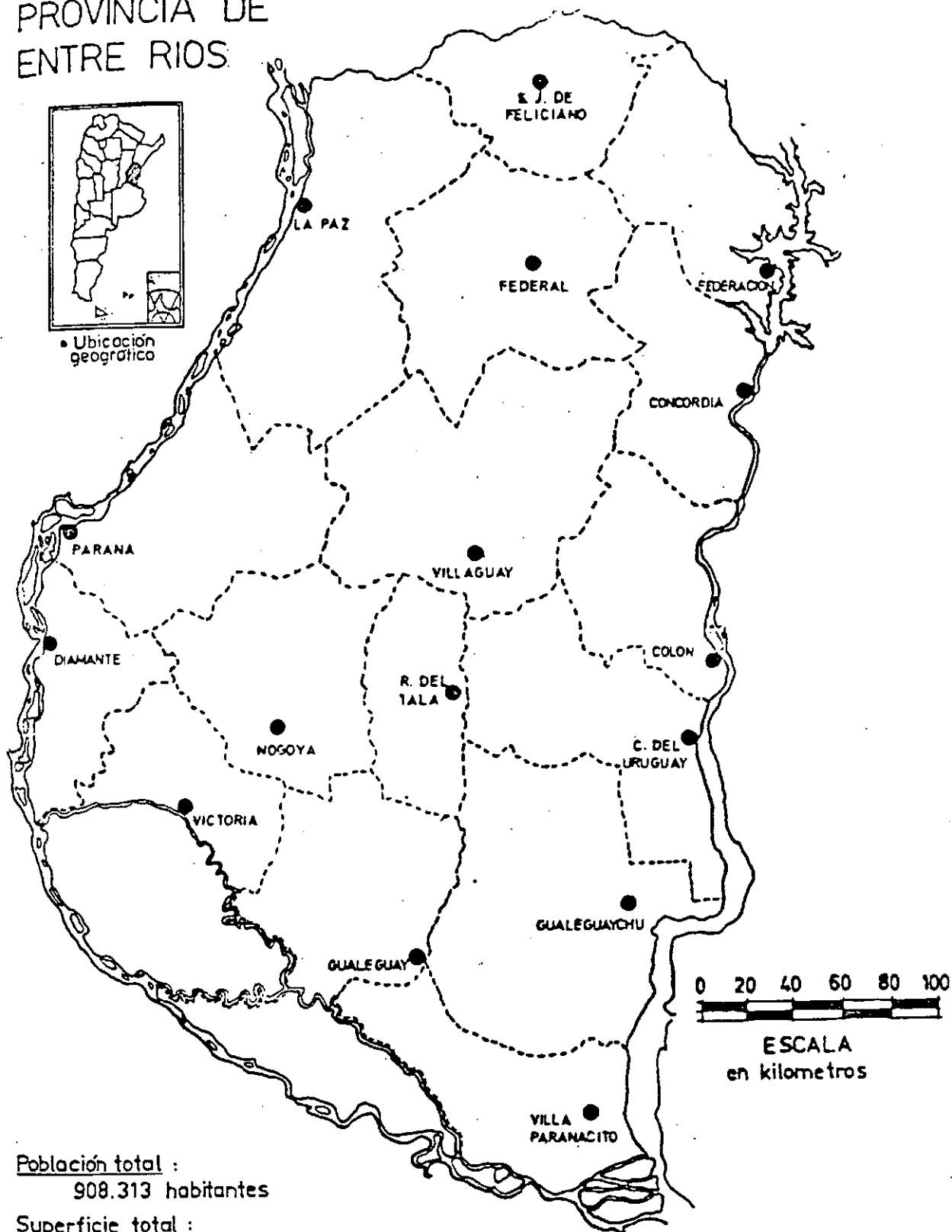
NECESIDADES DE FINANCIAMIENTO

APOR. JUB. NAC. PRES.	64,246,080,000
APOR. JUB. NAC. G. AD.	1,147,570,000
APOR. TES. PROVIN.	6,656,887,566
SUBTOT APORTES	72,050,537,566

PROVINCIA DE ENTRE RIOS



• Ubicación geográfica



Población total :

908.313 habitantes

Superficie total :

78.781 kms.²

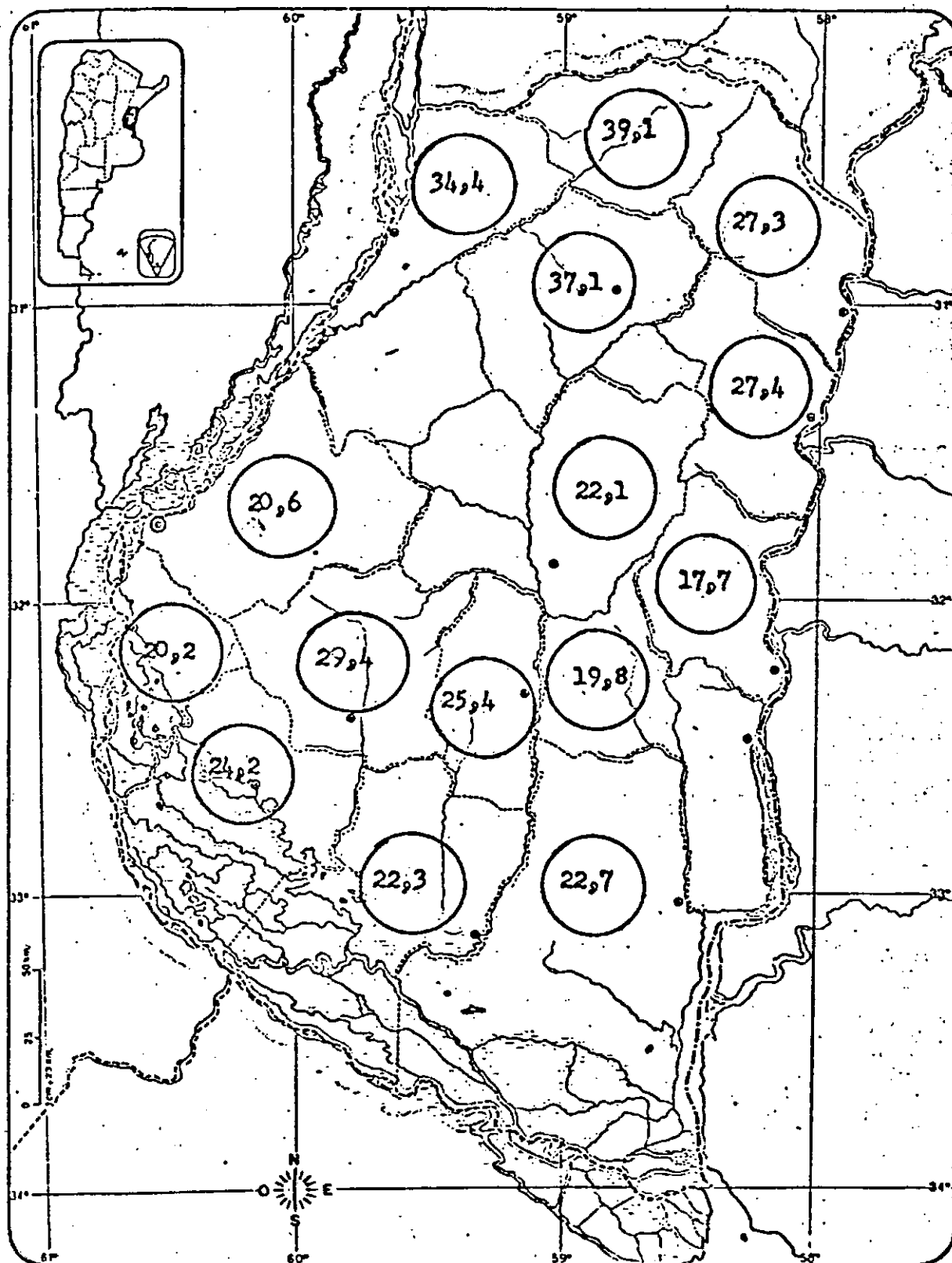
Densidad : 11,5 hab./km.²

Indice de masculinidad : 98,1

Población urbana : 70,6 %

Población rural : 29,4 %

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



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

PIRAMIDE POBLACIONAL DE AFILIADOS AL IOSPET.

REFERENCIAS

1/1000

HOMBRES

MUJERES

0,1 100

0,1

0,002 95 - 99

0,003

0,008 90 - 94

0,02

0,1 85 - 89

0,4

0,3 80 - 84

0,7

0,5 75 - 79

1,0

0,8 70 - 74

1,3

1,0 65 - 69

1,7

1,3 60 - 64

2,1

1,5 55 - 59

2,3

1,8 50 - 54

2,7

2,2 45 - 49

3,2

2,5 40 - 44

3,6

2,6 35 - 39

3,8

2,6 30 - 34

3,7

2,5 25 - 29

4,0

3,0 20 - 24

4,5

5,1 15 - 19

5,1

5,9 10 - 14

5,8

5,5 5 - 9

5,3

4,6 0 - 4 años

4,5

HOMBRES

MUJERES

FUENTE: Dcto. En afiliados al I.O.S.P.E.R. - archivo maestro.

ANEXO 1
=====

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

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

VISTO:

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

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

CAPITULO I - CREACION - CAPACIDAD - OBJETO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO II - DEL CAPITAL, RECURSOS Y GASTOS

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

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

ARTICULO 7º: Suprimido por Ley 5480.-

CAPITULO III - DE LAS AUTORIDADES

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

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

a) Convocar y presidir las reuniones / del Directorio participando con voz y voto y doble voto en caso de empate;

b) Ejercer la representación legal del Instituto en sus relaciones con terceros y con los poderes públicos;

c) Otorgar poderes y mandatos;

d) Estar en juicio como actor, demandado y tercerista ejerciendo todos los actos que las leyes de fondo y procesales preveen y transigir judicial o extrajudicialmente;

e) Comprar, vender, arrendar, construir o realizar cualquier otro acto de adquisición o disposición de bienes o derechos y aceptar donaciones y otras liberalidades, a cuyos efectos el Poder Ejecutivo dictará, adecuada a la modalidad operativa del / Instituto, las normas de procedimientos a que tales actos deberán ajustarse;

f) Ejercer el poder disciplinario sobre el personal del Instituto, con facultades de aplicar todas aquellas sanciones que no impliquen su remoción de conformidad con lo que fije / la reglamentación;

g) Redactar y someter a aprobación del Directorio el reglamento interno y el régimen orgánico-funcional del /

Instituto;

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

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

j) Confeccionar la memoria anual;

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

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

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

ARTICULO 109: El Presidente será reemplazado interinamente en caso de renuncia, afección o ausencia, por los Directores que representen al Poder Ejecutivo en la forma que se establezca en la reglamentación interina. En tal supuesto el designado tendrá derecho al voto en las reuniones del Directorio y a decidir en caso de empate.-

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

ARTICULO 110: El Directorio del Instituto estará integrado por tres Directores designados por el Poder Ejecutivo y por tres Directores en representación de los afiliados a propuestas de las entidades representativas de los mismos en la forma que lo establezca la reglamentación.-

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

ARTICULO 120: Las facultades y obligaciones del Directorio serán:

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

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

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

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

e) Suprimido por Ley 5480;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICULO 13º: No podrán ser Presidente ni Directores:

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

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

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

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

e) Los que no sean ciudadanos argentinos;

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

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

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

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

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

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

CAPITULO IV - DEL COMITE ASESOR -

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

CAPITULO V - DE LAS SANCIONES DISCIPLINARIAS

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

CAPITULO VI - DE LOS RECAUDOS Y NOTIFICACIONES

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO VII - DISPOSICIONES GENERALES

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

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

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

ARTICULO 24º: La Administración Provincial y las Municipalidades como / agentes de retención, deberán liquidar y depositar mensualmente los aportes y contribuciones personales y patronales que se fijan para los afiliados, en la cuenta que al respecto abrirá el Instituto en el BANCO DE ENTRE RIOS o en cualquier otro Banco oficial en los lugares en que no / existieren sucursales del mismo, dentro de los diez (10) días posteriores al pago de los sueldos al personal. Los aportes y contribuciones no ingresados en término, devengarán un interés compensatorio equivalente / al que percibe el BANCO DE ENTRE RIOS por sus operaciones de descuentos el que se computará con capitalización anual.-

ARTICULO 25º: La CONTADURIA GENERAL DE LA PROVINCIA retendrá de las sumas que por cualquier concepto correspondan a las Municipalidades los / importes por deudas atrasadas en concepto de aportes, contribuciones e / intereses. A tal efecto la comunicación oficial del Instituto servirá / de orden suficiente para dicha retención debiendo depositarse las sumas que resulten en la cuenta del Instituto.-

ARTICULO 26º: El Instituto organizará su propio sistema contable y de / contralor mediante normas debidamente ajustadas a su modalidad operativa, siendo de aplicación subsidiaria las disposiciones contenidas en la ley de Contabilidad de la Provincia.-

ARTICULO 27º: El Instituto estará sometido al contralor del Tribunal de Cuentas.-

ARTICULO 28º: El Instituto estará exceptuado de todo gravamen provincial y municipal a excepción respecto a los últimos de las tasas por servicios efectivamente prestados y contribución de mejoras.-

ARTICULO 29º: El Instituto podrá ser intervenido por el Poder Ejecutivo cuando graves irregularidades administrativas técnicas o contables lo / justifiquen dando cuenta al Poder Legislativo. La intervención no podrá durar más de seis (6) meses de plazo dentro del cual se procederá a la / designación de nuevas autoridades.-

ARTICULO 30º: Suprimido por la Ley 5480.-

ARTICULO 31º: Las reparticiones y organismos de la Administración Provincial y Municipalidades deberán suministrar los informes y datos técnicos y estadísticos que le fueren solicitados y en general prestar toda colaboración que se le requiera para el mejor cumplimiento de los fines del Instituto.-

CAPITULO VIII - DISPOSICIONES TRANSITORIAS

ARTICULO 32º: El personal que se encontrare prestando servicios en la / CAJA MUTUAL PARA EL PERSONAL DE LA ADMINISTRACION PUBLICA deberá incorporarse al Instituto en las condiciones establecidas para los empleados públicos de la Provincia.-

ARTICULO 33º: Hasta tanto se dicten las reglamentaciones respectivas el Instituto continuará prestando los servicios; a la fecha de vigencia de

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

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

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

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

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

FAVRE

A N A X O 2
=====



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

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

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

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

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

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

Entre el Instituto de Obras Sociales de la Provincia de Entre Ríos, en // adelante el IOSPER representado por su Presidente Sr. ARMANDO FERRARI con // domicilio en Andrés Bózon N° 243 y el INSTITUTO DE PRESTACIONES DE SALUD DE ENTRE RÍOS en adelante el IPSER (constituido por ACLER, FEMER y COBER) representado por los Doctores JORGE CARLOS ANDICSONO, DR. ALFREDO EDUARDO ANCAROLA DR. ANGEL GUILLERMO VINCHITORIO domiciliado en E. CARLO N° 245
----- acuerdan en celebrar el presente instrumento sujeto a las

///



Instituto de Obras Sociales
de la Provincia de Entre Ríos

///

siguientes cláusulas:

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

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

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

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

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

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

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

///



///

el que se computará con capitalización anual.

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

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

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

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

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

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

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



Instituto de Obras Sociales
de la Provincia de Entre Ríos

ANEXO I

- 1°).- Déjase establecido el valor de la consulta médica ambulatoria en / los siguientes parámetros:
- a).- Para el profesional que acredite hasta diez años de antigüedad en / el ejercicio de su profesión el importe es de A 70.000 (AUSTRALES SETENTA MIL).-
 - b).- Para el profesional que acredite hasta veinte años de antigüedad // en el ejercicio de su profesión el importe es de A 80.000 (AUSTRALES OCHENTA MIL).-
 - c).- Para el profesional que acredite más de veinte años de antigüedad / en el ejercicio de su profesión el importe es de A. 90.000 (AUSTRALES NOVENTA MIL).-
- 2°).- Para las consultas domiciliarias se reconocerá un incremento del 30 % sobre cada uno de los importes preestablecidos en el apartado anterior.-
- 3°).- Para los honorarios de las siguientes prácticas: Electrocardiograma, Anatomía patológica, y Radiografía se fija un valor galeno de A 6.000 // (AUSTRALES SEIS MIL). Los gastos que involucren las prácticas detalladas mantendrán los valores actuales del Nomenclador Nacional y los que en el futuro la Comisión de Seguimiento al Sistema proponga a esos efectos.-
- 4°).- Toda otra práctica no específicamente detallada mantendrá los importes actuales y será materia de regulación por la Comisión de Seguimiento al / Sistema la que en treinta días expresará los valores que le correspondan.-
- 5°).- Déjase establecido la nominación de 4° categoría para aquellos profesionales médicos que no recibirán las órdenes de prestación del IOSPER, // siendo de modalidad el cobro al contado. Este servicio será reglamentado por FENER mantendrá un coste mínimo y no tiene reintegro por el IOSPER pero si se le habilita la prescripción médica e internación cuando corresponda.-
- 6°).- Forma parte e integra al presente Anexo I el catálogo, denominado: Nomenclador de Aranceles Globales para prestaciones médicas, que se adjunta / y que firmado por las partes es integrativo del mismo. La Comisión de Seguimiento al Sistema adecuará la aplicación del mismo, acorde a las necesidades

///