

O/M.411

Médicos de Familia con Población a Cargo  
Módulo de Costos

40581

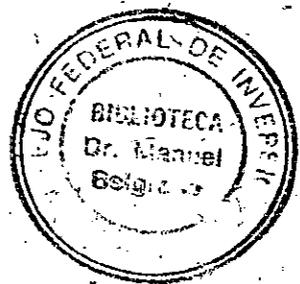
626  
II

**PROGRAMA**

**MÉDICOS DE FAMILIA CON POBLACIÓN A CARGO**

**MÓDULO DE COSTOS**

(II)



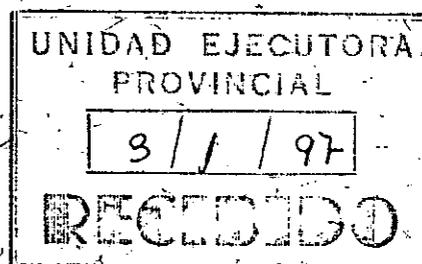
Consultor: CDR: ITALO GARAVAGLIA

O/M.411  
626  
II

Mendoza  
enero de 1997

TABLA DE CONTENIDOS

	pág.
Tabla de abreviaturas y aclaraciones	1
Resumen ejecutivo	2
Ubicación del tema	3
Objetivo	4
Relevamiento de la información	5
Sistematización y análisis de la información	7
Propuestas globales de reorganización	7
Componentes - costos	7
RR HH - Disponibilidades y asignación	7
RR HH - Bases de remuneraciones	8
RR HH - Capacitación	9
Inversiones	9
Impacto del Programa en el presupuesto	11
Disminución de gastos	11
Limitaciones	11
Costos recurrentes	11
Resumen	12
Discusión de la propuesta	13
Anexo I - Población total y NBI proyectadas	14
Anexo II - Disponibilidades de los recursos humanos	15
Anexo III - Localidades según las etapas	16
Anexo IV - Inversiones	17
Anexo V - Indicad. de cobertura según tramo de poblac.	18
Anexo VI - RR HH - asignación	19
Anexo VII - RR HH - modelo de remuneración	20
Anexo VIII - RR HH - costo de cursos de capacitación	21
Anexo IX - Disminución de gastos	22
Anexo X - Población a cubrir y actual	23



## TABLA DE ABREVIATURAS Y ACLARACIONES SOBRE TÉRMINOS UTILIZADOS

**Localidad - Departamento**

Se usan indistintamente. Asentamientos de población donde se aplicará el Programa de Médicos de Familia con Población a Cargo.

**MF**

Médico de Familia

**NBI - Población NBI**

Se usan indistintamente. Es la población que tiene Necesidades Básicas Insatisfechas; es la destinataria del Programa.

## RESUMEN EJECUTIVO

El siguiente análisis comprende el **Módulo de Costos para el Programa de Médicos de Familia con Población a Cargo** y complementa al **Módulo Conceptual del Programa de Médicos de Familia con Población a Cargo**, preparado por el consultor Dr. Antonio Gómez.

Para su mejor comprensión será conveniente la lectura en primer término, del **Módulo Conceptual** y con posterioridad abordar este **Módulo de Costos**.

Ambos conforman el diseño, procedimiento, ámbito geográfico y social de aplicación, funcionamiento, costo de puesta en marcha y operativo y objetivos propuestos.

El procedimiento seguido en su preparación tiene como base el análisis de la información de cada zona de la provincia en materia de atención primaria de la salud, los recursos disponibles y su actual utilización.

A partir de esa información, se establecieron cursos de acción, se determinaron los recursos necesarios a aplicar y los costos de esos recursos, tanto en su base de implementación como en el funcionamiento.

El objetivo de esta parte del trabajo es dar una explicación de las bases que se han considerado para la determinación de las cantidades y costos de los componentes del Programa. El costo detallado de cada uno de ellos y su aplicación en el tiempo de duración de la implementación del Programa, se encuentra volcado en las planillas de Matriz de Costos oportunamente elaboradas y elevadas para su consideración y análisis.

En todo el modelo del Programa se ha tomado como unidad de beneficio a la familia, que es la que recibirá la prestación de salud.

En la primera parte se presenta una Ubicación del Tema, a efectos de comprender en qué contexto se desarrollará el Programa y cuáles serán los beneficios de su aplicación.

A continuación se marca claramente el objetivo de ponerlo en práctica: la cobertura de una importante porción de la población que actualmente no tiene acceso a una adecuada prestación de salud, el uso racional de los recursos y la calidad en la atención.

Se pasa luego revista a las fuentes de información, su relevamiento y sistematización y se detallan por último los componentes del costo, su magnitud y su incidencia dentro del total.

Con el desarrollo del presente trabajo se completa el último punto del Plan de Trabajo del Programa de Médicos de Familia con Población a Cargo.

## UBICACIÓN DEL TEMA

Del análisis de las prestaciones de salud en la Provincia de Mendoza surgen características que, de mejorarse, significarán un aumento en la calidad de prestación y una disminución en su costo.

Existe una importante porción de la población, que no tiene cobertura adecuada, ni en calidad ni en tiempo. Esa población (NBI), distribuida en los distintos departamentos de la provincia, suma aproximadamente 278.000 personas.

Del total de consultas realizadas en los prestadores del sector público, aproximadamente el 60% se hacen en hospitales, que por su estructura y nivel de complejidad, tienen costos muy superiores a las consultas atendidas en los Centros de Salud.

Por otra parte, muchas de esas consultas no se realizan en el momento oportuno, lo que representa un agravamiento en los cuadros de salud que terminan demandando servicios cuya prestación es más cara.

En la actual organización, predominan las acciones de baja relación costo-efectividad y hay poca capacidad resolutoria en los niveles de atención directa de los pacientes; lo que muchas veces dificulta o impide la prestación oportuna en el primer nivel aumentando en definitiva las atenciones especializadas y los recursos que se deben volcar en ellas.

Se advierte asimismo una disociación entre lo que la comunidad necesita y el recurso humano que se forma; hay falta de control de la calidad de los servicios que se ofrecen y desigualdad de oportunidades de acceso por parte de la población.

Gran parte de los recursos humanos que desarrollarán su tarea en este Programa, provendrán de los que actualmente prestan servicios y que pasarán a formar parte de los equipos de medicina familiar.

## OBJETIVO

La puesta en marcha de un Programa como el de Médicos de Familia con Población a Cargo, tiene como meta cubrir la población NBI de toda la provincia ( las 278.000 personas), dar un uso más racional a los recursos -materiales y humanos- y disminuir el costo de algunas prestaciones posibilitando la asignación de esos recursos a otras.

Se ha elaborado un sistema que permite conocer los costos de implantación y los costos operativos, todo de manera modular por departamento y por año, a efectos de que al decidir en qué zona aplicar el programa, se conozca cuánto serán los recursos de puesta en marcha y de mantenimiento.

El Programa de Médicos de Familia con Población a Cargo está muy ligado a los otros proyectos desarrollados: Promoción y Protección de la Salud, Recuperación de Costos, Registro Unificado de Usuarios de Salud. En la medida que se desarrolle cada uno, se sentarán bases para el desenvolvimiento de los otros.

Al poner "a cargo" de cada Médico de Familia (MF) una determinada cantidad de personas -1.200-, será conveniente contar con un Registro Único de Usuarios de Salud que permita saber que los beneficiarios pertenecen efectivamente al sector NBI o recuperar el costo de sus obras sociales de aquellos que hagan uso sin pertenecer al grupo.

La reforma del sector público permitirá asignar los recursos con criterio de equidad, priorizando la atención de los problemas de salud más importantes por medio de las intervenciones más costo-efectivas.

El Programa está previsto desarrollarse con estructura propia, pero sin descartar la posibilidad de contratación de servicios a la actividad privada, en aquellos lugares en que se advierta su conveniencia.

## RELEVAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Mediante una proyección de los datos del último censo de población, se hizo una proyección de la población de la provincia a 1997. En función de ella se obtuvo el detalle de asentamientos por departamentos, la calidad de NBI y su cantidad en cada localidad. Estos datos dieron la base para hacer el primer planteo de las necesidades de inversión y recursos humanos en cada zona.

En el ANEXO I se detalla la población total y NBI proyectada por localidad y la dispersión de la población. Esta última información será útil para determinar la ubicación de los MF dentro de cada departamento.

Respecto del recurso humano para la formación del equipo se hizo el relevamiento del personal médico de acuerdo a: MF ya egresados de las residencias con la especialidad, médicos generalistas que podrán llegar a reconvertirse mediante cursos de preparación en Médicos de Familia y futuros egresados de las residencias que se incorporarán al programa en los próximos años. Se ha previsto incrementar el número de residentes a partir de 1997.

Con una cifra que se fijó en 1.200 personas a cargo para cada MF, se obtuvo la cantidad necesaria por localidad y en base a los recursos disponibles se estableció como criterio el desarrollo del programa en tres años.

El ANEXO II indica los recursos humanos disponibles, los que se formarán y la asignación en cada año de la puesta en marcha del Programa.

En cuanto a las localidades a incluir en cada etapa y la población NBI a cubrir, se detallan en el ANEXO III.

El equipo de apoyo directo integrado por el enfermero de familia, se obtendrá de los enfermeros que actualmente prestan servicios y que recibirán un curso de formación específico.

El resto del equipo (odontólogo, pediatra, nutricionista, etc), se formará con los recursos que actualmente prestan servicios.

Al determinar las etapas, las localidades a incluir en cada una y los recursos humanos que se irán incorporando, se hizo el detalle de las inversiones que se deberá afrontar en cada año: vehículos, equipos de comunicaciones, equipamiento médico, equipos de computación. ANEXO IV.

Con el análisis de la demanda (consultas y prestaciones del segundo y tercer nivel), se marcó el lineamiento general del Programa: atención a toda la población NBI en tiempo oportuno, con calidad y uso racional de los recursos.

En el caso particular de las consultas, se advierte que el promedio anual por cápita está muy por debajo del estándar deseado para tener un buen seguimiento de la salud del paciente (el estándar es de 5 consultas por habitante y por año y en la práctica se realizan 1,5; como ya quedó dicho, la mayor parte de ellas, en hospitales y no en centros de salud). ANEXO V.

Por otra parte, aproximadamente un 20% de los partos que se atienden en el sector público, tienen su primera o segunda consulta en ese momento, prácticamente sin control de embarazo. Así, el porcentaje de niños que requieren ser pasados a la Unidad de Terapia Intensiva Neonatológica, es aproximadamente del 12% con una estadía promedio de 15 días.

De toda esta información, surge un cuadro de situación que permite dar una orientación precisa al Programa, analizar detalladamente las necesidades a cubrir y establecer costos, parámetros de costo - efectividad y de controles para el seguimiento durante su ejecución.

Se ha realizado asimismo el relevamiento de la información sobre el sistema de remuneraciones en la actualidad, tanto a los médicos como a los enfermeros. En el régimen legal vigente que comprende esas prestaciones se presenta la posibilidad de aplicar un modelo remunerativo como el que se propoñdrá en el punto específico que se detallará más adelante.

## SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

De la información procesada se sacaron conclusiones cuya realidad en general ya era conocida pero que al ser tratada en forma sistemática, se reforzó el conocimiento previo y se fundamentó el camino a seguir.

A partir de allí, y con cada uno de los componentes del Programa ya individualizados, se procedió a diseñar el sistema de funcionamiento, las cantidades, los plazos en que cada uno de esos componentes debería ser incorporado y los costos, tanto de puesta en marcha como de los operativos.

## PROPUESTAS GLOBALES DE REORGANIZACIÓN.

### COMPONENTES - COSTOS

#### RR HH - Disponibilidades y asignación

En el desarrollo del Programa tiene gran importancia la correcta y oportuna asignación de los recursos humanos con formación específica de Médicos de Familia, enfermeros de familia y el resto del equipo.

Ya se ha detallado ( ANEXO II), la cantidad de médicos que será posible disponer en cada año y los departamentos que se incluirán en cada una de las etapas (ANEXO III). Consideraremos ahora la asignación de esos MF a cada uno de los departamentos ( Se detalla en el ANEXO VI).

De esta manera se conforma la primera parte del equipo, que sumado al enfermero de familia constituirá la puerta de entrada del paciente al sistema de cobertura de salud de este Programa.

El resto del equipo - cuyo detalle y función de cada uno de sus integrantes se encuentra en el Módulo Conceptual de este Programa desarrollado por el Dr. Antonio Gómez - se configura a partir de las siguientes proporciones:

En principio la aplicación de las unidades de prestación se hará por familia de acuerdo a la siguiente agrupación:

- 1 equipo de cabecera para: 300 familias (aprox. 1.200 personas)
- 1 equipo de apoyo para : 5 equipos de cabecera : 1.500 familias (aprox. 6.000 personas)
- 1 equipo consultor para : 4 a 7 equipos de cabecera: 1.200 a 2.800 familias (aprox. 4.800 a 11.200 personas)

El mínimo de familias para un equipo se ajustará en función de la zona de aplicación y la dispersión de la población beneficiaria.

El MF convenientemente distribuido y trabajando en el sistema, es el regulador y armonizador del adecuado uso de los recursos en salud.

## RR HH - Bases de remuneraciones

### MF

La remuneración estará compuesta por:

1. **un monto fijo:** entre un 10 y un 15% de la remuneración total
2. **un monto por cápita:** entre un 60 y un 65% del total de la remuneración.  
Este monto capitado contendrá dos elementos de valorización diferenciada:
  - 2.1. **Cantidad de cápitaa:** entre 1 y N cápitaa se abonarán a un precio; entre N+1 y X cápitaa se abonarán a un precio mayor entre X+1 y Z cápitaa se abonarán a un precio superior;
  - 2.2. **Composición de la cápita por grupo etáreo:** montos diferenciados de acuerdo al grupo a que pertenezca el beneficiario o se estudiará la categorización de la familia de acuerdo a su composición y se abonarán todas esas cápitaa de manera diferenciada de acuerdo al rango en el que quede ubicado todo el grupo familiar.
3. **un monto por programa desarrollado:** entre un 10 y un 15%, según metas alcanzadas dentro del programa indicado para desarrollar
4. **Un monto por movilidad (por la dispersión del grupo a atender) y por radicación en determinadas zonas:** entre un 10 y un 20%

El fundamento de esto obedece a que se considera al MF como la puerta de entrada del beneficiario al sistema de Medicina Familiar, pero también será la puerta de salida del equipo si no se siente satisfecho con la atención y decide pasarse de un MF a otro. Por eso el componente cápita representa un alto porcentaje.

Se considera la libre elección como un bien, aplicable en todos los casos que sea posible.

Cuando en una zona, por la magnitud del grupo a atender no sea posible disponer de más de un equipo y por lo tanto los beneficiarios no puedan elegir, la labor del MF y su equipo será seguida por indicadores; entre ellos, alguno que indique el nivel de satisfacción del beneficiario a efectos de analizar las medidas a adoptar.

Al mismo tiempo se valoriza más a los beneficiarios del tramo superior de forma tal que el MF tienda a mantener la mayor cantidades de beneficiarios, porque los primeros que pierde son aquellos por los que más dinero recibe.

La variación de precio de acuerdo al grupo etáreo, se aplica para quitar incentivos al rechazo de beneficiarios de determinadas condiciones por parte del MF.

El pago por programa reconoce la magnitud de la labor desarrollada.

En los casos que corresponda, se abonará un monto por movilidad, que tiende a permitir al MF el desplazamiento para la atención a sus beneficiarios que se encuentren a mayor distancia.

El pago por radicación en determinadas zonas da un incentivo para cubrir cargos de MF en lugares en los que por sus condiciones no se presenten postulantes o se dificulte su cobertura.

La razonabilidad de los porcentajes indicados será testeada mediante la aplicación a diferentes situaciones; se desarrollarán escenarios a efectos de establecer su adopción o las correcciones necesarias.

### Otros miembros del equipo de MF

También para estos miembros existirá una remuneración compuesta que contemple cantidad, grupo étareo, programas, movilidad y radicación, pero el porcentaje a cobrar por cantidad de cápitás tendrá una participación -en el total de remuneraciones- menor que en el caso del MF. Esto, debido a que no depende directamente del Miembro del Equipo de Médico de Familia, que el beneficiario decida cambiarse de equipo, sino que es el MF quien en principio incentiva al beneficiario a quedarse en el equipo o pasarse a otro.

Un ejemplo de retribución se ha desarrollado en el ANEXO VII.

### RR.HH - Capacitación

Se ha previsto un monto para capacitación (ANEXO VIII) de acuerdo al siguiente detalle.

- Residencias: para la formación de MF. Actualmente se desarrolla un programa y se ha previsto incrementar el número de asistentes en los próximos años, a efectos de contar con los MF necesarios de acuerdo a los departamentos que se incluyan en cada etapa.

- Curso para Médicos Generalistas: los 100 que actualmente prestan servicios, recibirán un curso ( 50 en el primer año y 50 en el segundo) para su reconversión en MF.

- Enfermeros: los que actualmente prestan servicios y que pasarán al Programa, recibirán un curso de entrenamiento. Su incorporación al Programa será de acuerdo a la incorporación de MF.

### INVERSIONES

En base al funcionamiento del Programa detallado en el Módulo Conceptual, se hace necesario contar con elementos cuya cantidad y costos ya ha sido detallado en el ANEXO IV.

El detalle es el siguiente:

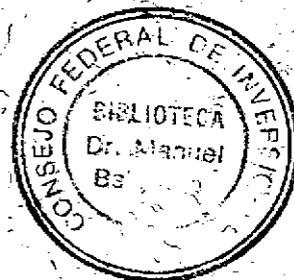
- Equipamiento médico: se proveerá a cada MF un mínimo de instrumental y aparatos para el desarrollo de su labor.

- Equipamiento de computación: se proveerá a cada MF una notebook que utilizará para el registro del seguimiento de la salud de su población a cargo. La información será estandarizada y volcada a equipos a los que tendrán acceso los demás integrantes del equipo ( Equipo de Apoyo) para ejercer sus prácticas sobre el paciente disponiendo de todos los antecedentes y servirá además para el control de gestión del MF y del Equipo en el cumplimiento en término y con calidad de la atención de su población a cargo.

- Vehículos: con la aplicación del Programa en toda la provincia y la atención que deberá hacerse de toda la población NBI, será necesario disponer de vehículos que posibiliten la atención domiciliaria, aún en las zonas de difícil acceso y de población dispersa y distante.

- Equipos de comunicaciones: para que el sistema opere en condiciones óptimas, es indispensable disponer de la integración de todos los puestos. Esto se conseguirá mediante el montaje de equipos de comunicación para toda la provincia. El permanente contacto con los centros a los que podrá derivarse el paciente permitirá el uso racional de los recursos y la atención oportuna.

El monto que se invierta en instrumental y aparatos y en notebook que se les entregará a los MF, podría ser recuperado mediante una adecuada financiación y este recupero volcado a la aplicación del Programa en nuevos sectores de la comunidad.



## IMPACTO DEL PROGRAMA EN EL PRESUPUESTO

### Disminución de gastos

Con la puesta en marcha del Programa, habrá actividades que actualmente se realizan y que se financian con el presupuesto provincial y que pasarán al Programa.

De esto deriva, lógicamente, una disminución en los componentes actuales de gastos en salud.

Por otra parte, de la oportuna intervención del MF dependerá un seguimiento de cada individuo que permitirá evitar prestaciones posteriores de mayor complejidad y consecuentemente de mayor costo.

La puesta en marcha permitirá disminuir la cantidad de atención de consultas en los Hospitales incrementándolas en los Centros de Salud, en los que el costo por consulta es sensiblemente menor que en aquellos. Este impacto se advierte como posible aunque el ahorro que representará no se ha incluido en el ANEXO IX que se agrega para este punto de Disminución de Gastos.

Se prevé también la disminución de las internaciones por la oportuna detección y atención de las enfermedades. Igual que en el caso anterior, no se ha incluido el monto posible de ahorro.

Si se ha estimado (ver ANEXO IX) el importe que podrá representar la disminución de la derivación de recién nacidos al Servicio de Terapia Intensiva Neonatológica por el seguimiento de embarazos.

Hay otras áreas que tendrán una mejoría y por lo tanto una disminución en su costo.

De la misma manera que el seguimiento de los embarazos produce un impacto en el gasto neonatológico, podemos suponer que en otras áreas se producirán impactos equivalentes.

### Limitaciones

No se ha tenido en cuenta, en la preparación del valor costo del Programa:

- la inflación del trienio 1997 a 1999
- la aplicación de la tasa de descuento para obtener el valor actual
- el incremento de la población en el trienio. La población total de la provincia y la NBI ( ANEXO I), surge de la proyección de la población en base al último censo.

### Costos Recurrentes

Por otra parte, en los tres años en que está previsto desarrollar la totalidad del Programa, habrá costos recurrentes que el presupuesto deberá cubrir.

En la consideración de esos incrementos, será necesario tener en cuenta que como quedó dicho con anterioridad, el Programa contempla la cobertura de la población NBI ( 278.000 personas) y que en la actualidad, de acuerdo a la cantidad de consultas médicas atendidas, la población cubierta es el equivalente de alrededor de 83.000, es decir, un 30%. (ANEXO X).

Los montos en que se incrementa la erogación ( totales sin considerar la disminución por transferencia de actividades ni otros conceptos detallados en el punto Disminución de Gastos y en el ANEXO IX), son:

1997	\$ -
1998	\$ 2.301.322
1999	\$ 8.517.444

## RESUMEN

Los componentes del costo del programa se pueden dividir en tres grandes ítems:

- remuneraciones
- capacitación
- inversiones

Los criterios con que se ha incluido cada uno, se ha detallado en el presente trabajo; las cifras específicas unitarias de cada concepto y por cada período, se encuentran detalladas en las Planillas de Matriz de Costo oportunamente elevadas.

## DISCUSIÓN DE LA PROPUESTA

La Programa de Médicos de Familia con Población a Cargo, ha sido analizado en el seno de la comisión que se formó para la Reforma de Estado.

Con personal técnico del área de Administración se analizó y acordó el sistema de remuneraciones.

El Ministerio de Acción Social y Salud de la Provincia de Mendoza, por medio de sus Direcciones, proveyó la información que sirvió de base a este trabajo.

Los responsables departamentales de las áreas de salud participaron activamente en el diseño y en reunión general con la participación del Ministro se acordó la puesta en vigencia en etapas que comprenden los departamentos de la provincia.

## Médicos de Familia con Población a Cargo

## ANEXO I

## POBLACIÓN TOTAL Y NBI PROYECTADAS

Departamentos o localidades	Pobl. 31/12/97	% Pobl NBI	Pobl NBI 31/12/97	% Pobl dispersa	Pobl dispersa 31/12/97
Las Heras	183.811	21,10	38.784	3,50	6.433
Maipú	146.774	21,00	30.823	26,30	38.602
San Martín	105.589	16,00	16.894	28,50	30.093
Tunuyán	40.315	22,30	8.990	27,60	11.127
Gral. Alvear	42.580	19,10	8.133	34,10	14.520
Guaymallén	251.494	14,20	35.712	3,90	9.808
Luján	93.543	19,20	17.960	15,40	14.406
Junín	30.499	16,50	5.032	44,00	13.420
San Carlos	26.166	19,30	5.050	34,80	9.106
Malargüe	25.694	33,20	8.530	22,30	5.730
Capital	123.222	11,00	13.554	0,00	0
Godoy Cruz	207.465	11,20	23.236	0,00	0
Rivadavia	49.797	16,30	8.117	32,30	16.084
Santa Rosa	14.241	19,00	2.706	52,80	7.519
San Rafael	167.229	19,90	33.279	25,90	43.312
La Paz	8.443	24,70	2.085	28,30	2.389
Tupungato	26.844	29,60	7.946	28,30	7.597
Lavalle	28.753	38,70	11.127	65,10	18.718
<b>TOTALES</b>	<b>1.572.459</b>		<b>277.960</b>		<b>248.864</b>

ANEXO II

DISPONIBILIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS

La conformación de los equipos de Medicina Familiar implica una tarea previa de formación del recurso humano.

En la provincia de Mendoza hace 8 años que se inició por medio de las residencias, la especialidad que se completa en 3 años.

En la actualidad y para atender a las etapas del Programa, la situación es la siguiente:

RR HH	1996	1997	1998	1999
Se aplican del año anterior: Médicos que poseen la especialidad	60	60	30	27
Total a reconvertir		50	50	
Egresarán de la residencia		17	17	23
Reconvertidos radicados en departamentos diferentes a los que se aplica el programa		(10)	(15)	
Reconvertidos en etapa anterior y radicados en departamentos de aplicación del programa en el período			5	20
Adelanto en funciones de médicos del último año de la residencia, que egresarán en el 2000 (total 36)				15
Cantidad necesaria de MF prevista para el período (Anexo I)		(87)	(60)	(85)
<b>Diferencia que pasa al próximo año</b>	<b>60</b>	<b>30</b>	<b>27</b>	<b>—</b>

En el detalle precedente se ha colocado el recurso humano que se dispondría en cada año, para lo cual se ha tomado, para el primer año de desarrollo del Programa, los 60 médicos que ya están en funciones más los médicos generalistas que se podrán reconvertir durante ese año (-50) y además los que egresarán de la residencia (17). Del total así obtenido hay que restar los médicos que es posible que estén radicados en departamentos que no participan de esta primera etapa y cuyo número se ha estimado en 10; el neto resultante es el número de médicos que se podrá disponer para el primer año.

Atento a que en esos cinco departamentos iniciales solamente harán falta 87 MF, queda un excedente (30) que se incorporarán al programa en el próximo año; estos se incluyen en la planilla bajo el concepto de "se aplican del año anterior".

En el segundo y tercer año, la planilla funciona igual.

Médicos de Familia con Población a Cargo

## ANEXO III

## LOCALIDADES SEGÚN ETAPAS DEL PROGRAMA

Año del Programa	Departamentos o localidades	Pobl NBI 31/12/97	% Sobre total de NBI
1997	Las Heras	38.784	13,95
	Maipú	30.823	11,09
	San Martín	16.894	6,08
	Tunuyán	8.990	3,23
	Gral. Alvear	8.133	2,93
	<b>Subtotal</b>	<b>103.624</b>	<b>37,28</b>
1998	Guaymallén	35.712	12,85
	Luján	17.960	6,46
	Junín	5.032	1,81
	San Carlos	5.050	1,82
	Malargüe	8.530	3,07
	<b>Subtotal</b>	<b>72.285</b>	<b>26,01</b>
1999	Capital	13.554	4,88
	Godoy Cruz	23.236	8,36
	Rivadavia	8.117	2,92
	Santa Rosa	2.706	0,97
	San Rafael	33.279	11,97
	La Paz	2.085	0,75
	Tupungato	7.946	2,86
	Lavalle	11.127	4,00
	<b>Subtotal</b>	<b>102.050</b>	<b>36,71</b>
	<b>TOTALES</b>	<b>277.960</b>	<b>100,00</b>

Médicos de Familia con Población a Cargo

**INVERSIONES**  
**ANEXO IV**

Detalle	pr. unitario	1997	monto 97	1998	monto 98	1999	monto 99	total p/ 3 años
vehic.gdes. comunes	25.000	4	100.000	3	75.000	6	150.000	325.000
vehic. gdes 4x4	40.000	1	40.000	2	80.000	2	80.000	200.000
motos(p/ 33% enferm)	3.500	27	94.500	48	168.000	77	269.500	532.000
subtotal movilidad			234.500		323.000		499.500	1.057.000
notebook p/ MF	2.500	81	202.500	65	162.500	86	215.000	580.000
subtotal informática			202.500		162.500		215.000	580.000
repetidoras comunic.	5.400	3	16.200	3	16.200	4	21.600	54.000
equipos de base	1.200	7	8.400	7	8.400	11	13.200	30.000
equipos móviles	750	81	60.750	65	48.750	86	64.500	174.000
baterías	50	81	4.050	65	3.250	86	4.300	11.600
repuestos varios	4.000		2.000		2.000			4.000
service mensual	1.000		3.000		12.000		12.000	27.000
subtotal comunicaciones			94.400		90.600		115.600	300.600
instrumental y aparatos			269.973		213.312		286.638	769.923
<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>706.973</b>		<b>698.812</b>		<b>1.001.138</b>	<b>2.406.923</b>

**Médicos de Familia con Población a Cargo****ANEXO V****Indicadores de Cobertura según Tramos de Población**

TRAMO DE POBLACIÓN		CONSULTAS x HAB x AÑO
A	menos de 2.000 hab	1,2
B	2.001 a 5.000	4,2
C	5.001 a 10.000	3,4
D	10.001 a 50.000	2,4
E	50.001 a 100.000	1,4
F	más de 100.000	1,2
	Promedio (ponderado)	1,5

## anexo VI

Médicos de Familia con Población a Cargo

## ANEXO VI

## RR HH - Asignación

Año del Programa	Departamentos o localidades	Pobl NBI 31/12/97	% Sobre total de NBI.	MF
1997	Las Heras	38.784	13,95	32
	Maipú	30.823	11,09	26
	San Martín	16.894	6,08	14
	Tunuyán	8.990	3,23	8
	Gral. Alvear	8.133	2,93	7
	<b>Subtotal</b>	<b>103.624</b>	<b>37,28</b>	<b>87</b>
1998	Guaymallén	35.712	12,85	30
	Luján	17.960	6,46	15
	Junín	5.032	1,81	4
	San Carlos	5.050	1,82	4
	Malargüe	8.530	3,07	7
	<b>Subtotal</b>	<b>72.285</b>	<b>26,01</b>	<b>60</b>
1999	Capital	13.554	4,88	11
	Godoy Cruz	23.236	8,36	19
	Rivadavia	8.117	2,92	7
	Santa Rosa	2.706	0,97	2
	San Rafael	33.279	11,97	28
	La Paz	2.085	0,75	2
	Tupungato	7.946	2,86	7
	Lavalle	11.127	4,00	9
	<b>Subtotal</b>	<b>102.050</b>	<b>36,71</b>	<b>85</b>
<b>TOTALES</b>	<b>277.960</b>	<b>100,00</b>	<b>232</b>	

Médicos de Familia con Población a Cargo

ANEXO VII  
RR HH - modelo de remuneración

Bases:	hombres			mujeres		
	<15	<15>40	>40	<15	<15>45	>45
Fijo	300	1,1	0,9	1,1	1,1	1,1
Capita 1 a 400	1	2,1	1,9	2,1	2,1	2,1
capitas 401 a 800	2	3,1	2,9	3,1	3,1	3,1
capitas 801 a 1200	3					
programas x capita	0,5					
movilidad	0,1					
radicación	0,1					
Capital total	1.200					
	personas					

localidades	dispersión	movi/valor nafta	pr.x lt. nafta	total
t1	h) 3 km	100	0,9	90
t2	h) 6 km	180	0,9	162
t3	h) 10 km	300	0,9	270
t4	h) 20 km	600	0,9	540
t5	h) 30 km	900	0,9	810

RR HH	fijo	cap. h) 400	cap.401/800	cap.801/1.200	programas	movilidad	radicación	total
MF	300	400	800	1200	600	380	380	3800

Ejemplo:	1200 capitas	grupo etáreo promedio de edad y sexo	dispersión promedio	campeñas promedio			
					cap. h) 400	cap.401/800	cap. 801/1.200
RR HH	300	400	800	1200	600	270	3570
MF caso medio	300	400	800	1200	600	810	4110
MF max. dispersión	300	400	800	1200	600	810	4110

Médicos de Familia con Población a Cargo

ANEXO VIII

RR HH - costo de cursos de capacitación

Curso para:	RR HH			Costo unitario	Costo total		
	año 97	año 98	año 99		año 97	año 98	año 99
Residentes	17	36	36	13.000	221.000	468.000	468.000
Médicos generalistas	50	50		3.000	150.000	150.000	0
Enfermeros	80	85	90	250	20.000	21.250	22.500

## Médicos de Familia con Población a Cargo

**ANEXO IX**  
**Disminución de gastos.**

**BASES:**

1. El motivo de estos ahorros obedece a que algunos ítems que actualmente se financian con el presupuesto serán incluidos en el programa de MF financiado por el BID.
2. Nacimientos al año en Mendoza=30.000
3. Población estimada al 31/12/97= 1.672.469; NBI = 277.960; = 17,68%.
4. Aplicado a población conocida (1996 = 1.496.693), son 264.615.
4. En 1.496.693 = 30.000 partos; en 264.615 = 6.304 partos al año.
5. 12% de esos partos van a Terapia Neonatológica= 15 días por \$ 400 por día promedio
6. Si por el programa de MF se disminuye del 12% al 9%= 5.304x3%=15x\$400=\$ 954.720
7. Total 30.000 nac; la provincia atiende aprox. 60%; el 12% requiere Terapia por 15 días x \$ 400 = \$ 10.800.000 al año
8. El ahorro de \$ 954.000 significa bajar el gasto total de este ítem en un 8,84%.

Concepto	cantidad	monto anual	concepto	parte del año	total 97	total 98	total 99
Médicos generalistas que pasan a MF ( incluye los de la especialidad y los reconvertidos)	87	15.500	honorarios	0,25	337.125		
Médicos generalistas que pasan a MF ( incluye los de la especialidad y los reconvertidos)	147	15.500	honorarios	1		2.278.500	
Médicos generalistas que pasan a MF ( incluye los de la especialidad y los reconvertidos)	160	15.500	honorarios	1			2.480.000
Enfermeros que pasan al programa MF	87	13.200	sueldos	0,25	287.100		
Enfermeros que pasan al programa MF			sueldos				
Enfermeros que pasan al programa MF	147	13.200	sueldos	1		1.940.400	
Enfermeros que pasan al programa MF	232	13.200	sueldos	1			3.062.400
Días de disminución en Terapia Neonatológica=3% x5.304x12	2.387	400	servicios y locaciones	0,25	238.700		
Días de disminución en Terapia Neonatológica=3% x5.304x15	2.387	400	servicios y locaciones	1		954.800	
Días de disminución en Terapia Neonatológica=3% x5.304x12	2.387	400	servicios y locaciones	1			954.800
<b>Total de ahorro en personal</b>					624.225	4.218.900	5.542.400
<b>Total de ahorro en bienes corrientes</b>					238.700	954.800	954.800
<b>Total de ahorro</b>					<b>862.925</b>	<b>5.173.700</b>	<b>6.497.200</b>

Médicos de Familia con Población a Cargo

ANEXO X

Población a cubrir y actual.

Bases	Consultas anuales	1997	1998	1999	Totales
Población a atender con el Programa: NBI		103.624	72.285	102.050	277.959
Cantidad promedio de consultas x hab x año	5				
Total de consultas x hab x año, según estándares		518.120	361.425	510.250	1.389.795
Promedio de consultas realizadas en la actualidad	1,5				
Total de consultas realizadas en la actualidad		155.436	108.428	153.075	416.939
Equivale a una población atendida de:		31.087	21.686	30.615	83.388