

**U.C.E.S.**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS  
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

---

**MAESTRIA EN  
ADMINISTRACION DE  
SALUD.**

**DIRECTOR:**

**DR. Jorge Daniel LEMUS**

**GRUPOS DE PRACTICA  
MEDICOS DE FAMILIA EN  
UN SISTEMA INTEGRADO  
DE SALUD**

---

**PROYECTO DE  
INVESTIGACION**

## **AUTORES:**

- Sonia Patricia FENOCCHIO
- Jorge Roberto VERDIER
- Roberto Claudio ACOSTA

**JULIO 2001**

# INDICE

- **CAPITULO I:  
DESCRIPCIÓN DEL  
SISTEMA**  
(Pág.1)
- **CAPITULO II: NORMAS  
DE ATENCION**  
(Pág.18)
- **CAPITULO III:  
ESTRUCTURA DE COSTOS  
DEL GRUPO DE PRÁCTICA**  
(Pág.28)

# SISTEMA INTEGRADO DE SALUD MEDICO DE FAMILIA

## Capítulo I Descripción del Sistema

### **1 PROGRAMA**

#### **1.1. Objetivos generales:**

Entre los principales objetivos a los que se pretende arribar, pueden destacarse las siguientes metas:

- Diagnóstico actual de la situación.
- Desarrollo del modelo prestacional.
- Solución de la ecuación económico-financiera.
- Programa de Garantía de Calidad.
- Ampliación de la Cobertura.

Se tenderá al objetivo general de lograr un mejor estado de salud y bienestar de los beneficiarios del Sistema, a partir de implementar una administración científica, moderna y racional, que permita una optimización de sus recursos la cual, a su vez, posibilite una extensión en la calidad y cantidad de la cobertura sanitaria y social.

#### **1.2. Descripción del programa:**

El programa de este sistema se compone de:

1- Diagnóstico de situación y definición de la problemática prestacional. Lo más importante es:

- Dificultad en la accesibilidad a las prestaciones.
- Falta de equidad en los servicios.
- Ineficiencia en el proceso administrativo.
- Ausencia de controles de auditoria.

2- Desarrollo de un modelo prestacional acorde a la satisfacción de la demanda del beneficiario – cliente, con principal énfasis en la prevención.

A través del conocimiento acabado del modelo prestacional propuesto los grupos de práctica rediseñarán su estrategia para afrontar el cambio competitivamente.

Las principales características del proyecto son la asistencia médica primaria resaltando la existencia y función del médico de familia y su estrecha interrelación con un sistema integrado de salud.

Un graduado flexible no es precisamente un especialista que en cuanto queda obsoleto su conocimiento requiere un largo proceso de reciclaje para volver a insertarse productivamente en la sociedad, sino uno capaz de pasar rápidamente de un campo al otro, de transferir competencias generales para enfrentar problemas nuevos, de ir acumulando experiencia y saber como acumularlas, sistematizarlas, socializarlas y aplicarlas.(\*)

Este fundamento en el concepto del médico de familia se basa en que éste entienda globalmente la problemática del paciente, evitando la superposición de opiniones y la sobreprestación de estudios y alta complejidad con alto índice de normalidad.

3.- Evaluación de la ecuación económico – financiera para el logro del punto anterior, mediante la elaboración de convenios más abarcativos y de fácil y rápido control.

Se tendrá en cuenta una nueva filosofía adoptada y tendiente a desarrollar una estructura ágil y moderna incorporándose programas de comercialización que contemplen los aspectos más destacados del grupo de práctica: estrategias, tácticas y metas.

4.- Elaboración del Programa de Garantía de Calidad del Sistema: Con la normatización de los procedimientos de auditoría y la obligación para los prestadores de su inclusión en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la atención médica.

Esto conllevará como objetivo prioritario del proyecto el concepto de máxima utilidad para el cliente.

5.- Plan de Inversión destinado al mejoramiento de la Calidad y al incremento de la cobertura. Desarrollo de un programa de informatización del Sistema que lo conecte On – Line, con los médicos de la familia y los principales establecimientos asistenciales.

Para una mejor comprensión del proyecto, el mismo se agrupa en las siguiente áreas:

- Área normativa y acreditación de prestadores.
- Área de organización de servicios médicos y sociales.
- Área de control post-alta y control de facturación; evaluación de servicios.
- Área de información en salud.
- Área de relaciones institucionales.
- Área de registro de beneficiarios.
- Área económico-financiera.

(\*) Las Nuevas Universidades a fines del Siglo XX – Prof. José Luis CORAGGIA

## **2 JUSTIFICACION**

### **2.1. Problemas que el programa resolverá.**

Descripción:

De acuerdo a la información recopilada se ha podido identificar un conjunto de problemas, algunos de los cuales han podido resolverse parcialmente y otros se arrastran de períodos anteriores sin una verdadera resolución. Los problemas que se detallan a continuación muestran una necesidad de cambio y son el principal fundamento de la organización que se propone:

- Falta de racionalidad en la organización de la atención médica con insatisfacción del usuario.
- Altos costos operativos.
- Ausencia de planificación y programación de actividades.
- Asignación de recursos ineficiente.

Particularizando la situación actual de las prestaciones puede expresarse, por ejemplo, que las prestaciones de las Obras Sociales están actualmente brindadas por corporaciones médicas o empresarias, con algunas escasas excepciones. El mapa prestacional es con ligeras variantes, el mismo que para el resto de los agentes financiadores que operan en el ámbito nacional.

Esto significa que, la diferencia entre calidad y costo de las prestaciones, estriba en la modalidad y condición contractual, capacidad de pago y efectivo ejercicio del poder de policía.

La primera y más importante crítica al modelo actual es, precisamente la escasez de auditoría, que deja en manos de los propios prestadores el control de las decisiones sobre el modelo, con lo cual dificulta el efectuar una correcta estimación presupuestaria, ya que el volumen del gasto depende exclusivamente de la voluntad de los prestadores para contenerlo.

Con respecto a los convenios:

- 1.- Los valores tienden a ser fijados sin un análisis previo de costo- beneficio.
- 2.- Se divorcian las prestaciones en un abanico de corporaciones desconectadas entre sí, lo cual encarece el resultado final y la accesibilidad del beneficiario a las prestaciones.
- 3.- No se poseen las tasas epidemiológicas estipuladas contractualmente.
- 4.- Hay sistemas capitados que llevan a la subprestación de los servicios, así como a la disminución de la calidad de atención.

El conjunto de estas dificultades genera riesgos evitables en el estado de la salud de la población, y situaciones de inequidad en el acceso a los cuidados médicos.

La Administración que se propone ofrece una solución integral ya que se parte de un acuerdo presupuestario en el que se contempla garantizar una cobertura amplia de servicios con un modelo de nivel de calidad preestablecido. La reducción de los gastos se ciará a partir de una revisión de los contratos y de sus respectivos precios.

Los controles se realizan ex ante, durante y ex post a fin de lograr los efectos esperados de reducir el gasto y mejorar la calidad de la atención.

## **2.2. Importancia del Programa o de la propuesta.**

La importancia de la propuesta puede medirse de acuerdo a la cantidad de variables vinculadas con la misma y el peso relativo de éstas más estrechamente vinculadas con la organización del sistema de cuidados de la salud:

### **-Estado de salud de la población:**

El estado de la salud de la población se encuentra favorecido por la concentración urbana ya que un buen nivel sanitario depende de la disponibilidad de servicios para la recuperación, protección, fomento y rehabilitación de la salud.

La vigencia del modelo asistencial propuesto también generará cambios deseables en el mercado de los servicios médicos ya que incorpora instrumentos eficientes para lograr una mayor racionalidad económica.

Por otra parte, será fundamental el protagonismo médico de familia dado que es común observar que el médico no comprende lo que quiere decir el paciente o no consigue transmitirle su propio mensaje. (\*)

Esto produce frustración en ambas con consecuencias como desmoralización, insatisfacción por parte del paciente, ineficacia de la terapia y, lo que es peor, denuncias en los tribunales.

La comunicación médico – paciente con lleva a un acuerdo general que cuanto más íntima sea la relación mejores serán los resultados.

El 80% de la demanda en salud es de baja complejidad y está demostrado que a este nivel se obtienen mejores resultados cuanto más personalizada sea la atención.

Esta atención debe ser continua, comprensiva, universal, coordinada y accesible.

## **2.3. Estrategia del programa** **Cambios que se desean promover.**

Los cambios que se desean promover impactan en las distintas áreas en las que se han identificado problemas, por lo tanto pueden agruparse los cambios que afecten a :

- La magnitud y estructura del gasto.
- La cobertura de servicios.
- La accesibilidad a las prestaciones.
- Los resultados en términos de estado de salud de la población asistida.

(\*) Medicina de Familia – MC WHINNEY - 1996



Los instrumentos seleccionados para concretar los cambios consisten en la sistematización de los controles de la cantidad y calidad de los servicios y de la organización general del sistema prestador. Se garantizará el acceso equitativo a las prestaciones necesarias al precio más adecuado.

En general, las mayores actividades que promoverán los cambios son las siguientes:

- Desarrollar un modelo prestacional, dado que el actualmente vigente no es homogéneo ni estructurado ni contempla las necesidades reales de la población, fundamentalmente entre referente a la atención primaria de la salud, ni en planes de promoción.
- Constitución de una comisión permanente para elaboración y control de un programa de garantía de calidad, imprescindible para la adecuación de las prestaciones y las transformaciones que se producen en el contexto del sector.
- Rediseño organizacional y procedimental con el objeto de alcanzar los más altos niveles de calidad, productividad y satisfacción del usuario.
- Implementación de cursos y programas de capacitación permanentes para la adecuación y reconversión del recurso humano, a los objetivos trazados.
- Informatización completa de la administración y del área estadística a fin de tener en tiempo real, información confiable, exacta, con tasa e índices de consumo, así como los indicadores epidemiológicos para la acertada toma de decisiones.

### **De que manera y con que tiempos**

Los objetivos explicitados como identificación de los cambios necesarios se lograrán a partir de un gerenciamiento consultivo y la implementación del modelo prestacional, que liderará todos los procedimientos administrativos generando los espacios para las tareas que deben incorporarse secuencialmente. Uno de los primeros aspectos a incorporar es la informatización a fin de procesar ágilmente la gran diversidad de datos que genera la prestación de servicios médicos.

Es importante aclarar que la información buscada no es meramente contable sino que será la base para la elaboración del perfil epidemiológico de la población. Para ello se ha previsto una capacitación al personal actual y sistemas de difusión a todos los usuarios del sistema asistencial, dotando a la organización de una capacidad de gestión flexible que permita responder en forma inmediata a los cambios que se produzcan por acciones del mercado, por el marco legal vigente o por el genio epidemiológico que informe el sistema.

### **Fundamentación de la opción**

La opción elegida presenta las siguientes ventajas.

- Se ofrece una respuesta integral a la problemática asistencial. Es esperable que esto permita participar, en el plazo más inmediato, de las modificaciones probables que generen los marcos vigentes de las Obras Sociales.

Dentro del esquema mencionado y para una mejor comprensión, se especifican los elementos salientes de los cambios o las reformas futuras de la Seguridad Social.

## REFORMAS

MAGNITUD DE LAS REFORMAS	CAUSAS QUE LA IMPULSA	ATENCION	INSTRUMENTOS	AREAS DE CONFLICTO
RADICAL Y ESTRUCTURAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Propios del sistema.</li> <li>▪ Reducción del Gasto Público.</li> <li>▪ Mejorar la calidad de los Servicios.</li> <li>▪ Alto consumo.</li> <li>▪ Inequidad.</li> <li>▪ Disconformidad del usuario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eficiencia en el uso de los recursos.</li> <li>▪ Accesibilidad de los Servicios.</li> <li>▪ Reducción del Costo.</li> <li>▪ Equidad en el financiamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mecanismo de mercado competitivo.</li> <li>▪ Focalización del gasto público.</li> <li>▪ Descentralización de la Gestión (outsourcing).</li> <li>▪ Ampliar la capacidad de elección.</li> <li>▪ Cambio en el modelo prestacional.</li> <li>▪ Distribución de fondos según ajuste a indicadores epidemiológicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfrentamientos de grupos de interés.</li> <li>▪ Presión de cada fuerza política.</li> <li>▪ Falta de capacidad de empresas públicas para ser eficientes.</li> <li>▪ Falta de una economía de escala. (*)</li> </ul>

### 3.- DENOMINACION

Según el título profesional, existe la especialidad reconocida de Médico de Familia, el ambiente geográfico de actuación, o las características propias de su tarea.

### 4.- MECANISMO DE SELECCION

Serán requisitos indispensables para el ingreso a la Selección de Médico de Familia, la certificación de ser Profesional Médico con 10 (diez) o más años de ejercicio de actividad profesional, y habilitación en la localidad para donde es seleccionado.

Título reconocido de Especialista en Medicina Familiar, y/o Medicina General, y/o de Especialista en Clínica Médica. En este último caso, con post-grado acreditado en medicina familiar y/o medicina general.

(\*) Escuela de Administración de Empresas de Harvard – M.PORTER -1995

Poseer consultorio habilitado con 5 (cinco) o más años de actividad en la especialidad, con no menos de 15 horas semanales mínimas de atención distribuidas en tres días. Se aceptará la alternativa de consultorio propio o compartido y se dará prioridad al instalado en el domicilio particular. Residencia establecida en la misma localidad del consultorio. Movilidad propia. Teléfono y/o medio de comunicación similar en el consultorio y el domicilio particular.

De preferencia se seleccionará entre aquellos profesionales que ejercen su actividad Hospitalaria regional, vecinos de la localidad y con amplia trayectoria en atención ambulatoria.

Incompatibilidades: Ser titular de cargo o rentado full time en establecimientos públicos o privados.

## **5.- OBLIGACIONES Y FUNCIONES**

La función básica del Médico de familia, estará centrada en brindar asesoramiento y atención médica primaria e integral a los pacientes y los grupos familiares de una Población definida, en un área geográfica determinada, tanto en su consultorio particular como en el domicilio del paciente cuando así lo justifique.

Será el eje del sistema para la red de atención médica ambulatoria, coordinando la internación institucional y/o domiciliaria.

Será el responsable de contener la demanda de atención médica de su población asignada en todos los niveles, conduciendo la actitud de pacientes y familiares frente a la agresión patológica, racionalizando los recursos de la internación y/o de la utilización de la red institucional para una indicación oportuna adecuada.

El médico de Familia buscará obtener una rápida resociabilización del enfermo internado y evitará su ingreso a los circuitos institucionales.

Coordinará los programas o subprogramas de promoción, prevención, curación y rehabilitación del sistema, participará de las reuniones periódicas evaluativas cada uno, centralizará la información y analizará con el Equipo de Salud los cambios o adecuaciones necesarias. Coordinará además el programa de internación domiciliaria y de urgencia y emergencias médicas. El Médico de Familia será quien disponga la asistencia domiciliaria integral de su Población.

Para la coordinación de las urgencias médicas, podrá ser requerido directamente por los Beneficiarios o por los servicios de emergencia a cualquier hora del día y/o de la noche.

Efectuará las autorizaciones previas de las prestaciones que así lo requieran facilitando las tareas de auditoría médica, según las normas establecidas al respecto.

Coordinará la derivación y/o interconsultas de los pacientes hacia los profesionales especialistas según su criterio científico o por solicitud de otros especialistas, completando los formularios y adecuándose a las normativas específicas del Sistema.

Será responsable de la centralización informativa mediante el llenado dinámico de la Historia Clínica única por paciente.

Evaluará la asistencia médica durante la internación (institucional y/o domiciliaria), efectuando las visitas que sean necesarias en terreno y dispondrá los traslados o prórrogas que considere indispensables.

Asistirá a los cursos de capacitación de cada programa, y a las reuniones de información y evaluativas dispuestas por la Oficina Central del Sistema.

Comunicará con la debida antelación su imposibilidad de cumplir los servicios comprometidos.

Será el responsable de organizar y coordinar las reuniones del Equipo de Salud, destinadas a la evaluación de casos particulares y/o la marcha de los distintos programas. Deberá establecer días y horarios de reunión, su periodicidad y el temario de cada una.

Informará a la Oficina Central del Sistema, de la eventual "baja" de un asociado inscripto en su cupo, en el supuesto que tome conocimiento del hecho así como de cualquier otra información que considere útil.

Deberá llevar controles estadísticos y producir los informes respectivos.

## **6.- CUPOS DE POBLACION**

El Médico de Familia tendrá asignado un cupo de población de hasta 1200 personas, distribuidos en la localidad y sus zonas de influencia, constituido por el beneficiario titular y su grupo familiar a cargo. El número de personas asignadas a cada profesional, se ajustará particularmente con relación a la disponibilidad y situación geográfica. La población asignada no tendrá limitaciones etáreas, carencias ni preexistencias de ninguna naturaleza.

## **7.- CAPITA BASICA - REGIMEN DE INCENTIVOS - REGIMEN DE EVALUACION**

La contraprestación económica por los servicios comprometidos por el profesional se basará en el sistema capitado, en un todo de acuerdo a lo estipulado en el respectivo contrato. La cápita pactada contractualmente podrá sufrir eventuales incrementos transitorios o permanentes, al sólo criterio de la financiadora, sobre la base de un régimen especial de incentivos cuyos indicadores estarán vinculados a la evaluación del profesional, el cumplimiento de funciones propias: curativas, preventivas, docentes y administrativas y los recursos de estructura y equipamiento (computadora personal, telefonía celular, etc.); la satisfacción del usuario y el tipo y edad de la población asignada.

Al ingresar al sistema, el Médico de Familia se incorpora automáticamente, al régimen de evaluación profesional. El mismo se ha previsto como mecanismo de control de calidad del Sistema.

A través de la evaluación periódica del proceso y resultados de la atención médica, el Sistema dispondrá de “premios” destinados a los profesionales que aseguren la mejor calidad de atención a su grupo poblacional. El régimen de evaluación se vinculará con un sistema especial de incentivos de carácter pecuniario. La evaluación será trimestral y desde el Sector de Auditoría Médica de la Oficina Central del Sistema (O.C.S.) y estará conformada por la determinación actualizada de los recursos físicos: (consultorio, ubicación, accesibilidad, estado de conservación, higiene y mantenimiento en general, climatización, iluminación natural y artificial, equipamiento básico, actualización y funcionamiento, archivos, registros y equipamiento complementario, computadora personal, sistemas de comunicación, telefonía celular, disponibilidad horaria de atención, documentación, accesibilidad, cantidad y calidad de los registros, etc.); la determinación del recurso humano (capacitación, grado de capacitación alcanzado, títulos obtenidos, cursos realizados. Dedicación, disponibilidad horaria, informes a la Oficina Central del Sistema, coordinación de los programas de educación sanitaria de su población y finalmente la determinación del funcionamiento (satisfacción del usuario, demoras en los turnos, cumplimientos de programas de accesibilidad a la prestación, resultados estadísticos, mortalidad y morbilidad, promedio de días de estada, cantidad de internaciones y re-internaciones, tasas de uso más frecuentes).

Los incentivos resultantes de la evaluación consistirán en incrementos en la cápita pactada por contrato y cursos o congresos gratuitos de capacitación (premios).

Los cursos no solamente serán de medicina general integral sino también para complementar conocimientos del profesional en otras áreas afines: estadística, idiomas, auditoría médica, farmacología, antropología, bioética, responsabilidad profesional, etc.

## **8.- PROGRAMAS DE ATENCION PRIMARIA**

Se desarrollarán programas específicos, de acuerdo a los distintos grupos de riesgo y de aquellos que surjan del programa de vigilancia epidemiológica. El objetivo de este tipo de programas no es otro que el de prevenir y detectar patologías en forma temprana con el fin de asegurar y prolongar la calidad de vida.

La calidad no cuesta, lo que cuesta es la discalididad.

Lograr la calidad y efectividad del sistema puede implicar una inversión inicial pero que en el mediano plazo se observaría una disminución global del costo de la atención médica permitiendo la reasignación de los márgenes resultantes. Esta inversión inicial implica los recursos para prevención, promoción de la salud y actualización tecnológica adecuada, con el compromiso de optimizar los recursos a través de un manejo de calidad – costo efectivo. (\*)

(\*) Primer Taller sobre reconversión Prestacional – FEMEBA – 1997  
Mesa 6 – Médico de Familia en un Sistema de libre elección.

Se entenderá por atención primaria no un concepto de orden sino un criterio de estrategia.

## **8.1.- PROGRAMA MATERNO**

Comprende la cobertura del embarazo a partir del momento de su diagnóstico y hasta el primer mes posterior al alumbramiento. Incluye:

- Consultas en todas las especialidades
- Estudios relacionados con el embarazo y el parto ( exámenes de laboratorio, ecografías obstétricas, monitoreo fetal, etc.)
- Curso de parto sin temor.
- Psicoprofilaxis del parto.
- Internación para el parto o cesárea.
- Medicamentos y material descartarle

La propuesta normativa sobre ‘atención de embarazo normal, parto de bajo riesgo y atención inmediata del recién nacido” intenta responder a la necesidad expresada por los servicios de todo el país de unificar y actualizar las pautas de atención perinatal, período donde se concentran las más altas tasas de mortalidad, mediante normas de atención de baja complejidad, sustentadas por probados conocimientos científicos que reflejen los modernos avances tecnológicos y se adapten a las distintas realidades locales y regionales.

## **8.2.- PROGRAMA INFANTIL**

Comprende la atención del recién nacido hasta su primer año de vida.

Incluye:

- La realización perinatólogica para la detección de fenilcetonuria de enfermedad fibroquística, y de hipotiroidismo del recién nacido.
- Consultas de seguimiento en todas las especialidades.
- Inmunizaciones del período.
- Internaciones clínicas o quirúrgicas que fueran necesarias.
- Medicamentos y materiales descartables.

Con el objeto de propender a un plan de lactancia materna se sugiere la cobertura de la leche medicamentosa hasta 4 Kg por mes, durante los seis primeros meses, justificado con resumen de Historia Clínica, donde quede claramente manifestado las causales,

tanto maternas como del recién nacido, que impidan el cumplimiento de la lactancia materna.

### **8.3.- PROGRAMA DE ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS**

Propende hacia la prevención de cánceres femeninos, de mama y cuello uterino fundamentalmente, así como la prevención de cánceres masculinos, como ser el de próstata. Incluye el diagnóstico y tratamiento de todas las afecciones malignas tanto ambulatorias como en internación.

La medicación oncológica se cubrirá según Vademecum de medicamentos aprobados por Protocolos Nacionales, no reconociéndose medicaciones incluidas en Protocolos en períodos experimentales ni en períodos de prueba.

Quedan excluidas todo tipo de terapias alternativas.

### **9.- OFICINA CENTRAL DEL SISTEMA**

La Oficina Central del Sistema (O.C.S.) centraliza técnica y administrativamente el funcionamiento de todo el sistema.

El Médico de Familia coordinará su actividad profesional con la O.C.S. de la que recibirá las normas de auditoría médica general para la autorización previa de las prestaciones, la provisión de medicamentos, y la auditoría en terreno.

Hacia la O.C.S. el Médico de familia dirigirá las inquietudes y propuestas que se presenten como consecuencia de su tarea específica y por la coordinación de los programas del Sistema.

Estructuralmente se organizará con una Dirección General y dos sectores diferenciados; Auditoría Médica y Administración.

La Dirección General, tendrá a su cargo supervisar la descentralización ejecutiva de todo el sistema. Coordinará con los sectores de Auditoría Médica y Administración, las funciones de:

- Contratación de los prestadores, forma de pago y facturación.
- Elaboración de Normas y procedimientos generales y particulares.
- Control de calidad de los servicios y prestadores.
- Organización, administración y evaluación de la marcha de los programas.
- Planificación general del sistema.
- Elaboración y análisis estadístico.
- Elaboración y análisis de costos.

## **10.- UNIDADES INTEGRALES DE ATENCION**

El Médico de Familia conformará, junto a especialistas y servicios bajo su responsabilidad, un equipo multidisciplinario de atención.

El equipo de Salud y la población asignada a ese Médico de Familia, constituirán las denominadas Unidades Integradas de Atención (U.I.A.).

Las U.I.A. se distribuirán en principio por región geográfica, y dependerán estructuralmente de la O.C.S.

Se conformarán tantas U.I.A. como Médicos de Familia sean requeridos por el Sistema, una Unidad por cada 8.400 personas de población.

El sistema contempla la figura de un Médico Modelador por cada número determinado de médicos de familia que será el nexo entre la gerencia de prestaciones médicas de la empresa y los médicos de familia, a los cuales les informará los resultados obtenidos en cuanto a evaluaciones económicas de costo – beneficio, indicadores epidemiológicos, cumplimiento de metas y la observación de sus desvíos estándares.

También tendrá que participar en la capacitación y actualización de patologías prevalentes, desarrolladas según un cronograma previo, con la participación de sociedades científicas.

## **11. DERIVACION A INTERCONSULTAS ESPECIALIZADAS**

**11.1** El Médico de Familia es el único profesional del sistema autorizado a efectuar derivaciones para interconsultas especializadas (de médicos / as, de psicólogos / as, kinesiólogos / as, fonoaudiólogos/as, terapeutas ocupacionales o asistentes sociales) ya sea por propia iniciativa o por sugerencia de otro especialista.

**11.2** El ingreso del paciente a los programas no podrá efectuarse en forma directa por el especialista. Únicamente será aceptada tal eventualidad ante la urgencia o emergencia médica / psicológica. En ese caso, el profesional o servicio que recibe al paciente lo informará a la brevedad al Médico de Familia.

**11.3** Toda derivación será acompañada del Formulario correspondiente, el que deberá complementarse en todos sus ítems.

**11.4** La comunicación entre el Médico de Familia y el Especialista será dinámica y por el medio que se considere más conveniente ante la urgencia o emergencia médica, independientemente de la comunicación habitual por el Formulario correspondiente.

## **12. DEL ESPECIALISTA**

**12.1** Efectuará la atención que corresponda acorde a su especialidad a los pacientes del Sistema identificados como tales, y únicamente cuando los mismos sean derivados por el Médico de Familia, o excepcionalmente ante la urgencia o



- emergencia médica / psicológica. En este último caso podrá admitir al paciente en los programas, informando al Médico de Familia.
- 12.2** Completará el Formulario de derivación en todos sus ítems, remitiendo nuevamente al paciente a su Médico de Familia de referencia, para registro de la información y autorización previa de las prestaciones que correspondieran.
- 12.3** En caso de solicitar prestaciones o Internación de urgencia, dispondrá la misma comunicando la situación a la brevedad (dentro de las 24 Hs.) al Médico de Familia por el medio que considere más oportuno, para registro de la información y la correspondiente autorización previa. La prioridad del sistema es el paciente, y si la circunstancia lo aconseja, se deberá prescindir de cualquier barrera burocrática.
- 12.4** En caso de solicitud de prestaciones de Alta Complejidad, deberá completar el Formulario respectivo y remitirlo con el paciente al Médico de Familia para el registro de la información y autorización previa.
- 12.5** Los servicios de Emergencias Médicas se encuentran incluidos entre los especialistas que podrán ser requeridos -en forma excepcional- por otro especialista. En esa circunstancia la información al Médico de Familia será inmediata o con la mayor brevedad posible y podrá prescindir del formulario de derivación.

### **13. MEDICAMENTOS - NORMAS DE PRESCRIPCION Y AUTORIZACION PREVIA.**

En nuestro país, los medicamentos insumen un importante porcentaje del gesto total en salud, que constituye un impacto económico de proporciones sobre la población enferma y que reconoce dos causas: por un lado un mercado distorsionado por un exceso de drogas, muchas de ellas sin una acción terapéutica comprobada. Y por otro lado, médicos que prescriben sin sólidos conocimientos farmacológicos, bajo la influencia de una propaganda inteligentemente dirigida. (\*)

#### **13.1 Vademecum**

Las especialidades medicinales reconocidas por el Sistema, serán las comprendidas en el Formulario terapéutico. Los citostáticos, las drogas antihemofílicas y aquellas incluidas en el listado de drogas normalizadas, tienen un régimen especial para su prescripción y provisión. No se podrán prescribir: Fórmulas Magistrales o galénicas, anovulatorios, anorexígenos, antisépticos de superficie, jabones medicinales, lociones capilares o dérmicas, champúes, sustancias radiopacas o reactivos, medicamentos de venta libre, artículos de tocador y/o cosmética, material descartable, hierbas medicinales, leches maternizadas o enteras y fórmulas homeopáticas.

Formularios Receta: Los Formularios Recetas serán entregados a los Profesionales que así lo requieran, registrándose su numeración. Deberán utilizarse en forma ordenada respetando el número correlativo y únicamente un talonario por vez. Terminados los blocks y en oportunidad de retirar los nuevos, se entregarán los talones ya utilizados.

(\*) Referencia Terap+eutica – COMRA – 1988.

Cada beneficiario titular o persona autorizadas que lo represente, podrá obtener los Formularios a través de su Médico de Familia o retirarles de la Oficina autorizada más cercana a su domicilio.

## **13.2 Prescripción**

**13.2.1** Toda medicación prescrita por profesionales del sistema, deberá efectuarse en los Recetarios formulario, a excepción de los alcaloides y psicofármacos comprendidos en las Leyes 19303/71 y 19678/72, los que se indicarán en los recetarlos oficiales correspondientes.

**13.2.2** El profesional completará los siguiente ítems: fecha de emisión, apellidos y nombres y número de beneficios, edad, sexo y categoría (parentesco), número de matrícula profesional, firma y sello.

**13.2.3** La cantidad máxima de productos por receta será de dos (2).  
La cantidad máxima de envases por receta será de tres (3). Se exceptúan los antibióticos inyectables de presentación individual, que podrán prescribese como máximo cuatro (4) envases.

**13.2.4** El médico indicará el diagnóstico principal y/o el secundario, más síntomas y signos de acuerdo al listado de patologías codificadas.

**13.2.5** Toda enmienda o raspado deberá ser salvado.

**13.2.6** La prescripción de medicamentos por parte del especialista se efectuará en los Recetarios formularios, según las normas de los mismos. La medicación recetada deberá ajustarse a la incluida en el Formulario Terapéutico del Sistema y será visada y suscripta por el médico de familia, salvo en casos de urgencia.

## **13.3 Medicación Oncológica:**

El programa contempla su provisión directa.

Para se deberá remitir diagnóstico, Historia Clínica, receta original y protocolo terapéutico completo, así como duración para la que se solicita la prescripción.

## **13.4 Medicación normalizada:**

El programa contempla la provisión de esta medicación de alto costo. La misma se encuentra normalizada.

Son drogas normalizadas los inmunosupresores, eritropoyetina, interferón, inmunoestimuladores, calcitriol, acetilcarnitina, antihemofílicos, somatotropina y medicación anti H.I.V. Para su provisión remitir diagnóstico e historia clínica, receta original y protocolo.

## **14. CIRCUITO DE ATENCION MEDICA**

### **14.1 Inscripción:**

Los usuarios se inscriben en el padrón de un Médico de Familia para una determinada localidad. Se involucra a todo el grupo familiar.

### **14.2 Cambio de Médico de Familia:**

Se podrá cambiar de Médico de Familia cada seis meses durante el primer año. A posteriori el cambio será anual (marzo y noviembre de cada año). Son excepciones los cambios de domicilio del usuario y/o del médico o una denuncia comprobada en contra del profesional.

### **14.3 Consulta ambulatoria:**

El beneficiario puede solicitarla a su Médico de Familia.

### **14.4 Registro en Planilla:**

En cada consulta el médico registrará en una planilla la atención del paciente para ser remitida a la oficina central. Además registrará lo que corresponda en la Historia Clínica Única, requisito indispensable para permanecer en el Sistema.

### **14.5 Visita domiciliaria:**

Se efectuará cuando la patología de los pacientes así lo justifiquen en horario entre las 8 y las 20 Hs.

### **14.6 Emergencia Médica:**

Estará a cargo de servicios específicos convenidos, anunciados en la cartilla de servicios y requeridos por teléfono u otros medios. El Médico de Familia deberá ser informado dentro de las 24 Hs. de realizada.

### **14.7 Interconsulta:**

Cuando el Médico de Familia la considere necesaria confeccionará un formulario que entregará al paciente el cual podrá concurrir al especialista a su elección dentro del listado.

En consultas no urgentes el especialista podrá citar al paciente dentro de las 72 Hs. hábiles posteriores a la recepción del pedido.

El especialista no admitirá la autoderivación del paciente, salvo casos de urgencia médica, y siempre se requerirá la consulta previa y derivación del Médico de Familia.

### **14.8 Servicios de diagnóstico y tratamiento:**

El usuario puede elegir libremente los prestadores incluidos en la cartilla de servicios. Concurrirá con su credencial y la orden de práctica suscripta por el Médico de Familia o por el especialista.

### **14.9 Internación:**

El usuario puede elegir libremente entre las instituciones incluidas en el listado de prestadores de su unida de atención. La orden de internación deberá ser confeccionada por el Médico de Familia o por el especialista en caso de urgencia.

En este último caso el Médico de Familia deberá ser informado dentro de las 24 Hs. para la correspondiente autorización.

En la internación programada el responsable es el Médico de Familia aún cuando hubiera mediado una interconsulta especializada.

El Médico de Familia autoriza la internación y las prórrogas.

#### **14.10 Medicamentos:**

Se usarán los formularios-receta previstos en 13.I., para prescribir medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico.

Para medicación oncológica y de uso normalizado por listado específico habrá otro tipo de formulario especial, en poder del Médico de Familia.

#### **14.11 Programa de Asistencia Domiciliaria Integral (PADI):**

Tiene dos formas de presentación:

##### **14.11.1 Extensión sanatorial:**

Es un régimen de atención domiciliaria integral sistemática y multidisciplinaria para pacientes con patologías clínicas y quirúrgicas que puedan acortar su internación institucional mejorando la calidad de las prestaciones recibidas hasta el alta médica. La responsabilidad de la atención est. dada por profesionales pertenecientes a la Institución que externó al paciente.

El médico de familia debe estar permanentemente informado y mantiene su rol.

##### **14.11.2 Internación domiciliaria:**

Es similar a la anterior pero aplicable a pacientes portadores de patologías clínico-quirúrgicas subagudas o crónicas que requieran cuidados básicos de la internación y que puedan prolongar la misma en su domicilio habitual, mejorando la calidad de las prestaciones recibidas.

##### **14.11.3 Concepto:**

La Asistencia Domiciliaria Integral es una nueva alternativa de atención médica que mejora la calidad de la prestación, disminuye costos, disminuye tasas de internación y promedio días de estada y la realización rutinaria de prácticas muchas veces innecesarias.

Requiere una concepción distinta de la prestación institucional, conformando un equipo de salud multidisciplinario, entrenado especialmente y que estará además en condiciones de evaluar situaciones ambientales, familiares, factores de riesgo, contención al paciente y a su familia todo lo cual girará teniendo como apoyo la intervención de un coordinador médico que flexibilice el régimen de extensión-internación domiciliaria.

Sus módulos incluirán visitas médicas; visitas de enfermería; fisio-kinesiología; entrevistas psicológicas; oxigenoterapia; control de traqueostomías; control de asistencia respiratoria; laboratorio según requerimiento; radiología según requerimiento; material descartable y medicamentos.

## 15. SINTESIS

La base fundamental de este nivel la constituirá el médico de familia el cual deberá cumplir con determinados criterios, como ser un perfil aptitudinal, contar con la capacidad y condición de guiar al paciente dentro de un programa ordenado y coordinado siendo su figura esencial para el acceso al sistema.

La selección de los mismos se efectuará a través de dos procesos. El primero: análisis y selección por Curriculum Vitae, antecedentes profesionales y prestacionales. El segundo: entrevista personalizada en la cual participarán médicos de la empresa, y de las colegiaturas. Cabe destacar que la figura del médico de familia no sólo contempla a la población adulta, sino que también se utilizará el mismo concepto para la población infantil, de tal forma que se realizará la selección de pediatras siguiendo idéntica metodología.

El médico de familia será responsable de llevar la Historia Clínica

Única del paciente y de las derivaciones a los distintos niveles comprendiendo su actividad a los siguientes servicios complementarios:

- Laboratorio de análisis clínicos.
- Centro de diagnóstico por imágenes.
- Interconsultas en todas las especialidades que se encontrarán incluidas dentro de este primer nivel de atención.

Asimismo se hará responsable de la medicación prescrita a los pacientes, según Vademecum de medicamentos autorizados.

El afiliado ejercerá su derecho de libre elección dentro del listado de profesionales previamente seleccionados pudiendo cambiar de médico de familia una vez por año.

Dicho de otra manera: el Médico de Familia será el responsable de contener las necesidades de salud de un grupo poblacional determinado, conformando un equipo de servicios multidisciplinario que asegure continuidad en la atención con una relación médico-paciente-familia terapéuticamente útil. A través de una tarea educativa y basado en programas específicos de promoción y prevención, disminuirá los factores de riesgo de enfermedad con procedimientos precoces y más efectivos.

Mediante la racionalización de los servicios especializados y de la internación, acortará los tiempos diagnósticos y terapéuticos, evitará exámenes y prácticas innecesarias y facilitará la rehabilitación y reinserción familiar y social.

Mejorando la calidad de la prestación médica, disminuirá sus costos.

## Capítulo II

### Normas de Atención

Pese a que el control y la evaluación fueron mencionados al tratar en la descripción del sistema, se prefirió por razones operativas incluirlas en un capítulo aparte, dado que son instrumentos esenciales para el control en el área de salud, la descripción de la construcción de una norma o de un manual de procedimientos.

Un grupo de práctica es una estructura, organización o conjunto de personas que interactúan el tiempo suficiente como para llegar a compartir normas y elaborar expectativas mutuas de conductas y poseer un sentimiento grupal que se presenta dinámicamente como un proceso en continuo movimiento.(1)

En la actualidad existe un notorio avance de los métodos basados en la opinión de los expertos profesionales. Estos métodos denominados de consenso responden al interés creciente en desarrollar la participación de los profesionales y auxiliares de la salud en la multitud de los procesos que se dan en la vertiente asistencial, como en la de gestión, buscando de esta forma la convergencia de ideas. (2)

Esta técnica en el sector sanitario ha demostrado ser de gran utilidad como soporte para establecer protocolos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Es un buen método para ganar ideas y previsiones.

Con frecuencia las personas confunden las normas con las políticas o los procedimientos.

El resultado de esta confusión conlleva que las personas no tienen la capacidad de discernir entre usar su propio criterio o no y esto resulta peligroso.

Es por eso que en esta parte del trabajo se desarrolla el pensamiento lógico de la conformación de una norma.

Toda norma no est. Exenta de argumento y la argumentación se define desde el punto de vista lógico “como oración que significa el seguirse algo a partir de algo otro”. (3)

(1) **BERSTEIN Pascual Horacio – 1997**

(2) **BERENQUER Joan – Gestión de Hospitales: Cuervo, Varela, Belenes – 1994**

(3) **CASABUBON Juan Alfredo - 1992**

## **1.- NORMALIZACION DE LOS PROGRAMAS:**

Contar con normas actualizadas, adecuadas y posibles en todos los niveles, acompañadas por instrumentos que permitan una evaluación sencilla de resultados, posibilitará la programación de actividades y la organización de los recursos.

Se entiende que tener una propuesta normativa nacional deberá inducir en los efectores provinciales, así como en los niveles de conducción locales, aún privados, la necesidad de adecuarla a su realidad, formulando en base a la misma, las Normas Locales de Atención.

A esos efectos se estima necesario comenzar esta propuesta explicitando el proceso de normalización.

Toda norma debe responder al principio de que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que para algunos dicha probabilidad es mayor que para otros.

Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidado que va desde un mínimo para los individuos de bajo riesgo o baja probabilidad de presentar ese daño, hasta un máximo de necesidades para aquellos con alta probabilidad de sufrirlo.

La identificación de individuos de alto y bajo riesgo requiere que el equipo de salud disponga de un instrumento discriminador.

Las necesidades de salud del grupo de bajo riesgo se resuelven en general con procedimientos simples (primer nivel de atención). El alto riesgo requiere generalmente técnicas más especializadas que pueden a veces ser resueltas en el primer nivel de atención pero que en la mayoría de los casos necesitan ser referidas a un segundo o tercer nivel si el problema requiere técnicas, equipamiento y personal altamente especializado.

Por ello por ejemplo, las normas de atención del embarazo y parto de bajo riesgo diferirán de las elaboradas para el alto riesgo. No obstante ello, la elaboración e interpretación de dichas normas deberán seguir un proceso común de etapas pautadas para el cumplimiento de esta actividad.

## **2.- PROCESO DE NORMALIZACION**

Siguiendo con el ejemplo de las normas para el cuidado de la salud materno infantil y el bienestar familiar, son indispensables para la programación de actividades de todos los niveles de servicios así como para organizar los recursos un conjunto de pautas que deben incorporar los avances tecnológicos, adecuarlos a la realidad local pero no perder de vista que la patología materno infantil puede prevenirse y atenderse, en general, con tecnología elemental.

Las normas son un conjunto de pautas explícitas que reglan las actividades del equipo de salud, el cual debe participar activamente en su elaboración y adaptación.

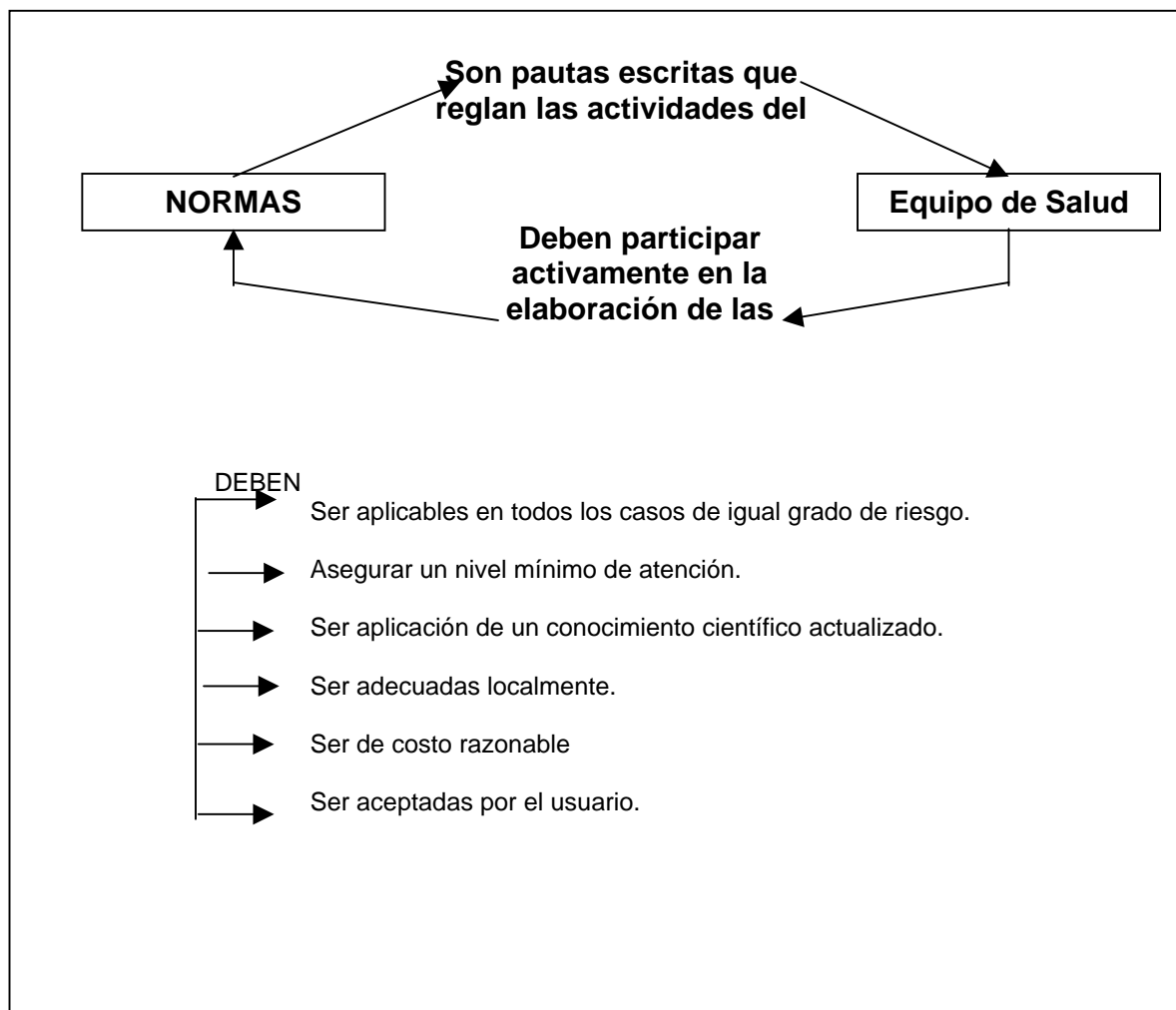
Deben ser aplicables en todos los casos de igual riesgo, asegurar un nivel mínimo de atención y ser el resultado de la aplicación de un conocimiento científico actualizado, para poseer así respetabilidad.

Pero sobre todo deben ser factibles, o sea ser adecuadas localmente, tener un costo razonable y ser aceptadas por el usuario (figura 1).

Toda norma deberá tener respuestas claras para cada uno de los interrogantes que se formulen (figura 2).

Siguiendo con idéntico ejemplo, las normas de atención materna infantil deberán diferir según el grado de riesgo de la población hacia la que van dirigidas. Por ejemplo, el control prenatal de una embarazada de bajo riesgo será distinto del de una de alto riesgo en objetivos, contenidos, número de consultas, etc. (figura 3).

**FIGURA 1: Característica de las normas.**





**FIGURA 2: Preguntas a formularse toda vez que se normatiza.**

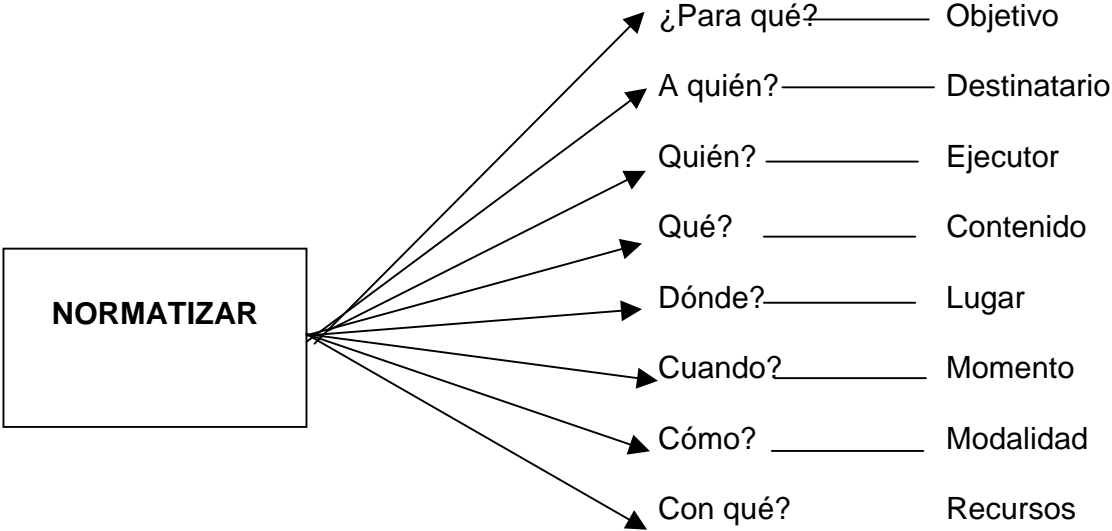
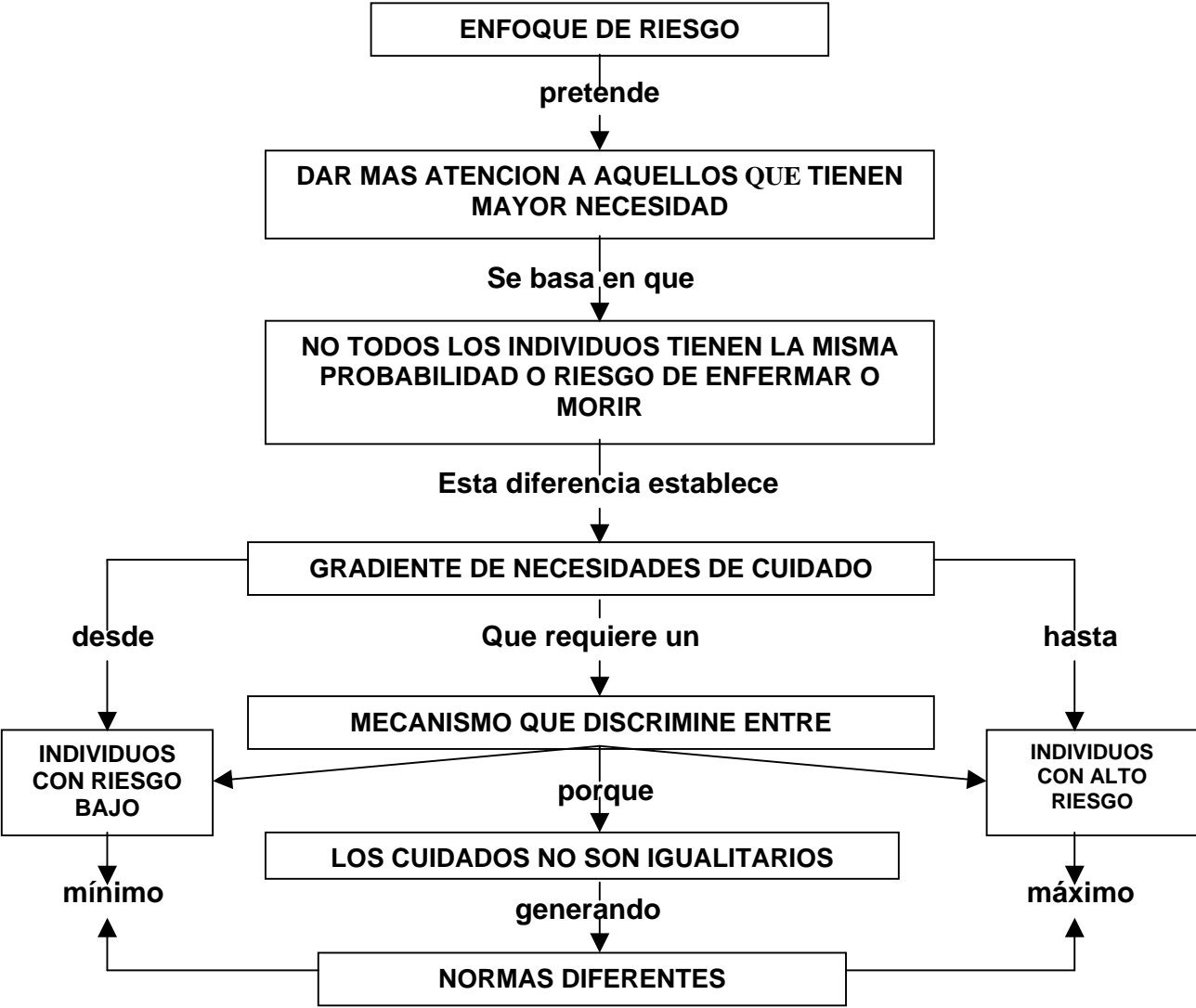


FIGURA 3: Normatización según enfoque de riesgo



## **3.- ETAPAS DE LA NORMATIZACION**

### **3.1.- Primera Etapa**

#### **3.1.1 Elaboración del Documento preliminar**

Se deberá formar un “grupo de trabajo” que redacte el documento preliminar. Para ese fin se dividirá el trabajo por áreas temáticas, analizando guías normativas anteriores o propuestas a introducir, con las consultas que se estime necesarias. El grupo dispondrá de un plazo determinado para esta tarea.

#### **3.1.2 Constitución del Grupo de trabajo**

Lo forman miembros de las distintas disciplinas, preferiblemente especialistas, con responsabilidad directa en la atención y que posean docencia de post grado y capacidad de consultores para los temas específicos.

#### **3.1.3 Pasos en la elaboración del documento preliminar**

Se elaborará un documento que discrimine el alto y bajo riesgo, con objetivos específicos para cada tipo de riesgo, con una modalidad operativa consistente en seleccionar actividades, elegir tecnologías, distribuir contenidos, fijar criterios de referencia, así como elaborar sistemas de información, crear esquemas escalonados de decisiones, tener criterios para la evaluación de la norma y determinar características de los recursos físicos necesarios para cumplir las actividades.

#### **3.1.4 Revisión del Documento Preliminar**

Estará a cargo de un grupo de expertos que harán las observaciones que crean pertinentes.

Los temas que sean motivo de debate y sobre los que no haya acuerdo final deberán ser consultados con entidades científicas o con otras entidades que posean este tipo de normas.

#### **3.1.5 Prueba Piloto**

Debe hacerse una implantación supervisada en un área de experimentación a fin de evaluar la factibilidad de la norma y realizar las modificaciones que se crean necesarias.

#### **3.1.6 Impresión**

Con la revisión del documento y los resultados de la prueba piloto se hará la redacción final de la norma y la impresión del documento, con el aval correspondiente.

## **3.2.- Segunda Etapa**

### **3.2.1 Implementación de la Norma**

Es esta la etapa más difícil y lenta del proceso porque requiere el compromiso de toda la estructura del sistema de salud para su aplicación. Supone además cumplir una serie de pasos: difusión, adiestramiento, adecuación, supervisión, evaluación y por último si es necesario, nueva actualización.

#### **3.2.2.-Difusión**

Esto supone no sólo entregar la norma a los miembros del equipo de salud sino realizar talleres o reuniones grupales efectuados en las áreas de acción para analizarla.

#### **3.2.3.-Adiestramiento**

Tendiente a garantizar el buen cumplimiento de la norma, debe asegurar que el personal de los servicios las utilice como material de aprendizaje y se habitúe a ellas.

#### **3.2.4.-Adecuación**

La adecuación local de la norma a la realidad de los recursos existentes exige la discusión con los niveles locales acerca de las dificultades técnicas de implementación.

#### **3.2.5.- Supervisión**

La supervisión del grado de cumplimiento de la norma es responsabilidad de los niveles de ejecución con quienes podrá colaborar la unidad normativa central. Deberá tener un contenido docente, a fin de contribuir a capacitar al personal y a evaluar los recursos necesarios para su cumplimiento. Esto requiere además un sistema de información adecuada.

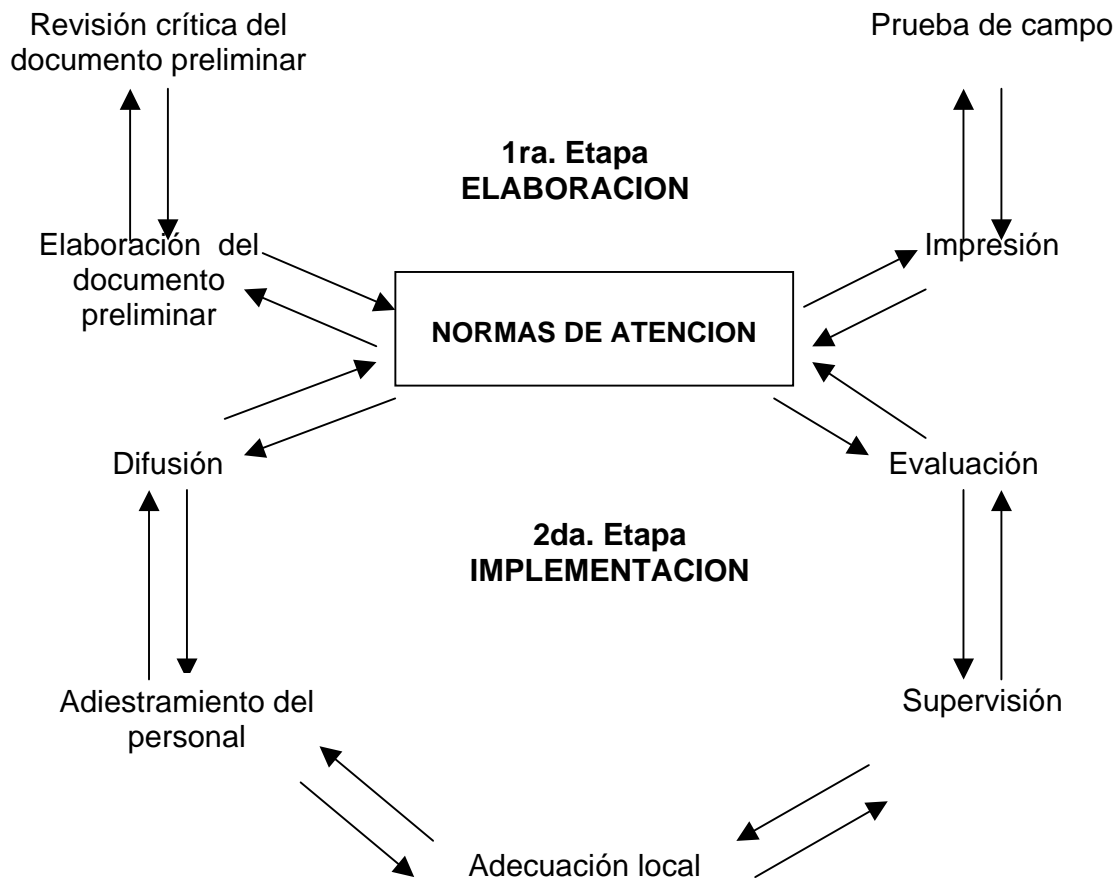
#### **3.2.6. Evaluación y Actualización**

La evaluación y actualización de la norma significa la constante preocupación del equipo de salud para adecuarla a los avances tecnológicos y a las políticas de salud imperantes.

Deben enfatizarse que si bien las normas deben ser redactadas con carácter obligatorio las mismas son indicativas, pero nunca compulsivas cuando se trate de aspectos técnicos, no así en los administrativos donde resulta ineludible su observación.

El Proceso de Normatización descrito se esquematiza en la figura 4  
**Figura 4: Etapas del proceso de normatización.**

## PROCESO DE NORMATIZACION



### 4. CLASIFICACION DE LAS NORMAS

Una clasificación adecuada a los fines de este desarrollo puede ser lo que divide a las normas en:

- 1) Normas de atención profesional
- 2) Normas contractuales o de trabajo
- 3) Normas de cobertura y usos
- 4) Normas de habilitación y acreditación
- 5) Normas ético jurídicas

#### **4.1 Normas de atención profesional**

Su propósito es unificar criterios en la atención médica para mejorar la calidad de la misma.

Incluyen la atención del paciente en ambulatorio y en internación.

En el primer caso se ocupa fundamentalmente de los grupos más vulnerables y de las enfermedades invalidantes, crónicas e infecciosas.

#### **4.2 Normas contractuales o de trabajo**

Constituyen el conjunto normativo que rige las relaciones contractuales entre prestadores y prestatarios y figuran en el contrato o como anexo de los contratos celebrados.

Su finalidad es lograr que el sistema implantado funcione adecuadamente y dentro de este tipo de normas figuran: la nómina de profesionales; la documentación a solicitar al usuario que demanda; la forma de registrar o certificar el trabajo profesional; los servicios sujetos a autorización previa; las prestaciones no cubiertas o con cobertura parcial y los procedimientos de la autorización de la internación, sus prórrogas si correspondieran así como procedimientos para efectuar observaciones, débitos, detección de irregularidades, etc.

#### **4.3.- Normas de cobertura y usos**

Son las que hacen referencia al tipo y características de los servicios que autoriza la organización.

Contemplan las prestaciones que otorga, la modalidad de atención adaptable a las disposiciones legales vigentes, las limitaciones y exclusiones y las instrucciones que deben cumplir los usuarios.

#### **4.4.- Normas de habilitación y acreditación**

Se entiende por **habilitación** al procedimiento que desarrolla la autoridad sanitaria jurisdiccional o por quien ella delegue. Se efectúa por única vez, previo a la puesta en funcionamiento por el efector y define las condiciones mínimas que debe poseer.

A su vez la **acreditación** es la evaluación de los recursos institucionales, procedimiento periódico y reservado que tiende a garantizar la calidad de la atención médica, evaluando los estándares que pueden ser mínimos o más elaborados y exigentes, definiendo la categoría.

#### **4.5. Normas Éticas y Jurídicas**

Hay dos compartimientos estancos, uno para la moral y otro para el derecho; su relación es de vasos comunicantes. La norma ética es antecedente de la norma jurídica y sirve para fundamentarla, y muchas veces para complementarla e integrarla.

Un ejemplo de lo antedicho se dio en España, donde con la aparición y desarrollo de las unidades de terapia intensiva y del cambio de actitud hacia los enfermos críticos y terminales que debieran enfrentar los médicos, resurgen principios básicos a tener en cuenta como el principio de la no-maleficencia: obligación prioritaria del médico de no hacer daño; el de beneficencia: procurar el máximo beneficio al enfermo; el de autonomía: libertad del enfermo para tomar decisiones que afecten a su propio cuerpo, doctrina que recoge el llamado derecho al consentimiento informado y finalmente el

principio de justicia que obliga a distribuir los recursos sanitarios, los beneficios y las cargas equitativamente entre todos los miembros de la sociedad.

Todo este panorama catalizó e impulsó la sanción de Leyes, como la Ley General de Sanidad Sancionada en España en 1986, que regla estos deberes y derechos, y valga como ejemplo de ello el señalar que en su artículo 10º, reconoce el derecho del enfermo al “Consentimiento Informado”. (\*)

Resulta innegable que la modificación de los actos médicos, el desarrollo técnico que ha neutralizado la relación humana con el paciente, los aspectos económicos, los límites de la muerte, etc., obligan a buscar respuestas adecuadas en la legislación y en los cuerpos normativos vigentes sobre una materia tan amplia.

(\*) Medicina Interna – M.DIAZ RUBIO – D.ESPINOS – Tomo I

## CAPITULO III ESTRUCTURA DE COSTOS DEL GRUPO DE PRACTICA

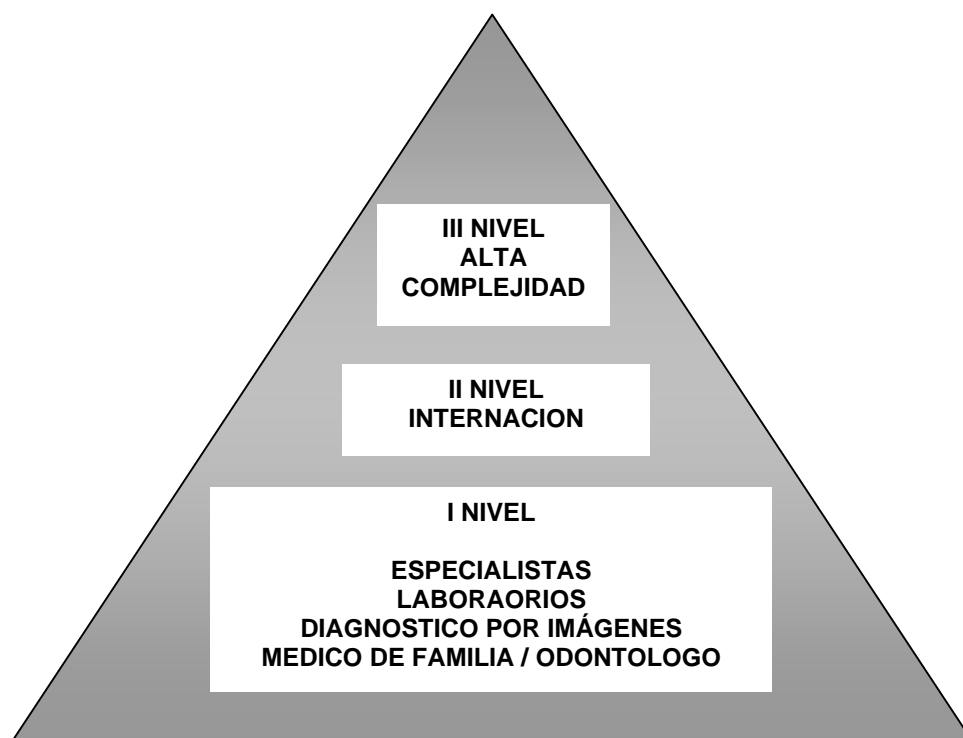
### INTRODUCCION

Cada beneficiario tendrá su propio **Médico de Familia**, el cual conformará junto a la población asignada, especialistas y servicios bajo su responsabilidad, las denominadas **Unidades Integrales de Atención (U.I.A.)**, que se distribuirán por región geográfica y responderán funcionalmente a una **Oficina Central del Sistema** que centralizará técnica y administrativamente el funcionamiento del mismo, para el adecuado cumplimiento de sus fines.

La actuación del **Médico de Familia** tendrá especial preponderancia en la atención del primer nivel donde se incluyen además de los especialistas, los laboratorios, los odontólogos y los sistemas de diagnóstico por imágenes.

**El primer nivel** constituye el fundamento básico de la atención de la población, antes de que el enfermo deba transitar por las siguientes etapas que componen la **Pirámide de Salud**.

### PIRAMIDE DE SALUD





## ESTRUCTURA ORGÁNICO FUNCIONAL DE LA EMPRESA

La empresa va a ser una organización, que bajo la figura jurídica de una Sociedad Comercial, estará formada por un grupo de Médicos, que serán capaces de alcanzar las metas de servicio al Paciente, con resultados de CALIDAD y contención de COSTOS, y con capacidad para contratar con los diferentes financiadores del Sistema de salud ( Obras Sociales, Medicinas Prepagas, Empresas, etc.).

La infraestructura de un Grupo Médico bien organizado, logra desarrollar una economía a escala y una mejor defensa dentro del mercado de los Servicios de Salud, a través de su capacidad de competitividad. Esto se logra creando un ambiente con incentivos y controles sobre la Calidad del Servicio al paciente, mejorando los Índices de Utilización de los recursos, logrando una mejor relación en la ecuación COSTO / BENEFICIO.

La premisa de la empresa es la consideración de los Médicos de Atención Primaria como pilares fundamentales para constituir este grupo de práctica médica, los cuales conformaran el Staff. Las especialidades serán consideradas en su integración, como servicios secundarios o contratos Part-Time.

Los Médicos recibirán por su participación en estos Grupos una remuneración basada en distintos niveles de Incentivos, (Productividad en términos de unidades de Pacientes; Satisfacción del Usuario; Cumplimiento de programas de Prevención y Promoción de la Salud; Recursos Utilizados vs. Resultados Obtenidos, etc.)

Los grupos de Práctica basarán su estructura de la siguiente forma:

- Provisión de personal de apoyo para optimizar los Servicios, incluye recepcionista y personal de enfermería, altamente capacitados y entrenados.
- Disponer de un lugar de trabajo adecuado para el profesional médico, en concordancia a la relación Consultas/Pacientes/Día.
- Sistema computarizado de turnos y agenda electrónica de citas.
- Además se brindará un apoyo de Marketing que asegure una óptima utilización de los recursos.

Una buena distribución geográfica de los servicios médicos. mejora la accesibilidad del paciente al Servicio, brindándole COMODIDAD y SATISFACCION, para ello consideramos que la ubicación conveniente será dentro de un área a la cual pueda accederse en no más de 15-20 minutos desde su domicilio y/o puesto de trabajo, dando prioridad a las zonas donde la concentración poblacional y el transporte público reemplace con beneficio al traslado en el automóvil propio, evitando así inconvenientes de tránsito y estacionamiento dificultoso.

El tamaño promedio de los Grupos de Práctica estará compuesto entre **3 a 7 Médicos**. El número variará según la zona.

Los Grupos de práctica bien administrados logran un elevado posicionamiento dentro del competitivo mercado de Servicios Médicos, basado esto en un Principio de Economía a Escala que asegura a los profesionales que integran la organización, mantener PREDICTIBILIDAD respecto de sus ingresos.

La empresa establecerá convenios con Obras Sociales , Prepagas, Empresas, etc. para ofrecer Servicios a cambio de una cantidad CAPITADA. También podrá establecer convenios con proveedores individuales para ofrecer los mismos servicios en forma capitada o por pago de los Servicios en forma individual.

**Capitación** es el mecanismo de pago mediante el cual los Proveedores reciben una suma de dinero fija, por cada persona asegurada, para cubrir Servicios de Salud por un período determinado, independientemente del número de veces que el Usuario utilice el sistema.

**Capitación** significa: Un método de pago por paciente con atención permanente.

## Ventajas y Desventajas de la Capitación (\*)

### VENTAJAS

- 1- Simple en el pago administrativo.
- 2- Facilita la elaboración de presupuestos.
- 3- Incentivo al prestador del servicio a minimizar costos.
- 4- El usuario puede tener influencia si se permite que los pacientes elijan su propio prestador del servicio.

### DESVENTAJAS

- 1- Incentiva al prestador del servicio a seleccionar los pacientes según riesgo y rechazar a los que ocasionan gastos elevados.
- 2- Puede incentivar al prestador de servicios a atender mal a los pacientes aceptados (subprestación).
- 3- Dificulta el análisis del desempeño del prestador.

## SERVICIOS OFRECIDOS POR LOS GRUPOS DE PRÁCTICA

Los Servicios que se ofrecerán serán en una primera etapa sólo de Primer Nivel, luego se analizará la del Segundo Nivel.

### Primer Nivel:

**Médicos de Familia o de Cabecera**, que se dedicarán a la Atención Primaria, y harán la Visita Médica Domiciliaria.

(\*) Adaptado de REINHART - Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993 – Invertir en Salud.

**Médicos Especialistas**, que abarcarán las siguientes 10 especialidades:

Tocoginecología, Pediatría, Cardiología, Psiquiatría, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología, Dermatología, Alergia y Urología.

**Laboratorio**

**Radiología:** incluye radiología simple y contrastada, y ecografías simples.

**Emergencias;** Incluye las Urgencias.

**Segundo Nivel:**

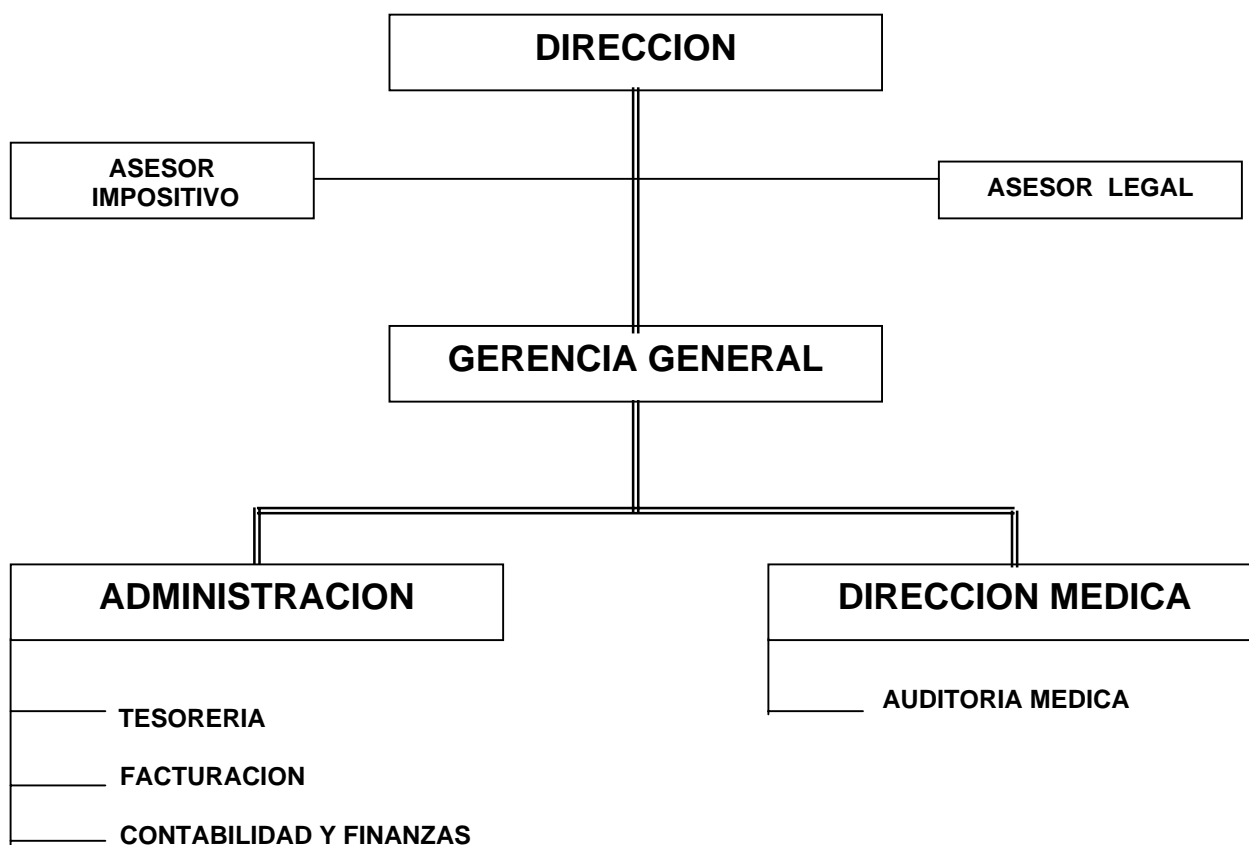
**Internación:** Clínica y Quirúrgica. Las mismas podrán efectuarse en Clínicas y Sanatorios.

**Atención Domiciliaria.**

**Tercer Nivel:**

**Alta complejidad** Modalidad ambulatoria e Internación

## ORGANIGRAMA INICIAL DE LA EMPRESA



En esta primera etapa se decide tercerizar lo siguiente:

**1 MARKETING**

**2 VENTAS**

## **PERSONAL NECESARIO**

- 1 Gerente General
- 1 Director Médico ( Auditor Médico)
- 4 Administrativos ( 1 para Dirección Médica y 3 para Administración)
  - 1 Recepcionista
  - 1 Cadete

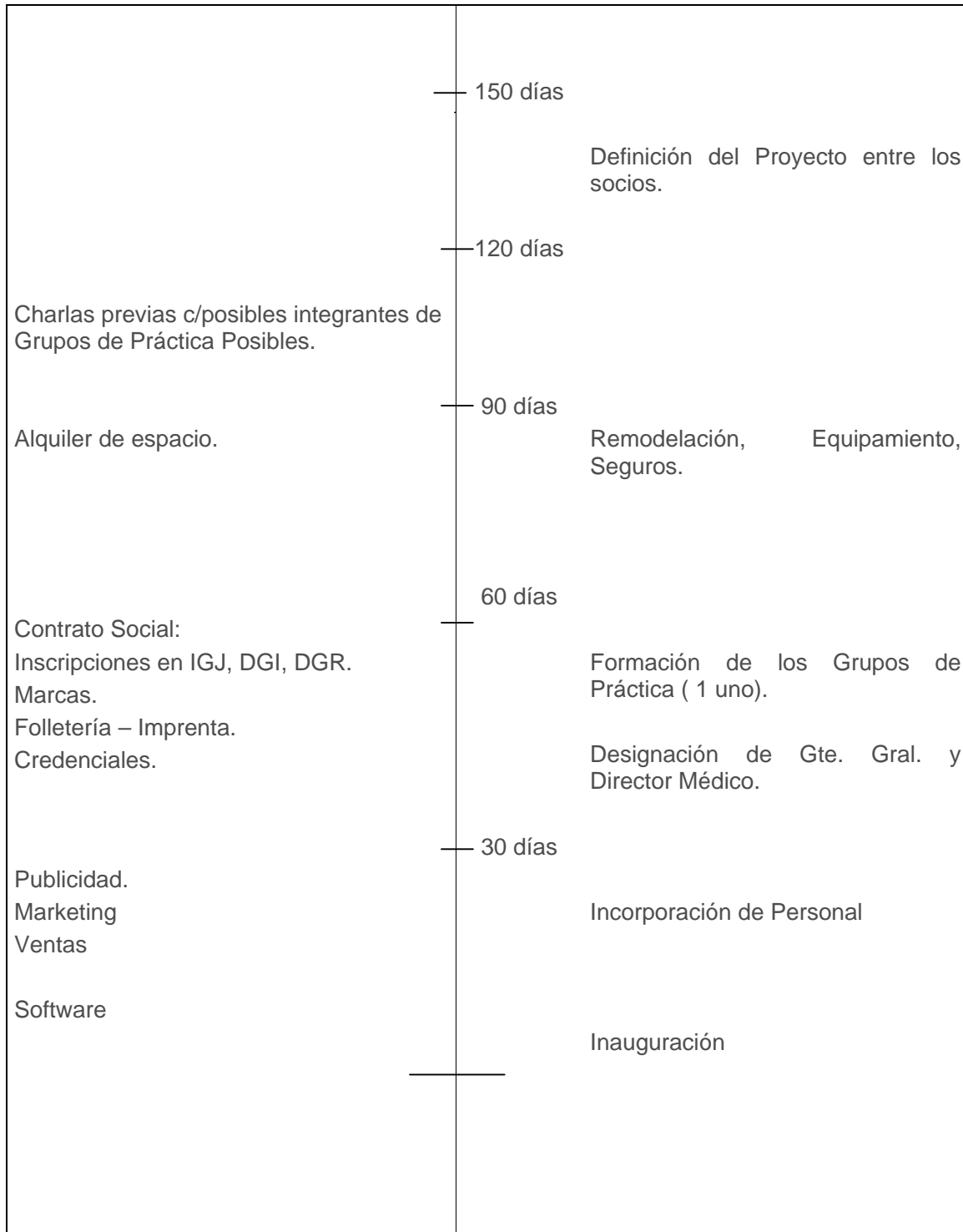
## LUGAR FÍSICO NECESARIO

- Sala de Reuniones y/o de Directorio
  - 1 Oficina para Gerencia General
- 1 Oficina / Consultorio para el Auditor Médico
- Oficinas para Facturación, Tesorería y Contaduría
  - 1 Recepción
  - 1 Archivo.
  
- Metros cuadrados estimados: 250

## **CRONOGRAMA DE LANZAMIENTO**

- 1- Reunión de los profesionales que integrarán los Grupos de Práctica.
- 2- Contrato Social (Inscripciones y trámites necesarios).
- 3- Alquiler del espacio donde se instalará la administración.
- 4- Remodelación del lugar.
- 5- Equipamiento.
- 6- Incorporación del Personal.
- 7- Registro de Marca.
- 8- Publicidad.
- 9- Folletería e Imprenta.
- 10- Credenciales
- 11- Inauguración

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES, CON MEDICION DE TIEMPOS





## CALCULO DEL VALOR DE LA CAPITA MENSUAL

**Hipótesis de Trabajo:**

**8400 Cápitas**

**Grupos de Práctica de 7 Médicos**

PRACTICA	TASAS DE USO	VALORIZACION	
1- Consulta Médica Médico de Cabecera o de Familia.	3,5 Consultas Afiliado / año	Cápita por Médico = 1200 Valor Cápita \$ 2,50 Ingreso Mensual = \$ 2,50 x 1200=\$ 3000 Nº Consultas Mes= 1200 x \$ 3,5: 12 =\$ 350 Total Consultas día = 14 consultas Horas necesarias / día = 5 hs. Coseguro = \$ 2 Recupero por coseguro = 0,583	\$ 2,50
	1,5 % Visitas Médicas Dom.	1200 *1,5% = 18 visitas Coseguro = \$ 10 Recupero de coseguro = 0,15	
2- Especialistas	1,5 Consultas afiliado / año	Valor de consulta \$ 8 Valor Cápita/mes = 8*1,5/12 = \$1 Consultas /mes = 150 Coseguro = \$ 3 Recupero de coseguro = \$ 0,375	\$ 0,625
3- Laboratorio	1 receta c/ 3 consultas 6 determinaciones por receta Costo por receta: NN – 30% - \$ 7,329	350 consultas/mes 7,329 x (6/2) /12 = \$1,2215 116 recetas/mes a \$ 7,329 = \$ 850,16 Valor Cápita mes: 850,16/1200 = \$ 0,71 Coseguro = \$ 5 – receta Recupero de coseguro = 0,48	\$ 0,71
4- Radiología	1 Placa c/5 Consultas Costo c/ Estudios: NN – 30% = \$ 7,10	Placas mensuales = 350:5 = 70 placas Costo = 70* 7,10 / 1200 = \$ 0,41 Coseguro = \$ 5 Recupero de coseguro = \$ 0,29	\$ 0,41
5- Emergencias	Incluye Emergencia, Urgencia, 1,80%	Valor Cápita = \$ 0,40 1200 x 1,8%= 21,6 c/100 afiliados/mes 1200 x 0,40 = 480	\$ 0,40

**CALCULO DEL VALOR DE LA CAPITA  
( INCLUYENDO EL RECUPERO POR COSEGURO)**

<b>1- <u>Consulta Médico Generalista o de Familia</u></b>	2,50	
Recupero de coseguro:		
▪ Por consulta	(0,583)	
▪ Por Visita Médica Domicilio	(0,15 )	<b><u>1,767</u></b>
<b>2- <u>Especialista – Consulta</u></b>	8,00	
Recupero de coseguro	( 5,00 )	
Costo de Coseguro a n/ cargo		<b><u>0,625</u></b>
<b>3- <u>Laboratorio</u></b>	0,71	
Recupero de coseguro:	-0,48	<b><u>0,23</u></b>
<b>4- <u>Radiología ( incluye radiología simple y contrastada y ecografías simples)</u></b>	0,41	
Recupero de coseguro:	-0.29	<b><u>0,12</u></b>
<b>5- <u>Emergencias</u></b>		<b><u>0,40</u></b>
<b><u>Valor Total de la Cápita</u></b>		<b><u>3,142</u></b>

## ¿ EL PORQUE DE ESTE MODELO ?

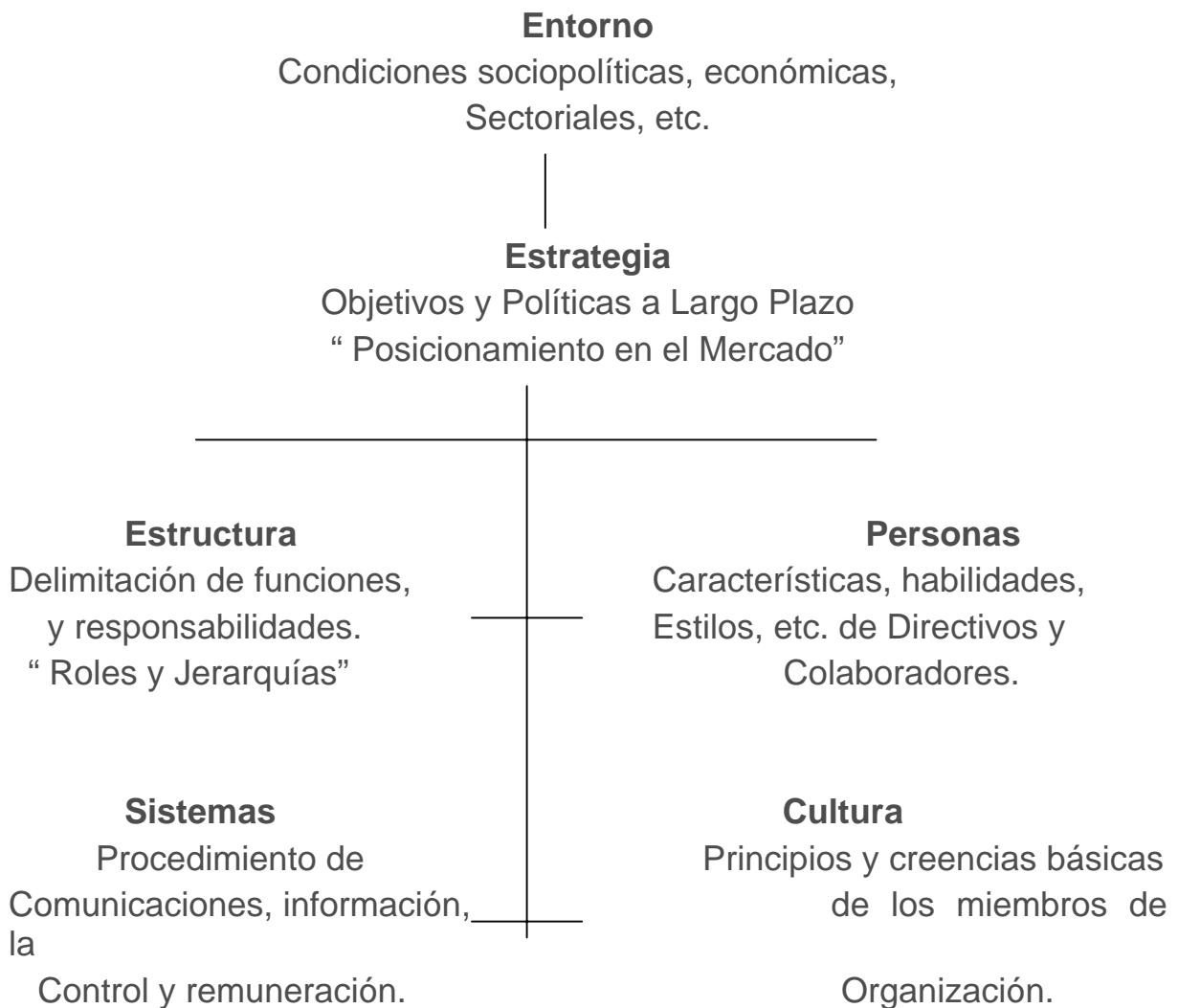
### ¿ PORQUE CAMBIAR?

La crisis de la Seguridad Social comienza con la década del '80, se agrava en la década del '90. Los cambios del '80, representan una adecuación del modelo tradicional a la crisis económica – financiera.

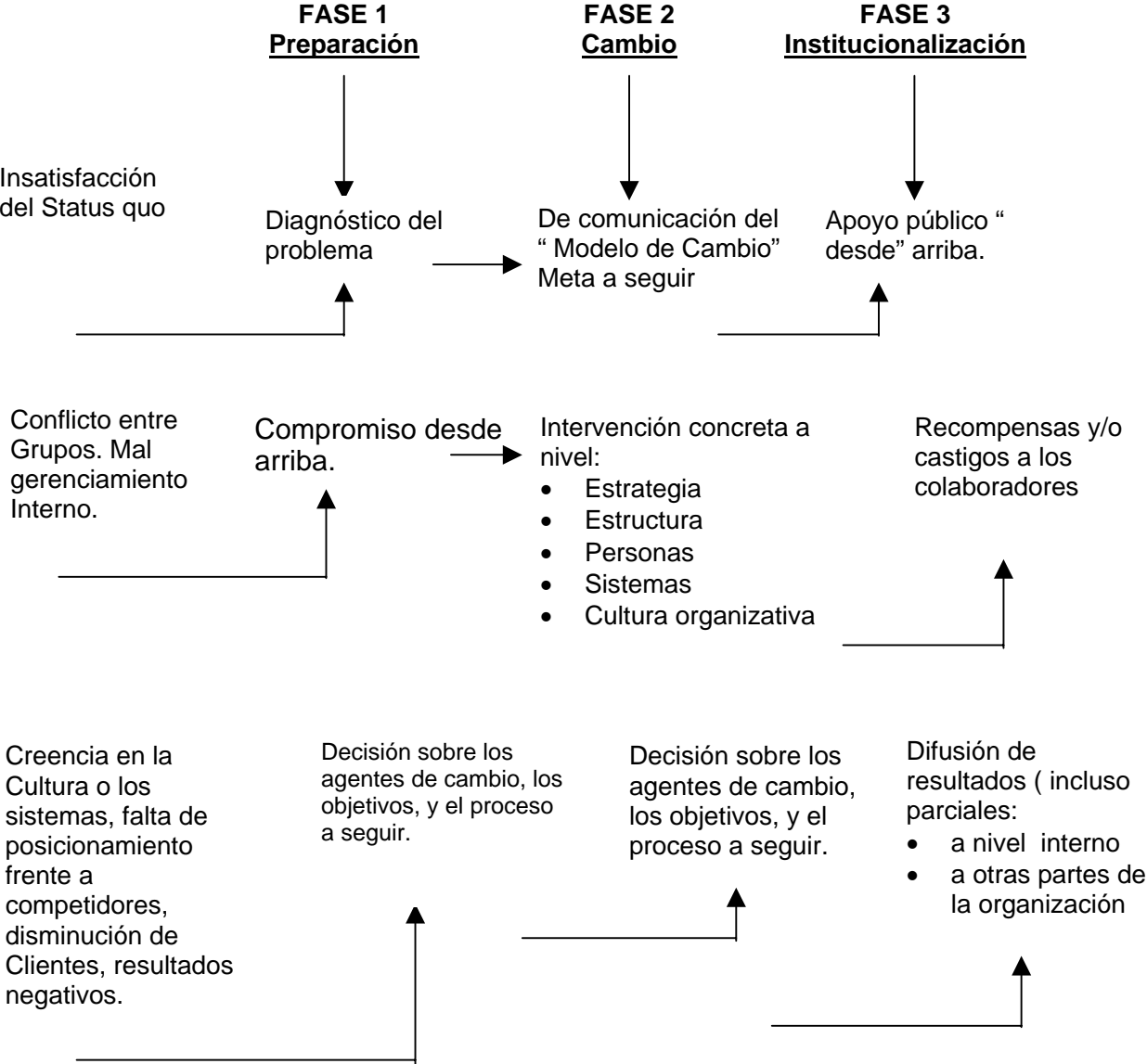
En su reemplazo entran en vigencia nuevas estrategias que hoy constituyen un nuevo modelo en las Organizaciones de Salud, y que involucran a viejos y nuevos actores del sector.

La necesidad de cambiar, se acepta solamente cuando la manera habitual de hacer las cosas no funciona o funciona mal.

### RELACION ENTRE LOS ELEMENTOS DE UNA ORGANIZACION



Las Organizaciones, al igual que los individuos, son reacios a los cambios. Pero, en un momento determinado, cuando las circunstancias externas se modifican sustancialmente, la necesidad de cambio debe pensarse como un proceso de CAMBIO – EFICAZ, sobre todo cuando son los mismos miembros de la Organización que llegan a estar insatisfechos con el status quo.



## **UN FACTOR CLAVE:**

### **LA NECESIDAD DE DIRECCION**

Una antigua frase resumen lo que podría considerarse al tipo ideal de líder al que nos referimos.

- Los mejores líderes son aquellos cuya existencia casi no se nota.
- Los siguientes son aquellos a quienes la gente aclama y rinde honores
- Finalmente, los peores líderes son aquellos que están a merced de sus subordinados.

**CUANDO UN BUEN LIDER HA TERMINADO SU TAREA, LA GENTE  
DICE: “ LO HICIMOS NOSOTROS..”**

## CONFORMACIÓN DEL VALOR DE VENTA DE LA CÁPITA

➤ Costo Prestacional s/cuadro de Valores	70%	\$ 3.142
➤ Costo Administrativo	22%	\$ 0.990
➤ Rentabilidad	8%	<u>\$ 0.360</u>
➤ <u>Precio de venta de la Cápita</u>		<u>\$ 4.488</u>

## **PRESUPUESTO DE GASTOS**

**Espacio:** Alquiler de Administración  
Remodelaciones  
Mantenimiento  
Vigilancia  
Seguros

**Equipamiento:** Compra de Escritorios  
Compra de sillas y sillones  
Iluminación  
Aparatos de Teléfono / fax  
Mantenimiento  
Seguros  
PC  
Programas de Computación ( Gestión administrativa-  
Auditoria Médica- Historia Clínica Unificada)

**Personal:** Remuneraciones  
Servicios al Personal

**Papelería e Imprenta**

**Publicidad**

**Inscripción de Marca**

**Gastos de Inauguración**

## OBJETIVOS

Partiendo de la hipótesis inicial que es un Grupo de Práctica conformado por 7 médicos, para atender a 8400 Capitas tener un crecimiento de Ventas que al 3er. Año nos permita atender a 84000 Cápitas. Ello traerá aparejado una mejora en los Costos de Prestación, a partir de una contención de la Demanda a través de Médico Generalista, que atento a los niveles de incentivos en los que se basará su remuneración, será un partícipe fundamental en este tema.



# BIBLIOGRAFÍA

- BERSTEIN, Pascual Horacio.  
Principios Básicos de Management y Marketing para Profesionales de la Salud.  
Edit. Héctor Macchi – 1 To.197 pág.- Buenos Aires – 1997
- CASAUBON, Juan Alfredo.  
Nociones Generales de Lógica y Filosofía.  
Edit. Estrada – 1 To. 298 pág.- Buenos Aires - 1992
- CUERVO, J.L.; VARELA, J.; BELENES, R.  
Gestión de Hospitales.  
Edit. Vicens Vives SA. – 1 To.369 pág.- Barcelona – 1994
- DIAZ RUBIO, M.; ESPINÓS, D. (cit. M.Sánchez González)  
Tratado de Medicina Interna.  
Edit. Médica Panamericana - Tomo I – 1611 pág. – Madrid – 1994
- FEDERACIÓN MEDICA DE LA PCIA. DE BUENOS AIRES  
Referencia Terapéutica y Formulario Terapéutico (COMRA)  
Edit. FEMEBA – 1 To. 507 pág. – La Plata – 1998
- INFORME SOBRE EL DESARROLLO MUNDIAL 1993 –  
Invertir en Salud.  
Oxford University Press – 1 To. 335 pág – EEUU – 1993
- KOONTZ, H.; WEIHRICH, H.  
Administración – Una Perspectiva Global  
Edit. Interamericana de México – 10ª. Edición – 1 To. 745 pág.  
México – 1994
- MC WHINNEY , Ian R.  
Medicina de Familia.  
Edit. Doyma Libros SA. – 1 To. 391 pág. – Madrid – 1996
- PEARSON, Andrall E.  
Oficio y Arte de La Gerencia – Vol.I – Creación de una Organización Vigorosa.  
Edit. Harvard B.Sch.Press – 1 To. 245 pág. – Colombia – 1995

- PORTER, Michael E.  
Oficio y Arte de La Gerencia – Vol.I - Cómo Forman la estrategia las fuerzas de la Competencia – De Ventaja competitiva a Estrategia corporativa.  
Edit. Harvard B.Sch.Press – 1 To. 245 pág. – Colombia – 1995
- PRIMER TALLER SOBRE RECONVERSIÓN PRESTACIONAL DEL INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIA –IOMA-  
Mesa 6 – Sierra de la Ventana – Buenos Aires – Agosto 1997
- PUJOL, Miguel Jaime  
La Administración en Salud.  
Edit. Héctor A. Macchi – 1 To. 191 pág. – Buenos Aires – 1995
- QUINN, James B.  
Oficio y Arte de la Gerencia – Vol.II - Cambio Estratégico : Incremento Lógico  
Edit. Harvard B.Sch.Press – 1 To. 220 pág. – Colombia – 1995
- SEÑARIS, J. del LLANO; RUBIO, Vicente O.; MORENO, J.M.M.; NÚÑEZ CORTES, J.M.; BADIA, J.G.  
Gestión Sanitaria – Innovaciones y Desafíos.  
Edit. Masson SA. – 1 To. 654 pág. – Barcelona – 1998
- U.N.G.S. Universidad Nacional de General Sarmiento  
Las Nuevas Universidades a fines del Siglo XX – Seminario Internacional (cit. Coraggio, José Luis)  
Edit. Taller Gráfico Centro Luterano – 1 To. 368 pág. – Buenos Aires – 1997

