

La Plata, 29 de diciembre de 1972.-

Señor
Secretario General del Consejo
Federal de Inversiones
Licenciado SANTIAGO E. J. GILOTAUX
SU DESPACHO

De mi mayor consideración:

Me dirijo al Señor Secretario de ese Consejo a los efectos de elevar a su consideración el Informe Nº 5 - referente a la Caja del Seguro de Enfermedad de la Provincia de Jujuy, denominado "Determinación de Necesidades, y Diseño General de los nuevos Sistemas. Objetivo y Factibilidad de Mecanización", cuyas líneas generales fueran previamente dadas a conocer y discutidas con el Señor Ministro de Bienestar Social, Contador Omar Blanco y autoridades de la mencionada Caja.-


Contadora ROSALIA CANCLINI

I N F O R M E N º 5

**DETERMINACION DE NECESIDADES Y DISEÑO
GENERAL DE LOS NUEVOS SISTEMAS. OBJE-
TIVO Y FACTIBILIDAD DE MECANIZACION**

**DETERMINACION DE NECESIDADES Y DISEÑO
GENERAL DE LOS NUEVOS SISTEMAS**

- INFORME N°5 -

5. Determinación de Necesidades, Objetivos y Factibilidad de Mecanización.

. Diseño General de Nuevos Sistemas.

5.1 Estructura Organizativa y Procedimientos del Organismo de Aplicación.

5.1.1 Determinación de las Areas que deberán modificar sus Sistemas.

1. Introducción

El propósito de este informe es presentar las necesidades, objetivos y diseños generales de los principales sistemas de la Caja del Seguro.-

Estas Instituciones funcionan sobre la base de Sistemas Internos y Externos, como la mayoría de los Organismos Públicos.-

Hemos puesto nuestro mayor esfuerzo en solucionar los problemas que afectan a los "Sistemas Internos", con cambios radicales en algunas oportunidades y eliminaciones y creaciones en otras.-

Los Sistemas Internos son aquellos que tienen su origen en otras Instituciones que interactúan operativamente con la Caja del Seguro. Al ser estos Sistemas, independientes de la Caja, resulta problemático su control; en consecuencia, se tratará de variar el rol que actualmente desempeña la Institución, como receptor pasivo del producto de estos Sistemas, a un rol de activador

permanente de todo aquello que debe ingresar a la Institución para equilibrar su funcionamiento, y que es por tal motivo, de vital -- importancia.-

El Plan a ejecutarse incluye:

I Plan inmediato

II Plan mediato

- I. El Plan inmediato está integrado por programas, destinados a la Reestructura Técnico-Administrativa y Refinanciación de la Caja, incluyendo la reforma de la Ley y Reglamentación vigentes.- El instrumento legal, es motivo de los informes 3 y 4.-
- II. El Plan mediato, está compuesto por programas de Atención Médica y de Coordinación de Recursos y de Acciones con la Sub-Secretaría de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social de la Provincia, y está supeditado a la consolidación de la Caja, administrativa y financieramente así como a la coordinación con el Ministerio de Bienestar Social.-

- PLANES.CRONOGRAMAS -

PLAN	PROGRAMA	OBJETIVOS GENERALES	INFORME Nº
I.Imediato	1.1. Ley-Reglamentación	. Instrumento normativo básico	3-4
	1.2. Reorganización Administrativa-Contable	. Infraestructura del Sistema	5-6
	1.3. Financiera	. Refinanciación del Sistema	6
	1.4. Medicamentos	. Racionalización del Uso del Medicamento	5
	1.5. Inspecciones Técnicas	. Racionalizar y controlar el uso de Prestaciones Asistenciales	5
	1.6. Auditoría Profesional Compartida	. Optimizar la calidad de la Atención Médica y Odontológica	5
	1.7. Estadísticas y Registros	. Información sobre Utilización y Costos de Servicios	5-6
	1.8. Capacitación de Personal	. Complementario de 1.2.	7
	1.9. Difusión o Información	. Facilitar la relación entre Obra Social y Afiliados, Prestador, Gobierno y opinión Pública	5
	1.10. Implantación, Evolución y adecuación del Sistema	. Optimizar el Sistema	7
II.Mediato	2.1. Atención Médica, Materno-Infantil	. Reducir la Morbi-Mortalidad Materno-Infantil	5
	2.2. Coordinación de Programas y Recursos	. Racionalizar la Utilización de Recursos Asistenciales y Económicos	5

. Estructura particular de los Planes y Programas

A continuación, se ofrecen cada uno de los programas énuncia dos, considerando los objetivos, procedimientos y recursos, de -- cada uno de ellos. Se excluye la Ley y su Reglamentación, que son motivo de los informes 3 y 4; Financiación (Informe 6); como tam- bién los Programas de Capacitación de Personal y de Implantación- Evolución y adecuación (Informe 7) y de organización. Diseño deta llado de Sistemas.-

2. Esquema del Sistema de la Caja del Seguro

El Sistema propuesto para la Caja del Seguro se desarrollará de la siguiente manera:

La Institución en su conjunto, configura un sistema, que incluye subsistemas (en adelante sistemas) los -- que a su vez se componen de sub-subsistemas (en adelante -- procedimientos).-

3. Análisis del Problema:

El Sistema de la Caja del Seguro, funciona básicamente de acuerdo a lo graficado en el Cuadro N°1 (Información Estructural).-

De ello se deduce claramente cuales serán los Sistemas principales de explotación y de funcionamiento --- (Cuadro N°2).-

. Sistemas de Explotación

- Afiliaciones
- Control y Pago de Prestaciones
- Recaudaciones
- Contratación de Recursos Asistenciales
- Otros

. Sistema de Funcionamiento

- Personal
- Adquisición y Mantenimiento de Bienes de Uso
- Entradas y Salidas y Control de Gestión
- Otros

Los Sistemas de explotación son aquellos que hacen a la función específica de la Caja del Seguro, es decir, a la razón de su existencia.-

Los Sistemas de funcionamiento sirven de apoyo imprescindible, sin los cuales no se podría ejecutar los -- Sistemas de explotación.-

En esta etapa del trabajo, sólo desarrollaremos los principales Sistemas de explotación, por las causales -- que a continuación se detallan:

1: Son los específicos y más importantes, para el tipo de -- actividad que desarrolla esta Institución.-

2: En caso de variar o modificarse algunas de las alternati-- vas en ellos planteados, pueden hacer variar los otros --

tipos de Sistemas de NO EXPLOTACION.-

- 3: Que una vez aceptadas por las Autoridades Provinciales - las alternativas de los Sistemas de explotación, el resto es de fácil diseño e implementación.-**
- 4: Que no todos los Sistemas serán modfficados, algunos -- -muy pocos- quedarán con la estructura actual y sólo serán modificados en la medida que afecten la relación con los Sistemas principales.-**

Cada Sistema principal se ramifica en tantos Procedimientos como sea necesario, a fin de cubrir todas -- aquellas actividades que contribuyan en última instancia al mismo objetivo que el perseguido por el principal, es decir su tramo origen.-

Con esta ramificación y otros Sistemas de Re gistraciones y de información, quedarían virtualmente cu--- biertas las actividades desarrolladas en la Caja del Segu-- ro.-en lo referente a su organización administrativa.-

4. Tópicos Considerados en los Sistemas Principales

Cada Sistema será analizado teniendo en cuenta:

- **Objetivos del Sistema**
 - A nivel Superior
 - A nivel Operativo
- **Necesidades del Sistema**
 - Información a Procesar
 - Información Necesaria
 - Procedimiento
- **Flujograma General de los Procedimientos**
- **Factibilidad de Mecanización:** con respecto a este punto, se presenta una alternativa de mecanización integral. Esto no quiere decir que en caso que la decisión sea mecanizar, haya que hacerlo en su totalidad, sino que se muestra el conjunto para demostrar que con ---- agregados incrementales a través del tiempo podríamos prever desde ahora a la mecanización total futura de la Institución.-

Los Sistemas presentados, en esta etapa, serán sometidos a prueba de validez (siempre que sea posible) en terreno, mediante la simulación de su ejecución, con los respectivos responsables provinciales.-

El propósito es analizar su consistencia, - recoger sugerencias antes de entrar a detallarlo y dejarlos condicionados a los requerimientos de quienes tendrán la -- responsabilidad de hacerlos funcionar desde su implantación en adelante.-

• SISTEMAS PRINCIPALES Y SUS DISEÑOS GENERALES •

A continuación analizaremos los principales sistemas que deberán funcionar en la Caja del Seguro.-

-I- AFILIACIONES

Siendo el propósito fundamental de este organismo, brindar prestaciones a sus afiliados comenzaremos el análisis de los sistemas por el de Afiliaciones, considerando que este es el que permite a los beneficiarios acreditar esos derechos.-

• Objetivos del Sistema

El Objetivo General de este Sistema, es mantener actualizado y conocer cuantitativamente el Universo integral de la Caja, en forma permanente, para el correcto uso de los servicios y más fácil adopción de decisiones.-

De este objetivo general se desprenden como consecuencia necesaria, objetivos operativos, que determinarán al mismo tiempo distintos procedimientos.-

- Elos son:
- a) - Afiliaciones: Altas
 - b) - Bajas
 - c) - Inhabilitación de Credenciales
 - d) - Habilidadación de Credenciales

a) Afiliaciones: Altas

Objetivo

El propósito perseguido por el procedimiento afiliaciones es el de incorporar al Universo de afiliados, a toda persona que, de acuerdo a la Ley y a la Reglamentación, goce de ese derecho, previo cumplimiento de los requisitos establecidos para su afiliación.-

Información Necesaria a Producir

Este procedimiento deberá producir la Planilla de Altas por origen de afiliación. Dicha información se obtiene de la - ficha afiliatoria que el postulante confecciona al solicitar - su incorporación a la Caja.-

Esta información deberá reunirse a Gerencia mensualmen- te a efectos de conocer el crecimiento vegetativo del Universo periódicamente.-

Al mismo tiempo se confeccionará la ficha de afiliación alfabética, para uso diario de la Dirección de Afiliaciones y- del Departamento de Prestaciones, esta última la empleará como información básica para el control en la venta de chequeros de consulta ya sea en Sede o en Delegaciones.-

Otro elemento a producir es la credencial de habilita- ción como afiliado, mediante la cual este se identifica al ha- cer uso de las prestaciones.-

Información de Base Necesaria

El interesado, deberá concurrir a la Caja del Seguro -- (Afiliaciones) munido de una ficha de Afiliación, que podrá re- tirar en las oficinas de la Entidad donde presta servicios.-

Esta ficha de afiliación deberá ser completada por la - Entidad Empleadora o por el interesado y deberá acompañarse de la documentación de identidad y, según el caso, de la probato- ria de parentesco de los familiares a cargo cuya afiliación se gestione.-

Se considera innecesaria la presentación de análisis y/o certificados de buena salud, para los afiliados obligatorios y sus parientes a cargo, ya que le corresponde automáticamente - el beneficio desde el momento en que se le efectúan los descuen- tos en forma obligatoria, en la repartición donde presta servi- cios.-

Otro elemento importante es el archivo de bajas, ya que servirá de filtro para aquellos afiliados que hayan solicitado su afiliación, estando sancionados.-

Procedimiento

Ver Flujoograma Adjunto.-

Credencial

El procedimiento propuesto en el flujoograma general, tiene como característica particular la utilización de una credencial, que permite identificar al afiliado y además mediante un dispositivo especial, imprimir todos sus datos sobre cualquier tipo de formulario de reducido espacio.-

Este elemento puede constituirse en un instrumento altamente práctico para el funcionamiento de la Caja, a continuación pasaremos a citar sus ventajas:

- Permite imprimir las chequeras de consulta sin ninguna probabilidad de error y con el máximo de claridad.-
- Permite imprimir ficha alfabética y recibo de credencial -- con las cualidades citadas anteriormente.-
- Elimina la posibilidad de que el profesional médico, aduente un número de afiliado y apellido y nombres.-
- Ahorra tiempo operativo y por lo tanto costos.-
- Da mayor garantía sobre las actuaciones que deban ejecutarse, al no dudar en la legibilidad de la información impresa.
- Obliga a colocar esta información sobre la chequera de consulta, ya que sin ella esta no es válida.-
- No puede falsificarse ya que sus tipos solamente pueden imprimirse con una máquina especial.-
- Por la característica externa de este tipo de credencial -- evita la plastificación de protección, ya que no por su estructura no requiere protección especial.-

Como desventaja aparente, puede decirse que el costo es mayor; decimos aparente pues por un lado se sustituye el plastificado por una ficha de costo similar, por otra parte el costo de la inversión inicial, se vería rápidamente superado, por la disminución de los costos operativos en lo referente, a la provisión de chequeras de consulta a afiliados, y por la confiabilidad y seguridad de este sistema.-

• Modalidades de Acreditación de la Afiliación

La mayoría de los sistemas afiliatorios de nuestro país, están basados en la utilización de una credencial afiliatoria, sin vencimiento para sus titulares. Esta circunstancia provoca que en el momento de su baja como empleado público, si no se rescata la credencial (hecho que rara vez sucede a pesar de estar legislado expresamente), puede seguir haciendo uso de los servicios, de por vida sin realizar aporte alguno. En estas circunstancias el volumen de usuarios sin derecho comienza a crecer, ya que difícilmente se controla en el momento de la liquidación de un profesional, o al expender la chequera de consulta, si éste es o no realmente afiliado. Este hecho, cuya difusión es imprevisible, determinaría la posibilidad de transgresiones de magnitud.-

A efectos de evitar este hecho peligroso para toda Institución se recurre a:

- 1) - Listados de afiliados que se provee a los que venden chequeras de consulta. Es muy costoso y se desactualiza fácilmente.-
- 2) - Cupones periódicos que se distribuyen junto con los sueldos en las Entidades, donde presta servicios. Es muy trabajosa la confección y distribución de estos cupones, aunque sus resultados pueden ser muy eficaces.-

3) - Cambios mensuales, semestrales, etc. de credenciales. Las mismas consecuencias que las analizadas en el punto anterior.-

4) - Utilización del talón cheque como comprobante de que está realizando sus aportes mensualmente. En este caso es necesario que todas las Reparticiones paguen con cheques y -- que los mismos tengan un talón fijo que identifique el -- aporte a la Caja.-

Si puede implantarse este tipo de solución, puede resultar el mecanismo más adecuado.-

Los puntos 1, 2 y 3 exigen que para llevar este sistema actualizado, una gran dotación de personal o la mecanización de este sistema.-

• Contraseña

En el flogograma adjunto se muestra una alternativa que completa el Sistema de la credencial autoimprimiente, y es la utilización de la habilitación de credencial, especie de contraseña sin la cual no es válida la prestación.-

Esta contraseña también con la característica de impresión, se agrega en la parte inferior de el formulario de consulta en el mismo momento que se coloca la credencial, sin tiempo adicional.-

La contraseña estará archivada en el lugar de trabajo o en las Delegaciones, de esta manera al recibir la comunicación de baja, se la retira de circulación impidiendo toda solicitud de prestación.-

El sistema de contraseña, además de dar la seguridad antes señalada, permite descentralizar la expedición de ordenes, brindando de esta manera mayores facilidades para los afiliados, ya que se evitan los trámites en Sede para retirar las ordenes

de prestaciones. Para completar lo comentado digamos que en -- Capital, donde se produce más de las tres cuartas partes del movimiento de la Caja del Seguro, se podrían instalar en las respectivas Tesorerías de los Ministerios, con dispositivos de impresión, centros de expedición de ordenes; de esta manera con un sistema de control sencillo, se posibilitará a los empleados de esa Repartición y en el momento de mayor comodidad dentro del horario de trabajo, retirar la orden de prestación con el mínimo tiempo.- La alternativa mecanizada, se muestra en el Anexo 1.-

Otra posibilidad que ofrece la contraseña es que, en caso de morosidad acentuada de una Repartición con respecto a -- los aportes, se retiren de circulación las mismas, imposibilitando el uso de los servicios a sus agentes.-

Esta circunstancia, determinará que los mismos empleados de las Reparticiones morosas, obliguen a las Autoridades inmediatas a regularizar su situación.-

Con el sistema propuesto se obtienen las siguientes ventajas:

- Se transfiere el problema a la Entidad morosa.-
- No se muestra actitudes de fuerza ante los afiliados, conservando su imagen.-
- Contribuye a que los aportes a la Caja se regularicen en el momento oportuno.-
- Evita que se siga haciendo uso de los servicios, sin el correspondiente aporte.-
- Los mismos empleados de la Repartición pasan a ser parte activa en su regulación.-

Este sistema contribuye por lo tanto a dar la justificación a dos grandes principios de Organización referente al control y estos son:

- El principio de la seguridad para conseguir el objetivo.
- El principio de la acción. Ya que el control solo es -- justificable cuando se toman medidas correctivas en forma inmediata.-

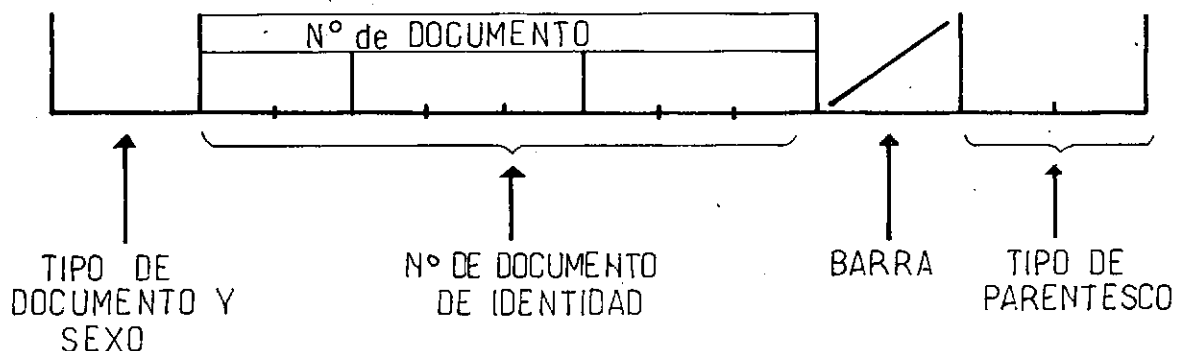
Número de Afiliación

Actualmente el Número de Afiliado se genera sobre la base de cupos de números por Entidad y al producirse la bajada de un agente se habilita ese número para otro agente que se incorpora como afiliado.-

Si el empleado de baja ingresa a otra Repartición pública y se afilia, se le da un número de afiliado distinto, dentro del cupo establecido para esta otra Entidad.-

De esta manera cualquier registro individual por afiliado que se quiera llevar, se torna prácticamente imposible.-

A efectos de lograr un sistema de numeración único y que se identifique rápidamente con la persona que va a solicitar un trámite, sugerimos la aplicación de un número autogenerado que podría estar compuesto de:



• Tipo de Documento y Sexo

3 - Libreta de Enrolamiento	: Varón
4 - Libreta Cívica	: Mujer
5 - Documento Único	: Varón
6 - Documento Único	: Mujer
7 - Cédula de Identidad	: Varón
8 - Cédula de Identidad	: Mujer
9 - Otros Documentos	: Varón
0 - Otros Documentos	: Mujer

El número de Documento de Identidad deberá ser sistemáticamente para agentes de Nacionalidad Argentina el:

- Documento Único o, en su defecto
- Libreta de Enrolamiento o Cívica

Para afiliados directos extranjeros se admitirá la Cédula de Identidad. Y para parientes el orden de preferencia será el indicado más arriba.

Las dos últimas posiciones servirán para identificar al integrante del grupo familiar en cuestión, su utilización será la siguiente:

- 00 - Afiliado Directo
- 01 - Cónyuge
- 02 a 19 - Hijos menores de 18 años
- 20 - Madre
- 21 - Padre
- 22 - Suegra
- 23 - Suegro
- etc.

La composición del número, aparte de ser único para cada afilia

do, es de fácil generación, y una fuente de información en sí misma, ya que permite a quien hace el control de las prestaciones conocer el sexo y parentesco, elementos importantes -- para una rápida y ágil supervisión.-

• Reafiliación y Actualización del Universo

Es necesario destacar el archivo de afiliados con que actualmente cuenta la Caja del Seguro, no está completo y por otra parte no es confiable. Si queremos tener un sólido punto de partida hay que pensar en un sistema de reafiliación que a corto plazo se ponga en funcionamiento.-

El objetivo de este proceder es lograr actualizar el -- universo de afiliados para efectuar el lanzamiento de las nuevas credenciales.-

En forma concomitante se deberá poner en funcionamiento un sistema que no permita su desactualización y cuyo objetivo será proveer mecanismos de actualización permanente que mantenga un universo depurado.-

El primero de los objetivos enunciados puede cubrirse -- con alguna de estas alternativas:

- 1) - Reafiliación en los puestos de trabajo.-
- 2) - Reafiliación en la Sede y en las Delegaciones, citando -- a los afiliados para tal fin, con algún ordenamiento que facilite la gestión.-
- 3) - Recurrir a las fuentes de información de las respectivas Direcciones de Personal y transcribir los datos a una -- ficha de afiliación. NO CONFIABLE y muy trabajoso.-
- 4) - Recurrir a Contaduría de la Provincia y realizar similar procedimiento que el citado en 3., tiene sus miedos incon-venientes.-

- 5) - Concurrir a las Entidades con las actuales fichas de afiliación, y realizar la verificación de la información por intermedio de sus propios interesados. El inconveniente es la falta de uniformidad de fichas de afiliación que podrán aparecer en el archivo de legajo, ya que en este trabajo se propone el cambio de ficha de afiliación y la Caja ya ha realizado dos cambios desde su creación.-

El Sistema más recomendable y que cuenta con la aprobación de las Autoridades Provinciales es el siguiente:

- 1) - Solicitar la autorización a los distintos Ministerios y Municipios y Comisiones Municipales, para que las respectivas Direcciones de Personal completen la reafiliación previa capacitación de los responsables participantes.-
- 2) - Se realizará un programa de información hasta cubrir toda la Provincia.-
- 3) - Una vez completada las fichas de afiliación serán verificadas en Capital, por personal de la Dirección de Afiliaciones (entrenado debidamente) en terreno. Si existen errores se corregirán in situ.-
- 4) - En el interior quienes deberán realizar esta operación de control y envío a Sede son los Delegados (instruidos convenientemente para la operación).-
- 5) - Con las fichas de afiliación en Sede, se confeccionarán las nuevas credenciales. Queda abierta la posibilidad para afiliados remotos que se censan en Sede y en Delegaciones.-
- 6) - Se distribuirán por el mismo canal de recolección de información, previo firma de los recibos correspondientes, verificando el afiliado si los datos son correctos.-

- 7) - A partir de una fecha a fijar, se informará de la pérdida de vigencia de la anterior credencial y la puesta en funcionamiento de la nueva, a afiliados y prestadores.-

Esta alternativa aparece como la más adecuada por las razones siguientes:

- 1) - Permite descentralizar en grupos reducidos un Universo de 12.000 afiliados con sus grupos familiares.-
- 2) - Realiza el censo quien conoce a los agentes actualmente de alta en cada Repartición.-
- 3) - Evita la molestia al afiliado de que retorne la documentación probatoria de parentesco, ya que las direcciones de personal se encuentran archivadas en sus respectivos legajos.-
- 4) - Se comprueba posteriormente la exactitud de los datos, detectando y responsabilizando a los que actuaron con negligencia. De esta manera rápida se controla la probable desviación que podría ocasionar la descentralización.-
- 5) - Deja el camino abierto para afiliados remisos o ausentes, pero estos deberán traer toda la documentación que en el caso anterior no era necesaria.-

Con respecto al segundo objetivo podría cubrirse con alguna de las siguientes alternativas:

- 1) - Instalación de delegados en los distintos Ministerios, haciendo las veces del actual delegado del Interior. Este delegado estaría en óptimas condiciones de tomar las altas, comunicar las bajas y atender a los afiliados sin ocasionar molestia alguna. No es conveniente que cumpla tiempo completo en el Ministerio, ya que diariamente rendiría cuenta a la Sede de su gestión.-

2) - Sobre la base del Sistema actual pero asumiendo una participación dinámica y no pasiva. Está basado en la recepción de una planilla de altas y bajas de las Entidades, verificada previamente por un activador del proceso (Agente del Instituto) y que deberá responder diariamente de su gestión ante la Caja del Seguro. Se reglamentará esta alternativa con un coherente sistema de incentivación y sanciones para el personal de las Entidades que deban cumplir con esta importantísima función:-

3) - Otras alternativas:

- Tomar las novedades del Boletín Oficial.-
- Tomar las novedades en la Gobernación ni bien se generen los decretos de Nombramientos y Bajas.-
- Otros.-

• Otras ventajas del Sistema General de Afiliación

Una característica muy saliente del sistema presentado es que el mismo reduce el actual ciclo de afiliación de 21 días a entrega inmediata de la credencial, evitando, de esta manera, además de la demora, las molestias ocasionadas al afiliado, por reiteradas gestiones hasta conseguir el producto del trámite.-

Esta simplificación del trámite tan notoria, se logra por:

- Eliminación de copia y firma por parte de Forense.-
- Eliminación de copia y envío a plastificar.-
- Agilitación en el movimiento de la documentación.-

Debe observarse que se prescinde de la autorización de Gerencia. Esta prescindencia está avalada por el principio de-

la eficiencia de los controles", que precisamente expresa que -- todo control es efectivo si descubre verdaderamente errores; ahora bien a ese nivel no se pueden dilucidar realmente falencias, sino que la persona que realmente puede detectarlo es quien está realizando la Supervisión directa sobre este tipo de actividad y una vez detectado devuelve el trámite para ser completado por -- quien lo presenta.-

Si esta persona que conoce perfectamente la tarea se la inviste de la autoridad necesaria para aprobar o no un trámite, se logrará una correcta delogación, que contribuirá a que -- cada supervisor de la Organización realice definitivamente, aquellas tareas que son de su competencia y dominio.-

Por otra parte el directivo superior que es quien debe permanentemente bregar para mejorar el futuro de la organización, no cumpliría con su específica función al cubrirse de tareas rutinarias en forma habitual.-

Decimos habitual y no definitiva ya que esto debe cumplir con otro principio de la Organización y que es "el control por excepción".-

Esto es que debe ser consultado para casos no previstos especialmente en las normas de trabajo y además cumplir periódicamente con una verificación en terreno, de tipo muestral -- de la eficiencia y veracidad de los trámites efectuados, y de -- sus responsables directos.-

b) - Procedimiento de Bajas

Objetivo

El propósito perseguido por este Procedimiento, es el de mantener depurado, y emitir la autorización de baja respectiva a efectos de inhabilitar al ex-afiliado y su grupo familiar, para el uso de las prestaciones que brinda la Caja del Seguro.-

Información a Producir

Este Procedimiento deberá producir la Planilla de Bajas -- por origen de afiliación. Esta información previo ensamble con la ficha de Altas, proveerá mensualmente a Gerencia el movimiento afiliatorio producido y el recuento automático de afiliados.-

Además deberá proveer al procedimiento inhabilitación de credencial de la respectiva Autorización de Baja, para inhabilitar la credencial en poder del ex-afiliado.-

Llevará actualizado el archivo de Bajas, a fin de conocer, en caso de una eventual reafiliación, si el interesado está o no en condiciones de obtener el beneficio.-

Información de Base Necesaria

La comunicación de la baja debe llegar a la Caja por intermedio de la Ficha de Altas y Bajas emitida por la Entidad -- (Organismo Empleador). Su arribo es de vital importancia, todo mecanismo para activar este proceso debe ponerse en práctica. Algunas alternativas han sido presentadas al tratar sobre Actualización del Universo.-

Otra información que deberá llegar es la de expedientes -- sobre sanciones a afiliados del Procedimiento Sanciones a -- Afiliados.-

Procedimiento: Ver Flujoograma general adjunto

c) - Procedimiento Inhabilitación de Credencial

Objetivo

El propósito perseguido por este Procedimiento, es -
imposibilitar a toda persona dada de baja, la utilización de
los servicios que la Caja del Seguro brinda a sus afiliados.

Información a Producir

La información a producir por este Sistema, será la -
de mantener permanentemente informado a las autoridades de -
la Dirección de Afiliaciones sobre las inhabilitaciones con-
cretas y no concretadas.-

Este procedimiento será el encargado de materializar
las inhabilitaciones.-

Información de Base Necesaria

- La ficha de Altas y Bajas mensuales.-
- La autorización de Baja.-

Procedimiento: Ver Flujograma general adjunto.-

d) Procedimiento Habilitación de Credencial

Objetivo

El propósito perseguido por este procedimiento es el de-
posibilitar, a toda persona que haya concluido su trámite afilia-
torio, la utilización de los servicios que la Caja del Seguro --
brinda a sus afiliados.--

Información a Producir

Deberá proveer de la habilitación a la Entidad en la ---
cual el afiliado presta servicios y responsabilizar de dicha ten-
nencia al habilitado o delegado en la Entidad o Delegación.--

Información de Base

La habilitación de credencial deberá ser su punto de par-
tida y base de su trabajo.--

Procedimiento

. Ver Flujograma General adjunto.--

II - RECAUDACIONES

Esta Institución para brindar sus servicios, debe tener organizado un correcto sistema de Recaudaciones.-

. Objetivos del Sistema

El objetivo general de este Sistema es proveer a la Caja del Seguro, los recursos monetarios que le permita hacer frente a los compromisos asistenciales, como así también a su funcionamiento interno. Esta provisión para ser efectiva debe ser oportuna, con respecto al momento de la recaudación, exacta, con respecto a los importes y económica, con respecto a sus procedimientos.-

De este objetivo general se desprenden como consecuencia necesaria, objetivos operativos que determinarán distintos procedimientos.-

Los más importantes son:

- a) Recaudaciones
- b) Programación de Pagos
- c) Control de Aportes
- d) Activación de la Recaudación

a) Recaudaciones

Objetivo

El propósito perseguido por este procedimiento es ejecutar, controlar, registrar y depositar los ingresos de los fondos del Organismo.-

Información necesaria a producir

Este procedimiento deberá producir el parte diario de Caja o planilla de recaudaciones. En el se asentarán todos los movimientos de Caja, Ingresos y Egresos, efectuado por la Institución.-

Este formulario tabulado convenientemente proveerá información en forma automática a los siguientes procedimientos:

- | | |
|----------------------------|--|
| <u>Contabilidad</u> | . Asiento en el Libro Caja Tabulado |
| | . Asiento en el Libro de Imputación Presupuestaria.- |
| <u>Recaudaciones</u> | . Control de movimiento de fondos realizado día por día con información acumulada de los registros mensuales.- |
| <u>Programac. de Pagos</u> | . Asiento en el pronóstico de ingresos y egresos, siguiendo a lo proyectado.- |

De esta manera, en forma concomitante y con un mínimo de esfuerzos, se puede llevar actualizado un sistema integrado de registraciones y controles.-

Información de Base Necesaria

El Sector Recaudaciones

- Deberá recibir la bolota del depósito efectuado por la Entidad o el libramiento de Tesorería y el cheque correspondiente.-
- Deberá recibir el parte diario de prestaciones o rendimientos del Cajero, en el que se incluirán chequeras de consulta expedidas; credenciales vendidas, reintegros efectuados, ordenes médicas entregadas, aporte de afiliados voluntarios, etc. tanto de Sode como de "NO SEDE".-
- Deberá inclusive recibir información de pago a prestadores, proveedores y personal (sueldos) a efectos de completar el movimiento de Caja-Bancos y proveer información a los procedimientos recién citados.-

Procedimientos

Ver Flujoqram general adjunto.-

b) Programación de Pagos

Objetivos

Los objetivos de este procedimiento son:

- 1) Determinar el momento en que deben hacerse efectivos los compromisos de los Organismos Empleadores.-
- 2) Acelerar las cobranzas para equilibrar las necesidades de fondos.-
- 3) Detectar desviaciones a través del análisis de:
 - Presupuestado Vs. realizado
 - Recaudado Vs. erogadoy sus respectivas tendencias

El resultado esperado de este procedimiento es evitar ahogos financieros a corto, mediano y largo plazo, a través de una tarea de permanente retroalimentación (feed-back) de pronósticos y realizaciones.-

Información necesaria a producir:

Este procedimiento deberá producir el pronóstico de fondos, semanal, mensual y semestral. Ello se irá realizando de la siguiente manera:

El pronóstico de fondos semanal, será dividido en días. -- Para verificar la exactitud de lo proyectado se irá siguiendo de cada concepto proyectado con la respectiva desviación y así se podrán corregir los futuros pronósticos o actuar sobre las desviaciones.-

Este pronóstico deberá realizarse de manera tal que una vez concluido el seguimiento del día que transcurre, supongamos del día lunes ya debe pronosticarse el día lunes de la semana siguiente; de esta manera se cubrirá permanentemente una semana de estimación, y se evitara así la incertidumbre en el manejo de fondos.-

El pronóstico de fondos mensual se realizará tomando como unidades las semanas y el procedimiento será el mismo que el expuesto recientemente.-

El semestral tomará como unidades el mes y su procedimiento es similar al comentado para el semanal.-

Deberá producirse por otra parte el RESUMEN DE PRESUPUESTOS, RECURSOS Y GASTOS, en el se irá analizando lo realizado hasta la fecha, y en base a ello y otras informaciones que serán comentadas al tratar "información de base necesaria" se determinará las probables desviaciones futuras.-

Otra información que deberá producir, es el "estado de cuenta - por entidad Prestadora", que proveerá en todo momento la situación de dicha Entidad Prestadora, con respecto a sus cobranzas sus débitos y créditos.-

Como esta información se extrae de cada colegio prestador, se conocerá la trayectoria de sus liquidaciones, describiendo desviaciones producidas entre presentado al cobro y efectivamente pagado.-

Información de base necesaria

A efectos de proveer correctamente al producto de este procedimiento deberá recibir o consultar en oportunidad y corrección la siguiente información de entradas:

- 1) Planilla de Recaudaciones, proveniente del procedimiento recaudaciones.-
- 2) Factura global, Resumen de Ajustes y Orden de Pago, proveniente del procedimiento "Pago a Prestadores".-
- 3) Ordenes de Pago recibidas de los procedimientos. Compras, sueldos, reintegros, servicios, etc.-
- 4) Resoluciones del Directorio de todo aquello que pueda hacer variar la estructura de la demanda y de los costos.-
- 5) Presupuesto del Ejercicio.-

- 6) Informe recibido del Sector encargado del planeamiento y control financiero sobre todo cambio surgido como consecuencia de la detección de desviaciones. Como asimismo de futuros programas de atención.-
- 7) Ficha de Entidad y listado de Entidades en mora, provenientes del procedimiento Control de Aportes.-
- 8) Otros.-

Procedimientos

Ver Flujograma general adjunto.-

c)- Control de Aportes

Objetivos

Los objetivos perseguidos por este procedimiento son:

- Controlar el cumplimiento y exactitud de los aportes y su oportunidad, por parte de las Entidades responsables de su efectivización.-
- Proveer un mecanismo de información ágil que permita la detección de las Entidades Morosas.-

Información Necesaria a Producir

Este procedimiento deberá llevar actualizada la ficha de Cuenta Corriente de cada Entidad.-

Al mismo tiempo deberá proveer un listado de Entidades en mora.-

Esta mora podrá producirse tanto en los depósitos de aportes, como en el envío de las planillas de sueldos y el listado de Altas y Bajas.-

La confección del listado se producirá al día siguiente de la fecha tope fijada como de vencimiento y se proveerá, tanto al procedimiento programación de pagos, como al de activación de la recaudación, a fines de efectuar los procesos correspondientes.-

Además producirá junto a programación de pagos y a instancia de esta última, cuando exista necesidad de fondos, el LISTADO DE ENTIDADES A ACELERAR EL PAGO, cuyo propósito es precisamente adelantar las cobranzas.-

Información de Base Necesaria

Deberá recibir del procedimiento Recaudaciones la boleta de depósito, a efectos de actualizar la Ficha de Cuenta Corriente de la Entidad.-

De las Entidades deberá recibir el listado de Altas y Bajas y los listados de sueldos con sello resumen. En base a estos dos elementos se podrá cotejar la exactitud de la información enviada y, devengar la deuda a cada Entidad, ya que esta información implica, el reconocimiento de la deuda contraída.-

En caso de que la entidad no enviara esta información en término, se estimará su deuda y se iniciará la intimación correspondiente.-

Procedimiento

Vor Flujoograma general adjunto.-

d) Activación de la Recaudación

Objetivo

El objetivo de este procedimiento es, ejecutar un seguimiento activo de las reparticiones morosas, a efectos de lograr su cumplimiento en oportunidad.-

Información Necesaria a Producir

Este procedimiento deberá producir las respectivas notificaciones a los responsables remisos, a efectos de intimar su cumplimiento.-

Al mismo tiempo deberá mantener informado de su gestión al encargado de control de aportes, mediante las actuaciones asentadas en la copia de las notificaciones presentadas.

Información de Base Necesaria

A efectos de realizar este procedimiento, deberá llevarse actualizada la ficha de Cuenta Corriente de Entidades, siendo ella la base para la confección de la planilla de Entidades en mora, entrada, a este proceso.-

Procedimiento

Ver Flujoograma general adjunto.-

Procedimiento Conjunto

Ya que estos procedimientos están íntimamente relacionados, procederemos a describir algunas características importantes de su conjunto.-

Bien es sabido que uno de los objetivos de las Obras Sociales, es dar beneficios asistenciales; este objetivo y el de ampliarlos solo son posibles con un adecuado manejo de los recursos y de las erogaciones.-

Las erogaciones se producen en virtud de una demanda que fluctúa alrededor de ciertos valores, pero que no son absolutamente controlables.-

Sin embargo, las recaudaciones se pueden llegar a pronosticar casi con exactitud. Esto se debe a que no se producen grandes variaciones en la Administración Pública, con respecto al personal y a que los aumentos de sueldos generalmente, están predeterminados en forma de por ciento masivo.-

Partiendo por lo tanto de la base que los recursos pueden ser estimados, hay que materializarlos en su correcta dimensión, dado, que al ser un FACTOR LIMITADOR de acciones y de programas de expansión, no permitirían realizar ni las más elementales ejecuciones si no se le sigue muy de cerca en cuanto a su recaudación y utilización.-

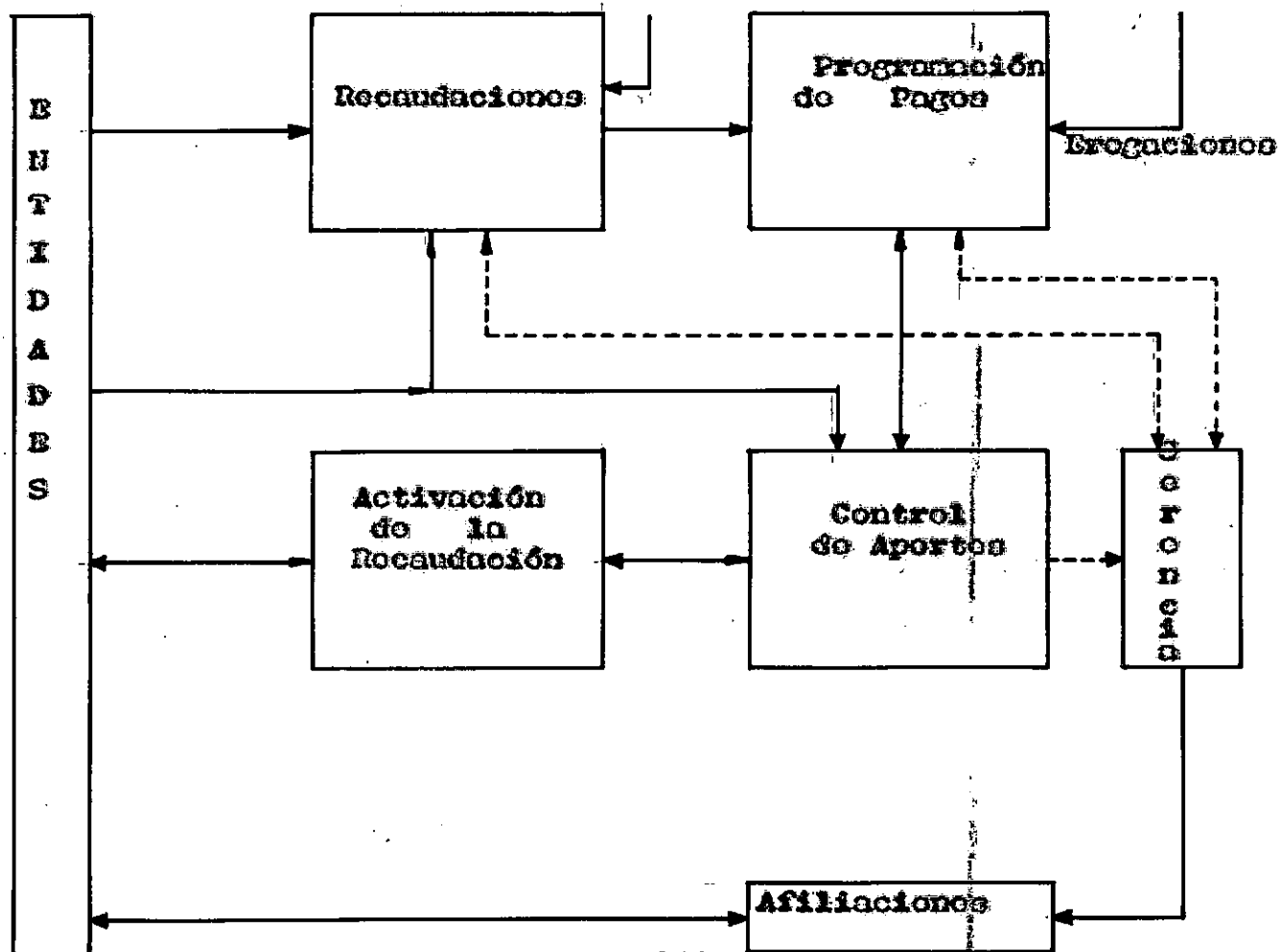
Como las erogaciones se producen en forma independiente de los aportos efectuados, la falta de acción sobre estos últimos provoca grandes desequilibrios de tipo financiero y reaquebrajamiento de las relaciones con los prestadores.-

Por tal motivo es necesario diseñar un sistema que posibilite solucionar el problema apuntado y al mismo tiempo sembrar en la mente del personal de la Caja del Seguro, la importancia de la resolución de este problema, a fin de proveer en todo momento a su concreción en forma activa.-

A continuación se presenta una alternativa de solución, mostrándose al mismo tiempo un flujo de funcionamiento dinámico de sus procedimientos.-

- CUADRO Nº3 -

Otros Ingresos



El procedimiento recaudaciones recibe los depósitos efectuados diariamente y lo comunica al procedimiento programación de pagos, junto a otros ingresos, sobre la planilla de recaudaciones.-

Este procedimiento se alimenta también de información proveniente de las erogaciones de la Caja. En función de información histórica y actual va realizando sucesivos pronósticos de egresos e ingresos, semanales, mensuales y semestrales a fin de mantener alerta a la organización de las desviaciones producidas y a producir.-

Recaudaciones enviará las boletas de depósito de cada Entidad a Control de Aportes, a efectos de actualizar (salidar) la Cuenta Corriente de la Entidad, ya que ésta, tenía la deuda devengada, por el envío del listado de Sueldos (con sello resumen de aportes a efectuar).-

Este procedimiento prevé que vencido el término máximo admitido para el pago y presentación de los listados de sueldos y altas y bajas, sin que se haya producido el cumplimiento correspondiente, confeccionará un listado de Entidades en MORA, a efectos de que el procedimiento ACTIVACION DE LA RECAUDACION, efectúe un seguimiento activo hasta lograr la efectivización por parte de la Entidad.-

Si la Entidad por razones no muy precisas deja de hacer el aporte correspondiente, la Caja del Seguro aplicará Acciones necesarias para que el Control sea realmente efectivo pudiendo llegar hasta retirar de circulación las habilitaciones de credenciales, como medio coercitivo de lograr su cumplimiento.-

Por otra parte en caso que las erogaciones se anticipen o se tomen críticas, Programación de Pagos en forma conjunta con -

Control de Aportes pondrán en funcionamiento otro mecanismo, el de Aceleración de Pagos, que tiene por objeto anticipar las fechas que normalmente las Entidades efectúan sus aportes.-

Con estos procedimientos fuertemente relacionados se -- está contribuyendo a otro gran principio de organización que es el de la Seguridad para Conseguir el Objetivo de la Institución.

-III- PRESTACIONES

Hemos dicho que la Caja del Seguro tiene como objetivo principal el dar prestaciones a sus afiliados. El mecanismo para acceder a ellos y el control y pago posterior a los prestadores actuantes, es lo que a continuación desarrollaremos.

Objetivos del Sistema

La Caja del Seguro contratará recursos asistenciales humanos y materiales a fin de brindar servicios a sus afiliados en forma económica en referencia a su costo, con respecto a su mecanismo y eficiente en cuanto a su atención.

Los servicios efectuados por dichos prestadores, deberán ser controlados, pagados y registrados contables y estadísticamente a fin de cerrar el circuito de atención y al mismo tiempo conocer la estructura de la demanda, los costos y sus tendencias.

Esta información elaborada, deberá ser utilizada a efectos de planificar y controlar las actividades asistenciales en la Provincia, dentro del ámbito de competencia de la Caja del Seguro.

De este objetivo General se desprenden como consecuencia necesaria, objetivos operativos, que determinarán distintos procedimientos. Ellos son:

- Venta de Chequeras
- Pago a Prestadores
- Control de Prestaciones
- Auditoría Médica Compartida
- Inspección Técnica
- Sistemas de Información

a) - Venta de Chequeras

Objetivo

El propósito de este procedimiento, es proveer a los afiliados que requieran asistencia médica, del formulario de consulta a efectos de que el profesional, pueda presentarlo posteriormente para su cobro, en la Caja del Seguro.-

Información Necesaria a Producir

El procedimiento control movimiento chequera de consultas, deberá producir el Recibo por Entidad, mediante el cual se responsabiliza de la tenencia de consultas a los habilitados en las Entidades o Delegados.-

En el dorso permitirá realizar el seguimiento, de las respectivas rendiciones que efectuarán a la Caja del Seguro, a medida que vayan rindiendo las consultas.-

A efectos de realizar la rendición citada, se deberá presentar junto a la boleta de depósito, la copia del Recibo que el habilitado realizará a efectos de cubrir su responsabilidad.

Con este Recibo se ajustará la Ficha de Movimientos de Chequeras de cada Entidad, con el fin de tener registrado el saldo permanente que esa Entidad tiene en circulación.-

Esta ficha de movimiento se cargará por lo tanto con las entregas de chequeras de consulta mediante el Recibo por Entidad y se descargará con la rendición mediante la copia del recibo emitida por el Delegado o habilitado.-

Al mismo tiempo deberá llevarse actualizada la Planilla de Control de Stock. En ella se llevará un inventario permanente de las consultas en stock, tanto en domicilio como en consultorio, será cargada con la factura de compra de chequeras y se descargará con los Recibos por Entidad.-

Información de Base Necesaria

Será necesario ingresar a este procedimiento un Programa de recorridos semanales, que tendrán por objeto determinar fechas y cantidades que deberán entregarse a cada Entidad o Delegación.-

Esta información será extraída de la Ficha de Movimiento de Chequeras de Cada Entidad, sobre la que se llevará información -- según consumo diario, días de probables consumo del stock medio-semanal, por ciento de amiladas, etc.-

Esta información será útil para controlar el funcionamiento de cada habilitado, corregir desviaciones en oportunidad y evitar que la Entidad proveedora de chequeras de consulta quede sin stock, desatendiendo de este modo a sus afiliados.-

Procedimiento

Ver Flujoograma general adjunto

Actualmente las consultas se proveen en Sedo y en las Delegaciones, exclusivamente.-

Este hecho provoca trastornos para el afiliado por la distancia a recorrer entre su casa o su lugar de tareas habituales hasta la Sedo de la Caja, aglomeraciones en las horas de mayor atención, con los inconvenientes que esto trae aparejado, excesiva rotación del personal que desde cubrir ausencias en el Sector prestaciones, motivadas por el excesivo ritmo diario y otras -- circunstancias igualmente indeseables.-

La única ventaja que puede aportar este procedimiento es -- que podría detectarse si la persona que solicita la consulta es o no afiliado. Esto es cierto cuando el requerimiento de atención es reducido, pero cuando esto comienza a crecer como actualmente sucede esa tarea es irrealizable por razones obvias.-

Esta descentralización podría lograrse a través de la venta de consultas en los lugares siguientes:

- Reparticiones Públicas donde los afiliados puedan ser atendidos por un habilitado o un Delegado de la Caja.-
- Bancos Provinciales.-
- Otros, pero no tan recomendables como ser; Farmacias, Destacamentos Policiales, Delegados Sindicales, etc.-

De las alternativas propuestas creemos conveniente la expedición en las Entidades Públicas, cualquiera sea el medio de atención, siempre que esté bien controlado, ya que facilita la adquisición de la consulta a los afiliados (Agentes de esa Repartición), y la persona responsable identifica claramente quienes están o no de baja del citado organismo.-

b) - Pago a Prestadores

Objetivo

El propósito de este procedimiento es controlar, pagar y registrar contable y estadísticamente, los servicios prestados por los profesionales, dentro de los plazos que se estipule en los respectivos convenios.-

Información a Producir

En base al Ajuste de Liquidaciones del mes anterior recibido del procedimiento control de prestaciones, deberá producir el Resumen de Ajustes; este documento contendrá todos los débitos y créditos realizados sobre una factura global presentada por el respectivo Colegio Prestador.-

Esta información cumple dos finalidades:

- 1) Provee un resumen de movimientos realizados sobre la factura global, al Colegio Prestador.-
- 2) Provee información básica para la confección de la Orden de Pagos, realizada en este procedimiento.-

La Orden de Pagos está estructurada de manera tal, que al confeccionarla proveerá información para la imputación presupuestaria, para la registración contable y la estadística, con reducido trabajo adicional.-

Otro elemento que debe producir este procedimiento es el cheque de pagos a prestadores.-

Información de Base Necesaria

Con el propósito de producir la información comentada en el punto anterior, este procedimiento necesita la factura global, factura individual y comprobantes, enviadas por el Colegio Prestador y el Ajuste de Liquidaciones (del mes anterior) y los comprobantes desglosados producido por el procedimiento control de liquidaciones.-

Procedimiento

Ver Flujograma general adjunto.-

Una de las características más salientes de este procedimiento es la forma en que se realizará el pago de la liquidación.-

El Colegio Prestador presentará la factura global, -- facturas individuales y comprobantes, y previo control de importes y preparación de la documentación necesaria, se efectuará el pago en un término no mayor a 10 días (término tentativo).-

El control de lo abonado se realizará a posteriori, -- ajustándose las probables diferencias, en la liquidación del mes siguiente.-

Como contraprestación al sistema de pronto pago, podría efectuarse una pequeña quita monetaria, contribuyendo aunque de manera reducida al equilibrio del financiamiento de la -- Caja del Seguro.-

c) Control de Prestaciones

Objetivos:

El objetivo de este procedimiento es proveer un adecuado control de las prestaciones realizadas por los profesionales a los afiliados de la Caja del Seguro, a efectos de evitar desviaciones y tomar las medidas correctivas con oportunidad.-

• Informaciones a Producir

Este procedimiento deberá producir el ajuste de liquidaciones; en esta planilla se asientan los errores detectados, en el momento de controlar la liquidación de cada profesional; deberá efectuarse sobre la misma los débitos y/o créditos correspondientes adjuntando los comprobantes desglosados.-

Esta planilla posteriormente será utilizada por el procedimiento pago a prestadores en el momento de confeccionar la Orden de Pago ya que sus importes ajustarán la suma a pagar a los prestadores.-

Por otra parte se deberá ir registrando las sucesivas liquidaciones médicas sobre la Ficha Prestador.-

Esta ficha contendrá todos los datos básicos del profesional y las liquidaciones por él presentadas a la Caja del Seguro para su pago.-

Al tener la trayectoria de su facturación, será posible extraer tendencias y desviaciones que conduzcan a la detección de probables anomalías.-

• Información de base necesaria

A efectos de realizar el control de las prestaciones, deberá recibir del procedimiento pago a prestadores, la Factura --

individuales y los respectivos comprobantes.-

Procedimiento: Ver Flujograma General adjunto.-

• Mecanismo de Control a Utilizar:

Con el propósito de realizar un eficiente control de las prestaciones profesionales, es conveniente utilizar un mecanismo que sea efectivo en cuanto a detección de desviaciones y economía de procedimientos.-

Para ello presentamos una técnica que cumple con estos requisitos.-

• Técnica ABC ó 20/80 ó 30/70

Una técnica muy utilizada en la actividad privada para el control de stock, está comenzando a usarse en la actividad pública y con buenos resultados; esta técnica denominada ABC, o las variantes 20-80 ó 30-70, tiene una filosofía y procedimiento sencillo pero de resultado efectivo.-

Está respaldada en una serie de principios de organización, siendo los principales:

- La planificación en los puntos estratégicos.-
- El control en los puntos estratégicos.-
- La economicidad de los controles.-
- La acción correctiva de los controles.-
- La oportunidad de las acciones correctivas.-

Puede aplicarse fácilmente en el área de las prestaciones asistenciales, concretamente en el sector de control de prestaciones.-

Procederemos a describir su funcionamiento mediante la aplicación de la técnica en el procedimiento control de prestaciones médicas.-

La base del Sistema radica en el hecho de que no todos los médicos (en este caso) trabajan ni liquidan en la misma proporción; sin embargo en la actualidad se utilizan los mismos procedimientos de control para todos ellos. Analicemos que consecuencias trae aparejado esta decisión:

- 1) Que al pretender controlar la totalidad del universo, la falta de recursos adecuados determine un control superficial, sin -- llegar a descubrir desviaciones de importancia.--
- 2) En caso de tener recursos disponibles, el costo marginal del -- control total, seguramente superará al costo marginal de las -- desviaciones.--

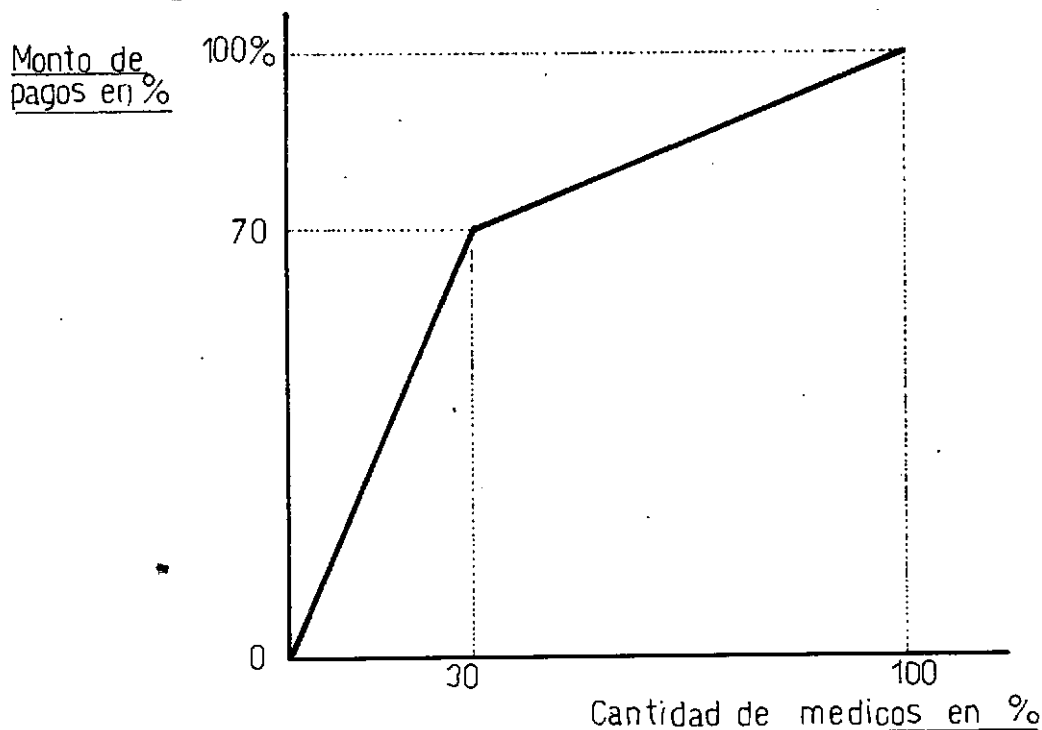
Por esta circunstancia se propone realizar el control en los puntos estratégicos, es decir, en algunos puntos críticos, en que la detección de una desviación, puede significar un importante resultado en la economía de la Institución.--

Dividiremos el universo médico en dos grupos:

- a) Grupo de médicos que liquidan el 70 % del total de -- las erogaciones.--
- b) Grupo de médicos que liquidan el 30 % restante.--

Si se analiza el resultado de esta decisión sobre la liquidación del mes de setiembre de 1972, se podrá observar que sobre 161 médicos que presentaron liquidaciones por un monto de 177.0106,92 -- el 30 % de los mismos es decir 49, facturaron 53.690,22, es decir -- un 70 % del total, mientras que los 112 restantes sólo facturaron 23.416,70, es decir un 30 % del total de la recaudación.--

Su graficación es la siguiente:



Esto demuestra que el análisis intensivo de 49 liquidaciones nos está dando un control de las erogaciones del 70 % con reducido esfuerzo, pudiendo tomar acciones correctivas en oportunidad, a efectos de actuar sobre las desviaciones y corregirlas.-

Sobre las 112 liquidaciones restantes se tomará una muestra al azar, realizándose con los muestreados el mismo análisis intensivo que para el grupo de mayor liquidación.-

AUDITORIA PROFESIONAL COMPARTIDA

PROGRAMA DE AUDITORIA MEDICA COMPARTIDA

DEFINICION Y PROPOSITOS DEL PROGRAMA

- PROGRAMA DE AUDITORIA MEDICA COMPARTIDA - (PAMC) -

1. Definición y Propósitos del Programa

El Programa de Auditoría Médica Compartida tiene por objeto desarrollar una actividad permanente y sistemática destinada a evaluar la calidad del trabajo médico y como consecuencia, mejorar la calidad de la Atención Médica. Como sub-producto, se espera una racionalización y una mejor utilización de los recursos disponibles para dicha Atención.-

La AMC se integra con representación paritaria de médicos de las instituciones vinculadas contractualmente.- (01. - Anexos 1 y 2)

La definición de Auditoría Médica, sus propósitos, funciones y alcances, se presentan en los Anexos 1 y 2.-

• Estructura General del Programa

El P.A.M.C. se concibe, en este caso, como una serie de actividades desarrolladas, por lo menos en dos niveles:

- Nivel Central

- Nivel Local (Establecimiento)

Al efecto, se considera Nivel Central, la que se lleva a cabo en la Sede Institucional Central y cuyas funciones, constitución y reglamentación de funcionamiento se presentan en el Anexo 2.-

En el Nivel Local, la Auditoría Médica, se constituye habitualmente en el propio establecimiento de Atención Médica, es decir el Hospital y en este caso solo la integran, por lo general, los propios médicos asistenciales, sin perjuicio de con-

plotaria con médicos auditores del Nivel Central o los que -- este designe.--

En el Anexo 3, se ofrecen las definiciones, estructura, -- organización y funciones del Comité de Auditoría Médica y del Comité de Historia Clínica, este último complementario de --- aquel.--

En el Anexo 4, se presentan, tentativamente, los items -- a considerar por la Auditoría Médica, especialmente en el nivel local, a lo que se agregan modelos de Historia Clínica -- (Modelo Nacional y Modelo Mínimo) (Anexo 5) así como un Modelo de Resumen de Actividades Sanatorias (Hospitalarias) para ser enviada al Nivel Central con fines de Auditoría de Control y de estadístico (Anexo 6).--

• Desarrollo de la Auditoría Médica Compartida

Una vez integrada la Auditoría Médica Compartida, a Nivel Central, se procederá a implementar el Programa para lo cual deberá actuar en forma progresiva y fijando prioridades.--

Al efecto, en primer término pondrá en ejecución la Auditoría de las Internaciones y posteriormente la de Consulta Externa.--

1.1. Auditoría de las Internaciones

Además de la adopción del Modelo Único de Historia Clínica para Internaciones, deberá establecer Normas de Atención Médica que serán permanentemente revisadas y actualizadas -- (por lo menos una vez al año).--

1.2. Auditoría de la Consulta Externa

Una vez en ejecución la Auditoría de la Interna--
ción, se procederá a desarrollar la Auditoría de la Con-
sulta Externa, adoptando el Modelo de Ficha Clínica y --
las Normas de Atención correspondientes.-

El material que se ofrece a continuación tiene como pro-
pósito facilitar la comprensión del Programa y brindar algu-
nos instrumentos operativos, sobre cuya base se podrá imple-
mentar el Programa de Auditoría Médica Compartida.-

1. AUDITORIA MEDICA

GENERALIDADES - ANTECEDENTES - DEFINICION

- AUDITORIA MEDICA -

1. Generalidades - Antecedentes - Definición

El médico tiene, naturalmente, una actitud crítica permanente que proyecta hacia su propia actividad profesional y a la de sus colegas. Se inspira en la necesidad de perfeccionar los resultados de su labor, en beneficio de la comunidad servida.-

Observada en este plano, esta actitud significa - la conciencia acerca de la responsabilidad de mejorar la atención médica, es decir, practicar una medicina acorde con las - necesidades de la población atendida, sobre la base de los - adelantos científicos y técnicos, enmarcados en la realidad - social y económica que se pretende mejorar.-

En otras palabras, la atención médica progresa en la medida que:

1. Se producen adelantos científicos y técnicos,
2. El médico y sus colaboradores los conocen y aplican,
3. La comunidad tiene acceso y los utiliza.-

En este trabajo nos referiremos al segundo factor - enunciado, es decir, al conocimiento y aplicación de los adelantos científicos y técnicos, por parte del médico.-

Debe tenerse muy especialmente en cuenta, que - lo que beneficia al paciente es lo que el médico hace y no lo que el médico sabe y más aún, lo que se sabe que debiera hacer (Molinero J.S.).-

Al respecto, se considera fundamental para actualizar y aplicar conocimientos que el médico debe someterse a un sistema de educación médica continuada. Ello encuentra, por otra parte, un poderoso motor en la actitud crítica médico-profesional, a que hacíamos referencia al comienzo.-

Así, la canalización, organización y sistematización de esa autoevaluación y la necesidad de perfeccionamiento pueden concretarse de distintas maneras, ya sea en forma de residencia médica, cursos de perfeccionamiento y de especialización y otros, pero también conforme a un válido mecanismo que se ha convenido en denominar "Auditoría Médica".-

• Auditoría Médica. Definición.

Así concebida, puede definirse como la revisión crítica, científica y sistematizada del trabajo médico (no del -- médico), con el objeto de mejorar la calidad de la Atención Médica. En otras palabras, según Solar H.,^o lo esencial de la Auditoría es la actitud de revisar lo hecho, para tomar conciencia de lo bueno y repetirlo y conocer lo malo, para corregirlo".-

Esta idea, se generalizó a principios de este siglo.- Recordando al efecto, el impacto que produjo el crudo informe Fleisher, en EE.UU. condenando la deficiente actividad Profesional, especialmente a cargo de inexperienced cirujanos, en improvisados hospitales, considerados verdaderas trampas para la muerte.-

Las conclusiones de Flexner provocaron una drástica reforma -- de la Educación Médica, además del eco que halló entre los Colegios Profesionales, especialmente en el American College of Surgeons y -- otras Instituciones interesadas en el progreso y perfeccionamiento de la Atención Médica. A partir de ello, se desarrollaron, además de la reforma educativa, por lo menos dos Programas; uno de ellos, destinado a evaluar la calidad de los hospitales y, el otro, la -- calidad de la Atención Médica propiamente dicha. Así "nació" la -- Auditoría Médica.--

Tres conceptos se desprenden de lo afirmado:

- 1º - La Auditoría Médica no es un fin en sí misma, sino un medio -- para mejorar la calidad del trabajo médico, en base a la educación médica continuada.--
- 2º - La Auditoría Médica consiste en una revisión de la práctica -- médica y no una calificación de quién la practica.--
- 3º - La Auditoría Médica, por eso mismo, no es un mecanismo destinado a juzgar o a sancionar al médico, sino ofrecerle medios -- para educarse.--

Así concebida la Auditoría Médica, plenamente desarrollada se convierte en un eficaz mecanismo de Educación Médica continua-- da.--

• Que se espera de la Auditoría Médica

- Conocimiento de los errores cometidos y de sus causas para -- procurar su corrección y obtener mejores rendimientos.--
- = Posibilidad de actuar con cierta rapidez sobre aquellas causas que conspiran contra los buenos resultados, sean procedimien-- tos, sistemas o estructuras.--

- Conciencia informada de los médicos y demás profesionales respecto a la responsabilidad que le compete en los resultados obtenidos.-
- Herramienta de educación continua de post-grado, lo que redundará en el mejoramiento de su actividad y rendimiento.-
- Argumentos para solicitar a las autoridades correspondientes, las rectificaciones, recursos y demás elementos destinados a la infraestructura adecuada de la Atención Médica.

2. COMITE DE AUDITORIA MEDICA COMPARTIDA
. Reglamento (Modelo)

2

- COMITE DE AUDITORIA MEDICA COMPARTIDA -

REGLAMENTO (Modelo)

- COMITE DE AUDITORIA MEDICA COMPARTIDA -

Reglamento (Modelo)

CAPITULO I: De los fines y objetivos:

- 1) Evaluar la calidad de las prestaciones realizadas por los médicos inscriptos en el sistema.-
- 2) Promover el perfeccionamiento de la calidad de la --- Atención Médica.-
- 3) Promover la educación continuada del médico instruyendo tando la integración y autocrítica del cuerpo médico.
- 4) Promover la formulación y adopción de normas de Atención Médica en sus distintos niveles.-
- 5) Promover y fomentar la creación y funcionamiento de - cuerpos de Auditoría Médica locales y otros niveles.-
- 6) Establecer vínculos de comunicación recíproca con --- otras Instituciones del país y del extranjero que desarrollan actividades de Auditoría Médica. Concurrir a reuniones que se realizan con temarios en las que - se traten problemas vinculados con su actividad.-
- 7) Asesorar, en aspectos de su competencia a la Presidencia y al Consejo Directivo del Colegio Médico.-
- 8) Promover el sistema de Auditoría Médica.-

8.1 Organizar Jornadas

8.2 Editar un Boletín Informativo

8.3 Concurrir a reuniones que se realicen con temarios

en las que se traten problemas vinculados a su actividad específica.-

8.4 Otras relacionadas.-

CAPITULO II: De los Miembros Integrantes:

- 1) La Auditoría Médica Compartida estará integrada por Profesionales Médicos.-
- 2) El número de miembros será de seis(6); 3(tres) en representación de la Caja de Seguro Médico y 3 (tres) en representación del Colegio Médico.-

CAPITULO III: De las Autoridades

El Comité de Auditoría Médica Compartida contará con un -- Presidente que durará un (1) año en sus funciones por año-- calendario, siendo ejercida la misma en forma alternada -- por uno de los miembros representantes de la Caja de Seguro Médico o del Colegio Médico. El Presidente será designado-- directamente por los miembros del Comité.-

El resto de los integrantes actuarán en calidad de voca--- les.-

CAPITULO IV: De los dictámenes e informes:

- 1) El Comité de Auditoría Médica Compartida a través del -- estudio y análisis de los casos que se le presenten u -- origen emitirá opinión mediante dictámenes o informes.
- 2) Se entenderá por dictámenes la opinión y juicio que emi-- ta el Comité toda vez que la documentación presentada -- sea suficiente y adecuada.-

- 3) Se entenderá por informes la opinión que emita el Comité toda vez que debe expedirse cuando la documentación presentada no sea suficiente o adecuada.-
- 4) Los dictámenes o informes que produzca el Comité deberá contar con la firma de por lo menos dos(2) --- miembros de cada representación dejando constancia de las discrepancias si las hubiera.-
- 5) Los resultados de los dictámenes o informes que surjan del análisis y evaluación de las prestaciones médicas se harán conocer al cuerpo médico por la vía correspondiente con el propósito de que este mecanismo de retroalimentación informativa promueva la calidad de la Atención Médica.-

CAPITULO V: Del Funcionamiento:

- 1) El Comité de Auditoría Médica Compartida funcionará en la Sede de.....
- 2) Sus miembros se reunirán no menos de una vez por semana en horas y días que se acuerde, en forma regular.-
- 3) Su actividad se mantendrá mientras se encuentren en tareas de evaluación las prestaciones realizadas durante la vigencia de convenio.-

CAPITULO VI: De las Areas de Competencia

- 1) El Comité de Auditoría Médica Compartida tratará todos aquellos asuntos que sean girados por la Caja de Seguro Médico o el Colegio Médico y que hagan a sus fines y objetivos.-

- 2) El Comité de Auditoría Médica Compartida además tomará la iniciativa en aquellos asuntos que hagan a sus fines y objetivos contando para ello con la información médica obrante en la Caja de Seguro Médico, en el Colegio Médico o la que pueda suministrar los profesionales.-
- 3) El estudio de los asuntos que puedan surgir del punto anterior corresponderán a las siguientes situaciones:
 - Estudio de casos individuales (pacientes-médicos-etc.).-
 - Estudio de casos por zonas o áreas.-
 - Estudio de establecimientos asistenciales.-
 - Estudio por determinadas patologías.-
 - Estudio por grupos etáreos.-
 - Estudio por grupos socio-económicos.-
 - Estudio por especialidades médicas.-

Todos aquellos otros que permitan cumplir con sus fines y objetivos.-

CAPITULO VII: De la Información a Utilizar:

- 1) El Comité de Auditoría Médica Compartida reconoce como información indispensable la registrada en la Historia Clínica.-
Además la documentación primaria que haga referencia a diagnósticos y tratamientos así como toda otra información que los médicos o los establecimientos aporten a solicitud de esta Auditoría por intermedio de la FEDERACION MEDICA DE CLINICAS Y SANATORIOS.-

- 2) A efectos de agilizar el acceso del Comité de Auditoría Médica Compartida a toda la información necesaria, el mismo queda autorizado a dirigirse directamente a los profesionales y/o establecimientos.-
- 3) El Comité podrá recabar a entidades y personalidades científicas, toda información técnica que estime necesaria para el cumplimiento de sus fines.-

3. AUDITORIA MEDICA

. Elementos y Mecanismos

- AUDITORIA MEDICA -

3. Elementos y Mecanismos

• Programas de Implantación de:

- Comité de Historia Clínica Unica
- Comité de Auditoria Médica

1. Propósitos del Programa

Crear los Comités, destinados a mejorar la organización hospitalaria y con ello Atención Médica, colaborando con las tareas del Consejo Técnico Asesor y con la Dirección del Hospital.-

Si bien se mencionan dos Comités diferentes es posible que, por lo menos durante algún tiempo y hasta que se desarrolle y consolide el sistema, funcione un Comité único que absorba las funciones de ambos.-

De obstante y sin perjuicio que ambos Comités funcionen como uno solo, por razones metodológicas enunciaremos los objetivos, funciones y organización de ambos Comités por separado.-

2. Comité de Historia o de Documentación Clínica

2.1 Objetivos y Funciones

1. Proponer, los cambios en la Historia Clínica existente, sugeridos por los diversos servicios o por alguno de los miembros del Comité.-
2. Supervisar las Historias Clínicas, asegurándose -- que se encuentren archivadas en forma correcta, --

//

permanente con un orden determinado y conteniendo todos los datos necesarios para que el Comité de Auditoría Médica pueda llevar a cabo una útil calificación de los expedientes que estudie.-

3. Asegurar un método para que las historias clínicas sean conservadas con todas y cada una de las hojas que contiene, en su debido orden.-
4. Verificar que en cada historia clínica los médicos utilicen la terminología aprobada por la nomenclatura oficial, sean escritos con claridad y llenados correcta y completamente.-
5. Procurar estar al corriente de todos los avances recientes en procedimiento de archivo clínico, aumentando así constantemente las facilidades, que este Departamento debe proporcionar.-
6. Proponer bases reglamentarias para el funcionamiento correcto del archivo clínico, el registro y la circulación de la historia clínica.-

2.2. Constitución y Estructura

Dos o tres médicos (puede ser algún otro profesional del establecimiento) y el Jefe de Estadística o de Archivo de la Documentación Clínica, incluyendo las radiografías. Los médicos son seleccionados entre los más dinámicos y uno de ellos, por lo menos, debe tener una amplia experiencia clínica.-

Al efecto de mejorar su tarea, el comité puede solicitar colaboración a los demás profesionales del establecimiento, incluyendo los servicios de Laboratorio, Anestesiología, Hemoterapia, Servicio Social, Enfermería, etc., en sus áreas específicas.

///

///

Duración en la tarea, uno a dos años, rotando -
parcialmente entre los profesionales del estableci-
miento.-

2.3. Actividades

El Comité se fija su propio reglamento de traba-
jo, (por escrito) dentro de los objetivos enuncia-
dos u otros que los perfeccionen, y determina la -
frecuencia y oportunidad de sus reuniones y de las
demás actividades que hacen a su cometido.-

Entre sus actividades, deben incluirse reunio-
nes conjuntas con el Comité de Auditoría Médica.-

Cuando el Comité funcione como Comité Único de
Historia Clínica y de Auditoría Médica y se trate
de resolver cuestiones específicas de Auditoría Mé-
dica, sólo participarán en la reunión profesiona-
les médicos.-

3 - Comité de Auditoría Médica

3.1. Objetivos y Funciones

Fijar su propio reglamento de trabajo y progra-
ma de actividades.-

Determinar y discutir con el Cuerpo Médico los
criterios de auditoría, las normas de admisión, at-
ención médica y alta, sobre cuya base se compara-
rá con lo actuado, a través de la historia clínica.

Reunirse regularmente, con la frecuencia de --
las necesidades de trabajo, por ejemplo semanalmen-
te, para efectuar la auditoría.-

Reunirse periódicamente (una vez por mes) con -
los colegas auditados para discutir los hallazgos.

////

////

analizar errores y aciertos destacados y de integrarse y propiciar las rectificaciones y soluciones tendientes a mejorar la Atención Médica.-

Proponer y discutir con los colegas, la actualización de las pautas, normas y criterios de -- Atención Médica, acordes a los progresos científicos y técnicos, y a la experiencia recogida.-

3.2. Constitución y Estructura

El Comité de Auditoría Médica está constituido -- exclusivamente por médicos. En los casos en que funcione como Comité Unico, incluyendo las funciones -- del Comité de Historia Clínica y Auditoría, cuando se trate de reuniones en que se consideren problemas específicos de Auditoría Médica sólo participarán los médicos.-

El número de los médicos del Comité de Auditoría Médica es variable pero es aconsejable que no sea -- menos de 3 ni mayor de 5, comprendiendo Clínica, Cirugía, Obstetricia y especialistas.-

Cuando el Comité funciona a nivel Sala o Servicio, el número aconsejado es de 3.-

Es conveniente que entre los médicos actúe por -- lo menos un profesional de gran prestigio dentro -- del cuerpo profesional, pero además debe integrarse con médicos jóvenes y dinámicos, deseosos de colaborar y entregar parte de su tiempo a la tarea de Auditoría.-

La duración en la función de cada profesional no debe exceder habitualmente de 1 a 2 años, y la renovación debe ser parcial, asegurando por una parte -- cierta continuidad en la experiencia acumulada pero, por otra parte, con la rotación procurar que todos-

////

////

los miembros del servicio o del Hospital, según el caso, tengan oportunidad de participar activamente en el Comité. Asegurar así mayor participación de los colegas, perfeccionamiento con nuevos aportes, mayor ecuanimidad, al tiempo que se evita la falsa sensación de consumo y las suspicacias correspondientes.-

3.3. Instrumentos de la Auditoría Médica

Los instrumentos de la Auditoría Médica son --- básicamente dos:

- 1 - Historia Clínica
- 2 - Criterios de Admisión y Normas de Atención Médica.-

1. La Historia Clínica: debe ser única y para cada paciente para el establecimiento y registrar todas -- las actuaciones, tanto de la Consulta Externa, domiciliaria y la internación, tanto de medicina preventiva como de recuperación y de rehabilitación.-

La Historia Clínica, se convierte en el mejor testimonio de experiencia vivida con el enfermo y por su objetividad constituye un elemento básico para la - Auditoría Médica.-

2. Los Criterios de Admisión y Normas de Atención Médica: (especialmente para condiciones o enfermedades - más frecuentes) deben preestablecerse y convenirse con los profesionales actuantes, ya que serán los - elementos que servirá de comparación entre lo que - se ha considerado lo más conveniente, y lo que efectivamente se realizó, en base a lo que se registró en la Historia Clínica.-

Obviamente, las referidas normas se definen a partir de los conocimientos científicos vigentes y de la experiencia del propio cuerpo médico y su adecuación

////

//////

ción a la realidad y posibilidad del medio en que se actúa, siempre tratando de obtener un mínimo de seguridad para el enfermo. En todo caso las normas se refieren a un mínimo de calidad, como un camino para lograr el óptimo.-

3.4. Bases Generales para la Actuación del Comité de Auditoría

1. Determinación del médico tratante

En primer lugar definir quién se considera médico-responsable de un caso; tener en cuenta los siguientes aspectos:

- 1 Se considera médico tratante, aquel a cuyo cargo se encuentra el paciente; responsable de su diagnóstico y tratamiento.-
- 2 En los casos en que el médico tratante necesite la intervención de otro especialista, y aún cuando éste haya expresado su opinión en la hoja de consulta o en la hoja de evolución, sigue considerándose al primer médico, el médico actuante.-
- 3 Cuando un paciente por la índole de su padecimiento, queda a cargo de otro servicio, sea médico o quirúrgico, y cuyo tratamiento va a quedar bajo la responsabilidad de otro especialista, éste último será el que se considere como tratante, debiendo quedar expresado tal hecho en la hoja de evolución, y se trasladará al paciente al servicio respectivo.-
- 4 Cuando por ausencia de un médico tratante, otro especialista del mismo servicio se hace cargo del paciente, sin modificar el diagnóstico o el tratamiento, seguirá considerando médico tratante, al primer especialista.-

//////

- ///////
- 5 Cuando existan diferencias de criterio en el diagnóstico o tratamiento de un paciente, entre especialistas del mismo, o de otros servicios, la Auditoría Médica calificará independientemente la actuación de cada médico.-
 - 6 En el caso de residentes la Auditoría Médica del Hospital calificará a través de Historias Clínicas, la actuación profesional de los médicos de planta, y estos serán los responsables de exigir al personal médico residente, la parte que les corresponde, de acuerdo con su preparación, en la integración de la Historia Clínica.-

2. De la Calificación de la Historia Clínica

1) Estudio Clínico-

A) Interrogatorio y exploración En este renglón se calificará el interrogatorio; Los antecedentes personales no patológicos, patológicos y los síntomas y signos del padecimiento actual, y si aparecen -- anotados los datos relativos a la fecha de iniciación, síntomas cardinales, evolución hasta el momento de hacer la historia, y la parte correspondiente a interrogatorio por aparatos.-

La exploración física debe contener los datos generales de peso, estatura, pulso, tensión arterial, temperatura y respiración y además la exploración regional o funcional completa, primero en relación al paciente en general y después, de acuerdo con la hoja de especialidad --si éste es el caso-- los hallazgos que la misma recoja.-

B) Diagnósticos. Los diagnósticos deben estar enunciados de acuerdo con la nomenclatura aceptada y divididos en: diagnósticos probables o de presunción:

////////

el o los anotados la primera vez que el médico examinara al paciente. En este capítulo se consideran también los diagnósticos pre-operatorios.-

La segunda parte, o sea los diagnósticos definitivos,-- son aquellos que se formulan en el resumen clínico o --- bien el post-operatorio -el post-mortem-, en los casos-- en los que se ha pedido realizar autopsia.-

La calificación de dichos diagnósticos seguirá en términos generales la norma de formular el diagnóstico anatómo-patográfico, y el etiológico.-

- C) Notas de Evolución y solicitudes de exámenes complementarios: Las notas de evolución deben contener la secuencia y el resumen crítico de la historia clínica, empezando con los datos que fundamentan el diagnóstico presunto, después de buscar que estén completos los renglones de fecha nota, diagnóstico, evolución, ordenes y tratamiento, que se le haya practicado una visita diaria al enfermo hospitalizado, y que estén anotados dichos datos, así como que se encuentre intercaladas las observaciones del personal residente -en los casos de - urgencia- o durante visitas vespertinas y nocturnas. -- En la consulta externa se buscará además, que coincidan con las citas que aparecen anotadas, en la forma de control respectiva.-

Los datos de laboratorio deben contener las razones o - la orientación clínica necesaria por las cuales se efectuaron; su interpretación de acuerdo con el diagnóstico y sus resultados deben haber orientado al tratamiento - del caso.-

La consulta al especialista correspondiente debió haber sido obligatoria en todos los casos en que se efectuó - una operación prolongada. Asimismo, debió hacerse pedido la consulta a los diferentes especialistas cuando se encuentre justificado su concurso, para el diagnóstico o tratamiento de un enfermo.-

//////////

2. Tratamiento

En el capítulo de tratamiento deberá constatarse que el tratamiento haya sido el indicado, y definir cuando haya sido inútil o contraindicado; asimismo evaluar especialmente los capítulos principales referentes a antibióticos, narcóticos, sedantes, sueros, -- corticoesteroides, transfusiones y otros.--

En lo que respecta a la dosificación si ha sido excesiva, insuficiente o justificada, sobre todo, de -- acuerdo con las normas aprobadas por el ejercicio de la profesión médica en el Instituto.--

En los casos quirúrgicos, los renglones relativos a medicina y dosis, corresponderán a los de evaluación del tratamiento quirúrgico y evolución del mismo, -- respectivamente; en el primero se clasificará si la operación era la indicada y si se realizó en el momento oportuno y con la técnica aconsejada, por la -- norma de especialidad respectiva y en lo que respecta a evolución, si hubo complicación postoperatoria o muerte del paciente, imputable al procedimiento -- quirúrgico.--

El renglón relativo a duración, se refiere tanto en -- casos médicos como quirúrgicos, a la duración del tratamiento medicamentoso que se instituyó.--

La dieta debe calificarse minuciosamente en todos -- aquellos casos en que forme parte del tratamiento.--

3. Resumen Clínico y Fundamentos diagnósticos - Diagnóstico Diferencial

Se toma como resumen clínico, la síntesis de datos relativos a diagnósticos, tratamiento y evolución, -

//////////

que se consignan en la copia de la forma diseñada, como especial para resumen clínico, conteniendo además, las pruebas efectuadas por los servicios auxiliares - de diagnóstico y su relación con el padecimiento, así como su interpretación en caso necesario. Asimismo la intervención de los servicios auxiliares de tratamiento, y los resultados de la misma.-

4. Estancia en días de hospitalización o duración del --
tratamiento, número y frecuencia de las citas en la -
consulta externa.

En este capítulo, cuando se trate de un enfermo hospitalizado, se tomará en cuenta, en primer lugar, si la internación ha sido oportuna, tardía o impropio, - y en segundo lugar, si corresponde su estadía a la duración que se podía esperar, en términos generales, - de acuerdo con el padecimiento, tomando en cuenta si esta duración ha sido excesiva o insuficiente, o la - adecuada.-

5. Crítica de los resultados

Considerar si existió relación entre el diagnóstico - presuntivo y el final; comprobando o no con la anatomía patológica.-

Considerar la eficiencia terapéutica y las eventuales complicaciones de la enfermedad o de la terapéutica, - derivados de la anestesia, transfusiones, etc.-

En caso de fallecimiento, sus causas y si las mismas - fueron evitables o no. Además si la autopsia se realizó o no y en caso afirmativo, los hallazgos en relación con las consideraciones del caso.-

//////////

En caso de parto, la estructura de la atención del -- mismo y la eventual morbinatalidad materna y perina-- tal.-

6. Presentación pulcra y correcta de la Historia Clínica

Este renglón se refiere especialmente a la forma de - presentación, al orden, arreglo de las hojas adiciona les, si la Historia Clínica está escrita, con letra - legible o a máquina, y usada la terminología técnica- aceptada, así como en correcto idioma.-

3.5 Procedimientos para la Selección y Revisión de Historias -- Clínicas

Pueden adoptarse distintos criterios para la selección y re- visión de las historias clínicas.-

En un principio pueden revisarse todas las Historias Clíni- cas, particularmente en su aspecto formal y estructura para considerar:

- Entrega oportuna y consecutiva al egreso del paciente (de- be fijarse un plazo máximo para la entrega de la Historia Clínica al archivo).-
- Pulcritud y ordenamiento de la Historia Clínica y sus do- cumentos complementarios.-
- Complementación de los requisitos y secuencias de la aten- ción médica y su registro en la Historia Clínica (Anamne- sis, examen físico, interconsultas, indicaciones, diagnós- tico y terapéutica, control de evolución, y de tratamien- to, protocolo quirúrgico, anestesia y de parto, considera- ciones diagnósticas y terapéuticas, comentarios, contro- les ulteriores).-
- En una etapa ulterior, análisis en profundidad de las His- torias Clínicas (muestra aleatoria o deliberada) para con

//////////

siderar la calidad de la atención en relación con las normas y criterios previamente establecidos y convenidos.-

En tal caso, la Auditoría puede (según los servicios incorporados a la misma) considerar en particular un mínimo de Historias Clínicas en forma mensual (en sesiones semanales) -- conforme al siguiente esquema tentativo:

a) Cirugía

1. Toda la cirugía general.-
2. Toda la cirugía inoperable.-
3. Casos de cirugía otorrinolaringológica.-
4. Una Historia de Oftalmología (o más según los casos).-
5. Una Historia de Odontología (en tal caso debe asistir al Comité, un Odontólogo).-
6. Las Historias de Cirugía torácica (y de neurocirugía si se efectúan).-
7. Una o dos Historias de ortopedia y traumatología.-
8. Una Historia de urología.-
9. Todas las defunciones.-
10. Todas las infecciones post-operatorias.-
11. Los casos de interés docente o con fines estadísticos.-
12. Otros que la Auditoría considere de interés.-

b) Medicina Interna

1. Todas las defunciones.-
2. Todas las infecciones o complicaciones.-
3. Todas las estadias prolongadas.-
4. Una o dos Historias por interconsultas.-
5. Todos los casos de interés docente o estadístico.-

c) Pediatría

Idem Medicina Interna.-

d) Obstetricia y Ginecología

1. Todas las defunciones maternas.-

////////////////

2. Todas las defunciones perinatales.-
3. Todas las cesáreas y partos patológicos (forceps - vacuna).-
4. Todos los partos complicados (incluidos infecciones).-
5. Un porcentaje de todos los nacimientos.-
6. Toda la cirugía ginecológica.-
7. Los casos de interés docente o estadístico.-

**3.6 Información que brinda al Hospital y al Cuerpo Profesional-
un Programa de Auditoría Médica, unido al de Estadística --
Hospitalaria**

En términos generales, los aspectos más salientes son:

1. Utilización de los recursos

- Porcentaje ocupacional
- Días de estada
- Velocidad de giro
- Uso de las consultas
- Interconsultas
- Otros

2. Estructura de la atención

- Distribución de los egresos según diagnósticos y prácticas.-
- Prácticas diagnósticas y terapéuticas efectuadas.-
- Tasa de cesáreas.-
- Tasa de transfusión.-
- Uso y abuso de medicamentos, antibióticos, psico-drogas etc.-
- Operaciones en Anatomía Patológica y tasa de tejidos normales extirpados (cirugía innecesaria).-
- Uso de la autopsia. Resultados.
- Eficiencia diagnóstica (diagnóstico clínico y anatomía patológica).-
- Eficiencia terapéutica.-
- Otras.-

////////////////

3. Complicaciones hospitalarias

- Post-operatorias
- Infecciosas
- Anestésicas
- Transfusiones
- Del parto
- Estado al egreso

4. Mortalidad

- Mortalidad hospitalaria
- Mortalidad operatoria
- Materna
- Mortalidad perinatal

3.7 Implementación del Programa

3.7.1 Presentación del Programa a los profesionales

Esta base de la implantación de los Comités de Auditoría Médica y de Historia Clínica es fundamental, ya - que implica la divulgación y conocimiento del siste-- ma, de sus propósitos y alcances su mecanismo y resul- tados esperados. Con ello se propone provocar el inte- rés ante los programas y obtener su colaboración am- pla y su participación activa en la tarea.-

El conocimiento de las ventajas y su comprensión por- el cuerpo profesional, son factores decisivos para a- segurar el éxito del programa.-

Involucra las siguientes actividades:

1. Reunión personal del grupo asesor de Región con -- las autoridades y profesionales del establecimiento a los efectos de informar sobre:
 - . Objetivos

////////////////

- . Organización, funcionamiento, procedimientos y programación de actividades de los Comités.-
 - . Resultados esperados, ventajas del sistema (incluye empleo de diapositivas, documentos, etc.).-
2. Discusión con los profesionales sobre el procedimiento a seguir para la implantación, funcionamiento y evaluación de los programas.-
 3. Entrega del material bibliográfico, ilustrativo e informativo sobre el tema.-
 4. Visitas periodísticas para supervisar y asesorar en base a lo observado y experiencia recogida, - valoración de los resultados obtenidos y discusión en eventuales reajustes.-

3.7.2 Organización de los Comités

Conforme a lo establecido en el Documento 1 (Auditoría - Historia Clínica) se complementarán los programas de creación y organización de los Comités referidos.-

- En una primera etapa, se considera que ambos Comités deben constituir un Comité conjunto: "Comité de Historia Clínica y de Auditoría Médica".-
- En segundo lugar, se considera que en la primera etapa, hasta que el proceso esté suficientemente desarrollado, se debe comenzar la experiencia con un servicio, particularmente el de mayor actividad y donde se encuentre la mayor disposición del cuerpo médico.-

3.7.3 Condiciones básicas o importantes para obtener la Auditoría Médica

- Organización eficiente del sistema de registro y-

////////////////

- archivo de la documentación clínica que asegure una circulación y oportuno fácil acceso a la Historia - Clínica, por parte del Comité de Auditoría Médica.-
- Historia Clínica única (consulta externa e interna- ción)
 - Cuerpo Médico agrupado, con Consejo Técnico Asesor- y otros Comités de Historia Clínica, Biopsias, Tera- péuticas, Admisión, Utilización del Hospital.-
 - Residentes y rotatorios
 - Actitud favorable del Cuerpo profesional, para par- ticipar y colaborar con los programas de Auditoría- Médica y de Historia Clínica.-

**3.7.4 Evaluación y apoyo permanente de la Región al Progra-
ma**

- Facilidades y asesoramiento
- Entrenamiento y adiestramiento de personal
- Entrega de material en cantidad y oportunidad (His- toria Clínica, Formularios, etc.).-

3.7.5 Cronograma de actividades

4. INTERNACION

. Items a Considerar

- AUDITORIA MEDICA -

4. Internación - Ítems a Considerar

1 - DÍAS DE ESTADA

1.1 Permanencia

1. Adecuada
2. Inadecuada
3. Excesiva, no justificada
4. Excesiva, justificada

	Hospital (falta de recursos oportunos)
	Paciente
<u>Causas</u>	Enfermedad (complicada)
	Factores sociales

TOTAL DIAS EXCEDIDOS

2 - ADMISSION

1. Necesaria
2. Innecesaria
3. Emergencia necesaria
4. Emergencia innecesaria

3 - DIAGNOSTICO

3.1 Los datos de la Historia y las Conclusiones Diagnósticas apoyan el Diagnóstico

1. Completamente
2. Relativamente
3. De ninguna manera
4. No se puede juzgar por falta de información

3.2 Relación entre el Diagnóstico al ingreso y el Diagnóstico final

1. Coincidente, justificado
2. Coincidente, sin confirmación suficiente
3. No coincidente, justificado
4. No coincidente, sin justificación suficiente
5. No se puede juzgar por falta de información

3.3 Diagnóstico Final

1. Completo y correcto
2. Terminología, incorrecta
3. No consignado

3.4 Diagnóstico Final y Patológico

1. Coincidente
2. No coincidente
3. Otro

4 - UTILIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

1. Adecuada
 2. Excesiva
 3. Insuficiente
 4. Inconsistente, o no relacionada
 5. No se puede juzgar por falta de información
- (Puede hacerse para cada Procedimiento en Particular).-

1. Laboratorio
2. Radiología
3. Interconsulta
4. Monitoreo cardíaco

5 - TRATAMIENTO

5.1 Cirugía

1. Justificado
2. Innecesaria o injustificada (falta de relación con la anatomía patológica)
3. Procedimiento incorrecto
4. Procedimiento correcto
5. Dejó de realizarse alguna cirugía indicada
6. No se puede juzgar por falta de información

5.2 Cuidado Post-Operatorio

1. Correcto
2. Incorrecto
3. No se puede juzgar por falta de información

5.3 Parto

1. Normal
2. Patológico
3. Cesárea

Procedimiento justificado

Procedimiento injustificado

5.4 Transfusiones de Sangre (o sedimento globular)

1. Justificadas
2. Excesivas
3. Insuficientes
4. Complicaciones por la transfusión
5. No se puede juzgar por falta de información

5.5 Antibióticos

1. Justificados - clínicamente
- antibiograma-cultivo
2. Excesivos
3. Insuficientes
4. No correspondientes al diagnóstico
5. No se puede juzgar por falta de información

5.6 Narcóticos - Psicodrogas - Sedantes

1. Justificados
2. Excesivos
3. Insuficientes
4. No se puede juzgar por falta de información

5.7 Anticoagulantes

1. Justificados
2. No justificados
3. No controlados suficientemente
4. No se puede juzgar por falta de información

5.8 Fluidos y Electrolitos

1. Justificados
2. No justificados
3. No controlados suficientemente
4. No se puede juzgar por falta de información

5.9 Corticosteroides

1. Justificados
2. No justificados
3. No controlados suficientemente
4. No se puede juzgar por falta de información

5.10 Reguladores y cardiotónicos

1. Justificados
2. No justificados
3. No controlados suficientemente
4. No se puede juzgar por falta de información

5.11 Otros Medicamentos

1. Justificados
2. No justificados
3. No controlados suficientemente
4. No se puede juzgar por falta de información

5.12 Cuidado y Terapia Intensiva

1. Justificada
2. Injustificada
3. Estadía excesiva
4. Insuficientemente controlada
5. No se puede juzgar por falta de información

5.13 Evaluación Central del Tratamiento

Los datos de la Historia Clínica justifican el tratamiento

1. Completamente
2. Relativamente
3. De ninguna manera
4. No se puede juzgar por falta de información

6 - EVOLUCION

1. Evolución controlada
2. Evolución no controlada suficientemente
3. Evolución no registrada adecuadamente

7 - COMPLICACIONES

1. Ninguna
2. Propias de la Enfermedad
3. Infección Hospitalaria
4. Introgénicas
 - por transfusiones
 - por anestesia
5. Otra
6. Podrían provenirse
 1. Si
 2. Probablemente
 3. Dificilmente o no

8 - EN CASO DE FALLECIMIENTO

8.1

1. No evitable
2. Probablemente no evitable
3. Probablemente evitable
4. Evitable

8.2 Tipo de Fallecimiento

1. Quirúrgico
2. Anestésico
3. Obstétrico
4. Médico
5. Post-transfusión o no

8.3 Mortalidad Perinatal

1. No evitable
2. Probablemente no evitable
3. Probablemente evitable
4. Evitable

8.4 Mortalidad Materna (Idem anterior)

9 - AUTOPSIA

1. Realizada
2. No realizada

- EVALUACION GENERAL DE LA ATENCION HOSPITALARIA Y MEDICA -

1. Excelente
2. Adecuada
3. Regular
4. Deficiente

MIEMBROS DEL COMITE

FECHA

5. HISTORIA CLINICA

- Modelo Minimo
- Modelo Nacional

HISTORIA CLINICA N°				ESTABLECIMIENTO			
IDENTIFICACION DEL PACIENTE				AFILIADO N°			
PARTICULAR				ABRE DE LA OBRA SOCIAL			
Apellido y Nombre		Grupo Sanguíneo Factor Rh (D)		SEXO 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Femenino		FECHA DE NACIMIENTO	
						Día Mes Año	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°		Nacionalidad		Estado Civil		Pertenece a otra Mutual ?	
LE <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/>				1 <input type="checkbox"/> Soltero 2 <input type="checkbox"/> Casado 3 <input type="checkbox"/> Viudo 4 <input type="checkbox"/> Separado 5 <input type="checkbox"/> Otro		No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	
Domicilio: Calle y N°		Localidad		Partido		T.E.	
Cambio de Domicilio: Calle y N°		Localidad		Partido		T.E.	
Cambio de Domicilio: Calle y N°		Localidad		Partido		T.E.	
En caso de necesidad avisar a:		Localidad		Partido		T.E.	
INTERNACION		Apellido y Nombre del Médico que ordenó la internación		Matrícula N°		Fecha de la operación más importante	
						Día Mes	
Edad a la admisión		Fecha de ingreso		Estado al egreso		2 <input type="checkbox"/> MUERTO	
1 <input type="checkbox"/> Años		Día Mes Año		1 <input type="checkbox"/> VIVO		1 <input type="checkbox"/> Con autopsia	
2 <input type="checkbox"/> Meses		Fecha de egreso		1 <input type="checkbox"/> Alta definitiva		2 <input type="checkbox"/> Sin autopsia	
3 <input type="checkbox"/> Días		Día Mes Año		2 <input type="checkbox"/> Alta transitoria		3 <input type="checkbox"/> En sala de operaciones	
Total días de estadía				3 <input type="checkbox"/> Traslado a otro establecimiento		4 <input type="checkbox"/> Post-operatorio	
				4 <input type="checkbox"/> Otro			
Operación o práctica más importante		Cirurgano de la operación o práctica más importante		Diagnóstico confirmado con anatomía patológica			
Operaciones o prácticas adicionales		Apellido y Nombre		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Matrícula N°					
Diagnóstico que produjo la internación							
Diagnóstico principal							
Diagnósticos adicionales							
ANAMNESIS							
Ordenamiento							
Anamnesis							
1. Motivo de consulta							
2. Enfermedad actual							
3. Antecedentes Patológicos							
a) Infancia							
b) Adulto							
c) Operaciones							
d) Traumas							
4. Antecedentes familiares							
5. Antecedentes Socio-Económicos							

[illegible]

INTERCONSULTAS (Informe del o los médicos consultados)

[illegible]

FOJA QUIRURGICA

(ENOLUTE ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - GINECOLOGIA - OBSTETRICIA - PARTO Y OTROS)

CIRCUJANO	1er. Ayudante	2do. Ayudante	3er. Ayudante
.....

Fecha de la operación

Día	Mes	Año

 HORA: Operación comenzó Terminó

PARTI QUIRURGICO

DIAGNOSTICO
QUIMICO

Diagnóstico confirmado con anatomía patológica	Código de operaciones												Firma del cirujano
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

ANESTHESIA

ANESTESISTA:

Apellido y nombre	Firma del anestesista
-------------------	-----------------------

Inducción	Anestesia:		Hemoterapia:		OBSERVACIONES:
1 <input type="checkbox"/> Tormentosa	1 <input type="checkbox"/> Ninguna	5 <input type="checkbox"/> Espinal	1 <input type="checkbox"/> Sangre	<input type="text"/> cm3	
2 <input type="checkbox"/> Prolongada	2 <input type="checkbox"/> Inhalatoria	6 <input type="checkbox"/> Regional	2 <input type="checkbox"/> Plasma	<input type="text"/> cm3	
3 <input type="checkbox"/> Satisfactoria	3 <input type="checkbox"/> Peridural	7 <input type="checkbox"/> Local	3 <input type="checkbox"/> Suero	<input type="text"/> cm3	
	4 <input type="checkbox"/> Intravenoso	8 <input type="checkbox"/> Otra	4 <input type="checkbox"/> Otro	<input type="text"/> cm3	

RECIENTE NACIDO VIVO SI ☐ No ☐ TALLA Cms. PESO Kgs. CIRCUNFERENCIA CEFALICA Cms.

ESTADO ACTUAL Y EVOLUCION

.....

.....

.....

.....

.....

COMENTARIOS- EPICRISIS Y ALTA

.....

Firma del Médico Tratante

Rx:	N°
-----	----------

AFILIADO Nº	
H.C. Nº	

APELLIDO Y NOMBRES		MASCULINO: <input type="checkbox"/>	FEMENINO: <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO:	
		CIUDAD O PUEBLO	Pcia.
NOMBRE DE LA MADRE:		C.I. <input type="checkbox"/>	L.E. <input type="checkbox"/> L.C. <input type="checkbox"/> M°

FECHA	DOMICILIO HABITUAL DEL PACIENTE	TELEFONO

NOMBRE Y DIRECCION DEL PARIENTE O AMIGO	TELEFONO

[illegible]

[illegible]

ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO

APELLIDO Y NOMBRES:

H.C. Nº:

PESO:

ESTATURA:

PRESION SANGUINEA:

ORDENAMIENTO

A. ANAMNESIS

1. MOTIVO DE CONSULTA
2. ENFERMEDAD ACTUAL
3. ANTECEDENTES

PATOLOGICOS

- a) INFANCIA
- b) ADULTO
- c) OPERACIONES
- d) TRAUMAS

4. ANTECEDENTES

FAMILIARES

5. ANTECEDENTES

SOCIO-ECONOMICOS

B. EXAMEN FISICO

1. EXAMEN GENERAL
2. PIEL
3. CRANEO. OJOS. OIDOS
NARIZ. GARGANTA
4. CUELLO
5. APARATO
RESPIRATORIO
6. APARATO
CARDIOVASCULAR
7. APARATO
GASTROINTESTINAL
8. APARATO
GENITOURINARIO
9. EX. GINECOLOGICO
10. APARATO LOCOMOTOR
11. EX. NEUROPSIQUIA-
TRICO
12. TACTO RECTAL

C. DIAGNOSTICO

1. FIRMA
2. FECHA

ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO

EVOLUCION

APELLIDO Y NOMBRES

H.C.Nº

ORDENAMIENTO

1. FECHA Y HORA
DE EXAMEN
2. ESTADO DE LOS SIN-
TOMAS Y SIGNOS PO-
SITIVOS ANOTADOS
PREVIAMENTE
3. NUEVOS SINTOMAS
Y SIGNOS
4. COMPLICACIONES
5. MODIFICACION DE
DIAGNOSTICO
6. CONTROL DE
TRATAMIENTO
7. RESULTADO DEL
TRATAMIENTO
8. INDICACIONES
TERAPEUTICAS Y
OBSERVACIONES
9. FIRMA DEL PROFESIONAL

This image shows a completely blank white page. It is surrounded by a thick black border, which appears to be the edge of a scanner or a frame. There are no markings, text, or illustrations on the page itself. A few very small, isolated dark pixels are visible upon close inspection, likely due to scanning artifacts.

PRESCRIPCIONES Y ORDENES MEDICAS

APELLIDO Y NOMBRES:	H.C.Nº
---------------------	--------

[illegible]

PRESCRIPCIONES Y ORDENES MEDICAS

[illegible]

ENFERMERIA

APELLIDO Y NOMBRES:	H.C.Nº
---------------------	--------

[illegible]

ENFERMERIA

[illegible]

TRATAMIENTO

60 SANGRE ENTERA

ANOTE EL NUMERO DE
TRANSFUSIONES EFECTUADAS
(NO CONSIDERE MAS
DE NUEVE TRANSFUSIONES)

62

- 1 ☐ PENICILINA Y/O
ESTREPTOMICINA
- 2 ☐ CLORAMFENICOL Y/O
TETRACICLINA
- 3 ☐ OTRO

63

- 1 ☐ ANTIDIABETICOS
- 2 ☐ HORMONAS
- 3 ☐ CORTICOESTEROIDES
- ☐ COMBINACIONES

65

- 1 ☐ SEDANTES ANTIESPASMODICOS
Y ANALGESICOS
- 2 ☐ OPIACEOS
- 3 ☐ TRANQUILIZANTES
- 4 ☐ COMBINACIONES

66

- 1 ☐ DIURETICOS
- 2 ☐ REGULADORES CARDIACOS
- 3 ☐ ANTICOAGULANTES
- 4 ☐ COMBINACIONES

67

- 1 ☐ RADIACIONES
- 2 ☐ QUIMIOTERAPIA
ANTICANCEROSA
- 3 ☐ AMBOS

61

- 1 ☐ FLUIDOS PARENTERALES
- 2 ☐ PLASMA
- 3 ☐ AMBOS

64

- 1 ☐ VASODILATADORES
- 2 ☐ HIPOTENSORES
- 3 ☐ HIPERTENSORES
- 4 ☐ COMBINACIONES

68

- 1 ☐ TERAPIA FISICA
- 2 ☐ SHOCK TERAPIA
- 3 ☐ OTRO

INTERCONSULTA

APELLIDO Y NOMBRES

H.C. Nº:

SERVICIO

SALA

CAMA Nº

PEDIDO DE CONSULTA A:

MEDICO ó SERVICIO

PROCEDIMIENTO ó EXAMEN SOLICITADO:

RESUMEN CLINICO:

FECHA

HORA

FIRMA DEL MEDICO CONSULTANTE

INFORME DE CONSULTA

PROCEDIMIENTO ó EXAMEN EFECTUADO:

DIAGNOSTICO Y RECOMENDACIONES:

INTERCONSULTA

FECHA

HORA

FIRMA DEL MEDICO CONSULTADO

HOJA DE: _____

APELLIDO Y NOMBRES:		H.C. N°:
SERVICIO:	SALA:	CAMA N°:

HOJA DE: _____

ANESTESIA

APELLIDO Y NOMBRES :			H. C. N° :
SERVICIO :	SALA :		CAMA N° :
FECHA :	EDAD :	SEXO :	PESO :
PREMEDICACION :			HORA :
HALLAZGOS FISICOS ANORMALES :			

INDUCCION

SATISFACTORIA ☐

PROLONGADA ☐

TORMENTOSA ☐

PLANO de 3er. ESTUDIO	
RESP: .	
PULSO: ○	
OPERAC. □	
ANEST. X	
HORA de las OBSERV.	
FLUIDOS	

AGENTES ANESTESICOS:

MÉTODOS ANESTÉSICOS:

RECUPERACIÓN:

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL ANESTESISTA

HEMOTERAPIA:

SANGRE: 6 cm.

PLASMA: cm^3

SUERO: cm.³

OBSERVACIONES:

FOJA QUIRURGICA

APELLIDO Y NOMBRES:

H.C.Nº:

CIRUJANO: _____ 1^{ER} AYUDANTE _____

2^{DO} AYUDANTE _____ 3^{ER} AYUDANTE _____

FECHA: _____ HORA: OPERACION COMENZO: _____ TERMINO: _____

ORDENAMIENTO

1. DIAGNOSTICO
PREOPERATORIO
2. DIAGNOSTICO
POST-OPERATORIO
3. PROCEDIMIENTO
QUIRURGICO
4. OPERACION
Y HALLAZGOS
5. FIRMA

TRABAJO DE PARTO

APELLIDO Y NOMBRE

H.C. Nº

SIGNOS
VITALES

TEMPERATURA:

PULSO:

RESPIRACION:

PRESION SANGUINEA:

FECHA:

EDAD:

GESTA:

PARIDAD:

SITUACION:

POSICION:

PRESENTACION:

PSICOPROFILATICO: SI-NO

GRUPO SANGUINEO: MADRE:
PADRE:

SEMANAS DEL EMBARAZO

COMIENZO DEL PARTO: ESPONTANEO - INDUCIDO

TERMINACION DEL PARTO: NATURAL

ARTIFICIAL: VACUUM

FORCEPS

VERSION

EXTRACCION PELVIANA

CESAREA

EPISIOTOMIA:

INDICACION DE LA INTERVENCION:

PARTO

MEDICO

ASISTENTE

ENFERMERA

ANESTESISTA

[illegible]

FICHA DEL RECIEN NACIDO.

APELLIDO Y NOMBRES del NIÑO:

H.C. Nº:

TALLA:

cms.

PESO:

cms.

CIRCUNFERENCIA TORAXICA

cms.

CIRCUNFERENCIA CEFALICA

cms.

ORDENAMIENTO

1. ASPECTO GENERAL:

- MADUREZ
- ACTIVIDAD
- TONO
- COLOR, ETC.

2. PIEL

- ERUPCIONES
- COLOR, ETC.

3. CABEZA - CUELLO

4. OJOS

5. NARIZ - GARGANTA OIDOS - BOCA.

6. TORAX

7. PULMONES

8. CORAZON

9. ABDOMEN:

- CORDON

10. GENITALES

11. TRONCO - COLUMNA

12. EXTREMIDADES

13. REFLEJOS

- LLANTO
- SUCCION
- DEGLUCION

14. ANO

FICHA DEL RECIEN NACIDO ANOMALIAS CONGENITAS

EDAD DE LA MADRE :	EDAD DEL PADRE :	Nº ORDEN DEL NACIMIENTO :	SON LOS PADRES PRIMOS HERMANOS:
			SÍ: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>

HAY EN LA FAMILIA OTRO CASO DE MALFORMACION:

PARTE A

- | | | |
|-----------------------|-------------------------|---------------------------|
| 1. MONGOLISMO | 11. PALADAR HENDIDO | 21. ACINDROPLASIA |
| 2. ANENCEFALIA | 12. OMFALOCELE | 22. ARACNO DACTILIA |
| 3. HIDROCEFALIA | 13. CADERA LUXADA | 23. OSTEOPENIA IMPERFECTA |
| 4. ESPINA BIFIDA | 14. ATRESIA INTESTINO | 24. POLIDACTILIA |
| 5. ANO MICROFTALMIA | 15. ANO IMPERFORADO | 25. SINDACTILIA |
| 6. MICROCEFALIA | 16. FISTULA TRAQ. ESOF. | 26. FOCOMELIA |
| 7. CATARATA CONGENITA | 17. AGENESIA PULMONAR | 27. PARALISIS CEREBRAL |
| 8. OPACIDAD CORNEANA | 18. SEUDO HERMAFRODIT. | 28. ALBINISMO |
| 9. OREJA MAL FORMADA | 19. HIPOSPADIAS | 29. ICTIOSIS |
| 10. LABIO LEPORINO | 20. PIEL BOT | 30. OTRA |

PARTE B

DESCRIPCION DE LAS ANOMALIAS:

APELLIDO Y NOMBRES:		H.C. Nº:
15		
14		
13		
12		
11		
10		
9		
8		
7		
6		
5	<p>PEGAR ORDENADAMENTE LOS INFORMES DE LABORATORIO ORIGINALES DESDE ABAJO HACIA ARRIBA COMENZANDO POR ESPACIO N° 1.</p>	
4		
3		
2		
1		

[illegible]

APELLIDO Y NOMBRES:	SERVICIO:	SALA:	CAMA N°:	H.C. N°:
---------------------	-----------	-------	----------	----------

FECHA																																	
DIAS DE ESTADIA				16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
	T	P	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T
	240	160	41.0																														
	220	150	40.5																														
	200	140	40.0																														
			39.5																														
	160	120	39.0																														
			38.5																														
	120	100	38.0																														
			37.5																														
	60	80	37.0																														
			36.5																														
	40	60	36.0																														
ORINA																																	
HECES																																	
INGESTA DE LIQUIDOS																																	
PESO.																																	

FeSO.

**6. REGISTRO DE EGRESOS HOSPITALARIOS
(R.E.H.)**

• Formulario

RESUMEN DE ACTIVIDADES SANATORIALES

Diagnóstico que produjo la internación				Admisión	
Diagnóstico principal				1 <input type="checkbox"/> Emergencia	
Diagnósticos adicionales				2 <input type="checkbox"/> Urgente	
				3 <input type="checkbox"/> Selectiva	
Operación o práctica más importante		Fecha de la operación más importante		Duración del preoperatorio	
Operaciones o prácticas más importantes		Día Mes Año		Días	
				Complicaciones	
				1 <input type="checkbox"/> Infección Hospitalaria	
				2 <input type="checkbox"/> Otra complicación Hospitalaria	
Anestesia de		Anatomía Patológica efectuada		Estado al egreso	
1 <input type="checkbox"/> Ninguna		1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No		1 <input type="checkbox"/> VIVO	
2 <input type="checkbox"/> Inhalatoria		Resultado		2 <input type="checkbox"/> MUERTO	
3 <input type="checkbox"/> Peridural		1 <input type="checkbox"/> Tumor maligno		1 <input type="checkbox"/> Alta definitiva	
4 <input type="checkbox"/> Intravenosa		2 <input type="checkbox"/> Tumor no maligno		2 <input type="checkbox"/> Alta transitoria	
5 <input type="checkbox"/> Espinal		3 <input type="checkbox"/> Tejido inflamatorio agudo		3 <input type="checkbox"/> Traslado a otro establecimiento	
6 <input type="checkbox"/> Regional		4 <input type="checkbox"/> Otra enfermedad		4 <input type="checkbox"/> Otro	
7 <input type="checkbox"/> Local		5 <input type="checkbox"/> No identificado		5 <input type="checkbox"/> Curado	
8 <input type="checkbox"/> Otra				6 <input type="checkbox"/> Mejorado	
				7 <input type="checkbox"/> Igual	
				8 <input type="checkbox"/> Peor	
En caso de accidentes, envenenamientos (intoxicaciones), quemaduras y violencias					
Intoxicación (envenenamientos)		Quemaduras		Heridas y Traumatismos	
1 <input type="checkbox"/> Accidental - Trabajo		1 <input type="checkbox"/> Accidental - Trabajo		1 <input type="checkbox"/> Accidental - Trabajo	
2 <input type="checkbox"/> Voluntaria		2 <input type="checkbox"/> Voluntaria		2 <input type="checkbox"/> Voluntaria	
3 <input type="checkbox"/> Intencional (Criminal)		3 <input type="checkbox"/> Intencional (Criminal)		3 <input type="checkbox"/> Intencional (Criminal)	
Lugar donde ocurrió		Causa o Circunstancia			
1 <input type="checkbox"/> Vía Pública		1 <input type="checkbox"/> Automóvil			
2 <input type="checkbox"/> Fábrica-Taller		2 <input type="checkbox"/> EFCC			
3 <input type="checkbox"/> Escuela		3 <input type="checkbox"/> Caída			
4 <input type="checkbox"/> Domicilio		4 <input type="checkbox"/> Explosión-Incendio			
5 <input type="checkbox"/> Deporte-Recreación		5 <input type="checkbox"/> Arma (Fuego-Blanca)			
6 <input type="checkbox"/> Oficina		6 <input type="checkbox"/> Objeto contundente			
7 <input type="checkbox"/> Otro (Especificar)		7 <input type="checkbox"/> Otro (Especificar)			
INVESTIGACIONES Y TRATAMIENTOS					
PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS			TRATAMIENTOS		
29 Laboratorio		32 Gástrico-Heces		44 Cuidado intensivo o Unidad coronaria	
1 <input type="checkbox"/> Orina completa		1 <input type="checkbox"/> Quimismo gástrico		1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No	
2 <input type="checkbox"/> Orina parcial		2 <input type="checkbox"/> Sangre en heces		Total días	
3 <input type="checkbox"/> Addis		3 <input type="checkbox"/> Parasitológico de heces		45 Intubación	
4 <input type="checkbox"/> Glucemia		33 Análisis bacteriano		1 <input type="checkbox"/> gastrointestinal	
5 <input type="checkbox"/> Uremia		1 <input type="checkbox"/> Extendido		46 Fluidos parenterales	
30 Hepatograma		2 <input type="checkbox"/> Cultivo		1 <input type="checkbox"/> Expansores plasmáticos	
2 <input type="checkbox"/> Proteinemia		3 <input type="checkbox"/> Antibiógrama		3 <input type="checkbox"/> Origenoterapia	
3 <input type="checkbox"/> Proteinemia electroforética		4 <input type="checkbox"/> Inoculación al cobayo		4 <input type="checkbox"/> Expectorantes-broncodilatadores y mucolíticos	
4 <input type="checkbox"/> Colesterolemia		34 Otros		1 <input type="checkbox"/> Insulina	
5 <input type="checkbox"/> Transaminasas		1 <input type="checkbox"/> L.C.R.		2 <input type="checkbox"/> Antidiabéticos (orales)	
6 <input type="checkbox"/> Ictograma		2 <input type="checkbox"/> Iodo proteico		3 <input type="checkbox"/> Hormonas	
31 Serología		3 <input type="checkbox"/> Toxicológico		4 <input type="checkbox"/> Corticosteroides	
1 <input type="checkbox"/> Widal		4 <input type="checkbox"/> Machado Guerreiro		5 <input type="checkbox"/> ACTH	
2 <input type="checkbox"/> Huddleson		35 Endoscopia		1 <input type="checkbox"/> Cardiotónicos	
3 <input type="checkbox"/> Proteínas C reactiva		2 <input type="checkbox"/> Fondo de ojo		2 <input type="checkbox"/> Coronarodil.	
4 <input type="checkbox"/> Factor reumatoideo		36 Número de Interconsultas		3 <input type="checkbox"/> Vasodilatad.	
Sifilis				4 <input type="checkbox"/> Vasopresores	
5 <input type="checkbox"/> VDRL				5 <input type="checkbox"/> Antiarrítmicos	
6 <input type="checkbox"/> Wasserman				6 <input type="checkbox"/> Hipotensores	
7 <input type="checkbox"/> Kahn				7 <input type="checkbox"/> Diuréticos	
8 <input type="checkbox"/> Otra					
43 OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS (Indicar)			58 OTROS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS (Indicar)		
01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/>			06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>		
11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/>			16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/>		
21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/>			26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/>		
31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/>			36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/>		
41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/>			46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/>		
51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/>			56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/>		
61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/>			66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/>		
71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/>			76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/>		
81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/>			86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/>		
91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/>			96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/>		
Continúa Internado ?					
1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No					
USO IOMA					
No Muestras					
Reparo 1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No					
(Iniciales)					
Codificador (Iniciales)					
Verificador (Iniciales)					
Perforación					
Nº de lote					

IOMA RESUMEN DE ACTIVIDADES SANATORIALES

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE
LAS PRIMERAS JORNADAS NACIONALES-
DE AUDITORIA MEDICA COMPARTIDA

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

DE LAS

PRIMERAS JORNADAS NACIONALES

DE

AUDITORIA MEDICA COMPARTIDA



LA PLATA

1970

EL PLENARIO DE LAS PRIMERAS JORNADAS NACIONALES DE AUDITORIA MEDICA COMPARTIDA, CONSIDERANDO -- LOS APORTES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LOS DISTINTOS GRUPOS DE TRABAJO QUE HAN ACTUADO SOBRE EL TEMARIO PROPUESTO, COINCIDEN EN LAS SIGUIENTES

CONCLUSIONES:

- 1° - Que la AUDITORIA MEDICA es la evaluación realizada - por médicos, de la calidad de la atención médica pres tada, sobre la base de los datos suministrados por la documentación clínica.
- 2° - Que su objeto es promover el perfeccionamiento del - nivel de la atención médica. Constituye un valioso - instrumento para la educación continuada basada en - el mecanismo de la autocrítica e integrando a todo - el cuerpo médico comprometido en la atención brinda da.
- 3° - Que debe diferenciarse la AUDITORIA MEDICA de la fig calización, control y/o supervisión de las prestacio nes, cuya importancia no se desconoce, pero que de-- ben operar en forma independiente de aquella.
En consecuencia, en el proceso de AUDITORIA no co--- rresponde la aplicación de sanciones ni ninguna otra medida punitiva.
- 4° - La implantación de la AUDITORIA MEDICA puede cumpli rse por etapas, de acuerdo a las situaciones regiona les o locales, y teniendo en cuenta que las condicio nes de los establecimientos donde se brindan los ser vicios deben ser las siguientes:
 - a) Adecuada organización del Establecimiento y de su cuerpo médico.
 - b) Organización del SECTOR ESTADISTICAS Y REGISTROS- MEDICOS, como centro de información necesaria, --

accesible y oportuna.

c) Actitud positiva del cuerpo médico para promover e implantar la AUDITORIA MEDICA y los instrumentos que la misma requiere.

5° - Que la organización de los Comité de AUDITORIA MEDICA en los Establecimientos esté de acuerdo con la complejidad e importancia de los mismos, posibilitando la participación de todos los profesionales.

6° - Que las principales modalidades de aplicación de la AUDITORIA MEDICA son las siguientes:

a) AUDITORIA INTERNA: la ejercida por un grupo médico en relación con la calidad de las propias --- prestaciones que realiza .

b) AUDITORIA EXTERNA: la que ejerce un grupo médico ajeno al grupo que realiza las prestaciones, a - solicitud de éste y sin su participación.

c) AUDITORIA MIXTA: la que ejerce un grupo médico - ajeno, pero con participación del grupo médico - solicitante.

d) AUDITORIA COMPARTIDA: la realizada por los sectores vinculados contractualmente, con representación paritaria y a través de sus respectivos --- cuerpos médicos.

7° - Que para hacer posible la instalación de la AUDITORIA MEDICA, constituye un requisito fundamental la implantación y utilización de sistemas de registración médica, con aptitud para proveer información - adecuada, suficiente y oportuna.

8° - Se acepta que la AUDITORIA MEDICA debe utilizar aquellas normas de calidad obtenidas por la investigación y educación médicas y que la experiencia colectiva haya demostrado como eficientes. La adecuación de las normas al lugar y oportunidad será realizado por el cuerpo médico prestador de la atención médica.

En base a las conclusiones precedentemente formuladas, el Plenario resuelve efectuar las siguientes

RECOMENDACIONES:

- 1° - Se considera imprescindible la implantación de la HISTORIA CLINICA UNICA, que para enfermos internados, debe registrar como elementos mínimos los de; identificación; anamnesis, examen físico, diagnósticos, pronóstico, exámenes complementarios, tratamiento, interconsultas, evolución, epicrisis, cuadro clínico y hoja de enfermería.
- 2° - Para la atención ambulatoria, la HISTORIA CLINICA UNICA debe registrar, como mínimo, los siguientes datos: fecha de consulta, elementos de identificación del paciente, signos y síntomas positivos, diagnóstico, pedidos de laboratorio, radiología y otros exámenes complementarios que se juzguen de real interés, sus resultados y el tratamiento propuesto.
- 3° - Que la HISTORIA CLINICA debe ser UNICA, con archivo -- centralizado, accesible para todo el cuerpo profesional. Para esos efectos es necesario que los establecimientos dispongan de los recursos humanos y materiales conducentes para tal finalidad.
- 4° - La AUDITORIA MEDICA debe ser implantada en todo establecimiento donde se brinda atención médica en las condiciones señaladas en las CONCLUSIONES precedentemente formuladas.
- 5° - La AUDITORIA INTERNA es la más aconsejable en cuanto -- contempla en mayor grado los fines de educación y auto crítica médica perseguidos.
- 6° - En los casos en que exista vinculación contractual entre entidades médico-gremiales con Obras Sociales, Mutualidades, Seguros de Atención Médica o similares, -- puede implantarse el sistema de AUDITORIA MEDICA COM-- PARTIDA.

- 7° - Para facilitar los mecanismos de recolección y elaboración de la información básica y la documentación médica que se vinculan con la relación médico-paciente se recomienda la simplificación y unificación de los formularios de las distintas entidades prestatarias - de servicios.
- 8° - A los efectos de promover y mejorar la AUDITORIA MÉDICA se recomienda a las autoridades sanitarias, Colegios de Médicos, Entidades Gremiales Médicas, Escuela de Salud Pública y Facultades de Medicina la organización de cursos sobre la materia.

8. PROGRAMA DE AUDITORIA ODONTOLÓGICA COMPARTIDA

- PROGRAMA DE AUDITORIA ODONTOLÓGICA COMPARTIDA -
(P.A.O.C.)

• **Definición y Propósitos del Programa**

Son similares a los considerados en la Auditoría Médica Compartida.-

• **Estructura General del Programa**

Las acciones se desarrollan a nivel central y deberán difundirse por las Instituciones (Obra Social y Colegio Profesional), pudiéndose tomar como base general y adecuada a la práctica odontológica lo establecido en el Anexo 2, referente a la Auditoría Médica.-

• **Generalidades y Antecedentes**

Son válidos los antecedentes de la Auditoría Médica, descritos en el Apartado 1.-

• **Elementos y Mecanismos**

Los elementos básicos para la Auditoría Odontológica Compartida son:

- Ficha dental
- Normas de trabajo y de Auditoría Profesional.-

Para ello el Comité de Auditoría Odontológica Compartida, acordará el modelo correspondiente, los símbolos y signos a emplearse y determinará además los criterios a utilizar para-

calificar el acto profesional.-

La estructura y funcionamiento del Comité de la Auditoría Odontológica Compartida, serán estructuradas de común acuerdo entre la Obra Social y el Colegio Profesional. Sobre esta base se redactará un reglamento, que puede tomar como base general, el propuesto para la Auditoría Médica - Compartida, adecuándolo a la modalidad de la práctica odontológica.-

ANEXO

- 1. Normas Odontológicas**
- 2. Ficha Bucodental**

- NORMAS PARA ODONTOLOGOS -

Confección de Fichas:

- 1) Se confecciona siempre a nombre del paciente. No omitir número de carnet, domicilio, dependencia donde presta servicios y edad.-
- 2) Asentar en color rojo los tratamientos anteriores, en color azul los que sean necesarios realizar.-

Al confeccionar por primera vez la ficha que debe remitir a la Obra Social, marcará con lápiz rojo las superficies obturadas anteriormente; si la pieza tiene más de una obturación las marcará independientemente en cada superficie; si se trata de obturación compuesta o compleja llenará la superficie comprometida.-

- 3) En el caso de encontrar una pieza ya extraída, en el momento de confeccionar la ficha, marcará sobre el diagrama de la pieza correspondiente dos líneas rojas paralelas y horizontales.-
- 4) Caries curables: marcar con lápiz azul las superficies afectadas de caries; si las lesiones en cada superficie son susceptibles de obturaciones independientes se marcará cada lesión por separado, si se trata de caries que abarca más de una superficie, llenar las superficies comprometidas.-
- 5) Pieza a extraer: se marcará con una línea azul, horizontal, el diagrama de la pieza en esa condición.-
Pieza no erupcionada se marcará con una cruz azul.-
- 6) Indicar la cantidad de dientes existentes al momento de la confección de la ficha.-
- 7) Asentar al dorso de la ficha dental, el día de su confección sin omitir firma del paciente y del profesional.-

- 8) La ficha dental se confecciona por única vez y debe ser enviada junto con la planilla donde se registra. Se confeccionará por duplicado, una remitirla a la Obra Social y la restante quedará en poder del profesional.-

- PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA -

Los datos mencionados serán consignados exclusivamente en las planillas que se proporcionan en la Federación.-

- 1) Debe asentarse por orden cronológico estricto los días de atención de los pacientes.-
- 2) Número de carnet: expedido por la Obra Social, no aceptándose número de legajo o documento de identidad.-
- 3) Las planillas deben ser confeccionadas con letra de imprenta, registrando en primer término el apellido que figura en la credencial y los nombres completos. Cuando una afiliada cambie de estado civil, deberá ser registrada conforme había sido fichada anteriormente. El no cumplimiento de esta cláusula será causal de rechazo.-
Cuando haya transcurrido un período de atención al mismo paciente superior a seis (6) meses, deberá consignarse la fecha en que fue confeccionada la ficha dental.-
Los hijos de los afiliados directos dejan de figurar a cargo al cumplir los 18 años, por lo tanto debe originarse a los mismos documento de identidad a fin de que no se corra riesgo de devolución por carnet vencido.-
- 4) Servicio prestado: sin excepción registrará la primera consulta y confección de ficha dental, al concurrir el paciente por primera vez.-
- 5) Asentar el tratamiento realizado con la nomenclatura establecida en la planilla de aranceles. Todas las prestaciones deberán registrarse una vez terminadas, no asentándose

se los pasos previos o intermedios.-

- 5) Citar la pieza tratada utilizando el gráfico que corresponde a la ficha dental en vigencia y código de arancel.-
- 6) Ubicación: indicar si es mesial, distal, oclusal, palatino, vestibular o lingual, etc.-
- 7) Material: indicar si es amalgama, silicato o acrílico.-
- 8) Firma del paciente: todos los trabajos sin excepción deben estar certificados por la firma del paciente, renglón por renglón. En caso de ser hijo menor lo harán sus padres. En caso de no saber o poder hacerlo, deberá suscribirlo a ruego un vecino con la aclaración de su nombre y documento de identidad. (Artículo 41 Decreto 1044/63).-

- RESUMEN MENSUAL -

Se confecciona y remite por triplicado.-

Detallar en cada renglón la cantidad de trabajos realizados.-

No se admiten tachas ni enmiendas.-

Se remiten mensualmente. En ningún caso agrupar dos o más meses en un sólo formulario.-

Registrar en la parte superior el número de inscripción de róditos.-

La liquidación que ingrese a la Obra Social después de quince (15) días de vencido el mes, será considerada para su liquidación al mes siguiente.-

- FORMA DE PAGO -

- 1) La Obra Social reconocerá los aranceles convenidos con la

Entidad máxima representativa de los Odontólogos provinciales. Dichos aranceles tendrán vigencia para la totalidad de los Odontólogos adheridos.-

- 2) No se paga tratamiento si no está acompañado por la ficha dental en la primera visita.-
- 3) La atención odontológica se abonará por tratamiento terminado.-
- 4) La radiografía pre-operatoria será a cargo del afiliado y de la Obra Social en la misma proporción que este fije. - La radiografía post operatoria quedará a cargo exclusivamente de la Obra Social.-
- 5) No se reconocerán las diferencias de valor entre los metales preciosos y compuestos (composite, etc.) y los materiales reconocidos por la Obra Social.-

- NOTAS PARA REINTEGROS ODONTOLÓGICOS -

Aquellos rubros contratados a reintegro, el profesional entregará al paciente un recibo con los honorarios, - detallando el trabajo realizado a fin de que el afiliado gestione el reintegro correspondiente. Deberá ajustarse a los aranceles establecidos en el nomenclador firmando.-

- PROTESIS -

No será reconocida por la Obra Social:

- a) Productos de higiene.
- b) Productos para la cosmética.
- c) Elementos accesorios para la terapéutica (jeringas, - agua oxigenada, alcohol, etc.).

- d) Elementos accesorios para el diagnóstico (frascos, termómetros, etc.)
- e) Medicamentos homeopáticos.-

- OBTURACIONES -

Deberán tener una duración de dos años como mínimo - para las amalgamas y un año para el silicato y el acrílico. Durante ese lapso no se abonará la repetición de las mismas.-

Cuando se obture por separado distintas fosas de la cara oclusal, será considerado como una obturación simple únicamente se exceptúa de ello el primer molar superior donde se aceptarán dos obturaciones simples si fuese necesario mantener el puente adamantino.-

- MATERIAL -

La Obra Social reconocerá únicamente obturaciones de amalgama, silicato y acrílico.-

De silicato en dientes anteriores y caras proximales y vestibulares de dientes posteriores.-

Las obturaciones con otros materiales (incrustaciones, orificaciones, composites, etc.) se facturarán como las prácticas reconocidas por la Obra Social (amalgama, silicato, acrílico) asentando no obstante el material utilizado.-

- OPERATORIA DENTAL -

Códigos 204, 205 y 209, radiografía post operatoria.-

Cuando se realicen conjuntamente con alguna práctica en la que se exija radiografía post operatoria, se consig

nará una sola radiografía post operatoria.-

- ENDODONCIA -

Códigos 305 y 307 radiografía post operatoria.-

Códigos 301, 302, 303 y 304 radiografías pre y post-operatorias.-

En piezas temporarias con complicación periapical, - se facturarán bajo los códigos 303 y 304.-

Las radiografías pre y post operatorias de los tratamientos de conducto tendrán que ser facturadas juntamente con la práctica correspondiente, es decir, registradas en la misma rendición en la cual se facture el tratamiento.-

Los tratamientos con forma cresol se liquidarán como tratamientos monificantes.-

El código 305 (biopulpectomía parcial) será considerado sólo y exclusivamente en piezas permanentes con forma apical abierto.-

- CIRUGIA -

Retención Mucosa y Osea: acompañar radiografía pre operatoria. Estas radiografías deberán registrarse en la rendición en la cual ha sido liquidada la extracción correspondiente o indicar en que mes se efectuó.-

- PARADENTOSIS -

Este rubro se abona únicamente por vía de reintegro. Deberá acompañarse radiografía pre operatoria.-

- RADIOGRAFIAS -

En la planilla mensual de prestaciones Odontológicas, el profesional debe consignar el motivo por el cual fue tomada la radiografía.-

Será rechazada toda película que no reúna las condiciones técnicas mínimas, no abonándose en estos casos el tratamiento correspondiente.-

Los odontólogos que ordenen radiografías deben consignar en la orden el diagnóstico presuntivo.-

El odontólogo que posea Aparato de Rayos X y lo tome a sus pacientes la placa, deberá enviar a la Obra Social una copia radiográfica encuadrada y especificando el nombre del paciente y las placas correspondientes. Pero no así cuando la placa la realice un Instituto especializado. El mismo (Instituto) deberá enviar la orden del profesional que derivó el paciente.-

Radiografías por Ortodoncia: Serán reconocidas únicamente por vía de reintegro.-

Las radiografías parciales o seriadas de investigación de caries focos sépticos corren a cargo del 70 % de la Obra Social, facturándose.-

Las radiografías seriadas de investigación de enfermedad Periodontal serán a cargo del paciente no facturándose a la Obra Social.-

N°
de dientes
existentes

N° de carnet Odontólogo Fecha / /

Nombre Parentesco

Dependencia Fecha de nacimiento / /

Domicilio

Partido Localidad

5					4					3					2					1					1					2					3					4					5					6																													
5					□					□					□					□					□					□					□					□					□					6																													
Derecha																																													Izquierda																																		
8					□					□					□					□					□					□					□					□					7																																		
5					4					3					2					1					1					2					3					4					5																																		
8					7					6					5					4					3					2					1					1					2					3					4					5					6					7					8				
1					□					□					□					□					□					□					□					□					□					2																													
4					□					□					□					□					□					□					□					□					□					□					3																								
8					7					6					5					4					3					2					1					1					2					3					4					5					6					7					8				

Fecha	Tratamiento terminado	Firma del afiliado	Firma del profesional

REFERENCIAS

● Caries curables
 ■ Caries incurables
 — Extracción

X Diente no Erupcionado
 T Temporario
 / Obturación

Pd Paradenosis
 ○ Corona
 P Pivot

I Incrustación
 □ Puente
 □ Chapa

W Ortodoncia

LAPIZ ROJO: Tratamiento anterior

LAPIZ AZUL: Afecciones en tratamiento

PROGRAMA DE INSPECCIONES TECNICAS

- PROGRAMA DE INSPECCIONES TÉCNICAS -

• Definición

Entiéndese por Inspecciones Técnicas a las actividades desarrolladas por Médicos, Odontólogos, Visitadores Sociales y otros profesionales, en terreno.-

• Objetivos y Funciones de las Inspecciones

En general, las Inspecciones Técnicas están destinadas a controlar en terreno:

- Sanatorios y Hospitales de Internación
- Domicilio del paciente
- Farmacias, Laboratorios
- Otros Establecimientos

donde se preste atención a los afiliados de la Obra Social.-

En particular, tienen por objetivo verificar la prestación de servicios, cantidad y oportunidad de las mismas, necesidad de ellas y otros aspectos relacionados.-

En el caso de Internaciones, certificar la necesidad de las mismas, su conformidad con la reglamentación vigente, estadía del pre y post-operatorio, duración, utilización de medicamentos y de medios auxiliares de diagnóstico, radiología, transfusiones, aprobando o desaprobando según el caso.-

Cuando se trate de síndromes clínicos corroborar su ajuste a normas, incluyendo entrevistas con el médico tratante, para aprobar o desaprobar su reconocimiento y pago, por parte de la Obra Social.-

En el caso de presunción de irregularidades, sumarios, o situaciones similares, colaborar técnicamente con el Sector Legal.

En ocasión de reconocimiento de ciertas prácticas adoptadas con regímenes especiales, por razones económico-sociales, particulares del beneficiario, la Inspección Técnica efectuará el relevamiento de información correspondiente, aconsejando o eventualmente sobre el caso.-

Si bien las Inspecciones Técnicas no se refieren a la Auditoría Médica, la información recogida durante las mismas sirve como elemento de juicio para la Auditoría.-

Verificación de la confección de la Historia Clínica en internados o en Consultorio, Consulta Externa, Ficha Duco-dental, según lo que establezcan los respectivos Convenios de Prestaciones.-

Otras actividades afines que la práctica indique.-

• Organización

- Deberá organizarse un Sector Técnico responsable de las funciones mencionadas, quedando su dependencia a definir en función de la organización total de la Obra Social.-

• Registro de las Actividades

Se deberá organizar un sistema donde se registren las actividades desarrolladas por la Inspección Técnica, con rápido acceso a la información, que tendrá carácter confidencial, con la responsabilidad del Secreto Médico, por quienes intervengan en el manejo técnico administrativo de la información.-

• Archivo de la Documentación

Será necesario contar con un lugar reservado donde haya un doble sistema de fichero, para identificar indistintamente al prestador o establecimiento y al afiliado.-

• Recursos

Además de los recursos humanos profesionales ya indicados y de personal administrativo de apoyo, se deberá contar con la movilidad suficiente y adecuada para trasladarse dentro de la Capital o bien en las Localidades del Interior de la Provincia, o incluso fuera de la misma cuando existan Convenios de reciprocidad asistencial.-

• Normas de trabajo

A los efectos del cumplimiento de sus actividades, el Sector de Inspecciones Técnicas elaborará sus propias normas y utilización, asimismo las propias del Sector Técnico de la Caja.-

**PROGRAMAS DE ESTADISTICA Y DE
REGISTRO**

III.G. SISTEMA DE INFORMACION

- PROGRAMA DE ESTADISTICAS Y DE REGISTROS (P.E. y R.) -

1. Propósitos y Objetivos

El Programa de Estadísticas y de Registros (P.E.yR) está -
destinado a proporcionar información sobre los distintos proce-
sos de la Obra Social y sus principales atributos, en relación-
con:

- Afiliados
- Prestaciones (Servicios)
 - . Utilización
 - . Costos
- Morbilidad
- Recursos Asistenciales
- Recursos Económicos Financieros

Los objetivos particulares son los siguientes:

- 1 - Brindar información sobre la composición del universo prote-
gido, en relación con distribución etárea y sexo, dependen-
cia, modo de afiliación y otros aspectos relacionados.-
- 2 - Conocer la cantidad y calidad de las distintas prestaciones
asistenciales, oportunidad y lugar de su demanda.-
- 3 - Determinar el costo de los servicios, en función de utiliza-
ción.-
- 4 - Establecer algunos standards de comportamiento, con el fin -
de sustentar criterios de Auditoría Profesional.-
- 5 - Registrar los distintos prestadores de servicios, en canti-
dad, especialidad y distribución geográfica, con el objeto
de organizar los recursos y ofrecer a los afiliados la in-
formación y listados necesarios para la utilización de los-

servicios, proyectar la eventual expansión de la cobertura, --
etc.-

- 6 - Registrar la morbilidad, a los efectos de planificar las acciones y programas de Atención Médica, y evaluar su eficiencia.-
- 7 - Estudiar la situación económica financiera, con el objeto de controlar el presupuesto, y formular las proyecciones correspondientes, orientar el destino de los fondos, reajuste de ingresos, coseguros y otros aspectos relacionados.-

2 .Estructura del Programa de Estadísticas y Registros (P.E. y R.)

A los efectos operativos, el Programa de Estadísticas y Registros, está constituido por dos Sub-Programas:

- 2.1. Programa de Estadísticas y Costos y;
- 2.2. Programa de Registro y Catastro de Recursos (Prestadores).-

Para ambos sub-programas se han considerado:

- 1 - Definición de variables
- 2 - Diseño de Formularios de recolección de información
- 3 - Plan de Tabulaciones
 - . Mínimas
 - . Máximas
- 4 -Diseño de muestras según las necesidades del Programa.-

Con respecto al Plan de Tabulaciones, se considera que debe cumplirse con un plan mínimo que, de ser factible, debe -- completarse en forma progresiva con un plan máximo.-

3. Sub-Programa de Estadísticas (P.E.)

El Sub-Programa de Estadísticas (P.E.) está destinado a--
brindar información sobre estructura de la demanda de servicios
y sus costos. Incluye:

- Consultas y Prácticas Médicas
- Radiología
- Prácticas Odontológicas
- Análisis biológicos y Químicos
- Internaciones
- Farmacia
- Prácticas y Servicios Auxiliares

4. Sub-Programa de Registros y Catastro de Recursos (Prestadores) (R.C.P.)

El Sub-Programa de Registros y Catastro de Recursos (Pres-
tadores) (R.C.P.) está destinado a brindar información sobre --
los distintos recursos asistenciales, humanos y materiales, con
el objeto de organizar los recursos y la eventual expansión de-
cobertura y para facilitar a los afiliados la información sobre
los recursos disponibles, su especialidad, ubicación, y demás -
aspectos relacionados. Incluye:

- Médicos
- Odontólogos
- Especialistas en análisis biológicos y químicos
- Kinesiólogos
- Fonoaudiología
- Enfermería
- Otros Auxiliares

- Sanatorios y Hospitales
- Farmacias
- Otros

5. Componentes del Programa (Ver Informe N°6)

1 - Definición de Variables

2 - Formularios de Recolección de Información

- . Bonos de Consulta
- . Recetarios
- . Hoja de Egreso Hospitalario (R.E.H.)

3 - Plan de Tabulaciones

- . Estadísticas y Costos
- . Registros y Catastro de Recursos

4 - Diseño de Muestras

- Integración de los Procedimientos -

Desarrollados los principales sistemas de explotación de la Caja del Seguro, en forma general, pasaremos a considerar la interrelación entre ellos, es decir como se encuentran integrados.-

Con tal propósito se presentan dos Cuadros, el Cuadro -- Nº 4 y el Cuadro Nº 5.-

En ellos se ubica a la Caja del Seguro interactuando -- con su contexto.-

Este contexto está dado por:

- a) - Afiliados
- b) - Entidades que nuclean a los afiliados, que son responsables de los aportes a la Caja y sirven de medio informativo a sus agentes.-
- c) - Prestadores, que prestan servicios asistenciales.-
- d) - Gobierno, que se informará del avance y programas de la Institución a efectos de realizar una política asistencial conjunta e integrada.-

Dentro del marco de la Caja del Seguro, se encuentran -- los principales procedimientos intercomunicados, proveyendo -- información al nivel superior.-

En el Cuadro Nº 5, se agrega la documentación más importante que cada procedimiento produce y que al mismo tiempo -- alimenta, es decir es entrada para los procedimientos siguientes.-

Estos procedimientos y su interrelación, fueron desarrollados previa prueba de factibilidad en terreno.-

Esta prueba de factibilidad, consistió, en comentar, discutir, rediseñar y probar sobre el escritorio estos mecanismos y sus variantes con los responsables de las distintas áreas de la Caja del Seguro, obteniendo la aprobación total de quienes deberán mantenerlos en funcionamiento, luego de su puesta en marcha.-

Por esta circunstancia, ni bien estas alternativas hayan sido consideradas y aprobadas por el Consejo Federal de Inversiones, comenzaremos la especificación y detalle de los mismos.

ANEXO PRESTACIONES

MEDICAMENTOS

- FARMACIA MUTUAL
- ROTULACION DE MEDICAMENTOS

- FARMACIA MUTUAL -

• ANÁLISIS DE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE:

• Farmacias Sociales, Farmacias Sindicales y Contrataciones

Las farmacias incluidas en la categoría (d) del artículo 14 de la Ley 17.565 es decir, aquellas que deben funcionar sin fines de lucro, están autorizadas a aumentar sus precios de compra a los laboratorios en un 9% (Artículo 8, Ley - 18.233).-

Dicho margen y el hecho de encontrarse exentas de impuestos (Réditos y Lucrativas) permiten su funcionamiento normal sin déficit.-

Tomemos un ejemplo:

	Droguería	Farmacia	Público
• Producto	2,15	2,40	2,94

Si sobre el precio de mutual o de droguería le cargamos un 9% resulta

$$2,15 + 9\% = 2,35$$

Tomando el precio de público y quitándole el 20%

$$2,94 - 20\% = 2,35$$

Es decir que las farmacias sindicales o sociales pueden realizar un 20% de descuento sobre el precio de venta al público sin que sus finanzas se alteren.-

Desde el Decreto 5071/72 se ha cambiado el concepto establecido por la Ley 18.691 que proveía precios mínimos o fijos y uniformes.-

Hasta el 3-8-72 fecha del mencionado decreto regía el precio fijo y uniforme. Este decreto establece el precio máximo, es decir, permite que las farmacias de cualquier índole vendan por debajo de dicho precio, que establece el Ministerio de Comercio.-

Se produce así una situación competitiva entre las farmacias sindicales y las privadas.-

De esta manera las farmacias privadas forzadas a regular descuentos similares a las sindicales, recurren a todos los medios para disminuir sus costos.-

Compra directa a Laboratorios

Bonificaciones

Compras a "valijeros" o "bolseros"

Ocultamiento de ventas

Fórmulas magistrales homeopáticas

Formación de cooperativas

Las farmacias sindicales en cambio pueden o no declarar sus compras "anormales" en los balances presentados a los Gremios ya que dependerá de la mayor o menor honestidad del gerente o administrador al establecer el verdadero precio unitario, si dividirlo por el verdadero número de unidades recibidas o solamente por las facturadas. Algo similar ocurre con las compras a "valijeros". Los laboratorios por motivos de disminuir sus impuestos, no declaran el verdadero número de unidades producidas. Este exceso de producción que es promocionado con cargo a las unidades declaradas, y por lo tanto no sufren los recargos de promoción, gastos generales, pérdidas, etc. son colocadas en el mercado negro a un precio próximo al 50% del real, ya que está probado que los gastos indirectos de los productos farmacéuticos inciden en el otro 50% del costo.-

La farmacia sindical significa una cierta ventaja para el afiliado siempre que, la masa de afiliados tenga un fácil acceso a la misma, es decir que la concentración de los mismos se produzca en una localidad central (Ej.: Capital Federal), el sistema no es aplicable en aquellos casos en que la población afiliada se encuentra diseminada en una gran superficie de territorio (Caso I.O.M.A. Provincia de Buenos Aires), de ahí que la contratación con Asociaciones Farmacéuticas sea el sistema más equitativo, ya que sin disminuir los beneficios del afiliado, no perjudica al farmacéutico minorista.-

FARMACIA SOCIAL:

- Ventajas: Importante descuento, más o menos 40% sobre precio de público.-

Exención de impuestos (Réditos, lucrativas)

Funcionamiento legal

Integración dentro de planes de salud

Convenios con otras Obras Sociales.-

- Desventajas: Déficit para la Obra Social (alrededor del 22,8%) sobre la compra

Inversión no rescatable

Control por Contaduría Provincial

Burocracia.-

• FARMACIA SINDICAL:

- Ventajas: 1) Descuentos para el afiliado de hasta el 30% sobre el precio de público sin déficit.
2) Exento de impuesto (Réditos, Lucrativas etc.)

- 3) Política Sindical
- 4) Convenios con otras Obras Sociales
- 5) Abiertas al público

• Desventajas:

- 1) Para existir sin déficit sobre los descuentos, requiere una dirección con gran conocimiento y con las condiciones de honestidad indispensables para cumplir una función social (bien pagada, incentivación, etc.).-
- 2) Concentración de la masa afiliado en la zona--- de influencia.-
- 3) Funcionamiento semi-legal (compras en mercado negro, etc.).-
- 4) Rechazo por parte de los farmacéuticos privados.-
- 5) Inversión de 30 a 50 millones m/n

• Sistemas de Prestación Farmacéutica sin poseer Farmacia Propia

Las Obras Sociales pueden contratar con Asociaciones Farmacéuticas la realización de descuentos a su afiliada con -- descuentos variables según las posibilidades económicas de la Obra Social.-

- Ventajas: Alcance de los beneficios a todo el territorio.

Sin inversión inicial

Funcionamiento inmediato

- Desventajas:

Organización de sistema de control

Escaso valor político-sindical

Evasión

Rechazo del Farmacéutico rural

- PROPUESTA PARA LA PROVINCIA DE JUJUY -

• A nivel Capital

Establecer una farmacia de tipo Sindical con el máximo de descuento (más o menos 30%).-

Cálculo de venta: \$ 14.400 diarios (300 días).-

Monte de inversión: 50.000.000 m/n

Organización

Oportunamente se podrán abrir bocas de expendio en las zonas rurales, dependientes de la central, con características de depósitos de mercaderías.-

• A nivel rural

Contratación con farmacias a los efectos de otorgar descuentos del 20% a los afiliados.-

Se trataría de un sistema mixto con perspectivas de ampliar el alcance de la zona de influencia mediante subsidiarias dependientes de la concentración de afiliados. Se recomienda este sistema ya que la experiencia demuestra que de esa manera hay menor reacción de las farmacias privadas ya que estas al verse afectadas competitivamente realizan a su vez descuentos que redundan en beneficio de la comunidad general.-

La contratación para efectuar descuentos por parte de las farmacias privadas a los afiliados es difícil, en la zona rural, ya que los farmacéuticos cuentan con el monopolio que ejercen debido a que los afiliados igual deben recurrir a ellos por las dificultades de transporte.-

- STOCK -

Existen en nuestro país registradas alrededor de 17.000 Especialidades Farmacéuticas.-

De este total el número que habitualmente tiene movimiento comercial varía según las promociones, alrededor de las 3.000.-

Las compras a Laboratorios oscilan entre extremos muy grandes ya que dependen de la prolificidad del mismo y de su demanda. Tomamos como promedio \$300.000 m/n para stock y 150 Laboratorios resultando una compra sindical básica de \$ 45.000.000 m/n.-

Se incluye el ramo de perfumería.-

Esta cifra puede ser disminuida si se elimina este último ramo.-

Las pérdidas por evasión (robos, etc.) deben calcularse en un 1%.-

Las pérdidas por rotura son despreciables ya que el gran porcentaje son canjeables.-

El control debe realizarse por medio de inventarios semestrales.-

La reposición puede ser diaria y quincenal por compras aisladas a droguerías, o masivas a Laboratorios. (Función importante del Jefe de Compras).-

ESTA DOCUMENTACION SE OFRECE SOLO COMO MO
DELO, CORRESPONDE AL DECRETO N° 1779/72 -
VIGENTE EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

**- PROGRAMA DE CODIFICACION Y ROTULACION DE
ESPECIALIDADES MEDICINALES -**

**- PROGRAMA DE CODIFICACION Y ROTULACION
DE ESPECIALIDADES MEDICINALES -**

Consiste en un Programa destinado a la implantación de un Sistema práctico y ágil que permita el procesamiento integral y el más eficiente contralor de las recetas que se prescriben con cargo a la Institución y además facilita los estudios estadísticos, incluso a nivel Internacional.-

Se basa en la obligatoriedad de un rótulo ubicado en el envase exterior de los medicamentos y que contiene un código que identifica:

- . al Laboratorio Productor
- . a la Especialidad Medicinal
- . a la acción medicamentosa
- . el precio de venta al público

El referido rótulo debe ser desprendido por el farmacéutico en el momento que vende la Especialidad Medicinal al usuario, y pegado a la receta médica, la que es enviada a la Obra Social a los efectos de su control y pago.-

En la Obra Social se controla y liquida en base al rótulo.-

Se evita así la sustitución o la venta supuesta del medicamento y asimismo, por encontrarse ya impresa en el rótulo el nombre del Laboratorio, el nombre de la Especialidad Medicinal, el precio y los códigos correspondientes, se evita la lectura, habitualmente dificultosa de la receta y con ello se facilita el trámite.-

En el caso de que la Obra Social utilizara la computación electrónica, se simplificaría el proceso de la misma.-

• Ventajas del Sistema

a) Para la Obra Social

- Posibilita y facilita la tarea de mecanización de la información, evitando la codificación y control de la receta.-
- Sustituye automáticamente al codificador y liquidador manual, evitando errores y acelerando el proceso correspondiente.-
- Asegura el tratamiento mecanizado, incluyendo precio del medicamento, cuyas modificaciones son regular y anticipadamente hechas conocer por los Laboratorios o por el Colegio de Farmacéuticos a la Obra Social.-
- Garantiza que el medicamento haya sido efectivamente vendido al interesado.-

b) Para el Farmacéutico

- Le facilita la liquidación de la receta expedida al afiliado, codificación y características de medicamentos, número de envases expedidos, etc. dado que los mismos surgen del propio talón control.-
- Le proporciona una mayor rapidez y seguridad en el trámite de su liquidación evitando devoluciones, reparos, etc. derivados de eventuales errores.-

• Propiedades Generales del Código

- Además de las funciones administrativas-contables, el código permite la estadística, auditoría técnica y la correlación entre la afección tratada y los medicamentos prescritos.-

- FICHERO BASICO -

1. Recolección de la información

La recolección de la información se realiza a través de dos ti-

pos de fichas:

a) EM1/71 (Ver modelo adjunto)

b) EM2/72 (Ver modelo adjunto)

a) La ficha EM1/71 es para uso exclusivo de la Obra Social.

En esta Ficha se vuelcan los datos del Laboratorio (Nombre, domicilio, teléfono, etc.) suministrados por el representante del Laboratorio, en el momento de la inscripción en la Obra Social.-

b) La ficha EM2/72 es completada por el Laboratorio Productor de Especialidades Medicinales para Uso Humano.-

En la misma se consignan los datos de:

1. Laboratorio:

- nombre
- código
- domicilio
- teléfono
- otros datos (ver fichas)

2. De la Especialidad Medicinal:

- nombre
- código
- fórmula química
- número de certificados nacionales
- dosis terapéutica mínima
- otros datos (ver ficha)

2. Elaboración y Registro

Con la información que llega en las fichas EM2/72, se realiza lo siguiente:

- Revisión y control de la codificación efectuada por el Laboratorio.-

-Envío al Centro de Procesamiento de Datos

-Archivo de las fichas, según Laboratorio Productor.-

3. Actualización del Registro

El sistema está diseñado de forma tal que se actualiza permanentemente:

-Fichero de Laboratorios

-Fichero de Especialidades Medicinales

- REGISTRO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES -
INSTRUCTIVO



PROVINCIA DE BUENOS AIRES
INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL

REGISTRO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE USO HUMANO

(Decreto N° 1779/72)

INSTRUCTIVO

IMPORTANTE:

EL DECRETO N° 1779/72 DE ROTULACION Y CODIFICACION DE
ESPECIALIDADES MEDICINALES ESTA VIGENTE A PARTIR DEL-
DIA 15 DE JUNIO DEL AÑO 1972, FECHA DE SU PUBLICACION
EN EL BOLETIN OFICIAL N° 22443.

INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (I.O.M.A.)

REGISTRO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE USO HUMANO

(Decreto N° 1779/72)

I N S T R U C T I V O

1 9 7 2

AUTORIDADES

GOBERNADOR

Brigadier MIGUEL MORAGUES

MINISTRO DE BIENESTAR SOCIAL

Dr. JUAN DEFENDENTE AGUIRRE

SUB SECRETARIO DE SEGURIDAD SOCIAL

Cr. FELICIANO SALVIA

PRESIDENTE INTERVENTOR DEL I. O. M. A.

Dr. ADOLFO ARTURO LIZARRAGA

NOMINA DE AUTORIDADES DEL INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL

Dr. ADOLFO ARTURO LIZARRAGA
PRESIDENTE INTERVENTOR

Dr. HUGO H. ALLEVATO
DIRECTOR DE PRESTACIONES

Dr. EDUARDO ACEBAL
DIRECTOR DE DIRECCION TECNICA

Dr. ROBERTO FERNANDEZ
DIRECTOR DE ADMINISTRACION

Dr. RICARDO E. RIPA KRAUSE
DIRECTOR DE DELEGACIONES Y SERVICIOS

Sr. ANDRES E. GONZALEZ
DIRECTOR DE AFILIACIONES

Cr. ALFREDO H. CONTE GRAND
DIRECTOR DE PROCESAMIENTO DE DATOS

TEXTO DEL DECRETO N°1779/72

VISTO el expediente Nº 2914-2262/70, alcance 1, del registro del Ministerio de Bienestar Social por el cual el Instituto de Obra Médico Asistencial (I.O.M.A.) dependiente de la citada - Secretaría de Estado, gestiona la aprobación de un sistema práctico y ágil que permita el procesamiento integral y el más eficiente control de las recetas de especialidades medicinales que se prescriben -- con cargo a las Obras Sociales y Mutuales con proyección, además, a la puesta en marcha del Seguro de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que la finalidad que se persigue es la de poder procesar y controlar la efectiva venta en la Provincia de las especialidades medicinales por parte del Instituto de Obra Médico Asistencial y de otras mutualidades que se adhieran o pongan en práctica el sistema propiciado;

Que en tal sentido es indudable la facultad de la Provincia para exigir además de las indicaciones previstas en la legislación nacional otras que no alteren estas últimas y que sean --

consecuencia del ejercicio legítimo de su poder de policía, todo ello de conformidad con lo establecido por el artículo 2º del Decreto Nacional Nº 12.766/44;

Que por otra parte los dictámenes legales producidos aconsejan la aprobación del sistema traído a consideración;

Que en consecuencia, la medida propuesta es procedente por cuanto posibilitará el cumplimiento de la debida fiscalización sobre un servicio que presenta una elevada proporción de las erogaciones asistenciales, razón por la cual corresponde resolver favorablemente estos actuados;

Por ello;

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

D E C R E T A :

ARTICULO 1º: Déjase establecido que todas las especialidades medicinales de uso y aplicación en la medicina humana producidas o fraccionadas en el país y con venta autorizada en la Provincia de Buenos Aires, deberán estar identificadas en un rótulo adicional por -

un código cuya composición y sistema de aplicación se determinan en la reglamentación anexa que forma parte integrante del presente decreto.-

ARTICULO 2º: El rótulo a que se refiere el artículo anterior será des-
----- prendible y servirá para acreditar la entrega de los medi-
camentos que se expendan por cuenta del Instituto de Obra Médico Asis-
tencial y/o las Obras Sociales o Mutuales que adhieran al sistema.-

ARTICULO 3º: Las farmacias que envíen recetas para su pago por parte -
----- del Instituto de Obra Médico Asistencial u otra Obra So-
cial o Mutual adherida al sistema, que no lleven adosados el o los ró-
tulos de los medicamentos recetados y facturados, se hacen pasibles --
del no reconocimiento del pago por parte de dicho Instituto, o la Obra
Social o Mutual de que se trate.-

ARTICULO 4º: Cuando se expendan especialidades medicinales a personas-
----- que no sean afiliadas del Instituto de Obra Médico Asis-
tencial o a cualquier otra Obra Social o Mutual adherida al régimen --
del presente, las farmacias deberán inutilizar el rótulo control.-

ARTICULO 5º: Los infractores del artículo anterior serán pasibles de -
----- multas desde \$ 50 a \$ 1.000 que graduará la Autoridad de-
Aplicación, de acuerdo a las circunstancias del caso.-

ARTICULO 6º: La presente disposición se aplicará dentro de los ciento-
----- ochenta (180) días de su vigencia. El Ministerio de Bie--
nestar Social en su carácter de autoridad de aplicación del presente -
decreto, asignará, por intermedio del Instituto de Obra Médico Asistente
cial, a cada uno de los laboratorios productores, o fraccionadores de-
especialidades medicinales del país, con venta autorizada en la Provincia
cia de Buenos Aires, el número de código correspondiente.-

ARTICULO 7º: El presente decreto será refrendado por el Señor Ministro
----- Secretario en el Departamento de Bienestar Social.-

ARTICULO 8º: Regístrese, dése al Boletín Oficial. Hecho, gírese a notifi
----- ficación del Señor Fiscal de Estado. Cumplido, pase al Min
nisterio de Bienestar Social (Dirección de Gabinete) a sus efectos.-

DECRETO Nº 1779

REGLAMENTACION

R E G L A M E N T A C I O N

CODIFICACION DE ESPECIALIDADES MEDICINALES

ARTICULO 1º: Características del Código: El código constará de 9 dígitos, 3 de los cuales corresponderán a la Clasificación Nacional de Medicamentos, aprobada por la Subsecretaría de Estado de Salud Pública de la Nación.-
(Resolución Nº 2701/68).

1.1. Código Principal

Tres (3) dígitos identificarán al laboratorio productor. Tres (3) dígitos identificarán al medicamento y su forma de presentación.-

1.2. Código Complementario

Tres (3) dígitos identificarán a la especialidad medicinal, según su acción terapéutica, conforme a la Clasificación de Medicamentos de la Subsecretaría de Estado de Salud Pública de la Nación.-

ARTICULO 2º: Característica del Rótulo de Control: Los envases de especialidades medicinales contendrán un (rótulo de control) - adicional con las siguientes características:

2.1. El "Rótulo de Control" tendrá inscripto en números -- arábigos el Código a que se hace referencia en el artículo 1º del presente reglamento.-

2.2. El "Rótulo de Control", además contendrá el nombre -- del laboratorio productor, el nombre de la especialidad medicinal y el precio de venta al público.-

ARTICULO 3º: Ubicación del "Rótulo de Control": La ubicación del "Rótulo de Control" en el envase dependerá de:

3.1. Medicamentos con envase protector externo de cartón.-

El "Rótulo de Control" será ubicado en la solapa que sirve de tapa al envase o bien impreso en uno de los laterales del mismo, y circundado por un punteado perforado, que posibilita su separación.-

3.2. Medicamentos sin envase protector externo de cartón.-

El "Rótulo de Control" se ubicará en la parte exterior del envase en forma de lengüeta fácilmente desprendible, pero cubierto por una faja de seguridad que impida su accidental separación.-

ARTICULO 4º: Procesamiento del "Rótulo de Control": El sector del envase ----- o la lengüeta con el "Rótulo de Control" será adherido a la receta, como prueba de la entrega del medicamento prescripto y a los fines de su eventual procesamiento por la Obra Social o Mutual.-

ARTICULO 5º: Asignación del Código:

5.1. Código de Laboratorio:

Tres (3) dígitos, en primer término, de izquierda a derecha.-

5.2. Código de Especialidad:

Tres (3) dígitos, en segundo término, de izquierda a derecha.-

El laboratorio productor adjudicará a cada especialidad medicinal y a cada uno de sus formas de presentación, un código de tres (3) dígitos.-

El criterio de adjudicación queda librado a cada laboratorio, con la única reserva de que no podrá repetirse el código para especialidades distintas o sus distintas formas de presentación.-

En consecuencia, de producirse una baja en la elaboración y/o fraccionamiento del producto, el número no quedará vacante, y será reservado para el caso de que, eventualmente, el mismo producto sea nuevamente elaborado y puesto a la venta.-

5.3. Código Complementario

Tres (3) dígitos, en último término.-

El laboratorio productor adjudicará el número que -- comprenda según la Clasificación Nacional de Medicamentos, considerando la acción terapéutica principal.

ARTICULO 6º: Leyenda aclaratoria: El envase de venta deberá ostentar
----- en su parte exterior y en forma destacada la siguiente-
leyenda:

"Este envase lleva un "ROTULO DE CONTROL"
que debe ser desprendido EXCLUSIVAMENTE-
para adherirlo a recetas de OBRAS SOCIA-
LES Y MUTUALES".-

TEXTO DE LA RESOLUCION N° 00764

VISTO la necesidad de implementar un sistema -
ágil y eficiente de Registro de Especialidades Medicinales, conforme-
a lo establecido por el Decreto Nº 1779/72, y

CONSIDERANDO:

Que por el artículo 6º del citado Decreto se -
dispuso que el Ministerio de Bienestar Social asignará por intermedio
del Instituto de Obra Médico Asistencial (I.O.M.A.) el número de códig
go correspondiente a cada Laboratorio Productor o Fraccionador de Es-
pecialidades Medicinales;

Que en tal sentido corresponde dictar la reso-
lución correspondiente;

Por ello,

EL MINISTRO DE BIENESTAR SOCIAL

R E S U E L V E :

Artículo 1º.- A los efectos de ejecutar lo dispuesto por el artículo-
----- 6º del Decreto Nº 1779/72 se deberá llevar un libro ru-
bricado y foliado por las autoridades del Instituto de Obra Médico --
Asistencial (I.O.M.A.) denominado "Registro de Laboratorios Productor-

res o Fraccionadores de Especialidades Medicinales".-

Artículo 2º.- Dicho registro será cumplimentado en el Instituto de --
----- Obra Médico Asistencial (I.O.M.A.), el que deberá infor
mar sistemática y regularmente a la Dirección de Contralor Sanitario,
dependiente de este Ministerio, las actuaciones producidas, referen--
tes a los códigos otorgados a cada Laboratorio y a sus correspondien--
tes Especialidades Medicinales.-

Artículo 3º.- Por la Dirección de Contralor Sanitario, comuníquese a--
----- todos los Laboratorios comprendidos por el artículo 1º--
del Decreto Nº 1779/72 los alcances del mismo.-

Artículo 4º.- Regístrese, comuníquese a quienes corresponda y pase a--
----- la Dirección de Contralor Sanitario, atento a lo dis--
puesto por el artículo anterior.-

RESOLUCION Nº 00764

- INSTRUCTIVO A LOS LABORATORIOS PRODUCTORES O FRACCIONADORES DE
ESPECIALIDADES MEDICINALES DE USO HUMANO -

- . Registro del Laboratorio en I.O.M.A.
- . Codificación de Especialidades Medicinales
- . Generación del Código de las Especialidades Medicinales
- . Rotulación de las Especialidades Medicinales
- . Envío a I.O.M.A. de la información correspondiente al -
Registro de Especialidades Medicinales
- . Actualización de la información correspondiente al Re--
gistro de Especialidades Medicinales

INSTRUCTIVO A LOS LABORATORIOS PRODUCTORES O FRACCIONADORES DE ESPECIALIDADES MEDICINALES DE USO HUMANO.

El sistema previsto para la Codificación y Rotulación de Especialidades Medicinales está diseñado para simplificar la gestión de los Laboratorios Productores o Fraccionadores de Especialidades Medicinales de uso humano.-

Para ello, el trámite es el siguiente:

- 1º) El Laboratorio Productor o Fraccionador de Especialidades Medicinales se registrará por única vez en el Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires (I.O.M.A.) y recibirá un Número de Registro, que constituye el Número de CODIGO QUE IDENTIFICA AL LABORATORIO (tres (3) dígitos). Este código se repetirá en todas las Especialidades Medicinales elaboradas o fraccionadas por el Laboratorio.-
- 2º) El Laboratorio codificará cada una de las Especialidades Medicinales de uso humano de su producción o fraccionamiento, asignándoles en cada caso un número arbitrario, (tres dígitos), a partir del 001 y en forma progresiva, lo que configurará el -----

NUMERO DE CODIGO DE LA ESPECIALIDAD MEDICINAL. ESTE CODIGO NO DEBE REPETIRSE EN NINGUN CASO.

- 3º) El Laboratorio codificará la Especialidad Medicinal conforme al Código de la Clasificación Nacional de Medicamentos (Resolución Ministerial 2701/68) (tres dígitos) correspondiente a la acción farmacológica.-

En síntesis, el Laboratorio genera un código de nueve (9) dígitos, que identifica a cada Especialidad Medicinal y que debe ser consignado en el Rótulo correspondiente, - y comunicado al Instituto de Obra Médico Asistencial (I.O.M.A.) - de acuerdo a las siguientes instrucciones:

CODIGO AUTOGENERADO POR EL LABORATORIO PARA LAS ESPECIALIDADES MEDICINALES DE USO HUMANO, DE SU PRODUCCION O FRACCIONAMIENTO.

El código autogenerado estará configurado de la siguiente forma:

Tres (3) primeros dígitos: Identifican al Laboratorio.-

- . Tres (3) dígitos: Identifican a la Especialidad Medicinal y su forma de presentación farmacéutica.-

Estos tres dígitos serán distintos para cada Especialidad Medicinal y para cada una de sus formas de presentación farmacéutica, no pudiendo repetirse los mismos en ningún caso.-

IMPORTANTE:

Cuando una de las Especialidades Medicinales o una de sus formas de presentación farmacéutica es dada de baja, incluso definitivamente, el número no quedará vacante, no pudiendo ser utilizado para nuevas Especialidades Medicinales o sus formas de presentación farmacéutica.-

- . Tres (3) últimos dígitos: Identifican la acción farmacológica. Será asignado-

por los Técnicos del Laboratorio,
utilizándose para ello la Clási*f*i-
cación Nacional de Medicamentos -
(Resolución Ministerial 2701/68)-
(Anexo 4).-

Para mayor ilustración considérese el modelo de ----
ROTULO-CONTROL (Anexo 1).-

ROTULACION DE LAS ESPECIALIDADES MEDICINALES DE USO HUMANO

Cada Especialidad Medicinal de uso humano de venta--
al público deberá llevar en su envase exterior un ROTULO-CONTROL, *y*
desprendible, formando parte del envase exterior de cartón o en --
forma de lengüeta desprendible y cubierta con una faja de seguri--
dad que impida su accidental separación, en los casos de envase de
vidrio, plástico o material similar que no tienen envase exterior-
protector de cartón.-

A los efectos de facilitar el proceso de separación-
del ROTULO-CONTROL por parte del farmacéutico y el procesamiento -

de la información contenida en el mismo: EL FONDO DEL ROTULO-CONTROL DEBE SER BLANCO, Y LA LEYENDA, CODIGO Y PRECIO DEBEN SER IMPRESOS EN TINTA NEGRA.-

El contorno del ROTULO-CONTROL debe ser punteado y -- con perforaciones, que faciliten la separación de dicho ROTULO, sin deterioro del mismo.-

1 - ESTRUCTURA DEL ROTULO-CONTROL

En todos los casos, el ROTULO-CONTROL contendrá la -- siguiente información:

- . Nombre del Laboratorio
- . Nombre de la Especialidad Medicinal
- . Forma de Presentación Farmacéutica
- . Código generado por el Laboratorio (Código de Laboratorio, Especialidad Medicinal y Acción Farmacológica).-
- . Precio de venta al público

2 - DIMENSION DEL ROTULO-CONTROL

El ROTULO-CONTROL, cuyo fondo debe ser blanco y la leyenda en letras y números negros, debe tener como dimensión 1,5 cm. x -- 2,5 cm.- (Véase Anexo -2-, Punto B: Instructivo del ROTULO DE CONTROL; Página 48)

- LEYENDA ACLARATORIA -

El envase de venta deberá ostentar en su parte exterior y- en forma destacada la siguiente leyenda:

"Este envase lleva un ROTULO DE CONTROL-
que debe ser desprendido EXCLUSIVAMENTE
para adherirlo a recetas de OBRAS SOCIA-
LES Y MUTUALES".-

IMPORTANTE: Esta leyenda es independiente del ROTULO-CONTROL y debe estar impresa en otro sector de la etiqueta del envase, de la Especialidad Medicinal.-

-Véase Anexo -1-

ENVIO A I.O.M.A. DE LA INFORMACION CORRESPONDIENTE AL REGISTRO DE
ESPECIALIDADES MEDICINALES

El Laboratorio Productor o Fraccionador de Especialidades Medicinales de uso humano deberá enviar, una vez registrado - en I.O.M.A. una ficha de Registro de Especialidades Medicinales --- (E.M.2/72) para cada una de sus Especialidades Medicinales y para - cada una de sus formas de presentación farmacéutica, que estén en - venta al público.-

Para su cumplimentación considérese el modelo que se acompaña, con su correspondiente instructivo (Anexo 5).-

La información será remitida a I.O.M.A. por pieza de correo certificada o entregada personalmente en la Dirección Técnica de I.O.M.A.-

NOTA:

El Laboratorio Productor o Fraccionador de Especialidades Medicinales se encargará de imprimir las fichas de Registro de Especialidades Medicinales (E.M.2/72)- conforme al modelo adjunto. (Anexo 5).-

ACTUALIZACION DE LA INFORMACION CORRESPONDIENTE AL REGISTRO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES.

El Laboratorio Productor o Fraccionador de Especialidades Medicinales deberá enviar a I.O.M.A. la ficha de Registro de Especialidades Medicinales (E.M.2/72), en la siguiente circunstancia:

- a) Incorporación a la venta de una nueva Especialidad Medicinal.-
- b) Retiro de la venta de una Especialidad Medicinal.-
- c) En todos los casos de modificación parcial o total de los datos contenidos en la ficha de Registro de Especialidades Medicinales (E.M.2/72).-

- Cambios de Precio de Venta al Público-

La modificación de Precio de Venta al Público, - se comunicará en forma de "Listado de cambio de precio de venta al público".-

El listado de referencia deberá confeccionarse de la siguiente forma: se encabezará con el nombre del Laboratorio y fecha de vigencia; en la primera columna se indicará el número de Código de la Especialidad Medicinal; en la segunda columna - se consignará el nombre de la Especialidad Medicinal y en la -- tercera columna se indicará el nuevo Precio de Venta al Público.

- Cambios de Domicilio y de Representante -

Los cambios de Domicilio, teléfono del Laboratorio, - así como el de su representante en la ciudad de La Plata, se comunicarán a I.O.M.A. por la vía que se considere más eficiente.-

DIRECCION PARA

- . REGISTRO DEL LABORATORIO
- . ENVIO DE LA INFORMACION CORRESPONDIENTE
AL REGISTRO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES

Para el Registro del Laboratorio, para el envío de la información correspondiente al Registro de Especialidades Medicinales o para cualquier consulta dirigirse a:

INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL
(I.O.M.A.)

Dirección Técnica

Calle 46 Nº 886, 9º Piso

La Plata (Provincia de Buenos Aires)

T.E. 2-1266, 3-6555, 2-0821 (Int.156)

En el siguiente horario:

- Invierno de 14 a 18 hs.
- Verano de 8 a 12 hs.

ANEXO 1

MODELO ROTULO-CONTROL

ANEXO I (MODELO)

1.5 cm.

2.5 cm.

ROTULO DE CONTROL

NOMBRE DEL LABORATORIO

NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD MEDICINAL

FORMA DE PRESENTACION FARMACEUTICA

LABORATORIO	ESPECIALIDAD MEDICINAL	ACCION
C O D I G O S		

PRECIO DE VENTA AL PUBLICO

\$ LEY

LEYENDA ACLARATORIA

I M P O R T A N T E

Este envase lleva un ROTULO DE CONTROL que debe ser
DESPRENDIDO EXCLUSIVAMENTE para adherirlo a recetas
de Obras Sociales y Mutuales

ANEXO 2

CARACTERISTICAS DEL CODIGO

A) CARACTERISTICAS DEL CODIGO

Estructura y Función del Código

1. Código Principal (6 dígitos)

Tres (3) dígitos:

- Identificación del laboratorio productor

Tres (3) dígitos:

- Identificación de los distintos productos del laboratorio y sus correspondientes formas de presentación farmacéutica.-

2. Código Complementario

Tres (3) dígitos:

- Destinado a identificar la acción terapéutica selectiva, según el Código Nacional de Medicamentos. (Anexo IV) (1)

-(1)- Resolución Ministerial 2701/68

B) INSTRUCTIVO DEL ROTULO DE CONTROL

CARACTERISTICAS

LABORATORIO "X X"		
"MASVITAL" (gotas)		
003 (*)	022 (**)	161 (***)
PRECIO DE VENTA \$ Ley.....		

-(*)- Identifica al laboratorio.-

-(**)-Identifica la especialidad y a su forma de presentación.-

-(***)- Identifica la acción (Código Nacional de Medicamentos).-

- MODELO DE ROTULO DE CONTROL -
DIMENSION Y CARACTERISTICAS TIPOGRAFICAS

- Dimensión: 1,5 cm. x 2,5 cm.-

PRODUCTOS FARMED	1
"MASVITAL"	2
GRASAS X 50	3
003.022.161	4
\$ 185,45	5

- Referencias

- 1) - Zagala condensada blanca cuerpo 6 - 4
- 2) - Zagala condensada blanca cuerpo 6 - 5
- 3) - Zagala condensada blanca cuerpo 6 - 3
- 4) - Helvética blanca cuerpo 8
- 5) - Helvética blanca cuerpo 8

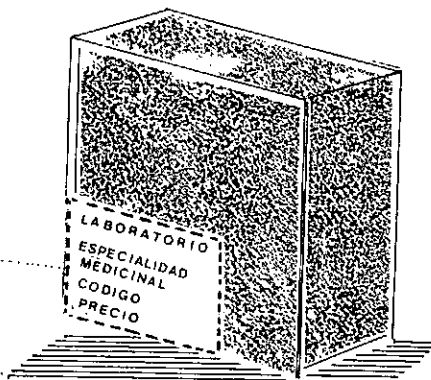
ANEXO 3

ALTERNATIVAS DE UBICACION DEL ROTULO-CONTROL

UBICACION DEL ROTULO- CONTROL

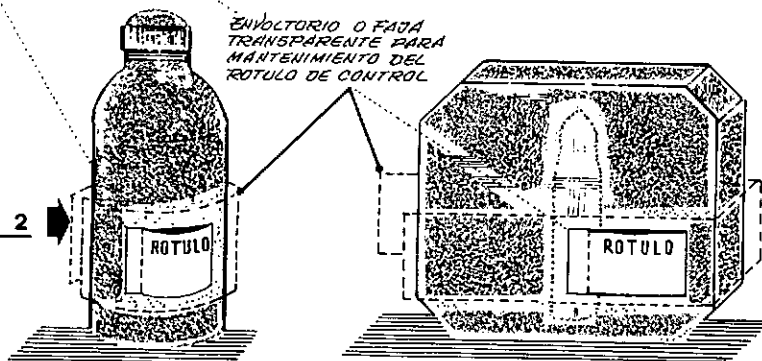
ANEXO ③

TAMAÑO NATURAL
DEL ROTULO DE CONTROL
2.5 cm.
1.5 cm.
PRODUCTOS FARMED
"MASVITAL"
QUINTAS 1.00
003.022.161
\$ 185.45



← **ALTERNATIVA 1**

ALTERNATIVA 2 →



ANEXO 4

CLASIFICACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS
(Resolución Ministerial 2701/68)

ANEXO 4

CLASIFICACION DE MEDICAMENTOS

(Resolución Ministerial n° 2701/68)

ACCION
FARMACOLOGICA



CODIGO
A UTILIZAR

I - AGENTES DE ACCION SOBRE LA PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS

1 - Protectores, adsorbentes, demulcentes, emolientes, astringentes	011
2 - Irritantes, rubefacientes y vesicantes	012
3 - Cásticos	013
4 - Queratolíticos - Queratolíticos - Queratoplásticos	014
5 - Otros	010

II - MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES Y HEPATOPANCREATICOS

1 - Antiácidos gástricos y eupépticos	021
2 - Digestivos no enzimáticos	022
3 - Catárticos y evacuantes	023
4 - Eméticos	024
5 - Antieméticos	025
6 - Adsorbentes y astringentes	026
7 - Antiespasmódicos musculotrópicos	027
8 - Colagogos - Coleréticos	028
9 - Hepatoprotectores	029
10 - Otros	020

III - SANGRE, LIQUIDOS Y ELECTROLITOS

1 - Sangre, plasma y fracciones	031
2 - Hematopoyéticos	032
3 - Electrolitos y otros líquidos parentales	033
4 - Agentes formadores de complejos (sustancias-quelantes)	034
5 - Otros	030

IV - AGENTES QUE AFECTAN LA COAGULACION DE LA SANGRE

1 - Coagulantes de la sangre	041
2 - Anticoagulantes	042
3 - Antagonistas de los anticoagulantes	043
4 - Hemostáticos	044
5 - Otros	040



ACCION
FARMACOLOGICA



V - DROGAS DE ACCION CARDIOVASCULAR

1 - Cardiotónicos	051
2 - De acción coronaria	052
Vasodilatadores	
3 - De acción periférica	053
Vaso constrictores	
4 - Antihipertensivos (Hipotensores)	054
5 - Antiarrítmicos	055
6 - De acción sobre la circulación cerebral	056
7 - Esclerosantes	057
8 - Otros	050

VI - DROGAS DE ACCION RESPIRATORIA

1 - Estimulantes respiratorios (Analépticos, etc.)	061
2 - Antitusivos	062
3 - Expectorantes	063
4 - Mucolíticos no enzimáticos	064
5 - Gases terapéuticos	065
6 - Otros	060
7 - Antiasmáticos	066

VII - DROGAS SIMPATICO MIMETICAS

1 - Simpático miméticas (adrenérgicas)	071
--	-----

VIII- DROGAS PARASIMPATICOMIMETICAS

1 - Parasimpaticomiméticas (colinérgicas)	081
2 - Anticolinesterasas	082

IX - DROGAS DE BLOQUEO SIMPATICO
(Simpaticolítico o antiadrenérgicas)

1 - Inhibidores adrenérgicos totales	091
2 - Inhibidores beta-adrenérgicos	092

X - DROGAS BLOQUEADORAS PARASIMPATICAS
(Parasimpaticolíticas o anticolinérgicas)

1 - Drogas bloqueadoras parasimpáticas naturales	101
2 - Drogas bloqueadoras parasimpáticas sintéticas	102

XI- RELAJANTES DEL MUSCULO ESQUELETICO

1 - Drogas bloqueadoras neuromusculares	111
2 - Relajantes musculares de acción central	112



ACCION
FARMACOLOGICA



XII - DIURETICOS	
1 - Inhibidores del transporte tubular renal	121
2 - Diuréticos osmóticos	122
3 - Acidificantes	123
4 - Otros	120
XIII - DROGAS DE ACCION UTERINA	131
XIV - HORMONAS NATURALES Y SINTETICAS	
1 - Adrenales (corticosteroides)	141
2 - Pancreáticos	142
3 - Paratiroides	143
4 - Sexuales	144
5 - Hipofisiarias	145
6 - Tiroideas y Antitiroideas	146
7 - Placentarias	147
8 - Anticonceptivos y conceptivos	148
9 - Otros	140
XV - MODIFICADORES DEL METABOLISMO	
1 - Hidratos de carbono (hipoglucemiantes orales, etc.)	151
2 - Lípidos (hipocolesterolemizantes, etc)	152
3 - Proteínas (anabólicos)	153
4 - Anorexígenos	154
5 - Otros	150
XVI - VITAMINAS Y NUTRIENTES	
1 - Vitaminas	161
2 - Nutrientes (aminoácidos y proteínas, azúcares, grasas, etc.)	162
XVII - ENZIMAS	
1 - Digestivos	171
2 - Antiflogísticos	172
3 - Trombolíticas	173
XVIII - ANESTESICOS GENERALES	
1 - Líquidos para inhalación	181
2 - Gaseosos para inhalación	182
3 - Anestésicos intravenosos	183
4 - Anestésicos basales	184
5 - Otros	180
XIX - ANESTESICOS LOCALES	191



ACCION
FARMACOLOGICA

XX - SEDANTES E HIPNOTICOS	
1 - Sedantes e hipnóticos barbitúricos	201
2 - Sedantes e hipnóticos no barbitúricos	202
XXI - ANTIEPILEPTICOS Y ANTICONVULSIONANTES	211
XXII - AGENTES PSICOFARMACOLOGICOS	
1 - Tranquilizantes para neurosis y psicosis	221
2 - Antidepresivos	222
3 - Agentes psicomiméticos (psicotóxicos o alucinógenos)	223
XXIII - ANALGESICOS, ANTIPIRETICOS Y ANTIINFLAMATORIOS	
1 - Analgésicos opiáceos	231
2 - Analgésicos no opiáceos que crean dependencia	232
3 - Analgésicos no opiáceos que no crean dependencia	233
4 - Antiinflamatorios	234
XXIV - HISTAMINA Y ANTIHISTAMINICOS Y ANTISEROTONINICOS	
1 - Histamina	241
2 - Antihistamínicos	242
3 - Antiserotonínicos	243
XXV - ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	
1 - Acción cortical	251
2 - Acción bulbar	252
3 - Acción medular	253
XXVI - DROGAS ANTINEOPLASICAS	261
XXVII - QUIMIOTERAPICOS Y ANTIBIOTICOS	
1 - Antisépticos	271
2 - Sulfamidas	272
3 - Antibióticos	273
4 - Antimicóticos	274
5 - Antipalúdicos	275
6 - Amebicidas	276
7 - Antiprotozoarios	277
8 - Otros	270
XXVIII - ANTIPARASITARIOS	
1 - Antihelmínticos	281
2 - Ectoparasitocidas	282
3 - Otros	280

ACCION
FARMACOLOGICA



XXIX - MEDICAMENTOS PARA DIAGNOSTICO

- | | |
|---|-----|
| 1 - Medios de contraste para rayos X aparato digestivo
Colecistocolangiografía (oral e intravenosa)
Urografías (ascendentes y descendentes)
Arteriografías-Angiografiografía
Estudios Radiológicos diversos (broncografía, mielografía, histerosalpingografía, sialografía, etc.) | 291 |
| 2 - Para probar funciones orgánicas
hígado
riñón
estómago, tiroides
volemia
función hematopoyética, etc. | 292 |
| 3 - Productos biológicos para diagnósticos
difteria
tuberculina
otros | 293 |
| 4 - Otros | 290 |

XXX - PRODUCTOS PARA INMUNIZACION ACTIVA Y PASIVA

- | | |
|-----------------------|-----|
| 1 - Vacuna bacteriana | 301 |
| 2 - Toxoides | 302 |
| 3 - Vacunas de virus | 303 |
| 4 - Antitoxinas | 304 |
| 5 - Sueros | 305 |
| 6 - Gamma globulinas | 306 |
| 7 - Otros | 300 |

XXXI - EXTRACTOS ALERGENICOS

311

XXXII - RADIOFARMACOS

321

ANEXO 5
MODELO DE FICHA DE REGISTRO DE ESPECIALIDADES
MEDICINALES (E.M.2/72)

MODELO DE TARJETA E.M. 2/72

IMPRESION SOBRE
CARTULINA BLANCA
DE 45 KILOS

<div>EN 2/72</div> <div>REGISTRO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES</div>			
<div>01) NOMBRE DEL LABORATORIO</div> <div>02) DOMICILIO</div> <div>04) ESPECIALIDAD MEDICINAL</div> <div>05) FORMA DE PRESENTACION FARMACEUTICA</div> <div>06) FORMULA (Cualitativa y Cuantitativa)</div>	<div>03) T.E.</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div> <div>Código del Laboratorio</div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div> <div>Código Especialidad Medicinal</div> </div>		
<div>07) DOSIS TERAPEUTICA MINIMA 08) VENTA LIBRE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></div>			
<div>09) NUMERO DE CERTIFICADO NACIONAL</div> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>			
<div>10) N° DE CODIGO NACIONAL (Res.Min. N° 2702/68)</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>			
<div>11) PRECIO DE VENTA AL PUBLICO (Pasco Ley)</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 20px; text-align: center;">\$</div> <div style="flex-grow: 1; border-left: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: right;">➔</div> </div>			

12) <u>REPRESENTANTE EN LA PLATA</u>	
NOMBRE	DOMICILIO T.E.
NOMBRE	DOMICILIO T.E.
NOMBRE	DOMICILIO T.E.

USO IOMA	
13) FECHA DE ALTA <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> Día Mes Año </div>	14) FECHA DE BAJA <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> Día Mes Año </div>

15) <u>CAMBIO DE PRECIO</u>	15.1) <u>CAMBIO DE PRECIO</u>
\$ Ley <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> Día Mes Año </div>	\$ Ley <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> Día Mes Año </div>
\$ Ley <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> Día Mes Año </div>	\$ Ley <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> Día Mes Año </div>
\$ Ley <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> Día Mes Año </div>	\$ Ley <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> Día Mes Año </div>

VER INSTRUCTIVO AL DORSO

INSTRUCTIVO

01. Consignar. Código: Consignar.
02. Consignar.
03. Consignar.
04. Nombre de la Especialidad. Código: Adjudicar a cada Especialidad Medicinal y a cada una de sus formas de presentación, un código de tres (3) dígitos. No se -- podrá repetir el código para Especialidades distintas o sus distintas formas -- de presentación.
Si se produce una baja en la elaboración y/o fraccionamiento del producto, el -- número no quedará vacante y será reservado para el caso de que, eventualmente -- el mismo producto sea nuevamente elaborado y puesto a la venta.
05. Consignar. Confeccionar una (1) tarjeta por cada forma de presentación.
06. Especificar.
07. Dosis Terapéutica Mínima: "La d.t.m. es la dosis diaria más pequeña indicada -- por el fabricante del medicamento, en forma de tabletas, píldoras, suposito--- rios, gotas (1 ml. = 25 gotas, 1 g. = 50 gotas), ampollas, etc. Si se trata sim--- plemente de diferentes formas de presentación de los mismos medicamentos, d.t.m. se ha de considerar como el contenido de substancia activa en la forma de pre--- sentación que posea el contenido más pequeño de substancia activa por d.t.m., -- (Por ejemplo, si un supositorio tiene el doble de substancia activa que la ta--- bleta correspondiente, y tres tabletas constituyen un d.t.m., tres suposito--- rios formarán dos d.t.m.). Sin embargo, esta conversión no se deberá intentar -- a menos que la zona de absorción sea la misma o, si se trata de comparación --- entre formas del medicamento que se ha de inyectar o administrar oralmente, --- o que la forma que se ha de tomar oralmente sea absorbida fácilmente, es decir, que su contenido de substancia activa no se destruya más o menos en el estóma--- go y en los intestinos. En ningún otro caso se intentará la conversión, sino -- que se especificará la d.t.m. basado en las indicaciones del fabricante.
08. Tildar en el casillero correspondiente.
09. Consignar.
10. Consignar. 10.1. Anotar la acción más importante. En 10.2. y 10.3., las otras.
11. Consignar.
12. Consignar. En el caso de existir Delegación consignar el domicilio y el telé--- fono de la misma.
13. Dejar en blanco (corresponde a la fecha de la comunicación efectuada a IOMA --- por el Laboratorio).
14. Dejar en blanco (corresponde a la fecha en que el Laboratorio es dado de baja -- en IOMA).
15. y 15.1. Dejar en blanco (corresponde a la fecha en la cual el Laboratorio comu--- nica a IOMA los cambios de precios).

ACTUALIZACION DE LAS FICHAS DE REGISTRO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES (E.M.2/72)

El Laboratorio Productor o Fraccionador de Especialidades Medicinales deberá -- enviar a IOMA la ficha de Registro de Especialidades Medicinales (E.M.2/72), en las siguientes circunstancias:

- a) Incorporación a la venta de una nueva Especialidad Medicinal.
- b) Retiro de la venta de una Especialidad Medicinal.
- c) En todos los casos de modificación parcial o total de los datos conte--- nidos en la ficha de Registro de Especialidades Medicinales (E.M.2/72).

-Cambios de Precio de Venta al Público-

La modificación de Precio de Venta al Público, se comunicará en forma de "Lista -- de cambio de precio de venta al público".

El listado de referencia deberá confeccionarse de la siguiente forma: se encaja--- zará con el nombre del Laboratorio y fecha de vigencia; en la primera columna se in--- dicará el número de Código de la Especialidad Medicinal; en la segunda columna se -- consignará el nombre de la Especialidad Medicinal y en la tercera columna se indica--- rá el nuevo Precio de Venta al Público.

-Cambios de Domicilio y de Representante-

Los cambios de Domicilio, teléfono del Laboratorio, así como el de su represen--- tante en la ciudad de la Plata, se comunicarán a IOMA por la vía que se considere -- más eficiente.

- I N D I C E -

	Pág.
. Texto del Decreto Nº 1779/72	9
. Reglamentación	15
. Texto de la Resolución Nº 00764	23
. Instructivo a los Laboratorios Productores o Fraccionadores de Especialidades Medicinales de uso humano	27
. Dirección para Registro del Laboratorio y envío de la información	39
. Anexo -1- Modelo Rótulo-Control	43
. Anexo -2- Características del - Código	47
. Anexo -3- Alternativas de ubicación - del Rótulo-Control	53
. Anexo -4- Clasificación Nacional de - Medicamentos (Resolución Ministerial- 2701/68)	57
. Anexo -5- Modelo de Ficha de Registro de Especialidades Medicinales (EM 2/72)	65

I.O.M.A.
Dirección Técnica
-1972-

- REGISTRO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES -
MODELO DE CERTIFICADO DE REGISTRO



PROVINCIA DE BUENOS AIRES
INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL
I. O. M. A. (ENTE AUTARQUICO)

ORIGINAL

- REGISTRO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES -

(DECRETO-LEY 1779/72)

Certificado de Registro a I.O.M.A.

- - - - Se certifica que el Laboratorio.....
.....Código I.O.M.A.

--	--	--

, con domici
lio comercial en Calle:.....Nº:.....
Localidad.....T.E.:.....y representado
en este acto por el Señor.....
en su carácter de.....quien acredita su
identidad con C.I., L.C., L.E. Nº:.....ha registrado el
Laboratorio, recibiendo el número de Código correspondiente al mis
mo y firmando al pie de la presente acta en prueba de conformidad,
encontrándose su original inserto en el Folio.....del Registro
de Laboratorios Productores o Fraccionadores de Especialidades --
Medicinales Nº 1.-

Al efecto de la generación del Nº de Código y demás atributos del
ROTULO CONTROL, que deberá existir en cada envase, se entrega un-
INSTRUCTIVO IMPRESO.-

LA PLATA,.....de.....de 197

.....
Fdo. por el Laboratorio
FRL 1/72

I.O.M.A. - Dirección Técnica
Calle: 46 nº 886 - 9º Piso-
La Plata - Pcia. de Bs. As.
T.E.: 2-1266
3-6555 Int.156
2-0821

.....
Fdo. por I.O.M.A.

↓

ESTE NUMERO IDENTIFICA AL LABO- RATORIO Y DEBE FIGURAR EN LAS - ESPECIALIDADES MEDICINALES.- -		



DUPLICADO

PROVINCIA DE BUENOS AIRES
INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL
I. O. M. A. (ENTE AUTARQUICO)

- REGISTRO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES -

(DECRETO-LEY 1779/72)

Certificado de Registro a I.O.M.A.

- - - - Se certifica que el Laboratorio.....
.....Código I.O.M.A.

--	--	--

, con domici
lio comercial en Calle:.....Nº:.....
Localidad.....T.E.:.....y representado
en este acto por el Señor.....
en su carácter de.....quien acredita su
identidad con C.I., L.C., L.E. Nº:.....ha registrado el
Laboratorio, recibiendo el número de Código correspondiente al mis
mo y firmando al pie de la presente acta en prueba de conformidad,
encontrándose su original inserto en el Folio.....del Registro
de Laboratorios Productores o Fraccionadores de Especialidades --
Medicinales Nº 1.-

Al efecto de la generación del Nº de Código y demás atributos del
ROTULO CONTROL, que deberá existir en cada envase, se entrega un-
INSTRUCTIVO IMPRESO.-

LA PLATA,.....de.....de 197

.....
Fdo. por el Laboratorio
FRL 1/72

I.O.M.A. - Dirección Técnica
Calle: 46 nº 886 - 9º Piso-
La Plata - Pcia. de Bs. As.
T.E.: 2-1266
3-6555 Int.156
2-0821

.....
Fdo. por I.O.M.A.



<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
ESTE NUMERO IDENTIFICA AL LABO- RATORIO Y DEBE FIGURAR EN LAS - ESPECIALIDADES MEDICINALES.-			

- MODELO DE FICHA EM 1/71 -
INSTRUCTIVO

- MODELO E.M.1/71 -

INSTRUCTIVO

1. Consignar

2. Se asignará un Código de tres (3) dígitos a cada uno de los Laboratorios Productores o Fraccionadores de Especialidades Medicinales para Uso Humano; que corresponde al número de Registro en la Obra Social, figurando en el Libro de Registro de Laboratorios Productores o Fraccionadores de Especialidades Medicinales.-

Cuando un Laboratorio es dado de baja, su número de Código no quedará vacante, es decir no podrá ser utilizado para otro Laboratorio.-

En el caso de Laboratorios extranjeros cuyos productos se venden en el País con la representación de un Laboratorio Argentino, se registrarán y codificarán conforme a este último.-

3. Consignar.-

4. Consignar.-

5. Consignar. En los casos de los Laboratorios que tienen Delegación, consignar el domicilio y teléfono de la misma.

6. Consignar.-

7. Consignar.-

8. Consignar.-

9. Consignar.-

10. Consignar.-

I O M A

9) RESPONSABLE DEL REGISTRO

APELLIDO Y NOMBRE

.....
Firma

.....
Aclaración de firma

LABORATORIO

10) RESPONSABLE DE LA INFORMACION

APELLIDO Y NOMBRE

Documento
Identidad N°

.....
Firma

.....
Aclaración de firma

--	--	--

NOMBRE DEL LABORATORIO

2) Código IOMA

DOMICILIO COMERCIAL

4) T.E.

5) REPRESENTANTE EN LA PLATA

NOMBRE

DOMICILIO

T.E.

NOMBRE

DOMICILIO

T.E.

NOMBRE

DOMICILIO

T.E.

NOMBRE DE LA DISTRIBUIDORA

FECHA DE INSCRIPCION EN IOMA

--	--	--

Día Mes Año

8) FECHA DE BAJA EN IOMA

--	--	--

Día Mes Año

- MODELO DE FICHA EM 2/72 -
INSTRUCTIVO

REGISTRO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES

NOMBRE DEL LABORATORIO

DIRECCIÓN

03) T.E.

ESPECIALIDAD MEDICINAL

FORMA DE PRESENTACIÓN FARMACÉUTICA

FÓRMULA (Cualitativa y Cuantitativa)

Código del
LaboratorioCódigo Especia-
lidad Medicinal

ANÁLISIS TERAPÉUTICA MÍNIMA :

08) VENTA LIBRE

SI

NO

NÚMERO DE CERTIFICADO NACIONAL

DE CÓDIGO NACIONAL (Res.Min. N° 2701/68)

10.¹) Código10.²) Código10.³) Código

PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO (Pasos Ley)

\$



12) REPRESENTANTE EN LA PLATA

NOMBRE DOMICILIO T.E.

NOMBRE DOMICILIO T.E.

NOMBRE DOMICILIO T.E.

USO IOMA

13) FECHA DE ALTA

--	--	--

Día Mes Año

14) FECHA DE BAJA

--	--	--

Día Mes Año

15) CAMBIO DE PRECIO

\$ Ley

--	--	--

Día Mes Año

\$ Ley

--	--	--

Día Mes Año

\$ Ley

--	--	--

Día Mes Año

15.¹) CAMBIO DE PRECIO

\$ Ley

--	--	--

Día Mes Año

\$ Ley

--	--	--

Día Mes Año

\$ Ley

--	--	--

Día Mes Año



PROVINCIA DE BUENOS AIRES
INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL
I. O. M. A. (ENTE AUTARQUICO)

ESPECIALIDADES MEDICINALES

MODELO DE TARJETA E.M.2/72
(15 x 10 cm.)

IMPRESION SOBRE
CARTULINA BLANCA
DE 45 KILOS

EM 2/72		REGISTRO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES	
01) NOMBRE DEL LABORATORIO			<div> </div> <div> </div> <div> </div> <div>Código del Laboratorio</div>
02) DOMICILIO	03) T.E.		
04) ESPECIALIDAD MEDICINAL			<div> </div> <div> </div> <div> </div> <div>Código Especialidad Medicinal</div>
05) FORMA DE PRESENTACION FARMACEUTICA			
06) FORMULA (Cualitativa y Cuantitativa)			
07) DOSIS TERAPEUTICA MINIMA :		08) VENTA LIBRE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
09) NUMERO DE CERTIFICADO NACIONAL <div> </div>			
10) N° DE CODIGO NACIONAL (Res.Min. N° 2701/68)		<div> </div> <div> </div> <div> </div> <div>10.¹) Código</div>	<div> </div> <div> </div> <div> </div> <div>10.²) Código</div>
		<div> </div> <div> </div> <div> </div> <div>10.³) Código</div>	
11) PRECIO DE VENTA AL PUBLICO (Pesos Ley)		<div> </div> <div> </div> <div> </div> <div>\$</div>	→

12) REPRESENTANTE EN LA PLATA	
NOMBRE	DOMICILIO T.E.
NOMBRE	DOMICILIO T.E.
NOMBRE	DOMICILIO T.E.
USO IOMA	
13) FECHA DE ALTA <div> </div> <div> </div> <div> </div> <div>Día Mes Año</div>	14) FECHA DE BAJA <div> </div> <div> </div> <div> </div> <div>Día Mes Año</div>
15) CAMBIO DE PRECIO	15. ¹) CAMBIO DE PRECIO
\$ Ley <div> </div> <div> </div> <div> </div> <div>Día Mes Año</div>	\$ Ley <div> </div> <div> </div> <div> </div> <div>Día Mes Año</div>
\$ Ley <div> </div> <div> </div> <div> </div> <div>Día Mes Año</div>	\$ Ley <div> </div> <div> </div> <div> </div> <div>Día Mes Año</div>
\$ Ley <div> </div> <div> </div> <div> </div> <div>Día Mes Año</div>	\$ Ley <div> </div> <div> </div> <div> </div> <div>Día Mes Año</div>

INSTRUCTIVO

01. Consignar. Código: Consignar.
02. Consignar.
03. Consignar.
04. Nombre de la Especialidad. Código: Adjudicar a cada Especialidad Medicinal y a cada una de sus formas de presentación, un código de tres (3) dígitos. No se podrá repetir el código para Especialidades distintas o sus distintas formas de presentación.
Si se produce una baja en la elaboración y/o fraccionamiento del producto, el número no quedará vacante y será reservado para el caso de que, eventualmente el mismo producto sea nuevamente elaborado y puesto a la venta.
05. Consignar. Confeccionar una (1) tarjeta por cada forma de presentación.
06. Especificar.
07. Dosis Terapéutica Mínima: "La d.t.m. es la dosis diaria más pequeña indicada por el fabricante del medicamento, en forma de tabletas, píldoras, supositorios, gotas (1 ml. = 25 gotas, 1 g. = 50 gotas), ampollas, etc. Si se trata simplemente de diferentes formas de presentación de los mismos medicamentos, d.t.m. se ha de considerar como el contenido de sustancia activa en la forma de presentación que posea el contenido más pequeño de sustancia activa por d.t.m., (Por ejemplo, si un supositorio tiene el doble de sustancia activa que la tableta correspondiente, y tres tabletas constituyen un d.t.m., tres supositorios formarán dos d.t.m.). Sin embargo, esta conversión no se deberá intentar a menos que la zona de absorción sea la misma o, si se trata de comparación entre formas del medicamento que se ha de inyectar o administrar oralmente, o que la forma que se ha de tomar oralmente sea absorbida fácilmente, es decir, que su contenido de sustancia activa no se destruya más o menos en el estómago y en los intestinos. En ningún otro caso se intentará la conversión, sino que se especificará la d.t.m. basado en las indicaciones del fabricante.
08. Tildar en el casillero correspondiente.
09. Consignar.
10. Consignar. 10.1. Anotar la acción más importante. En 10.2. y 10.3., las otras.
11. Consignar.
12. Consignar. En el caso de existir Delegación consignar el domicilio y el teléfono de la misma.
13. Dejar en blanco (corresponde a la fecha de la comunicación efectuada a IOMA por el Laboratorio).
14. Dejar en blanco (corresponde a la fecha en que el Laboratorio es dado de baja en IOMA).
15. y 15.1. Dejar en blanco (corresponde a la fecha en la cual el Laboratorio comunica a IOMA los cambios de precios).

ACTUALIZACION DE LAS FICHAS DE REGISTRO DE ESPECIALIDADES MEDICINALES (E.M.2/72)

El Laboratorio Productor o Fraccionador de Especialidades Medicinales deberá enviar a IOMA la ficha de Registro de Especialidades Medicinales (E.M.2/72), en las siguientes circunstancias:

- a) Incorporación a la venta de una nueva Especialidad Medicinal.
- b) Retiro de la venta de una Especialidad Medicinal.
- c) En todos los casos de modificación parcial o total de los datos contenidos en la ficha de Registro de Especialidades Medicinales (E.M.2/72).

-Cambios de Precio de Venta al Público-

La modificación de Precio de Venta al Público, se comunicará en forma de "Listado de cambio de precio de venta al público".

El listado de referencia deberá confeccionarse de la siguiente forma: se encabezará con el nombre del Laboratorio y fecha de vigencia; en la primera columna se indicará el número de Código de la Especialidad Medicinal; en la segunda columna se consignará el nombre de la Especialidad Medicinal y en la tercera columna se indicará el nuevo Precio de Venta al Público.

-Cambios de Domicilio y de Representante-

Los cambios de Domicilio, teléfono del Laboratorio, así como el de su representante en la ciudad de La Plata, se comunicarán a IOMA por la vía que se considere más eficiente.

- CLASIFICACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS -

ANEXO 4

CLASIFICACION DE MEDICAMENTOS

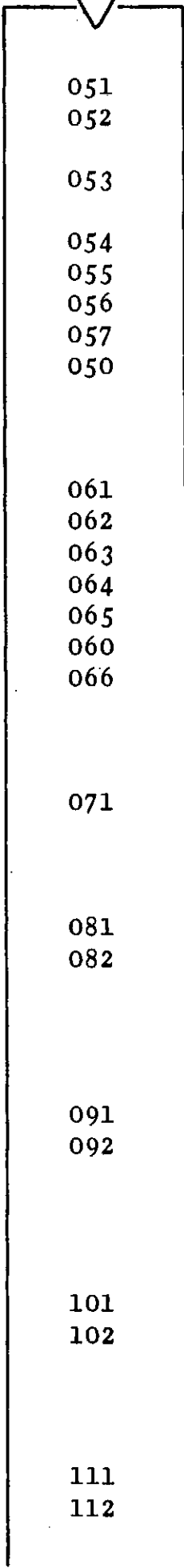
(Resolución Ministerial n° 2701/68)

ACCION
FARMACOLOGICA



I - AGENTES DE ACCION SOBRE LA PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS	<u>CODIGO</u> <u>A UTILIZAR</u>
1 - Protectores, adsorbentes, demulcentes, emolientes, astringentes	011
2 - Irritantes, rubefacientes y vesicantes	012
3 - Cáusticos	013
4 - Queratolíticos - Queratolíticos - Queratoplásticos	014
5 - Otros	010
II - MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES Y HEPATOPANCREATICOS	
1 - Antiácidos gástricos y eupépticos	021
2 - Digestivos no enzimáticos	022
3 - Catárticos y evacuantes	023
4 - Eméticos	024
5 - Antieméticos	025
6 - Adsorbentes y astringentes	026
7 - Antiespasmódicos musculotrópicos	027
8 - Colagogos - Coleréticos	028
9 - Hepatoprotectores	029
10 - Otros	020
III - SANGRE, LIQUIDOS Y ELECTROLITOS	
1 - Sangre, plasma y fracciones	031
2 - Hematopoyéticos	032
3 - Electrolitos y otros líquidos parentales	033
4 - Agentes formadores de complejos (sustancias-quelantes)	034
5 - Otros	030
IV - AGENTES QUE AFECTAN LA COAGULACION DE LA SANGRE	
1 - Coagulantes de la sangre	041
2 - Anticoagulantes	042
3 - Antagonistas de los anticoagulantes	043
4 - Hemostáticos	044
5 - Otros	040





V - DROGAS DE ACCION CARDIOVASCULAR	
1 - Cardiotónicos	051
2 - De acción coronaria	052
Vasodilatadores	
3 - De acción periférica	053
Vaso constrictores	
4 - Antihipertensivos (Hipotensores)	054
5 - Antiarrítmicos	055
6 - De acción sobre la circulación cerebral	056
7 - Esclerosantes	057
8 - Otros	050
VI - DROGAS DE ACCION RESPIRATORIA	
1 - Estimulantes respiratorios (Analépticos, etc.)	061
2 - Antitusivos	062
3 - Expectorantes	063
4 - Mucolíticos no enzimáticos	064
5 - Gases terapéuticos	065
6 - Otros	060
7 - Antiasmáticos	066
VII - DROGAS SIMPATICO MIMETICAS	
1 - Simpático miméticas (adrenérgicas)	071
VIII- DROGAS PARASIMPATICOMIMETICAS	
1 - Parasimpaticomiméticas (colinérgicas)	081
2 - Anticolinesterasas	082
IX - DROGAS DE BLOQUEO SIMPATICO (Simpaticolítico o antiadrenérgicas)	
1 - Inhibidores adrenérgicos totales	091
2 - Inhibidores beta-adrenérgicos	092
X - DROGAS BLOQUEADORAS PARASIMPATICAS (Parasimpaticolíticas o anticolinérgicas)	
1 - Drogas bloqueadoras parasimpáticas naturales	101
2 - Drogas bloqueadoras parasimpáticas sintéticas	102
XI- RELAJANTES DEL MUSCULO ESQUELETICO	
1 - Drogas bloqueadoras neuromusculares	111
2 - Relajantes musculares de acción central	112



XII - DIURETICOS	
1 - Inhibidores del transporte tubular renal	121
2 - Diuréticos osmóticos	122
3 - Acidificantes	123
4 - Otros	120
XIII - DROGAS DE ACCION UTERINA	131
XIV - HORMONAS NATURALES Y SINTETICAS	
1 - Adrenales (corticosteroides)	141
2 - Pancreáticos	142
3 - Paratiroides	143
4 - Sexuales	144
5 - Hipofisiarias	145
6 - Tiroideas y Antitiroideas	146
7 - Placentarias	147
8 - Anticonceptivos y conceptivos	148
9 - Otros	140
XV - MODIFICADORES DEL METABOLISMO	
1 - Hidratos de carbono (hipoglucemiantes orales, etc.)	151
2 - Lípidos (hipocolesterolemizantes, etc)	152
3 - Proteínas (anabólicos)	153
4 - Anorexígenos	154
5 - Otros	150
XVI - VITAMINAS Y NUTRIENTES	
1 - Vitaminas	161
2 - Nutrientes (aminoácidos y proteínas, azúcares, grasas, etc.)	162
XVII - ENZIMAS	
1 - Digestivos	171
2 - Antiflogísticos	172
3 - Trombolíticas	173
XVIII - ANESTESICOS GENERALES	
1 - Líquidos para inhalación	181
2 - Gaseosos para inhalación	182
3 - Anestésicos intravenosos	183
4 - Anestésicos basales	184
5 - Otros	180
XIX - ANESTESICOS LOCALES	191





XX - SEDANTES E HIPNOTICOS	
1 - Sedantes e hipnóticos barbitúricos	201
2 - Sedantes e hipnóticos no barbitúricos	202
XXI - ANTIEPILEPTICOS Y ANTICONVULSIONANTES	211
XXII - AGENTES PSICOFARMACOLOGICOS	
1 - Tranquilizantes para neurosis y psicosis	221
2 - Antidepresivos	222
3 - Agentes psicomiméticos (psicotóxicos o alucinógenos)	223
XXIII - ANALGESICOS, ANTIPIRETICOS Y ANTIINFLAMATORIOS	
1 - Analgésicos opiáceos	231
2 - Analgésicos no opiáceos que crean dependencia	232
3 - Analgésicos no opiáceos que no crean dependencia	233
4 - Antiinflamatorios	234
XXIV - HISTAMINA Y ANTIHISTAMINICOS Y ANTISEROTONINICOS	
1 - Histamina	241
2 - Antihistamínicos	242
3 - Antiserotonínicos	243
XXV - ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	
1 - Acción cortical	251
2 - Acción bulbar	252
3 - Acción medular	253
XXVI - DROGAS ANTINEOPLASICAS	261
XXVII - QUIMIOTERAPICOS Y ANTIBIOTICOS	
1 - Antisépticos	271
2 - Sulfamidas	272
3 - Antibióticos	273
4 - Antimicóticos	274
5 - Antipalúdicos	275
6 - Amebicidas	276
7 - Antiprotozoarios	277
8 - Otros	270
XXVIII - ANTIPARASITARIOS	
1 - Antihelmínticos	281
2 - Ectoparasitidas	282
3 - Otros	280





XXIX - MEDICAMENTOS PARA DIAGNOSTICO

1 - Medios de contraste para rayos X aparato digestivo Colecistocolangiografía (oral e intravenosa) Urográficas (ascendentes y descendentes) Arteriografías-Angiocardiógrafa Estudios Radiológicos diversos (bronco- grafía, mielografía, histerosalpingografía, sialografía, etc.)	291
2 - Para probar funciones orgánicas hígado riñón estómago, tiroides volemia función hematopoyética, etc.	292
3 - Productos biológicos para diagnósticos difteria tuberculina otros	293
4 - Otros	290

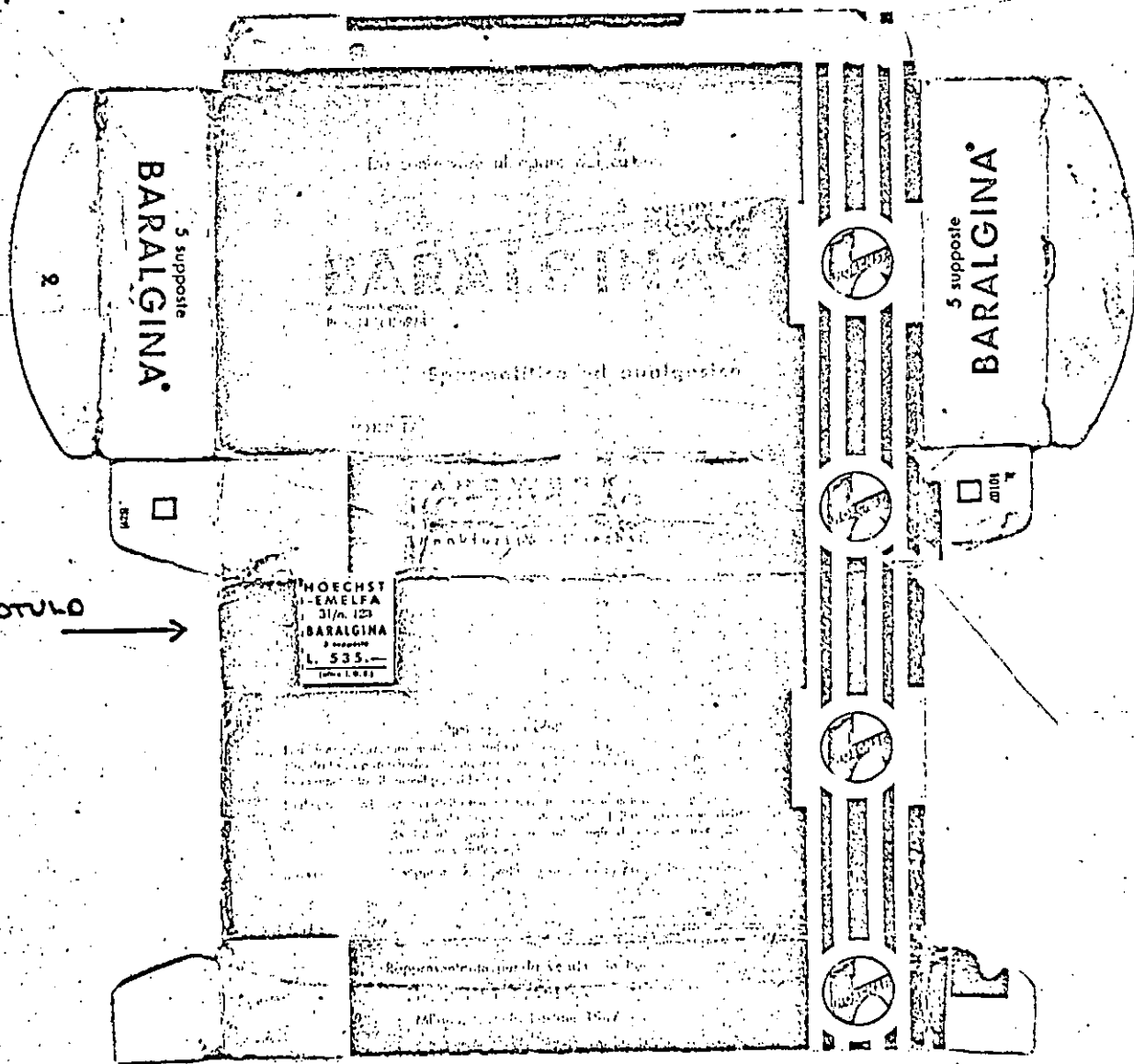
XXX - PRODUCTOS PARA INMUNIZACION ACTIVA Y PASIVA

1 - Vacuna bacteriana	301
2 - Toxoides	302
3 - Vacunas de virus	303
4 - Antitoxinas	304
5 - Sueros	305
6 - Gamma globulinas	306
7 - Otros	300

XXXI - EXTRACTOS ALERGENICOS 311

XXXII - RADIOFARMACOS 321

- MODELO DE ROTULO CONTROL -



Rotulo →

**UTILIZACION DE CAPACIDAD INSTALADA DEL
SECTOR PUBLICO**

- CONVENIOS PARA UTILIZACION DE SERVICIOS DEL SECTOR

PUBLICO Y OBRAS SOCIALES -

(Informe Preliminar)

- ESTUDIO DE FACTIBILIDAD TECNICA -

A los efectos de calcular la posibilidad de atención por parte de los hospitales del Sector Público y de Obras Sociales, especialmente en el caso de incrementarse las internaciones, como producto del aumento de la demanda, esta última por reducción o supresión del coseguro, se estudian distintas alternativas.-

En primer lugar, se ha dimensionado la capacidad instalada de establecimientos polivalentes dependientes del Ministerio de Bienestar Social de la Provincia, de Obras Sociales (Ferroviarios) y Privados, sobre la base información de 1971.-

• Metodología

Se estudió la disponibilidad de camas y su rendimiento en términos de promedio de días de estada, porcentaje ocupacional y giro. Se calculó la cantidad de días/cama disponibles y conforme al porcentaje ocupacional de cada establecimiento, se estableció el número de días/cama "ociosas" excedentes, suponiendo que el porcentaje ocupacional aceptable es de 85 %.-

En segundo término, se calculó el eventual aumento de la demanda actual (60 por mil afiliados) como consecuencia de la reducción o supresión del coseguro, hasta alcanzar una demanda anual del 100 %/oo afiliados.-

El estudio se limitó a la Capital, donde se producen casi el 90 % de los egresos, en virtud de no contar con información discriminada de la Obra Social, según Departamentos.--

• Resultados

En la Tabla 1 se observa el rendimiento por establecimiento. En el se muestran en la columna el porcentaje ocupacional "ocio so", suponiendo una ocupación ideal del 85 % (Columna 9) obteniendo los días/cama vacantes (Columna 10).--

Además se calculó el incremento de internaciones, de la demanda de los 28.600 afiliados, en términos de días de estada -- (5,6 %) y suponiendo que la tasa de utilización anual pasará al 100 %/oo afiliados (Tabla 2).--

- TABLA 2 -

Incremento de la Tasa de Internación por reducción o supresión del coseguro (*). Total Afiliados. Total Provincia.

TASA DE INTERNACION (Por mil Afiliados)	TOTAL INTERNACIONES ANUALES	TOTAL DIAS ESTADA/AÑO (**)
60	1.716	9.609
100	2.860	16.016
INCREMENTO	1.144	6.407

(*) Población afiliada 28.600

(**) Promedio días estada 5,6

Dado que el incremento expresado en días de estada/año se estima en 6.407 y que de ellos el 90 % se producirá en la Capital - se obtiene, finalmente, que el aumento de días de internación para la misma será de 5.766, es decir la demanda que deberá satisfacer el Sector Público o el Hospital Ferroviario, en el caso de -- convenirse la atención correspondiente.--

En tal caso, en la Tabla 1 , se puede observar que si se consideran los días/cama "vacantes" del Hospital Pablo Soria (Provincial) y el Policlínico Ferroviario se obtiene 7.483 y 1.390 días, utilizables, respectivamente, con un total de 8.873.--

• Conclusiones

Si se acepta que la capacidad instalada privada, está saturada y que la del sector público y de los Ferroviarios del Departamento Capital, tienen de acuerdo a los cálculos presentados,-- una posibilidad muy restringida de absorción, estimada en este caso en 8.873 días/cama/año, bastante proxima a los incrementos esperados (5.766 días/año), esto exigirá incrementar el porcentaje ocupacional de los hospitales mencionados al 85 %, rendimiento que se vería sensiblemente mejorado si se redujera simultáneamente el promedio de días de estada; recuérdese al afecto-- que el Hospital Pablo Soria tiene un promedio de 11,9 y el Ferroviario de 13,8.--

Este estudio se complementará, cuando se estudien en terreno las condiciones en que se hallan físicamente y en equipamiento-- y personal los establecimientos de referencia.--

RENDIMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES - AÑO 1971

HOSPITAL 1	DEPARTAMENTO 2	Promedio de cama disponibles 3	Promedio de Estadia 4	% de ocupación 5	Giro de cama 6	Días cama disponibles / año 7	Días cama ocupadas / año 8	Ocupación excedente (Max. 85%) 9	Días cama vacantes 10
PABLO SORIA	CAPITAL	402	11,9	79,9	21,5	146.730	117.237	5,1	7.483
ARTURO ZABALA	EL CARMEN	43	5,7	65,0	43,2	15.695	10.202	20,0	3.139
NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	EL CARMEN	117	15,3	74,1	18,9	42.705	31.644	10,9	4.655
POLICLINICO FERROVIARIO (*)	CAPITAL	16	13,8	61,2	16,1	5.840	3.574	23,8	1.390
G. PATTERSON	SAN PEDRO	215	10,5	74,6	24,6	78.475	58.542	10,4	8.161
LA ESPERANZA (**)	SAN PEDRO	30	5,1	71,3	50,4	10.950	7.807	13,7	1.500
INGENIO LEDESMA (***)	LEDESMA	130	7,2	56,1	29,2	47.450	26.619	28,9	13.713
E. ZEGADA	LEDESMA	59	7,5	63,9	31,2	21.353	13.645	21,1	4.505
O. ORIAS	LEDESMA	10	4,2	33,2	27,6	3.650	1.212	51,8	1.891
SAN MIGUEL	LEDESMA	24	7,3	69,2	34,0	8.760	6.062	15,8	1.384
MAIMARA	TILCARA	30	9,0	49,1	22,0	10.950	5.376	35,9	3.931
S. MEZZA	TILCARA	101	14,5	41,4	10,2	36.865	15.262	43,6	16.073
GENERAL BELGRANO	HUMAHUACA	68	11,6	53,2	18,6	24.820	13.204	31,8	7.893
NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO	COCHINOA	28	7,7	46,3	23,1	10.220	4.732	38,7	3.955
MINA PIRQUITAS (***)	RINCONADA	36	8,2	46,0	24,0	13.140	6.044	39,0	5.124
J. URO	YAVI	99	11,3	63,2	18,8	36.135	22.837	21,8	7.877

- (*) - Obra Social
- (**) - Privado
- (***) - Mixto

- FUENTE DE INFORMACION: MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL

- CONVENIO ENTRE LA SUBSECRETARIA DE SALUD
PUBLICA Y LA OBRA SOCIAL -

----- Entre el SUPERIOR GOBIERNO DE LA PROVINCIA, en adelante denomi-
nado "La Provincia", representado en este acto por el Señor Subsecre-
tario de Salud Pública de la Provincia.....
.....por una parte y la Obra Social.....
.....en adelante denominada la Obra Social repre-
sentada en este acto por.....convienen
celebrar el Convenio de Prestación de Servicios que determinan y ----
ajustan las siguientes cláusulas:

PRIMERA: "LA PROVINCIA", a través de la SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLI-
----- CA de la SECRETARIA MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL se obli-
ga a prestar en los establecimientos asistenciales de su dependencia
que se determinarían oportunamente a todos los afiliados de la Obra -
Social que se encuentran reglamentariamente habilitados y voluntaria-
mente acuden a los mismos para atenderse, la asistencia médica, de in-
ternación, odontológica y servicios auxiliares, tipo sanatorial, así
como la provisión de medicamentos a internados, determinada por Ley-
Provincial, su reglamentación y disposiciones complementarias, y el
Honorclador y aranceles establecidos para.....
.....

SEGUNDA: "LA PROVINCIA" declara conocer y aceptar el régimen e instrucción contemplada legal de la Obra Social y acepta y reconoce el derecho de la Obra Social de excluir o incluir prestaciones a los beneficiarios vigentes, atendiendo a sus posibilidades de cobertura económica y a la estructuración de su programa de asistencia, previa comunicación fehaciente de sesenta días (60).--

TERCERA: Las partes se comprometen a facilitar la libre elección del establecimiento asistencial, público o privado según el Censo determinado en la Cláusula Décima Cuarta (14).--

CUARTA: La asistencia a que se refiere la cláusula PRIMERA se suministra de acuerdo a las normas de trabajo y modalidades operativas previstas en el anexo que forma parte del presente Convenio.--

QUINTA: "LA PROVINCIA" administrará un listado de los profesionales y establecimientos asistenciales comprendidos en la cláusula PRIMERA, consignando para los primeros: apellido y nombres completos, domicilio del profesional, número de matrícula, número de teléfono, especialidad registrada, y para los segundos: nombre del Establecimiento, domicilio, apellido y nombre del Director y Sub-Director, capacidad instalada, servicios con los que cuenta y/o espera contar en fecha próxima. Además administrará a la Obra Social una ficha individual de los Profesionales con sus datos personales y firma olográfica y una ficha de los Establecimientos Asistenciales con los datos consignados en las mismas y firma olográfica de él o los responsables. La Obra Social proveerá oportunamente los formularios anteriormente citados.--

SEXTA: Tendrán derecho a los servicios a los que refiere el presente
----- Convenio, todos los afiliados de la Obra Social reglamentaria-
mente habilitados incluido en listados especiales que la Obra Social
se compromete a mantener actualizados y a disposición de la SUB-SE-
CRETARIA DE SALUD PUBLICA.-

SEPTIMA: Entre la SUB-SECRETARIA DE SALUD PUBLICA y la OBRA SOCIAL --
----- de común acuerdo determinarán las condiciones de un mecanis-
mo de auditoría compartida destinada a evaluar la calidad de los ser-
vicios propendiendo al mejoramiento de sus niveles.-

OCTAVA: LA SUB-SECRETARIA DE SALUD PUBLICA y la OBRA SOCIAL se pre-
----- tarán la más amplia colaboración en relación a las tareas de
inspección, control, verificación y evaluación de prestaciones, con-
forme a las normas que se acordarán oportunamente.-

NOVENA: LA PROVINCIA garantiza en general la permanencia y continui-
----- dad de las prestaciones asistenciales que toca a su cargo.-

DECIMA: LA PROVINCIA elevará al día treinta (30) de cada mes (salvo
----- casos debidamente justificados) la facturación por estable-
cimiento de los servicios correspondientes al mes anterior, la que
incluirá la totalidad de lo prestado en dicho período. Por su parte
la Obra Social abonará a la SUB-SECRETARIA DE SALUD PUBLICA el in-
porte total de las facturaciones mediante cheque /o transferencia-
bancaria a su orden únicamente en cuenta especial habilitada a tal-
efecto. Individualizará cada pago en el duplicado del recibo que --
corresponda o con número del mismo. El pago de las facturas por pag

te de la Obra Social se hará dentro de los treinta (30) días de -
presentada, acompañando la nómina de los establecimientos asisten-
ciales que cada pago incluye y la discriminación del importe co-
rrespondiente a cada uno.-

DECIMA PRIMERA: En las facturas en que hubiere errores, falta de-
----- documentación u otro motivo de observación referi-
do a una o más prácticas de servicios, la Obra Social deducirá el
importe que corresponda a las mismas y abonará las no observadas.
Déjase establecido que las facturas observadas por la Obra Social
y devueltas a la SUB-SECRETARIA DE SALUD PUBLICA con las liquida-
ciones de ese mes, luego de transcurridos sesenta (60) días sin -
su reintegro en condiciones, no serán reconocidas por la Obra So-
cial.-

DECIMA SEGUNDA: La fiscalización técnico-profesional de las pres-
----- taciones realizadas a los afiliados de la Obra -
Social en los servicios asistenciales será ejercida por la Obra -
Social solamente por intermedio de sus agentes profesionales y la
PROVINCIA colaborará por intermedio de sus organismos específicos.

DECIMA TERCERA: Los establecimientos asistenciales tendrán la obli-
----- gación de llevar una ficha clínica de cada afilia-
do que atienda debiendo tener la misma conformación, y suministrar
los datos sobre pronuncia de diagnóstico, tratamiento médico o -
quirúrgico, exámenes complementarios o copia de síntesis clínica, -
si el médico asesor o fiscalizador de la Obra Social así lo requie-

ra. Además proporcionará la información para los Programas de - Estadística y Auditoría de la Obra Social.-

DECIMA CUARTA: De acuerdo a lo establecido en el Art.....de la Ley....., LA SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA podrá determinar la cobertura poblacional de la Obra Social la aplicación de medidas preventivas y de promoción fue técnicas que se requieran para un mejoramiento sanitario de la población. Asimismo la Obra Social podrá solicitar la aplicación de dichas medidas en caso de que epidemiológicamente se demuestre dicha - necesidad para lo cual LA SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA dispondrá de los recursos para tal fin.-

Entre la SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA y la Obra Social deberá establecerse una estrecha colaboración y coordinación atinente al control y vigilancia epidemiológica, facilitando a la Obra Social toda información que sea necesaria para un mejor control sanitario.-

DECIMA QUINTA: La Obra Social no reconocerá ni abonará las facturaciones que ingresen con posterioridad mayor a cuarenta y cinco (45) días al último día del mes que corresponden los servicios respectivos salvo que la demora ocasionada por imprevistas causas de fuerza mayor, en cuyo caso el establecimiento asistencial y/o LA SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA, - según corresponda le informará y acreditará a efectos de su consideración por la Obra Social. La falta de la firma de conformidad del afiliado no será atendida como causal justificatoria

DECIMA SEPTIMA: De conformidad con las disposiciones pertinentes del ~~Artículo~~ de la Ley ~~...~~ a los fines de los servicios a prestar en virtud del presente Convenio, establécense que los afiliados de la Obra Social no abonarán coseguros por las siguientes prestaciones en los establecimientos asistenciales.....

Asimismo fíjense los siguientes coseguros que deberán abonar los afiliados en los Establecimientos Asistenciales:.....

(...) a cargo del afiliado. En traslado será el (...) por ciento a cargo de la Obra Social. Cuando dichos traslados se efectúen en vehículos oficiales el afiliado no abonará coseguro. En todos los casos, la Obra Social abonará a la SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA solamente el porcentaje del valor de las prestaciones que tenga establecida reglamentariamente..»

DECIMA SEPTIMA: Para todos los efectos legales y judiciales de este Convenio las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales de la Ciudad ~~de~~ renunciando a cualquier otro fuero o jurisdicción que les pudiera corresponder fijar de domicilio especial en.....

DECIMA OCTAVA: El presente regirá sin término a partir de la fecha que la Obra Social comience sus actividades. Transcurridos seis (6) meses podrá ser denunciado por cualquiera de las partes, en --

cuyo caso la pérdida de vigencia se operará a los quince (15) --
días de recibida la comunicación por la otra.-

DECIMA NOVENA: El presente Convenio queda sujeto a la ulterior --
----- aprobación del Poder Ejecutivo Provincial, sin cuyo
requisito carece de valor.-

VIGESIMA: En prueba de conformidad con las cláusulas que antecede--
----- den, con las normas de trabajo aprobadas por ambas par-
tes que forman parte del presente Convenio y con la Ley-----,
su Reglamentación, se firman cuatro ejemplares del mismo tenor y--
a un solo efecto en la Ciudad de-----días del mes de ---
-----del año 197 -----

**PROGRAMA DE DIFUSION Y DE INFOR-
MACION (P.D.I.)**

- PROGRAMA DE DIFUSION Y DE INFORMACION - (P.D.I.)

Fundamentos y Bases Generales

1. Fundamentos - Objetivos

Del diagnóstico efectuado surge que la Obra Social carece de mecanismos destinados a informar de sus actividades y resultados metódica y sistemáticamente a los diversos sectores relacionados con la Institución, es decir:

- Afiliados
- Prestadores
- Autoridades
- Opinión Pública

No es necesario destacar aquí la importancia fundamental de la información. De cualquier manera, en este caso particular el objetivo fundamental es el de posibilitar el mejor desempeño de la función específica.-

2. Destinatarios de la Información - Contenidos

2.1 Información Específica

1. Afiliados

- Obligaciones y Derechos
- Prestaciones y Programas ofrecidos
- Forma de acceso a las prestaciones
- Nuevos beneficios
- Otros aspectos de interés del afiliado
- Educación Sanitaria

2. Prestadores

- Obligaciones y Derechos
- Formas de relación con la Obra Social
- Nuevos beneficios a otorgar
- Otros aspectos relacionados

2.1 Inespecífico

3. Autoridades

- Aspectos relacionados con el desarrollo de la gestión de la Institución, en lo relacionado con lo económico financiero y asistencial.-

4. Opinión Pública

- Idem
- Programa de afiliación y ampliación del universo protegido.-

3. Medios de Difusión y de Información

- Prensa oral y escrita
- Publicación periódica de un Boletín de la Obra Social
- Publicación de Estudios y Trabajos Técnicos y Científicos, producidos por la Obra Social.
- Publicación de la Memoria y Balance de la Obra Social
- Distribución de
 - Afiches
 - Murales
 - Impresos varios
- Publicaciones en Revistas Sindicales o Gremiales
- Otros.-

4. Recursos

En la Obra Social deberá crearse un sector responsable -- del Programa de Difusión y de Información, arbitrando los recursos necesarios para el cumplimiento de los Objetivos.-

A N E X O 1

**OBJETIVO Y FACTIBILIDAD DE MECA-
NIZACION**

- MECANIZACION DEL SISTEMA -

• Generalidades

El tipo de actividades de la Institución en estudio es muy ---
apto para la mecanización, dadas sus características operativas.-

El volumen de las tareas y la complejidad de los controles, sumadas a la necesidad de llevar registros actualizados de prestadores y de afiliados, hacen de interés su mecanización.-

Es sabido que todo proceso mecanizado tiene un costo inicial ---
elevado; esto obedece al análisis del Sistema, programación, perfección de la información básica para la generación de los archivos-maestros puesta a punto de los programas; y capacitación del personal, etc.-

Si el sistema ha sido bien diseñado, con flexibilidad suficiente, el costo incremental, por cada nuevo programa que se incorpore, utilizando las mismas fuentes de archivos magnéticos, es prácticamente insignificante.-

• Tareas Principales a Mecanizar

Las tareas principales a mecanizar son Afiliación (Altas y Bajas) Control y Pago a Prestadores, Control de Aportes, Estadística Registro de Prestadores y otros.-

En este documento, quedamos eximidos de detallar cada una de las tareas, hasta tanto las Autoridades Provinciales opten por el Sistema manual o mecanizado. En este último caso, se procederá a la programación correspondiente. (Informe N° 6).-

A los efectos de la decisión se ofrecen cálculos de costos operativos, así como la factibilidad de contar con equipos de computación en la Provincia.-

- ANALISIS DEL COSTO DEL CONTROL MECANIZADO -

Se presenta en el Cuadro N°3, la estructura de las erogaciones principales, con distintas hipótesis con respecto a las desviaciones por falta de un control adecuado.-

Estas desviaciones podrían ser controladas, en gran medida con la mecanización de los sistemas detallados en el Cuadro.-

Dado que el costo de mecanización es semifijo, se procede a -- extraer el resultado a obtener por este medio; si el beneficio obtenido es mayor que cero, la decisión es conveniente ya que se gana en certeza, al conocer la información que se está manejando, con respecto a prestaciones, afiliados, costos, necesidades, etc. Si a ello se agrega el factor psicológico derivado del sentirse controlado por un medio electrónico, tanto prestador como afiliados, aumentarán, de esta manera, la eficiencia del sistema.-

Mediante una Encuesta realizada al personal de la Caja del Seguro, pudo determinarse en forma casi unánime que las desviaciones oscilan alrededor de los siguientes valores:

- Médicos.....25% del total facturado en un año.-
- Farmacias.....30% del total facturado en un año.-
- Sanatorios.....30% del total facturado en un año.-

En este mismo Cuadro se presentan dos alternativas de coseguro en una de ellas se contempla un coseguro medio del 35% con un costo de afiliado de 18.000 y otro con un costo de \$ 23.000 y un coseguro medio de un 30%.-

El resultado de la primera alternativa y teniendo en cuenta la desviación recogida del personal de la Caja sería:

• Médicos.....	25% de desviaciones sobre 1.500.000,00	—375.000,00
• Farmacias.....	30% de desviaciones sobre 1.500.000,00	—450.000,00
• Sanatorios....	30% de desviaciones sobre 1.250.000,00	—375.000,00
- Costo adicional por la falta de control adecuado		—1.200.000,00

El resultado de la segunda alternativa

• Médicos.....	25% de desviaciones sobre 2.000.000,00	—500.000,00
• Farmacias.....	30% de desviaciones sobre 2.000.000,00	—600.000,00
• Sanatorios....	30% de desviaciones sobre 1.600.000,00	—480.000,00
- Costo Adicional		—1.580.000,00

Si a estos costos le deducimos el costo de procesamiento de estos sistemas el costo de la mecanización de afiliaciones, estadística y el costo de implementar el control con personal de inspección en un número adecuado, los resultados esperados serían — óptimos.—

En el siguiente Cuadro se presenta el costo de esta alternativa:

• Costo de la desviación de la primera alternativa	= 1.200.000,00	
• Costo de mecanización anual	= 200.000,00	
• Costo de cinco (5) profesionales inspectores a 3.000,00 mensuales, dedicación exclusiva	= 180.000,00	380.000,00
		<u>820.000,00</u>

- Nos queda un beneficio operativo de \$ 820.000,00.—

Por otra parte, si el costo de funcionamiento operativo de este sistema es de \$ 380.000,00 nos permitiría llevarlo adelante, así la desviación sea de un 15% para la primera alternativa o de un 10% para la segunda.-

Uno de los inconvenientes graves es la falta de un computador electrónico de 3° generación accesible para la Caja.-

Actualmente existe en Jujuy un equipo convencional de procesamiento, que realiza service a usuarios.-

Entendemos que no es posible su contratación para este trabajo, ya que si la decisión es mecanizar, debe realizarse con visión de futuro, con macrolenguajes y en equipos electrónicos-modulares, de lo contrario tarde o temprano habría que rediseñar, reprogramar, reinstruir, reoperar los sistemas de procesamiento.-

- ESTRUCTURA DE LAS EROGACIONES-SUS DESVIACIONES- RESULTADO DEL CONTROL -

CUADRO N°3

28.000 Afiliados

En Millones de \$m/n.-

ESTRUCTURA % DE LAS EROGA CIONES IMPOR TANTES	EROGACIONES	% DE DESVIACION ESTIMADA(Dist. HIPOTESIS)							VOLUMEN ANUAL DE COMPROBANT.	COSTO PRO BABLE DE PROCESAM.	BENEFICIO CUANTITATIVO DE PROCESAMIENTO SIN CON- SIDERAR LAS VENTAJAS MAS IMPORTANTES QUE OTORGA 1 CERTEZA						
		5%	10%	15 %	20 %	25 %	30 %	5 %			10 %	15 %	20 %	25 %	30 %		
ALTERNATIVA 1ra. COSTO POR AFILIADO = 180,00 = TOTAL = 500 MILLONES																	
AFILIACIONES											3	- 3	- 3	- 3	- 3	- 3	- 3
30 %	MEDICOS	150	7,5	15	22,5	30	37,5	45	6.000	5	+ 2,5	10	17,5	25	32,5	40	
30 %	FARMACIAS	150	7,5	1,5	22,5	30	37,5	45	-	5	+ 2,5	10	17,5	25	32,5	40	
25 %	SANATORIOS	125	6,25	12,5	18,75	25	31,25	37,5	-	5	+ 1,25		13,75	20	26,25	32,5	
ESTADISTICA											2	- 2	- 2	- 2	- 2	- 2	- 2
RESULTADOS											20	1,25	22,5	43,75	65	86,25	106,5
ALTERNATIVA 2da. COSTO POR AFILIADO = 230,00 = TOTAL = 650 MILLONES																	
AFILIACIONES											3	- 3	- 3	- 3	- 3	- 3	- 3
30 %	MEDICOS	200	10	20	30	40	50	60		5	5	15	25	35	45	55	
30 %	FARMACIAS	200	10	20	30	40	50	60		5	5	15	25	35	45	55	
25 %	SANATORIOS	160	8	16	24	32	40	48		5	3	11	19	27	35	43	
ESTADISTICA											2	- 2	- 2	- 2	- 2	- 2	- 2
RESULTADOS											20	8	36	64	92	120	148

ANEXO 2

PRESENTACION DEL PROGRAMA

- ANEXO -

PRESENTACION DEL PROGRAMA

Los presentes documentos forman parte de la presentación efectuada por el Grupo de Asesores conjuntamente con el Señor Tomasi, del Consejo Federal de Inversiones y con la presencia del Señor Gobernador, Señor Ministro de Bienestar Social de la Provincia y otras autoridades provinciales, referido a la presentación del Diagnóstico y Alternativa de Solución para la Caja del Seguro de Enfermedad de la Provincia de Jujuy.-

La reunión de referencia se llevó a cabo en el Salón Auditorium del Ministerio, el día 15 de diciembre del año en curso, asistiendo a la misma los distintos sectores interesados, es decir: autoridades de la Caja, representantes de los afiliados y de gremio, prestadores, técnicos del Sector Salud y Entidades Privadas de la Provincia.-

En la ocasión, el Señor Ministro de Bienestar Social entregó copias del Documento de Trabajo preparado por este Grupo Consultor (Informe Nº2) para su conocimiento y crítica.-

Mediante este mecanismo se asegura no solo la difusión del Programa, sino que se comprometen el aporte concreto de los distintos sectores involucrados en el proceso.-