

Informe Final de Auditoría

Proyecto 3.03.10

PLAN MÉDICOS DE CABECERA

Auditoría de Gestión

Período 2002/2003

Buenos Aires, Julio de 2004

Av. Corrientes 640, piso 5º - C1043AAT, Ciudad de Buenos Aires
Tel. y Fax 4321-3700 / 4325-6688-6967-5047

AUDITORIA GENERAL
DE LA CIUDAD DE
BUENOS AIRES

Av. Corrientes 640 - 5to. Piso Ciudad Autónoma de Buenos
Aires

PRESIDENTE:

Lic. Matías Barroetaveña

AUDITORES GENERALES:

Dra. Alicia M. J. Boero

Dr. Vicente M. Brusca

Dr. Rubén A. Campos

Dr. Nicolás Corradini

Lic. José Luis Giusti

Lic. Josefa A. Prada

CODIGO DEL PROYECTO: 3.03.10

NOMBRE DEL PROYECTO: Plan Médicos de Cabecera. Auditoría de Gestión

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2002/2003

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 31 de marzo de 2004.

EQUIPO DESIGNADO:

Supervisor : Jorge Raimondo

Auditores : Anabella Miault
Daniel Castelli
Sandra Francolino
José Hernández
Claudia D'Angelo
Virginia Sacchetti

OBJETIVO: Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos operativos del Programa Médicos de Cabecera.

Buenos Aires, Julio de 2004.

Av. Corrientes 640, piso 5º - C1043AAT, Ciudad de Buenos Aires
Tel. y Fax 4321-3700 / 4325-6688-6967-5047

INFORME FINAL DE AUDITORIA PROYECTO 3.03.10
--

Al Señor
 Presidente de la Legislatura
 Ciudad Autónoma de Buenos Aires
 Lic. Jorge Telerman
 S / D

En uso de las facultades conferidas por la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (artículo 135), la Ley 70 (artículos 131, 132 y 136) y la Resolución N° 62/2001 de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, esta Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires ha procedido a efectuar un examen en el ámbito de Hospitales dependientes de la Secretaría de Salud, con el objeto detallado en el apartado siguiente.

I. OBJETO DE LA AUDITORÍA

Programa Médicos de Cabecera, dependiente de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, en términos de eficacia y eficiencia, para el período 2002/2003.

II. ALCANCE DEL EXAMEN

El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por la Ley 325, habiéndose practicado los siguientes procedimientos:

1. Recopilación y análisis de la normativa vigente.
2. Información requerida mediante notas AGCBA.
3. Realización de entrevistas y cuestionarios con los responsables de las diversas áreas, siendo extensivo a niveles operativos en aquellos casos que así lo requirieron.
4. Recopilación y análisis de informes elaborados por otros organismos de control interno y externo.
5. Selección de una muestra a partir de las áreas programáticas como universo.

Determinación de la muestra:

La determinación de la muestra se realizó teniendo en cuenta la significatividad de las consultas prestadas en el primer trimestre de 2003, seleccionando aquellos hospitales donde las consultas superaron las 4000. Además se seleccionaron los hospitales que no registran información de consultas prestadas, o con baja significatividad.

Hospital	Consultas	% consultas	Seleccionado
Álvarez	46	0,1%	SI
Argerich	1737	4,4%	
Durand	4578	11,5%	SI

Fernández	3483	8,7%	
Penna	5384	13,5%	SI
Piñero	5718	14,3%	SI
Pirovano	2962	7,4%	
Ramos Mejía	4175	10,5%	SI
Santojanni	5586	14,0%	SI
Tornú	2857	7,2%	
Vélez Sarsfield	Sin datos		SI
Zubizarreta	2615	6,6%	
Rivadavia	737	1,8%	
Total	39878	100,0%	

II. ACLARACIONES PREVIAS

II.1 NORMATIVA APLICABLE

Ver **Anexo I** Normativa.

II.2 INTRODUCCIÓN

Mediante el Decreto GCBA N° 456/96 se crea el “Plan Médicos de Cabecera”. El mismo tuvo su inicio el 2 de enero de 1997 y se enmarca en una política de “reconversión y transformación del sistema de salud”, bajo los principios de “universalidad, equidad y accesibilidad de la población en el plano de la atención médico asistencial” (Decreto GCBA N° 456/96).

Por Decreto GCBA N° 3266/98 se extendió la desconcentración de la atención en consultorio a la especialidad de tocoginecología, siempre de acuerdo a lo normado por el Decreto GCBA N° 456/96.

A través de la Resolución SHyF N° 199/2000 se extiende la desconcentración de la atención en consultorio a la especialidad de odontología, conforme a la normativa enmarcada por los Decretos 456/96 y 3266/98.

Por Decreto N° 2.132/000 se crea el “Programa de Centros Médicos Barriales”, cuyo destino es la atención integral del grupo familiar, dentro del “Plan Médicos de Cabecera”, ajustándose a la normativa vigente para dicho plan. Los Centros Médicos Barriales nuclea a médicos de cabecera de distintas especialidades. Además de la atención en consultorios médicos y odontológicos, Centros Médicos Barriales y la derivación de los pacientes a los servicios especializados, ofrece cobertura gratuita de medicamentos a toda la población.¹

El art. 2° del Decreto GCBA N° 456/96 prevé que las prestaciones “...podrán efectuarse en consultorios médicos de carácter privado que cuenten con la habilitación pertinente”.

Por otra parte, el art. 3° del mismo decreto, define al Médico de Cabecera como: “... el profesional médico que perteneciendo a la carrera de profesionales de la salud (Ord. 41.555) y el Hospital de referencia efectúe,

¹ Por Resolución SS N° 893/2000 se dispone la entrega gratuita de medicamentos por parte de los Hospitales Generales, dependientes de la Secretaría de Salud, a los beneficiarios del PMC menores de 15 años y mayores de 65. Por Resolución SS N° 3204/2001 se extiende la entrega gratuita de medicamentos a las beneficiarias directas del PMC durante el embarazo. Por Resolución 1147-SS-2003 se extiende la entrega de medicamentos a todos los beneficiarios del PMC.

como actividad complementaria, tareas de asistencia a pacientes derivados por el Hospital, en el área Programática del mismo. Dichos profesionales serán elegidos:

- a) Por la Secretaría de Salud, a propuesta de la Dirección del Hospital avalada por el Consejo Asesor Técnico Administrativo (CATA). En dicha propuesta se deberá verificar previamente que los consultorios de los profesionales a elegir deberán contemplar la cobertura geográfica de las distintas áreas que integran al área programática correspondiente”.

Mediante la Disposición N° 114-DGPED-99, se aprueba el perfil del médico de cabecera en las especialidades de clínica, pediatría y tocoginecología, que contiene: misión y tareas del médico de cabecera; además de los requisitos y competencias para ejercer el puesto.

II.2.1 Objetivos del Plan Médico de Cabecera

Son objetivos del Plan Médicos de Cabecera, los siguientes:

- Conformar la red desconcentrada del primer nivel de atención.
Básicamente se refiere a la distribución de médicos de cabecera y Centros de Salud, en función de una población beneficiaria definida.
- Ampliar las prestaciones del Plan de acuerdo con las demandas relevadas entre los beneficiados.
Esto implica implementar un servicio de atención domiciliaria y la provisión de medicamentos gratuitos.
- Afianzar la integración del plan en el sistema hospitalario.
Se refiere a una política comunicacional que ayude a la difusión del rol del médico de cabecera y de los beneficios de la desconcentración de los niveles de salud.
- Promover la figura del médico de cabecera como un actor relevante en la dinámica barrial.
Orientado a que el médico esté informado sobre actividades comunitarias que se realicen en el barrio.
- Garantizar la información respecto del funcionamiento del plan y sus beneficiarios.
Los médicos de cabecera deberán confeccionar planillas con información para la tarea de planificación la que será volcada en un registro informático, que permitirá datos estadísticos y el cruce con el padrón de beneficiarios de obras sociales.

II.2.2 Estructura del plan

El área de Salud de la Ciudad de Buenos Aires se encuentra dividida, desde 1983, en Áreas Programáticas. Posteriormente se incorporaron formalmente modalidades descentralizadas (Centros de Salud) que desarrollan la estrategia de atención primaria de la salud hacia el interior de la comunidad, especialmente en la zona habitada por la población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).

En los 13 Hospitales Generales de Agudos, se encuentran instalados oficinas dedicadas exclusivamente al Plan Médico de Cabecera, destinados a la inscripción de los vecinos, donde se les asigna, al momento de la inscripción, un médico de cabecera clínico, un pediatra, un odontólogo y en el caso de tratarse de una beneficiaria femenina, un tocoginecólogo; luego

se realiza la articulación con el resto del sistema de salud. El personal administrativo designado en las oficinas del Plan Médicos de Cabecera, se relaciona laboralmente con el Gobierno de la Ciudad, por medio de contratos de locación de servicios, ya que no se reasignó a personal de Planta Permanente para la realización de estas tareas.

Los médicos de cabecera deben ser profesionales que formen parte de la planta o de la guardia del hospital y poseer además un consultorio dentro del “Área Programática”. Para la atención de los beneficiarios, los profesionales, son seleccionados con el aval del “Consejo Asesor Técnico Administrativo” de cada hospital.

Estos profesionales, en su función, dependientes jerárquicamente del “Área Programática”, deben cumplir con dieciséis horas semanales de atención en consultorio, con consultas programadas cada veinte minutos. Dentro de las dieciséis horas semanales, cuatro de ellas se realizan en el Programa de Salud Escolar.

Los profesionales por su actividad complementaria como Médicos de Cabecera, perciben un canon que es equivalente a cuatro suplencias de guardia de 24 hs. semanales (módulos). Esta contraprestación se liquida mediante un recibo complementario al que se le otorga por sus haberes como médico de Planta Permanente.

La misión del Médico de Cabecera implica los siguientes principios:

- 1- Brindar a los beneficiarios una atención médica personalizada con un manejo adecuado de la interacción médico-paciente-familia-contexto en el marco de la atención primaria de la salud.
- 2- Prevenir, diagnosticar y tratar los problemas prevalentes de la población de la población a su cargo.
- 3- Coordinar las acciones de salud que se realizan sobre los pacientes a su cargo.
- 4- Mantener un contacto fluido con los coordinadores médicos, de manera de no perder de vista su integración a un sistema de salud organizado por niveles de atención.²

Respecto a las derivaciones de pacientes éstas se deben realizar al hospital base y son gestionadas a través de los Coordinadores Médicos.

Los “Coordinadores Médicos” (existe uno por cada Hospital General de Agudos) son los encargados de la articulación a diferentes niveles del Plan (médicos de cabecera, servicios intra e inter-hospitalarios, redes comunitarias, programas sociales, nivel central). Además tienen como función supervisar el ingreso de los beneficiarios, el funcionamiento de la oficina con su personal administrativo y el sistema de información.

El proceso de selección de los coordinadores, es similar al de los médicos de cabecera. Deben cumplir dieciséis horas, las que se suman a las veinticuatro que ya poseen, como médicos de planta. Tienen una doble dependencia, ya que si bien pertenecen al Área Programática responden funcionalmente a la “Coordinación General del Plan”, con dependencia directa de la Secretaría de Salud.

El Plan cuenta al momento de la realización de las tareas de campo con 270 médicos de cabecera, 27 odontólogos y 23 Centros Médicos Barriales.

² Disposición N° 114/DGPYED/1999.

II.2.3 Atención y registros

Las planillas de atención diaria son documentos que los médicos de cabecera entregan semanalmente a la coordinación del Plan en sus hospitales. La información en ellas contenida sirve para verificar las atenciones realizadas por los médicos, observar la conformidad de los pacientes por la atención recibida (se materializa mediante la firma) y poder llevar una estadística de la cantidad de atenciones realizadas por día por cada médico.

Asimismo cuentan con información sobre diagnóstico, derivaciones realizadas y si correspondiese, internaciones.

Los datos de las planillas de atención semanal se cargan en el sistema de cada hospital y se envían a la Secretaría de Salud, quien mensualmente requiere la información. La documentación queda archivada en los hospitales.

Se analizaron los registros solicitados a los hospitales respecto a la cantidad de consultas realizadas en un período dado y por cada médico, a fin de conocer las estadísticas de atención. De allí se seleccionó una muestra de tres hospitales donde se realizó un procedimiento de verificación de datos, de modo de compararlos con la información recibida.

II 2.4 Farmacia - Entrega de medicamentos y registros

La Resolución SS N° 893/00, instituyó en los Hospitales Generales dependientes de la Secretaría de Salud la entrega de medicamentos en forma gratuita a los beneficiarios directos del Plan Médicos de Cabecera menores de 15 años y a los mayores de 65 años, bajo prescripción de los profesionales integrantes del Plan.

Luego, por Resolución SS N° 3204/2001 se extiende la entrega gratuita de medicamentos a las beneficiarias directas del PMC durante el embarazo. En el año 2003 por Resolución N° 1147-SS-2003 se habilitó la entrega de medicamentos para toda la población.

La provisión de medicamentos se ajusta al vademécum aprobado por la Disposición DGPYED N° 183/99 y sus modificatorias.

El Anexo I de la Resolución N° 893 indica los procedimientos para la provisión de medicamentos a los beneficiarios del Plan Médicos de Cabecera.

La Dirección General de Atención de la Salud y la Dirección General de Planeamiento y Evaluación del Desempeño, son los encargados de supervisar el correcto funcionamiento del sistema.

Todas las compras de medicamentos se ejecutan a través de la actividad 744 "Atención Primer Nivel.

Las solicitudes de requerimiento de medicamentos, se confeccionan en base a una estimación general y de acuerdo a los niveles de consumo del stock general.

Conjuntamente coexiste para la entrega de medicamentos, el Plan Remediar. Este es un plan de cobertura nacional que participó a la Ciudad con el fin de que los medicamentos del vademécum sean entregados sólo a los beneficiarios del PMC. El depósito de los medicamentos de ambos planes se efectúa en el mismo lugar físico. Algunas drogas existen en el vademécum de ambos planes; de forma tal que al efectuar la entrega el empleado de farmacia retira indistintamente el medicamento de uno u otro plan, según su existencia.

II.2.5 Plan Odontólogos De Cabecera

Por Nota N° 5818-DGPYED-2000, del 31 de agosto de 2000, se nombra a la Coordinadora del plan Odontólogos de Cabecera.

La nota determina también sus funciones:

- Realizar auditorías de terreno de consultorios.
- Coordinar los servicios de Hospitales Agudos con Hospitales Odontológicos.
- Realizar reuniones de profesionales del plan.
- Realizar un monitoreo prestacional y poblacional.
- Realizar auditorías sobre pacientes desde el Hospital de Odontología (Ex Nacional), Base Operativa del Programa.

Dispone también que las tareas de la coordinación involucran 4 módulos de 16 hs. semanales.

Mediante la Disposición N° 149 de la Dirección General de Atención Primaria de la Salud y la Dirección General de Programas Especiales, del 22 de agosto de 2001 se aprueba el perfil de Odontólogos de Cabecera y la reglamentación operativa del sistema de atención odontológica desconcentrada.

La misión del odontólogo de cabecera es :

- Brindar a los beneficiarios una atención odontológica personalizada con un manejo adecuado de la interacción odontólogo-paciente-familia-contexto, en el marco de la Atención Primaria de la Salud.
- Prevenir, diagnosticar y tratar con idoneidad y bajo los principios de la Ética Médica los problemas de salud de la población a su cargo.
- Coordinar las acciones de salud que se realizan sobre los pacientes a su cargo.
- Mantener un contacto fluido con el Coordinador Odontológico, con el Coordinador Médico, con el Jefe del Área Programática y con el Jefe del Servicio de Odontología del Hospital Base y con el Hospital de Odontología de referencia, de manera de no perder de vista su integración al sistema de Salud.

El odontólogo de cabecera formará parte de la atención de los beneficiarios que ingresen por los Programas de Salud Bucal, por ej.: Programas de Salud Escolar.

II.3 REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

Los requisitos para ingresar al Plan son los siguientes:

1. No contar con cobertura de Salud.
2. Poseer DNI con domicilio en la Ciudad de Buenos Aires.
3. Presentar copia de factura de servicios, impuestos o recibo de alquiler dentro del mismo ámbito o una certificación de domicilio expedida por autoridad policial.

En caso del que el beneficiario no pueda obtener lo requerido se lo remite a un servicio social o parroquia de la zona para que certifiquen el domicilio.³

4. Inscribirse en el hospital correspondiente según su domicilio.

Luego con la Resolución SS N° 80/98 se posibilitó el ingreso al Plan por derivación de un servicio social del GCBA.

II.4 COMPOSICION DE LA POBLACIÓN INSCRIPTA EN EL PLAN MÉDICO DE CABECERA (PMC).

De acuerdo a los datos aportados por el INDEC, a través del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda, en el año 2002, en la Ciudad de Buenos Aires se desagrega la población según el siguiente detalle:

Sexo y Grupos de Edad	Total	Tiene Cobertura	No tiene cobertura
Varones	1.258.458	907.378	351.080
Mujeres	1.517.680	1.142.021	375.659
Total	2.776.138	2.049.399	726.739
		73.82 %	26.18 %

Tipo de cobertura médica	%
Sistema Público	23,5
Obra Social	50,0
Mutual	1,2
Medicina pre paga	18,0
Sistema de emergencias médicas	0,4
Plan Médico de Cabecera del GCBA	2,1
2 o más sistemas de salud	4,7
Ciudad de Bs. As.	100

Asimismo, dentro de la población beneficiaria del PMC, están aquellos que forman parte del “Plan Jefas y Jefes de Hogar”.

De los 103 beneficiarios encuestados en forma anónima y seleccionados de manera aleatoria en las dos bocas de pago del subsidio, el 72% fueron mujeres y la media de 37 años de edad. El total de beneficiarios encuestados tiene hijos a cargo menores de 18 años cuyo promedio de edad es de 8, 5 años.

Con relación al conocimiento del Plan Médicos de Cabecera, el 60% de los beneficiarios encuestados lo conoce, de los cuales el 56 % está inscripto. De quienes están inscriptos solamente el 29% (10 casos) se inscribió en el marco del Programa.

³ No establecido en la normativa.

Conocimiento Plan Médico de Cabecera		%
Si	61	59,22
No	42	40,78
	103	
Inscripción en plan médico		
Si	34	55,74
No	27	44,26
	61	
Inscripción para el programa		
Si	10	29,41
No	13	38,24
ns/nc	11	32,35
	34	

II.5 ANÁLISIS DE PRODUCCIÓN.

El análisis se efectuó teniendo en cuenta los datos estadísticos remitidos por los Coordinadores del PMC en referencia a los meses: mayo, agosto, noviembre del 2.002 y mayo y agosto del 2.003 de los hospitales Álvarez, Ramos Mejía, Piñero, Durand, Penna, Santojanni y Vélez Sarsfield.

A su vez se consideró los datos relevados en forma manual de las planillas de Registro Diario de atención de los profesionales.

Asimismo, para obtener la base de cálculo, que permitió estimar una aproximación de la producción profesional, se tuvo en consideración el marco normativo del Decreto 456-GCBA-96, en su Art. 3º, la Resolución 80-GCBA-98 en lo referente a Funciones de los efectores y horarios de trabajo y el Dto. 3266-GCBA-99 en su Art. 7º.

Para establecer la producción médica mensual y por ende las consultas resulta necesario tener en cuenta: La cantidad de horas semanales que debe atender por semana cada profesional (a); cantidad de semanas laborables al mes (b); 3 consultas por hora (c).

A dichos efectos la fórmula aplicable resulta la siguiente:

(a) x (b) x (c) = Consultas promedio mensuales.

Aplicada al caso (16hs. x 4semanas) surge que el total promedio de consultas médicas mensuales que deberían efectuar los profesionales es de 192 hs.

Para establecer el promedio de las horas médicas, sólo en lo relativo al costo médico, se tomó en cuenta la cantidad de consultas mensuales esperadas de acuerdo a lo indicado en el apartado anterior (192).

Si se toman en cuenta las metas físicas dispuestas por el GCBA, en relación a la cantidad de consultas para el año 2002, que fueron establecidas conforme a las siguientes pautas:

Acciones y Metas	Año 2000	Año 2001	Año 2002
Consultas	286.756	406.756	526.756

Y que las correspondientes partidas presupuestarias asignadas para los respectivos años fueron:

Partida Presupuestaria	Año 2000	Año 2001	Año 2002
Plan Médico de Cabecera	5.727.799	4.089.485,76	4.089.485,76
Plan Médico de Cabecera	5.727.799	6.070.502	6.070.502

La ejecución presupuestaria para el período fue la siguiente:

2000	Vigente	Devengado
Gastos en personal	2.446.539,00	2.054.466,94
Bienes de consumo	2.562.600,00	1.321.229,54
Servicios no personales	573.900,00	442.700,00
Bienes de uso	144.760,00	50.462,25
	5.727.799,00	3.868.858,73

2001	Aprobado	Vigente	Devengado
Gastos en personal	3.028.902	1.965.960,76	1.965.960,76
Bienes de consumo	2.600.000	1.716.669,00	1.602.033,49
Servicios no personales	389.000	368.100,00	368.100,00
Bienes de uso	52.600	38.756,00	10.017,14
	6.070.502	4.089.485,76	3.946.111,39

Las consultas por especialidad para el año 2002, fueron las siguientes:

Clínica			
	Consultas	Profesionales	Promedio consultas/hora
4 Teodoro Álvarez	10309	10	1,34
6 Cosme Argerich	5184	7	0,96
4 Carlos Durand	14134	13	1,42
1 Juan A. Fernández	7820	8	1,27
2 José M. Penna	12333	14	1,15
2 Parmenio Piñero	17566	16	1,43
3 Ignacio Pirovano	10222	12	1,11
4 J.M. Ramos Mejía	15943	13	1,60
1 B. Rivadavia	2486	4	0,81
7 Santojanni	46741	13	4,68
3 Enrique Tornú	7148	7	1,33
5 Vélez Sarsfield	12496	12	1,36
5 Abel Zubizarreta	6301	6	1,37
	168683	135	1,63

Pediatría

	Consultas	Profesionales	Promedio consultas/hora
4 Teodoro Álvarez	7766	7	1,44
6 Cosme Argerich	5118	7	0,95
4 Carlos Durand	5072	8	0,83
1 Juan A. Fernández	4207	6	0,91
2 José M. Penna	6128	7	1,14
2 Parmenio Piñero	11802	10	1,54
3 Ignacio Pirovano	3189	5	0,83
4 J.M. Ramos Mejía	5342	8	0,87
1 B. Rivadavia	649	0	
7 Santojanni	10963	5	2,85
3 Enrique Tornú	2844	4	0,93
5 Vélez Sarsfield	8815	10	1,15
5 Abel Zubizarreta	3375	4	1,10
	75270	81	1,21

Tocoginecología

	Consultas	Profesionales	Promedio consultas/hora
4 Teodoro Álvarez	4541	4	1,48
6 Cosme Argerich	2719	3	1,18
4 Carlos Durand	4209	5	1,10
1 Juan A. Fernández	1569	3	0,68
2 José M. Penna	5072	5	1,32
2 Parmenio Piñero	5919	4	1,93
3 Ignacio Pirovano	2966	3	1,29
4 J.M. Ramos Mejía	4077	4	1,33
1 B. Rivadavia	520	1	0,68
7 Santojanni	5248	12	0,57
3 Enrique Tornú	2353	3	1,02
5 Vélez Sarsfield	3983	5	1,04
5 Abel Zubizarreta	1633	2	1,06
	44809	54	1,08

A pesar de que algunos hospitales están enclavados en áreas de gran demanda poblacional, esto no se refleja en las consultas del PMC, ya que ésta no contempla aquellas personas cuyo domicilio está fuera del Área Programática, siendo destacable que el promedio de consultas no se encuentra relacionado con las metas presupuestadas.

III.OBSERVACIONES

III.1 PADRONES

- No existe actualización del padrón de afiliados motivada en la imprevisión de un sistema que contemple la baja de los afiliados fallecidos, que hubiesen modificado su situación de revista en el padrón del Anses (jubilado, empleado en relación de dependencia), los que no efectuaron consultas o los que asistiendo a la primera no concurren

con posterioridad a los consultorios afectados al Plan Médico de Cabecera. Asimismo los departamentos de arancelamiento o servicios sociales derivan a los pacientes que habiendo sido atendidos por un médico del hospital que les ha recetado un medicamento al que no pueden acceder, a afiliarse al Plan Médicos de Cabecera con la sola finalidad de obtenerlos. Esto produce un incremento en la demanda de consultas del Plan Médicos de Cabecera y una superposición de prestaciones médicas y una composición del padrón irreal.

- No se realiza la confección de la segunda pantalla con los datos del beneficiario respecto de las características del grupo familiar, tipo de vivienda, etc., lo que permitiría la recolección de datos para elaborar estadísticas e indicadores.

III.2 INSUFICIENTE CAMPAÑA DE DIFUSIÓN

De la contestación a nuestra Nota N° 778/03, donde el Subsecretario de Comunicación Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires detalla las campañas realizadas respecto al Plan Médicos de Cabecera y del análisis realizado por el equipo de auditoría sobre el material difundido en ellas, se desprende que existe una notoria carencia de difusión del Plan. Esto se verifica también por la escasez de consultas realizadas por este medio, lo que afectó principalmente a la población más vulnerable beneficiando a la clase media, que se identificó mayormente con el Plan debido al sistema de consultorios particulares.

III.3 FALTA DE ENTREGA DE CREDENCIALES

Desde el año 1999 no se entregan credenciales definitivas a los beneficiarios del Plan Médico de Cabecera. En su lugar, los beneficiarios reciben provisoriamente un comprobante donde se le indica el médico, la dirección y los días de atención.

III.4 AUDITORÍA

El trabajo de Auditoría del Plan es cuantitativamente insuficiente, ya que la tarea es realizada solo por dos auditores, impidiendo un eficiente control.

III.5 NIVELES DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Existe una insuficiente articulación entre el 1° y 2° nivel de atención en algunos hospitales, especialmente en la no implementación de los turnos libres o liberados para los beneficiarios del plan.

III.6 SUPERPOSICIÓN DE TAREAS

Las prestaciones que brinda el Plan Médicos de Cabecera se superponen con las brindadas por los Centros Médicos de Salud (CESAC). Esto trae como consecuencia una duplicación de la asignación presupuestaria (Programa Presupuestario Nro. 365 Atención Primaria de Salud en zonas carenciadas).

III.7 RELEVAMIENTO DE PLANILLAS

De la revisión de las planillas de atención diaria surgieron omisiones de datos y errores en su confección; las más frecuentes fueron:

- Falta de la firma de conformidad del paciente.

- Misma firma en más de una atención.
- Contabilización como atención a pacientes ausentes.
- Falta de datos del paciente.
- Falta de diagnóstico.
- Errores en el D.N.I. o falta del dato.
- Atención a pacientes que no están incorporados en el padrón del PMC.
- Planillas sin membrete.
- Las Planillas de Registro Diario de Atención no tienen una confección uniforme.
- No se utilizan las planillas asignadas para el PMC (Se utilizan hojas comunes, planillas del Programa de Salud escolar, etc.)
- No se respeta el orden de los registros en las columnas correspondientes (diagnósticos en el lugar de estudios solicitados)
- En una misma planilla se registran varios días de atención.

III.8 MEDICAMENTOS

FARMACIAS

En los procedimientos oculares realizados en las farmacias de los hospitales seleccionados en la muestra se pudo constatar lo siguiente:

- No se cumple con el horario de atención establecido por la normativa.
- En algunos hospitales, al momento de la auditoría no existía personal designado específicamente para la entrega de medicamentos del PMC, si bien existe un convenio de pasantías con la Facultad de Farmacia, por el que se comenzaban a realizar nombramientos.
- No poseen padrón ni listado actualizado de pacientes en condiciones de retirar la medicación.
- No realizan ningún tipo de registros respecto de la medicación que entregan.
- No realizan control de stock de medicamentos del PMC que poseen en el sector.
- No producen informes de demanda y consumo de medicamentos.
- No existen registros de farmacia relacionados al PMC. En algunos casos (hospitales: Piñero, Ramos, Penna y Vélez Sarsfield) consisten en el archivo de las recetas firmadas de conformidad por quien retira el medicamento.
- En los hospitales Piñero, Penna y Durand, en el caso de falta de un medicamento, las recetas son retenidas hasta que ingrese el medicamento requerido.
- Existe como práctica habitual la transcripción de recetas por los coordinadores médicos a los efectos de salvar errores.
- La mayoría de las recetas son confeccionadas en recetarios no oficiales.⁴

⁴ Punto 2a anexo I Resolución 893-SS-2000.

- En los Hospitales Ramos Mejía, Penna, Durand y Álvarez las recetas no se confeccionan correctamente, careciendo de los requisitos exigidos, como por ejemplo: las prescripciones médicas carecen de diagnóstico del paciente.⁵
- Se incumple con el Punto 4 c ya que no llevan un registro informático por carecer de los elementos necesarios.
- No se llevan estadísticas sobre entregas de medicamentos. Salvo el Hospital Santojanni que las efectúa el sector de administración de la oficina.
- En los Hospitales Ramos Mejía y Piñero no se realiza registro de prescripciones (Art. 4 ° anexo Resolución 893-SS-2000)⁶
- En algunos casos la entrega de medicamentos no se efectúa en tiempo y forma. La medicación faltante es completada con el stock correspondiente al “Plan Remediar”.
- La superposición de planes de entrega de medicamentos, impide realizar posteriormente una estadística de consumo y un control de stock detallado por plan.
- Los medicamentos se depositan en el mismo ámbito físico que los pertenecientes al “Plan remediar”.

PRESUPUESTO DE MEDICAMENTOS

- El Plan Médico de Cabecera no cuenta con una partida presupuestaria específica para la compra de medicamentos destinada a los beneficiarios del mismo.
- No contempla tampoco ningún tipo de reintegro o subsidio en dinero, para los casos de pacientes que debido a la urgencia y por la falta existente en la farmacia del Hospital, deben comprar el medicamento en forma personal.

CARPETAS DE COMPRA DE MEDICAMENTOS

No existen carpetas de compra de medicamentos por parte de la Secretaría de Salud, destinada al Plan Médico de Cabecera.

III.9 FUNCIÓN DE LA COORDINACIÓN

La asignación de pacientes no se realiza respetando la elección del beneficiario, ni en forma equilibrada entre los profesionales (como lo prevé la normativa)⁷; sino que se utilizan diversos criterios, como ser el de priorizar la cercanía del domicilio del beneficiario con el Centro Médico Barrial, o consultorio. Solo se exceptúa este criterio cuando el médico mas cercano tiene sus turnos saturados.

III.10 AUMENTO DE LA DEMANDA

⁵ Punto 2 c del Anexo I de la Resolución 893-SS-2000.

⁶ Art. 4 anexo Res 893-SS-2000.

⁷ Resolución N° 80, Funciones del Coordinador Médico

El deterioro de las condiciones sociales a partir de diciembre de 2001, motivó un fuerte incremento de la asistencia a los hospitales públicos. Dicha crisis social no significó un aumento adecuado dentro del “Plan Médicos de Cabecera” como se puede observar en las estadísticas realizadas por el INDEC, ya que los indicadores reflejan que solo el 2,1% de la demanda de salud de toda la Ciudad, corresponden al Plan Médicos de Cabecera del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

III.11 FALTA DE RECURSOS HUMANOS

La implementación del plan, no contó con la asignación de recursos humanos de apoyo a la labor médica, indispensable para la buena atención de los afiliado. Ej: farmacéuticos y administrativos.

III.12 CAPACITACIÓN

No se exige al profesional médico la realización de horas anuales obligatorias de cursos de capacitación orientados a la formación del perfil necesario para lograr los objetivos del Plan Médicos de Cabecera.

III.13 INCUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

- La demanda de los Hospitales no ha sido descomprimida como se preveía con la implementación del Plan Médico de Cabecera.

Año	Consultas Totales en Consultorios Externos	Consultas en PMC	Consultas en Consultorios Externos en Hospitales fuera del PMC
2000	8.321.685	167.097	8.154.588
2001	8.316.005	225.519	8.090.486
2002	8.981.250	288.762	8.692.488

Esto se debe entre otras cosas a la falta de campañas de difusión del Plan y la inexistencia de mecanismos de captación de beneficiarios.

También contribuye la no implementación de turnos libres, liberados o reservados en las distintas especialidades para los afiliados al plan, a pesar de estar previsto en la normativa. Esta falencia desalienta la utilización del plan por parte de los afiliados ya que les genera una doble espera de turnos. El paciente debe concurrir al médico de cabecera, previa espera de su turno, para luego y después de la derivación efectuada por este, concurrir al hospital y esperar nuevamente el turno con el especialista. Esto atenta contra el objetivo de desconcentración, ya que desalienta al paciente a utilizar el plan, prefiriendo ir directamente al hospital a solicitar un turno con el especialista correspondiente.

Si bien en el año 2001 las consultas en consultorios externos bajaron, no ocurrió lo mismo en el 2002. En el año 2002, la diferencia de las consultas en consultorios externos con respecto al 2001 fue de 700.000. De estas cifras se

desprende que, el Gobierno de la Ciudad, pese a la crisis de diciembre de 2001 y a la suba en el índice de desempleo que hacía lógicamente prever un incremento de las consultas en consultorios externos, no generó mecanismos para difundir el Plan Médicos de Cabecera de manera de contribuir a descomprimir la demanda en consultorios.

- No se cumple con las metas propuestas (consultas reales y metas)

	2000	2001	2002
CONSULTAS METAS	286.756	406.756	526.756
CONSULTAS REALES	165.932	225.519	288.762

De las cifras sobre consultas surge una disminución en la relación consultas con afiliados, a pesar de que la cantidad de médicos inscriptos en el plan se mantiene relativamente constante:

	2000	2001	2002
AFILIADOS	108.263	142.431	176.614
CONSULTAS METAS POR AFILIADO	2,65	2,86	2,98
CONSULTAS REALES POR AFILIADOS	1,53	1,58	1,63
MÉDICOS	196	202	197

Si consideramos que lo esperado de productividad por profesional por mes es de 192 consultas, se observa:

	2000	2001	2002
CONSULTAS PRESUPUESTADAS ANUAL	286.756	406.756	526.756
CONSULTAS PRESUPUESTADAS ANUAL (POR MÉDICO)	1.463	2.014	2.674
CONSULTAS PRESUPUESTADAS ANUAL POR MÉDICO (PROYECTADO MENSUAL)	122	168	223
ESTIMACIÓN DE CONSULTAS POR MÉDICO MENSUALMENTE	192	192	192
CONSULTAS REALES	165.932	225.519	288.762
CONSULTAS REALES POR MÉDICO (ANUAL)	847	1.116	1.466
CONSULTAS REALES POR MÉDICO (MENSUAL)	71	93	122
RELACIÓN REAL VS. ESPERADA	-121	-99	-70
PRODUCTIVIDAD REAL	847	1.116	1.466
PRODUCTIVIDAD PRESUPUESTADAS	1463	2.014	2.674
RELACIÓN	58%	55%	55%

- El padrón del Plan Médicos de Cabecera contempla la afiliación individual y no por grupo familiar, impidiendo realizar el manejo adecuado de la interacción médico-paciente-familia-contexto, en el marco de la atención primaria de la salud, que indica la Disposición N° 114-DGPED-99.
- El costo de la prestación médica esperada de las consultas por afiliado para el año 2002, asciende a \$ 2,61⁸
- El costo de la prestación médica real de las consultas por afiliado para el año 2002, asciende a \$ 8,68⁹

III.14 ANÁLISIS DE PRODUCCIÓN.¹⁰

De los datos estadísticos remitidos por los hospitales auditados surge:

- Que el promedio de atenciones mensuales por médico (por Hospital de referencia) se encuentra por debajo de los estándares esperados (192 atenciones mensuales).
- Las consultas realizadas durante el período están por debajo de la productividad esperada para cada profesional. Todos los Hospitales se encuentran por debajo de esa pretensión.

Teniendo en cuenta las atenciones promedio efectuadas por los médicos del PMC correspondientes a los hospitales auditados surgen las consultas en exceso al promedio ideal, según detalle que se efectúa a continuación.

cuenta

	Prom. At. / mes	Atenciones esperadas	%
Álvarez	103,84	192	54,08
Durand	94,90	192	49,43
Penna	104	192	54,17
Ramos Mejía	89,65	192	46,69
Santojanni	103,66	192	53,99
Vélez Sarsfield	99,47	192	51,81
Piñero	84,83	192	44,18

III. 15 PARTIDA PRESUPUESTARIA

El Programa desde el 2002, no cuenta con partida presupuestaria asignada.

III. 16 ODONTÓLOGOS

En relación a la cantidad de demanda en el Plan Médicos de Cabecera, llama la atención la cantidad de odontólogos en relación a la cantidad de afiliados al PMC, teniendo en cuenta que en odontología, la prestación en general no equivale a una consulta.

A fines del año 2002 eran 23 los odontólogos de cabecera, y al momento del trabajo de campo, la cantidad de odontólogos inscriptos ascienden a 57, para toda la población inscripta en el Plan.

⁸ \$ 4.089.485,76 para una meta de 526.756 consultas esperadas y una cantidad de 2,98 atenciones por afiliado esperadas.

⁹ \$ 4.089.485,76 por 288.762 consultas reales y una cantidad real de atención por afiliado de 1,63

¹⁰ V. ANEXO II "CUADROS Y GRÁFICOS"

Para el año 2002, se realizaron 50.629 prestaciones, resultando beneficiados 26.450 afiliados, número que no guarda relación con la totalidad de inscriptos en el PMC que asciende a 176.614.

IV. RECOMENDACIONES

IV.1 PADRONES

- A fin de mantener actualizado el padrón de beneficiarios implementar un sistema que contemple la baja de los beneficiarios que hayan fallecido, que hubiesen modificado su situación de revista en el padrón del ANSES (jubilado, empleado en relación de dependencia, fallecidos), que no efectuaron consultas en cierta cantidad de tiempo o los que asistiendo a la primera no concurrieron con posterioridad a los consultorios afectados al Plan Médico de Cabecera.

- Implementar en todas las oficinas del plan la confección de la segunda pantalla con los datos del beneficiario respecto de las características del grupo familiar, tipo de vivienda, etc., a fin de permitir la recolección de los datos necesarios para elaborar estadísticas e indicadores.

IV.2 INSUFICIENTE CAMPAÑA DE DIFUSIÓN

Evaluar un cambio de estrategia comunicacional e intensificar las campañas de difusión del Plan, confeccionando folletería que resulte fácilmente comprensible a la lectura de la población beneficiaria acerca de las vías para acceder al Plan Médico de Cabecera y de las ventajas del mismo por sobre acudir a los consultorios externos.

IV.3 FALTA DE ENTREGA DE CREDENCIALES

Reanudar la entrega de credenciales definitivas a los beneficiarios del Plan Médico de Cabecera. En caso de ser muy costosas las que se venían entregando, confeccionar credenciales de menor costo económico.

IV.4 AUDITORÍA

Asignar un número mayor de auditores al plan, a fin de conseguir un eficiente control de gestión que redunde en el perfeccionamiento del plan.

IV.5 NIVELES DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Realizar acciones tendientes a una mayor articulación entre el 1° y 2° nivel de atención, como ser la agilización de los turnos en consultorios, laboratorios y estudios complementarios, que el hospital debiera mantener reservados al PMC.

IV.6 SUPERPOSICIÓN DE TAREAS

Realizar a través de la Secretaría de Salud, un análisis de las prestaciones que brinda tanto el Plan Médicos de Cabecera como los Centros Médicos de Salud (CESAC), a fin de evitar una duplicación de la asignación presupuestaria.

IV.7 RELEVAMIENTO DE PLANILLAS

Instruir a los médicos respecto de la confección de las planillas de atención diaria, realizando reuniones o enviando instructivos, de modo de evitar que se repitan los errores y omisiones observados y lograr la unificación de criterios en la incorporación de los datos indispensables.

IV.8 MEDICAMENTOS

FARMACIAS

- Controlar el cumplimiento del horario de atención establecido por la normativa.
- Designar personal específicamente para el PMC.
- Cumplir el coordinador médico con lo indicado en el Punto 4 a del Anexo I de la Resolución 893-SS-00, proveyendo mensualmente a la farmacia del listado actualizado de pacientes en condiciones de retirar la medicación.
- Cumplir con lo indicado por el Punto 3 d del Anexo I de la Resolución 893-SS-00, confeccionando los registros de medicamentos entregados.
- Realizar un control de stock de medicamentos.
- Producir informes de demanda y consumo de medicamentos.
- Confeccionar registros de farmacia relacionados al PMC.
- Cumplir con lo indicado en el Punto 3 e del Anexo I de la Resolución 893-SS-00 que prohíbe retener las recetas, en el caso de falta de un medicamento.
- Instruir a los médicos del PMC sobre la correcta confección de las recetas.
- Cumplir con lo indicado por el Punto 2 a del Anexo I de la Resolución 893-SS-00, confeccionando las recetas en los recetarios oficiales.
- Cumplir con lo indicado por el Punto 2 c del Anexo I de la Resolución 893-SS-00, debiendo constar en las recetas el diagnóstico correspondiente.
- Cargar el registro informático indicado en el Punto 4 c en todos los hospitales.
- Realizar estadísticas sobre entregas de medicamentos.
- Realizar el registro de prescripciones (Punto 4 Anexo I de la Resolución 893-SS-2000) en todos los hospitales.

- Cumplir con lo indicado por el Punto 3 a del Anexo I de la Resolución 893-SS-00, entregando los medicamentos a las 48 horas de entregada la receta.
- La superposición de planes de entrega de medicamentos, impide realizar posteriormente una estadística de consumo y un control de stock detallado por plan.
- Crear un ámbito físico diferenciado, dentro del mismo depósito para los medicamentos pertenecientes al “Plan remediar”.

PRESUPUESTO DE MEDICAMENTOS

- Asignar una partida presupuestaria específica para la compra de medicamentos destinada a los beneficiarios del Plan Médicos de Cabecera.
- Implementar un sistema de reintegro o subsidio en dinero, para los casos de pacientes que debido a la urgencia y por la falta existente en la farmacia del Hospital, deben comprar el medicamento en forma personal.

CARPETAS DE COMPRA DE MEDICAMENTOS

Confeccionar carpetas de compra de medicamentos para el Plan Médico de Cabecera.

IV.9 FUNCIÓN DE LA COORDINACIÓN

Cumplir con lo indicado por la normativa en cuanto a la asignación de pacientes respetando la elección del beneficiario y el equilibrio entre los profesionales.

IV.10 AUMENTO DE LA DEMANDA

Rediseñar el Plan Médicos de Cabecera teniendo en cuenta el deterioro de las condiciones sociales de los habitantes de la Ciudad de Buenos Aires, a partir de diciembre de 2001, que motivó un fuerte incremento de la asistencia a los hospitales públicos.

IV.11 FALTA DE RECURSOS HUMANOS

Realizar los nombramientos necesarios para la buena atención de los afiliados. Ej: farmacéuticos y administrativos.

IV.12 CAPACITACIÓN

Exigir como requisito indispensable al profesional médico la realización de horas anuales obligatorias de cursos de capacitación orientados a la formación del perfil necesario para lograr los objetivos del Plan Médicos de Cabecera.

IV.13 INCUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

- Realizar las acciones tendientes a descomprimir la atención de los consultorios externos del hospital.
- Cumplir con las metas propuestas.
- Contemplar la afiliación por grupo familiar, permitiendo realizar el manejo adecuado de la interacción médico-paciente-familia-contexto, en el marco de la atención primaria de la salud, que indica la Disposición N° 114-DGPED-99.

IV.14 ANÁLISIS DE PRODUCCIÓN

Realizar un seguimiento y control del padrón y de las atenciones prestadas por los profesionales y realizar las acciones necesarias tendientes a cumplir con las metas propuestas en el Plan.

IV. 15 PARTIDA PRESUPUESTARIA

Asignar al Programa una partida presupuestaria propia a fin de evaluar la eficacia y eficiencia del mismo.

IV. 16 ODONTÓLOGOS

Realizar los nombramientos necesarios de profesionales en odontología a fin de poder abastecer la demanda de turnos de afiliados.

V. CONCLUSIONES

El objetivo principal del Plan Médicos de Cabecera – la desconcentración del sistema primario de salud y la prevención en salud de los grupos familiares y en la comunidad - no se ha logrado, dado que los ciudadanos siguen optando por asistir masivamente a los hospitales. Las causas pueden buscarse en la insuficiente difusión del Plan, la falta de implementación de los turnos liberados por derivación para otras especialidades (lo que genera que los pacientes sufran la misma demora en la asignación de turnos que si concurrieran a los Servicios del Hospital).

Por otra parte, dado que se trata de un programa capitado, debe implementarse un exigente control sobre las prestaciones y los prestadores, controlando la productividad.

ANEXO I

MARCO NORMATIVO - PLAN MÉDICO DE CABECERA

De la recopilación y análisis de la legislación vigente efectuado surge lo siguiente:

CONSTITUCIÓN DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES:

LEY BÁSICA DE SALUD:

DECRETO N° 456/996 (BOCBA 90 Publ. 10/12/1996)

Dispone la desconcentración de la atención de la salud dentro del área programática de cada establecimiento asistencial.

Establece que las prestaciones pueden efectuarse en consultorios privados, que cuenten con la habilitación pertinente.

Incorpora a este Plan, como “médicos de cabecera” a los profesionales médicos incorporados a la carrera de profesionales de la salud (Ordenanza N° 41.555, BM 17090).

Establece el sistema de elección de los médicos de cabecera.

Dispone los requisitos que deben reunir habitantes de la ciudad para ser incorporados como beneficiarios del sistema.

Determina el canon a percibir por los médicos de cabecera y establece un régimen horario de 16 horas. (art. 13)

DECRETO N° 3.266/1998 (BOCBA 626 Publ. 05/02/1999)

Extiende la “desconcentración de la atención en consultorio a la especialidad de tocoginecología, de acuerdo a lo normado por el Decreto N° 456-GCBA-96.

Faculta a las Secretarías de Salud y de Hacienda y Finanzas para extender mediante resolución conjunta, la desconcentración de la atención en consultorios a otras especialidades; como así también generar otros servicios para la atención de la salud de quienes resulten beneficiarios del Plan.

Crea la figura del coordinador médico del “Plan Médico de Cabecera” y establece su carga horaria en 40 horas semanales.

Establece que la responsabilidad final de la articulación entre los médicos de cabecera y los servicios hospitalarios recae sobre los Directores de Hospitales.

Faculta al Secretario de Salud a delegar, mediante resolución, a un funcionario de dicha secretaría, la tarea de producir incorporaciones y los ceses de los profesionales integrantes del Plan.

Establece el valor de cada módulo, equivalente al canon establecido por el Decreto N° 456-GCBA-96, en su art 13.

RESOLUCIÓN SS N° 399/1996 (BOCBA 119 Publ. 22/01/1996)

Establece la documentación que deben adjuntar los profesionales que se postulen como médicos de cabecera.

Crea una comisión permanente, en el ámbito de la Subsecretaría de salud, para considerar las modificaciones y/o adecuaciones que resulten necesarias para la dinámica del sistema.

Aprueba el reglamento operativo y los formularios de uso obligatorio.

En cuanto al control externo continuo de la gestión y de Auditoría Médico asistencial del sistema establece que será llevado a cabo por la Dirección General de Planeamiento y Evaluación del desempeño que depende de la Secretaría de Salud.

RESOLUCIÓN SS N° 80/1998 (BOCBA 386 Publ 17/02/1998)

Dispone que la responsabilidad de la administración operativa del “Plan Médico de cabecera” recaiga sobre la “Dirección General de Planeamiento y Evaluación del Desempeño” (dependiente de la Secretaría de Salud).

Aprueba los procedimientos, sistema de información, formularios y descripción de funciones y responsabilidades del Plan.

RESOLUCIÓN SH y F N° 199/2000 (BOCBA 914 Publ 31/03/2000)

Extiende la desconcentración de la atención en consultorio a la especialidad de odontología, conforme a la normativa enmarcada por los decretos 456-GCBA-96 y 3266-GCBA-98.

Establece el módulo de odontología en 20 horas semanales, con un tope mensual de 4; como asimismo su valor.

RESOLUCIÓN SS N° 893/2000 (BOCBA 945 Publ 18/05/2000)

Dispone la entrega gratuita de medicamentos por parte de los Hospitales Generales, dependientes de la Secretaría de Salud, a los beneficiarios del “Plan Médicos de Cabecera” menores de 15 años y mayores de 65 años. Dichos medicamentos deben ser aquellos que se ajusten al vademécum aprobado por la Disposición DGP y ED N° 183/99 y sus modificatorias.

Aprueba, en su anexo I, los procedimientos para la provisión de medicamentos (Circuito de prescripción y entrega de medicamentos: Confección de recetas, modalidad de la prescripción, dispensación del medicamento, registro de prescripciones y actualización del Vademécum)).

RESOLUCIÓN SS N° 3204/2001 (BOCBA 1127 Publ 07/02/2001)

Establece la entrega gratuita de medicamentos por parte de los Hospitales Generales, dependientes de la Secretaría de Salud, a las beneficiarias directas del “Plan Médicos de Cabecera” durante el embarazo y desde el momento del diagnóstico hasta un mes después de producido el parto.

En cuanto a la “atención perinatal y la prescripción de medicamentos”, establece que se efectuará de acuerdo a las normas de atención perinatal aprobadas por el Ministerio de Salud y Acción Social mediante Resoluciones Nros. 856-SS-93; 376-SS-96, 124-SS-97 y 89-SPS-99.

DISPOSICIÓN N° 149 de la Secretaría de Salud (22/08/2001)

En virtud de las facultades otorgadas por la Resolución ZIF y SS N° 199/00 a la Dirección general de Planeamiento y Evaluación del desempeño y a la Dirección General Adjunta de Odontología para reglamentar el funcionamiento del Plan mediante la elaboración de las normas que resulten necesarias se aprueba el perfil del odontólogo de Cabecera (anexo I) y la reglamentación operativa del sistema de atención odontológica desconcentrada (anexo II).

CIRCUITO DE PRESCRIPCIÓN Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS

La confección de las recetas: El médico de cabecera exclusivamente es quien confecciona la receta con la cual la farmacia del Hospital provee la medicación al beneficiario. Las prescripciones de los sub-especialistas, ya sea por demanda espontánea del paciente o como contrarreferencia a la consulta efectuada por el médico de cabecera, no permiten la dispensación gratuita del medicamento. Si el médico de cabecera coincide con la sugerencia deberá confeccionar la receta correspondiente.

Los sub-especialistas deberán realizar la sugerencia o indicación de acuerdo al vademécum del plan exclusivamente. Las prescripciones fuera del vademécum no permitirán la dispensación gratuita del medicamento y redundarán en perjuicio para el paciente. El consultor deberá explicar al paciente la razón de la indicación fuera del vademécum

Modalidad de la prescripción:

La prescripción del medicamento deberá realizarse por nombre genérico de la droga (DCI) y exclusivamente en los recetas oficiales; con firma y sello aclaratorio del médico.

Los recetas serán dobles y con idéntica numeración. Una receta para la prescripción y otra (adosada y troquelada) para la indicación.

En la receta deberán constar el nombre del paciente y el número de beneficiario, así como el o los diagnósticos correspondientes.

El médico indicará, por DCI, la droga y la posología en el receta de prescripción

En la segunda página, receta de indicación, se indicará la posología, es decir, cómo debe el paciente consumir el medicamento.

No se indicarán más de dos drogas por cada receta.

Deberá aclararse la duración del tratamiento en días para cada droga indicada.

El receta oficial debe utilizarse solamente para la prescripción de medicamentos del vademécum. Si el profesional desea indicar una droga no incluida, y por lo tanto el paciente no debe concurrir a la Farmacia del Hospital a aprovisionarse, deberá hacerlo en otro receta distinto al oficial provisto.

Lo mismo vale para la indicación, es decir, para las instrucciones acerca de cómo debe el paciente utilizar el medicamento. No deberá utilizarse el receta oficial para este ítem.

La Farmacia del Hospital no requiere de un duplicado para la dispensación de psicofármacos por lo tanto no debe confeccionarse el mismo.

Dispensación del medicamento:

Munido de la receta oficial el paciente deberá dirigirse a la Farmacia del Hospital en horario matutino. La medicación se retirará a las 48 horas de entregada la receta.

En caso de requerirse medicación de urgencia, v.g. antibióticos, el farmacéutico de guardia cubrirá la necesidad.

El farmacéutico registrará nombre, número de adherente, diagnóstico y droga/s prescritas

Llevará, además, un registro de la medicación dispensada, tanto lo indicado por el médico como lo entregado efectivamente al paciente, marca y cantidad.

Si por motivos operativos o de falta de disponibilidad en el momento, la dispensación no coincide con la duración de tratamiento indicada por el médico, el farmacéutico registrará la cantidad dispensada en la receta, la que será regresada al paciente para ser presentada nuevamente en el momento oportuno. El farmacéutico no retendrá una receta si no se dispensó al paciente la totalidad del tratamiento indicado. El paciente no requerirá una nueva receta si la dispensación no fue completa.

El farmacéutico no podrá reemplazar la droga indicada por el médico. Sin embargo, y de acuerdo a la disponibilidad de presentaciones y formas farmacéuticas deberá aclarar en la receta de indicaciones de qué manera el paciente cumplirá el tratamiento. Es decir si, por ejemplo, el médico indicó cierta droga en dosis de 10 mg. por día y el farmacéutico dispone de comprimidos de cinco miligramos, deberá instruir al paciente sobre la necesidad de consumir dos comprimidos de cinco miligramos en reemplazo de uno de diez miligramos. En ninguna circunstancia dejará de proveerse la medicación al paciente por carecer de la forma farmacéutica indicada. Ante la duda el farmacéutico se comunicará con el médico tratante.

Las recetas deberán archivar y estar disponibles para auditoría; de la misma manera que el registro mencionado arriba.

Registro de prescripciones:

El Coordinador Médico del Plan Médicos de Cabecera proveerá mensualmente a la Farmacia un listado actualizado de los beneficiarios en condiciones de recibir la medicación y de los médicos autorizados a realizar la prescripción.

El Farmacéutico llevará un registro completo de las indicaciones de los médicos y de la medicación dispensada a los pacientes. El paciente deberá firmar de conformidad al momento de retirar la medicación.

El registro se cargará en el sistema informático diferenciado por paciente.

Con los datos de este registro, cruzados con las estadísticas médicas se realizará el seguimiento para la evaluación del consumo y previsión de las compras.

La Farmacia deberá proveer la información al Coordinador Médico o al Coordinador en Farmacología Clínica del Plan Médicos de Cabecera en caso de ser solicitada.

Actualización del Vademécum:

Como instrumento dinámico el vademécum debe ser sometido a revisión periódica para su actualización.

Cada tres meses se analizarán las estadísticas de consumo en las Farmacias y el grado de satisfacción de médicos y pacientes.

Las drogas no utilizadas y que no posean características de estacionalidad serán dadas de baja, o las que presenten inconvenientes a nivel nacional o internacional.

De acuerdo con el avance del conocimiento y las necesidades de los médicos y, en especial, de la población beneficiaria, se incorporarán nuevas drogas y/o formas farmacéuticas.

ANEXO II CUADROS Y GRÁFICOS

	Prom. At. / mes	Atenciones esperadas	Atenciones /hora	Porcentaje de Frecuencia de reales en atenciones función de (en las minutos) esperadas	
Esperados	192		3	20	
Álvarez	103,84	192,00	1,62	36,98	0,54
Durand	94,90	192,00	1,48	40,46	0,49
Penna	104,00	192,00	1,63	36,92	0,54
Ramos	89,65	192,00	1,40	42,83	0,47
Santojanni	103,66	192,00	1,62	37,04	0,54
Vélez Sarsfield	99,47	192,00	1,55	38,60	0,52
Piñero	84,83	192,00	1,33	45,27	0,44

GRAFICO I

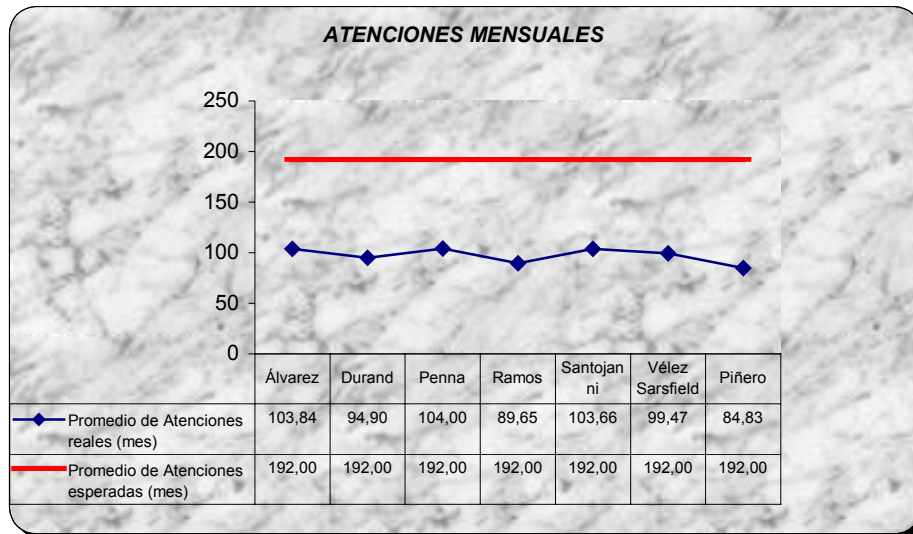


GRAFICO II

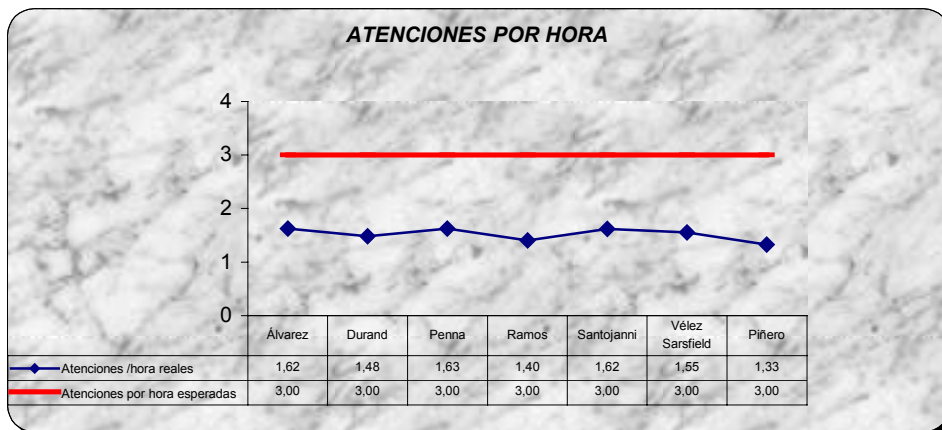


GRAFICO III

