

LA PLATA, 10 DIC 2012

VISTO el expediente N° 2900-15854/10, por el cual se gestiona la aprobación del Convenio suscripto entre el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y la Asociación de Medicina General de la provincia de Buenos Aires (AMGBA), y

CONSIDERANDO:

Que mediante el presente Convenio, dichas partes acuerdan establecer un mecanismo de complementación de actividades destinadas a profundizar el desarrollo integral y la prestación de servicios del Seguro Público de Salud, destinado a familias carentes de cobertura médica;

Que el Ministerio de Salud se compromete a integrar a las entidades que brindan servicios de salud de primer nivel de atención en una red de recursos que permitan extender coberturas estableciendo mecanismos de pago y transferencias de fondos públicos a dichas entidades;

Que la Asociación suscribirá con el personal profesional que indique el Ministerio, un acuerdo del cual estos lo designan agente de facturación y cobro de honorarios;

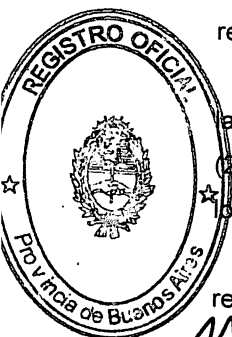
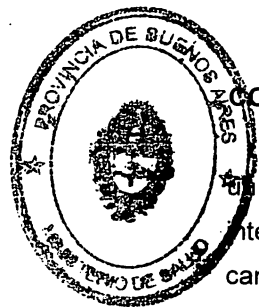
Que por su parte, los profesionales integrantes del padrón de prestadores del Seguro Público de Salud deberán cumplir las normas de procedimiento que establece el Manual del Profesional del Seguro, y no mantienen respecto del Ministerio relación laboral alguna;

Que la modalidad de pago básica será un monto fijo establecido según la disponibilidad horaria semanal. El régimen podrá ser de diez (10), quince (15) o veinte (20) horas semanales en un centro de atención de la salud autorizado por el Ministerio, por los montos estipulados en el Convenio;

Que el presente Convenio tendrá una vigencia de un (1) año renovándose automáticamente por períodos iguales;

M

Q



Poder Ejecutivo
Provincia de Buenos Aires

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

Que se ha expedido Asesoría General de Gobierno a fojas 9 y vuelta y Contaduría General de la Provincia a fojas 48 y vuelta y 52 y Fiscalía de Estado a fojas 53/54 y vuelta;

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

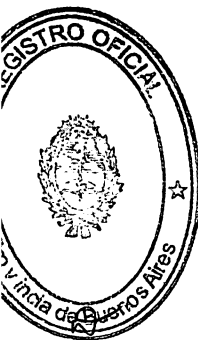
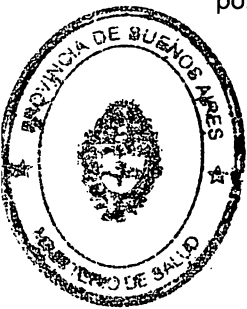
Por ello,

**EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
DECRETA**

ARTÍCULO 1°. Aprobar el Convenio suscripto entre el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y la Asociación de Medicina General de la provincia de Buenos Aires (AMGBA), 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°. Facultar al Ministro de Salud a modificar los importes establecidos en el Anexo II del Anexo Único.

ARTÍCULO 3°. Establecer que en los sucesivos actos que se suscriban como consecuencia del Convenio aprobado por el artículo 1° del presente, deberán tomar intervención los Organismos de Asesoramiento y Control, cuando corresponda de acuerdo a sus leyes orgánicas, los que entrarán en vigencia a partir del dictado del pertinente acto aprobatorio.



Poder Ejecutivo

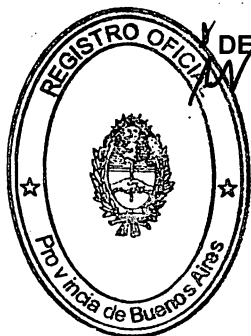
Provincia de Buenos Aires

ARTÍCULO 4°. El gasto autorizado precedentemente se atenderá con cargo a la siguiente imputación: C. INSTITUCIONAL 1.1.1. - JURISDICCION 12 - JURISDICCION AUXILIAR ENTIDAD 0 - CATEGORIA DE PROGRAMA PRG 95 - Finalidad 3 - Función 1 - FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Procedencia 1 - Fuente 3 - PARTIDA PRINCIPAL 3 - PARTIDA SUBPRINCIPAL 4 - PARTIDA PARCIAL 2 - EJERCICIO 2012 - LEY N° 14331 - pesos millones ochocientos noventa y dos mil (\$ 3.892.000)




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

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



DECRETO N° 1328


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 en adelante "EL MINISTERIO", representado en este acto por su titular, Doctor Alejandro Federico COLLIA, por una parte, y la Asociación de Medicina General de la provincia de Buenos Aires, en adelante "AMGBA", representada por su Presidente, Jorge LUCERO, por la otra, acuerdan celebrar el presente CONVENIO DE COOPERACION INSTITUCIONAL en el marco de lo establecido en el artículo 2º de la Ley Nº 13413 del Seguro Público de Salud de la provincia de Buenos Aires, sujeto a las siguientes cláusulas:

ARTÍCULO 1º. EL MINISTERIO y la AMGBA acuerdan establecer un mecanismo de complementación de actividades con el fin de profundizar el desarrollo integral y prestación de servicios del Seguro Público de Salud destinado a familias carentes de cobertura de 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 permita extender cobertura estableciendo mecanismos de pago y transferencias de fondos públicos a dichas entidades estimulando su asociación en forma de red publico-privada. La AMGBA 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, acordándose una participación activa entre las partes.-----

ARTÍCULO 2º. La selección y habilitación de nuevos 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 AMGBA. Dichos profesionales desarrollarán sus actividades con las condiciones de margen de producción asistencial y efectividad sanitaria que establezca EL MINISTERIO.-----

ARTÍCULO 3º. La AMGBA, 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 4º. Los profesionales integrantes del padrón de prestadores del SPS deberán cumplir con las normas de procedimientos establecidas por EL MINISTERIO en el Manual del Profesional de Seguro (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).-----

ARTÍCULO 5º. Los profesionales no podrán requerir de los beneficiarios del SPS pagos de ninguna especie, aceptando la AMGBA que, dada por acreditada dicha transgresión 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 AMGBA quien será la encargada de proceder al pago de las mismas, una vez recibidos de EL MINISTERIO los fondos correspondientes.-----

ARTÍCULO 7º. 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 AMGBA.-----

ARTÍCULO 8º. 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 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.-----

ARTÍCULO 9º. El padrón de beneficiarios será administrado por EL MINISTERIO en base a la información generada por los profesionales. La condición de beneficiario activo se mantendrá según el dato de registro consulta / beneficiario. 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 etéreo. (Anexo II), con excepciones que establezca el ministerio y acorde a actividad y disciplina.-----

ARTÍCULO 10. EL MINISTERIO se obliga a abonar a la AMGBA en su carácter de agente de facturación, una suma fija por profesional según liquidación correspondiente a carga horaria semanal pesos un mil doscientos (\$ 1200), diez (10) horas semanales, pesos un mil

Poder Ejecutivo
Provincia de Buenos Aires

ochocientos (\$ 1.800), quince (15) horas semanales y pesos dos mil cuatrocientos (\$ 2.400, veinte (20) horas semanales.-----

ARTÍCULO 11. Complementariamente a lo establecido en el Artículo 10 y como prima 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 12. Se establece como bonificación adicional por inscripción y alta de nuevos beneficiario inscripto correspondiente a un peso con diez centavos (\$ 1.10), sea por planilla individual o familiar, una vez validado por EL MINISTERIO como activo carente de cobertura de la seguridad social. El MINISTERIO se reserva el derecho de establecer el total anual de nuevos beneficiarios sujetos a inscripción.-----

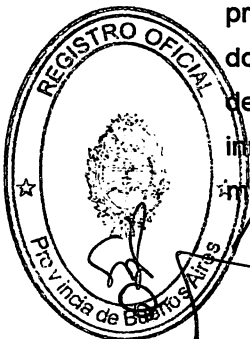
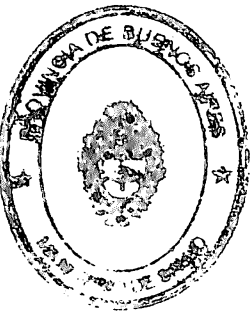
ARTÍCULO 13. Los montos establecidos en los Artículos 11 y 12 respectivamente se consideran "bonificación adicional excepcional por cumplimiento de metas y objetivos" y por lo tanto solo serán pasibles de las retenciones de ley.-----

ARTÍCULO 14. El análisis del cumplimiento de las metas sujeto a estímulos económicos será realizado por EL MINISTERIO sobre la documentación enviada por la AMGBA como resultado del consolidado de actividad de cada profesional.-----

ARTÍCULO 15. Los profesionales integrantes del padrón de prestadores deberán entregar el día 25 del mes prestacional en curso a las entidades integrantes de la AMGBA la estadística prestacional en carácter de Declaración Jurada.-----

ARTÍCULO 16. La AMGBA se obliga a tomar a su cargo el sistema de facturación y liquidación de los honorarios profesionales en tiempo y forma, así como la recepción, carga y envío del consolidado de la información generada por los profesionales.-----

ARTÍCULO 17. La AMGBA deberá presentar como contraparte a la documentación prestacional enviada por EL MINISTERIO, 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 (10) día hábil del mes inmediato posterior de recibida la documentación enviada y c) la rendición nominal y mensual del pago con N° de cheque y n° de factura. La facturación deberá esta



confeccionada a nombre de EL MINISTERIO, en un todo de acuerdo a las normas de facturación vigente.-----

ARTÍCULO 18. El importe calculado por todo concepto en función de la liquidación final correspondiente, será transferido a la AMGBA para el pago a los profesionales.-----

ARTÍCULO 19. El pago de la factura por parte de EL MINISTERIO a la AMGBA 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 20. EL MINISTERIO en acuerdo conjunto con la AMGBA 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 sí la auditoria de evaluación de producción y resultados.-----

ARTÍCULO 21. EL MINISTERIO enviará a la AMGBA el padrón de prestadores autorizados el cual contendrá: Nombre y Apellido del profesional, Título universitario, Especialidad., matrícula, 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 AMGBA. Serán excluidos del padrón aquellos profesionales sancionados conforme a los estatutos leyes y disposiciones que regulan el ejercicio profesional.-----

ARTÍCULO 22. EL MINISTERIO y la AMGBA 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 23. En el plazo de 30 días 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 24. El presente convenio empezará a regir a partir del 1° de enero de 2012 y tendrá una duración de un año desde su inicio, renovándose automáticamente por periodos iguales.-----

*Poder Ejecutivo
Provincia de Buenos Aires*

ARTÍCULO 25. Sin perjuicio de lo estipulado en el artículo 24, 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 AMGBA. 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.

ARTÍCULO 26. A todos los aspectos legales que pudieran corresponder derivados del presente convenio las partes dejan constituido por su domicilio en: EL MINISTERIO en calle 51 n° 1120 y por la AMGBA en calle 50 N° 737 ½ Piso 3 Departamento A, ambos de la ciudad de La Plata.

ARTÍCULO 27. 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 dos (2) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en la ciudad de la Plata a los días 15 del mes de FEBRERO del año 2012.



M

Jorge A. Lucero

Jorge A. Lucero
Presidente AMGBA

Dr. Alejandro Federico Collia

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

SS

MANUAL DEL PROFESIONAL PRESTADOR DEL SPS

PROLOGO

El Manual del profesional del SPS 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.

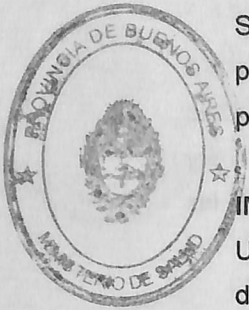
La esencia de una política de Estado en el sector salud, reside en mejorar la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria, la utilización de los recursos disponibles y a la calidad de atención, salvando las cuestiones derivadas de las diferencias socio-económicas y culturales entre individuos, grupos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

Poder Ejecutivo
Provincia de Buenos Aires

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.

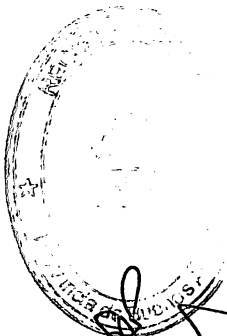
La modalidad propuesta permitirá la libre elección y acceso por parte del beneficiario tanto al profesional de centro de atención autorizado por el Ministerio, como a los servicios de odontología y laboratorio, siempre que mantenga su condición de beneficiario activo. (ver instructivo)

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 (Centro de atención primaria) y en particular el PROFESIONAL 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 (Centro de atención primaria) y en particular el profesional del SPS, asume la atención continua e integral de una persona y/o familia con nombre y apellido.

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 profesionales 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 horas semanales. 400 pacientes activos de 0 a 14 años. Disponibilidad mínima 2 días/semana.

15 horas semanales. 600 pacientes activos de 0 a 14 años. Disponibilidad mínima 3 días/semana.

20 horas 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 horas semanales. 400 pacientes activos de 0 a 70 años. Disponibilidad mínima 2 días/semana.

15 horas semanales. 600 pacientes activos de 0 a 70 años. Disponibilidad mínima 3 días/semana.

20 horas 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.

Poder Ejecutivo
Provincia de Buenos Aires

10 horas semanales. 1.200 pacientes activos de 14 a 70 años. Disponibilidad mínima 2 días/semana.

15 horas semanales. 1.500 pacientes activos de 14 a 70 años. Disponibilidad mínima 2 días/semana.

20 horas semanales. 1.800 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

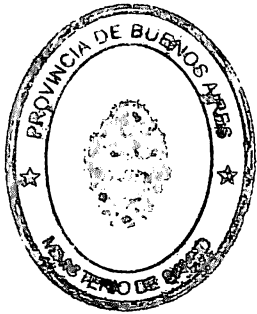
Consultas

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 profesionales en los CAPS (centros de atención Primaria) municipales podrán mantener o disminuir su carga horaria semanal asignada al Seguro según necesidad acordada con el nivel central y el Municipio. Los profesionales de consultorios privados serán reclasificados:



Handwritten signature and initials, possibly 'M. J.', written in black ink at the bottom of the page.

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 los Centro de atención, sin perjuicio de extender la atención a toda la población potencial de ser beneficiaria del Seguro

Visitas a domicilio

El profesional 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 los centros de atención.

Responsabilidades 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.

Poder Ejecutivo
Provincia de Buenos Aires

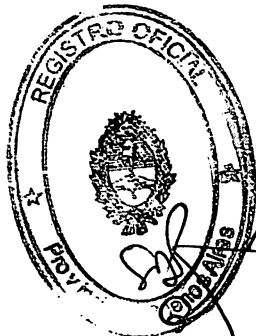
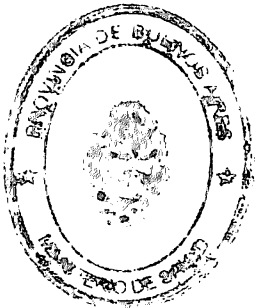
- Aceptar y colaborar con las auditorías en terreno llevadas a cabo por la UCM o por la coordinación del Seguro.
- Confeccionar y remitir, con la periodicidad y el formato establecidos, la información requerida por las autoridades competentes.
- Desarrollar acciones de promoción, protección y recuperación 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 etáreo (perinatal, pediátrica, de adultos). Registra en ella los estudios solicitados de Radiología, laboratorio, interconsultas 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.

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

Poder Ejecutivo
Provincia de Buenos Aires

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 la constancia de presentación de planillas diarias de consultas enviada por la federación médica. La presentación por parte del profesional, 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.

TRÁMITES



Handwritten signatures and initials, including a large signature that appears to be 'M' and another that appears to be 'K'.

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 profesional 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:

- 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 hasta en dos (2) períodos 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

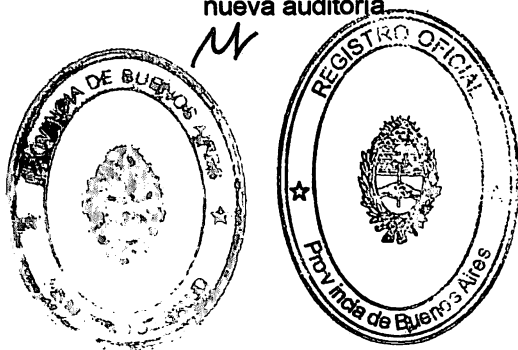
Todo profesional del SFS es pasible de ser auditado tanto por la UCM como por el SPS. Las auditorías se realizan en el lugar de trabajo que el profesional conviene e indica en la declaración jurada, sin necesidad de previo aviso. El auditor puede realizar una entrevista al profesional, donde evalúa las condiciones de trabajo, el desempeño profesional, el uso de las herramientas administrativas adecuadas, el trato con el beneficiario, el uso de los

Poder Ejecutivo
Provincia de Buenos Aires

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 el cobro del servicio según el siguiente detalle:

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

Los conceptos b y c se aplicarán durante dos periodos consecutivos de liquidación, hasta la realización de una nueva auditoría.



Handwritten signature and a large, empty rectangular box.

Poder Ejecutivo
Provincia de Buenos Aires

ANEXO

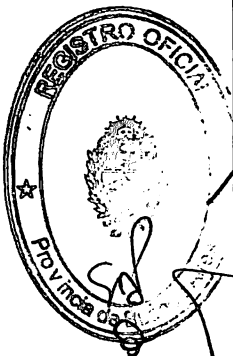
Inciso I.- El incremento variable adicional según carga horaria y producción asistencial denominado Índice de Efectividad Sanitaria (IES) se establece sobre el monto fijo definido en el artículo 14 de hasta un máximo de \$ 480 (pesos cuatrocientos ochenta) para régimen de 10 hs semanales; en hasta un 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 x hora	2 - 2.475	2.5 - 2.975	3
IES	10%	30%	40%
Monto final	\$ 120	\$ 360	\$ 480
Rango de producción (consultas totales)	80 a 99	100 a 119	120 o más

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

Consultas/hora	2 - 2.475	2.5 - 2.975	3
IES	10%	30%	40%
Monto final	\$ 180	\$ 540	\$ 720
Rango de producción (consultas totales)	120 a 149	150 a 179	180 o más



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

Consultas/hora	2 – 2.475	2.5 – 2.975	3
IES	10%	30%	40%
Monto final	\$ 240	\$ 720	\$ 960
Rango de producción (consultas totales)	160 a 199	200 a 239	240 o más

Inciso II. Modalidad de evaluación IES: Registro de planillas diarias de consultas con carga de datos por las federaciones y documentación respaldatoria.

Inciso III Modalidad de evaluación de Alta de Beneficiarios: Planilla de inscripción individual o familiar (confeccionada por el médico y entregada con firma del beneficiario o familiar a cargo) entregada al municipio para su envío al Nivel Central a los fines del alta definitiva e incorporación al padrón.

Inciso IV. Padrón de beneficiarios: Confección bimensual de padrón por profesional y por municipio. Padrón de beneficiarios activos en la página del Seguro Público de Salud para la convalidación del inicio de utilización de servicios bioquímicos y odontológicos.

Inciso V. Padrón por disciplina y carga horaria: Los profesionales médicos tendrán una responsabilidad nominal asignada por disciplina:

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

a) 10 horas semanales. Responsabilidad nominal sobre 400 pacientes activos/año de entre 0 y 14 años. Pago IES a partir de 80/consultas mes

b) 15 horas semanales. Responsabilidad nominal sobre 600 pacientes activos/año de entre 0 y 14 años.

Pago IES a partir de 120 consultas/mes

c) 20 horas semanales Responsabilidad nominal sobre 800 pacientes activos/año. De entre 0 y 14 años.

Poder Ejecutivo
Provincia de Buenos Aires

Pago de IES a partir de 160 consultas/mes.

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

a) 10 horas semanales. Responsabilidad nominal sobre 400 pacientes activos/año.
De entre 0 y 70 años. Pago IES a partir de 80/consultas mes.

b) 15 horas semanales Responsabilidad nominal sobre 600 pacientes activos/año de
entre 0 y 70 años. Pago IES a partir de 120 consultas/mes.

c) 20 horas semanales Responsabilidad nominal sobre 800 pacientes activos/año de
entre 0 a 70 años. Pago de IES a partir de 160 consultas/mes.

3) Clínica médica - Toco ginecología. Tasa de uso promedio estimada 1.2/consulta/año.

a) 10 horas semanales. 1200 pacientes activos de entre 14 y 70 años. Pago IES a
partir de 80 consultas/mes.

b) 15 horas semanales 1500 pacientes activos de entre 14 y 70 años. Pago IES a
partir de 120 consultas/mes.

c) 20 horas semanales 1800 pacientes activos de entre 14 y 70 años. Pago IES a
partir de 160 consultas/mes.

4) Otras disciplinas profesionales: serán evaluadas según población elegible y tasa de uso.
Su incorporación se efectuará según grado de necesidad sanitaria, y con un valor fijo según
carga horaria.

