



NACIONAL



RESOLUCION 436/2000
MINISTERIO DE SALUD (MS)

Salud pública -- Programa Nacional Médico de Cabecera -- Objetivos y líneas de acción -- Responsabilidades y funciones de los integrantes -- Beneficiarios -- Modalidades de atención -- Reglamento del médico de cabecera.

Fecha de Emisión: 05/06/2000; Publicado en: Boletín Oficial 12/06/2000

VISTO la necesidad de establecer estrategias para la Atención Primaria de la Salud que permitan la descentralización y racionalización de los recursos, así como eficientizar las acciones de asistencia sanitaria en todo el territorio de la República, y

CONSIDERANDO

Que este Ministerio tiene como objetivo prioritario la prevención y cuidado de la Salud de la población asegurando una mayor calidad en la atención médica, sobre todo en los grupos poblacionales más necesitados.

Que dichos grupos quedan muchas veces postergados en el sistema sanitario vigente, resultando necesario impulsar la eliminación de las barreras a la accesibilidad de la atención médica en todos sus niveles.

Que a efectos de optimizar la prestación asistencial se hace necesario implementar acciones educativas promocionales y preventivas con la activa participación de los beneficiarios.

Que para dichos fines es necesario también impulsar la colaboración de instituciones públicas y privadas del sector, haciendo un llamado a las mismas para su activa participación en los temas de interés común.

Que para el cumplimiento de los objetivos propuestos se hace necesaria la implementación de un Programa especial cuyo rector será este Ministerio en el marco de la competencia que tiene asignada por la Ley de Ministerio en cuanto a la normatización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de Salud.

Que dicho Programa incluye el modelo de MEDICO DE CABECERA, como herramienta de fundamental importancia, descentralizando la consulta hospitalaria, disminuyendo las demoras y terminando con las listas de espera tan penosas para los pacientes.

Que en una primera etapa dicho plan revestirá el carácter de piloto y estará dirigido a pacientes sin cobertura médico asistencial.

Que el Médico de Cabecera, dentro de la Atención primaria de la Salud, permitirá cumplir con el objetivo sanitario propuesto por este Ministerio y los entes públicos asistenciales de las distintas jurisdicciones, optimizando la relación costo/beneficio y ordenando la asignación de los recursos pero privilegiando la relación médico/paciente por encima de las ecuaciones económicas.

Que dicho Programa requiere la adhesión de los Municipios, gestores importantes como prestadores de Salud, que tendrán a su cargo la capacitación de los profesionales intervinientes.

Que la prestación a efectuar por dichos profesionales estará estrechamente interconectadas con el Hospital de Referencia Zonal y con la Red de Servicios Hospitalarios de todo el país.

Que resulta necesario establecer las funciones y responsabilidades de los distintos

elementos intervinientes en el Programa, así como los procedimientos administrativos y el sistema de información que posibilite su eficaz funcionamiento.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa conforme a las atribuciones conferidas por la "Ley de Ministerios - T.O. 1992", modificado mediante Ley N° 25.233.

Por ello,

EL MINISTERIO

DE SALUD

RESUELVE:

Artículo 1° - Establécese el Programa Nacional MEDICO DE CABECERA, cuyos objetivos y líneas de acción son detallados en el Anexo I que forma parte integrante de la presente.

Art. 2° - Dicho Programa revestirá el carácter de Programa Piloto en una primera instancia, estando prevista su implementación posterior en todo el territorio de la Nación mediante la adhesión de los efectores de Salud de las distintas jurisdicciones.

Art. 3° - La Coordinación del Programa estará a cargo de la Subsecretaria de Atención Primaria de la Salud y las actividades a desarrollar serán efectuadas por el personal de planta de este Ministerio o contratado en el marco de las competencias acordadas al suscripto.

Art. 4° - Apruébase la estructura, responsabilidades y funciones de los integrantes del Programa, que como Anexo II forma parte integrante de la presente.

Art. 5° - El gasto que demande el Programa Nacional MEDICO DE CABECERA será imputado a los créditos asignados a las partidas del presupuesto de este Ministerio y de otras jurisdicciones (provincial, municipal, privado).

Art. 6° - Facúltese al subsecretario de Atención Primaria de la Salud a gestionar la suscripción de Cartas de Compromiso con los efectores de Salud jurisdiccionales para el cumplimiento de las funciones asignadas en el Anexo I.

Art. 7° - Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

Héctor J. Lombardo.

ANEXO I

CARTA DE INTENCION

Entre el Ministerio de Salud de la Nación, en adelante EL MINISTERIO, representado por su titular Dr. Héctor Lombardo, con domicilio en Avenida 9 de Julio Nro. 1925, de la Ciudad de Buenos Aires, la de Salud del Gobierno de la Provincia o Jurisdicción acordada, de la provincia de, en adelante EL GOBIERNO DE LA PROVINCIA O JURISDICCION ACORDADA, representada en este acto por..... en su carácter de....., con domicilio en, de la ciudad de, y la Asociación, en adelante LA ASOCIACION, representado en este acto por..... en su carácter de....., con domicilio en, de la ciudad de, considerando que:

Un cambio de modelo, permitirá racionalizar los recursos y eficientizar la gestión en el marco en que se desarrollan las acciones de asistencia sanitaria en la República Argentina.

Es necesario dar solución a los grupos poblacionales más necesitados, con relación al sistema de salud.

Es esencial promover la recuperación de las acciones de los actores fundamentales del sistema, reafirmando al profesional médico como eje del sistema de atención médica.

Es vocación del Ministerio de Salud, fomentar el perfeccionamiento de los recursos humanos del sector salud, en todos sus niveles, a través de los mecanismos que estime pertinentes.

Es función del Ministerio de Salud, promover la calidad en los cuidados de salud, participando activamente en el área, y procurando la colaboración con otros organismos e instituciones.

Resulta indispensable impulsar la eliminación de las barreras a la accesibilidad de los beneficiarios a la atención médica, garantizando la libre elección en todos sus niveles.

Es imperioso fomentar además de las asistenciales, acciones educativas, promocionales y preventivas, con la activa participación de los beneficiarios.

Es substancial impulsar la colaboración con otras instituciones públicas y privadas del sector que deseen cooperar en las distintas actividades, haciendo un llamado a las mismas para su activa participación en los temas de interés común.

El subsector público por la vía de rentas generales debe cubrir las necesidades de la población sin cobertura y con demanda no satisfecha por el sector social.

El Ministerio de Salud de la Nación es el ente rector del sector y tiene a su cargo la normatización, regulación, planificación, y evaluación de las acciones de salud.

El Ministerio de Salud de la Nación se encuentra facultado para administrar en forma directa programas especiales.

En casi todas las provincias sus Gobiernos o sus Jurisdicciones acordadas gestionan una parte importante del servicio de atención.

El modelo de Médico de Cabecera, representa en ese contexto, una herramienta de fundamental importancia, para pasar a un sistema donde el tránsito del beneficiario se halle sistematizado, bajo la tutela de dicho profesional.

En ese contexto, el Ministerio de Salud desarrolló un modelo de atención médica, que le permita cumplir con el objetivo sanitario propuesto, optimizando la relación costo beneficio y consiguiendo una distribución de los recursos más justa y eficiente a través de la descentralización.

Un acuerdo político y prestacional de las instituciones públicas y privadas del sector salud, es un camino idóneo para contribuir a la mejora de la atención médica y de la salud de la población.

Deciden celebrar el presente Convenio que se regirá por los artículos siguientes:

Primero. El Programa de Médico de Cabecera diseñado por el MINISTERIO será implementado por el GOBIERNO DE LA PROVINCIA O JURISDICCION ACORDADA, con el apoyo, supervisión, y financiación decreciente del MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION. La financiación decreciente, consiste en:

1. El Ministerio de Salud de la Nación financiará por dos (2) años los contratos de Médicos de Cabecera.
2. El Ministerio de Salud y la Jurisdicción Acordada evaluarán conjuntamente, en este período la renovación del financiamiento, según las disponibilidades presupuestarias de cada ejercicio, por otros dos (2) años, o bien comenzará la Jurisdicción Acordada a hacerse cargo del 25% por año hasta lograr el 100% del financiamiento.
3. Cada Jurisdicción implementará las acciones necesarias para que los beneficiarios participen en la evaluación del sistema conjuntamente con los Niveles de colaboración, ya que el control de gestión lo establece el Nivel Central.
4. El Ministerio de Salud recibirá la información trimestral sobre el grado de satisfacción de las prestaciones.

Segundo. El mencionado programa estará destinado a brindar cobertura de primer nivel ambulatorio a los

habitantes residentes en el ámbito geográfico del GOBIERNO DE LA PROVINCIA O JURISDICCION ACORDADA, que no posean cobertura médica y que no cuenten con otra posibilidad de atención que la que les puede brindar el sistema público.

Tercero. El MINISTERIO será el encargado de la coordinación general del sistema a través de la Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud, del modo establecido en el anexo III, el cual es parte integrante de este convenio.

Cuarto. El GOBIERNO DE LA PROVINCIA O JURISDICCION ACORDADA a través de su organismo de Salud, será el encargado de gestionar el sistema de atención médica, procurando que el mismo se realice bajo criterios de accesibilidad y participación de los

beneficiarios, implementando un modelo de atención que ordene el flujo prestacional, responsabilice a los diversos actores sobre la asignación de los recursos, y privilegie la relación médico paciente por encima de las ecuaciones económicas, siguiendo los lineamientos del anexo I, anexo II, y anexo V, todos ellos parte integrante del presente convenio.

Quinto. El ente gestor del GOBIERNO DE LA PROVINCIA O JURISDICCION ACORDADA, deberá dictar su propio Reglamento de funcionamiento, que se ajustará a las pautas y principios instrumentados en este convenio.

La Jurisdicción Acordada, seleccionará al profesional que cumplirá la función de Médico de Cabecera, podrán para esta tarea reunir al Apoyo de los Niveles de Colaboración.

La Jurisdicción Acordada propone al Ministerio de Salud de la Nación los nombres y currículum de los profesionales. El Ministerio de Salud contrata a tales profesionales por un monto de pesos novecientos (\$ 900,00) mensuales, valor que podrá ser modificado con el acuerdo de las partes cada seis (6) meses.

Las Contrataciones serán renovadas en el mismo período por la Jurisdicción que propondrá su renovación.

Sexto. La elaboración de los padrones sobre la base del catastro de beneficiarios, la situación socio económica de los beneficiarios de cada distrito, y los datos epidemiológicos disponibles servirá de base para el establecimiento de metas y programas sanitarios. La distribución geográfica de los beneficiarios corresponde al ámbito geográfico del GOBIERNO DE LA PROVINCIA O JURISDICCION ACORDADA.

Séptimo. Los servicios serán brindados por los profesionales médicos que integren la Red Prestadora, y que cuenten con la conformidad del GOBIERNO DE LA PROVINCIA O JURISDICCION ACORDADA y del MINISTERIO

Octavo. La red estará integrada por un número de Médicos de Cabecera adecuado a la estructura y distribución geográfica de la demanda, y por los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico de segundo nivel ambulatorio y de internación, y de tercer nivel o alta complejidad. Los Médicos de Cabecera deberán ajustarse a lo establecido en el anexo IV, el cuales parte integrante de este convenio.

Noveno. El MINISTERIO se reserva la facultad de auditar y supervisar las obligaciones asumidas por los prestadores, y el GOBIERNO DE LA PROVINCIA O JURISDICCION ACORDADA pudiendo realizar las auditorías en terreno que estime pertinentes con el fin de realizar la evaluación, análisis y fiscalización integral de las distintas actividades asistenciales, en sus aspectos administrativos, técnico y médico. Los profesionales de la red asistencial y el GOBIERNO DE LA PROVINCIA O JURISDICCION ACORDADA no pueden negarse a la realización de tales auditorías, debiendo facilitar la tarea de los auditores.

Décimo. El MINISTERIO realizará la evaluación del modelo de atención médica, sobre la base de los indicadores de uso de prestaciones observados y anualizados para su mejor análisis y evaluación, conductas observadas por parte de los prestadores, información epidemiológica, y encuestas para medir el grado de satisfacción de los beneficiarios realizadas con suficiente rigor metodológico.

Undécimo. El MINISTERIO contratará los Médicos de Cabecera a propuesta de la PROVINCIA O JURISDICCION ACORDADA.

Duodécimo. Los beneficiarios tienen participación en el control del grado de satisfacción de las prestaciones y en la eventual detección de desvíos que permitan la adopción de medidas correctivas oportunas. A tal efecto, los beneficiarios de cada zona designan representantes para realizar tareas de encuestas y verificación bajo la coordinación de los niveles centrales y regionales del ente gestor y con sujeción a las normas que acuerden las partes.

Decimotercero. En prueba de conformidad, se firman tres (3) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la Ciudad de Buenos Aires, a los días del mes de de 2000.

ANEXO II

EL MODELO

1. CARACTERIZACION DE LA DEMANDA

1.1. Los beneficiarios del programa de Médicos de Cabecera deberán cumplir los siguientes requisitos:

a. Tener domicilio real y estable en el ámbito geográfico del GOBIERNO DE LA PROVINCIA O JURISDICCION ACORDADA, lo que deberá estar debidamente acreditado.

b. No poseer cobertura en salud de ningún tipo y no contar con otra posibilidad de atención, lo que constituye también un requisito para la permanencia en el programa.

c. Solicitar su ingreso al sistema, complementando la respectiva solicitud en todos sus términos.

2. CARACTERIZACION DE LA OFERTA

2.1 RESPONSABILIDAD PRESTACIONAL

a. La atención de primer nivel ambulatorio se brindará en los Centros de Salud o en los consultorios particulares de los profesionales designados como Médicos de Cabecera, de acuerdo a las características regionales y la organización jurisdiccional.

b. El programa involucra toda la red de atención médica de jurisdicción municipal, que es quien brinda los servicios de segundo y tercer nivel de atención, garantizando la integralidad del sistema.

c. Únicamente los profesionales adheridos están en condiciones de indicar o prestar servicios del modo establecido.

d. El Médico de Cabecera no puede negar asistencia a ninguno de los beneficiarios inscriptos en su padrón.

2.2 RELACION CONTRACTUAL

a. Puede ser dado de baja del listado el prestador que no cumpla con las obligaciones emergentes del modelo y de las Resoluciones orgánicamente adoptadas.

2.3 COBROS DE BOLSILLO

a. No puede requerirse de los afiliados pagos de ninguna especie. La acreditación de la transgresión faculta a disponer la exclusión del profesional de que se trate.

3. REQUISITOS MINIMOS DE CATEGORIZACION

a. De constatarse que un prestador ha dejado de reunir los requisitos establecidos por el ente gestor, o incurrido en incumplimiento de las obligaciones pactadas u otra disposición, o no respetase los métodos y normas científicas y éticas inherentes al arte de curar, puede ser dado de baja definitiva o temporariamente como integrante de la red.

4. LIBERTAD DE ELECCION

a. Queda expresamente entendido que los beneficiarios gozan de total libertad de elección entre los prestadores de la Red.

5. CONFIGURACION GENERAL DEL MODELO

a. El pilar del modelo es el "Médico de Cabecera", profesional con capacitación y condiciones definidas que configuran un médico con aptitud para actuar en ese cometido, que conduce al paciente dentro del modelo al que también supervisa.

b. El modelo responde al esquema de Médico de Cabecera debidamente acreditado en la conducción del proceso de atención y en cantidad suficiente de acuerdo a la población.

c. El programa, además de las asistenciales, incluye acciones educativas, promocionales y preventivas (prevención primaria, secundaria y terciaria).

d. Asimismo está enmarcado en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica del Ministerio de Salud de la Nación.

e. Los recursos están clara, expresa y concretamente asignados a los programas comprendidos en el Programa y cada uno de los prestadores comparte responsablemente la utilización de esos recursos; lo que está estimulado por mecanismos de incentivos.

f. En procura permanente de la excelencia, el modelo prevé el desarrollo de programas de capacitación continuada y sistemática del recurso humano.

6. ESTRUCTURACION DE LA OFERTA

a. La puerta de entrada a todo el Modelo y responsable primario por la asistencia médica a los beneficiarios residentes en el área de cobertura es el I Nivel ambulatorio, conformado por los Médicos de Cabecera.

b. Como apoyo diagnóstico / terapéutico, los Médicos disponen del II Nivel ambulatorio

compuesto por:

- I. laboratorios de análisis clínicos,
- II. centros de diagnóstico por imágenes,
- III. centros de kinesiología, fisioterapia y fonoaudiología,
- IV. médicos especialistas a quienes consultar y
- V. la red de prestadores de farmacia.

c. Cuando es necesaria una internación programada o de urgencia, el Médico de Cabecera deriva al paciente al II Nivel de internación.

d. Si la patología requiere el uso de procedimientos diagnósticos o terapéuticos especiales, en ambulatorio o internación, se cuenta con una red de prestadores de Alta Complejidad, o III Nivel.

7. ORGANIZACION DE LA ATENCION MEDICA

a. El modelo de atención médica se basa en el tránsito sistematizado de los beneficiarios que acceden al sistema bajo la tutela del Médico de Cabecera, puerta de entrada natural al Modelo y responsable primario por la asistencia médica a los beneficiarios.

b. El modelo incorpora la figura del Coordinador Médico del programa, para lo cual deben haberse incorporado al programa no menos de cinco (5) Médicos de Cabecera y de 4.000 (cuatro mil) beneficiarios.

8. ATENCION AMBULATORIA

a. Los afiliados titulares deben inscribirse en el padrón del Médico de Cabecera elegido, siempre que cuente con cupo.

b. Es aconsejable que los demás miembros del grupo familiar, ya sean familiares propiamente dichos, a cargo o adherentes se inscriban en el mismo padrón que el titular.

c. En caso de que el Médico de Cabecera elegido por el afiliado no tuviera cupo, el beneficiario debe optar por otro profesional.

d. Los beneficiarios pueden cambiar de Médico de Cabecera no antes de transcurridos 180, (ciento ochenta), días de permanencia en el cupo de uno de ellos, siempre que exista capacidad de recepción en el cupo del Médico de Cabecera elegido. Hacen excepción a esta regla:

I. Cambio de domicilio del afiliado y/o Médico de Cabecera.

II. Incorporación masiva de nuevos Médicos de Cabecera.

9. IDENTIFICACION DE LOS BENEFICIARIOS

9.1. Los beneficiarios deberán presentar en todos los casos:

a. Documento de identidad

b. Acreditación de su pertenencia al Programa.

10. MODALIDADES DE ATENCION

a. Consulta ambulatoria: El beneficiario sólo puede solicitar atención ambulatoria a su Médico de Cabecera. Para ello, éste dispone de un sistema de turnos programados, debiendo evacuar las consultas no urgentes dentro de las 48 horas hábiles de solicitadas.

b. Visita domiciliaria: El beneficiario puede solicitar la concurrencia del Médico de Cabecera a su domicilio en caso de cuadros nosológicos con imposibilidad de deambular. Para esto, puede efectuar el llamado de lunes a viernes, entre las siete y las diecinueve horas. El Médico de Cabecera está obligado a concurrir al domicilio en el día, es decir, antes de la hora 24. El resto del horario, (de diecinueve a siete), y los sábados, domingos y feriados durante todo el día, el afiliado debe concurrir a los servicios de emergencias correspondientes.

c. Interconsulta: Toda vez que el Médico de Cabecera considere necesaria la opinión de un especialista, extiende el correspondiente pedido, que es entregado al paciente a fin de que éste se dirija al efector, incluyendo en la solicitud, el motivo de consulta, resumen de HC, y resultados de exámenes complementarios recientes.

d. El Médico especialista así como los centros Rehabilitación, deben elaborar un informe de la interconsulta y/o evolución del paciente a los fines de que el mismo lo haga llegar a su Médico de Cabecera.

e. Solicitud de exámenes complementarios (Laboratorio, Radiología, Ecografía, etc.): En todos los casos, el Médico de Cabecera extiende la solicitud, a fin de que el beneficiario se

dirija al efector puesto a su disposición.

f. Indicación de tratamiento ambulatorio farmacológico: El Médico de Cabecera extiende la correspondiente receta de acuerdo con las normas al respecto.

g. Indicación de tratamiento ambulatorio de rehabilitación: El Médico de Cabecera extiende la correspondiente indicación.

h. El Servicio de Emergencias debe informar al Médico de Cabecera correspondiente toda atención que efectúe dentro de las 24 horas de realizada, utilizando para ello el medio más eficaz disponible.

11. ATENCION EN INTERNACION

a. Las internaciones son indicadas por los Médicos de Cabecera, Especialistas y Servicios de Emergencia debiendo contar en todos los casos con la conformidad del Médico de Cabecera que corresponda.

12. ATENCION DE ALTA COMPLEJIDAD

a. A efectos de fijar los niveles de profesionales autorizados a solicitar las diversas prácticas de Alta Complejidad, se establece una clasificación de las prácticas programadas, en prácticas de Alta complejidad diagnóstica de Nivel A y Nivel B, y prácticas de Alta complejidad terapéutica.

b. Las prácticas programadas diagnósticas de Nivel A, pueden ser solicitadas por el Médico de Cabecera o Especialista.

c. Las prácticas programadas diagnósticas de Nivel B, pueden ser solicitadas por Médico de Cabecera especializado en clínica médica o médico especialista del sistema, siendo obligatorio el conforme del Coordinador Médico correspondiente.

d. Las prácticas terapéuticas solamente pueden ser prescriptas por médico especialista afín. Las prescripciones de radio y Cobaltoterapia, requieren el conforme del oncólogo clínico responsable del seguimiento del paciente.

e. Las prácticas de urgencia en un paciente internado pueden ser solicitadas por médico de guardia y/o jefe de U.T.I. del establecimiento, siempre que exista la debida justificación.

13. METODOLOGIAS DE EVALUACION PARA MEDICOS DE CABECERA

a. Se han desarrollado una serie de métodos que estimulan el buen comportamiento prestacional de los efectores o desalientan los desvíos.

b. El objeto de este sistema se orienta a corregir conductas que propendan a la sub o sobre prestación en la atención de este nivel, y garantizar la calidad de atención médica provista a los beneficiarios del Programa.

c. La metodología se basa en evaluar mensualmente la producción y conducta prescriptiva de cada profesional, y la calidad de atención sobre la base de diez variables, a saber:

I. Consultas producidas por el profesional, (incluyendo visitas domiciliarias)

II. Solicitud de Interconsultas

III. Solicitud de prácticas de laboratorio

IV. Solicitud de prácticas radiológicas

V. Solicitud de otras prácticas diagnósticas o terapéuticas

VI. Solicitud de prácticas de alta complejidad

VII. Solicitud de internaciones

VIII. Cumplimiento de programas de protección y promoción

IX. Deserciones y/o incorporaciones dentro del grupo capitado

X. Encuestas de satisfacción de los beneficiarios

XI. Indices Sanitarios.

d. La información para la fórmula polinómica, surge de los informes producidos por los distintos partícipes del sistema.

e. La producción del profesional es comparada con las tasas esperadas de referencia; determinando rangos entre los que debería enmarcarse la actividad asistencial del Médico de Cabecera.

f. El modelo considera que si bien es deseable la contención del gasto por parte de los Médicos de Cabecera, esto debe tener un límite de razonabilidad compatible con la calidad de atención médica. Es por ello que también se desalientan las producciones muy bajas.

14. INDICADORES

a. Indicadores de uso de prestaciones deseados, expresados en cantidad de prestaciones observadas por beneficiario y por año.

Tabla 1

DOCUMENTACION A UTILIZAR

1. SOLICITUD DE PERTENENCIA AL PROGRAMA

a. Debe constar de casilleros para completar con los datos correspondientes a

I. Apellido y nombre de la persona que solicita su inscripción,

II. Tipo y Número de Documento de Identidad,

III. Domicilio,

IV. Sexo,

V. Edad,

VI. Número de identificación provisorio o definitivo de cada beneficiario (a completar por la oficina de orientación del beneficiario),

VII. Nombre del Médico de Cabecera elegido por el beneficiario.

2. SOLICITUD DE PRESTACION

a. Debe constar de casilleros para completar con los datos correspondientes a

I. Apellido y nombre del beneficiario receptor de la prestación que se solicita.

II. Número de identificación de cada beneficiario.

III. Domicilio del paciente.

IV. Prescripción de la prestación que se solicita (laboratorio, radiología, ecografía, interconsulta con especialista, internación, etc.).

V. Resumen de HC y Presunción diagnóstica.

VI. Fecha en la cual se extiende la solicitud de prestación.

VII. Firma y sello del profesional que extiende la solicitud de prestación.

3. INFORME DEL MEDICO DE CABECERA

a. Debe constar de casilleros para completar con los datos correspondientes a

I. Apellido y nombre del Médico de Cabecera que confecciona el informe semanal.

II. Matrícula del profesional.

III. Localidad en que desarrolla su actividad profesional.

IV. Período al que corresponde a la información.

V. Firma y sello del Médico de Cabecera que confecciona y remite el informe semanal.

VI. N° de identificación de cada beneficiario.

VII. Apellido y Nombre del beneficiario que efectuó la consulta en consultorio o que fue visitado en su domicilio.

VIII. Indicación de si fue en consultorio o en el domicilio.

IX. Día en que se efectuó la consulta.

X. Orden para el tipo de prestación para la que se extendió la Solicitud de Prestación.

XI. Diagnóstico presuntivo o de certeza correspondiente a cada paciente atendido.

4. INFORME DE CONTRARREFERENCIA

a. Debe constar de casilleros para completar con los datos correspondientes a

I. Apellido y nombre del beneficiario receptor de la prestación solicitada.

II. Número de identificación del beneficiario.

III. Prescripción de la prestación que se solicita (laboratorio, radiología, ecografía, interconsulta con especialista, internación, etc.).

IV. Fecha en la cual se realizó la prestación.

V. Firma y sello del profesional que realizó la prestación.

VI. Matrícula del profesional que realizó la prestación.

VII. Diagnóstico presuntivo o de certeza correspondiente a cada paciente atendido.

VIII. Recomendaciones, estudios solicitados, y fechas de nueva consulta.

1. MODELO DE GESTION

a. La gestión operativa se realizará en forma descentralizada al máximo posible, con la mayor simplificación administrativa, reservándose el MINISTERIO las facultades inherentes a la Normatización, Coordinación y Supervisión, con pautas funcionales que den garantía de continuidad ideológica, atendiendo siempre a lo que resulte mejor para el

beneficiario.

b. El GOBIERNO DE LA PROVINCIA O JURISDICCION ACORDADA será el administrador y gerenciador del modelo de atención médica implementado para la asistencia sanitaria de los beneficiarios residentes en su ámbito geográfico.

c. De este modo, la gestión y gerenciamiento del modelo se estructura en:

I. Un nivel central a cargo del MINISTERIO;

II. Un nivel local constituido por el GOBIERNO DE LA PROVINCIA O JURISDICCION ACORDADA;

III. Un nivel de colaboración constituido por la ASOCIACION.

1.1. FUNCIONES DEL NIVEL CENTRAL

I. Definir las normas asistenciales y administrativas por las que se rige el Programa: Todas las normas a utilizar son establecidas por el nivel central. Estas incluyen desde los mecanismos de identificación de beneficiarios y accesibilidad al Modelo, hasta la documentación utilizada para el flujo de información, pudiendo realizar las modificaciones y/o adiciones que estime pertinentes.

II. Definir los mecanismos de liquidación a los prestadores asistenciales: Establece los mecanismos, (y las modificaciones que fueron necesarias), para la liquidación a los Médicos de Cabecera.

III. Aprobar la designación de los Médicos de Cabecera propuestos: Aprueba la designación de aquellos profesionales que cumplen con los parámetros establecidos en el programa de Médicos de Cabecera, propuestos por el nivel de colaboración y ratificados por el nivel local.

IV. Aprobar la designación de los Coordinadores Médicos propuestos: Aprueba la designación como Coordinadores Médicos de aquellos profesionales que cumplen con los parámetros establecidos en el programa de Médicos de Cabecera, propuestos por el nivel de colaboración y ratificados por el nivel local.

V. Definir el sistema de evaluación a aplicarse a los Médicos de Cabecera: Establece los mecanismos de seguimiento de rendimiento de las prestaciones asistenciales y define y aplica las metodologías de evaluación de los prestadores que resulten apropiadas.

VI. Administrar el Padrón de beneficiarios incluidos en el Programa: Tiene a su cargo la actualización permanente del Padrón de beneficiarios incluidos en el Programa, sobre la base de la información provista desde el nivel local y controla que este nivel haga lo propio con los padrones correspondientes a los Médicos de Cabecera de su ámbito. Para ello, desarrolla los mecanismos de información entre este nivel y los demás participantes que sean necesarios.

VII. Efectuar la Auditoría sobre los prestadores asistenciales: Dispone los mecanismos y recursos necesarios para la evaluación de la calidad de la atención médica que reciben los beneficiarios, para lo cual realiza por sí mismo o a través de los otros niveles, auditorías a los Médicos de Cabecera y a las oficinas de Orientación del beneficiario, encuestas de satisfacción de los beneficiarios, etc., efectuando los correspondientes informes.

VIII. Financiar el programa de Médicos de Cabecera: Tiene a su cargo la financiación del programa el que de acuerdo a lo establecido en el respectivo convenio entre el GOBIERNO DE LA PROVINCIA O JURISDICCION ACORDADA y el MINISTERIO, se realizará con participación decreciente del MINISTERIO.

IX. Evaluar permanentemente de la evolución del Programa y los resultados obtenidos por el accionar de los prestadores asistenciales, desde los puntos de vista sanitario, asistencial y económico financiero: Establece las pautas de seguimiento de la producción, evaluando los resultados y efectuando las modificaciones necesarias.

X. Apertura de sumarios y emisión de las conclusiones y dictámenes que correspondan como consecuencia de las investigaciones de denuncias que los beneficiarios pudieran presentar contra los Médicos de Cabecera, y aplicación de las sanciones correspondientes: Tiene capacidad de abrir sumarios administrativos, emitir dictámenes y aplicar las sanciones correspondientes. En todos los casos respetando el derecho a la defensa de los involucrados.

XI. Establecer los mecanismos de flujo y procesamiento de toda la información necesaria

para la evaluación de la marcha del Programa y la toma de decisiones: Define un circuito rutinario de flujo de información, estableciendo:

- i. qué información requerir,
- ii. a quiénes,
- iii. qué tipo de procesamiento aplicar,
- iv. por qué medios,
- v. cuáles son las salidas estándar, y
- vi. quiénes los receptores permanentes de la misma.

XII. Arbitrar todos los medios necesarios para la consecución de sus objetivos: Es responsabilidad de este nivel arbitrar todos los medios necesarios para la buena marcha del programa, definiendo sus propios recursos físicos, técnicos, humanos y materiales.

PADRON DE BENEFICIARIOS:

- a. Deberá confeccionarse un padrón nominado de beneficiarios, en el que conste, entre otra información, el nombre y apellido de los titulares, edad, sexo, número de identificación, nivel socio económico, y su domicilio.
- b. Los niveles periféricos son responsables de la administración de sus propios padrones, y, por tanto, de comunicar al nivel central todas las altas y bajas de beneficiarios que por cualquier motivo se produzcan en su jurisdicción, así como los beneficiarios que cambien de domicilio.

INFORMACION

a. Elemento fundamental para alcanzar los objetivos, será el desarrollo de una completa red informática que permita constituir una base de datos que además de proveer información estadística, sirva de apoyo a la programación y planificación que necesariamente deba desarrollarse para actualizar, corregir y/o modificar el modelo sobre bases técnico-científicas debidamente respaldadas.

b. La información disponible en la base de datos se procesará de manera de obtener información epidemiológica y de funcionamiento del modelo, tanto en lo que hace a sus indicadores de uso como a la accesibilidad a los servicios.

c. Como mínimo deberá preverse la disponibilidad de salidas programas respecto a:

I. Cantidad de consultas por beneficiario y por año discriminadas por edad

II. Cantidad de consultas por beneficiario y por año discriminadas por sexo

III. Diagnósticos por mes calendario

IV. Diagnósticos discriminados por grupo de edad

V. Diagnósticos discriminados por sexo

VI. Cantidad de consultas por beneficiario y por año discriminadas por Médico de Cabecera

VII. Cantidad de Interconsultas por beneficiario y por año discriminadas por Médico de Cabecera

VIII. Cantidad de exámenes complementarios de baja complejidad por beneficiario y por año discriminadas por Médico de Cabecera

IX. Cantidad de exámenes complementarios de mediana complejidad por beneficiario y por año discriminadas por Médico de Cabecera

X. Cantidad de exámenes complementarios de alta complejidad por beneficiario y por año discriminadas por Médico de Cabecera

XI. Cantidad de internaciones clínicas por beneficiario y por año discriminadas por Médico de Cabecera

XII. Cantidad de internaciones quirúrgicas por beneficiario y por año discriminadas por Médico de Cabecera

XIII. Cantidad de derivaciones fuera del ámbito geográfico de programa por beneficiario y por año discriminadas por Médico de Cabecera, e incluyendo lugar de derivación, diagnóstico y prestación solicitada.

1.2. FUNCIONES DEL NIVEL LOCAL

a. El Nivel Local es responsable de:

I. Gestionar el programa de atención médica en su ámbito geográfico: Es el responsable de toda la gestión operativa relativa a la implementación y administración del programa de

Médicos de Cabecera y su vinculación con el resto de la red prestacional, garantizando el adecuado funcionamiento de la red de segundo y tercer nivel.

II. Evaluar periódicamente la demanda: Evaluará periódicamente la demanda, tasas de uso, y población beneficiaria del programa con el fin de determinar y adecuar la cantidad y distribución de los Médicos de Cabecera, aprobando los horarios de atención de los Médicos de Cabecera con opinión del Coordinador Médico.

III. Efectuar las tareas encomendadas por el nivel central correspondientes a la administración del padrón de beneficiarios de su jurisdicción: Tiene a su cargo la administración permanente del padrón de beneficiarios incluidos en el programa, proveyendo de información al nivel central y a los Médicos de Cabecera de su ámbito, y supervisando que los beneficiarios inscriptos cumplan con los requisitos mínimos de pertenencia al Programa.

IV. Informar a sus médicos de Cabecera acerca de las internaciones de sus beneficiarios: Debe informar al Médico de Cabecera que corresponda, acerca de cualquier internación de beneficiarios integrantes de su padrón, que se haya producido dentro de la red asistencial, sin la correspondiente solicitud de prestación emitida por dicho Médico de Cabecera.

V. Colaborar en el desarrollo de la Auditoría Médica a los Médicos de Cabecera, en las tareas que se le encomendase: Colabora con el nivel central en las tareas de auditoría médica que este nivel requiera, como asimismo actúa coordinadamente con la ASOCIACION para la provisión de información al Nivel Central.

VI. Habilitar los consultorios médicos de los Médicos de Cabecera: Habilita para su inserción en el programa, los consultorios privados de los profesionales médicos que ejercerán como Médicos de Cabecera, corroborando que los mismos cuenten con toda la infraestructura y recursos que este nivel requiere.

VII. Consolidar la información mensual y remitirla al nivel central: Consolida la información remitida por los Médicos de Cabecera y la información disponible del resto de los prestadores de la red, y la remite al nivel central por el medio que éste determine.

VIII. Archivar la documentación, poniéndola a disposición del nivel central cada vez que éste lo requiriera: Archiva la documentación original remitida por los Médicos de Cabecera, y demás prestadores de la red, y la información consolidada disponible, de modo que la misma esté a disposición del nivel central cuando éste lo requiera.

IX. Dar su aprobación para la designación de los Médicos de Cabecera propuestos por el nivel de colaboración: Aprueba aquellos profesionales que cumplen con los parámetros establecidos en el programa de Médicos de Cabecera, propuestos por el nivel de colaboración y eleva dicha propuesta al nivel Central para su aprobación final.

X. Dar su aprobación para la designación de los Coordinadores Médicos propuestos por el nivel de colaboración: Ratifica o avala como Coordinadores Médicos a aquellos profesionales que cumplen con los parámetros establecidos en el programa de Médicos de Cabecera, propuestos por el nivel de colaboración para ejercer ese cargo, y eleva dicha propuesta al nivel Central para su aprobación final.

XI. Administrar el padrón de beneficiarios de cada uno de los Médicos de Cabecera: Administra el padrón de los Médicos de Cabecera, emitiendo y entregando mensualmente a todos y a cada uno de los Médicos de Cabecera de su área, sus respectivos padrones impresos de beneficiarios a cargo, con el correspondiente informe de las altas y bajas que se hayan producido, y remitiendo similar información al nivel central por el medio que éste disponga.

XII. Administrar el padrón de Médicos de Cabecera de su jurisdicción: Administra el padrón de Médicos de Cabecera, informando al nivel central sobre los cambios de domicilio de los mismos, bajas producidas en el sistema, altas solicitadas, y toda otra información que resulte útil para la evaluación y buen funcionamiento del sistema.

XIII. Tramitar quejas y denuncias de beneficiarios respecto de Médicos de Cabecera de su ámbito, remitiéndolas a central para su resolución: Recepciona las quejas y denuncias de beneficiarios respecto de Médicos de Cabecera, trasladando al nivel Central dicha información e incluyendo opinión al respecto.

1.3. FUNCIONES DEL NIVEL DE COLABORACION

a. El Nivel de Colaboración es responsable de:

I. Seleccionar y poner a consideración del nivel local y del nivel Central los profesionales para ocupar el cargo de Médicos de Cabecera: Selecciona sobre la base de los respectivos perfiles curriculares, a aquellos profesionales que cumplen con los parámetros establecidos en el Programa de Médicos de Cabecera, y los propone al nivel local a fin de que éste de su visto bueno y eleva dicha propuesta al nivel Central para su consideración y designación, garantizando que los seleccionados cumplimenten todos los requisitos de acreditación profesional y de recursos físicos.

II. Seleccionar y poner a consideración del nivel local y del nivel Central los profesionales para ocupar el cargo de Coordinadores Médicos: Selecciona sobre la base de los respectivos perfiles curriculares, a aquellos profesionales que cumplen con los parámetros establecidos para ejercer el cargo de Coordinador Médico del programa de Médicos de Cabecera, y los propone al nivel local a fin de que éste dé su visto bueno y eleve dicha propuesta al nivel Central para su aprobación final.

III. Proponer modificaciones y adecuaciones del sistema de atención: Propone al nivel Local para su consideración, las modificaciones al sistema de atención que estime pertinentes para el mejor funcionamiento del mismo, respecto a orientación de beneficiarios, flujo de información, normas de auditoría, etc., las que, de contar con el aval del nivel Local, serán remitidas para su aprobación al nivel Central.

IV. Colaborar en la normatización del sistema: Propone al nivel Central las normas de prescripción, referencia, contrarreferencia, etc. que juzgue necesarias para un mejor logro de los objetivos, con el fin de que este nivel realice la evaluación necesaria y decida al respecto.

V. Colaborar en el desarrollo de la Auditoría Médica a los Médicos de Cabecera, en las tareas que se le encomendase: Colabora con el nivel central en las tareas de auditoría médica que este nivel requiera, como asimismo actúa coordinadamente con el GOBIERNO DE LA PROVINCIA O JURISDICCION ACORDADA para la provisión de información al Nivel Central.

VI. Opinar respecto de Médicos de Cabecera que han recibido quejas y denuncias de beneficiarios: Emite opinión respecto de los Médicos de Cabecera que han recibido quejas y denuncias de beneficiarios, trasladando y fundamentando dicha opinión al nivel Central.

1.4. FUNCIONES DEL COORDINADOR MEDICO

a. El Coordinador médico debe cumplir un horario de 40 horas semanales, con 30 horas de atención en la Oficina de Orientación del beneficiario, y es responsable de:

I. Asignar los pacientes a los Médicos de Cabecera: Asigna los pacientes a los Médicos de Cabecera, verificando las condiciones de ingreso al sistema, acatando la libre elección del beneficiario, procurando que resulte una distribución equilibrada entre los profesionales de ese nivel, y comunica semanalmente las altas a esos facultativos.

II. Autorizar la entrega de credenciales: Autoriza la entrega de credenciales transitorias y definitivas a los afiliados que cumplan con los requisitos para ingresar al programa.

III. Coordinar la actividad de la oficina de Orientación: Coordina la actividad administrativa de la Oficina de Orientación del beneficiario, cuidando que los mismos reciban una adecuada atención.

IV. Coordinar las derivaciones de beneficiarios: Coordina las derivaciones de pacientes que requieran atención médica especializada de segundo nivel de internación y de tercer nivel, dentro y fuera del ámbito geográfico del GOBIERNO DE LA PROVINCIA O JURISDICCION ACORDADA.

V. Realizar la articulación entre los Médicos de Cabecera y el resto de la red: Articula y coordina la relación entre los Médicos de Cabecera y el resto de la red intra y extrahospitalaria, procurando agilizar la atención y el cumplimiento de las normas de atención.

VI. Opinar respecto de Médicos de Cabecera que han recibido quejas y denuncias de beneficiarios: Emite opinión respecto de los Médicos de Cabecera que han recibido quejas y denuncias de beneficiarios, trasladando y fundamentando dicha opinión al nivel Central.

VII. Colaborar en el desarrollo de la Auditoría Médica a los Médicos de Cabecera, en las tareas que se le encomendase: Colabora con el nivel el nivel local y el nivel de colaboración en las tareas de auditoría médica que se le requieran, como asimismo actúa coordinadamente con el GOBIERNO DE LA PROVINCIA O JURISDICCION ACORDADA para la provisión de información al Nivel Central.

VIII. Intervenir en la aprobación de los horarios de atención de los Médicos de Cabecera, así como de su cantidad y distribución geográfica: Interviene emitiendo opinión en la aprobación de los horarios de atención de los Médicos de Cabecera y en su adecuada cantidad y distribución geográfica, respecto a la demanda beneficiaria.

IX. Proveer los reemplazos de los Médicos de Cabecera: Provee los reemplazos de los Médicos de Cabecera que toman licencia o se ausentan, distribuyendo sus beneficiarios a cargo, entre los demás Médicos de Cabecera, procurando que sus consultorios se hallen dentro del área del Médico reemplazado.

X. Concurrir a los cursos de capacitación: Concorre a los cursos de capacitación dispuestos por el Nivel local, tanto para los Médicos de Cabecera, como para el personal administrativo de la Oficina de Orientación.

REGLAMENTO DEL MEDICO DE CABECERA

1. Perfil del Médico,

- a. Debe contar con entrenamiento en medicina general y urgencias clínicas, o pediatría según corresponda;
- b. Debe disponer de consultorio habilitado por la autoridad correspondiente en la localidad en que se desempeña, más el instrumental y equipamiento apropiado para ello;
- c. Debe desarrollar actividades de atención ambulatoria programada y de urgencia, así como de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

2. Incompatibilidades:

Ser titular de cargo/s de cualquier tipo cuya exigencia horaria acumulada no permite el cumplimiento horario para la atención de los pacientes del Plan Médico de Cabecera con demoras mayores a 48 Hs. en los turnos,

3. Horario:

- a. El consultorio funcionará de lunes a viernes, durante un promedio mínimo de tres horas diarias, a fin de evacuar las consultas programadas. No se exigirá exclusividad para los beneficiarios del Programa durante las horas de funcionamiento, aunque las eventuales postergaciones en los turnos por falta de disponibilidad horaria incidirán negativamente en el índice de corrección de la cápita mensual. La cantidad de horas se adecuará al número de beneficiarios de su padrón, calculándose las sobre la base de 4 consultas / beneficiario / año, con una duración de 20 minutos para cada una. Diariamente se reservará no menos del 10% de los turnos totales libres para consultas de no programadas que requieran atención en el día.
- b. Las horas de efectivo funcionamiento del consultorio se ubicarán no antes de las 7 y no después de las 19.
- c. Será responsabilidad del Médico de Cabecera la implantación de un mecanismo efectivo para la citación de los pacientes. Deberá utilizar para ello todos los sistemas de comunicación disponibles en la localidad.
- d. La recepción de llamados para visitas domiciliarias se efectuará de lunes a viernes entre las siete y las diecinueve, debiendo cumplimentarse las visitas antes de la hora 24 del día del llamado.
- e. Es responsabilidad del Médico de Cabecera acordar con otro facultativo del sistema, su reemplazo en caso de licencia o enfermedad, lo que debe ser informado al Coordinador Médico o a quien corresponda en su defecto.
- f. Del mismo modo, debe notificar al Coordinador Médico cualquier cambio de horario, domicilio, o cualquier otro factor que pudiese afectar la adecuada atención del beneficiario.

4. Funciones:

- a. El Médico de Cabecera depende jerárquicamente del Coordinador Médico, o en su defecto y en caso de no existir ese cargo, de quien a ese efecto designe el GOBIERNO DE LA PROVINCIA O JURISDICCION ACORDADA.

b. El Médico de Cabecera es el responsable de la asistencia médica de los beneficiarios del Programa que componen su padrón. Para ello debe:

I. Manejar el ingreso al Modelo: Los beneficiarios, dentro del régimen, no pueden consultar especialistas, otros profesionales, centros de diagnóstico o cualquier otro tipo de establecimientos de salud con o sin internación, sin contar con la Solicitud de Prestación. Hacen excepción a esto los casos urgentes, en los que los Servicios de Emergencia, pueden actuar en tal sentido.

II. Desarrollar acciones de promoción de la salud, prevención y rehabilitación de la enfermedad: Las dos primeras corresponderán a programas específicos según se establezca. Respecto de la última, consiste en actividades de atención ambulatoria, programada y de urgencia. La asistencia se efectuará a través de consulta en consultorio y/o visita domiciliaria, según las necesidades de cada caso.

III. Atender la patología ambulatoria correspondiente a su nivel de capacitación: Se trata de la atención básica correspondiente a la Medicina General. El Médico de Cabecera dispone de la posibilidad de efectuar interconsultas con especialistas. No obstante, la responsabilidad asistencial global corresponde al Médico de Cabecera.

IV. Coordinar y seguir longitudinalmente al beneficiario en los otros niveles de atención: La tarea y responsabilidad del Médico de Cabecera no se agotan en el momento de la derivación al especialista o de la internación, antes bien, corresponde al Médico de Cabecera constituirse en el mentor del paciente a través de todos los aspectos y circunstancias de su asistencia.

V. Contener: es obligación del Médico de Cabecera conducir la actitud de los pacientes y familiares frente a la agresión patológica, manteniéndolos dentro del Modelo asistencial, evitando todo tipo de desequilibrios emocionales originados por dicha agresión, como asimismo tutelando las decisiones sobre elección de terapéuticas a fin de encauzar todos los esfuerzos del grupo hacia la obtención de los mejores resultados.

VI. Utilizar razonablemente los recursos: El Médico de Cabecera brindará las prestaciones utilizando con racionalidad los recursos a su alcance, optimizando la relación costo/beneficio siempre que ello no signifique merma en la eficacia asistencial.

VII. Confeccionar y custodiar la Historia Clínica Unificada, (HCU): Cada beneficiario contará con una HC cuya confección y control serán de total responsabilidad del Médico de Cabecera. La HC deberá reflejar todas las contingencias asistenciales del paciente, (es decir, opiniones médicas, prácticas y procedimientos de todo tipo que se efectúen sobre el paciente, aunque no fuese el Médico de Cabecera quien los ejecute). Una copia de la misma será facilitada por el Médico de Cabecera a los especialistas consultados y/o establecimiento/s hacia los que el paciente sea derivado. En la HCU deberán constar los informes de otros prestadores que hubieren asistido al paciente.

5. Prohibiciones:

a. El Médico de Cabecera no podrá negar asistencia a ninguno de los beneficiarios inscriptos en su padrón.

b. Tampoco podrá percibir suma alguna ni por ningún concepto, de parte de los beneficiarios del Programa.

6. Retribución:

a. El pago a los Médicos de Cabecera se efectuará a través de un mecanismo de asignación mensual, en zonas urbanas y zonas rurales, de modo que el profesional percibirá un importe mensual, independiente de la cantidad de beneficiarios a cargo.

b. El cumplimiento de metas de los programas de promoción y protección, la cantidad de prestaciones efectuadas, la relación entre prestaciones ambulatorias y prestaciones en internación, la relación atención en domicilio / atención en consultorio, las deserciones del cupo por parte de los afiliados, etc., no incidirán en el monto de retribución, pero serán tenidas en cuenta para la continuidad del Médico de Cabecera en el Programa.

7. Padrón

a. El padrón se integra por inscripción del beneficiario, personal y voluntariamente, siguiendo los procedimientos preestablecidos. Cada Médico de Cabecera tendrá a su cargo una población que, salvo excepciones taxativamente aprobadas no deberá superar los 1.000

beneficiarios. El ingreso al padrón lo efectuarán los beneficiarios en el lugar que fije el GOBIERNO DE LA PROVINCIA O JURISDICCION ACORDADA, optando libremente entre los Médicos de Cabecera disponibles.

b. El GOBIERNO DE LA PROVINCIA O JURISDICCION ACORDADA comunicará mensualmente el detalle del padrón a cada Médico de Cabecera de su registro, y proveerá a los beneficiarios de información fehaciente acerca del profesional elegido, (domicilio, días y horas de atención de consultorio y teléfono).

c. Los afiliados tienen derecho a cambiar sin expresión de causa su Médico de Cabecera por otro, cada 180 días. Hace excepción el caso de fuerza mayor debidamente acreditado y autorizado expresamente, y la incorporación masiva de Médicos de Cabecera en cuyo caso el padrón de estos profesionales permanecerá abierto sin condiciones durante un período de tres meses desde su efectiva incorporación.

8. Información:

a. A fin de documentar su actividad el Médico de Cabecera completa, paciente a paciente, el "Informe mensual del Médico de Cabecera" y lo entrega mensualmente, a fin de que sea grabado siguiendo el procedimiento habilitado al efecto.

b. El Médico de Cabecera es responsable de la exactitud de la información que produzca, y ésta será utilizada para la evaluación de su rendimiento en particular y del Modelo asistencial en general. Las fuentes de información primaria surgen de los formularios a disposición del Médico de Cabecera:

I. Solicitud de Prestación, emitida por el Médico de Cabecera toda vez que requiera servicios a cualquier especialista, establecimiento de diagnóstico y tratamiento ambulatorio, internaciones, etc.

II. Informe Mensual del Médico de Cabecera, que resume las prestaciones mensuales del Médico de Cabecera, y es remitido al nivel local.

c. Existen fuentes secundarias de información sobre el Modelo, las cuales también serán utilizadas para la evaluación permanente.

9. Historia Clínica Unificada, (HCU):

a. Cada Médico de Cabecera deberá confeccionar por cada paciente una Historia Clínica según el modelo establecido.

b. Esta HCU deberá recoger todos los hechos de valor médico que se consideren necesarios para prestar el apoyo debido a la asistencia del paciente, aunque no hubiese sido el Médico de Cabecera el responsable de su realización o quien los solicitare. En caso de interconsultas o internaciones, el Médico de Cabecera está obligado a informar a los especialistas e internistas acerca de los antecedentes que figuran en la HCU que obra en su poder, y/o enviar copia de la misma.

c. El GOBIERNO DE LA PROVINCIA O JURISDICCION ACORDADA, el MINISTERIO, y la ASOCIACION pueden solicitar copia de cualquier HCU, estando el Médico de Cabecera obligado a presentarla. Asimismo, la HCU debe ser entregada cuando el profesional cese como Médico de Cabecera, cualquiera sea la causa de ello.

10. Servicios de apoyo:

a. El Médico de Cabecera dispondrá, para el apoyo a su asistencia, de especialistas y centros de diagnóstico y tratamiento, de baja, mediana y alta complejidad, tanto ambulatorios como con internación.

b. Los Médicos de Cabecera podrán solicitar sin autorización previa todas las prácticas diagnósticas y terapéuticas de baja y mediana complejidad, incluyendo análisis de laboratorio, diagnóstico por imágenes, y estudios especializados.

c. Por razones de privacidad, los estudios de carga viral podrán ser solicitados por el Médico de Cabecera sin necesidad de autorización previa.

d. Los especialistas sólo podrán asistir beneficiarios incluidos en el Programa a solicitud del Médico de Cabecera, pues éste es la puerta de entrada y regulador del Modelo.

e. Los laboratorios de análisis clínicos, centros de diagnóstico por imágenes y prestadores de alta complejidad, deberán efectuar las prestaciones que los Médicos de Cabecera soliciten, según normas preestablecidas.

f. El Médico de Cabecera dispondrá asimismo de prestadores de Kinesiología,

Fonoaudiología y Fisioterapia para el tratamiento de rehabilitación de sus pacientes, y de farmacias para las prescripciones de medicamentos. En ambos casos se trata de tratamientos ambulatorios.

g. Las internaciones se efectuarán en los hospitales de la red asistencial. Cada vez que un beneficiario se encuentre internado, su Médico de Cabecera tendrá la obligación de ponerse al servicio de los profesionales actuantes, aunque la internación no se hubiese efectuado a su solicitud, y aportar todo aquello que obre en beneficio del paciente. Esta responsabilidad se agota en los casos en que la internación se efectuase en un ámbito geográfico distinto al que pertenecen tanto el beneficiario como el Médico de Cabecera.

h. También existirá un listado de prestadores de III Nivel, (Alta Complejidad), que brindarán tales prestaciones.

11. Auditoría:

a. Tanto el MINISTERIO como el GOBIERNO DE LA PROVINCIA O JURISDICCION ACORDADA y la ASOCIACION podrán efectuar auditorías sobre las prestaciones comprometidas en el Programa, siendo obligación del Médico de Cabecera facilitar la tarea de los Médicos Auditores.

12. Cursos de Capacitación:

a. El programa de Médicos de Cabecera prevé la realización periódica de cursos de capacitación obligatorios para los profesionales de ese nivel.

13. Médicos en zonas rurales:

a. En aquellos casos en que el Médico de Cabecera se desempeñe en localidades de reducida población de beneficiarios, que se encuentren aisladas o alejadas de otras que dispongan de complejidad superior, y/o que por las características especiales de su oferta en RRHH impidan la implantación del modelo básico sin modificaciones, se requerirá que el mismo:

(*) 7. Cuento con entrenamiento adicional emergentología, pediatría y tocoginecología;

8. Disponga del instrumental y equipamiento apropiado para llevar a cabo su tarea;

9. Preste asistencia ambulatoria en consultorio o domicilio, efectuando prácticas diagnósticas y terapéuticas, invasivas o no, de baja complejidad, más asistencia en internación de mediana y baja complejidad a patologías clínicas, quirúrgicas y obstétricas, entre las que se mencionan:

i. Atención clínica de urgencia del abdomen agudo.

ii. Atención de las hemorragias ginecológicas agudas.

iii. Atención del parto normal y del recién nacido normal.

iv. Drenaje de abscesos externos, (subcutáneos, hidrosadenitis, perianales, de las glándulas de Bartholino, testiculares, etc.).

v. Extracción de cuerpos extraños de oído, nariz, laringofaringe, ano, conjuntivas.

vi. Primeros auxilios en accidentología, incluyendo el tratamiento primario de heridas externas y quemaduras: lavado, antisepsia, acondicionamiento pre traslado en caso necesario.

vii. Tratamiento de las intoxicaciones agudas.

viii. Tratamiento de urgencia del shock y de las deshidrataciones.

ix. Tratamientos quirúrgicos de baja complejidad.

x. Atención del paciente con quemaduras de segundo y tercer grado menor de 5%.

xi. Patologías clínicas de baja complejidad.

xii. Fracturas y Luxaciones no quirúrgicas (primeras acciones).

10. Integre el Servicio de Emergencia, en caso de no existir, el que será organizado por los propios Médicos de Cabecera, para cubrir las necesidades de la población asignada entre las 19 y las 7 de cada día, más las 24 horas durante sábados, domingos y feriados.

(*) Conforme Boletín Oficial.