

**EL DESAFIO DE GERENCIAR UN SISTEMA
DE SALUD EN SANTIAGO DEL ESTERO**

**Alumna: María Eugenia DORADO
Directora: Lic. Marcela MOLINA**

U.N.S.E

Año 2002

Dedico este trabajo a :

Mis padres : Aldo y Cristina , por su amor, su apoyo incondicional, su comprensión y por haberme enseñado que la familia, la honradez y la ética son valores fundamentales de la vida.

A mi hermana: Ana por que hemos compartido durante estos años el lazo que nos une y que durará para siempre.

A mis tios: Eduardo y Justo por su amor y su cariño de estos años.-

A mi nona y mi tia Bety por su apoyo y confianza

A mi ahijado , Enrique por ser el sol de mi vida.

A mis amigas por las horas de estudio compartidas y por los momentos y emociones de vida que estamos compartiendo,

Y con todo el amor del mundo

Lo dedico :a una estrellita que desde el cielo me acompaña

Para vos : Yaya .-

Agradecimientos:

A mi directora de Tesis, Lic. Marcela Molina , por su confianza en mi proyecto, su dedicación y sus acertados consejos.

A la Lic, Amelia Rueda por su constante consejo y apoyo ,

Al cuerpo de profesores de mis años de estudio y al personal no docente de esta Universidad , por ser formadores de mi educación.-

INDICE

Página

Introducción.....	1
--------------------------	----------

Capítulo 1: Los sistemas de Salud

El modelo argentino de Salud.....	2
El financiamiento del Sistema:	
¿De donde provienen los recursos?.....	4
condicionamiento del Financiamiento.....	4
La Salud Argentina en números.....	6
El papel del Estado en Materia de Salud	6
Tendencia en regulacion de las empresas de Salud.....	10

Capítulo 2: Normativa Legal de la Reforma Sanitaria

Marco Regulatorio Legal.....	13
La Respuesta del Estado.....	15
Decreto 446: Desregularización de las Obras sociales.....	17

Capítulo 3: El mercado de la Medicina Prepaga

CUADRO 1:Lista de las 15 prepagas mas importantes del país	23
Población	
CUADRO 2 Población afiliada a Sistemas Privados.....	24
CUADRO 3: Localización de Inst. Privadas.....	24
CUADRO 4:Ingresos de los 10 prepagos.....	25
CUADRO 5: Estructura del Gasto de salud.....	26
Repercusiones por la reforma impulsada por el Estado.....	26
CUADRO 6: Analisis de Gastos PMO	
Poblacion >10.000.....	29
CUADRO 7: Analisis de Gasto PMO	
Poblacion < 10.000.....	30

Capítulo 4 : atención médica gerenciada

Atención médica gerenciada.....	32
Los servicios.....	36
Dimensión de los servicios.....	37

Capítulo 5: Diagnóstico.....	40
Capítulo 6: El cambio.....	47
Por qué cambiar.....	68
Estructura del sistema de inf. y gestión del gasto.....	70
Anexo.....	74
Planes de salud.....	75
Texto decreto PMO.....	79

La salud está en crisis. Si recogemos el pensamiento de Andre Bellin que reconoce la crisis como el momento de verdad y el inicio de una nueva instancia , efectivamente la salud está en una etapa de crisis.

En los últimos años, la fragmentación, el deterioro de la capacidad de gestión, la ausencia de interacción armónica de sus componentes y de planificación estratégica que integre los recursos de los distintos sectores con visión de lógica sanitaria, han quebrantado el modelo del sistema de salud del país.

Además de la dificultad que genera la disminución de los recursos, el "como y en "que "gastamos constituyen la premisa a resolver en este momento decisivo.

La salud pasa hoy por una etapa de revisión de los paradigmas dominantes hasta estos tiempos y que han determinado el desarrollo de los sistemas y servicios de salud que hoy existen. Sin embargo nos encontramos frente a una realidad que impone la revisión global de los sistemas orientados hacia nuevas interpretaciones y gestiones.-

La reforma impulsada desde el gobierno en el área de la salud, requiere de organizaciones preparadas para enfrentar el desafío de gerenciar sistemas de salud dentro del contexto de crisis sanitaria. Es necesario que quienes dirijan estas organizaciones ,cuyo objetivo sea brindar y garantizar la salud, sean capaces de utilizar los recursos en forma integrada con participación de todos los componentes que hacen al modelo y con la finalidad de conformar un sistema basado en la eficacia y la eficiencia

La salud es un tema de valores pero no se encuentra ajena de la escasez de recursos con que hoy cuenta el sistema sanitario para brindar. Por lo cual es necesario establecer un sistema que equilibre el aumento de la demanda de servicios frente a la limitación de los recursos

Este trabajo surge a partir del interés social que significa la administración de unidades prestadoras de servicios médicos ya que está en manos de los gerentes de las mismas guiar sus decisiones hacia objetivos de calidad en vistas a los cambios que se avecinan por la desregulación del sistema. Es necesario analizar y comprender las variables que hacen a la reforma sanitaria ya que la misma se debe hacer con la concientización de que el cambio que se quiere impulsar es de la SALUD de la población argentina .

CAPITULO I

LOS SISTEMAS DE SALUD

*"Nadie puede estar seguro de
su salud si pertenece a un
sistema de salud que
está enfermo"*

Dr. Ginés González García

Los sistemas de salud de casi todos los países del mundo están siendo reformados. La reforma en esta materia generó un proceso complejo ya que involucra a muchos sectores que deben redefinir sus principios, relaciones, fuentes de financiamiento, su funcionamiento y misión. Este proceso se caracteriza por ser dinámico.-

Si bien es cierto que la salud de la población del mundo es hoy mejor, paradójicamente nos encontramos frente a un modelo de salud que se encuentra enfermo. Este proceso que se viene operando a nivel mundial implica que cada país sea capaz de identificar sus propios elementos de reforma y crear soluciones certeras y concretas a la demanda de servicios de salud con calidad. El estado de salud de la población constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos.

Un sistema de salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud. Y hace referencia a todas las acciones que el Estado y la sociedad misma desempeñan en materia de salud.

El modelo argentino de salud

Tiene como objetivo: brindar atención de la salud

Formado por :

Subsistema : Público

Seguridad Social

Privado

La consolidación del modelo argentino de salud se esquematiza en tres capítulos o fases:

*) Desarrollo de los servicios públicos: a partir de que el estado asume funciones en relación a la salud durante la década del '40. La salud es asumida como un deber de Estado. La primera política de salud establecida es la de asegurar el acceso a la atención de todo el pueblo argentino.

Se observa el desarrollo de la infraestructura hospitalaria, destacando sin lugar a duda el aporte efectuado por el Dr. Ramón Carrillo.

*) las obras sociales: son esquemas de protección social que surge a partir de organizaciones de los trabajadores. Durante los '50 y '60 las O. Sociales crecieron considerablemente y orientaron su demanda de atención hacia el sector privado de prestadores, dejando de lado la alternativa de desarrollo de sus propios establecimientos y del uso del hospital público. El mayor desencuentro entre las obras sociales y el sector público fueron los años de gobiernos no democráticos, el antiperonismo y el antisocialismo.

En 1970 se produce un avance fundamental en las organizaciones del modelo argentino de salud como es la ley 18610 extiende de manera obligatoria a toda la población trabajadora, la cobertura a través de las O. sociales. Los aportes de empleados y contribuciones del empleador se unifican y toman obligatorias.

*) se desarrollan empresas privadas (Medicina Prepaga o planes médicos de clínicas o sanatorios de adhesión voluntaria dirigidas en general a los sectores de mayores recursos

El rol del estado en materia de salud fue decayendo

La capacidad instalada se deteriora.-

El subsector público pierde liderazgo como financiador y proveedor de servicios.-

Entre 1977 y 1981 se despliega una política económica que bajo el pretexto de aumentar la productividad por la vía de una mayor competencia con los productos externos, redujo las barreras arancelarias, lo que produjo una importación de tecnología médica fundamentalmente en áreas de diagnóstico, terapia intensiva y neonatología. La sobre oferta de tecnología, precipitó la crisis del financiamiento de las Obras sociales que comenzaron a poner freno a su cobertura y a incorporar copagos (Co-seguros). Frente a la restricción de las prestaciones cubiertas por el subsector de la seguridad social, el sector público debió enfrentar demanda por servicios con un gran déficit de capacidad instalada, insumos, equipamientos, etc. Los años de desregulación de la oferta médica comienza a cobrar su precio generando una crisis económica en los sistemas de salud tanto público como privado.

El financiamiento del sistema - ¿De donde provienen los recursos?

El gasto en salud tiene dos componentes básicos:

Publico

Privado

Dentro del componente público identificamos por un lado el aporte netamente estatal y por el otro lado el que proviene de la Seguridad Social y que se caracteriza por su criterio solidario de financiamiento : cada uno aporta lo que puede según su capacidad económica y salarial pero recibe los beneficios según su necesidad. Ambos el Estatal y de la seguridad social constituyen el componente de financiación solidaria del sistema.

El gasto privado lo constituyen los pagos directos que efectúan las familias y los aportes voluntarios que realizan en cuotas a los sistemas privados.

Condicionamientos del financiamiento:

Sector público y de la Seguridad Social:

En materia de salud, los orígenes de los recursos de estos componentes se encuentran totalmente relacionados , por lo que si se produce alguna variación en alguno, repercute indefectiblemente en el otro.

Los fondos de la Seguridad Social provienen de los aportes y contribuciones que se aplican a los salarios en relación de dependencia por lo que los fondos se encuentran influenciados por:

*)-tasa de ocupación

*)-nivel salarial

*)-el cumplimiento de la obligac. fiscal de los empleadores.

*)-las alícuotas a aplicar

Para las Obras Sociales nacionales corresponde un porcentaje al empleador y otro al empleado. Un 10% de los que cada Obra Social recauda se destina al

fondo Solidario de redistribución cuyo objetivo es equilibrar la dispersión de los niveles salariales más bajos.-

La disminución de las contribuciones patronales implementadas en 1995 para incentivar el empleo, generó un sobresalto en el financiamiento de las Obras sociales que pudo en primera instancia ser compensada a través de subsidios distribuidos por el ANSSAL. Si bien el Fondo Solidario de Redistribución (fuente de ayuda financiera) forma parte del presupuesto nacional y ha sido reforzado sus recursos por el ingreso del IVA tributado por las prepagas, actualmente las Obras sociales presentan un panorama económico en alerta . Se estima que el atraso de cancelación de sus deudas es de aproximadamente 4 meses.-

El panorama de las Obras Sociales provinciales tampoco es alentador ya que los recursos se han visto restringidos a partir del proceso de racionalización administrativa.

Otra fuente de financiamiento son los coseguros u copagos que los afiliados deben abonar por la autorización de las distintas prestaciones solicitadas.

Subsector Público: obtienen sus recursos desde rentas generales , que se fijan anualmente en los presupuestos Nacionales y que se destinan a los servicios que se brindan en establecimientos públicos (hospitales, centros de salud, puestos sanitarios, etc), pero que también se destinan a las acciones relacionadas a la prevención y la fiscalización. El sistema público se encuentra enfrentando un severo deficit de financiamiento con deudas a los prestadores, reducción de cobertura , etc.

Subsector privado: el financiamiento del sistema prepago se consolida a través de las primas (mensualidades o cuotas) y los coseguros pagados por los individuos y las familias que se adhieren al sistema de manera voluntaria. En los últimos años la prepagas se han convertido en administradoras de fondos para la atención de grupos a través de contratos con Obras Sociales que les confieren la cobertura de servicios medico-asistenciales de sus afiliados por un importe que se abona mensualmente y que se denomina "Cápita".-

La salud de los Argentinos en números

Cobertura	Personas <i>(en millones)</i>	Recaudación <i>(en millones de \$)</i>
Obras Sociales Nacionales	11.6	3.900
Obras Sociales Provinciales	5.4	1.700
PAMI	3.4	2.100
Monotributistas	0.5	120
Mutuales y Prepagas	2.0	2.000
Sub-total	22.9	9820
Menos: quienes poseen doble cobertura	1.0	
	21.9	
Atención en hospitales públicos	15.1	5.500
POBLACION TOTAL	37.0	15.320
Gastos en medicamentos		4000
Cobertura total		19320.-

Fuente: INDEC, Clarín en base del mercado

□

El Papel del Estado en materia de salud:

Los sistemas de salud no surgieron solos, fueron incorporados por los países en forma conjunta con las demás estrategias de acción y protección social. En cada reforma los sistemas están redefiniendo la relación Estado-Ciudadanía. Cuáles son las nuevas funciones del Estado y los derechos y obligaciones de

los ciudadanos? Se redefine el rol del Estado cada vez que se institucionaliza una estrategia, un modelo de atención.. Aunque las funciones del Estado están siempre relacionadas a la legitimación del gobierno y la regulación económica, las modalidades de intervención en materia de salud de ha concretado a través de las siguientes acciones:

I- Información y persuasión a la población.-

II- Provisión de servicios.-

III- Financiación de las acciones.-

IV- Compras de servicios al sector privado

V- Regulación de la actividad global del sistema.

I-El Estado como consejero: esta función supone producir bases de información adecuadas poniendo el acento en los resultados objetivos del proceso de atención médica, de los servicios y las políticas.. Aumenta su gobernabilidad sin perjudicar a que los sectores que permiten expandir la actividad privada. Mediante esta función los subsectores del área de la salud resultan favorecidos.-

II- El Estado como proveedor: los gobiernos pueden hacerse cargo de brindar directamente servicios médicos a la población en forma exclusiva(en donde no existen servicios privados) o en forma parcial (donde los servicios públicos se complementan a los del tipo privado). Un ejemplo de país que todavía conserva un régimen de estado proveedor en forma exclusiva es Cuba. En otros casos la cobertura es limitada solo a quienes aportan al sistema. Hay países que en una primera instancia daban cobertura únicamente a los trabajadores que aportaban al sistema, luego a su grupo familiar y por último a través de recursos fiscales a los carente y desempleados que no pueden aportar al sistema. A partir de la ley de Sanidad (1986) , España tiene un sistema nacional con cobertura universal. El mismo se inició con aportantes , aunque actualmente la mayor parte de la financiación la realiza el Estado a través de rentas nacionales. La tendencia mundial ha sido de que el Estado mantenga su rol de proveedor con una recuperación de costos a través del financiamiento privado o de las entidades del seguro de salud.

III-El estado como financiador: aquí el Estado decide cuánto y cómo obtener los recursos para ser destinados a salud. Los países con mayor ingreso per capita tienen una financiación de salud más solidaria, colectiva y no individual. Gran parte de las reformas de los sistemas de salud han tenido que modificar su financiamiento. Por un lado se ha expandido la cobertura al subsector de la seguridad social, por lo

que la parte central del financiamiento proviene de aportes y contribuciones basados en el trabajo. Sin embargo el fenómeno del desempleo ha producido una disminución de la capacidad de aporte al sistema y por ende a la recaudación. ¿Cómo se va a financiar la salud? Este es el dilema de los Estados modernos. Mundialmente se ha observado ciertas respuestas a este interrogante:

-) -Países que disponen de financiamiento a través de rentas generales. Es decir reemplazar progresivamente la financiación basada en el trabajo a que se base en el valor agregado o el consumo.

-)- Otros optaron por vincular determinadas fuentes con la función de la salud. Es decir , se definió un impuestos específico para financiar los gastos en salud.

-) En otros casos se utilizó el financiamiento como herramienta para promover la salud "gravando el vicio" a través de impuestos específicos a artículos que son perjudiciales para la salud como el tabaco y el alcohol.

4- El Estado como comprador: los gobiernos toman decisiones de cómo , en qué y en quiénes gastar los recursos obtenidos para la salud. En los países donde la financiación pública es hegemónica , la tendencia es integrar todos los recursos disponibles en un gran fondo único de salud que aumenta significativamente la capacidad de compra y flexibiliza la re-asignación de los recursos permitiendo la búsqueda de alternativas más efectivas. En países como Suecia, se ha convertido a los hospitales en "empresas públicas ", y en Inglaterra con la implementación de las "corporaciones autogestionadas". En ambos casos se trata de mantener la autonomía operativa manteniéndose la financiación y responsabilidad pública. En Italia apuntaron a la reconversión de los hospitales públicos en empresas proveedoras de servicios hospitalarios , los que son remunerados a través de un sistema de pago por diagnóstico. En este país la mayor parte de la oferta continua siendo pública , pero adquiere la forma de una empresa privada y compite por los recursos del Estado.-

En algunos ejemplos el Estado funciona como comprador de servicios, pero no para toda la población sino para un sector determinado. En la Argentina un ejemplo de este tipo fue el de IOMA/carenciados, donde el Estado compraba servicios para los pobres y estos se brindaban en el sector público o en el privado

5- El Estado como regulador: al asumir la función de regulador admite que la libre oferta y demanda puede no tener en cuenta las necesidades de salud de la población. La disyuntiva surge en por que el estado debe intervenir en el mercado de la salud si la tendencia es el camino hacia la liberación del mercado. El fundamento de esta cuestión se basa en que la mano invisible del mercado , no asigna de manera adecuada los recursos para resolver los problemas de salud. Jacques Attali afirma ... "en salud mercado sin Estado es un mercado negro". La función de regulador puede tener varias aristas y orientarse a diversas áreas.:

a los recursos Humanos: en algunos países hay una regulación en la oferta de recursos humanos . La universidad tiene un cupo de ingreso. O en su defecto como Italia y España la obligación de acceder a un sistema de capacitación de post-grado sin el cual es imposible el ejercicio de la profesión.

En otros países como EEUU si bien no se controla el ingreso ni se establecen vacantes para la universidad, existe un mecanismo regulatorio indirecto del "board" que es quien se ocupa de la habilitación profesional. Para ello es necesario efectuar la residencia médica , con motivo de esta regulación hay cerca de 20000 médicos recibidos que no pueden ejercer su profesión

En nuestro país la regulación de este tipo es un gran debate , sin acciones desarrolladas.

A la oferta de recursos físicos: esto implica evaluar las necesidades de salud de la población y de acuerdo a ellas determinar cuales son las inversiones públicas y privadas que deben apuntar a satisfacer esas necesidades. En países como Reino Unido y Francia se han implementado mapas sanitarios que establecen el numero de camas y los tipos de tecnología diagnostica que debe haber de acuerdo con la cantidad de personas que viven en cada región , su composición demográfica y las características epidemiológicas de la región. En Argentina este tipo de regulación es bajísima y se observa que para abrir un establecimiento de salud lo único que hace falta es la intención y el dinero. Esto ocasiona la crisis de los financiadores (obras sociales y prepagos) y en las de los prestadores , ya que gran parte de los hospitales privados de nuestro país están fuertemente endeudados.

Durante los últimos años se anunciaron y se implementaron en Argentina un conjunto de medidas tendientes a la reforma del marco regulatorio de las entidades

del seguro de salud. El proceso no fue lineal hubo idas y vueltas, marchas y contramarchas, pero la esencia del mismo consiste en permitir a los usuarios la libre elección de prestatarias (O. Soc.) y abrir el mercado al capital privado. En la idea inicial del proyecto elaborado por el Banco Mundial, se planteaba la reconversión de las obras sociales para lograr la posibilidad de captar nuevos ingresos a través de aportes de los nuevos usuarios que quieran ingresar al sistema. Sin embargo la reforma generó cambios y reacomodaciones de los actores. Las obras sociales fueron las primeras en resistirse pero luego incentivadas por un programa que financiaba este proceso con un crédito del Banco Mundial, iniciaron alianzas consagrando el inicio de lo que se dio por denominar: reconversión. En mayo de 1997, la CGT firmó junto al Gobierno un Pacto por la reforma laboral donde acordaron que la libre elección se daría solo entre las obras sociales sindicales, postergando la incorporación de las prepagas a la escena. Sin embargo estas unidades prestatarias comenzaron a actuar como intermediarias y se ofrecen a los usuarios la cartilla de prestadores de dichas empresas. Mientras que los empresarios nacionales de medicina prepaga buscaban ingresar en el sector de las obras sociales, los empresarios extranjeros desembarcaron en nuestro país y comenzaron a adquirir empresas de medicina prepaga.

Este cambio de roles determinó el ingreso de nuevos actores al escenario sanitario local: las consultoras (generalmente internacionales) que hacen su debut inaugural asumiendo papeles en la reconversión y administración de las obras Sociales. Por otro lado el capital internacional que se concentra en grupos económicos previsionales y compañías de seguro que se aprestan a operar en la salud de la población argentina. Dentro del marco prestador comienzan a proliferar las entidades intermedias que van absorbiendo parte de los riesgos que involucra la cobertura de salud.

Tendencias en la regulación de las empresas de medicina prepaga.:

Se pueden distinguir al menos tres fases en la incorporación de modelos de regulación de los seguros privados de salud:

1)-Una primera generación de mecanismos de regulación de los seguros privados de salud se restringía a una regulación económica y se les exigía un determinado fondo de reserva como garantía de que iban a poder cumplir con sus compromisos y se controlan sus lucros.

2)-Luego aparece una segunda generación de modelos regulatorios. Durante los últimos años se han enfatizado en la implementación de mecanismos adecuados tendientes a lograr lealtad comercial: controlar los problemas de selección adversa o la omisión de la cobertura. Este proceso intenta reducir al mínimo la selección adversa y en definir cuales y cuantas son las prestaciones que deben brindarse a la población para evitar el abuso moral.

3)-La tercera generación de modelos regulatorios supera la regulación estrictamente económica ya que involucra la regulación con objetivos sanitarios. Regular en este sentido es modelar conductas en el mercado, alcanzar metas-objetivos de salud pública. Regular a través del control de resultados significaría enfocar la acción regulatoria sobre salud. Dar incentivos para aquellas empresas que promueven la salud y no solo brinden asistencia médica o aseguramiento.

Marco regulatorio legal

El marco regulatoria de las obras sociales y de las empresas de medicina prepago perfilan los lineamientos de los nuevos escenarios de acción de estas unidades prestacionales . Introducirnos en el marco regulatorio de las mismas implica definir que alcances tiene el término "regulación". La acepción más aceptada como la sostienen algunos autores como Artana y Soto es que se debe definir a partir de su opuesto "desregulación", entendiéndose que es la supresión de una serie de normas que impide la provisión de determinados bienes y servicios por agentes económicos públicos o privados distintos a quienes hoy detentan el monopolio de hecho y básicamente la libertad de tarifas. La regulación no solo puede ser económica sino que encontramos otras dimensiones entre ellas la social que generalmente acompaña a la económico para moderar los efectos adversos que puede generar en la comunidad. La jurídica-legal que es la herramienta legal destinada a tutelar el consumo de servicios públicos.

En materia de salud el Estado al regular el mercado ha tendido en los últimos tiempos a priorizar la eficiencia y la competitividad. El subsector público implementó la descentralización de los servicios y la posibilidad del Hospital Público de poner en practica el denominado proceso de Autogestión. que les permitió a los establecimientos sanitarios recuperar parte de los gastos de las prestaciones brindadas a los beneficiarios de la seguridad social.

Las obras sociales atravesaron por el proceso de desregulación que favoreció la libertad de los afiliados de poder optar por la O. social que desease. Y por último el subsector de las empresas de medicina prepaga comenzaron a actuar como gerencadoras de las prestaciones que demandaba el subsector social.

Estos cambios se hicieron con el objetivo de incorporar mecanismos de mercado, así como una mayor articulación , interacción y complementación entre cada una los integrantes del área de la salud.

El mercado de la salud, no puede por si asegurar que todos los agentes involucrados actúen con libertad. Ya que al tratarse de salud, los demandantes persiguen certidumbre frente al riesgo de la enfermedad o accidente.

Los seguros de salud asientan sus bases en la idea de que la enfermedad es, en gran medida impredecible y que la oportunidad de desplazar esos riesgos derivados de la enfermedad a terceros vale un precio que muchos están dispuestos

a pagar. Los demandantes recurren a formas de contratación voluntarias o compulsivas

a)- el pago anticipado de la prestación a través de la contratación de un seguro que se denomina medicina prepaga

b)- el descuento obligatorio de aportes para una determinada obra social según la actividad laboral.-

El mercado del aseguramiento de la salud, presenta las siguientes fallas:

- ↪ Abuso moral
- ↪ Entrada selectiva
- ↪ Economías de escala

ABUSO MORAL

Los seguros generan en el usuario la sensación de que al tener una cobertura de atención garantizada pueden consumir indiscriminadamente o incluso puede el profesional solicitar prácticas para satisfacer los deseos de su paciente. El uso excesivo genera una expansión de los costos lo que al promediar el precio promedio por persona de prima produce un incremento en los precios. La implementación de co-pagos o también llamados coseguros que son herramientas que se utilizan para disuadir el sobreconsumo, puede también constituir barreras para el acceso de atención ya que las personas pueden en algunas ocasiones no contar con el dinero para hacer frente estos pagos. Para protegerse de estos riesgos las aseguradoras han aumentado las primas que cobran a los particulares, lo cual ha contribuido a que una mayor cantidad de personas no ingresen al sistema por no poseer los recursos suficientes o por que no están dispuestas a pagar una prima que consideren demasiado alto. El estado ha debido hacer frente a esta situación estableciendo sistemas de seguridad social obligatorios , subsidiados y basados en principios de solidaridad.

ENTRADA SELECTIVA

La asimetría de la información también puede jugar de manera contraria, si la unidad aseguradora conoce mejor que el usuario el nivel de riesgo, esta podría seleccionar únicamente a individuos con un bajo nivel de riesgo, cuyos costos

esperados se encuentran por debajo de la prima impuesta. La tendencia de los seguros por cubrir a los grupos de menor riesgo: los sanos, los jóvenes y los fuertes y de excluir a los más débiles, pobres y ancianos .-

Son de esta manera los grupos más vulnerables los que son los desatendidos por cualquier mecanismo de aseguramiento por el volumen de los gastos que generan. Es por esta razón que muchos Estados han incluido cláusulas en sus sistemas regulatorios en los cuales obliga a las aseguradoras a cubrir a cualquier persona que lo requiera.

ECONOMÍA DE ESCALA

Los costos de funcionamiento de las propias compañías aseguradoras, las comisiones y los costos de adquisición de las pólizas o costos de venta generan por lo menos en el sector privado las ventas a precios superiores al valor actual de los riesgos, lo que hace necesario la necesidad de economías de escala importantes en la provisión de seguros.-

La existencia de economías de escala, fenómeno por el cual los costos promedios declinan en la medida que la producción aumenta, es otro factor que afecta la eficiencia del mercado de seguros médicos

La formación de oligopólios o la creación de un ente público único que se financie a través de impuestos y que cubra a toda la población resultaría preferible en términos de costos . Sin embargo es necesario que se establezcan las regulaciones necesarias para que el poder oligopólico o monopólico no se traduzca en precios que atenten contra los intereses de los asegurados.

La respuesta del Estado:

Para enfrentar estas fallas del mercado, el Estado Argentino se ha propuesto regulaciones legales. El proyecto de Ley de Regulación de la medicina Prepagada sancionado el 9 de diciembre de 1999 tiene como objetivo la adecuada defensa del consumidor

Entidades comprendidas: sociedades comerciales, cooperativas, y mutuales, las fundaciones y asociaciones civiles sin fines de lucro, hospitales públicos y

privados, asociaciones y colegios profesionales y las obras sociales nacionales, provinciales y municipales.

El objeto de estas entidades deberá ser brindar servicios médicos asistenciales (protección , recuperación y rehabilitación). Tales entidades se caracterizan por el pago voluntario de sus cotizantes , la obligación de cumplir el plan aprobado, asumir el riesgo económico y la obligación asistencial. deberán estar inscriptas en el registro de la Superintendencia de Servicios de Salud y el derecho a recibir un pago fijo periódico.

La autoridad de aplicación será el Ministerio de Salud.-

Condiciones Jurídico Legales de la ley: necesidad de inscribirse y adherirse ante la superintendencia de Servicios de salud, acreditar personería jurídica y situación impositiva. tener objeto exclusivo, realizar un contrato anual, tener aprobados sus planes de cobertura por la Superintendencia y la cartilla respectiva.

Condiciones Prestacionales: brindar el plan que contenga el PMO (conjunto de condiciones médicas, odontológicas y demás prestaciones y servicios) . Un solo plan sería suficiente. Da la posibilidad de brindar planes alternativos con servicios globales o parciales por sí o a requerimiento del beneficiario.

Condiciones Económicas: registros contables separados, admitir variaciones de precio por cantidad de beneficiarios o edad, presentar cada seis meses ante la Superintendencia los estados contables y las estadísticas de salud.

Condiciones Financieras: reservas técnicas(promedio de facturación mensual de 12 meses anteriores , patrimonio neto(\$250.000 para las entidades creadas y \$500.000 para las a crearse) matricula anual de \$1000, tasa del 3% de la facturación anual y multas de \$1000 hasta 20% de la facturación promedio mensual.

La propuesta de ley prevé un fondo de garantía de prestaciones de salud que administra el 70% de lo recaudado en concepto de matricula, tasa, multas, a cargo de un consejo tripartito integrado por representantes de las empresas , los usuarios y los prestadores que cubrirá las prestaciones en caso de insolvencia, quiebra u otras circunstancias que impidan la cobertura, así como las prestaciones de alto costo y baja incidencia.-

DECRETO 446: DESREGULACION DE OBRAS SOCIALES

Dictado el 6 de junio del 2000 entró en vigencia el 01 de enero del 2001. Su propósito es la libre opción de los beneficiarios de los Sistemas Nacionales de Obras Sociales y del Seguro de Salud (leyes 23660 y 23661) Conforme al Decreto cualquier entidad ,que cumpla con la reglamentación de la Superintendencia , que adicione a su denominación Agente Adherido al Sistema Nacional del Seguro de Salud , pueden formar parte de la libre competencia con las Obras sociales nacionales , que tengan como objetivo específico la prestación de servicios de salud. Están excluidas: las entidades tales como el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados(INSSJP), las Obras Sociales de las fuerzas armadas, Policía y Seguridad: las Obras Sociales provinciales y todas las que no se adhieran y no estén dentro del Sistema del Seguro de Salud.

La Autoridad de aplicación del decreto es la Superintendencia de Servicios de Salud.

Condiciones jurídicos -legales: la inscripción en el Registro de la Superintendencia de Salud, acreditar personería jurídica y situación impositiva, objeto específico, la cartilla y el plan prestacional.

Condiciones prestacionales: se exige brindar el Programa medico Obligatorio (PMO) en todos los planes, aunque pueden convenirse planes que provean una mayor cobertura, previa autorización de la Superintendencia. La prestación deberá prolongarse hasta luego de cesada la relación laboral , por tres meses más.

Condiciones económicas: se admiten que se aportaran al fondo solidario de Redistribución (FSR) Este Fondo subsidiará automáticamente a beneficiarios de ingresos menores y cubrirá a la contratación de un seguro para patologías de alto costo y baja incidencia.

Si analizamos el nuevo marco jurídico regulatorio en el área de salud se puede comprender algunas tendencias en el nuevo mercado de aseguramiento:

1- Subsidio a la demanda: la reforma propuesta se propone transitar de un modelo de subsidio a la oferta a un subsidio hacia la demanda donde el "dinero sigue a la gente"

2- **Concentración** : ambas propuestas de regulación tienden a acentuar las economías de escala , fundamentalmente a través de requisitos económicos-financieros exigibles a las entidades, lo cual afecta seriamente la viabilidad de los agentes más pequeños que por el momento afrontan la decisión de ser absorbidos por los nuevos emergentes o de fusionarse entre sí.

3- **Competencia**: ambas propuestas se sostienen en la libre elección por precio y calidad. Sobre la variable precio no se ha fijado regulación. Solo se ha efectuado la precisión de como se deberán efectuar los aportes y contribuciones, la garantía del fondo , etc. Con relación a la variable calidad se necesitará aún una fuerte regulación , control y fiscalización de los estandares a alcanzar.

4- **Control y Fiscalización** : las responsabilidades recaerán sobre la Superintendencia de Servicios de salud, por lo que se requiere de su redimensionamiento a nivel nacional y la definición clara de los mecanismos de control y fiscalización , así como sanciones y penalidades para garantizar la competencia que se propicia.

5- **Canasta de servicios**: la redefinición del PMO con un sesgo más preventivo que curativo tiene incidencia en ambos sistemas y guardar estrecha relación con la estimación del costo.

6- **Defensa al consumidor y libertad de elección**: el leiv motiv de las reformas es la defensa de los intereses de los usuarios y/o beneficiarios, pero aún no se ha profundizado en los mecanismos que brinden información sobre los resultados del funcionamiento del sistema.

Esta normativa del Ministerio de Salud, ha impactado directamente en los acuerdos de las Obras Sociales con los prestadores de los servicios, tanto en los convenios capitados o por cartera fija, como aquellos en que se pagan por prestaciones (modalidad por contraprestación).

El hecho de:

1.- imponer una figura asistencial que actúe como "**portero**" del sistema (*Médico Generalista*) a quien se le debe remunerar *jerarquizadamente*;

2.- fijar topes en **monto fijo** para los co-seguros (no se puede cobrar bono complementario ni el porcentaje del valor de la práctica) y;

3.- otorgar obligatoriamente dentro del marco normativo todas las prestaciones necesarias y reconocidas como de utilidad diagnóstica o terapéutica, obligó a replantear las condiciones económicas y financieras de los convenios y aún de la propia administración de la Obra Social.

En realidad, la intención de promover el ingreso al sistema a través de *Médicos Generalistas*, apunta a convertir a éste, en *Médico de Cabecera o de Familia*, imitando tendencias o modelos de organización que funcionan en otros países.

Este profesional, sería el responsable de la atención y de la derivación a especialistas, si lo cree necesario.

Por la forma en que se ha introducido esta figura en la resolución, se deja a cada Obra social el desarrollo de su propia modalidad de implementación. Así vemos como se ha adoptado diferentes modelos a saber:

a.- Asignar a cada afiliado titular, un *Médico Generalista*, de acuerdo a su domicilio;

b.- Darle al afiliado la posibilidad de elegir su *Médico Generalista*, del listado de prestadores de Obra Social;

c.- La asignación de Médico Generalista, puede ser para todo el grupo familiar, o puede resolverse que cada beneficiario tenga la opción de elegir el suyo, con lo cual se desdibuja el carácter de *Médico de Familia*, quedando como *Medico de Cabecera*.

d.- Continuar con la modalidad de acceso al Médico que elija, del listado general de prestadores de Obra social.

En cuanto a la fijación de los co-seguros, cada Obra Social y Entidad Pre-paga deberá ajustar su presupuesto a la nueva normativa.

En relación a la cobertura general obligatoria, de acuerdo a las pautas que se expresan, la misma aparece como un piso muy elevado para muchas Obras Sociales. La comprensión que se dispuso a través del Fondo Solidario de

Redistribución, no alcanzo para proporcionar el presupuesto necesario a muchas O. S. del sistema.

Esta Resolución, presenta varios aspectos que permiten darle una interpretación que va más allá del simple texto.

En **primer lugar**, está plagada de sugerencias, para implantar modificaciones que deberían ser obligatorias, si se está seguro de los que se propone;

En **segundo lugar**, se advierte omisiones, reiteraciones y ambigüedades que la hacen técnicamente criticable y llamativamente imprecisa para una normativa de esta naturaleza;

En **tercer lugar**, llama la atención que fuera suscripta por el Ministerio de Salud, cuando la mayor parte de su contenido, por la jerarquía técnica normativa, está dentro de las atribuciones del interventor de la ANSSAL. Esto le otorgaba un significado especial, respecto a una definición en cuanto a la política del gobierno para el sector.

Hasta la vigencia de la Resolución, la cobertura estaba reglamentada por el **Artículo 28 de la ley 23.661 (Sistema nacional del seguro de Salud)**, la que dice: **"Los agentes del Seguro deberán desarrollar un programa de prestaciones de salud, a cuyo efecto la ANSSAL establecerá y actualizará periódicamente, de acuerdo a lo normado por la Secretaría de Salud de la nación, las prestaciones que deberán otorgarse obligatoriamente, dentro de las cuales deberán incluirse todas aquellas que requiera la rehabilitación de las personas discapacitadas. asimismo, deberán asegurar la cobertura de medicamentos que las aludidas prestaciones requieran"**.

Mayores precisiones, se encuentran en las múltiples y sucesivas resoluciones de la ANSSAL, cuya descripción y recopilación se puede encontrar en los archivos de uso cotidiano de cualquier Obra Social.

CAPITULO III

**EL MERCADO DE LA MEDICINA
PREPAGA**

*"Si no sabes donde quieres ir,
mal puedo decirte
cual es el camino"*

Anónimo

El deterioro de los servicios prestados por las Obras Sociales por absurdas burocracias en las tramitaciones de las autorizaciones , el creciente desprestigio de las mismas por desatención en las elementales reglas de asepsia en los establecimientos de salud, la falta total de control por parte del INOS fueron los primeros factores que impulsaron el surgimiento de las empresas prepagas. Asimismo se comienza a insistir en la filosofía de "achicamiento del Estado" como solución mágica para evitar que las cargas públicas sigan aumentando. La propaganda constante invade a cada momento esta idea de achicar el déficit para posibilitar el crecimiento económico lo que traerá más competitividad al sector y más beneficios al consumidor. La tercera línea de convencimiento para el nacimiento de este tipo de empresas es la de exaltar la prestación de los servicios haciendo fundamentalmente hincapié en la libertad de elección y de exigir calidad. Con estas tres posturas se gesta la transferencia de grandes sectores (sobre todo de altos recursos) de la medicina pública (Obras Sociales y hospital estatal) a la medicina prepaga.

Si bien el proceso se inicia en la década del 50 , recién en 1966 se constituyó la CIMAP (Cámara de Instituciones Médicas de Asistencia Pre-paga). La filosofía que pregonan se basa en la libre adhesión de sus asociados y el funcionamiento de un mercado libre , sin regulación por parte del Estado tanto en tarifas como en modalidades de atención.

Estas empresas operan con afiliados voluntarios que eligen el plan de cobertura médica de acuerdo a sus necesidades y capacidad de pago.

El subsector privado de la salud, conformado por los prestadores privados, el sector de suministros, las compañías de seguros de salud y las empresas de medicina prepaga, tienen un giro de alrededor de 8.800 millones, dentro de los cuales las prepagas facturan unos 2300 millones anuales. El segmento está compuesto por unas 150 empresas, 52 % de las cuales se asientan en Capital Federal, 17 % en el Gran Buenos Aires, y el 31% en el interior del país , reuniendo entre 2.1 y 2.3 millones de beneficiarios. El 62.5% de ellos son adherentes individuales y el 37.5 % corporativos. El segmento individual está compuesto por lo general por personas de clase media alta y alta, empresarios o profesionales independientes y los retirados que buscan complementar la cobertura básica que les corresponden a través del PAMI. En otros casos hay trabajadores en relación de dependencia que si bien poseen obra social , los servicios no los satisfacen y prefieren cubrir sus riesgos con su propio bolsillo.-

El segmento corporativo está formado por trabajadores en relación de dependencia con una empresa, que puede tener una obra social sindical y negocia con la prepaga la

afiliación masiva del personal, canalizando los aportes a través de aquella, o el propio sindicato o la obra social negocia con la prepaga en nombre de todos los afiliados. (sistema de capitación)

Cuadro 1: Listado de las 15 pre-pagas nacionales más importantes del país.

Empresas	Número de capitas	Capitas promedio
Swiss Medical Group	257.500	\$87
AMSA	221.450	\$57
Docthos S.A.	208.600	\$73
Medicus S.A.	185.400	\$110
SPM Galeno Life	164.800	\$89
CEFRAN (Hosp. Francés)	118.450	\$100
CEMIC	113.300	\$98
Omint S.A.	113.300	\$98
Medife S.A.	103.515	\$48
Compañía Euromédica	72.100	\$75
Prov. Serv. de Salud	48.410	\$45
Hospital Francés	47.921	\$101
Hospital Británico	38.110	\$78
Qualitas Médica S.A.	30.900	\$140
Ceprimed- Mediplan	30.900	\$85

Fuente : Diario CLARÍN

La tendencia a la concentración es alta, por fusiones y absorciones de empresas (el 40% de la participación por facturación se distribuye en 6 empresas y el 50% en 10). La rentabilidad muestra una tendencia descendente por la caída de los ingresos medios por afiliados y el aumento progresivo de los costos por el envejecimiento de la cartera, el aumento de la tecnología que se utiliza para diagnóstico y en el caso de trabajar con sistemas de capitación por los atrasos en la cancelación de las cápitras por parte de las Obras Sociales.-

Cuadro 2: % POBLACIÓN AFILIADA A SISTEMAS PRIVADO (prepagas, planes de salud de hospitales y afiliados voluntarios a Obras sociales)

Provincia	%
Capital Federal	20
Córdoba	14
La Plata	12
Mendoza	10
Tucumán	9
Gran Buenos aires	8
Bahía Blanca	7

Fuente: Elaboracion de la Fundación Isalud

Cuadro 3: LOCALIZACIÓN DE LAS INSTITUCIONES DE MEDICINA PREPAGA

Provincia		%
Capital		52
Gran Buenos Aires		17
Interior		31
	Santa Fé 22%	
	Córdoba 13%	
	Tucumán 12%	
	Mendoza 11%	
	Entre Ríos 10%	
	Corrientes 6%	
	resto provincia 26%	

Fuente: Fundación ISALUD

Las empresas de medicina prepaga basaron su puja en el negocio de la especulación financiera previa a la convertibilidad y hoy ejercen presión sobre los precios para mantener rentabilidad y prestadores que en general carecen de una cultura y formación en costos , eficiencia y productividad en el manejo de los recursos.

Las compañías de seguros se presentan como proveedores de cobertura para las prepagas que por su escala no están en condiciones de absorber los riesgos del autoseguro. El poder negociador es inversamente proporcional al volumen de cartera de afiliados, porque cuando su número es menor, el riesgo financiero y económico aumenta exponencialmente.

Cuadro 4: Ingresos de las diez primeras empresas del mercado prepago(US\$ millones)

Empresas	Facturación anual	% de participación
Medicus	200	9.6
SPM	190	9.0
Swiss Medical	128	6.1
Docthos	120	5.7
Omint	114	5.4
Amsa	100	4.8
Cemic	34	1.6
Qualitas	34	1.6
Medicorp	28	1.3
Omaja	26	1.2
Otras	1126	53.7
TOTAL	2.100	100

Fuente: Fundación ISALUD

El poder negociador de los afiliados particulares era bajo, pero los sucesivos controles impuestos por el estado y la entrada en vigencia de la ley de regulación elevaran la posibilidad de negociación para este grupo.

Las compañías internacionales se hallan a la expectativa de este mercado ya que el mismo les resulta interesante y algunas ya han realizado inversiones : los chilenos en Ceprimed-Mediplan, los holandeses en ING, los españoles de aguas de

Barcelona con ADESLAS (Centro Médico de santa Fé, Sanatorio Bazterrica y Santa Isabel)

A diferencia de lo que sucede en el mercado de prestadores directos, receptores intermediarios de demanda derivada; los sistemas prepagos están dotados de una alta tecnología de marketing, con instrumentos típicos de persuasión: publicidad abierta, marketing directo, promoción, planeamiento estratégico. El management tradicional basado en la esencia médica y el prestigio institucional difiere de los sistemas prepagos sometidos a un fuerte entorno competitivo de alianzas, de calidad percibida, etc,

En los últimos tiempos se ha observado la tendencia de algunas entidades del mercado de adicionar centros de internación propios.

La estructura del gasto medico se discrimina de la siguiente manera:

Cuadro 5: Estructura del gasto en salud

Prestación	%
Consultas	27
Medicamentos	15
Laboratorio	12
Urgencias	10
Kinesio y fonoaudiología	7
Salud mental	7
Odontología	6
Diag. Por imágenes(Eco-Tac_RMN)	5
Radiología	3
Otros	8
Total	100

Fuente: Fundación Isalud

REPERCUSIONES POR LA REFORMA IMPULSADA POR EL GOBIERNO:

Criticada y resistida por casi todos los sectores de la salud, la reforma delimita un panorama signado por dificultades e incongruencias. Los directivos de los sistemas de medicina opinan:

*Claudi Belocopitt (presidente de Swiss Medical Group) afirma : ... el gobierno sacó un decreto apurado por el Fondo Monetario y el Banco Mundial. Debido a que hay libre elección de jubilación y de teléfonos, tiene que haber libre elección de la atención médica. La desregulación no debería ser indiscriminada en una primera etapa. Creo que deberían competir las obras sociales sindicales entre sí y las de dirección con las prepagas. Y en una segunda etapa, cuando las obras sociales sindicales se depuren, podría darse una competencia total. Hicieron mal las cuentas de lo que se gasta en salud. El gobierno dice que en las obras sociales sindicales hay una cápita de \$20, pero esa cifra es falsa . la gente paga muchos servicios de sus bolsillo."*¹

Las Prepagas chicas, radicadas en su mayoría en el interior del país, también se oponen a la nueva reforma. Caempri (Cámara de Empresas de Medicina Privada de la República Argentina) nuclea a 12 entidades que cuentan con más de 100.000 afiliados y facturan alrededor de \$70 millones al año. Su titular explica que el principal problema son las duras condiciones financieras que se impusieron, lo que favorece la concentración del negocio en manos de grandes jugadores, en detrimento de las prepagas del interior que en su mayoría son PYMES.

Osde (Organización de servicios Directos Empresarios) es la principal obra social que agrupa al personal de dirección. Con 830.000 afiliados, es una de las mayores del país. Su gerente de Relaciones Institucionales, Tomás Sánchez de Bustamante explica: *"...el decreto 446 salió para llevar los deberes hechos al Fondo Monetario Internacional, pero con \$20 por personas es muy difícil dar una buena atención. Tiene que haber libertad de elección entre las sindicales y hay que permitir que las prepagas compitan en cada uno de los segmentos donde quieran entrar. Creemos que las reformas tienen que ser graduales. Hay que discutir cómo se gasta en salud y en que se está gastando."*²

Todas las declaraciones de los interesados admiten que la reforma a impulsarse no tiene un origen sanitario sino que se realizaron para dar cumplimiento al mercado externo. Las empresas de salud hacen cálculos en virtud

¹Extraído de revista Mercado. Diciembre del 2000.-

²- Declaraciones extraídas de la publicación : Con desregular no alcanza- Revista Mercado -Diciembre/2000.-

de la gente que saben que tienen y compensan los números porque saben que hay un porcentaje de sus afiliados enfermos y otros sanos, una cierta cantidad de gente joven y un cierto número de ancianos. Pero cuando la demanda puede variar en cualquier momento, ya no se pueden hacer predicciones. El sistema de trasposos tan amplios que se propulsa desde el gobierno, ya fue probado a nivel internacional y los países que lo pusieron en práctica tuvieron muchas dificultades.

El sanitarista Aldo Neri opina al respecto:"lo que se plantea no es un plan de salud. Muchos países latinoamericanos tienen mejores indicadores sanitarios que los nuestros, y con un presupuesto más acotado. El gran ausente del debate es el hospital público que es en realidad, la válvula de escape del sistema, ya que atiende a todos los que el resto no quiere atender."

El mayor desafío que deberán enfrentar las empresas de medicina prepago es hacer frente a los costos que demandan dar la cobertura medica contemplada en el Programa Medico Obligatorio, ya que los gastos promedios calculados por el gobierno no coinciden con la realidad del mercado.

Asimismo las empresas de medicina prepaga que siempre han brindado una cobertura diferencial en donde cada ingresante optaba por un plan acorde a su necesidad y a su presupuesto hoy deberán reemplantearse los planes y ofrecer uno solo básico que incluya la totalidad de las prestaciones obligatorias por PMO.

Análisis mensual del Gasto PMO x Afiliado
Población > 100.000

	Obras Sociales	Emp. M. PP.	Obras Sociales	Emp. M. PP.
	Importe	Importe	% del Gasto	% del Gasto
Consulta ambulatorio	\$ 1,96	\$ 6,32	7,96 %	14,36 %
Pract. med. Amp. (especialista)	\$ 0,99	\$ 2,71	4,02 %	6,16 %
Lab.- Rx- Ecogr.- otras prácticas	\$ 3,53	\$ 5,02	14,33 %	11,41 %
TAC - RMN	\$ 0,31	\$ 0,56	1,26 %	1,27 %
Radioterapia	\$ 0,37	\$ 0,89	1,50 %	2,02 %
Hemodinamia - C.C.V.C.	\$ 0,96	\$ 1,30	3,89 %	2,95 %
Hemodiálisis	\$ 1,05	\$ 1,31	4,26 %	2,98 %
Transplantes	\$ 0,62	\$ 0,86	2,52 %	1,95 %
Psicología- Psiq. Ag. + Cr.	\$ 1,31	\$ 1,30	5,32 %	2,95 %
Fisiokinesioterapia	\$ 0,61	\$ 0,93	2,48 %	2,11 %
Odontología	\$ 0,70	\$ 1,37	2,84 %	3,11 %
Internación	\$ 6,42	\$ 11,06	26,07 %	25,14 %
Anestesia	\$ 1,28	\$ 2,38	5,20 %	5,41 %
Medicamentos Ambulat.	\$ 2,54	\$ 4,86	10,31 %	11,05 %
Oncología- HIV- otras	\$ 1,13	\$ 1,47	4,55 %	3,31 %

Análisis mensual del Gasto PMO x Afiliado
Población > 100.000

	OBRAS SOCIALES		EMP. MEDICINA PREPAGA	
	Importe	% del Gasto	Importe	% del Gasto
Consultas ambulatorio	\$ 1,96	7,96 %	\$ 6,32	14,36 %
Pract. Med. Amp. (especialista)	\$ 0,99	4,02 %	\$ 2,71	6,16 %
Lab. - Rx - Ecog.- otras practicadas	\$ 3,53	14,33 %	\$ 5,02	11,41 %
TAC - RMN	\$ 0,31	1,26 %	\$ 0,56	1,27 %
Radioterapia	\$ 0,37	1,50 %	\$ 0,89	2,02 %
Hemodinamia - C.C.V.C	\$ 0,96	3,89 %	\$ 1,30	2,95 %
Hemodiálisis	\$ 1,05	4,26 %	\$ 1,31	2,98 %
Trasplantes	\$ 0,62	2,52 %	\$ 0,86	1,95 %
Psicología - Psiq. Ag. + Cr.	\$ 1,31	5,32 %	\$ 1,30	2,95 %
Fisiokinesioterapia	\$ 0,61	2,48 %	\$ 0,93	2,11 %
Odontología	\$ 0,70	2,84 %	\$ 1,37	3,11 %
Internación	\$ 6,42	26,07 %	\$ 11,06	25,14 %
Anestesia	\$ 1,28	5,20 %	\$ 2,38	5,41 %

CAPITULO IV

ATENCION MEDICA GERENCIADA

*Nada es permanente
mas que el cambio*

Heráclito

Atención Médica Gerenciada

Puede definirse como cualquier intervención sistemática , sostenida y organizada , que afecte favorablemente la calidad y los costos de la atención de la salud de una población definida, vinculando responsablemente entre sí a los compradores, los financiadores y los prestadores de los servicios. Es requisito indispensable la responsabilidad de medir y monitorizar la calidad de la atención brindada , no solo en sus aspectos técnicos sino también en cuanto al estado de salud de la población que depende de una satisfacción tanto del usuario como del prestador.

El Management se define como un proceso interpersonal como técnico a través del cual los objetivos de las organizaciones de la salud se definen y se cumplen, mediante la utilización de recursos humanos, físicos y tecnológicos. El proceso puede definirse como una relación input-output en la cual los inputs(recursos humanos, físicos y tecnológicos) son transformados , bajo la influencia del Management , en los objetivos deseados.

Los managers enfocan su tarea hacia el establecimiento de los objetivos de la organización y hacia su realización. El escenario del Managers es amplio. Incluye la provisión del contexto organizacional dentro del cual los trabajos directos y de apoyo puede ser llevados a cabo eficazmente. También incluye la adaptación de la organización a los peligros y oportunidades que existen en el ambiente externo.

Los managers constituyen una pieza fundamental dentro del trabajo realizado en las organizaciones de salud, porque influyen en las premisas sobre las cuales se toman decisiones acerca del trabajo y las condiciones bajo las cuales se realiza todo el trabajo.

En el nuevo siglo es necesario poner énfasis en :

- ◆ La atención primaria y no en la especialización únicamente
- ◆ La orientación en la humanización más que en la tecnología
- ◆ La toma de conciencia de los costos.
- ◆ La atención gerencialmente gobernada
- ◆ Privilegiar la atención en crónicos
- ◆ Buscar una perspectiva poblacional y no solo la individual
- ◆ Buscar proveedores organizados en equipos hacia un sistema de salud cooperativa

FUNCIÓN DE PLANIFICACIÓN:

Planificar en organizaciones de cuidado de la salud significa decidir de antemano que se debe hacer -planear un curso de acción para el futuro.

El objetivo de planificar es producir una integración suficiente de trabajo directo, de apoyo y de Management , para concretar los objetivos organizacionales deseados. Sin planificación prevalecerán seguramente, actividades desconectadas. La planificación es un precursor necesario de las otras funciones del Management. Establece los fundamentos para la organización : Una estructura organizativa se diseña para apoyar los planes. Dicta los objetivos y actividades hacia los cuales los managers buscan conducir a los demás miembros de la organización. Parte de la planificación consiste en el establecimiento de los propósitos deseados y los standares frente a los cuales puede ser medido el desempeño cuando se realiza la tarea de control.

Existe un número de razones por las cuales planificar, para lograr la exitosa performance de las organizaciones de la salud. Una buena planificación produce objetivos organizacionales apropiados y desarrolla los medios a través de los cuales dichos objetivos serán alcanzados, contribuyendo a que las acciones de todos los participantes de la organización se integren hacia fines comunes.

Organizaciones del cuidado de la salud de todo tipo realizan continuas reevaluaciones en términos de sus roles dentro del sistema de salud general y de la manera en que ella operan . Otra razón importante consiste en que ella provee los medios para superar la incertidumbre que enfrentan muchas organizaciones de este tipo. Nadie sabe qué cambios van a ocurrir en un día más , y cuanto más lejos en el futuro se posa la mirada menor es la certeza La incertidumbre no puede ser eliminada pero puede ser preparada a través de la planificación . Los medios de proveer y financiar los servicios de salud están sufriendo cambios profundos.

Otra razón por la cual la planificación es importante , radica en que ella refuerza la eficiencia y la efectividad. Los costos de los servicios de salud están incrementándose rápidamente y a pesar de que muchos aspectos del costo están fuera del alcance del control de Management, otros pueden ser minimizados a través de la planificación para una eficiente operatividad.

FUNCIÓN DE ORGANIZACIÓN

A pesar de que los objetivos pueden ser establecidos a través de una buena planificación , los managers también deben preocuparse del diseño y de una organización que sea capaz de conseguir los objetivos propuestos.

Deben desarrollar patrones intencionales de relaciones entre las personas y otros recursos en las organizaciones. La estructura resultante es llamado diseño organizacional y los esfuerzos y actividades de desarrollo constituyen la función organizadora del Management.

Comienza con el establecimiento de posiciones individuales. Los diseños exitosos en las organizaciones de cuidado de la salud dependen de la apropiada distribución de responsabilidad y autoridad a medida que la organización es construida a través de sucesivas etapas de asociación. Todos los miembros de las organizaciones tienen ciertas responsabilidades como resultado de sus acciones en ellas en algunas organizaciones, particularmente las que se refieren a la salud, están funcionalmente divididas en departamentos y donde las interacciones entre esos departamentos son vitales: la integración y coordinación son más importantes . Están caracterizadas por una detallada división del trabajo en un numero de empleos profesionales y técnicos. el trabajo realizado en estas organizaciones es tan especializado y es llevado a cabo por una tal cantidad de trabajadores que siempre surgen importantes problemas relacionados con la integración del trabajo. Los trabajos directos de apoyo y de Management son altamente interdependientes. Una efectiva integración del trabajo surge del hecho de que los individuos normalmente perciben los objetivos de manera diferente y por ello favorecen diversos métodos de cumplimentarlos .

Integrar y coordinar eficazmente el trabajo de organización implica, a su vez, el manejo de conflictos. No todo conflicto es malo, pero inclusive los bajos niveles de conflicto, "dificultad de llevarse bien con.....", "desagrado ", etc.; están frecuentemente asociados con una reducción de la efectividad organizacional.

La integración y la coordinación son actividades gerenciales preventivas tendientes a derrotar conflictos y malentendidos en la organización.

FUNCIÓN DE LIDERAZGO:

Es esencial si las organizaciones de atención a la salud van a proveer una atención con calidad al paciente y obtener éxito financiero.

Algunos lideran y otros siguen. aquellos responsables por el trabajo de Management deben desempeñar roles de liderazgo. El líder entra en una transacción con los seguidores (subordinados) a través de la cual cada uno recibe algo de/del valor del otro. Las organizaciones de atención a la salud requieren otro tipo de liderazgo. Los Managers de nivel superior deben proveer liderazgo institucional.

El rol del liderazgo en la transformación y revitalización de las organizaciones de atención de salud es un fenómeno reciente. El éxito de las organizaciones de salud se debe a:

- ◆ buenas decisiones de liderazgo relacionadas con la misión organizacional y la estructura,
- ◆ el servicio, la calidad, y las nuevas tecnologías,
- ◆ mayor motivación y desempeño por parte de los miembros de la organización.

El liderazgo descansa sobre la habilidad de líder de inspirar e influenciar a los demás a contribuir a la realización de los objetivos de la organización. La función de líder requiere interacciones entre líderes y los seguidores en una amplia variedad de situaciones.

El éxito en la función de liderazgo es influenciado por cuán efectivamente los Managers pueden motivar a otras personas y por cuán bien se pueden comunicar con ellas. La habilidad para motivar a las personas es crucial para el ejercicio del liderazgo.

FUNCIÓN DE CONTROL:

El control consiste en medir y corregir las actividades de las personas y los recursos de una organización para asegurar que los objetivos desarrollados en la planificación pueden ser alcanzados. Es una función de todos los managers de todos los niveles, y su propósito básico es asegurar que lo que se intenta hacer es lo que se hace. El proceso de control, donde sea que es aplicado, implica cuatro

pasos: establecer estándares, medir desempeños, comparar los resultados actuales con los estándares y corregir las desviaciones.

LOS SERVICIOS:

Una empresa de medicina prepaga comercializa servicios. Los servicios tienen características particulares que se pueden resumir en las siguientes:

1-Intangibilidad:

Es la primera dimensión de diferenciación entre bienes y servicios. Qué un servicio sea intangible significa que no se puede apreciar con los sentidos antes de ser adquiridos. Existen servicios totalmente intangibles como los consejos legales. Otros servicios que se añaden a un producto : los cursos de informática para los que acaban de adquirir una computadora. Los servicios no pueden ser probados antes de ser adquiridos. Los servicios no pueden patentarse , por su intangibilidad . Quienes los proporcionan tienen más dificultades para poner barreras de entrada a su sector. Tampoco se puede juzgar a priori, antes de adquirirlos, la calidad o el precio, como sucede con los bienes. Los servicios tienen que protegerse creando denominaciones de marca para ellos, cuando se pueda, o desarrollando una sólida imagen de empresa con elevada reputación frente a sus competidores. Posiblemente la intangibilidad sea la característica más definitoria de los servicios y la que supone un mayor riesgo percibido para los consumidores , o temor a ser insatisfechos tras la adquisición del servicio, por haber pagado un precio alto, por no haber respondido a sus expectativas o porque les pueda causar algún daño físico.

El riesgo percibido es debido a que los servicios no son tangibles como los bienes, a que frecuentemente se pagan antes de consumirlos y a que los consumidores no se muestran muy expertos en la compra de servicios, cosa que no sucede con los bienes, ya que desde muy pequeños aprendemos a adquirirlos. Las empresas deben ingeniárselas para hacer tangibles los servicios , por que así pueden reducir el riesgo percibido por los consumidores.

2-Inseparabilidad:

Los servicios no se pueden separar de la persona del vendedor, que es quien lo produce. La creación de un servicio puede tener lugar mientras se consume , por ejemplo como sucede cuando se recibe un masaje. La producción del servicio es fruto del esfuerzo conjunto del consumidor y del vendedor.

3-Heterogeneidad

Quiere decir que los servicios son difíciles de estandarizar . Un mismo servicio puede variar según quien lo proporciona. Una misma persona puede recibir un servicio muy distinto en una misma entidad según que empleado lo atienda.

Un cliente desconoce la calidad del asesoramiento que puede proporcionarle un abogado, aunque tenga las mejores referencias de él , antes de acudir al bufete. La heterogeneidad de los servicios aumenta el riesgo percibido. Las empresas de servicios deben reducirla para disminuir el riesgo de los consumidores. Para ello cuidarán especialmente la selección y formación de los recursos humanos y también deberán fijar estándares o niveles mínimos de calidad para la prestación del servicio.

4-Carácter perecedero : Los servicios no se pueden almacenar . El servicio no prestado se pierde.

Dimensión de los servicios

¿Cuál es el objeto del servicio?

Los destinatarios de los servicios solo pueden ser las personas y las cosas. Un servicio puede ser definido como un conjunto de acciones, prestaciones o esfuerzos, tangibles o intangibles, que benefician a las personas, sus derechos o las cosas de su propiedad.

Nuestro cuerpo , puede ser el beneficiario de acciones tangibles: como recibir un masaje o bien recibir acciones intangibles como un tratamiento médico o la educación.

¿Cuál es el grado de vinculación de los consumidores con las empresas?

Las personas compramos servicios para nosotros o para nuestras cosas. Pero estas compras pueden ser continuas o discretas y en relación con las empresas podría ser formal o informal.

Los servicios pueden recibirse de forma esporádica y existir vinculación con quien los proporciona. Una persona puede estar abonada para asistir a las corridas de toros de Sevilla, acontecimientos que tienen lugar una vez al año o tener contratada una póliza de asistencia médica que incluya entre sus prestaciones un chequeo anual gratis.

Es posible, encontrar servicios que se reciben esporádicamente y en los que no existe vinculación formal, con quien los proporciona. Sería el caso de los alquileres de coches, utilización de servicios postales o de mensajería.

¿En que medida interviene el consumidor en el diseño de su servicio?

El comprador puede intervenir en su diseño muchas veces. Pensamos en la contratación de una póliza de seguro. Otras veces el consumidor no puede diseñar el servicio, como sucede cuando viaja en un transporte público o acude a un espectáculo.

También puede existir participación intelectual como ocurre cuando se exponen ideas, problemas, deseos o necesidades ante profesionales como médicos, investigadores de mercado, psicólogos, etc.

Existen servicios con un alto grado de contacto con el vendedor y otros muy estandarizados, por ejemplo la asistencia médica en centros de salud.

¿Cómo se distribuye el servicio?

Hay que fijarse si el comprador se desplaza a la empresa o viceversa, y en cuantos lugares se puede adquirir el servicio. Otras veces el vendedor acude al comprador, como por ejemplo un taxi.

¿Cuánto duran los servicios?

La duración –o los efectos- de los servicios constituye un criterio adicional para acabar de comprender su naturaleza. Algunos servicios duran toda la vida , como la educación recibida.

Sin embargo la duración de los servicios es variable, pues depende del beneficiario. Es difícil precisar cuando un consumidor volverá a demandar de nuevo el mismo servicio, porque la duración de sus beneficios es incierta, o variable según cada persona.

Una empresa de servicios deberá generar una cultura orientada al servicio continuo de los consumidores, para ello deberá instituir como filosofía los siguientes principios:

- ↳ Definir el fin de la empresa
- ↳ Identificar los mercados y los servicios relevantes
- ↳ Definir estrategias coherentes con el fin de la empresa.
- ↳ Diferenciar la empresa de otras del decir, es decir posicionarla.
- ↳ Conseguir un cambio en la estructura para que la misión pueda ser implantada.

La empresa debe tener una estructura organizativa flexible, donde las personas participen y sean creativas. Una empresa anticuada desde el punto vista organizativa no puede desarrollar una misión orientada a los servicios. Conseguir el cambio es difícil. Descentralizar y flexibilizar una organización, conceder más autonomía y exigir mayor responsabilidad a personas que antes que antes eran simples ejecutores de órdenes. Este proceso supone sentar ante una misma mesa a grupos que antes mantenían una relación jerárquica , ahora deben colaborar.

Este es el desafío del nuevo milenio y en este cambio de paradigma, las empresas pre-pagas deberán analizar y producir los cambios en estructura para mantenerse en los mercados conseguidos hasta este momento.

CAPITULO V
DIAGNOSTICO

*"Teorizar antes de tener
Información es un
error capital"*

Conan Doyle

La empresa prepaga elegida para su análisis es una entidad que tiene por objeto brindar servicios de atención médica especializada e integral a la familia santiagueña, ofreciéndoles la mejor calidad asistencial y excelencia en la atención.

La característica fundamental del sistema es poner a disposición del afiliado la libre elección del profesional en las distintas especialidades dentro del amplio número de prestadores que el Prepago ofrece.

En él, el afiliado podrá optar por un plan acorde a su presupuesto, que le permitirá protegerse solidariamente de las contingencias del riesgo de enfermar, los planes que se brindan son productos de un estudio equilibrado, entre el servicio prestado y el costo del mismo, en concordancia con los señalados precedente ya que el importe abonado por el afiliado se traduce en mayores y mejores servicios.

Tras su surgimiento en el año 1980, su mercado -meta se orientó a los comerciantes y a los empleados que no trabajan en relación de dependencia.

En su nacimiento era pequeña y tuvo que salvar situaciones económicas importantes como los procesos hiper-inflacionarios que se vivió en el país. Solo contaba con dos planes de salud (uno básico y otro especial).

En el área de personal (casa Central):

La institución cuenta con:

*-Dos personas para la realización de Auditoria/ control de carácter administrativa de la Facturación que proviene de Prestaciones médicas, Bioquímicas , Kinesiológicas, Farmacológica, etc)

*-Dos personas exclusivamente para la atención de los afiliados en cajas de atención.

*- Dos personas que desarrollan tareas de administración que se encuentran totalmente saturadas en su tiempo realizando actividades diversas durante la jornada de trabajo.

*-Un plantel de auditoria médica : integrada por un auditor médico y un odontológico

Durante estos años se consolidó en el mercado una posición fuerte que la convirtió en una alternativa importante para la elección de los posibles usuarios.

A pesar de los años de permanencia en el mercado, la organización no desarrolló una política de comercialización agresiva , ni publicidad continua, siendo en estos años el boca -boca lo que jugó un papel fundamental para el incremento de su padrón de afiliado.

Definirla desde el punto de vista organizativo , era una simple oficina anexa de una institución médica , en la que el gerente médico no tenía un perfil de administrador médico con conocimiento de diseño de políticas de gerenciamiento. Era miembro de una Comisión Directiva de turno .

No había indicios de objetivos ni planificación estratégica.

El rudimentario software implementado permitía la emisión de órdenes y bonos de coseguros en forma ágil, pero la base de datos que se iba conformando con el transcurso del tiempo no era usado en su máxima expresión. No se había diseñado un sistema de estadísticas y los datos no eran analizados por la gerencia a los efectos de efectuar cambios en el rumbo que se tenía.

Quien atendía a los afiliados era la misma persona que explicaba los planes por lo que a veces la venta no se concretaba por falta de tiempo por parte del vendedor de escuchar atentamente las cuestiones del interesado.

En lo que se refiere a la ubicación de la misma , era una oficina anexa a la Institución medica como escondida y de difícil entrada , poco iluminada y con colores oscuros, con mobiliario en desuso recibido de otras oficinas -

Posee 6 bocas de expendio en el interior de la provincia para permitir la atención de los afiliados del vasto territorio santiagueño: Banda-Quimilí-Termas - Bandera-Fernandez-Clodomira.

Banda : cuenta con un local amplio ubicado en una de las calles importantes de esta ciudad. atiende a casi el 30% de los usuarios del sistema en virtud de ser la segunda ciudad de importancia en nuestra provincia. Es la única boca del interior que cuenta con sistema informático , pero a pesar de esto la información acerca de los movimientos, modificaciones o variación en el consumo (por ejemplo el pago de

la cuota en casa central) no puede ser conocida en forma inmediata en la Banda o viceversa . Esto ha ocasionado muchas quejas y molestias por parte de los afiliados ya que si por alguna situación debe recurrir a realizar autorizaciones en La Banda , al no haber comunicación on-line , la sucursal bandeña desconoce el estado de cuenta del afiliado en cuestión , por lo que se niega la atención .

El resto de las bocas trabaja en forma mensual con rendiciones quincenales, lo que obstruye aun más la comunicación de las novedades y las quejas se incrementan aún más en estos casos. La consolidación de las rendiciones del interior la efectúan en forma esporádica, cuando algún empleado desocupado o aliviado en su tara ayuda a descongestionar el trabajo acumulado ya que debido al crecimiento de las tareas y cuestiones a resolver , se producen atrasos involuntarios en casa central.

No se observa un línea de imagen en las sucursales del interior . No hay cuidado por el aspecto edilicio de cada local , lo que produce la falta de asociación a la marca que se quiere imponer en el mercado. No poseen líneas telefónicas en los locales (salvo Banda) .-

También se observa que no existe una comunicación fluida con cada Encargada , que aveces no parecen estar integradas a un equipo de trabajo.

Tampoco poseen un referente en Casa-Central para que le soluciones los problemas de su quehacer diario.

Hace aproximadamente 5 años realizó un primer intento de acercamiento a la realidad del mercado con el lanzamiento de nuevos planes de salud con los que se propuso captar nuevos segmentos del mercado ofreciendo una serie de planes de salud con diferentes grados de cobertura a costos razonables , incorporando servicios adicionales como descuentos en farmacias y servicio de sepelio.

Los nuevos planes son :

Plan A: con coseguro cero

Plan B: con coseguro del 20%

Plan C: con coseguro del 30%

Plan D : con coseguro del 50%

La población objetivo se discrimina de la siguiente manera:

Plan A : destinado a profesionales, empresarios y comerciantes grandes

Plan B : destinado a un target intermedio : generalmente profesionales jóvenes

Plan C: destinado a un target medio

Plan D: destinado a amas de casa y personal de escaso nivel de ingresos.

Los planes que se comercializan actualmente se adjuntan en el Anexo 1.

Actualmente conviven en la organización un grupo de afiliados de reciente ingreso que solo tenía que optar por los nuevos planes que se diseñaron y por otro la población antigua que aún gozan de los servicios de los planes originarios desde su inicio. Se decidió no realizar un cambio compulsivo hacia los nuevos planes por miedo a que el incremento en sus cuotas que esto produciría , realizaría muchos abandonos. Por lo que se penso en tentar con los nuevos beneficios progresivamente a los viejos afiliados a cambiarse hacia los nuevos planes En la actualidad esta política no dio resultados positivos ya que no se ha observado un numero importante de cambios.

Debido a los cambios y al quiebre del sistema de la seguridad social , varias obras sociales la eligieron con prestadora para brindar la asistencia -médico asistencial a sus afiliados mediante la contratación de un sistema capitado y/o por contraprestacion.

Se pueden identificar en ella las siguientes unidades de negocios:

1-Cobertura privada(pre-pago propiamente dicho)

2-Cobertura de la seguridad social:

2.1-Bajo modalidad capitada: (con gerenciamiento propio: 6 obras sociales)

2.2-Bajo modalidad por contraprestación: (10 Obras sociales)

Los convenios han registrado en los últimos estados contables resultados económicos positivos que se han utilizado en muchos casos para subsidiar las prestaciones del prepago , ya que se registrar un atraso de promedio de dos a tres meses en el pago de las mensualidades.

Hoy se debe afrontar un nuevo desafío dentro del mercado de la salud, la crisis económica que sacudió al país en diciembre /01 produjo un atraso en los pagos por parte del sistema de la seguridad social. Los costos se han elevado considerablemente sobre todo en el rubro farmacia y gasto sanatorial. Todo esto agravado con la presión que los prestadores ejercen a la prepaga para la cancelación de las deudas por las obras sociales. En algunas circunstancias a tenido que hacer frente a deudas con sus fondos propios poniendo en situación financiera preocupante a los fondos del prepago.

En lo que se refiere a los recursos económicos posee fondos que derivan de los siguientes conceptos:

*-Ingresos por cuotas y Suscriptores

*-Ingresos por coseguros que provienen de la atención de los afiliados que se abonan en las cajas de casa central y en las bocas de expendio del interior.

*-Cápitales

*-Conceptos de gastos administrativos por la atención de convenios por contraprestación ya que al realizarse la firma de los mismos se establece la percepción de un interés (generalmente 7 o 10%) sobre el total de la facturación que se cobra para afrontar los gastos que demanda la administración del convenio : correo -teléfono- tiempo y procesamiento de la documentación y posterior pago a los prestadores)

No existe un sistema contable informatizado que en forma rápida permita precisar la deuda que mantienen las obras sociales y la que el prepago tiene con los distintos prestadores. En caso de intimación la información se busca en forma manual, lo que obstaculiza y demora la agilidad que el proceso tiene que tener de acorde a los tiempos que corren.

Este trabajo manual produce un mayor porcentaje de error, por lo que se requiere idear un sistema contable informatizado.

En lo que se refiere a los recursos humanos se identifican claramente un grupo de personas con experiencia de años, con mucha voluntad de trabajo, con un alto compañerismo, con un claro compromiso con la entidad. Pero por otro lado se identifica un grupo de empleados en plena rebeldía, que no se sienten a gusto, desplazados y que han llegado a esta organización mediante una política de castigo derivados por algún acontecimiento de la Institución Médica de donde depende esta organización.

desplazados y que han llegado a esta organización mediante una política de castigo derivados por algún acontecimiento de la Institución Medica de donde depende esta organización.

No hay representación gráfica de la organización, ni manual de funciones ni de procedimientos.

En lo que se refiere a la organización administrativa : se observa la clara necesidad de eficientizar la misma con la reorganización del personal en tareas acorde a sus capacidades

Resumiendo:

- ✍ Falta de planificación.
- ✍ Falta de profesionalización de los cargos.
- ✍ falta de estructura acorde a los nuevos cambios
- ✍ Falta de aprovechamiento del sistema informático
- ✍ Falta de diseño de procedimientos.
- ✍ Falta de política de posicionamiento.
- ✍ Falta de establecimiento de las tareas acorde al perfil de los R.H.
- ✍ Falta de control.

Por todo esto se cree necesaria establecer una propuesta de cambio .

CAPITULO VI

EL CAMBIO

Hay tres tipos de organizaciones: aquellas que hacen que las cosas ocurran, aquellas que esperan que las cosas ocurran, aquellas que se sorprenden por lo que ha ocurrido.

Anónimo

Atento a la situación de la organización planteada en el capítulo anterior , es conveniente:

1-Definir su mercado -Instaurar políticas de comercialización y posicionamiento

La atención de la salud en nuestra provincia está en mayor proporción canalizado a través de la Obra Social Provincial, ya que la población en relación de dependencia ocupa en mayor proporción puestos en la Administración Pública. El resto de la población utiliza los siguientes sistemas:

- Obra Sociales Nacionales (OSECAC, OSDOP, OSTEL, entre otras)
- Empresas de Medicina Prepaga
- Otras Instituciones Privadas
- Hospitales Públicos

El proceso de desregulación propuesta por el gobierno excluye del mismo a las Obras Sociales Provinciales. En lo que se refiere al mercado Privado, Santiago del Estero cuenta con tres entidades de reconocida trayectoria. En los últimos tiempos se incorporó a la competencia la Obra Social de la UNSE, quien ofrece a los posibles interesados en contar con este tipo de seguro una alternativa más cuya atracción es la posibilidad de adquirir medicamentos a un menor precio que en plaza y que obedece a los atractivos descuentos que ofrecen y que se debe a que Obra Social en cuestión cuenta con una farmacia propia.

En lo que se refiere a otras instituciones privada, surgieron en el mercado instituciones que ofrecieron planes alternativos de salud básica y primaria de características ambulatorias. Las mismas conformaron planteles estables de profesionales de la salud de diversas especialidades y los afiliados deben opta solo por alguna de estos medios a los efectos de concurrir a la consulta.

Como alternativa resultaron atractivas ya que el costo mensual es sumamente bajo, pero limitando considerablemente la libre elección del profesional

Optan por la atención médica a través de los sistemas prepagos individuos de clase media, media alta y comerciales quienes al no tener trabajo en relación de dependencia no pueden canalizar su atención médica a través de las Obras Sociales Sindicales.

Sin embargo este segmento de la población cuenta actualmente la oportunidad de optar por alguna Obra Social Sindical a partir del Monotributo, ya que al aportar este impuesto tienen la posibilidad de elegir dentro un listado de obras sociales adheridas al sistema, la que sea de su preferencia.

2-Reestructura organizativa acorde a la misión de la empresa

Con la reestructuración se logrará:

- *- Alcanzar un nivel de excelencia administrativa acorde a las nuevas exigencias del mercado.

- *- Maximizar los resultados de nuestra gestión logrando mejores y mayores servicios.-

- *- Determinar y limitar funciones y responsabilidades.-

- *- Mayor control interno

- *- Fortalecer y desarrollar institucionalmente a la organización.-

Se deberá en primer lugar delimitar y redefinir los roles del personal actual, con miras a que de acuerdo al incremento de las actividades se requiere aumentar el personal acordes su ubicación a sus capacidades:

A-Atención al publico

Para atención al público se habilitarán tres bocas de atención para el trato personalizado de cada afiliado. La atención deberá ser cordial y cálida en todo momento. con agilidad para solucionar los problemas. Lo fundamental es recordar en todo momento, que quien viene al prepago no viene por que está sano , concurre quien esta atravesando personalmente o de un familiar algún problema de salud. Alguien está enfermo. Se deberá pensar que quien ocupe estos puestos deben tener buen trato, calidez y ser capaz de ayudar al otro. Además son la puerta de acceso al servicios por lo tanto deben estar abierta a saber escuchar las quejas, las necesidades y saber transmitir esto a quien corresponda.

B-Promoción y ventas

Un rol definido de promoción: Esto permitirá descongestionar de esta función a las expendedoras quienes ante la urgencia de los tiempos y de la gente que espera , no realizaban la venta y al promoción en forma eficiente. De esta manera una persona venderá los distintos productos, atenderá las consultas o inquietudes de quienes se acercan con intención de ingresar al sistema. A su vez complementará la documentación necesaria, fijará los turnos coordinadamente con el médico auditor para la entrevista médica de los ingresantes. Asignará el número de afiliado al ingresante y será la encargada de dar las alta, las bajas y /o modificaciones de datos en el padrón de afiliados. De la calidad del proceso de afiliación depende la supervivencia del sistema pre-pago. En el proceso de afiliación intervendrán interrelacionadamente tres sectores:

Administrativo:

tarea de promoción
tarea de ventas.
tarea de ingreso

Médico:

Tarea de auditoria
tarea de aceptación /rechazo de la solicitud

Gerencia:

tarea de evaluación de los solicitudes
tarea de firma de las credenciales.-

La auditoria médica determinará en base a los datos de la declaración jurada de antecedentes de salud, los estudios y análisis, las certificaciones médicas aportadas, etc, si el solicitante ingresará o no al sistema

Esta decisión suele no estar lo suficientemente fundamentada y muchas veces hay afiliados de alto consumo que atravesaron las barreras de los controles previos al ingreso.

PLANILLA DE EVALUACION ADM. Y MEDICA DE LA AFILIACION

Solicitante Fecha...../...../...../ plan.....

A) Criterios mayores

Consumo estimado por patología:

Altísimo consumo	alto consumo	mediano consumo	bajo consumo	sin consumo
---------------------	-----------------	--------------------	-----------------	----------------

Edad	70	55-69	40-55	30-45	< 30
------	----	-------	-------	-------	------

Consumo de los medicamentos declarados

Altísimo	alto	bajo
----------	------	------

Tuvo obra social anterior Cuanto tiempo permaneció en ella?

< 6 meses	6-12meses	>1 año	no tuvo
-----------	-----------	--------	---------

Están apurados por ingresar?

mucho	sí	+o-	no
-------	----	-----	----

B) Criterios menores

Grupo familiar	6 o +	4-5	2-3	1
----------------	-------	-----	-----	---

Plan solicitado:

el más caro	algo intermedio	barato
-------------	-----------------	--------

Fumadores:

si	no
----	----

Hábitos

sedentarios	alguna actividad	bastante
-------------	------------------	----------

Mecanismo para el uso de la planilla: se deberá tratar de remarcar con un círculo los ítems que caracterizan al grupo solicitante . Si los círculo se encuentran hacia la derecha el riesgo de la afiliación es menor . Si la mayor cantidad de círculos se encuentran en la izquierda la afiliación es más riesgos.

Esta planilla deberá ser de uso confidencial y sintetiza la opinión del personal de ventas.

A la hora de analizar en auditoría médica una solicitud de afiliación el auditor decidirá:

Si predomina los factores de bajo riesgo	afiliar en cualquier plan
--	---------------------------

Si la situación es intermedia	afiliar en planes de baja cobertura
-------------------------------	-------------------------------------

Si predominan los factores de alto riesgo	no afiliar
---	------------

Deberá archivar la documentación en forma correlativa al mes de ingreso y por número de afiliados.

Siendo un sector vital, cualquier esfuerzo por perfeccionarlo es siempre bienvenido.

C-Sector de auditoría

Dentro de esta área se deberá diferenciar :

C.1- Auditoría médica:

La auditoría es la rama de la ciencia médica que tiene como objeto el control de la calidad de la atención médica y su mejoramiento.

En la práctica termina por dedicarse a disminuir gastos de atención . Y esto no está mal, puesto que también puede ser su función obtener la mejor calidad al menor costo , o con la mejor relación costo/beneficio en salud.

Dado que se observó en la etapa de diagnóstico la poca cantidad de horas que el profesional médico permanecía en la institución se deberá conformar un equipo de auditores que realizarán turnos correlativos de 3 hs. cada uno a los efectos de ampliar el margen horario para las autorizaciones. También deberán coordinar para realizar auditoría en la Banda.

Asimismo se sugiere que en el equipo se encuentren médicos de diferentes especialidades a los fines de poder tener un criterio sólido a la hora de realizar auditoría en patologías específicas y que son las que generalmente se conocen como de baja incidencia y alto costo (ejemplo: cirugías cardíacas, neonatología , etc) .Hay también especialidades que demandan costos excesivos en prácticas debido al uso de la creciente tecnología por ejemplo en el área de oftalmología, por lo que sería interesante que en el equipo se encuentre también un oftalmólogo.

La calidad de la atención médica influye en los resultados de salud. Existe de hecho un tipo de relación , entre la calidad de la atención y el resultado final. Ambos términos de la ecuación (calidad-costos) son difíciles de definir y por lo tanto establecer algún tipo de ecuación matemática es bastante complicado.

A veces existe el error de creer que la calidad en la atención se obtiene a mayores costos, pero con frecuencia esto no es así por lo que se debe siempre tener en cuenta:

1)- obtener el mayor beneficio en términos de salud, independientemente del costo monetario, lleva a una actitud dispendiosa y hasta puede bajar la calidad total al restar fondos para otras patologías.

2)- Alcanzar los mayores beneficios al menor costo.

Se pueden bajar los costos cuando se determina que una acción de salud resultará más dañina que benéfica (por ejemplo no autorizar una endoscopia en agudos a un paciente que recibió estreptokinasa por un infarto de miocardio)

Pero también se puede mejorar la calidad y subir el costo cuando auditoria médica sugiere a pesar de no haber sido pedido , realizar una TAC de cerebro en paciente con trauma de cráneo encefálico y pérdida de conocimiento)

Se enfrenta el dilema ético , cuyas variables en lucha son : por una parte los individuos que pugnan por una efectividad máxima en su atención y por el otro el racionamiento de la atención en el punto en que el sistema y la sociedad lo consideran económicamente accesible.

La auditoria del pre-pago presenta problemas concretos de carácter previo y posterior a la realización de las prácticas.

Auditoria previa: se deberá verificar en el sistema informático la antigüedad del afiliado para cada tramo de prestaciones, así como las preexistencias denunciadas en la declaración jurada, la historia del consumo del afiliado.

Cuando existan dudas sobre la corrección de una indicación determinada, se puede ampliar el diagnóstico solicitando resumen de historia clínica. Cuidado con cuotas impagas o con moras considerables en el que las prestaciones se deberán dar al 100%.

Así como las consultas son las llaves del gasto en el primer nivel (ambulatorio), el egreso (internación) es la ventana por donde se cuele el consumo y los gastos del segundo nivel. En un sistema Pre-Pago , no es mucho lo que se puede hacer sobre la tasa de egresos, pero si es mucho lo que los prestadores nos pueden hacer si se relajan los controles.

En la mayor parte de los casos, el auditor se entera que hay una internación cuando esta ya se ha producido. Esto es así porque en la gran mayoría de los casos las internaciones se producen los fines de semana o son urgencias (partos, cesáreas apendicitis) , así que es muy poco lo que queda por verificar en terreno en este tipo de intervenciones. Cuando las cirugías son menores, previsibles, es necesario incorporar el sistema de auditoria en terreno, que el médico compruebe directamente en el lugar de los hechos la calidad de la atención, las prácticas que se piden con sus informes correspondiente, ver el estado del paciente, si es conveniente que siga internado, si la gravedad del mismo es tal que sigue internado en UTI o si por el contrario puede dársele el pase a piso.

El auditor deberá llevar una planilla de recolección de datos que en forma mensual deberá ser llevado al gerente médico para poner en conocimiento del mismo los resultados de la gestión en esta área y participar en el asesoramiento de la política sanitaria que se deberá implementar.

En esta planilla se deberán volcar los datos correspondientes a las internaciones de cada institución, para poder calcular valores promedio, módulos, observar el manejo de los diagnósticos similares entre una y otra institución, etc.

Que datos nos interesan de cada internación? Las siguientes variables:

Institución

Paciente

Días de cama general

Días de cama UTI

Días de cama UCI

Se operó (si-no)

Código quirúrgico

Diagnóstico final

Médico

Numero de interconsultas

Números de códigos de RX realizados

Números de ecografías solicitadas

Números de códigos de laboratorios realizados

Números de sesiones de kinesio realizadas

Números de otras practicas realizadas

Parto

Cesárea

Fallecimiento

Costo de medicamentos

Costo descartables

Costo total de la internación.

Este tipo de auditoria en terreno permitirá asegurar la calidad de la atención prestada durante la internación. La eficacia y oportunidad de los estudios y tratamiento pueden analizarse en terreno en el momento de la realización y puede colaborarse con el colega. Se debe verificar que el paciente reciba todos los servicios médicos y paramédicos necesarios para una buena atención. Finalizada la auditoria es conveniente mantener un diálogo con el profesional tratante y hacer las sugerencias que se estimen necesarias, las que además deberían asentarse en la hoja de evolución. Siempre se deberá colaborar para lograr la mejor atención del paciente, que es nuestra prioridad. Se es responsable como prepago de la mejor atención para el paciente, al menor costo pero sin que caiga la calidad .

Modelo de auditoria en terreno

Establecimiento
Paciente.....Afiliado n.....
Ingreso:...../...../..... Egreso:/...../.....
Días de estada al momento de la Auditoria en terreno:.....

Evolución de la H. completa incompleta ilegible
Clínica

comentarios:.....

Evaluación de las correlaciones

Los datos de la historia clínica y los estudios apoyan los diagnósticos ?
 si no parcialmente

Comentarios:.....

Evaluación de los estudios de diagnósticos(Eco-laboratorio- Rx-Otros)
no indicados insuficientes excesivos correctos

comentarios:

Tratamiento quirúrgicos:

Comentarios:.....

Tratamiento médico:

Comentario:.....

controles de enfermería :

Comentario:.....

Comentario final:

Firma del auditor:

Esta planilla debe manejarse en el marco del secreto médico.

Es concurrente a la auditoria de carácter meramente médica una auditoria de tipo administrativa a los efectos de

Verificar:

- 1- la identidad del paciente internado
- 2- el cumplimiento de las pautas de hotelería (pieza doble con baño privado, en niños pieza con acompañante.)

Asesorar

3-Al afiliado sobre cuestiones atinentes a la faz administrativa de la internación

Colaborar:

4- en la consecución de turnos para estudios a realizar fuera de la institución , derivaciones, ambulancias.

El administrativo a cargo deberá realizar las encuestas de satisfacción de los afiliados y tiene importancia ya que agregan valor al servicio y la confianza de los usuarios en el sistema.

El administrativo designado no debe emitir ninguna opinión sobre el tratamiento instituido, la evolución del paciente , etc. si debe comunicar al medico auditor una eventual queja del paciente respecto, para que este tome las determinación que estime conveniente.

Modelo de planilla de auditoria administrativa concurrente:

Los datos deben ser llenados junto a la cabecera del paciente. Esto tiene por fin demostrar al afiliado que cuidamos la calidad de la prestación brindada. Los demás comentarios , serán llenados en forma confidencial y entregados al medico auditor

Establecimiento

Paciente.....Afiliado n.....

Ingreso:...../...../..... Egreso:/...../.....

Días de estada al momento de la Auditoria en terreno:.....

Impresión sobre la calidad de la hotelería, higiene y confort

Hotelería	muy buena	razonable	pobre
higiene	muy buena	razonable	pobre
confort	muy buena	razonable	pobre

Comentarios:.....

Grado de satisfacción del afiliado

Hotelería	muy buena	razonable	pobre
dieta	muy buen	razonable	pobre

Comentarios:.....

Grado de atención:

de los médicos	muy buena	razonable	pobre
de las enfermeras	muy buena	razonable	pobre

Comentarios:.....

Comentario final:.....

Firma del administrativo:.....

C.2-Auditoria administrativa:

El control también se deberá realizar a posterior de efectuada las prestaciones y esta tarea se encomendará al personal de auditoria administrativa quien recepcionará la documentación y verificará :

- que las prestaciones lleven la autorización del médico auditor , el bono correspondiente, firma y sello del profesional, firma del afiliado.
- que se hayan facturado las prestaciones con los aranceles correspondientes.
- que no haya errores de arancelamiento.
- que las prácticas de diagnóstico lleven los informes correspondientes.

En caso de que las prácticas no estén en condiciones de ser abonadas, las mismas serán debitadas, entregadas al prestador para su corrección y posterior refacturación.

Las facturas acompañadas con la liquidación de débitos y créditos efectuados , es decir la factura original con la información para los respectivos ajustes se entregan al área de pago para efectuar la liquidación correspondiente en las fechas establecidas para no incurrir en suspensiones por mora.

D-Sector fiscalización

El área de fiscalización constituye dentro de todo el proceso administrativo , un sistema a través del cual determinar que las actividades, circuitos y procedimientos sean ejecutados en tiempo y forma, así como detectar posibles diferencias entre los objetivos planeados y realizados

El movimiento administrativo actual exige de un área de fiscalización , pero ante todo requiere la elaboración de un manual de función y procedimiento que regule y reglamente las disposiciones internas de la organización .

Los objetivos de esta área:

- *- Que los planes propuestos sean ejecutados en tiempo y forma
- *- Que se determine y se controlen los procedimientos administrativos

*- Que se controle la periodicidad de la presentación de la documentación, la realización de las tareas internas, facturación, liquidación e informes generales de cada una de las áreas (administración, ventas, auditoría, etc)

*- Que se permita disponer de la información relevante en el momento oportuno, para detectar problemas, irregularidades , así como también establecer standard de rendimiento , evaluación del desempeño por áreas, grupos , entre otros.

*- crear así un área que servirá de sostén y apoyo al sistema prepago a través del cual se pueda contar con la información clasificada para la toma de decisiones a nivel gerencial.

Esta área de fiscalización trabajará en forma interactiva con el sector informático a fin de diseñar un sistema que permita generar datos confiables y con la rapidez que la dinámica de los cambios impone. El sistema deberá ser capaz de determinar estadísticas de consumo, tasas de uso, etc.

El sistema informático deberá contar con el diseño de los siguientes parámetros:

1-Actualización automático de estado de afiliados:

Que el sistema sea capaz de "suspender", es decir no permitir la emisión de órdenes de prácticas o consultas por situaciones de irregularidades del afiliado, pidiendo clave de supervisión para la autorización o emisión de los mismos.

El sistema deberá ser seguro , es decir cada operador deberá tener dos claves de seguridad:

- 1era. ingreso a la red informática.
- 2da. nivel de operatividad del sistema (según niveles)

2-Modulo gestión de afiliados:

a)- Altas, modificaciones y bajas.

b)- Consultas por titular

mostrará

- Plan
- Fecha de último pago

- numero e importe de la última cuota abonado.
- Fecha de baja

c)- Fichas médicas:

- Declaración jurada médica

d)- Listados de:

- Afiliados por plan
- Afiliados por localidad
- Afiliados de alta o de baja por mes
- Afiliados por morosidad
- Afiliados por Obra social
- Porcentaje de morosidad

e)–Modulo de pago:

- Vía de cobro
- Mes de cuota adeudada.
- Importe real
- Importe abonado
- Saldo
- Forma de pago: efectivo/cheque con fecha de acreditación y banco
- numero de recibo.

3-Modulo Obras Sociales:

- listado por O. Soc. de los meses adeudados.(Importe y fact. numero)
- Aviso de mora automática al producirse cierto numero de meses de atraso.
- Fecha de cancelación de facturas : vía de pago(efectivo- cheque con fecha de acreditación y Banco)
- Emisión de recibo.

4-Modulo prestadores:

- Listado de deuda por Prestador(total o discriminando por obras sociales según se requiere)
- Listado por mes (total o parcialmente por o. social)

- fecha de cancelación por factura: modalidad de pago; efectivo, cheque al día o diferido.
- Emisión de informe de pago

5-Modulo arancelamiento:

- Codificación de nomencladores (n. Nacional y Practicas no nomenciadas
- Valores
- Nomenclador por Obra social.
- Coseguro a cargo del afiliado por plan
- Adicionales en \$\$ por exceso de topes
- Habilitación de practicas según antigüedad
- Cantidad de practicas por año
- No acceso a practicas no contempladas por convenio.

6-Modulo contable:

- Plan de cuentas
- Movimiento de cada caja de expendio.
- caja totalizadora de ingresos por día
- Listado de cheques
- Listado de egresos

7-Modulo estadístico

- consumo real mensual por plan y por obra social de
 - consultas
 - pract. medicas
 - pract. bioquímicas
 - otras practicas
- cantidad de códigos prescritos por medico
- calculo de capita real (total o por concepto)
- egresos por plan
- egresos por obra social

E-AREA ADMINISTRATIVA

Debido a que hoy esta área se encuentra totalmente recargada de funciones, va a ser necesario incorporar una persona más de manera que se reasignarán las funciones de la siguiente manera:

E.1)- Personal a cargo de la administración del prepago: será la encargada de recepcionar las rendiciones de cada box de atención y confeccionará la rendición consolidada diaria para su posterior ingreso en el área de tesorería .

Asimismo será la encargada de recepcionar los pagos de las distintas obras sociales (en concepto de cápitas y/o contraprestación).

Liquidará el pago a los prestadores del prepago en tiempo y forma , de acuerdo a los ajustes realizados en las facturas de acuerdo a lo informado por auditoria.

Manejará todo los temas concernientes al funcionamiento del prepago : notas a prestadores, mantendrá al día las cuentas de deuda discriminando por prestador, realizara las compras de útiles y las ordenes de provisión de imprenta , conciliará el libro Iva Ventas/Compras .

E.2)- Personal encargado de la administración de convenios:

Se distinguirán dos situaciones puntuales

E.2.a)- Administración de convenios gerenciados por el Prepago :(todos los capitados y los que según cláusulas contractuales de contraprestación así los especifiquen)

- Atender las autorizaciones y la carga del consumo en el sistema informático.

- Atender lo concerniente a problemas por turnos para los afiliados , las posibles derivaciones, la necesidad de gestionar algún medicamento específico, acordar los traslados. etc.-

- Realizar controles de los gastos de las capitas y llevar un informe mensual del gasto realizado , el ingreso percibido , el resultado mensual y el resultado acumulado que se entregará al Gerente Medico con quien trabajará para fijar este tipo de políticas sanitarias.

- Facturará mensualmente las cápitas a las gerencadoras correspondientes.

E.2.b)-Administración de convenios no gerenciados: en este caso la Obra social contrata al prepago para que sirva de intermediario entre los afiliados y los prestadores de la salud. Por lo que al realizar la contratación se establece que el prepago pone a disposición de la O. Soc. su padrón completo de prestadores y a su vez es responsable ante los prestadores de efectuar una vez recepcionado por parte de la O. Social el pago correspondiente, la liquidación por los importe correspondientes . Como es un convenio sin administración propia la auditoria se efectúa en cada obra social. , muchas veces en otras provincias, por lo que se recepcionan los débitos y/o créditos junto con los pagos y se ajustan las facturas a liquidar.

Ya que la documentación se debe remitir a las distintas obras sociales , hasta el día 15 de cada mes se recepcionarán las diferentes facturas de los prestadores , la que se dará ingreso en el sistema informático, cargando a que prestador corresponde, mes de facturación, obra social, importe.

Luego se reúne la documentación por Obra Social y se envía a cada una de ellas por correo, con una factura prestacional del prepago por el total de las prestaciones recepcionadas adicionando según lo estipulado contractualmente el gasto administrativo o no.

Tareas comunes a ambas modalidades

- Recepcionará del administrativo del prepago el informe de los cheques que se recibieron para cancelar facturas de cápita y liquidará en los plazos de acreditación las facturas a los prestadores , facturas ajustadas en débitos y/o créditos desde el área de auditoria.

- Llevar un sistema de contabilidad donde podrá tener actualizado las deudas de las obras sociales y lo que se adeuda a los prestadores discriminados por obra social y por prestador.

- Controlará las moras y junto con el Gerente medico determinará lo concerniente a la intimación a las obras sociales por las deudas.

- Analizará el instrumento legal y los aranceles propuestos ante la firma de un nuevo convenio.

E.3)- Personal encargado del interior:

- Deberá agilizar la recepción , verificación de las rendiciones de cada boca de expendio, y agilizar la consolidación bancaria (ya que las encargadas depositan en la sucursal bancaria su rendición)

- Mantener actualizados las cuentas corrientes de los afiliados del interior a los efectos de que no se produzcan errores u omisiones en las cargas, los que producía enojos en los afiliados.

- Ya que la sucursal de La Banda cuenta con sistema informático , la actualización deberá ser diaria on-line para solucionar los problemas de quejas .

- Será encargada de atender las consultas de las encargadas , enviarles las comunicaciones por modificaciones , enviarles los útiles o los formularios solicitados.-

- Establecer en forma mensual o bimestral reuniones con todas las encargadas para mantenerlas actualizadas y responder a todas sus inquietudes.

- Se sugiere un programa de adecuación de los locales a la marca: que todos estén pintados con los colores del logo, y que mantengan una línea decorativa que hace a la imposición de la marca en el mercado.

F-Otros recursos humanos necesarios: en caso de querer efectuar campañas de promoción o de publicidad se sugiere contratar a empresas o personas especialistas en la materia para no tener que crear un dpto. estable en la organización lo que incrementara los costos de personal.

Igual criterio se sugiere para los temas legales y contractuales.

G-El gerente Médico

Su función será la de coordinar el trabajo de todo el prepago. Por su formación médica será el encargado de fijar en vista a los resultados las políticas que en materia de salud preventiva se deberán aplicar

Trabajará conjuntamente con el equipo de auditores, con el personal de auditoria administrativa , personal de administración y con cada área para recoger información de los problemas de cada una y tomar decisiones de cambio.

Es la cara del prepago para negociaciones con prestadores, con nuevos convenios y para solucionar los problemas de los afiliados .

En su rol de planeador deberá fijar los objetivos a alcanzar y hacer integrar al resto del personal en los mismos.

Establecer un programa de premios -castigo destinado a estimular la productividad de los empleados y que hoy no existen en esta organización

Deberá en todo momento fortalecer un gestión orientada a los recursos humanos para lo cual se definen 6 pilares básicos

- ◆ Un alto nivel de conciencia
- ◆ Autoaceptación
- ◆ Autorresponsabilidad
- ◆ Autoafirmación
- ◆ Determinación
- ◆ Integridad personal

Para fomentar esta práctica de actuar deberá siempre :

- ◆ Facilitar el acceso a la información
- ◆ Crear un entorno de trabajo abierto e interactivo
- ◆ Ofrecer oportunidades para el aprendizaje continuo
- ◆ Invitar a la reflexión cuando alguien realiza un trabajo excepcional o cuando realiza un trabajo inaceptable)
- ◆ Evitar el exceso de dirección
- ◆ Poner a prueba a sus empleados. Asignarles tareas y proyectos ligeramente superiores a la capacidad demostrada hasta el momento.

Hoy tiene los grandes desafíos: la situación económica que esta poniendo en jaque mate los resultados positivos de los convenios de años anteriores. El panorama preocupante de la elevación de costos requerirá de su capacidad de negociador para reactualizar las cápitás vigentes hasta hoy y de tomar decisiones con los prestadores y tener que imponer cambios en muchos casos.

En este nuevo escenario deberá

- ◆ Capacitarse para el cambio

- ◆ Tener un estilo de conducción participativo
- ◆ Vocación y compromiso para involucrarse en la gestión

Será responsable de

- ◆ Gerenciar esta crisis económica con los prestadores
- ◆ Idear planes preventivos de salud
- ◆ Supervisar los recursos médicos
- ◆ Mejorar la calidad médica
- ◆ Optimizar la ecuación costos-calidad

Este es el desafío que se le avecina: ser capaz de pilotear los cambios, la regulación y los avatares económicos que impone este nuevo siglo.

PORQUE CAMBIAR

El nuevo sistema regulatorio le implicará grandes cambios y sobre todo formar una unidad organizativa capaz de afrontar los cambios que impone el Estado en este nuevo mercado regulado

Debe iniciarse un proceso de cambio y reorganización con la intención de lograr una organización mejor administrada, fortalecida institucionalmente , con las herramientas y la estructura necesaria para hacer frente a la creciente competencia del mercado, las exigencias gubernamentales y las cambiantes necesidades de los afiliados

Esta etapa de readecuación y reestructuración requerirá del compromiso , de la participación y la colaboración que implica llevar a cabo un proceso de transformación que es necesario en virtud de los cambios de escenario. La dinámica del mercado , la competencia creciente impone la necesidad de agilizar las relaciones interpersonales para permitir ejecutividad a los procesos . Esto se logrará contando con una estructura organizativa interna que permita el manejo eficiente de los recursos (monetarios, humanos y de información) y a su vez posibilitar llevar a cabo controles administrativos que hoy no se pueden llevar a cabo en el desorden y la falta de delimitación de tareas de funciones.

Hacia donde vamos en materia de salud? Hemos pasado de una visión en la que el médico era "curador de enfermedades" a una cultura de salud gerenciada que posiciona a las entidades de salud como "Administradoras de Bienestar".

Los agentes de la salud se encuentran en una evolución y hoy nos encontramos en la Fase que se caracteriza por la ruptura y la fragmentación de las entidades intermedias.

Aparece una feroz competencia distributiva entre los núcleos prestadores y la creciente escasez de los recursos, producido por el aumento de los costos en materia de salud.

La aplicación del modelo económico expuesto más la metodología de la planificación estratégica en el gerenciamiento de las empresas y las instituciones podrá conducir a un mejor posicionamiento en esta época de cambios y le permitirá enfrentar la capacidad regulatoria del sector.

Los modelos que se imponen pueden no ser los adecuados pero lo fundamental es la intención de crear un escenario , no actuar como el avestruz y esconder la cabeza y dejar el cuerpo vulnerable. Como decía Alvin Toffler en su libro Powershift; "a medida que avanzamos hacia las tierras desconocidas del mañana, es mejor tener un mapa grosero e incompleto, sujeto a revisiones, que no tener ningún mapa"

Y esto es lo fundamental, las organizaciones saben que el cambio en materia de salud es inminente. Estar preparadas con una organización dispuesta al monitoreo continuo, a la planeación, a la fijación de objetivos y tendientes al control

Estructura del sistema de información y gestión del gasto

Niveles	función	Objeto de analisis	Variables	Indicadores
Nivel I	Monitoreo global del Sistema	a) asignación de recursos b) comportamiento prestacional del gasto por grupo de practicas	1)-Gasto 2)-Población base 3)-Cantidad de practicas	A) Participación % B) Costo capita C) Costo promedio D) Tasas de utilización
Nivel II	Analisis prestacional detallado por especialidad	Comportamiento por especialidad	1) Gasto por especialidad 2)-Cantidad pract. por espec. 3) Cantidad consultas Cantidad de pacientes distintos	A) costos por pacientes y por especialidad B) costo por paciente y prestador C) tasa prescritas por especialidad y por prestador.
Nivel III	Evaluacion de la calidad	Comportamiento Prestacional por especialidad	1)- Cantidad de practicas 2) cantidad de	A) Participación % por patologia B) Tasa prescritas por

Rubros ambulatorios	Población Base	Cant.prestaciones	Tasas de uso	Costo promedio prestación	costo beneficiarios por	Coseguro por beneficiario
1-Consultas						
2-Diag. por imagenes						
TAC,Resonancia,etc.						
Eco doppler						
3-Radiologia						
4-Ecografias						
5-Pract. Ambulatoria						
6-Psic./Psiquiatria						
a)- Codigos 33						
b)-Psicopedagogia						
7-Kinesiologia						
8-Fonoaudiologia						

b)-cob.70%						
c)-cob.80%						
d)-cob.100%						
11-Serv.Varios						
a)Opticas						
b) ortopedia						
12-Medicamentos						
a)cobert.25%						
b)cobert. 35%						
c-cobert.30%						
d-cobert.50%						
TOTALES						

Fuente: RAS(Red Argentina de Salud)-

Rubro: internaciones	Poblacion Base	Cant. Ing o Egresos	Tasa de uso	Costo Ing o Egreso	Costo cama dia	Costo por Beneficiario	Cos.por benef.
1)-Clinicas							
2)-Quirugicas							
3) Partos y cesareas							
4)- Int.psiquiatica							
5)-Alta complejidad							
6)Neo							
TOTALES							

	Poblacion Base	Costo por beneficiario	Costo mensual
Costo lab.inter. (inc.RIA)			
Costo medic. internac.			
Costo UTI-UCI			
Costo anestesia			
Protesis-Ortesis			

ANEXO

PLAN P 1.100

SERVICIO	CARACTERISTICA	VIGENCIA
Cobertura ambulatoria	= Consultas medicas en consultorio	Inmediata
Estudios básicos de diagnostico	= Análisis de rutina = Radiología = E.G.C. = 50% de descuento en medicamentos ambulatorios en Farmacias contratadas.	
Practicas Especiales Nomenclada	= Colposcopia - Papanicolau = Kinesiología (40 secciones anuales por afilado) = Psicología (4 sesiones mensuales) = Prestaciones odontológicas extracciones, consultas y tratamientos. = Estudios oftalmologico básicos nomenclados. = Test de alergia, testificación total y tratamiento desensibilizante (8 por año por afiliado). = Ergometrias. = Ecografias con Historia Clínica. = Espirometrias.	31 Días
Otras prácticas Especiales	Descuento de cristales del 40 % (Cristales Blancos) = Odontología (prótesis movibles) excluye ortodoncia. = Radiografias con contrastes (2 por año con H.C. = Centellograma (Sin Material Radiactivo) = Holter 2 canales M.A.P.A.	60 Días
Laboratorios especializadas	= Análisis Inmunologicos y hormonales por RIA con Historia Clínica.	91 Días
Cobertura en internación	= Internaciones clínicas y quirúrgicas. = Medicamentos en internación Sin Cargo. Terapia intensiva. N.E.O	120 días
Alta Complejidad	= Tomografía computada. = Resonancia magnética. = Eco Doppler color. = Campo visual computarizado. = Estudios de Urodinamia nomencladas. = Densitometria ósea. = Estudio de procedimiento diagnostico cardiovasculares y aortico. = Cirugía laparoscopica. = Hemodialisis.	150 Días
Estudios y practicas de Alta Complejidad No Nomencladas	=Angioplastia coronaria. =Angiografía digital. = Cirugía para la colocación de marcapaso(no incluye prótesis) = Cirugía cardiovascular moduladas.	240 días
	Plan Materno Infantil (incluye 1 control mensual s/cargo (parto o cesárea) Un control pediatrico mensual hasta el año de vida.	301 Días

Horarios de afiliaciones de 8.30 a 10.30
18.30 a 19.00

Requisitos fotocopia de D.N.I.
fotocopia boleta de impuesto
foto carnet (personas mayores de 8 años)

PLAN A 20/20

SERVICIO	CARACTERISTA	VIGENCIA
Cobertura ambulatoria	= Consultas medicas en consultorio = Análisis de rutina.	Inmediata
Estudios básicos de diagnostico	= Radiología y pract. Medicas de rutina. = E.G.C. = 35% de descuento en medicamentos ambulatorios en Farmacias contratadas con Vademécum.	31 Dias
	= Kinesiología (25 secciones anuales por afiliado) = Psicología (4 sesiones mensuales) = Prestaciones odontológicas extracciones, consultas y tratamientos. = Estudios oftalmologico básicos nomenclados. = Test de alergia, testificación total y tratamiento desensibilizante (8 por año por afiliado). = Ergometrias. = Ecografias con Historia Clínica. = Espirometrias.	91 Dias
Laboratorios y otras practicas Especiales Nomencladas	= Descuentos de cristales del 40 % (Cristales Blancos) = Radiografias con contrastes (2 por año con H.C.) = Centellograma (Sin Material Radiactivo) = Holter 2 canales M.A.P.A. = Estudios Oftalmologico. = Espirometrias, Prótesis movibles.	91 Dias
Cobertura en internación	= Internaciones clínicas y quirúrgicas. = Medicamentos en internación Sin Cargo. Terapia intensiva. N.E.O	151 días
Alta Complejidad	= Tomografía computada. = Resonancia magnética. = Eco Doppler color. = Campo visual computarizado. = Estudios de Urodinamia nomencladas. = Densitometria ósea. = Cirugía laparoscopica. = Hemodialisis. =Angioplastia coronaria. =Angiografía digital. = Cirugía para la colocación de marcapaso(no incluye prótesis) = Cirugía cardiovascular moduladas.	241 Dias
	Plan Materno Infantil (incluye 1 control mensual s/ cargo (parto o cesarea) Un control pediátrico mensual hasta el año de vida.	301 Dias

Horarios de afiliaciones de 8.30 a 10.30
18.30 a 19.00

Requisitos fotocopia de D.N.I.
fotocopia boleta de impuesto
foto carnet (personas mayores de 8 años)

PLAN B/30/30

SERVICIO	CARACTERISTICAS	VIGENCIA
Cobertura ambulatoria	= Consultas medicas en consultorio	Inmediata
Estudios básicos de diagnostico	= Análisis de rutina = Radiología = E.G.C. = Practicas Medicas de rutina. = 30 %de descuento en medicamentos ambulatorios en Farmacias contratadas.	
	= Kinesiología (25 secciones anuales por afiliado) = Psicología (4 sesiones mensuales) = Prestaciones odontológicas extracciones, consultas y tratamientos. = Estudios oftalmologico básicos nomenclados. = Test de alergia, testificación total y tratamiento desensibilizante (8 por año por afiliado). = Ergometrias. = Ecografías con Historia Clínica. = Espirometrias.	61 Días
Laboratorio y otras practicas Especiales	= Descuentos de cristales del 40 % (Cristales Blancos) = Radiografías con contrastes (2 por año con H.C.) = Centellograma (Sin Material Radiactivo) = Holter 2 canales M.A.P.A. = Estudios Oftamologicos = Espirometrias Prótesis Movable	91 Días
Cobertura en internación	= Internaciones clínicas y quirúrgicas. = Descuentos en medicamento. Terapia intensiva. N.E.O	151 días
Alta Complejidad	= Tomografía computada. = Resonancia magnética. = Eco Doppler color. = Campo visual computarizado. = Estudios de Urodinamia nomencladas. = Densitometria ósea. = Cirugía laparoscopica. = Hemodialisis. =Angioplastia coronaria. =Angiografía digital. = Cirugía para la colocación de marcapaso(no incluye prótesis) = Cirugía cardiovascular moduladas.	241 Días
	Plan Materno Infantil (incluye 1 control mensual s/ cargo (parto o cesarea) Un control pediátrico mensual hasta el año de vida.	301 Días

Horarios de afiliaciones de 8.30 a 10.30
18.30 a 19.00

Requisitos fotocopia de D.N.I.
fotocopia boleta de impuesto
foto carnet (personas mayores de 8 años)

PLAN S 50

SERVICIO	CARACTERISTA	VIGENCIA
Cobertura ambulatoria	= Consultas medicas en consultorio	Inmediata
Estudios básicos de Diagnostico	= Análisis de Rutina (excluye análisis inmunologicos y hormonales)	31 Días
	= Radiología.	61 Días
	= E.G.C.	
	= 25% de descuento en medicamentos ambulatorios en Farmacias contratadas con Vademécum.	
	= Kinesiología (25 secciones anuales por afiliado)	
Otras Practicas Especiales	= Psicología.	90 Días
	= Odontología.	
	= Estudios oftalmologico comunes, ergometrias, Etc.	
	= Ecografias con Historia Clínica.	
Cobertura en internación	= Internaciones clínicas y quirúrgicas.	180 días
	= Medicamentos en internación Sin Cargo.	
	= Terapia intensiva.	
	= 50% de descuento en medicamentos	
	= 50% de cobertura en N.E.O.	
	Plan Materno Infantil (incluye 1 control mensual s/ cargo (parto o cesarea)	301 Días

Un control pediátrico mensual hasta el año de vida.

Horarios de afiliaciones de 8.30 a 10.30
18.30 a 19.00

Requisitos fotocopia de D.N.I.
fotocopia boleta de impuesto
foto carnet (personas mayores de 8 años)

CONSIDERANDOS RESOLUCIÓN 939/00 MS

"Que el Programa Médico Obligatorio aprobado por la Resolución citada en el VISTO, es el conjunto de prestaciones a que tiene derecho todo beneficiario de la Seguridad Social.

Que si bien dicho Programa tuvo el innegable valor de establecer un criterio uniforme para todos los Agentes del Seguro sobre sus obligaciones en materia prestacional, la experiencia acumulada desde su implementación, permite advertir la necesidad de efectuar correcciones y ajustar su contenido no sólo orientado a dar mayores precisiones, sino también a señalar prioridades claras vinculadas con la prevención y la racional utilización de los recursos del sistema.

Que es una política de Estado en Salud la determinación de un conjunto de servicios de carácter obligatorio como piso prestacional por debajo del cual ninguna persona debería ubicarse en ningún contexto.

Que debe resolverse el choque entre la ética y la conciencia del derecho universal a la Salud por una parte y por otra la estrecha capacidad de respuesta del sistema, integrado por actores de diversos orígenes, opiniones e intereses en un marco de recursos finitos.

Que si bien la idea de establecer límites en la cobertura está presente en casi todos los sistemas de Salud del mundo, los rangos de variación son amplios y en el particular caso de nuestro país no resulta aceptable la implantación de un menú que reduzca las prestaciones habituales.

Que lo dicho obliga a una tarea de normatización que asegure el mejor rendimiento de cada recurso, junto con otras acciones que produzcan un cambio de hábitos en todos los participantes del sistema.

Que por lo dicho resulta necesario redefinir el modelo asistencial, detallar las acciones de prevención a llevar a cabo, precisar el menú de prestaciones incluidas y reformular el régimen de coseguros a cargo de los beneficiarios.

MINISTERIO DE SALUD

Que debe quedar garantizado el mecanismo para la actualización del Programa Médico Obligatorio en virtud del carácter dinámico del conocimiento científico, estableciendo una metodología de análisis para la incorporación de tecnologías que asegure la probada eficacia de todo procedimiento diagnóstico o terapéutico a financiar por la Seguridad Social.

Que los Agentes del Seguro son responsables de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la Salud de sus beneficiarios y no meros financiadores de las prestaciones.

Que independientemente de la extensión de la cobertura planteada en este Programa Médico Obligatorio, no existen patologías excluidas del mismo.

Que la salud no es un don o un privilegio, es una situación natural a ser preservada, que trasciende lo individual, es el resultado productivo de una tarea conjunta que compromete a toda la sociedad.

Que el considerar a la salud como una inversión y no como un gasto no habilita a desentenderse del problema del financiamiento, pues hacerlo supondría la transformación de los derechos en cuestiones dialécticas y virtuales, sobre todo recordando que ha sido una decisión nacional que este sostenimiento económico se construya sobre una base solidaria y por tanto, el mismo origen de los fondos compromete su uso racional y obliga a la obtención de los máximos resultados posibles.

Que las dificultades de financiamiento lejos de ser un problema circunscrito a nuestro país son un dilema mundial. Frente a esta crisis se han desarrollado modelos desintegrados de restricción a excesos presuntos y reales, se ha coartado la accesibilidad o dilatado la resolución de la enfermedad, a pesar de lo cual no se corrigió el desbalance económico, pero si se atacó a la calidad.

Que la solución está planteada en los términos de la prevención, del rigor científico que sustenta las prácticas a financiar y fundamentalmente del Modelo de Atención.

Que este modelo debe poseer un sistema de atención integrado donde lo multidisciplinario sea superado por lo interdisciplinario. Y donde además de tratar

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

eficientemente la enfermedad se aproveche cada oportunidad de contacto para instaurar el hábito de la prevención. Consecuentemente se podrá, progresivamente, cambiar el eje de la enfermedad a la salud, de lo demandado a lo necesario.

Que la integración en el proceso de atención debe unir, en un circuito lógico y previsto, a los profesionales e instituciones actuantes, para coordinar las acciones dentro de los programas preventivos, evitar innecesarias duplicaciones del gasto y brindar a los pacientes una conducción continente del tratamiento de su enfermedad.

Que los beneficiarios del sistema esperan servicios dados en un marco de calidad y respeto, con dedicación personalizada y con soluciones. Para esto la estructura prestadora debe ofrecer, sobre la base de una estrategia, un camino ordenado e integrado de atención que construya la solución, con accesos claros e interacciones articuladas de los profesionales y prestaciones necesarias.

Que dentro de la Atención Médica Primaria resulta fundamental la presencia palpablemente cercana de un médico, que inicie, conduzca y sostenga el proceso del cuidado y de la recuperación de la salud. Este médico debe tener sus raíces en el clásico Médico de Familia, en el conocimiento universalista e interrelacionante de las especialidades del Clínico, en la visión ampliada que introdujeron los Médicos generalistas y en el concepto y metodología de la moderna Medicina Familiar. Debe poseer fundamental y excluyentemente una pericia, necesaria en todas las ramas de la Medicina pero distintiva, definitoria y paradigmática de este rol: ser un experto en la relación médico-paciente.

Que desde ese vínculo, terapéutico en sí mismo y potenciador de todos los esquemas sanitarios, desde una aptitud ligada a una sólida formación en medicina general y desde una actitud de compromiso y acercamiento con la población a su cargo, se convierte en la referencia para los temas de Salud de una familia.

Que la implementación de este Modelo de Atención busca desarrollar una tarea asistencial eficiente que se destaque por su respeto hacia los pacientes, unir a la clásica actitud medica asistencial un accionar preventivo con participación de los destinatarios, la existencia cierta y palpable de responsables de la atención, integrar los niveles de atención y lograr el mejor aprovechamiento del recurso económico disponible.

MINISTERIO DE SALUD

Que este cambio de Modelo requiere de una implementación gradual para permitir una reconversión y capacitación del recurso humano profesional.

Que en carácter de colaboración en la actividad diaria de los médicos que tienen a cargo la atención primaria de la salud, resulta conveniente incorporar a este programa las guías de orientación para el diagnóstico y tratamiento de los motivos de consulta prevalentes en la atención primaria de la salud, como forma de orientación para la práctica asistencial.

Que la obligatoriedad y uniformidad de las acciones de prevención en todos los Agentes del Seguro permite evaluar su implementación y resultados así como dar espacio a las necesarias correcciones de rumbo en base a las mediciones efectuadas sobre el proceso sanitario.

Que con el objetivo de lograr el mayor impacto sanitario, se incluyen en esta etapa los Programas de Prevención para Cáncer de Mama y de Cuello Uterino, el Plan Materno Infantil y el Examen de la Persona Sana por Sexo y Década de la Vida.

Que dentro de las herramientas existentes en la actualidad en la prevención primaria y secundaria de múltiples patologías, pocas resultan tan costo-efectivas como los talleres y las actividades grupales. Su inclusión dentro del Programa Médico Obligatorio busca incorporar esta técnica de alto rendimiento en el manejo de prevención en salud mental, en enfermedades crónicas prevalentes y en el mejoramiento de la calidad de vida.

Que es necesario definir con claridad las prácticas incluidas en el programa médico obligatorio y por tanto corresponde establecer un catálogo de prestaciones a brindar por los agentes del seguro.

Que el citado Catálogo debe ser la resultante de una minuciosa revisión del tradicional Nomenclador Nacional, que a pesar de estar derogado continua siendo un elemento orientador en la administración del sistema y del agregado de aquellas que se han incorporado a la práctica asistencial en los últimos años, siempre que las mismas cuenten con el suficiente aval científico por su probada eficacia, atravesando un análisis sistematizado de la evidencia.

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

Que en este sentido, la medicina basada en la evidencia introduce una metodología en el análisis de costo-efectividad y costo-beneficio permitiendo tomar decisiones que impliquen el mejor balance entre beneficios, costos y consecuencias.

Que corresponde asimismo respaldar el compromiso de la asignación racional de los recursos, avanzando en la normatización del uso de aquellas prácticas cuya indicación no resulte universalmente adecuada, y por lo tanto su inclusión en el Programa Médico Obligatorio deba ser ajustada conforme su respaldo científico.

Que resulta conveniente establecer el mecanismo de evaluación y actualización permanentes del Programa Médico Obligatorio, a través de la conformación de una Comisión Asesora, integrada por representantes de los Agentes del Seguro y el Ministerio de Salud, que efectúe las consultas necesarias a las Sociedades Científicas, Agrupaciones Profesionales y reconocidos Expertos, para valorar la evidencia que respalde la incorporación o eliminación de una determinada tecnología del Programa.

Que para orientarse hacia el objetivo de la racional utilización de los recursos y en el contexto de la amplia oferta tecnológica que se dispone actualmente, resulta útil establecer en el marco de este programa los usos e indicaciones de aquellas prácticas de mayor costo y complejidad, tarea que implica una extensa revisión bibliográfica y de consenso de expertos, por lo que, si bien ya ha sido iniciada, será completada en futuras actualizaciones. Que dentro de las modalidades asistenciales que deben brindar los Agentes del Seguro corresponde jerarquizar aquellas que consideren al ser humano en su dimensión individual y familiar buscando su recuperación en el contexto más favorable. En este sentido es necesario adjudicar a la internación domiciliaria el mismo nivel de cobertura que la internación en un establecimiento asistencial.

Que merece una mención especial el tratamiento de los enfermos terminales, promoviendo el desarrollo de programas que contemplen el derecho a una muerte digna, considerando como prioridad el tratamiento del dolor y los síntomas angustiantes, buscando en lo posible la desinstitucionalización de dichos pacientes o su atención en centros que privilegien el cuidado, el confort y la contención del paciente y su familia.

MINISTERIO DE SALUD

Que corresponde reformular el capítulo de Atención Odontológica estableciendo niveles de complejidad y segmentando a la población por edades y grupos de riesgo, garantizando la accesibilidad sin costo a las prácticas preventivas y a las urgencias, así como a los menores de 18 y los mayores de 65 años, y los incluidos en el Plan Materno Infantil.

Que es necesario especificar el alcance de la cobertura en diferentes rubros que no han sido abordados por el Programa Médico Obligatorio hasta el momento, tales como Óptica, Audiología, Foniatría y Psicopedagogía. También corresponde revisar criterios respecto de los coseguros, estableciendo un régimen consistente con la estrategia de Atención Primaria de la Salud, y aclarar para cada práctica su encuadramiento en alta o baja complejidad y el monto que se determina como copago.

Que resulta necesario dejar establecida la cobertura de los tratamientos ambulatorios con medicación de alto costo, no oncológica, de probada eficacia, para garantizar el acceso de los pacientes a una determinada terapéutica específica que tendrá financiamiento por el Fondo Solidario de Redistribución.

Que las presentes modificaciones se consideran la puesta en marcha de una nueva modalidad en la fijación de Políticas de Salud para el área de la Seguridad Social y por ende en la fiscalización de su cumplimiento. En este sentido la Superintendencia de Servicios de Salud podrá verificar el nivel de adecuación de los Agentes del Seguro a los nuevos requerimientos, sin duda ayudada por la nítida definición de las obligaciones.

Que la presente reforma del Programa Médico Obligatorio ha sido encarada de un modo netamente participativo, al efectuarse rondas de consultas con los principales actores del sistema: Agentes del Seguro Sindicales y de Dirección, Entidades de Medicina Pre-paga, Sociedades Científicas, Entidades Gremiales Profesionales de distintas ramas del arte de curar, amén de aportes espontáneos individuales y de distintos grupos de variada representatividad de todo el país.

Que todos han efectuado su aporte, de indiscutible valor a la hora de confeccionar una síntesis, que ha sido guiada por una línea política definida: privilegiar la prevención, generalizar la Estrategia de Atención Primaria y profundizar el criterio de equidad".

ANEXO I

COBERTURA

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

Definición

Es el Programa de Salud de cumplimiento obligatorio para todos los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud y aquellos que en el futuro adhieran al mismo.

Se desarrolla sobre la base de las estrategias de Atención Primaria de la Salud, privilegiando las acciones de prevención.

Se encuentra alcanzado por lo establecido en las Leyes 24.455 y 24.901, en los Decretos 1.424/97 y 1.193/98 y en las Resoluciones MSyAS 625/97, 301/99, 542/99 y 791/99.

Comprende la modalidad preventiva y asistencial detallada en el presente Anexo I y las prestaciones contenidas en el Catálogo descrito en el Anexo II de la presente Resolución.

Los Agentes del Seguro deberán garantizar a sus beneficiarios mediante servicios propios o contratados el acceso oportuno, libre e igualitario a las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la Salud.

COBERTURA

Los beneficiarios tendrán derecho a la totalidad de las prestaciones detalladas en el Anexo II de la presente resolución (Catálogo de Prestaciones del P.M.O.) No están incluidas en la cobertura las prestaciones efectuadas fuera del país.

1.- PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA

1.1.- CARACTERÍSTICAS BÁSICAS

Este programa provee la asistencia médica fundamental, puesta efectivamente al alcance de todos los individuos y familias beneficiarias de la Seguridad Social, estimulando la participación de las mismas, logrando un beneficio superior en la inversión en Salud, acentuando la prevención de la enfermedad y la promoción y educación para la Salud sin olvidar el tratamiento oportuno y eficiente de la enfermedad. Se destaca por la permanente búsqueda de cercanía con los beneficiarios y por un marcado respeto hacia ellos en todas sus acciones. Representa el primer nivel de contacto con las personas, las familias y la comunidad dentro del marco del Sistema Nacional de Salud. Coloca como objetivo a la Salud y no a la enfermedad.

MINISTERIO DE SALUD

1.2.- OPERATORIA

Los Agentes del Seguro deberán implementar un modelo de atención que incluya:

A) Un profesional que cumpla el rol de médico de la familia, que, por convertirse en el referente de todos los temas de Salud, funcionalmente se denomina Médico Referente (MR).

Será seleccionado por poseer una sólida formación en medicina general y un excelente manejo de la relación médico-paciente. Calificarán particularmente los médicos que hubieran participado en programas de capacitación y reconversión profesional para Atención Primaria de la Salud.

El Médico Referente desarrollará las siguientes tareas:

- a) Constituirse en el responsable de la atención de un grupo poblacional asignado.
- b) Ser puerta de Entrada al Sistema de Atención programada y realizar el encuadre general del paciente, organizar el proceso de estudio y tratamiento, solicitar la interconsulta especializada, recibir la opinión del especialista consultado y dar continuidad a la atención.
- c) Realizar el seguimiento horizontal y vertical de la atención de la población bajo su responsabilidad.
- d) Efectuar acciones de promoción y educación que tiendan a generar hábitos en el cuidado de la salud en cada oportunidad de contacto.
- e) Participar en los programas generales de prevención.
- f) Ofrecer un diagrama horario de atención en consultorio que garantice la obtención de turnos programados dentro de los tres días hábiles de la solicitud.
- g) Realizar atención en domicilio en forma programada garantizando la unidad y continuidad de la atención.
- h) Visitar a los internados a efecto de acompañar al paciente en la internación, contener a él y su familia, relacionarse con los médicos responsables de la atención en la internación volcando su conocimiento sobre los antecedentes del paciente, observar la calidad de la atención y efectuar las sugerencias que fueran necesarias.
- i) Participar en las reuniones que el Agente del Seguro convoque para evaluación y control de la evolución del modelo asistencial implementado.
- j) Desarrollar acciones de anticipación a la demanda buscando vincularse con el segmento de población a cargo que no requirió de sus servicios en base a las estrategias diseñadas por el Agente del Seguro.
- k) Interactuar con los demás profesionales del sistema centralizando la infor-

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

mación a efectos de poder mantener actualizada la Historia Clínica Familiar Única y dar continuidad al proceso asistencial.

B) Un Equipo Base de Atención Médica Primaria (EBAMP). Es la estructura básica organizativa y funcional que desarrolla en forma continua y compartida las actividades de la Atención Primaria de la Salud, se interrelaciona con el resto de los niveles de atención, garantizando que la asistencia sea integral e integrada. Es pilar fundamental y responsable de la ejecución y éxito de la prevención, preocupación máxima del Modelo de Atención de la Salud.

Esta integrado por el MR, un Pediatra y un Ginecólogo específicamente asignados como equipo para una población determinada. El MR actúa como coordinador del mismo. Participan en forma conjunta en el proceso de atención y en la ejecución de los Programas de Prevención. Los beneficiarios accederán en forma directa a estos profesionales.

1.2.1.- Normas generales

Los MR tendrán una población a cargo asignada no mayor a 1.000 personas. Su remuneración no debe basarse sobre el pago por acto médico.

El acceso a los integrantes del Equipo Base de Atención Primaria debe garantizar la obtención de turnos dentro de los tres días hábiles de la solicitud.

Los Agentes del Seguro deberán incorporar a este sistema como mínimo al 20% de su población beneficiaria por año en los siguientes cuatro años contados a partir de la vigencia de esta resolución. Los beneficiarios no ingresados a este modelo de atención, accederán a la consulta médica general y especializada de la misma forma que lo han hecho hasta el presente y continuarán abonando los mismos valores de coseguro en consulta médica estipulados en la Res. 247/96 MsyAS.

2.- PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Los programas de prevención incluidos en este capítulo son los de mayor importancia para la población general. Cada Agente del Seguro desarrollará, en base al conocimiento epidemiológico particular de su población, programas específicos de prevención que ataquen los riesgos prevalentes, además de cumplir con los programas enunciados a continuación.

Se deberá valorar que la simple existencia u oferta de estos programas no constituye el cumplimiento acabado de los mismos. La cantidad de beneficiarios que se logre incluir en esta sistemática y su continuidad en el tiempo son las cua-

MINISTERIO DE SALUD

lidades a valorar. A este fin los Agentes del Seguro desarrollarán políticas activas de captación dentro de la población beneficiaria.

2.1.- PLAN MATERNO-INFANTIL

Este plan abarca la cobertura del embarazo y del parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento. Atención del recién nacido hasta cumplir el año de edad.

Comprende:

Cobertura del 100% de la atención integral del embarazo, parto y del recién nacido.

Cobertura del 100% en medicamentos inherentes al estado de embarazo, parto y puerperio para la madre y del 40 % para medicamentos ambulatorios no relacionados. Cobertura del 100% en medicamentos para el niño hasta el año de vida.

2.1.1.- Atención del embarazo

En embarazos normales se realizará un control mensual hasta la semana 35, quincenal de la 35 a la 38 y semanal desde la 38 hasta el parto.

En embarazos de riesgo, se deberán contemplar controles sin restricciones, con la cobertura de los estudios que cada patología requiera.

2.1.1.1.- Primer control / Primer trimestre

- Anamnesis y confección de historia clínica
- Determinación de la edad gestacional y fecha probable de parto. Examen gineco-obstétrico y mamario.
- Examen clínico general.
- Exámenes de laboratorio: grupo y factor Rh, hemograma, glucemia, uremia, orina completa, VDRL, serología para Chagas, toxoplasmosis, HIV y HbsAg.
- Estudio bacteriológico de orina en pacientes con antecedentes de infección urinaria.
- En madres Rh negativo realizar prueba de Coombs indirecta; si fuera positivo repetir en la semana 32. Realizar grupo y factor al padre del niño.
- Colposcopia y Papanicolaou.
- Ecografía obstétrica.
- Evaluaciones cardiológica y odontológica.
- Educación alimentaria.

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

2.1.1.2.- Segundo trimestre

- Ecografía obstétrica.
- Exámenes de Laboratorio: hemograma, recuento de plaquetas, uremia, uricemia, glucemia y orina entre las semanas 24 y 28.
- Glucemia postprandial o curva de tolerancia a la glucosa en caso de necesidad.
- Vacuna antitetánica en el 5º mes; primera dosis para la paciente no vacunada o con vacunación vencida.

2.1.1.3.- Tercer trimestre

- Hemograma, eritrosedimentación, glucemia, orina, coagulograma, VDRL, uricemia.
- Electrocardiograma y riesgo quirúrgico.
- Ecografía.
- Curso psicoprofilaxis obstétrica
- Monitoreo semanal a partir de la semana 36.

2.1.2.- Atención del parto y puerperio inmediato

- Internación. Será, como mínimo, de 48 hs para un parto vaginal y de 72 hs para una cesárea.
- En madres Rh (-) no sensibilizadas con hijos (+) se dará cobertura con gama globulina anti-Rh dentro de las 72 hs de ocurrido el parto y durante la internación. En madres Rh (-) cuyos embarazos terminan en abortos se dará cobertura de gama globulina anti-Rh.
- Consejos para lactancia materna, puericultura y procreación responsable.

2.1.3. - Atención del recién nacido y hasta el año de vida

Cobertura: brindar cobertura de internación de 48 hs con control adecuado por profesional a todos los recién nacidos. En caso de recién nacidos patológicos brindar cobertura de internación, medicamentos y métodos diagnósticos sin límite de tiempo.

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN Y CONTROLES.

Promover el contacto inmediato del recién nacido con la madre.

- Estudios para detección de fenilcetonuria, hipotiroidismo y enfermedad fibroquística.
- Búsqueda semiológica de signos de luxación congénita de cadera (Maniobra de Ortolani). Se solicitará ecografía de cadera en los nacimien-

MINISTERIO DE SALUD

tos en podálica, con semiología positiva o dudosa y en niñas con antecedentes familiares.

- Determinación de grupo y factor Rh, Aplicación de Vitamina K 1 mg. intramuscular.
- Aplicación de vacuna BCG al recién nacido antes del alta.
- Provisión de libreta sanitaria infantil donde se consignarán: peso, talla, Apgar, características del parto y patologías obstétrico-neonatales.
- Consultas de seguimiento y control post-alta, al 10° día del nacimiento y luego con frecuencia mensual.
- Inmunizaciones del período.
- Con el objeto de promover la lactancia materna no se cubrirán leches maternizadas. Para la cobertura de leches medicamentosas se cubrirán 4 kg/mes hasta los 3 meses de edad. La indicación médica se acompañará de resumen de Historia Clínica que la justifique.
- A partir del segundo semestre, en los niños que no reciban leche materna se recomienda la de leche de vaca fortificada con hierro, zinc y ácido ascórbico, en consonancia con el Programa Materno Infantil público, para la prevención de la anemia por deficiencia de hierro. En niños mayores de 4 meses que no reciban leche fortificada con hierro, se deberá cubrir la suplementación medicamentosa con hierro oral hasta los 18 meses.

DETECCIÓN CLÍNICA DE DEFICIENCIAS SENSORIALES.

Al segundo día de vida el neonatólogo, verificará prioritariamente:

- Audición (movimiento de defensa ante ruidos)
- Sensibilidad ante estímulos táctiles
- Reflejos

A la semana de vida se efectuarán y asentarán en la ficha del neonato los siguientes controles: control de audición por ruidos, reflejo fotomotor, reflejo de Moro, reflejo de prehensión palmo plantar, reflejo de enderezamiento y marcha.

Recomendaciones ante la detección de deficiencias sensoriales

- Después del primer mes evaluar la indicación de estimulación temprana.
- De persistir baja reactividad a los estímulos sensoriales deberán realizarse potenciales evocados auditivos y visuales.
- En las deficiencias sensoriales de niños distróficos se dará tratamiento prioritario de la distrofia.
- Detectada la hipoacusia:

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

- Diagnóstico de la hipoacusia con potenciales evocados hasta los dos años.
- Taller de estimulación del niño hipoacúsico
- Comenzar rehabilitación fonoaudiológica en forma temprana.

2.2.- PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

El cáncer de cuello uterino es una de las causas de mayor morbimortalidad evitable de la patología oncológica de la mujer. La detección precoz es la manera de disminuir la morbimortalidad de esta patología

Se debe realizar:

Papanicolaou (PAP) inicial a toda mujer mayor de 25 años que haya iniciado su vida sexual. Si fuera normal, el mismo se repetirá a los tres años del anterior, manteniendo esta periodicidad hasta los 70 años. Después de los 70 años se efectuará cada cinco años.

En caso que el PAP de control fuera anormal (incluyendo entre los anormales el A.S.C.U.S.¹ de la clasificación de Bethesda) se debe realizar colposcopia y cepillado endocervical. Si estos controles fueran normales, el PAP se debe repetir dos veces en un año y si éstos fueran normales continúa con un PAP anual por tres años y de persistir normales vuelve al control cada 3 años.

De registrarse colposcopia patológica o anormal, se debe realizar biopsia dirigida colposcópica, si ésta verificara patología pasa al tratamiento de la misma. De ser la biopsia negativa se realizará un control anual con PAP y colposcopia. Si estos estudios fueran normales continua con el control trienal.

¹ A.S.C.U.S. Clasificación de Bethesda: células cervicales anómalas de significado indeterminado.

Bibliografía:

Artículo publicado en revista Enfasis n°4 –noviembre 1999

Gonzalez García, Ginés- Tobar, Federico: **Más salud por el mismo dinero**, Ediciones Isalud, Año 1997.-

Grande Esteban, Idelfonso: **Marketing de los servicios**, Esic editorial- Año 2000 – 3° Edición.-

Kotler, Philip: **El marketing según Kotler**-Edición Paidós –Año 2000

Publicaciones en revistas de Fundación Isalud
Textos de ley sobre reforma sanitaria