

INFORME FINAL DE AUDITORIA Con Informe Ejecutivo

PROYECTO N° 3.07.09

**PLAN MÉDICOS DE CABECERA
SEGUIMIENTO DE OBSERVACIONES
Y RECOMENDACIONES
DEL PROYECTO 3.03.10**

Buenos Aires, Julio de 2008

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Presidente

Dra. Sandra Bergenfeld

Auditores Generales

Dr. Santiago De Estrada

Dr. Alejandro Fernández

Ing. Adriano Jaichenco

Dra. Paula Oliveto Lago

Lic. Josefa A. Prada

Dr. Juan Carlos Toso

Código de Proyecto: 3.07.09

Nombre del Proyecto: Plan Médicos de Cabecera. Seguimiento de observaciones y recomendaciones del proyecto 3.03.10

Objeto: Plan Médicos de Cabecera

Objetivos: Efectuar el seguimiento de observaciones y recomendaciones efectuadas.

Período bajo examen: Año 2006

Fecha de presentación de informe: 28/11/07

Equipo Designado:

Audidores Coordinadores de Supervisión
Gámez, María Mercedes

Auditor Supervisor
Raimondo, Jorge (Contador)

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Bs. As., mayo de 2008
Código del Proyecto	3.07.09
Denominación del Proyecto	SEGUIMIENTO DE OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROYECTO 3.03.10 PLAN MÉDICOS DE CABECERA
Período examinado	Año 2006
Objetivo de la auditoría	Efectuar el seguimiento de observaciones y recomendaciones efectuadas.
Alcance	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 N° 325. La verificación de la puesta en marcha de acciones correctivas sobre las observaciones efectuadas en el Proyecto 3.03.10 mediante los datos obtenidos a través de: • Entrevistas con el Director General del Plan y con funcionarios a cargo de los sectores responsables de la gestión. • Análisis de la documentación disponible relativa a las reformas, mejoras, etc. • Inspección ocular de los sectores mencionados en el Informe. • Análisis de los descargos y demás consideraciones que incluyan los informes mencionados. • Verificación de las modificaciones implementadas en la gestión. • Verificación in situ de atención de stands del PMC¹. • Análisis de planillas de atención diaria de profesionales del Plan. • Relevamiento del circuito de recepción y entrega de medicamentos del PMC en farmacias de hospitales. • Análisis del listado de profesionales odontólogos del plantel de Odontólogos de Cabecera, atenciones mensuales efectuadas por cada profesional en los años 2005 – 2006.
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de campo se desarrollaron entre el 12 de abril y el 15 de noviembre de 2007
Aclaraciones previas	1. Características del Programa El Plan médicos de Cabecera fue concebido como un servicio gratuito dirigido a todas las personas de la ciudad sin

¹ Plan Médicos de Cabecera

	cobertura de salud. Brinda atención de clínica médica, pediatría, ginecología, odontología y enfermería en consultorios particulares de los médicos del Hospital o en centros médicos barriales. Asimismo abastece medicamentos de manera gratuita a todos los afiliados. Para ser beneficiarios del plan, los vecinos realizan un trámite de afiliación (en el Hospital de la zona de residencia o en el CGP) en donde se les designa el especialista que oficiará de médico de cabecera para él y su grupo familiar. Los turnos se pueden solicitar en forma telefónica y los días y horarios de atención varían dependiendo de la disponibilidad de cada profesional. En el diseño del Plan se tomó en cuenta el acceso al segundo nivel de complejidad en la atención médica (los estudios de diagnóstico y tratamientos especializados), que debe realizarse en el Hospital más cercano al domicilio del paciente y donde personal médico y administrativo debe orientar y acompañar al beneficiario. El Plan Médicos de Cabecera se propone: • Disminuir la mortalidad infantil; • Facilitar la atención médica a los sectores en riesgo; • Disminuir la aparición de las enfermedades frecuentes. En la atención de pacientes, se intenta: • Evitar demoras en la atención en el Hospital, facilitando los turnos programados a los pacientes incluidos en el plan. • Programar controles de salud • Realizar cobertura diferenciada para mayores de mayores de 65 años y para mujeres embarazadas. 2. Centros Médicos Barriales: En el año 2000 el Plan Médicos de Cabecera incorporó la atención en Centros Médicos Barriales (CMB) que nucleaban a médicos de cabecera especialistas en Medicina General y Familiar, Pediatría y Tocoginecología. Esta estrategia permitiría contar con profesionales de las especialidades básicas en un mismo ámbito para facilitar la satisfacción de las necesidades de salud de los distintos integrantes de la familia, poniendo énfasis en tareas de difusión y prevención de la salud. En la actualidad, los Centros Médicos Barriales cuentan además, con prestaciones de enfermería, vacunatorio y trabajadores sociales que deben relacionar a los vecinos con el Sistema de Salud de la Ciudad. En septiembre de 2003, durante el trabajo de campo del informe de gestión existían 23 centros médicos barriales. En la actualidad, al cierre del presente trabajo de campo, son 37 distribuidos entre las áreas programáticas. 3. Los Programas que tienen por cobertura médica el Plan Médicos de Cabecera son: • El Plan “Joven Universitario” , El Plan “Nuevos Roles
--	--

	Laborales” de la Dirección General de Microemprendimientos, El Plan “Empleo Joven” , El Plan “Jefas y Jefes de Hogar” , El Programa “Recuperadores Urbanos” , Becarios de la Dirección General de Educación Superior. Los potenciales beneficiarios del PMC son todos aquellos residentes de la Ciudad de Buenos Aires, sin cobertura médica de tipo sindical o privado. Según datos publicados en el Resumen Estadístico 2005 de la Ciudad para el año 2005 la población registrada para el PMC ascendía a 294.236 personas, esto es el 47% de la población que estaría en condiciones de acceder. 4. Evolución de las consultas del PMC: La atención médica desarrollada a través de este Plan ha disminuido desde el análisis de gestión realizado por esta Auditoría en 2002, pasando de 288.762 consultas a 258.111 en el año 2006. 5. Población afiliada por Área Programática De los datos publicados por el Anuario 2005 de Estadísticas para la Salud, se observa que los Hospitales Ramos Mejía, Piñero y Santojanni, con sus áreas programáticas, son aquellos que la concentran en mayor proporción (11,8%, 11,7% y 10% respectivamente). Es decir que el 34% está concentrado en tres Áreas Programáticas.
Observaciones principales	A los efectos de evaluar las decisiones adoptadas y las acciones encaradas por la Dirección del Hospital, sobre los aspectos de gestión observados en el Informe Final de Auditoría Proyecto N° 3.03.10 se utilizaron los siguientes criterios: Sin modificaciones (No se determinan acciones tendientes a dar solución a la temática observada), Con modificaciones insuficientes (Las acciones encaradas resultan insuficientes o inadecuadas), Con modificaciones en curso favorable (Se determinan acciones tendientes a solucionar las falencias determinadas. Proceso no concluido), Modificado satisfactoriamente (Las acciones o modificaciones encaradas resultan suficientes y adecuadas para revertir la temática observada) Observación 1): PADRONES Comentario de la Auditoría: El cruce con padrones que detectan actividad laboral (ANSES), se realiza únicamente en el momento del alta del beneficiario, lo que impide determinar con cierta periodicidad si los afiliados al Plan reúnen los requisitos establecidos por la normativa para el acceso al mismo. Al momento de esta auditoria no se había realizado la baja de los beneficiarios del Plan Jefas y Jefes de hogar, que han pasado a la planta permanente de los organismos para los que realizaban la contraprestación. Si bien como menciona

	el auditado se ha establecido un criterio de beneficiarios activos y pasivos, esto no permite contar con un universo actualizado que permita evaluar las necesidades del Plan respecto al Recurso Humano necesario, planificación de metas reales y planificación de compras de medicamentos. Actualmente se recaban datos respecto de otros Programas en los que esté inscripto el Afiliado, nivel de instrucción, últimas consultas realizadas, medicación entregada. Los registros son individuales y no se vinculan al grupo familiar. Conclusión: se mantiene la observación. Grado de avance: Con modificaciones insuficientes e inadecuadas. Observación 2): INSUFICIENTE CAMPAÑA DE DIFUSIÓN Comentario de la Auditoría: La última campaña de difusión masiva del Plan fue en el año 2002. Actualmente se difunde en el stand del PMC en los hospitales y en los CGP's. Uno de los medios de difusión que menciona la responsable del Plan es el 0-800-333-7258. Según los datos suministrados, entre los meses de enero y agosto de 2006 se habían recibido 46 llamados, todos ellos por reclamos. No se puso a disposición, de existir, la cantidad de contactos recibidos para solicitar información sobre el Plan y el impacto que este medio ha tenido en la inscripción de nuevos afiliados. Conclusión: se mantiene la observación. Grado de avance: sin modificaciones. Observación 3): FALTA DE ENTREGA DE CREDENCIALES Comentario de la Auditoría: Se mantiene la entrega de comprobantes de inscripción provisorios, que resultan de la impresión de la parte inferior de la primera página de la Base de PMC. Conclusión: se mantiene la observación. Grado de avance: sin modificaciones. Observación 4): AUDITORÍA Comentario de la Auditoría: En la actualidad el Plan cuenta con 307 médicos de cabecera, y con tres profesionales auditores. Al cierre del trabajo de campo de esta auditoría, uno de los médicos integrantes del equipo presentó su renuncia, lo que dificulta la tarea para ejercer un adecuado control. A su vez, el equipo de auditoría realiza informes cuantitativos, no aportando datos acerca de la calidad del servicio. Conclusión: se mantiene la observación. Grado de avance: sin modificaciones. Observación 5): NIVELES DE ATENCIÓN DE LA SALUD Comentarios de la Auditoría: Del relevamiento efectuado en los Hospitales de la muestra, se verificó la disponibilidad de
--	--

	turnos liberados para la mayoría de las especialidades y estudios complementarios. En Hospitales con atención vespertina², la disponibilidad es en ambos turnos. Conclusión: se resuelve la observación. Grado de avance: modificado satisfactoriamente. Observación 6): SUPERPOSICIÓN DE TAREAS Comentarios de la Auditoría: las prestaciones básicas brindadas por el PMC y el CeSAC son coincidentes. No resulta evidente que se trate de acciones complementarias para optimizar la accesibilidad de la población al Primer Nivel de Atención. Conclusión: se mantiene la observación Grado de avance: sin modificaciones Observación 7): RELEVAMIENTO DE PLANILLAS Comentario de la Auditoría: Del relevamiento efectuado surge una mejora en la confección de las “Planillas de Atención Diaria Registro de Prestaciones Individuales”, existiendo aún fallas en el ítem de firma del paciente, que en algunos casos se observó incompleto. En la planilla “Plan Odontólogo de Cabecera Registro de Prestaciones Individuales”, no existe un campo predeterminado para la conformidad del paciente. Asimismo resta unificar el criterio para el registro del ausentismo de pacientes. Conclusión: se mantiene la observación Grado de avance: Con modificaciones en curso favorable. Observación 8): MEDICAMENTOS FARMACIAS Comentarios de la Auditoría: 1) El decreto Nro. 893/2000 en su Anexo I - Punto 3 – Referido a la dispensación del medicamento dispone que el paciente debe dirigirse a la farmacia del Hospital en el horario Matutino. En los Hospitales auditados, se cumple con la mencionada resolución. Se resuelve la observación 2) Si bien se han designado profesionales para la atención de la farmacia, los concursos realizados no han sido efectivizados a la fecha de trabajo de campo. Los farmacéuticos que realizan la tarea tienen designación informal y diversas situaciones de revista³ Se mantiene la observación, responsabilidad del Ministerio de Salud (DG Atención Integral de la Salud) 3) Las Farmacias de los Hospitales continúan sin computadoras, lo que impide alguna verificación en el Padrón de afiliados. Para la entrega de medicamentos, se constató en los Hospitales auditados, que el afiliado debe presentarse
--	---

² Ramos Mejía, Tornú y Penna

³ Planta Permanente, Suplentes de Guardia, horas SAME, etc.

	previamente en el Stand de PMC para que el Coordinador autorice la receta, sin esta autorización no se entregan los medicamentos. Se mantiene la observación, responsabilidad del Ministerio de Salud (DG Atención Integral de la Salud) 4) De la muestra de Hospitales, se pudo verificar que llevan Libros de actas o Planilla de movimientos diarios, donde registran los medicamentos entregados. Se resuelve la observación 5) De la muestra hospitalaria seleccionada se pudo observar que se realizan los controles de stock de medicamentos del PMC. Se resuelve la observación 6) Los Hospitales de la muestra producen informes de demanda y consumo de medicamentos que remiten a la responsable del Sector Medicamentos para el Plan Médicos de Cabecera y CeSAC, del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad. Se resuelve la observación 7) Se ha implementado un sistema de registro de medicamentos del PMC. Se resuelve la observación 8) El recetario para prescripción de medicamentos del PMC, dispone de un área troquelada para el caso en que quede pendiente algún medicamento al momento de la entrega. Se resuelve la observación 9) Si bien se ha observado la transcripción de recetas por los Coordinadores Médicos de los Stand, esta práctica es un recurso para solución de la problemática del paciente, en casos donde la necesidad de la medicación no puede postergarse o cuando la medicación disponible pertenece a otro Plan. Se resuelve la observación 10) En los Hospitales auditados se comprobó que las recetas son elaboradas en recetarios oficiales. Se resuelve la observación 11) Del relevamiento efectuado surge que en las recetas figuran los datos del paciente, persistiendo en ocasiones la falta de diagnóstico. Se mantiene la observación, con modificaciones en curso favorable 12) Se da cumplimiento al Punto 4 –c Anexo I de la Resolución SS N° 893/00, siendo el Stand del PMC el encargado del registro en el sistema informático diferenciado por paciente. Se resuelve la observación 13) En los Hospitales auditados se verificó la confección de estadísticas sobre entregas de medicamentos. Se resuelve la observación 14) Se verificó el registro de prescripciones (Libros de actas o Planillas de movimientos diarios) en las Farmacias, donde se asientan los datos del paciente, medicación entregada, fecha de entrega y plan o programa si correspondiese. El paciente firma la receta con aclaración y número de documento. Se resuelve la observación 15) En la actualidad la provisión de medicamentos en el PMC
--	--

	y el Plan Remediar son complementarios. Se resuelve la observación 16) Se realizan estadísticas de consumo y control de stock detallado por plan. Se resuelve la observación 17) Se almacena la medicación en forma separada. Se resuelve la observación PRESUPUESTO DE MEDICAMENTOS 18) El presupuesto no está abierto por Plan (Plan Médico de Cabecera y CeSAC) lo que dificulta el análisis de la gestión del consumo de los mismos. Se mantiene la observación 19) No se han implementado mecanismos alternativos para cuando la urgencia de la prescripción del medicamento no permita esperar a la reposición del stock. Se mantiene la observación CARPETAS DE COMPRA DE MEDICAMENTOS 20) Los pedidos de compra de medicamentos para PMC y CeSAC se realizan en forma separada. Atención Primaria de la Salud consolida los requerimientos y realiza la compra para el conjunto, lo que dificulta el análisis de la gestión del consumo de los mismos. Se mantiene la observación Conclusión: Se mantiene la observación Grado de avance: con modificaciones en curso favorable Observación 9): FUNCIÓN DE LA COORDINACIÓN Comentarios de la Auditoría: El criterio utilizado para la asignación de pacientes a los profesionales del PMC, se ajusta a la normativa vigente. Conclusión: se resuelve la observación. Grado de avance: Modificado satisfactoriamente Observación 10): AUMENTO DE LA DEMANDA Comentarios de la Auditoría: según los datos obtenidos de la Dirección de Estadísticas para la Salud y del Movimiento Hospitalario, las consultas por PMC desde el año 2002 han ido decreciendo, tal como se menciona en Evolución de las Consultas del PMC, punto 4 del presente informe. Conclusión: se mantiene la observación Grado de avance: sin modificaciones Observación 11): FALTA DE RECURSOS HUMANOS Comentarios de la Auditoría: Al momento del cierre de trabajo de campo, no se habían efectuado los nombramientos necesarios para cubrir las necesidades de recursos humanos. Los Hospitales con atención vespertina se encuentran a la espera de la designación de personal administrativo para extender el horario de atención de los Stands, se otorgan turnos vespertinos pero la atención se concentra en el turno matutino. No se han efectuado designaciones de personal en las Farmacias Hospitalarias para la entrega de medicamentos a los afiliados de PMC.
--	--

	<u>Conclusión:</u> se mantiene la observación. Grado de avance: sin modificaciones. Observación 12): CAPACITACIÓN Comentarios de la Auditoría: Se observan acciones de capacitación a los profesionales en pos del logro de los objetivos del Plan. <u>Conclusión:</u> se resuelve la observación Grado de avance: modificado satisfactoriamente Observación 13): INCUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS Comentarios de la Auditoría: Existen diferencias entre los registros informados por la Coordinación del Plan y por los datos obtenidos de la Dirección de Estadísticas para la Salud del Ministerio de Salud del GCBA. Con respecto al cumplimiento de las metas propuestas, el Plan continúa en déficit. Continúa también en déficit la relación consultas reales / afiliados reales. Aumentó el número de médicos del Plan no así la cantidad de consultas realizadas por los afiliados. En el año 2006 se ha logrado el 25% de consultas reales por afiliado, respecto de las consultas meta del período. En el Informe de Gestión se analizó la productividad de los profesionales, considerando que lo esperado es 192 consultas/mes: Las relaciones consultas reales / esperadas y productividad real / esperada han ido decreciendo, observándose una caída de ambos indicadores. <u>Conclusión:</u> se mantiene la observación Grado de avance: con modificaciones insuficientes Observación 14): ANÁLISIS DE PRODUCCIÓN Comentarios de la Auditoría: El promedio de atenciones registradas en el Informe que da origen a este seguimiento fue de 97 consultas mensuales, mientras que en la actualidad la cantidad de consultas ha decrecido a un promedio de 67 consultas mes por profesional. <u>Conclusión:</u> se mantiene la observación Grado de avance: con modificaciones insuficientes Observación 15): PARTIDA PRESUPUESTARIA Comentarios de la Auditoría: la falta de apertura de la programación presupuestaria en sus distintos rubros, dificulta el análisis de la gestión en su eficiencia, eficacia y economía. <u>Conclusión:</u> se mantiene la observación Grado de avance: sin modificaciones. Observación 16): ODONTÓLOGOS Comentarios de la Auditoría: Pese a la incorporación de nuevos profesionales y al
--	--

	incremento de las prestaciones realizadas la eficiencia respecto a la cantidad de pacientes atendidos disminuyó respecto al informe original. Conclusión: se mantiene la observación Grado de avance: con modificaciones insuficientes VI.- NUEVAS OBSERVACIONES 1- Los datos estadísticos provistos por las distintas fuentes no son coincidentes. Se hallaron diferencias entre la información de la Jefatura del Plan, los datos de Estadísticas para la Salud y el Ministerio de Hacienda del GCBA 2- No existen estadísticas sobre ausentismo de los pacientes a turnos programados puesto que el Programa estadístico no prevé la carga de los ausentes. Esta falencia impide medir la eficacia del PMC El área responsable de la entrega de medicamentos de APS no realiza control físico de stock en las farmacias hospitalarias.
Conclusión	El Plan Médicos de Cabecera se origina en el marco de una política denominada 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". El objetivo de este programa es el de desconcentrar el primer nivel de atención de la salud. A través de él, profesionales médicos que integran la planta de personal de los Hospitales Generales de Agudos atienden en sus consultorios particulares, en forma gratuita, a los beneficiarios del Plan, en una estrategia que pretendió optimizar la utilización de los recursos públicos haciendo hincapié en la atención primaria. Sin dudas fue un recurso para darle atención a los vecinos de la Ciudad que no encontraban satisfacción a la demanda de turnos en los hospitales, congestionada por un 60% de pacientes residentes fuera de la jurisdicción. Con cantidad de pacientes atendidos que ha decrecido con los años, con falta de difusión y captación de nuevos beneficiarios, con un sistema de control interno deficitario y una evidente falta de articulación con los Servicios Hospitalarios, el Plan no ha alcanzado su objetivo principal de transformar el sistema de salud descomprimiendo la afluencia de público a los hospitales y mejorando la calidad de la atención de los pacientes de la Ciudad. En lo que respecta al Informe que da origen al seguimiento de las observaciones efectuadas, puede concluirse en que el Plan no ha logrado revertir las falencias detectadas, ya que en el 80% de los casos continúan verificándose idénticas observaciones

**Informe Final de Auditoria
Proyecto N° 3.07.09**

DESTINATARIO

Señora
Presidenta
Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Dra. Gabriela Michetti
S / D

En uso de las facultades conferidas por el artículo 135° de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de conformidad con las disposiciones de la Ley 70, artículos 131°, 132° y 136°, la Auditoria General de la Ciudad de Buenos Aires, procedió a efectuar un examen en el ámbito del Ministerio de Salud, con el objeto que se detalla a continuación.

I.OBJETO

Plan Médicos de Cabecera

II.OBJETIVO

Efectuar el seguimiento de observaciones y recomendaciones efectuadas en el Informe Final de Auditoria Proyecto 3.03.10.

III.ALCANCE DEL EXAMEN

El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoria General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por la Ley N° 325.

La verificación de la puesta en marcha de acciones correctivas sobre las observaciones efectuadas en el Proyecto 3.03.10 mediante los datos obtenidos a través de:

- Entrevistas con el Director General del Plan y con funcionarios a cargo de los sectores responsables de la gestión.
- Análisis de la documentación disponible relativa a las reformas, mejoras, etc.
- Inspección ocular de los sectores mencionados en el Informe.
- Análisis de los descargos y demás consideraciones que incluyan los informes mencionados.
- Verificación de las modificaciones implementadas en la gestión.

- Verificación in situ de atención de stands del PMC⁴.
- Análisis de planillas de atención diaria de profesionales del Plan.
- Relevamiento del circuito de recepción y entrega de medicamentos del PMC en farmacias de hospitales.
- Análisis del listado de profesionales odontólogos del plantel de Odontólogos de Cabecera, atenciones mensuales efectuadas por cada profesional en los años 2005 – 2006.

Las tareas de campo se desarrollaron entre el 12 de abril y el 15 de noviembre de 2007.

IV) ACLARACIONES PREVIAS

1. Características del Programa

El Plan médicos de Cabecera fue concebido como un servicio gratuito dirigido a todas las personas de la ciudad sin cobertura de salud. Brinda atención de clínica médica, pediatría, ginecología, odontología y enfermería en consultorios particulares de los médicos del Hospital o en centros médicos barriales. Asimismo abastece medicamentos de manera gratuita a todos los afiliados.

Para ser beneficiarios del plan, los vecinos realizan un trámite de afiliación (en el Hospital de la zona de residencia o en el CGP) en donde se les designa el especialista que oficiará de médico de cabecera para él y su grupo familiar.

Los turnos se pueden solicitar en forma telefónica y los días y horarios de atención varían dependiendo de la disponibilidad de cada profesional.

En el diseño del Plan se tomó en cuenta el acceso al segundo nivel de complejidad en la atención médica (los estudios de diagnóstico y tratamientos especializados), que debe realizarse en el Hospital más cercano al domicilio del paciente y donde personal médico y administrativo debe orientar y acompañar al beneficiario.

El Plan Médicos de Cabecera se propone:

- Disminuir la mortalidad infantil;
- Facilitar la atención médica a los sectores en riesgo;
- Disminuir la aparición de las enfermedades frecuentes.

En la atención de pacientes, se intenta:

- Evitar demoras en la atención en el Hospital, facilitando los turnos programados a los pacientes incluidos en el plan⁵.
- Programar controles de salud
- Realizar cobertura diferenciada para mayores de 65 años⁶ y para mujeres embarazadas.

⁴ Plan Médicos de Cabecera

⁵ Los turnos no pueden demorar más de una semana

⁶ prótesis dentarias y medicamentos gratuitos. Controles de salud periódicos. Seguimiento y control de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, obesidad, etc.)

2. Centros Médicos Barriales:

En el año 2000 el Plan Médicos de Cabecera incorporó la atención en Centros Médicos Barriales (CMB) que nucleaban a médicos de cabecera especialistas en Medicina General y Familiar, Pediatría y Tocoginecología. Esta estrategia permitiría contar con profesionales de las especialidades básicas en un mismo ámbito para facilitar la satisfacción de las necesidades de salud de los distintos integrantes de la familia, poniendo énfasis en tareas de difusión y prevención de la salud.

Conformación del equipo profesional de los CMB:

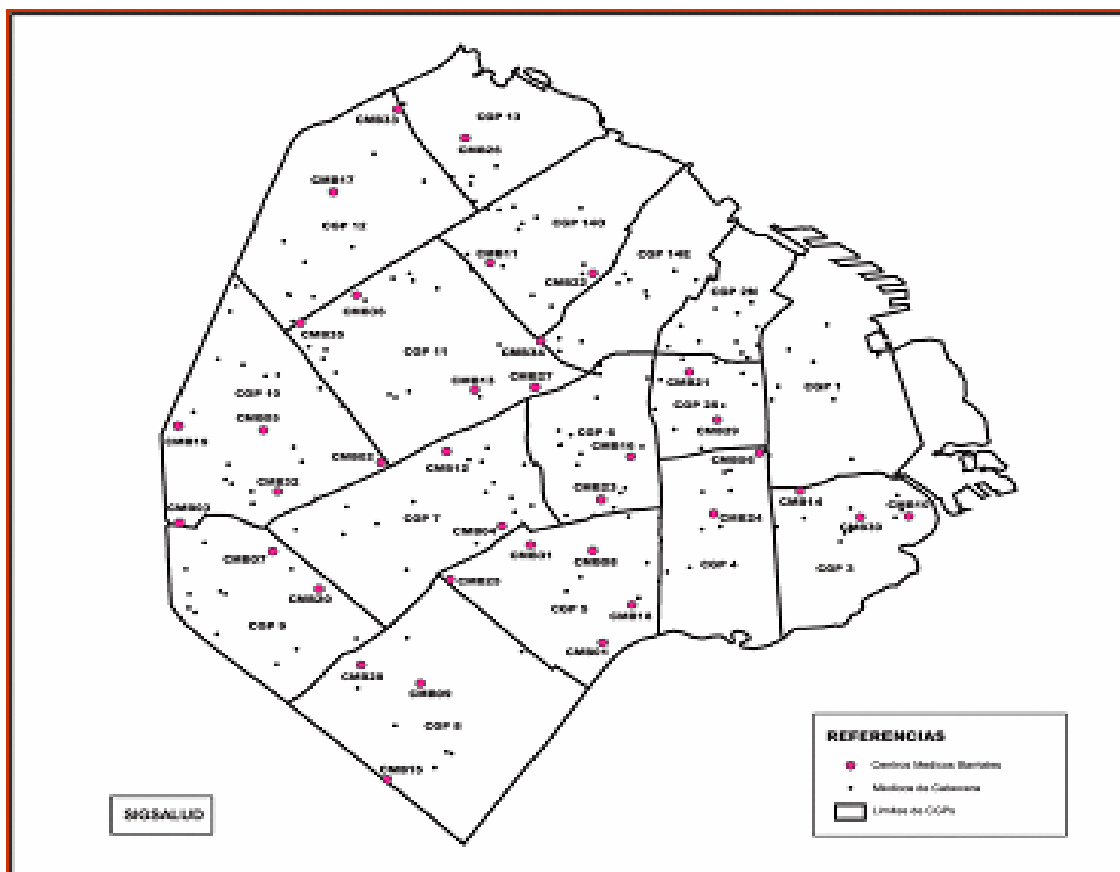
- dos médicos especialistas en Medicina Familiar y General o en Clínica Médica
- un médico especialista en Pediatría
- un médico especialista en Tocoginecología

Los médicos deben estar incorporados a la Carrera de Profesionales de la Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

En la actualidad, los Centros Médicos Barriales cuentan además, con prestaciones de enfermería, vacunatorio y trabajadores sociales que deben relacionar a los vecinos con el Sistema de Salud de la Ciudad.

En septiembre de 2003, durante el trabajo de campo del informe de gestión existían 23 centros médicos barriales. En la actualidad, al cierre del presente trabajo de campo, son 37 distribuidos entre las áreas programáticas.

La tendencia del Plan apunta a que la totalidad de los médicos que atienden en consultorios privados paulatinamente vayan agrupándose en CMB.



3. Los Programas que tienen por cobertura médica el Plan Médicos de Cabecera son:

- El Plan “Joven Universitario”
- El Plan “Nuevos Roles Laborales” de la Dirección General de Microemprendimientos.
- El Plan “Empleo Joven”
- El Plan “Jefas y Jefes de Hogar”
- El Programa “Recuperadores Urbanos”
- Becarios de la Dirección General de Educación Superior

Los potenciales beneficiarios del PMC son todos aquellos residentes de la Ciudad de Buenos Aires, sin cobertura médica de tipo sindical o privado. En esta condición se encuentran aproximadamente 626.862 personas⁷.

Existe un padrón de beneficiarios inscriptos en el Plan que se distribuye a los médicos de cabecera. Como criterio privilegiado se utiliza la cercanía del domicilio. Según datos publicados en el Resumen Estadístico 2005 de la Ciudad⁸ para el año 2005 la población registrada para el PMC ascendía a 294.236 personas, esto es el 47% de la población que estaría en condiciones de acceder.

Los registros de atenciones realizadas por los médicos se cuentan por cantidad de consultas de primera vez y ulterior, a partir de las planillas de atención diaria

⁷ P.T.N°12 Datos estadísticos

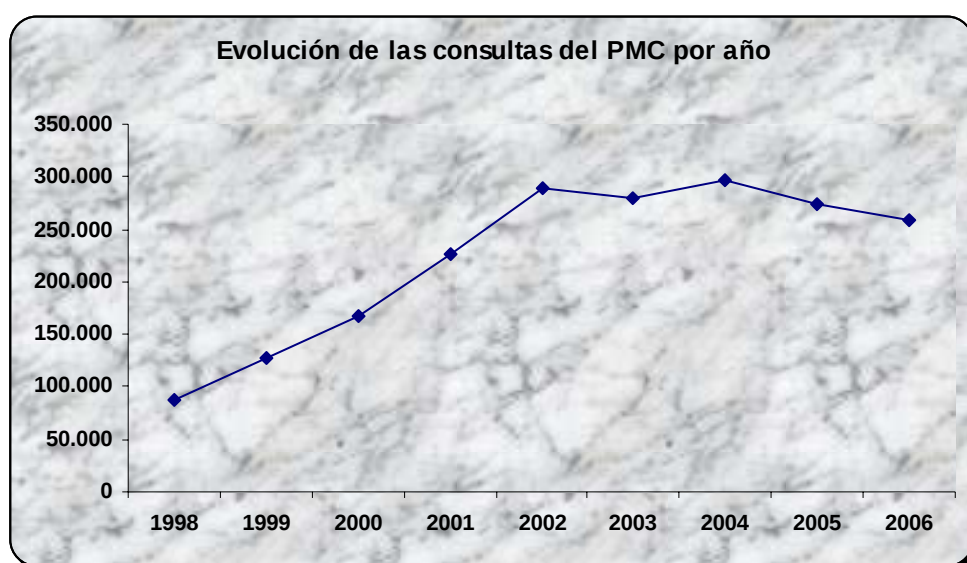
⁸ http://www.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/Anuario_2005/tomo1/05_Salud.pdf

de los profesionales. No existen estadísticas sobre ausentismo de los pacientes a turnos programados puesto que el Programa estadístico no prevé la carga de los ausentes.

4. Evolución de las consultas del PMC⁹:

AÑO	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Consultas	87.928	127.155	167.097	225.519	288.762	279.262	295.919	273.227	258.111

La atención médica desarrollada a través de este Plan ha disminuido desde el análisis de gestión realizado por esta Auditoría en 2002, pasando de 288.762 consultas a 258.111 en el año 2006.



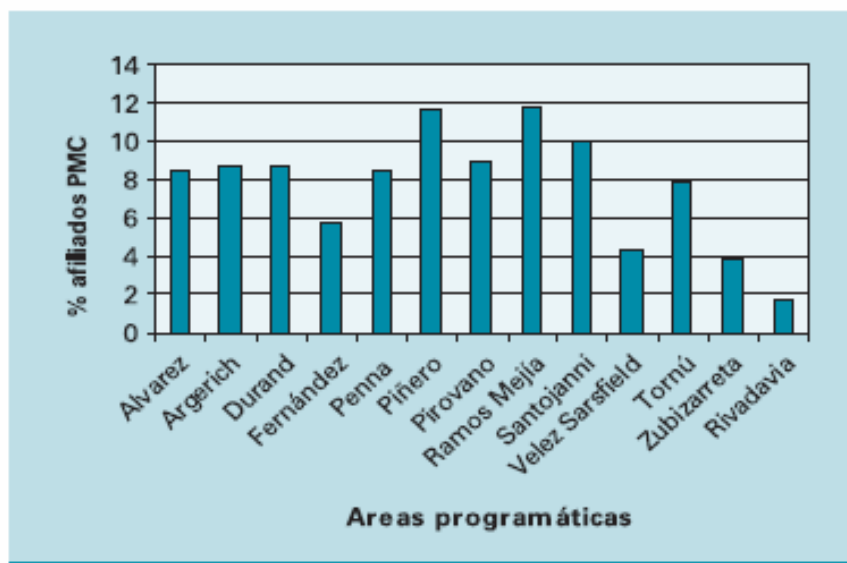
5. Población afiliada por Área Programática

De los datos publicados por el Anuario 2005 de Estadísticas para la Salud¹⁰, se observa que los Hospitales Ramos Mejía, Piñero y Santojanni, con sus áreas programáticas, son aquellos que la concentran en mayor proporción (11,8%, 11,7% y 10% respectivamente). Es decir que el 34% está concentrado en tres Áreas Programáticas.

⁹ Archivo Excel gráficos para el informe. Los datos son de la Dirección de Estadísticas para la Salud del GCBA

¹⁰ Última información disponible a la fecha de cierre de trabajo de campo

Población afiliada al PMC por Áreas Programáticas. Año 2005



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección de Estadísticas para la Salud. G.C.B.A.

V. SEGUIMIENTO DE OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

A los efectos de evaluar las decisiones adoptadas y las acciones encaradas por la Dirección del Hospital, sobre los aspectos de gestión observados en el Informe Final de Auditoría Proyecto N° 3.03.10 se utilizaron los siguientes criterios:

Sin modificaciones (No se determinan acciones tendientes a dar solución a la temática observada)

Con modificaciones insuficientes (Las acciones encaradas resultan insuficientes o inadecuadas)

Con modificaciones en curso favorable (Se determinan acciones tendientes a solucionar las falencias determinadas. Proceso no concluido)

Modificado satisfactoriamente (Las acciones o modificaciones encaradas resultan suficientes y adecuadas para revertir la temática observada)

Observación 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 concurrieron 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.

Recomendación 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.

Comentario del Auditado: Son numerosos los aspectos que aún se deben perfeccionar entre ellos se destaca la calidad de los registros tanto en lo que se refiere a la falta de datos en variables que caracterizan a la población como a problemas de confiabilidad de los datos. Queda pendiente la depuración de los padrones (afiliados fallecidos y aquellos que han cambiado de situación de empleo), pero esto se torna complejo en el primer caso por la falta de notificación de los familiares y los profesionales y por la confidencialidad en el acceso a los registros oficiales. Periódicamente se realizan cruces con la base del ANSES para detectar empleo o jubilación. En ocasiones, se generan inconvenientes con aquellos monotributistas, que al ser informados que deben ser dados de baja de PMC, manifiestan que al no encontrarse al día con los pagos, no se les brinda cobertura médica. En estos casos, se le solicita al afiliado un resumen emitido por el ANSES en el cual conste la falta de aportes, siendo esto condición suficiente para su continuidad en el Plan Médicos de Cabecera.

Se ha priorizado el desarrollo del sistema de información estadístico epidemiológico y se espera, en una etapa posterior, poder contar con una rutina de cruces para la depuración del padrón. Se ha adoptado el criterio de beneficiarios activos y pasivos, encontrándose en esta segunda categoría aquellos beneficiarios que no han consultado en los últimos 18 meses, lo que permite realizar los análisis de producción y estadísticas sobre la masa consultante.

Comentario de la Auditoría: El cruce con padrones que detectan actividad laboral (ANSES), se realiza únicamente en el momento del alta del beneficiario, lo que impide determinar con cierta periodicidad si los afiliados al Plan reúnen

los requisitos establecidos por la normativa para el acceso al mismo. Al momento de esta auditoría no se había realizado la baja de los beneficiarios del Plan Jefas y Jefes de hogar, que han pasado a la planta permanente de los organismos para los que realizaban la contraprestación. Si bien como menciona el auditado se ha establecido un criterio de beneficiarios activos y pasivos, esto no permite contar con un universo actualizado que permita evaluar las necesidades del Plan respecto al Recurso Humano necesario, planificación de metas reales y planificación de compras de medicamentos.

Actualmente se recaban datos respecto de otros Programas en los que esté inscripto el Afiliado, nivel de instrucción, últimas consultas realizadas, medicación entregada. Los registros son individuales y no se vinculan al grupo familiar.

Conclusión: se mantiene la observación.

Evaluación:

Grado de avance: Con modificaciones insuficientes e inadecuadas.

Observación 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.

Recomendación 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 Médicos de Cabecera y de las ventajas del mismo por sobre acudir a los consultorios externos.

Comentario del Auditado: A pesar de que no se ha logrado una difusión masiva del Plan Médico de Cabecera, se enumeran las acciones tendientes a cumplir con ese objetivo:

- Se ha dado a conocer el 0800-333-7258¹¹ (Salud Responde) con el objeto de dar información del Plan Médicos de Cabecera y de todos los programas de Atención Primaria de la Salud.
- El 23 y 24 de noviembre de 2006 se realizó el 3º Congreso de Atención Primaria de la Salud, abierto a la comunidad, contando con la

¹¹ Dependiente del Área de Prensa y Comunicación Institucional del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

participación de los vecinos en realización de algunos de los talleres programados.

- A través de la entrega de folletería e inscripción al mismo en los Centros de Gestión y Participación Comunal, se contribuye a la difusión del Plan.

Comentario de la Auditoría: La última campaña de difusión masiva del Plan fue en el año 2002. Actualmente se difunde en el stand del PMC en los hospitales y en los CGP's.

Uno de los medios de difusión que menciona la responsable del Plan es el 0-800-333-7258. Según los datos suministrados, entre los meses de enero y agosto de 2006 se habían recibido 46 llamados, todos ellos por reclamos. No se puso a disposición, de existir, la cantidad de contactos recibidos para solicitar información sobre el Plan y el impacto que este medio ha tenido en la inscripción de nuevos afiliados.

Conclusión: se mantiene la observación.

Evaluación:

Grado de avance: sin modificaciones.

Observación 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.

Recomendación 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.

Comentario del Auditado: No se han producido modificaciones en relación a esta observación.

Comentario de la Auditoría: Se mantiene la entrega de comprobantes de inscripción provisorios, que resultan de la impresión de la parte inferior de la primera página de la Base de PMC.

Conclusión: se mantiene la observación.

Evaluación:

Grado de avance: sin modificaciones.

Observación 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.

Recomendación 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.

Comentario del Auditado: Actualmente se cuenta con un equipo compuesto por tres auditores que logra brindar a la Coordinación General un panorama lo suficientemente fiable como para ejercer las tareas de control necesarias.

Se ha indicado a los Médicos Coordinadores de cada área que cumplan con las funciones de auditoría que poseen de acuerdo a la normativa vigente, con el objeto de resolver eventuales dificultades acaecidas con los Médicos de Cabecera de su área.

Los equipos de auditores y Coordinadores, están llevando a cabo una tarea de seguimiento y control mucho más exhaustiva que aquella que se realizaba cuando se relevaron los datos correspondientes al tema de referencia.

Los resultados de las auditorías son registrados a nivel central quincenalmente, para su posterior análisis y la confección de informes destinados a reflejar la actividad en consultorios de cada uno de los Médicos de Cabecera. En todos los casos en que los informes de auditoría reflejan irregularidades en el desempeño de los Médicos de Cabecera, se envía al Director del Hospital correspondiente un Memo solicitando el descargo del personal profesional actuante.

Comentario de la Auditoria: En la actualidad el Plan cuenta con 307 médicos de cabecera, y con tres profesionales auditores. Al cierre del trabajo de campo de esta auditoría, uno de los médicos integrantes del equipo presentó su renuncia, lo que dificulta la tarea para ejercer un adecuado control. A su vez, el equipo de auditoría realiza informes cuantitativos, no aportando datos acerca de la calidad del servicio.

Conclusión: se mantiene la observación.

Evaluación:

Grado de avance: sin modificaciones.

Observación 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.

Recomendación 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.

Comentarios del Auditado: Durante el transcurso del año 2005 y 2006 se han realizado reuniones entre representantes de esta Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud y el Director de cada uno de los Hospitales, lográndose como resultado la entrega en los Stands del Plan Médicos de Cabecera de turnos diferenciados para la mayoría de las especialidades.

A partir de mediados de 2006, por iniciativa de Sr. Ministro de Salud, se han firmado acuerdos con los Hospitales Ramos Mejía, Tornú, Piñero y Penna en los cuales ambas partes se comprometen a la implementación de turnos vespertinos de atención destinados a Atención Primaria de la Salud; para ello, se están designando nuevos agentes tanto profesionales como administrativos.

Dicho programa se implementa con la colaboración de personal especializado provisto por la DGAIS.

Comentarios de la Auditoría: Del relevamiento efectuado en los Hospitales de la muestra, se verificó la disponibilidad de turnos liberados para la mayoría de las especialidades y estudios complementarios. En Hospitales con atención vespertina¹², la disponibilidad es en ambos turnos.

Conclusión: se resuelve la observación.

Evaluación:

Grado de avance: modificado satisfactoriamente.

Observación 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).

Recomendación 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.

Comentarios del Auditado: Se ha unificado el Registro Poblacional de Plan Médicos de Cabecera y CESAC, y se obtuvo como resultado que sólo un 7% de la población de los mismos utiliza ambos efectores.

Si bien es cierto que existe una duplicidad en la prestación en estos casos, también lo es que esa población, al concurrir al Centro de salud hace uso de especialidades que PMC no posee, evitando de ese modo concurrir al Hospital del área.

Comentarios de la Auditoría: las prestaciones básicas brindadas por el PMC y el CeSAC son coincidentes. No resulta evidente que se trate de acciones complementarias para optimizar la accesibilidad de la población al Primer Nivel de Atención.

Conclusión: se mantiene la observación

Evaluación:

Grado de avance: sin modificaciones

Observación 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.

¹² Ramos Mejía, Tornú y Penna

- 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.

Recomendación 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.

Comentarios del Auditado: Durante el año 2006 se realizaron reuniones con Coordinadores del Plan Médicos de Cabecera y éstos con los médicos a su cargo a fin de lograr una toma de conciencia de la necesidad de la fiabilidad del dato consignado en la planilla de atención diaria, indispensable para la confiabilidad del sistema que integra las prestaciones de los efectores de Atención Primaria de la Salud (SIAP).

Si bien aún se observan algunas irregularidades, las mismas se han subsanado en un número significativo a medida que los Médicos de Cabecera son instruidos en este tema.

Comentario de la Auditoría: Del relevamiento efectuado surge una mejora en la confección de las “Planillas de Atención Diaria Registro de Prestaciones Individuales”, existiendo aún fallas en el ítem de firma del paciente, que en algunos casos se observó incompleto. En la planilla “Plan Odontólogo de Cabecera Registro de Prestaciones Individuales”, no existe un campo predeterminado para la conformidad del paciente. Asimismo resta unificar el criterio para el registro del ausentismo de pacientes.

Conclusión: se mantiene la observación

Evaluación:

Grado de avance: Con modificaciones en curso favorable.

Observación 8): MEDICAMENTOS FARMACIAS

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

1. No se cumple con el horario de atención establecido por la normativa.

2. 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.
3. No poseen padrón ni listado actualizado de pacientes en condiciones de retirar la medicación.
4. No realizan ningún tipo de registros respecto de la medicación que entregan.
5. No realizan control de stock de medicamentos del PMC que poseen en el sector.
6. No producen informes de demanda y consumo de medicamentos.
7. 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.
8. 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.
9. Existe como práctica habitual la transcripción de recetas por los coordinadores médicos a los efectos de salvar errores.
10. La mayoría de las recetas son confeccionadas en recetarios no oficiales.¹³
11. 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.¹⁴
12. Se incumple con el Punto 4 c ya que no llevan un registro informático por carecer de los elementos necesarios.
13. No se llevan estadísticas sobre entregas de medicamentos. Salvo el Hospital Santojanni que las efectúa el sector de administración de la oficina.
14. En los Hospitales Ramos Mejía y Piñero no se realiza registro de prescripciones (Art. 4 ° anexo Resolución 893-SS-2000)¹⁵
15. 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”.
16. La superposición de planes de entrega de medicamentos, impide realizar posteriormente una estadística de consumo y un control de stock detallado por plan.
17. Los medicamentos se depositan en el mismo ámbito físico que los pertenecientes al “Plan remediar”.

PRESUPUESTO DE MEDICAMENTOS

18. El Plan Médico de Cabecera no cuenta con una partida presupuestaria específica para la compra de medicamentos destinada a los beneficiarios del mismo.

¹³ Punto 2a anexo I Resolución 893-SS-2000.

¹⁴ Punto 2 c del Anexo I de la Resolución 893-SS-2000.

¹⁵ Art. 4 anexo Res 893-SS-2000.

19. 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

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

Recomendación 8): MEDICAMENTOS

FARMACIAS

1. Controlar el cumplimiento del horario de atención establecido por la normativa.
2. Designar personal específicamente para el PMC.
3. 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.
4. Cumplir con lo indicado por el Punto 3 d del Anexo I de la Resolución 893-SS-00, confeccionando los registros de medicamentos entregados.
5. Realizar un control de stock de medicamentos.
6. Producir informes de demanda y consumo de medicamentos.
7. Confeccionar registros de farmacia relacionados al PMC.
8. 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.
9. Instruir a los médicos del PMC sobre la correcta confección de las recetas.
10. 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.
11. 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.
12. Cargar el registro informático indicado en el Punto 4 c en todos los hospitales.
13. Realizar estadísticas sobre entregas de medicamentos.
14. Realizar el registro de prescripciones (Punto 4 Anexo I de la Resolución 893-SS-2000) en todos los hospitales.
15. 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.
16. La superposición de planes de entrega de medicamentos, impide realizar posteriormente una estadística de consumo y un control de stock detallado por plan.
17. Crear un ámbito físico diferenciado, dentro del mismo depósito para los medicamentos pertenecientes al "Plan remediar".

PRESUPUESTO DE MEDICAMENTOS

18. Asignar una partida presupuestaria específica para la compra de medicamentos destinada a los beneficiarios del Plan Médicos de Cabecera.
19. 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

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

Comentarios del Auditado: Las solicitudes de pedido se efectúan en función de los pedidos mensuales y el stock necesario para la correcta atención de los afiliados, y se remiten a esta Dirección a fin de ser evaluados y cumplimentados de acuerdo a la verificación del nivel de stock disponible en el efector y en Droguería Central.

A partir del mes de abril de 2003 se generalizó la entrega de medicamentos a todos los beneficiarios, ya que hasta ese momento sólo entregaban medicamentos a los pacientes menores de 15 años, los mayores de 65 años, las mujeres embarazadas y los pacientes diabéticos. Esto implicó un importante cambio en la dinámica anterior del Plan médicos de Cabecera.

Esta generalización del acceso a los medicamentos para la totalidad de los pacientes atendidos se estima como una medida de alto impacto positivo, en las condiciones sanitarias de los vecinos de la Ciudad de Buenos Aires, ya que permite cerrar el proceso que se inicia cuando se acude al sistema de salud en busca de atención, y que de otro modo quedaría trunco si no se pudiera cumplir con lo indicado por los profesionales.

La entrega de medicamentos del programa Remediar en los Hospitales Generales de Agudos, es exclusivamente para los afiliados al PMC.

Los stocks de ambos Programas, (el de Remediar y el de la Dirección de Atención Primaria), se encuentran en el mismo lugar físico, ya que tienen los mismos destinatarios, pero perfectamente separados, contabilizados e identificados, como lo exige el Programa Remediar, y las indicaciones impartidas desde esta Dirección.

El horario de entrega de medicamentos se encuentra anunciado públicamente en las ventanillas de las farmacias hospitalarias, acordado previamente con la coordinación del Plan Médicos de cada Hospital y la Farmacia Hospitalaria, en función de las necesidades y disponibilidades de recursos humanos y físicos.

Las recetas se retienen cuando se encuentra su dispensación incompleta, o sea cuando se entrega un medicamento, y como constancia de su dispensación, quedando pendiente de entrega, alguno de los insumos prescritos. Se encuentran en imprenta los nuevos modelos de recetarios que contemplen estas situaciones, como asimismo la entrega de una constancia tanto para los afiliados, como para la farmacia de la medicación pendiente de entrega.

Durante el año 2006, se solicitaron computadoras para dotar a todas las farmacias de una PC destinada exclusivamente a la actividad del PMC, y así poder instalarlas en red con la oficina de la coordinación del PMC, en cada Hospital, aún se encuentra en trámite la compra. Su ingreso, mejorará significativamente la gestión farmacéutica.

Comentarios de la Auditoría:

1) El decreto Nro. 893/2000 en su Anexo I - Punto 3 – Referido a la dispensación del medicamento dispone que el paciente debe dirigirse a la farmacia del Hospital en el horario Matutino. En los Hospitales auditados, se cumple con la mencionada resolución. **Se resuelve la observación**

2) Si bien se han designado profesionales para la atención de la farmacia, los concursos realizados no han sido efectivizados a la fecha de trabajo de campo. Los farmacéuticos que realizan la tarea tienen designación informal y diversas situaciones de revista¹⁶ **Se mantiene la observación, responsabilidad del Ministerio de Salud (DG Atención Integral de la Salud)**

3) Las Farmacias de los Hospitales continúan sin computadoras, lo que impide alguna verificación en el Padrón de afiliados. Para la entrega de medicamentos, se constató en los Hospitales auditados, que el afiliado debe presentarse previamente en el Stand de PMC para que el Coordinador autorice la receta, sin esta autorización no se entregan los medicamentos. **Se mantiene la observación, responsabilidad del Ministerio de Salud (DG Atención Integral de la Salud)**

4) De la muestra de Hospitales, se pudo verificar que llevan Libros de actas o Planilla de movimientos diarios, donde registran los medicamentos entregados. **Se resuelve la observación**

5) De la muestra hospitalaria seleccionada se pudo observar que se realizan los controles de stock de medicamentos del PMC. **Se resuelve la observación**

6) Los Hospitales de la muestra producen informes de demanda y consumo de medicamentos que remiten a la responsable del Sector Medicamentos para el Plan Médicos de Cabecera y CeSAC, del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad. **Se resuelve la observación**

7) Se ha implementado un sistema de registro de medicamentos del PMC. **Se resuelve la observación**

8) El recetario para prescripción de medicamentos del PMC, dispone de un área troquelada para el caso en que quede pendiente algún medicamento al momento de la entrega. **Se resuelve la observación**

9) Si bien se ha observado la transcripción de recetas por los Coordinadores Médicos de los Stand, esta práctica es un recurso para solución de la problemática del paciente, en casos donde la necesidad de la medicación no

¹⁶ Planta Permanente, Suplentes de Guardia, horas SAME, etc.

puede postergarse o cuando la medicación disponible pertenece a otro Plan.
Se resuelve la observación

10) En los Hospitales auditados se comprobó que las recetas son elaboradas en recetarios oficiales. **Se resuelve la observación**

11) Del relevamiento efectuado surge que en las recetas figuran los datos del paciente, persistiendo en ocasiones la falta de diagnóstico. **Se mantiene la observación, con modificaciones en curso favorable**

12) Se da cumplimiento al Punto 4 –c Anexo I de la Resolución SS Nº 893/00, siendo el Stand del PMC el encargado del registro en el sistema informático diferenciado por paciente. **Se resuelve la observación**

13) En los Hospitales auditados se verificó la confección de estadísticas sobre entregas de medicamentos. **Se resuelve la observación**

14) Se verificó el registro de prescripciones (Libros de actas o Planillas de movimientos diarios) en las Farmacias, donde se asientan los datos del paciente, medicación entregada, fecha de entrega y plan o programa si correspondiese. El paciente firma la receta con aclaración y número de documento. **Se resuelve la observación**

15) En la actualidad la provisión de medicamentos en el PMC y el Plan Remediar son complementarios. **Se resuelve la observación**

16) Se realizan estadísticas de consumo y control de stock detallado por plan.
Se resuelve la observación

17) Se almacena la medicación en forma separada. **Se resuelve la observación**

PRESUPUESTO DE MEDICAMENTOS

18) El presupuesto no está abierto por Plan (Plan Médico de Cabecera y CeSAC) lo que dificulta el análisis de la gestión del consumo de los mismos. **Se mantiene la observación**

19) No se han implementado mecanismos alternativos para cuando la urgencia de la prescripción del medicamento no permita esperar a la reposición del stock. **Se mantiene la observación**

CARPETAS DE COMPRA DE MEDICAMENTOS

20) Los pedidos de compra de medicamentos para PMC y CeSAC se realizan en forma separada. Atención Primaria de la Salud consolida los requerimientos y realiza la compra para el conjunto, lo que dificulta el análisis de la gestión del consumo de los mismos. **Se mantiene la observación**

Conclusión: Se mantiene la observación

Evaluación:

Grado de avance: con modificaciones en curso favorable

Observación 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)¹⁷; 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 más cercano tiene sus turnos saturados.

Recomendación 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.

Comentarios del Auditado: La asignación de pacientes a los distintos profesionales es realizada por personal administrativo en el Stand, procurando dar respuesta a las necesidades de los beneficiarios.

En caso de presentarse dificultades se prioriza la cercanía al domicilio y si es necesario interviene en forma directa el Médico Coordinador del Hospital de referencia.

Comentarios de la Auditoría: El criterio utilizado para la asignación de pacientes a los profesionales del PMC, se ajusta a la normativa vigente.

Conclusión: se resuelve la observación.

Evaluación:

Grado de avance: Modificado satisfactoriamente

Observación 10): AUMENTO DE LA DEMANDA

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.

Recomendación 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.

Comentarios del Auditado: La demanda fue absorbida conjuntamente por PMC, CESAC y los distintos programas puestos en marcha. Hasta el 2006 se registraron en los CESAC 379.172 personas y en PMC 307.155. La población

¹⁷ Resolución N° 80, Funciones del Coordinador Médico

que utiliza ambos sistemas es de 45.005 personas, siendo la población total de personas cubiertas por APS de 641.322.

Comentarios de la Auditoría: según los datos obtenidos de la Dirección de Estadísticas para la Salud y del Movimiento Hospitalario, las consultas por PMC desde el año 2002 han ido decreciendo, tal como se menciona en Evolución de las Consultas del PMC, punto 4 del presente informe.

Conclusión: se mantiene la observación

Evaluación:

Grado de avance: sin modificaciones

Observación 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 afiliados. Ej.: farmacéuticos y administrativos.

Recomendación 11): FALTA DE RECURSOS HUMANOS

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

Comentarios del Auditado: A pesar de que se ha incrementado el número de administrativos para los Stands u oficinas de PMC de cada uno de los Hospitales, en virtud de las necesidades, al no contar con personal contratado o de planta, se recurre a las pasantías, las cuales no garantizan permanencia. Como resultado, no sólo no se logra alcanzar un trabajo administrativo sistematizado en cada uno de los Stands, si no que nos vemos en la necesidad permanente de solicitar nuevos administrativos.

Asimismo, como hemos mencionado en el punto N° 5, por acuerdo firmado por el Ministro de Salud con motivo de fomentar las consultas vespertinas, estamos a la espera del nombramiento de tres administrativos para cada uno de los Stands de los siguientes Hospitales: Penna, Piñero, Tornú y Ramos Mejía.

Se implementaron 18 concursos para farmacéuticos entre el año 2005 y 2006. Se han efectivizado dos, el resto de los concursos se encuentran en trámite.

Comentarios de la Auditoría: Al momento del cierre de trabajo de campo, no se habían efectuado los nombramientos necesarios para cubrir las necesidades de recursos humanos. Los Hospitales con atención vespertina se encuentran a las espera de la designación de personal administrativo para extender el horario de atención de los Stands, se otorgan turnos vespertinos pero la atención se concentra en el turno matutino.

No se han efectuado designaciones de personal en las Farmacias Hospitalarias para la entrega de medicamentos a los afiliados de PMC.

Conclusión: se mantiene la observación.

Evaluación:

Grado de avance: sin modificaciones.

Observación 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.

Recomendación 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.

Comentarios del Auditado: recién a partir de noviembre de 2005, la Carrera de los Profesionales de la Salud prevé horas rentadas que los agentes pueden dedicar a su capacitación que no es, sin embargo, obligatoria y exigible según la normativa vigente. Así, tal como lo establece la Carrera, que incluye a la totalidad de los profesionales que se desempeñan en el ámbito del Ministerio de Salud del GCBA, la formación permanente no es un requisito para el ejercicio de sus funciones y, por lo tanto, los efectores del PMC no están obligados a ella.

No obstante, desde el comienzo de la implementación del Plan, se estimuló la participación de los médicos en cursos destinados a incrementar sus competencias y ajustar su perfil a sus funciones. Muchos de dichos cursos fueron específicamente diseñados, entonces, para los efectores del PMC y otros formaron parte de la oferta de capacitación para el equipo de salud del primer nivel de atención.

Comentarios de la Auditoría: Se observan acciones de capacitación a los profesionales en pos del logro de los objetivos del Plan.

Conclusión: se resuelve la observación

Evaluación:

Grado de avance: modificado satisfactoriamente

Observación 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	3	3	3
CONSULTAS REALES POR AFILIADOS	2	2	2
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	1.463	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 \$ 2,61¹⁸
- El costo de la prestación médica real de las consultas por afiliado para el año 2002, asciende a \$ 8,68¹⁹

Recomendación 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.

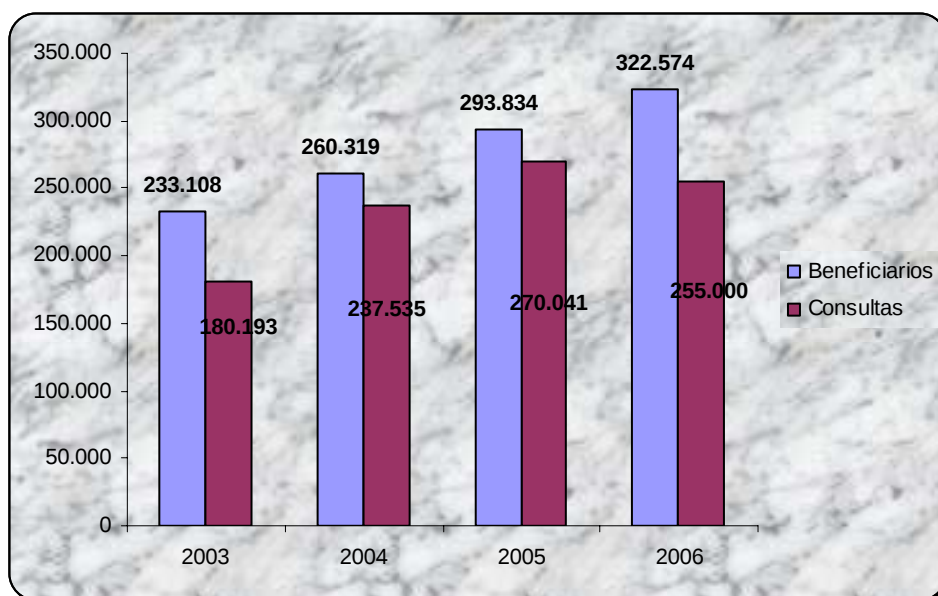
Comentarios del Auditado: Consideramos que realizando campañas de difusión, capacitando a los médicos en APS y poniendo en marcha la asignación

¹⁸ \$ 4.089.485,76 para una meta de 526.756 consultas esperadas y una cantidad de 2,98 atenciones por afiliado esperadas.

¹⁹ \$ 4.089.485,76 por 288.762 consultas reales y una cantidad real de atención por afiliado de 1,63

de turnos vespertinos y libres para PMC lograrán modificar los guarismos por Uds. presentados. Si bien no tenemos acceso al número de consultas en consultorios externos en Hospitales fuera del Plan Médicos de Cabecera, pasamos a detallar el número de beneficiarios y consulta de PMC desde 2003 hasta la actualidad:

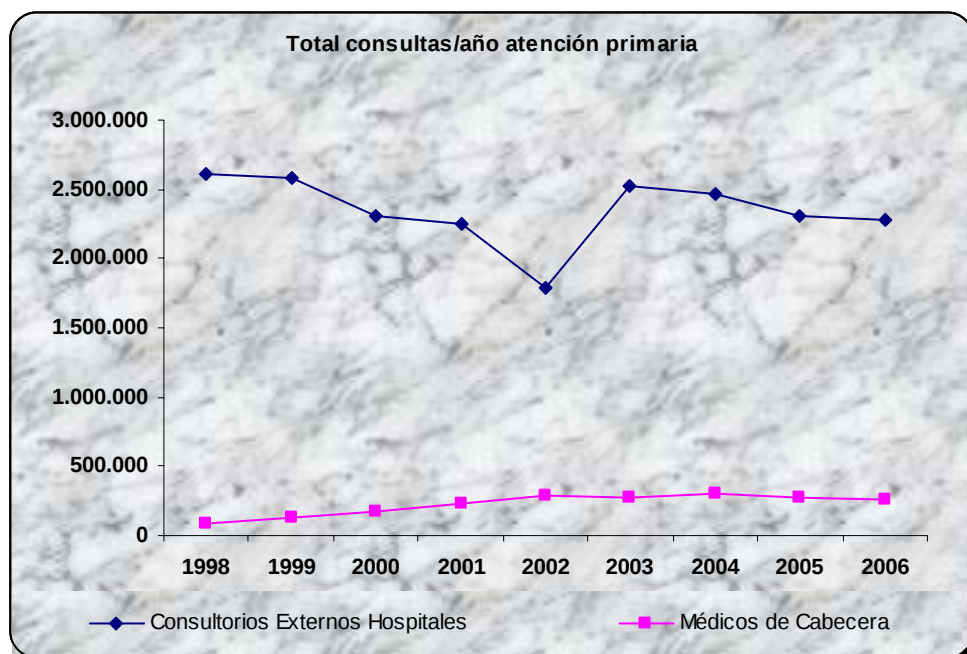
Año	Beneficiarios	Consultas
2003	233.108	180.193
2004	260.319	237.535
2005	293.834	270.041
2006	322.574	255.000



Comentarios de la Auditoría:

Existen diferencias entre los registros informados por la Coordinación del Plan y por los datos obtenidos de la Dirección de Estadísticas para la Salud del Ministerio de Salud del GCBA. Con los datos de esta última se ha realizado el siguiente cuadro:

Total consultas/año	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Total Consultorios Externos Hospitales	2.608.592	2.582.193	2.304.960	2.255.865	1.792.603	2.523.074	2.469.052	2.304.017	2.282.850
Médicos de Cabecera	87.928	127.155	167.097	225.519	288.762	279.262	295.919	273.227	258.111
% PMC / HOSPITAL	3%	5%	7%	10%	16%	11%	12%	12%	11%



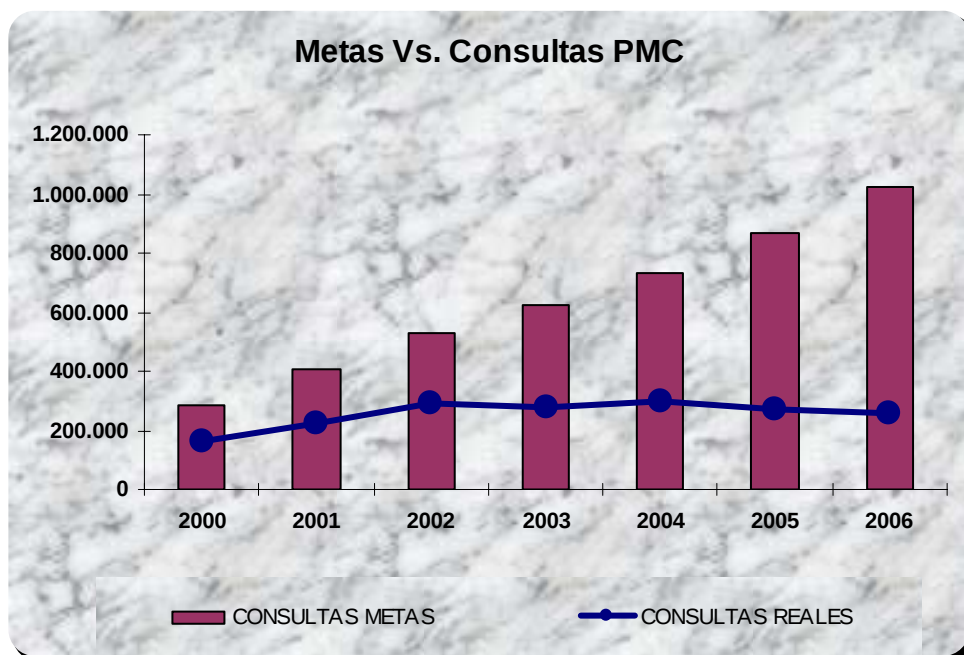
El máximo de consultas alcanzado por el PMC ha sido del 16% durante el año 2002, momento del trabajo de campo del Informe anterior. Este número ha decrecido llegando al 11% durante el 2006

Asimismo se observa un incremento en las Consultas Externas del 27.35% (año 2006 respecto de 2002) y una disminución de las consultas registradas en PMC del 10.61%.

Con respecto al cumplimiento de las metas propuestas, el Plan continúa en déficit.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
CONSULTAS METAS²⁰	286.756	406.756	526.756	621.572	733.455	865.477	1.021.263
CONSULTAS REALES	165.932	225.519	288.762	279.262	295.919	273.227	258.111
% DE CUMPLIMIENTO	58%	55%	55%	45%	40%	32%	25%

²⁰ Se estimó un aumento 18% anual, ya que desde 2002 no existe registro de metas planificadas.



Continúa también en déficit la relación consultas reales / afiliados reales. Aumentó el número de médicos del Plan no así la cantidad de consultas realizadas por los afiliados:

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
AFILIADOS ²¹	108.263	142.431	176.614	208.405	245.917	290.182	342.415
CONSULTAS METAS POR AFILIADO	2,65	2,86	2,98	2,98	2,98	2,98	2,98
CONSULTAS REALES POR AFILIADOS	1,53	1,58	1,63	1,34	1,20	0,94	0,75
MÉDICOS	196	202	197	279	285	302	319 ²²

En el año 2006 se ha logrado el 25% de consultas reales por afiliado, respecto de las consultas meta del período.

En el Informe de Gestión se analizó la productividad de los profesionales, considerando que lo esperado es 192 consultas/mes²³:

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
CONSULTAS PRESUPUESTADAS ANUAL	286.756	406.756	526.756	621.572	733.455	865.477	1.021.263

²¹ Total de afiliados registrados en el PMC. No se pudo verificar la confiabilidad de los padrones en cuanto a pacientes activos (que realizan consultas) y pasivos.

²² Listado de profesionales de PMC enviado por la Jefa de PMC

²³ "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 laborales 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." Informe 3.03.10, página 10

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
CONSULTAS PRESUPUESTADAS ANUAL (POR MÉDICO)	1.463	2.014	2.674	2.228	2.574	2.866	3.201
CONSULTAS PRESUPUESTADAS ANUAL POR MÉDICO (PROYECTADO MENSUAL)	122	168	223	186	214	239	267
ESTIMACIÓN DE CONSULTAS POR MÉDICO MENSUAL	192	192	192	192	192	192	192

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
CONSULTAS REALES	165.932	225.519	288.762	279.262	295.919	273.227	258.111
CONSULTAS REALES POR MÉDICO (ANUAL)	847	1.116	1.466	1.001	1.038	905	809
CONSULTAS REALES POR MÉDICO (MENSUAL)	71	93	122	83	87	75	67
ESTIMACIÓN DE CONSULTAS POR MÉDICO MENSUAL	192	192	192	192	192	192	192
RELACIÓN REAL VS. ESPERADA (CONSULTAS)	-121	-99	-70	-109	-105	-117	-125

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
PRODUCTIVIDAD REAL	847	1.116	1.466	1.001	1.038	905	809
PRODUCTIVIDAD PRESUPUESTADAS	1463	2.014	2.674	2.228	2.574	2.866	3.201
RELACIÓN PRODUCTIVIDAD REAL/ ESPERADA	58%	55%	55%	45%	40%	32%	25%

Las relaciones consultas reales / esperadas y productividad real / esperada han ido decreciendo, observándose una caída de ambos indicadores.

Conclusión: se mantiene la observación

Evaluación:

Grado de avance: con modificaciones insuficientes

Observación 14): ANÁLISIS DE PRODUCCIÓN

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:

Área Programática	Atenciones mes	Atenciones esperadas	%
Álvarez	103,84	192	54,08
Durand	94,9	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
Promedio atenciones mes	97,2		

Recomendación 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.

Comentarios del Auditado: El promedio de atención mensual aún se encuentra por debajo de los estándares esperados pero nos vemos obligados a dejar por sentado que se ha hecho hincapié en tareas comunitarias, talleres de capacitación con participación de los beneficiarios, los cuales son indispensables para una buena labor en Atención Primaria de la Salud y no se ven reflejados en las estadísticas.

Comentarios de la Auditoría:

Consultas y profesionales. Año 2006

AREAS PROGRAMÁTICAS	CANTIDAD DE MÉDICOS PMC	CANTIDAD DE CONSULTAS 2006	PROMEDIO CONSULTAS MES	PROMEDIO DE ATENCIONES/HORA
Alvarez	21	24.455	97,0	2,0
Argerich	25	15.727	52,4	1,1
Durand	33	23.272	58,8	1,2
Fernández	17	12.278	60,2	1,3
Penna	32	26.975	70,2	1,5
Piñero	40	23.661	49,3	1,0

AREAS PROGRAMÁTICAS	CANTIDAD DE MÉDICOS PMC	CANTIDAD DE CONSULTAS 2006	PROMEDIO CONSULTAS MES	PROMEDIO DE ATENCIONES/HORA
Pirovano	29	21.299	61,2	1,3
Ramos Mejía	27	31.366	96,8	2,0
Rivadavia	4	2.248	46,8	1,0
Santojanni	26	25.920	83,1	1,7
Tornú	18	15.704	72,7	1,5
Vélez Sarsfield	31	22.712	61,1	1,3
Zubizarreta	16	11.639	60,6	1,3
Total Médicos PMC	319	257.256	66,9	1,4



El promedio de atenciones registradas en el Informe que da origen a este seguimiento fue de 97 consultas mensuales, mientras que en la actualidad la cantidad de consultas ha decrecido a un promedio de 67 consultas mes por profesional. En estos cálculos no se han incluido las tareas de índole comunitaria de difusión y prevención de la salud que realizan los profesionales, debido a que el Sistema de Estadísticas no arroja dicha información. Asimismo esta Auditoría no ha accedido a Informes realizados por los CMB sobre esta temática.

Conclusión: se mantiene la observación

Evaluación:

Grado de avance: con modificaciones insuficientes

Observación 15): PARTIDA PRESUPUESTARIA

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

Recomendación 15): PARTIDA PRESUPUESTARIA

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

Comentarios del Auditado: Visto que año tras año existe la misma inquietud, se aclara que el PMC, está en el Programa de Atención Primaria de la Salud y si bien es un plan asistencial, no tiene un correlato presupuestario, el cual incluye a los beneficiarios de Plan Médicos de Cabecera junto al total de beneficiarios de APS. Es decir que no es un programa en el sentido de que no tiene un conjunto de actividades distintivas que arrojen metas atribuibles a ellas.

El vademécum del PMC es extensivo al resto de los efectores desconcentrados integrados por CeSAC. En tal sentido la programación presupuestaria es realizada en conjunto en base a la demanda anual de cada efector y contemplando la planificación de nuevos centros y de la extensión horaria y variaciones de la población.

Cabe aclarar que la estructura presupuestaria cambió en 2005, pasando el Programa Atención Primaria de la Salud de 4365 a 18 y que dentro de él existe la Actividad 17 Atención de Patologías Crónicas y la Actividad 18 Asistencia al Primer Nivel de Atención.

Los recursos dispuestos en concepto de medicamentos, equipamiento e insumos para el PMC se encuentran consignados en ambas actividades presupuestarias discriminados al sólo hecho de distinguir los medicamentos e insumos de los Programas específicos de TBC, Diabetes, Hipertensión. En consecuencia, la gestión de compras es tramitada ante la DGAH en forma conjunta, siendo esa dependencia la responsable de los trámites de adquisiciones y de unificar los pedidos de las demás áreas que compran centralizadamente.

Respecto al reintegro a pacientes se aclara que hasta el momento no es política de la jurisdicción la aplicación de un subsidio en dinero, por tanto ni el PMC ni otros programas han establecido una política en ese sentido.

Comentarios de la Auditoría: la falta de apertura de la programación presupuestaria en sus distintos rubros, dificulta el análisis de la gestión en su eficiencia, eficacia y economía.

Conclusión: se mantiene la observación

Evaluación:

Grado de avance: sin modificaciones.

Observación 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.

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.

Recomendación 16): ODONTÓLOGOS

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

Comentarios del Auditado: El número de odontólogos designados alcanza a 125, 12 se han dado de baja. Las prestaciones efectuadas por dichos profesionales en el año 2006 fueron de 131.161, habiendo atendido 55.867 pacientes. Se ha realizado un registro de pacientes ausentes a la consulta, que ha ascendido a la cancelación de 19.731 turnos.

Teniendo conocimiento de las necesidades que obran en odontología considerando que los nombramientos deben generarse con recursos humanos propios del sistema, y al no ingresar cantidad suficiente de profesionales de 30 hs. de planta, es muy difícil encarar la cobertura.

Asimismo se produjeron bajas relacionadas a la nueva carrera (no deben superar una carga horaria de 40 hs. -24 de planta 16 hs. en odontólogos de cabecera).

Comentarios de la Auditoría:

Del relevamiento efectuado por la Auditoría, surgen los siguientes datos²⁴:

Datos/Año	2002	2005	2006	variación 2006/2002
Odontólogos	57	135	123	115,79%
Pacientes	26.450	99.572	119.535	351,93%
Paciente/Odontólogo	464	737	972	109,48%
Prestaciones	50.629	167.486	199.823	294,68%
Prestaciones/Pacientes	1,91	1,68	1,67	-12,57%

Pese a la incorporación de nuevos profesionales y al incremento de las prestaciones realizadas la eficiencia respecto a la cantidad de pacientes atendidos disminuyó respecto al informe original.

Conclusión: se mantiene la observación

Evaluación:

²⁴ Existen diferencias entre las prestaciones y la cantidad de profesionales informados por la Coordinación del Plan y los relevados por el equipo. PTN°1 Odontología

Grado de avance: con modificaciones insuficientes

VI.- NUEVAS OBSERVACIONES

- 1- Los datos estadísticos provistos por las distintas fuentes no son coincidentes. Se hallaron diferencias entre la información de la Jefatura del Plan, los datos de Estadísticas para la Salud y el Ministerio de Hacienda del GCBA²⁵
- 2- No existen estadísticas sobre ausentismo de los pacientes a turnos programados puesto que el Programa estadístico no prevé la carga de los ausentes. Esta falencia impide medir la eficacia del PMC
- 3- El área responsable de la entrega de medicamentos de APS no realiza control físico de stock en las farmacias hospitalarias.

Resumen del seguimiento de las Observaciones:

Total ítems Observación N°8	20	%
Ítems Resueltos	4	20%
Ítems que se mantuvieron	16	80%

VII.- CONCLUSIÓN

El Plan Médicos de Cabecera se origina en el marco de una política denominada 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". El objetivo de este programa es el de desconcentrar el primer nivel de atención de la salud. A través de él, profesionales médicos que integran la planta de personal de los Hospitales Generales de Agudos atienden en sus consultorios particulares, en forma gratuita, a los beneficiarios del Plan, en una estrategia que pretendió optimizar la utilización de los recursos públicos haciendo hincapié en la atención primaria.

Sin dudas fue un recurso para darle atención a los vecinos de la Ciudad que no encontraban satisfacción a la demanda de turnos en los hospitales, congestionada por un 60% de pacientes residentes fuera de la jurisdicción.

Con cantidad de pacientes atendidos que ha decrecido con los años, con falta de difusión y captación de nuevos beneficiarios, con un sistema de control interno deficitario y una evidente falta de articulación con los Servicios Hospitalarios, el Plan no ha alcanzado su objetivo principal de transformar el sistema de salud descomprimiendo la afluencia de público a los hospitales y mejorando la calidad de la atención de los pacientes de la Ciudad.

²⁵ Anuario estadístico 2005 y Plan Plurianual

En lo que respecta al Informe que da origen al seguimiento de las observaciones efectuadas, puede concluirse en que el Plan no ha logrado revertir las falencias detectadas, ya que en el 80% de los casos continúan verificándose idénticas observaciones.