



LA PLATA, - 6 MAY 2011

VISTO el expediente N° 2900-5226/10, por el cual se gestiona la aprobación del Convenio Marco suscripto entre el Ministerio de Salud y la Federación Médica del Conurbano – FEMECON -, y

CONSIDERANDO:

Que por el citado acuerdo el Ministerio y la FEMECON acuerdan establecer un mecanismo de complementación de actividades destinadas a profundizar el desarrollo integral y prestación de servicios del seguro público de salud, destinado a familias carentes de cobertura de la seguridad social;

Que a tal fin el Ministerio se compromete, a integrar a las entidades que brindan servicios de salud en el primer nivel de atención (estatales, privadas o del tercer sector) en una red de recursos que permitan extender cobertura estableciendo mecanismos de pago y transferencias de fondos públicos a las mismas, estimulando su asociación en forma de red público- privada, para lo que se acuerda una participación activa;

Que la FEMECON, en su carácter de agente de facturación y cobro de los profesionales autorizados por el Ministerio, se compromete a abonar los respectivos honorarios, una vez recibidas las transferencias correspondientes por parte del Ministerio de Salud;

Que el artículo 7° prevé que la selección y habilitación de los profesionales que prestarán los servicios de salud, se efectuará en forma conjunta entre el Ministerio, el Municipio y FEMECON; dejándose aclarado en el artículo 8° el principio de la inexistencia de relación laboral alguna de los profesionales adheridos con el Ministerio;

Que la modalidad básica de pago será a través del sistema de monto

M fijo, establecido según la disponibilidad horaria semanal y adicionalmente se abonará un

adicional denominado Índice de Efectividad Sanitaria (IES) en función al cumplimiento de objetivos;

Que el pago de las facturas por parte del Ministerio a la FEMECON se efectivizará a partir de los treinta (30) días corridos a contar a partir de la fecha de presentación de las mismas de acuerdo a lo establecido por la Ley de Contabilidad de la Provincia de Buenos Aires y su Decreto Reglamentario;

Que la vigencia del convenio se establece a partir del 1° de enero al 31 de diciembre de 2011, con renovación automática por períodos de un año;

Que la gestión que se promueve se encuadra en el artículo 26, inciso 3, apartado c) de la Ley de Contabilidad y artículo 101 inciso h) del Reglamento de Contrataciones;

Que en tal sentido se han expedido Asesoría General de Gobierno, Contaduría General de la Provincia y Fiscalía de Estado;

Que la presente medida se dicta en uso de las atribuciones conferidas por la Ley N° 13413;

Por ello,

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
DECRETA

ARTÍCULO 1°. Aprobar el Convenio Marco suscripto entre el Ministerio de Salud y la Federación Médica del Conurbano – FEMECON -, con encuadre en la excepción prevista por el artículo 26, inciso 3, apartado c) de la Ley de Contabilidad y artículo 101 inciso h) del Reglamento de Contrataciones, cuyo original pasa a formar parte integrante del presente como Anexo Único.

ARTÍCULO 2°. El gasto autorizado precedentemente se atenderá con cargo a la siguiente

Imputación: C. INSTITUCIONAL 1.1.1. - JURISDICCION 12 - JURISDICCION AUXILIAR 01

Poder Ejecutivo
Provincia de Buenos Aires

- ENTIDAD 0 - CATEGORIA DE PROGRAMA: PRG 95 - Finalidad 3 - Función 1 - FUENTE DE FINANCIAMIENTO: 13 - PARTIDA PRINCIPAL 3 - PARTIDA SUBPRINCIPAL 4 - PARTIDA PARCIAL 2 -Ejercicio 2011 - Ley N° 14199 - pesos cuatro millones setecientos treinta y siete mil (\$ 4.737.000).

ARTÍCULO 3°. Facultar al Ministro de Salud a modificar los importes establecidos en el Anexo II del Convenio Marco aprobado por el artículo 1°.

ARTÍCULO 4°. Dejar sin efecto la Resolución 11112 N° 116 de fecha 13 de febrero de 2001, por la cual se aprobó el convenio celebrado entre el Ministerio de Salud y la Federación Médica del Conurbano - FEMECON- con fecha 5 de octubre de 2000.

ARTÍCULO 5°. El presente Decreto será refrendado por el Ministro Secretario en el Departamento de Salud.

ARTÍCULO 6°. Registrar, notificar al Fiscal de Estado, comunicar, publicar, dar al Boletín Oficial y al SINBA. Cumplido, archivar.

DECRETO N° 451


Dr. ALEJANDRO FEDERICO COLLIA
Ministro de Salud
de la Provincia de Buenos Aires


DANIEL OSVALDO SCIOLI
Gobernador de la
Provincia de Buenos Aires

Entre el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, representado por su titular doctor Alejandro Federico COLLIA en su carácter de Ministro, en adelante denominado EL MINISTERIO, por una parte; y la Federación Medica del Conurbano, FEMECON, representada por su presidente doctor Marcelo SUAREZ y su Secretario General Doctor José LAGO en adelante denominado FEMECON, por la otra, se acuerda celebrar el presente CONVENIO DE COOPERACION INSTITUCIONAL en el marco de lo establecido en el artículo 2º de la Ley 13413 del Seguro Publico de Salud de la Provincia de Buenos Aires:

ARTÍCULO 1º. EL MINISTERIO y la FEMECON acuerdan establecer un mecanismo de complementación de actividades destinadas a profundizar el desarrollo integral y prestación de servicios del Seguro Público de Salud destinado a familias carentes de cobertura de la seguridad social en la Provincia de Buenos Aires. Para tal fin EL MINISTERIO se compromete a integrar a las entidades que brindan servicios de salud en el primer nivel de atención (estatales, privadas o del tercer sector) en una red de recursos que permitan extender cobertura estableciendo mecanismos de pago y transferencias de fondos públicos a dichas entidades estimulando su asociación en forma de red publico-privada. La FEMECON podrá suscribir con personal profesional que indique EL MINISTERIO, un acuerdo por medio del cual estos lo designan agente de facturación y cobro de sus honorarios.

ARTÍCULO 2º. La FEMECON, en su carácter de agente de facturación y cobro de los profesionales autorizados por EL MINISTERIO, se compromete a abonar los honorarios de estos, una vez recibidas las transferencias correspondientes por parte del Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 3º. La incorporación gradual y progresiva de beneficiarios al padrón se llevará a cabo en el marco de la libertad de elección del profesional por parte del beneficiario en los centros de atención autorizados obligándose el MINISTERIO a hacerlo con la máxima garantía de accesibilidad, oportunidad y calidad de servicio.

ARTÍCULO 4º. Los profesionales integrantes del padrón de prestadores del SPS deberán cumplir con las normas de procedimientos que se establecen en el Manual del Médico (Anexo I). El MINISTERIO podrá excluir del padrón a cualquier profesional, toda vez que quede fehacientemente demostrado, en tres periodos consecutivos o en cuatro alternados su ausencia al centro de atención sin justificación, el incumplimiento de horarios, o no alcanzar los resultados mínimos establecidos como condiciones de productividad y efectividad sanitaria. (Anexo II)

Dr. MARCELO SUAREZ
PRESIDENTE

Dr. JOSÉ LAGO
SECRETARIO GENERAL

Dr. ALEJANDRO FEDERICO COLLIA
Ministro de Salud
de la Provincia de Buenos Aires

ARTÍCULO 5º. Los profesionales no podrán requerir de los beneficiarios del SPS pagos de ninguna especie, aceptando la FEMECON que, dada por acreditada dicha trasgresión EL MINISTERIO procederá a la inmediata exclusión del profesional del padrón de prestadores.-----

ARTÍCULO 6º. Los profesionales incorporados al padrón de prestadores en forma voluntaria, facturarán a mes vencido las prestaciones realizadas por intermedio de la FEMECON quien será la encargada de proceder al pago de las mismas, una vez recibidos de EL MINISTERIO los fondos correspondientes.-----

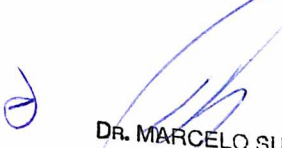
ARTÍCULO 7º. La selección y habilitación de profesionales destinados a la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del Seguro Público de Salud (SPS) en los centros de atención se efectuará en forma conjunta entre EL MINISTERIO, EL MUNICIPIO y la FEMECON. Dichos profesionales desarrollarán sus actividades con las condiciones de margen de producción asistencial y efectividad sanitaria que establezca EL MINISTERIO. (Anexo I)-----

ARTÍCULO 8º. Se deja expresamente establecido que los integrantes de la red prestacional del Seguro Público de Salud, no mantienen respecto del MINISTERIO relación laboral alguna, bajo ningún concepto o modalidad, por lo que el MINISTERIO estará exento de cualquier responsabilidad emergente de la relación. Todo reclamo o comunicación vinculada a la liquidación de aranceles honorarios o debitos, deberá hacerse exclusivamente a través de la FEMECON.-----

ARTÍCULO 9º. El presente convenio resulta de aplicación en todo el territorio de la Provincia de Buenos Aires.-----

ARTÍCULO 10º. La modalidad básica de pago será un Monto fijo establecido según disponibilidad horaria semanal. Se establece que, para los profesionales, el régimen de elección voluntaria podrá ser de Diez (10), Quince (15) o veinte (20) horas semanales en un centro de atención de la salud publico o privado autorizado por EL MINISTERIO, en el cual deberá dar cumplimiento a su tarea de atención integral preventivo – asistencial a los beneficiarios activos del Seguro Publico de Salud. (Anexo II)----

ARTÍCULO 11º. El padrón de beneficiarios será administrado por EL MINISTERIO, quien definirá la incorporación gradual y progresiva por grupo etareo con la información generada por los profesionales y los municipios. La condición de beneficiario activo se mantendrá según el dato de registro consulta / beneficiario. Las altas y bajas de dicho padrón serán comunicadas por EL MINISTERIO a la FEMECON en forma bimensual. La responsabilidad nominal del profesional sobre los beneficiarios activos se calculará sobre un padrón acorde a la disponibilidad horaria semanal, la especialidad y la tasa de uso según grupo etáreo. (Anexo III).-----


DR. MARCELO SUAREZ
PRESIDENTE


DR. JOSÉ LAGO
SECRETARIO GENERAL

ARTÍCULO 12º. EL MINISTERIO se obliga a abonar a la FEMECON en su carácter de agente de facturación una suma fija por profesional según carga horaria; complementariamente y como bonificación por resultados de cumplimiento de objetivos de producción y rendimiento asistencial, se establece un adicional denominado Índice de Efectividad Sanitaria (IES) correspondiente a la aplicación de un porcentaje preestablecido sobre el valor fijo mencionado, que en ningún caso podrá superar un máximo del 40 % del mismo y en los términos que se establecen en el Anexo II.-----

ARTÍCULO 13º. Se establece una bonificación adicional por inscripción y alta de nuevo beneficiario activo, una vez validado por EL MINISTERIO según se define en el Anexo IV. EL MINISTERIO se reserva el derecho de establecer el total anual de nuevos beneficiarios sujetos a inscripción.-----

ARTÍCULO 14º. Las bonificaciones mencionadas en los Artículos 12 y 13 respectivamente y que se definen en el Anexo II, deben considerarse como "Bonificación adicional excepcional por cumplimiento de metas y objetivos" y por lo tanto solo serán pasibles de las retenciones de ley.-----

ARTÍCULO 15º. El análisis del cumplimiento de las metas sujeto a bonificaciones será realizado por EL MINISTERIO sobre la documentación enviada por la FEMECON como resultado del consolidado de actividad de cada profesional.-----

ARTÍCULO 16º. Los profesionales integrantes del padrón de prestadores deberán entregar el día 25 del mes prestacional en curso a las entidades integrantes de FEMECON la estadística prestacional en carácter de Declaración Jurada.-----

ARTÍCULO 17º. La FEMECON se obliga a tomar a su cargo el sistema de facturación y liquidación de los honorarios profesionales en tiempo y forma ya sea directamente o a través de sus entidades de primer grado, así como la recepción, carga y envío del consolidado de la información generada por los profesionales.-----

ARTÍCULO 18º. La FEMECON deberá presentar a EL MINISTERIO una vez convalidada la documentación prestacional, una factura única que contendrá a) La documentación respaldatoria de la estadística prestacional del profesional, b) el importe total de las liquidaciones a efectuar a los profesionales, dentro del décimo (10º) día hábil del mes inmediato posterior de recibida la documentación enviada y c) la rendición nominal del mes inmediato anterior, detallando N° de cheque y N° de factura. La facturación deberá estar confeccionada a nombre de EL MINISTERIO, en un todo de acuerdo a las normas de facturación vigente.-----

ARTÍCULO 19º. El importe calculado por todo concepto en función de la liquidación final correspondiente, será transferido a la FEMECON para el pago a los profesionales.-----

DR. MARCELO SUAREZ
PRESIDENTE

DR. JOSÉ LAGO
SECRETARIO GENERAL

Dr. ALEJANDRO FEDERICO COLLA
Ministro de Salud
de la Provincia de Buenos Aires

ARTÍCULO 20º. El pago de la factura por parte de EL MINISTERIO a la FEMECON se efectivizará a partir de los 30 (treinta) días corridos a contar de la fecha de presentación de la misma, de acuerdo con los procedimientos establecidos en la Ley de Contabilidad de la Provincia de Buenos Aires y Decretos Reglamentarios.-----

ARTÍCULO 21º. EL MINISTERIO en acuerdo conjunto con la FEMECON llevará adelante los procedimientos de la auditoria en terreno, sin perder la potestad de efectuar directamente auditorias de control cuando lo considere necesario para el mejor funcionamiento del Seguro. El MINISTERIO se reserva para si la auditoria de evaluación de producción y resultados, cuya información será remitida a la FEMECON en forma trimestral.-----

ARTÍCULO 22º. EL MINISTERIO enviará a la FEMECON el padrón de prestadores autorizados el cual contendrá: Nombre y Apellido del profesional, Titulo universitario, Especialidad., matricula, régimen horario y lugar donde desarrolla sus actividades. Dicho padrón será actualizado en forma permanente con las altas y bajas que correspondan y notificando mensualmente esta situación a la FEMECON. Serán excluidos del padrón aquellos profesionales sancionados conforme a los estatutos, leyes y disposiciones que regulan el ejercicio profesional.-----

ARTÍCULO 23º. EL MINISTERIO y LA FEMECON convendrán oportunamente el desarrollo de actividades conjuntas permanentes de capacitación destinada a los profesionales integrantes del SPS a través de la instrumentación de protocolos específicos a tal fin.-----

ARTÍCULO 24º. En el plazo de 30 días a contar de la fecha de aprobación del presente, ambas partes conformarán una comisión mixta integrada por dos (2) representantes de cada una que tendrá a su cargo todo lo atinente a la marcha del Convenio, pudiendo adoptar decisiones y o modificaciones que hagan al buen funcionamiento del mismo y/o formular aclaraciones sobre diferentes aspectos del Modelo del Seguro.-----

ARTÍCULO 25º. El presente convenio empezará a regir a partir del 1º de enero de 2011 y tendrá una duración de un año desde su inicio renovándose automáticamente por periodos iguales.-----

ARTÍCULO 26º. Sin perjuicio de lo estipulado en el artículo 25, las partes podrán rescindir el convenio en cualquier momento siempre que la comunicación se realice en forma fehaciente, con 30 días de anticipación para EL MINISTERIO y 60 días de anticipación para la FEMECON. Se deja establecido que cualquier artículo/s podrá ser revisado/s en cualquier momento a propuesta de una de las partes, bastando para ello una comunicación fehaciente al respecto.-----


DR. MARCELO SUAREZ
PRESIDENTE


DR. JOSÉ LAGO
SECRETARIO GENERAL

ARTÍCULO 27º. A todos los aspectos legales que pudieran corresponder derivados del presente convenio las partes dejan constituido por EL MINISTERIO su domicilio en calle 51 n° 1120 de La Plata y por FEMECON en calle Moreno N° 794 Piso 8 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.-----

ARTÍCULO 28º. Las partes se someten para cualquier diferendo derivado de la aplicación y/o interpretación del presente Convenio a la jurisdicción contencioso-administrativo del Departamento Judicial de La Plata, renunciando a cualquier otro fuero o jurisdicción que pudiera corresponderles.----

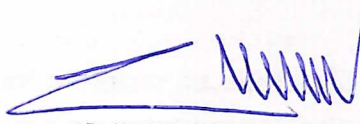
En prueba de conformidad y previa ratificación de su contenido. Se firman tres (3) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en la ciudad de La Plata a los 28 días del mes de diciembre del año 2010.



DR. MARCELO SUAREZ
PRESIDENTE



DR. JOSÉ LAGO
SECRETARIO GENERAL



Dr. ALEJANDRO FEDERICO COLLIA
Ministro de Salud
de la Provincia de Buenos Aires

MANUAL DEL MÉDICO

PROLOGO

El Manual del médico tiene por objeto poner en conocimiento del profesional prestador del **Seguro Público de Salud**, algunos elementos que se consideran fundamentales para el desarrollo de su labor y el fortalecimiento del sistema de atención de la salud en donde se desempeña.

Se incluyen en el mismo, diferentes temas y conceptos relacionados con la estructura del Seguro, modalidad de atención, beneficios y obligaciones profesionales; permitiendo al profesional conocer los alcances de su atención, así como las incumbencias de los niveles provincial, regional y municipal.

INTRODUCCIÓN

Una de las prioridades que ha fijado el gobierno provincial es coordinar las estrategias destinadas a ampliar la política social para dar soluciones a los sectores populares.

La esencia de una política de Estado en el sector salud, reside en mejorar la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria, la utilización de los recursos disponibles y a la calidad de atención, salvando las cuestiones derivadas de las diferencias socio-económicas y culturales entre individuos, grupos sociales y regiones de la provincia.

Para ello, el Ministro de Salud de la Provincia a través de la Resolución 000110/10 ha resuelto la articulación entre el Seguro Público de Salud y el Seguro de Maternidad e Infancia Provincial (PLAN NACER).

El **Seguro Público de Salud** de esta manera, esta destinado a brindar una atención preventiva, integral y universal; impulsando la realización de actividades de promoción de la salud, la atención de enfermedades prevalentes y el fortalecimiento de los sistemas de referencia y contra referencia.

Así los cuatro pilares estratégicos del Seguro son:

- Reconversión del modelo sanitario con eje en la promoción y prevención integral.

My Horizontalización e integración de los programas sanitarios y sociales.

- Gestión descentralizada y fortalecimiento del ámbito local.
- Categorización y certificación de los Centros de atención con su recurso físico y capital humano.

ESTRUCTURA

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires es el encargado de establecer las políticas y el plan de salud aplicable por el Seguro Público de Salud, así como determinar el modelo prestacional y los mecanismos de fiscalización y control.

Unidad de Coordinación Central (UCC) dependiente de EL MINISTRO, es el área encargada de la coordinación técnica-operativa con actividades integradas con las federaciones participantes en sus componentes de habilitación, capacitación y auditoría.

Tendrá a su cargo la gestión integral del **Seguro Público de Salud** y se encuentran entre sus funciones: diseñar la estrategia de implementación y controlar la ejecución del modelo operativo; proponer las normas técnicas; administrar el Padrón Provincial de beneficiarios y gestionar los convenios para la implementación del Seguro con los municipios y las entidades intermedias correspondientes.

Unidad Coordinadora Regional (UCR)

Constituida en cada Región Sanitaria, la UCR tendrá como principal misión constituir un nexo entre los diferentes niveles de decisión.

Se encuentran entre sus funciones: recepcionar y transmitir las inquietudes de los municipios; analizar y proponer mejoras para el desarrollo local del Seguro; planificar y coordinar las auditorías regionales y colaborar a este nivel también con las propuestas de capacitación y supervisión en servicio.

Unidad Coordinadora Municipal (UCM)

Cada municipio deberá conformar la misma con el objeto de llevar adelante la gestión local del Seguro y su articulación con otros programas sanitarios y sociales que trabajan con grupos de riesgo.

Optimizará los recursos propios de acuerdo al modelo de atención propuesto y en función de las necesidades asegurará la provisión de servicios complementarios para la población bajo responsabilidad nominal.





Será quien proponga el listado de beneficiarios del padrón bajo las pautas establecidas por el nivel central, elevando la propuesta de altas y bajas junto con las modificaciones. Coordinará a los profesionales del programa con el propósito de que se incorporen a la estrategia de salud municipal, recepcionando sus inquietudes, así como controlando su cumplimiento y desempeño.

MODELO DE ATENCIÓN

El **Seguro Público de Salud** propone la integración de los profesionales prestadores, a la estrategia de Atención Primaria local y a los lineamientos determinados por el municipio, pero dentro del marco de lo establecido por los acuerdos suscriptos por el Seguro.

De esta manera, el **Seguro Público de Salud** plantea como estrategia la atención de sus beneficiarios a través centros de atención de referencia autorizados por EL MINISTERIO, fortaleciendo la accesibilidad y la georreferencia de la población destinataria.

Esta atención, debe ser llevada adelante por todos aquellos profesionales que integren el listado de prestadores, fortaleciendo la interacción disciplinar, el acceso a los diferentes programas que allí se desarrollan y su contacto con los niveles superiores de complejidad.

La modalidad propuesta permitirá la libre elección y acceso por parte del beneficiario tanto al profesional de centro de atención autorizado por el Ministerio, como a los servicios de odontología y laboratorio, siempre que mantenga su condición de beneficiario activo. (ver instructivo)

Población a Cargo

Los centros de atención autorizados por EL MINISTERIO, donde funcione el SPS tendrán un padrón conformado para el Seguro Público de Salud.

Dicho padrón constituye el grupo poblacional sobre el cual el CAPS y en particular el médico del SPS adquieren la responsabilidad nominal individual y familiar. El compromiso del CAPS estará relacionado con la accesibilidad a la atención de dicho padrón (turnos programados y a demanda, etc) y la del profesional del SPS, especialmente dirigida los beneficiarios a su cargo y a toda otra consulta que se realice dentro de su horario de atención

Responsabilidad Nominal

El concepto de Responsabilidad Nominal implica que el equipo del CAPS y en particular al médico del SPS, asume la atención continua e integral de una persona y/o familia con

Nombre y apellido.

[Firma]

En tal sentido, se debe entender al individuo como parte de una familia, y a la familia como parte de un todo social.

Para ello es esencial considerar como una de las labores del equipo velar por el mantenimiento de la salud, y disponer las medidas necesarias para su recuperación y rehabilitación, comprometiéndose con el seguimiento y la continuidad de la atención.

Padrón por disciplina y carga horaria

Los médicos tendrán una responsabilidad nominal asignada por disciplina y una carga horaria máxima de 8 hs. por día de atención. El Horario que conste en la declaración jurada no podrá ser inferior a las 8:00 hs, ni superior a las 18:00 hs.

1) Pediatría: Tasa de uso promedio estimada. 3 consultas/año.

- 10 hs semanales 400 pacientes activos de 0 a 14 años. Disponibilidad mínima: 2 días/semana
- 15 hs semanales 600 pacientes activos de 0 a 14 años. Disponibilidad mínima: 3 días/semana
- 20 hs semanales 800 pacientes activos de 0 a 14 años. Disponibilidad mínima: 4 días/semana

2) Medicina general: Tasa de uso promedio 3/consultas/año

- 10 hs semanales: 400 pacientes activos de 0 a 70 años. Disponibilidad mínima: 2 días/semana
- 15 hs semanales: 600 pacientes activos de 0 a 70 años. Disponibilidad mínima: 3 días/semana
- 20 hs semanales: 800 pacientes activos de 0 a 70 años. Disponibilidad mínima: 4 días/semana

3) Clínica Médica-Tocoginecología. Tasa de uso promedio estimada 1.2/consulta/año.

- 10 hs semanales.: 1200 pacientes activos de 14 a 70. Disponibilidad mínima: 2 días/semana
- 15 hs semanales: 1500 pacientes activos de 14 a 70 años. Disponibilidad mínima: 3 días/semana



- 20 hs semanales: 1800 pacientes activos de 14 a 70 años. Disponibilidad mínima: 4 días/semana

4) Otras disciplinas: serán evaluadas según población elegible y tasa de uso. Se incorporarán según la necesidad sanitaria y con el valor fijo según carga horaria.

Interacción con Programas Nacionales, Provinciales y Municipales

El Seguro propone, a través de sus efectores, un enfoque integrador para la utilización de los recursos nacionales, provinciales y municipales. Apunta a atravesar horizontalmente los programas y ser un articulador de los mismos en el primer nivel de atención, coordinando el acercamiento de la población y los beneficiarios del Seguro a los diferentes programas.

PRESTACIÓN DE SERVICIO POR EL PROFESIONAL

Características de la Atención Profesional

Consultas

El profesional prestador del Seguro Público de Salud deberá planificar la atención de los pacientes y beneficiarios, a fin de cumplir con los objetivos asistenciales del mismo.

Organizará la atención de las consultas mediante un sistema de citaciones que garantice el otorgamiento de turnos programados y a demanda que permita a los pacientes ser atendidos con una espera razonable.

El porcentaje de tiempo destinado a la consulta programada y espontánea podrá variar dependiendo de las características de edad y sexo de la población atendida (priorizando la realización de controles de salud según normas) y de circunstancias estacionales o de emergencia, de acuerdo con la estrategia local de atención.

Los médicos en los CAPS municipales podrán mantener o disminuir su carga horaria semanal asignada al Seguro según necesidad acordada con el nivel central y el Municipio.

Los médicos de consultorios privados serán reclasificados en virtud de la ubicación de los mismos según necesidades de población beneficiaria o potencialmente beneficiaria.

De esta manera el profesional es responsable de establecer y cumplir un horario para prestar sus servicios -que informa en su declaración jurada- estando a disposición de los beneficiarios que se presenten en el Centro de atención, sin perjuicio de extender la atención a toda la población potencial de ser beneficiaria del Seguro

Visitas a domicilio

M



El médico debe evaluar aquellos casos que por diversas circunstancias ameriten la visita domiciliaria a los beneficiarios, a fin de garantizar la salud, cuidado y mejor atención de los mismos.

Derivación a otros Especialistas o Disciplinas

El profesional solicitará prácticas y estudios diagnósticos para los beneficiarios del Seguro, de acuerdo con las necesidades de la población asistida y el menú prestacional establecido en la cobertura del mismo. Utilizará los mecanismos establecidos por el municipio para la interconsulta y atención por especialistas o por otras disciplinas con las que no cuente en el Centros de atención.

Será responsabilidad del profesional:

- Firmar una Declaración Jurada que establece los lugares y horarios de atención que le destinará al Seguro, indicando que no se superpone con otros cargos y/o relaciones laborales que mantenga.
- Desempeñarse en el Centro de atención indicado por la UCM, en los días y horarios acordados con la misma.
- En caso de una situación de emergencia extraordinaria, podrá ser trasladado a otro destino, siempre y cuando sea por tiempo limitado, en concordancia con la duración de la emergencia, y en un todo de acuerdo con la UCM y el nivel central.
- Cumplir con las normas y procedimientos que El MINISTERIO establezca para el Seguro Público de Salud; el Seguro de Maternidad e Infancia (Plan Nacer) y los programas sanitarios a los que adhiera la provincia de Buenos Aires.
- Aceptar y colaborar con las auditorías en terreno llevadas a cabo por la UCM o por la coordinación del Seguro.
- Confeccionar y remitir, con la periodicidad y el formato establecidos, la información requerida por las autoridades competentes.
- Desarrollar acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, de acuerdo a las normas por edad y etapa vital.
- Elevar sus dudas, inconvenientes y sugerencias a la UCM a la que corresponde.
- Aceptar y acatar las disposiciones internas de la UCM y de la coordinación del CAPS (si correspondiere), siempre y cuando no contradigan las establecidas por el SFS.



- Cumplir con las instancias de capacitación que establezca o apoye el Seguro.
- Toda vez que quede fehacientemente demostrado, en tres periodos consecutivos o en cuatro alternados su ausencia al centro de atención sin justificación, el incumplimiento de horarios, o no alcanzar los resultados mínimos establecidos como condiciones de productividad y efectividad sanitaria; el programa tendrá razón de su exclusión del padrón de prestadores, previa notificación de la misma.

HERRAMIENTAS ADMINISTRATIVAS

El profesional tiene a su disposición herramientas administrativas para optimizar su trabajo, registrar historia de los beneficiarios, llevar control de la actividad del centro de atención, mantener contacto fluido con otros profesionales y colaborar con datos que puedan ser utilizados para la elaboración de estadísticas y estudios que sirvan al planeamiento de la gestión en salud local y provincial. Es responsabilidad del profesional completar los formularios solicitados y remitirlos en tiempo y forma según normas estipuladas.

Historia Clínica

El profesional confecciona y actualiza, para cada uno de los beneficiarios que atiende la Historia Clínica correspondiente a su grupo etéreo (perinatal, pediátrica, de adultos). Registra en ella los estudios solicitados de Radiología, laboratorio, ínterconsultas con especialidades, altas de los episodios de internaciones, prácticas de alta complejidad y todo aquello que haga a la condición de salud de los beneficiarios del Seguro.

Debe tener presente que es la herramienta que se mantiene en el tiempo y permite conocer las particularidades de cada individuo y su historia, constituyendo además un instrumento administrativo y legal que avala su tarea profesional.

Solicitud de prácticas de laboratorio y/u odontológicas: se hará en formulario/recetario que identifique el centro de atención, datos completos del paciente, firma, sello, matrícula, diagnóstico y fecha.

Planilla Diaria de Consultas

En la planilla diaria de consultas el profesional debe registrar **todas** las atenciones brindadas, tanto de pacientes del SPS como aquellos que no pertenecen aún al mismo.

En ella codifica motivos de consulta y diagnósticos según el sistema establecido por el SPS y deberá entregar el 25° día del mes en la Entidad primaria que correspondiere.

My

Planilla de Interconsulta

Mediante ésta planilla el profesional actuante derivará al afiliado del SFS a otras especialidades o disciplinas, utilizando la planilla dispuesta por el municipio para cada caso, y/o aquellas que determine el Seguro.

Planilla de altas de beneficiarios: El profesional inscribirá a todos los beneficiarios que aun no se encuentren en el listado de beneficiarios activos, completando todos los campos; en el caso de población menor de edad, completar los datos del adulto responsable. La misma deberá entregarse el día 25° de cada mes en cada UCM.

Modalidad de pago y cálculo del IES

Modalidad de evaluación IES: Planillas diarias de consultas. Inscripción de beneficiarios individuales o familiares. Carga de datos por las federaciones. Auditoría.

a) IES para Valor fijo de \$ 1200 (10 horas semanales)

Consultas/hora	2 – 2.4	2.5 – 2.9	3
IES	10%	30%	40%
Monto final	\$ 120	\$ 360	\$ 480
Rango de producción (consultas mensuales)	80 a 99	100 a 119	120 o mas
Inscripción validada	1,10	1,10	1,10

b) IES para Valor fijo de \$ 1800 (15 horas semanales)

Consultas/hora	2 – 2.4	2.5 – 2.9	3
IES	10%	30%	40%
Monto final	\$ 180	\$ 540	\$ 720
Rango de producción (consultas mensuales)	120 a 149	150 a 179	180 o mas



Inscripción validada	1,10	1,10	1,10
----------------------	------	------	------

c) IES para Valor fijo de \$ 2400 (20 horas semanales)

Consultas/hora	2 – 2.4	2.5 – 2.9	3
IES	10%	30%	40%
Monto final	\$ 240	\$ 720	\$ 960
Rango de producción (consultas mensuales)	160 a 199	200 a 239	240 o mas
Inscripción validada	1,10	1,10	1,10

Liquidación mensual: se realiza con la certificación de servicios enviada por el municipio y la constancia de presentación de planillas diarias de consulta enviada por la federación medica. La presentación por parte del médico, en la entidad primaria, de planillas de consultas más allá del día 25° será considerado presentación fuera de término y re-liquidada si correspondiere, el próximo mes.

Reclamos: cualquier reclamo correspondiente a la liquidación será aceptada hasta treinta (30) días posteriores al cobro de la misma.

TRAMITES

Cambios de horarios

Cualquier cambio de horario o lugar de atención se deberá acordar con la UCM, firmando y enviando nuevamente al Nivel Central el formulario correspondiente.

En caso de una situación de emergencia extraordinaria, el médico podrá ser trasladado a otro destino, siempre y cuando sea por tiempo limitado, en concordancia con la duración de la emergencia, y en un todo de acuerdo con la UCM y el nivel central.

Suspensión de Servicio

En caso de interrupción de servicio, el profesional es responsable de informar en tiempo y forma a la UCM dicha situación, indicando el período de interrupción, acompañado de certificado si correspondiera. Las Suspensiones Transitorias de Servicios sobre las cuales

no se realizarán descuentos son:

[Handwritten signature]

Embarazo, hasta 90 días.

Enfermedad, hasta 30 días anuales.

Descanso, 30 días anuales. (*)

1 congreso/año de la especialidad correspondiente

(*) El descanso anual podrá fraccionarse en hasta en dos (2) periodos con un plazo mínimo de 90 días entre la finalización de la primera y el inicio de la segunda.

Renuncia

Para articular estrategias adecuadas que garanticen la continuidad de la atención del beneficiario es vital que el profesional avise de su baja en tiempo y forma. Por ello el profesional que deseara renunciar como prestador del SPS, por el motivo que fuera, debe presentar la renuncia por escrito, con 30 días de anticipación. La misma será remitida al Municipio (en original).

Auditoría

Todo profesional del SFS es pasible de ser auditado tanto por la UCM como por el SPS. Las auditorías se realizan en el lugar de trabajo que el profesional conviene e indica en la declaración jurada, sin necesidad de previo aviso. El auditor puede realizar una entrevista al médico, donde evalúa las condiciones de trabajo, el desempeño profesional, el uso de las herramientas administrativas adecuadas, el trato con el beneficiario, el uso de los canales de comunicación y el nivel de información hacia la población del CAPS, así como una evaluación de las Historias Clínicas confeccionadas a los beneficiarios.

En base a la información registrada el Auditor eleva un informe escrito al nivel central que será adjuntado a su legajo personal y afectará en forma total o parcial cobro del IES según el siguiente detalle:

- a) 1 (Una) Auditoria negativa: Apercibimiento y notificación al profesional.
- b) 2 (Dos) Auditorias negativas: afectan el 20% del IES correspondiente.
- c) 3 (tres) Auditorias negativas: Afectan el total del IES correspondiente.

Los conceptos b y c se aplicarán durante dos periodos de liquidación hasta la nueva auditoria.






ANEXO II

1.- Monto fijo por carga horaria:

10 hs semanales \$1200 (pesos mil doscientos)

15 hs. Semanales \$ 1800 (pesos mil ochocientos)

20 hs semanales \$ 2400 (pesos Dos mil cuatrocientos)

2.- Índice de Efectividad sanitaria (IES) será un incremento variable adicional según carga horaria y producción asistencial de hasta un máximo de \$ 480 (pesos cuatrocientos ochenta) para régimen de 10 hs semanales; en hasta un máximo de \$720 (pesos setecientos veinte) para régimen de 15 hs semanales y en hasta un máximo de \$960 (pesos novecientos sesenta) para régimen de 20 hs semanales de acuerdo al siguiente esquema:

a) IES para Valor fijo de \$ 1200 (10 horas semanales)

Consultas/hora	2 – 2.4	2.5 – 2.9	3
IES	10%	30%	40%
Monto final	\$ 120	\$ 360	\$ 480
Rango de producción (consultas mensuales)	80 a 99	100 a 119	120 o mas

b) IES para Valor fijo de \$ 1800 (15 horas semanales)

Consultas/hora	2 – 2.4	2.5 – 2.9	3
IES	10%	30%	40%
Monto final	\$ 180	\$ 540	\$ 720
Rango de producción (consultas mensuales)	120 a 149	150 a 179	180 o mas

c) IES para Valor fijo de \$ 2400 (20 horas semanales)

Consultas/hora	2 – 2.4	2.5 – 2.9	3
IES	10%	30%	40%
Monto final	\$ 480	\$ 720	\$ 960
Rango de producción (consultas mensuales)	160 a 199	200 a 239	240 o mas



ANEXO III

Padrón por disciplina y carga horaria: Los médicos tendrán una responsabilidad nominal asignada por disciplina:

- 1) Pediatría: Tasa de uso promedio estimada. 3 consultas/año. a) 10 horas
semanales. 400 pacientes activos de 0 a 14 años.
b) 15 horas semanales 600 pacientes activos de 0 a 14 años.
c) 20 horas semanales 800 pacientes activos de 0 a 14 años.
- 2) Medicina general: Tasa de uso promedio 3/consultas/año
a) 10 horas semanales. 400 pacientes activos de 0 a 14 años. b) 15
horas semanales 600 pacientes activos de 0 a 14 años.
c) 20 horas semanales 800 pacientes activos de 0 a 14 años.
- 3) Clínica médica - Toco ginecología. Tasa de uso promedio estimada 1.2/consulta/año.
a) 10 horas semanales. 1200 pacientes activos de 14 a 70.
b) 15 horas semanales 1500 pacientes activos de 14 a 70 años.
c) 20 horas semanales 1800 pacientes activos de 14 a 70 años.
- 4) Otras disciplinas profesionales: serán evaluadas según población elegible y tasa de uso.
Su incorporación se efectuara según grado de necesidad sanitaria, y con un valor fijo según
carga horaria.



Poder Ejecutivo
Provincia de Buenos Aires

451

ANEXO IV

La bonificación adicional por inscripción y alta de nuevo beneficiario será de un peso con diez centavos (\$ 1.10) y no podrá exceder de 100 beneficiarios, con un máximo de adicional mensual de pesos ciento diez (\$110).

