

O/M.411

Médicos de Familia con Población a Cargo
Módulo Conceptual

G26
I

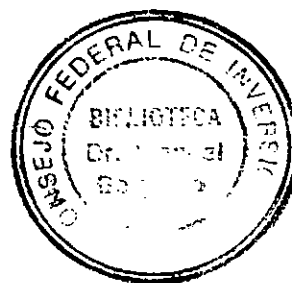
40 570

PROGRAMA

MÉDICOS DE FAMILIA CON POBLACIÓN A CARGO

MÓDULO CONCEPTUAL

(I)



Consultor: DR. ANTONIO GÓMEZ

O/M.411
G26
I

N.311.1

Mendoza
enero de 1997

UNIDAD EJECUTORA PROVINCIAL
3 / 1 / 97
RECIBIDO

NOTA

El presente trabajo: Programa de **Médicos de Familia con Población a Cargo**, se desarrolla en dos módulos:

- este, que es el **Módulo Conceptual** y
- el preparado y presentado por el Consultor Cdr. Italo Garavaglia que es el **Módulo de Costos**.

Ambos se complementan. En el presente se describe la formulación, puesta en marcha y funcionamiento del Programa y en el **Módulo de Costos** se explican las bases que se tomaron en cuenta para determinar las cantidades, los costos de los cursos de capacitación, de los recursos humanos y de las inversiones necesarias para la implementación y funcionamiento del Programa.

A efectos de una mejor comprensión, se recomienda la lectura en el siguiente orden:

- primero leer el presente **Módulo Conceptual** y después leer el
- **Módulo de Costos**.

TABLA DE CONTENIDOS

	pág.
Introducción	2
Marco lógico	4
Relevamiento de la información	5
Unidad de beneficio	7
La familia - definición	7
Unidad de prestación	8
Formulación del equipo	8
Formación profesional	10
Sistema de asignación y libre elección	11
Asignación de pacientes	11
Cambio de MF	11
Objetivos	12
Ámbito y etapas de puesta en marcha	13
Funcionamiento	15
Organización y ejecución	15
Funcionamiento del sistema	15
Informatización	16
Movilidad y comunicaciones	16
Responsable de la aplicación del Programa	17
Riesgos - evaluación	18
Indicadores	19
Anexo I - Objetivos, metas e instrumentos de evaluación	20
Anexo II - Población NBI y referencia sugerida	21
Anexo III - Mapa con programas de residencia actualmente en funcionamiento y sugerencias de creación en 1997	22

INTRODUCCIÓN

En la República Argentina y por ende en la Provincia de Mendoza, las obras sociales se rigen por normas nacionales, salvo aquellas que prestan servicios a empleados públicos provinciales, que están regidas por reglas provinciales y gobernadas por órganos mixtos pero preeminentemente gubernamentales. Por otra parte, en la Provincia de Mendoza, la totalidad de los hospitales públicos son de administración provincial, como asimismo la casi totalidad de los centros de salud, ya que los hay de administración municipal; la provincia no cuenta con ningún centro asistencial de administración nacional.

De este modo encontramos en Mendoza una estructura de prestaciones de salud que se clasifica del siguiente modo:

a) pública: con 22 hospitales, 2.500 camas y 220 centros de salud y todos distribuidos en el territorio provincial de acuerdo a la distribución poblacional, pero presente aún en áreas con población escasa.

b) seguridad social (con camas sólo en el caso de los ferroviarios y unos cuantos centros ambulatorios próximos al hábitat más frecuente de algunos grupos de trabajadores como químicos, de la construcción, vitivinícolas, metalúrgicos, etc. en lo referente de obras sociales nacionales) y con una importante estructura en camas (150) y ambulatorios en obra social de empleados públicos provinciales y

c) privadas: de gran desarrollo en camas (2.000) y ambulatorios, pero con evidente concentración en los centros urbanos más importantes y poblados por estratos sociales de mayores ingresos.

Clasificamos también por la modalidad financiadora en:

a) individual: ya sea por pago directo de la prestación o el insumo o por la concentración de un sistema prepago que asegura un nivel prepactado de cobertura.

b) seguridad social : que presta sus servicios con una propia estructura o contratando con entes privados o públicos.

c) que financia su propia estructura o contrata servicios privados cuando carece de oferta. De este modo garantizaría a todas las personas, más allá de su capacidad de pago o la eficiencia de sus supuestos responsables de darles cobertura.

Habiendo clasificado con estas dos modalidades la organización de la salud mendocina, vemos lo heterogéneo de sus formas y mecanismos, con la correspondiente dificultad para integrar y brindar con accesibilidad y equidad servicios de salud a los mendocinos.

En la última década se ha producido una modernización del sector estatal en las mayores complejidades, se han desarrollado sistemas descentralizados de administración y ha comenzado, hace 8 años, la formación de Médicos de Familia mediante residencias que se han ido incrementando paulatinamente, hasta contar hoy con 7 programas en la provincia, de los cuales ya han egresado 60 médicos.

Estos programas se desarrollan en ámbitos dispersos en todo el territorio.

Entendemos que Mendoza está en condiciones de plantear un desarrollo del primer nivel de atención que garantice a toda la población, más allá del origen financiero de la demanda, una atención personalizada, accesible y capaz de utilizar oportuna y equitativamente los medios con los que se cuenta en los distintos niveles.

Para hacerlo posible, el Estado debe modernizarse teniendo en cuenta que es preciso:

- a) la concertación de todos los actores del proceso
- b) el registro unificado de las personas
- c) el diseño del paquete mínimo de prestaciones al que puedan acceder todos los mendocinos en tiempo y oportunidad
- d) la programación de la asistencia a grupos de riesgo y
- e) la organización de la atención en primer nivel por un sistema de equipos de salud familiar con población a cargo que garantice la asistencia, la solución de la mayor parte de los problemas en el lugar de residencia de las personas y el uso adecuado y oportuno de los distintos niveles de complejidad.

MARCO LÓGICO

Se incluye como **ANEXO I**, la planilla de Objetivos, Metas e Instrumentos de Evaluación, en la que se indican asimismo las tareas necesarias par la implementación del Programa.

RELEVAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información relevada nos ha permitido detectar situaciones tales como: un bajo nivel de consultas en las zonas de población más dispersa; aceptable número de consultas en las concentraciones poblacionales urbanas; alto porcentajes (aproximadamente el 50%) de consultas en servicios de emergencia, pese a lo cual la mayoría son por temas de fácil resolución en el primer nivel.

Además, la mayor parte de las consultas se atienden en los hospitales, con un costo mayor que las que se realizan en Centros de Salud.

También se ha advertido que hay algún problema en la oportunidad de las consultas, ya que en el caso de las embarazadas, un porcentaje cercano al 20% tiene su primera o segunda consulta al momento del parto.

La demanda del Servicio de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatológica, se ve incrementada (12% de los recién nacidos en lugar de 9% esperable), por la falta de seguimiento de los embarazos.

Si bien en los últimos años ha descendido la mortalidad infantil de un 26% a un 18 %, esta cifra dista todavía mucho de ser aceptable para una sociedad cuyo costo en salud es de aproximadamente u\$s 300 por habitante y por año.

Esta mortalidad infantil, ha tenido ese descenso por la baja en la cifra de mortalidad perinatal, siendo todavía resistentes los descensos en la mortalidad infantil tardía, donde observamos que la mayor parte proviene de niños nacidos con buen peso y que posteriormente presentan muertes evitables por falta de un seguimiento adecuado.

Pese a esto, recientes estudios publicados nos indican que el 70% de la mortalidad neonatal se encuadra en el marco de mortalidad evitable.

Se impone por lo tanto que el programa que se ponga en práctica permita subsanar la situación de las zonas o bolsones cuya población realiza menos consultas o las realiza en forma menos oportuna y el reconocimiento precoz de los pacientes en riesgo.

En materia de recursos humanos, el relevamiento nos ha permitido conocer los médicos con la especialidad de Médicos de Familia (MF) con que actualmente cuenta la provincia de Mendoza (que son 60); los que egresarán de las residencias con la especialidad en los años de puesta en marcha del Programa (17 para el año 1997 y para 1998; se incrementará para los próximos años); los médicos generalistas que podrán ser reconvertidos a MF mediante cursos específicos (100 en total) y las cantidades necesarias según la población a cubrir.

Hoy la provincia cuenta con 7 programas de residencia, distribuidos en su territorio: San Martín, Maipú, Tunuyán, General Alvear, Lavalle, Junín y Malargüe. El conjunto de estos programas, forma en la actualidad a 23 egresados a partir de 1999.

Se dispone asimismo de la proyección de la población total de Mendoza para 1997, preparada en función de datos censales, su población NBI de cada uno de los departamentos y el cálculo de MF que será necesario para atender a esa población a cargo.

Se agrega, como ANEXO II, la cantidad de población (total y NBI) por departamento y la referencia sugerida en cada caso para la atención en el segundo nivel.

UNIDAD DE BENEFICIO

La Familia - definición

Debemos definir una modalidad de atención de la SALUD para los habitantes de la provincia de Mendoza. Para ello es preciso determinar cuál es la **unidad de análisis** que tomaremos para asignar los valores e insumos necesarios de conocer antes de la elaboración del proyecto.

Consideramos que es conveniente tomar como unidad de análisis a **La Familia**

Fundamentos de nuestra propuesta:

- a) la familia es una fracción claramente identificable de la sociedad
- b) los integrantes de la familia poseen interacciones que hacen que ésta sea el ambiente de mayor impacto en el individuo
- c) la familia tiene un alto poder terapéutico, lo que la hace esencial para el abordaje de los problemas de salud de cualquiera de sus miembros
- d) la familia es esencial en la gestación de los procesos de prevención de las enfermedades, como así también es promotora principal de las acciones de salud
- e) es el ámbito donde se cruzan todas las actividades sociales, por lo tanto coincide en ser el lugar de aplicación de las políticas sociales
- f) es la zona de impacto más clara de los cambios laborales, sus características y remuneración

Definimos a la familia como el grupo humano que convive bajo un mismo techo y se alimenta en la misma mesa.

UNIDAD DE PRESTACIÓN

Formulación del equipo

Definimos a la unidad de prestación como el equipo interdisciplinario y complementario necesario para la prestación de los servicios de salud a nivel primario.

Está formado por:

- EQUIPO DE CABECERA

integrado por **1 Médico de Familia (MF)**
1 Enfermero de Familia (EF)

- EQUIPO DE APOYO INMEDIATO

integrado por **1 trabajador social**
1 odontólogo
1 sicólogo

- EQUIPO CONSULTOR

integrado por **1 pediatra**
1 ginecoobstetra
1 internista de segundo nivel
1 cirujano de segundo nivel
1 nutricionista
1 siquiatra

El MF es el profesional adecuado para la asignación de familias a cargo. Para ello, el perfil que deberá tener, debe evidenciar su formación como generalista, su conocimiento de la patología prevalente con especificidad a la zona en que se desempeñe. Deberá poseer una alta cualificación en la relación humana, ya que es el principal responsable de una relación que se da en oportunidades muy particulares y ante una función tan preciada por la gente como es la salud.

El MF no es un sanitarista, pero debe estar capacitado para administrar recursos, puesto que es la pieza clave de un sistema de asignación que comienza en él y puede prolongarse hasta niveles más complejos. Debe también tener capacidad para investigar en epidemiología y poder de esta manera acudir en las necesidades de su población a cargo.

Debe tener capacidad de trabajo en equipo, que es la única modalidad que permite multiplicar el resultado de la gestión de sus integrantes.

Al MF con su enfermero y/o agente sanitario (equipo de cabecera), se le asignará una población a cargo, que en principio se ha determinado en 1.200 personas.

Cada 5 equipos de cabecera, se deberá contar con un equipo de apoyo inmediato, al que le corresponderá la atención de la población de cada uno de los equipos de cabecera en el que este equipo de apoyo esté integrado.

Al odontólogo le corresponde realizar todas las actividades preventivas o asistenciales del primer nivel.

El trabajador social tendrá la función de promover las acciones solidarias de estas poblaciones, gerenciar su funcionamiento por grupos según patologías o riesgos y es el vínculo del equipo de salud familiar con la aplicación de todo el resto de políticas sociales.

El sicólogo tiene tres modalidades de atención:

- a) atención individual, que es la atención directa de un paciente derivado
- b) es proveer de instrumentos al miembro del equipo que asume el abordaje y que puede ser el MF o el enfermero de familia, y
- c) en conjunto con el equipo de cabecera trabajar con grupos por familia o por grupo de riesgo (alcohólicos, diabéticos, etc).

El modo a) es el más clásico de los modos. En el modo b), el sicólogo pedirá al MF o a la enfermera, qué debe preguntar al paciente o le pedirá que traiga a algún familiar y le da elementos para el abordaje. Es decir, el sicólogo no toma contacto directo con el paciente sino que lo hace dirigiendo al MF o enfermero de familia.

Y el tercer modo, se trabaja con una familia para abordar en conjunto el problema, todo el grupo familiar y con el equipo de cabecera más el sicólogo.

Esto se hace por grupo familiar o por grupos de riesgo: alcohólicos, adictos, anoréxicos, obesos, diabéticos, etc. Es decir todo grupo con un problema en común y que necesita un abordaje en salud.

El equipo consultor como dijimos, está formado por : pediatra, ginecoobstetra; internista de segundo nivel; cirujano de segundo nivel; nutricionista y siquiátra.

El pediatra y el ginecobstetra tienen, además de la función de ser consultados en sus temas específicos, la de cumplir con acciones de control planificado, como por ejemplo: si en el primer año de vida de un niño se le deben realizar 10 controles, está previsto que la casi totalidad sean efectuados por el MF, pero los de puntos claves en la historia de la salud del crecimiento y del desarrollo del niño, tendrán que ser realizados por el pediatra. Esta será la conjunción de la medicina de familia con la de especialidad. Para el caso del ginecoobstetra, se dará lo mismo con, por lo menos, el primer control de embarazo y el último control antes del parto.

En una sociedad donde sabemos que el 25% de la población tiene algún tipo de padecimiento en la esfera síquica, no es posible pensar un equipo que se encargue del primer nivel, sin el especialista del área -el siquiátra- como uno de sus miembros.

El internista y el cirujano son los médicos del segundo nivel que desarrollan sus actividades en un ambiente hospitalario, pero consideramos muy importante que los equipos de familia tengan su cirujano e internista referente y de este modo alcanzar una dinámica de relación de primero y segundo nivel favorable a la evolución de los pacientes y una guía oportuna en todas las actividades que se planifiquen.

El nutricionista desarrolla su actividad fundamentalmente sobre grupos, en este nivel, aunque también incluye la consta individual.

La alta incidencia de patologías ligadas a la nutrición (obesidad, anorexia, bulimia, diabetes, hipertensión, dislipidemias, etc.) requieren la actividad de esta especialidad para los trabajos en grupos de riesgo.

Formación profesional

Para poner en funcionamiento todo los equipos, será necesario programar los siguientes módulos de formación profesional, de acuerdo al siguiente esquema:

1. Llevar a 9 el actual número (7) de programas de residencias de formación de MF en la provincia
2. Incrementar en un 20% las plazas de los 7 programas actualmente en vigencia. De este modo lograríamos, en 3 años comenzar con la formación de 30 MF anuales
3. Reconvertir 100 médicos generalistas de la provincia en MF, por medio de un curso a desarrollarse durante un semestre y que contemple la metodología de trabajo del MF, ya que la práctica médica de estos profesionales (los médicos generalistas), está avalada por los años de desempeño en esta actividad.
4. Capacitación de enfermeros para convertirlos en enfermeros de familia. Para ello se prevé cursos trimestrales donde se los entrene en el manejo de los sistemas de información familiar y en la metodología de trabajo del equipo de salud familiar.
5. Cursos para otros profesionales, para actualización en metodología y estrategia del equipo de salud familiar y de historia clínica familiar y familiarograma.

SISTEMA DE ASIGNACIÓN Y LIBRE ELECCIÓN

Asignación de pacientes

Hay dos grandes bases para la asignación de MF: poblaciones concentradas y poblaciones dispersas.

En las concentradas, seguramente hay menor cantidad de carenciados a los que se les asignará MF, pero por tratarse de gran cantidad de personas, las 300 familias o su equivalente, 1.200 cápitass, se podrán tener en un radio relativamente reducido.

En cambio, en los lugares rurales con población dispersa, seguramente los carenciados son más en cualquier grupo que se tome.

En los casos de poblaciones rurales será conveniente analizar **en cada caso en particular**, la posibilidad de:

ofrecer a las obras sociales que están prestando servicios, que nos paguen una cápita para atender a sus afiliados o de lo contrario, pedir a esas obras sociales que den el servicio y pagarles por ello.

También se podrá ver de hacer tratos con los prestadores privados que estén en esas zonas.

Donde haya estructura privada, el Estado deberá pagar por la prestación a los sin cobertura y donde haya solamente estructura del Estado, podrá vender sus servicios, además de atender a los sin cobertura.

Donde haya más de un médico, se podrá dar a los sin cobertura, la libre elección de su MF.

La libre elección no encarece el servicio. El sistema empieza a regularse por satisfacción. Si a un MF se le disminuye la cápita, es porque él no atiende bien, es decir, no satisface los requerimientos.

Cambio de MF

No debe realizarse en períodos muy cortos o demasiado extendidos. Un lapso prudencial pueden ser 4 meses. Esto es porque la cantidad de consultas por cápita son más o menos 5 por año, es decir, en una familia son 20 al año, o 1,5 por mes.

En 4 meses se tendrían más o menos 7 consultas, que son suficientes para poder decidir un cambio.

La inscripción de la población para un determinado equipo de medicina familiar, constituye además un importante factor de incorporación al Registro Único de Usuarios de Salud y es asimismo una herramienta de evaluación de la labor del MF y su equipo, ya que si el paciente no está conforme, puede cambiarse.

OBJETIVOS

El Programa de Médicos de Familia con Población a Cargo tiene como objetivo principal brindar a la población sin cobertura (NBI), una óptima atención en el primer nivel, utilizando adecuadamente los recursos en salud y lograr así un sustancial mejoramiento en la relación costo-efectividad.

La atención por parte del Médico de Familia será personalizada y en el marco de un trabajo de equipo formado como se vió antes.

Debe convertirse en la puerta de entrada de la población a la cobertura en salud. Para ello, deberá ser de fácil accesibilidad.

No debe contar exclusivamente con la demanda espontánea, sino que el sistema debe ir en búsqueda de la población a cargo a la que el equipo debe conocer, practicando tanto la tarea asistencial como preventiva.

Una importante porción de su tarea (un tercio como mínimo), debe ser realizada en el domicilio del paciente. Esto favorece el conocimiento de la población a cargo, genera vínculos importantes entre la familia y su MF y posibilita la acción preventiva.

ÁMBITO Y ETAPAS DE PUESTA EN MARCHA

El programa está previsto para todo el territorio provincial, abarcando en el primer año 5 departamentos, en el segundo otros 5 y en el tercero los restantes 8 departamentos de la provincia.

La población NBI de la provincia asciende a 278.000 personas. En los tres años está previsto su total cobertura.

Las etapas sugeridas se han diseñado teniendo en cuenta las concentraciones de población NBI, la ubicación geográfica y los lugares de formación de MF, donde ya existen experiencias que facilitarán la implementación del sistema.

Hemos dividido la provincia en 5 regiones: Este, Valle de Uco, Sur y Norte, que por incluir la mayor concentración urbana, se divide a esta última en Gran Mendoza Norte y Gran Mendoza Sur.

De este modo se propone que la aplicación que inicialmente se hará en 5 departamentos, comprenda a uno de cada región.

Esto nos permite flexibilizar la localización estricta de los equipos en el territorio, acudiendo a resolver situaciones particulares de la región que exijan soluciones más urgentes.

En una primera etapa su aplicación se hará por medio del Estado Provincial, con prestadores que actuarán por su designación y bajo su órbita.

Los beneficiarios serán las familias que no cuenten con cobertura de obras sociales ni servicios de medicina contratados voluntariamente.

De acuerdo a las características de cada zona, podrán contratarse servicios de terceros y también brindarse servicios (previo convenio), a afiliados de obras sociales.

Con la adecuación legal correspondiente y la consertación con los sectores involucrados, se promoverá su aplicación a todos los habitantes de la provincia.

Primera etapa (1997)	Segunda etapa (1998)	Tercera etapa (1999)
Las Heras por Gran Mza Norte; Maipú por Gran Mza Sur San Martín por Zona Este; Tunuyán por Valle de Uco y Alvear por la Zona Sur.	Guaymallén Luján Junín San Carlos Malargüe	el resto de los departamentos

Se está llevando a cabo una investigación en las maternidades de los efectores públicos, confrontando la ubicación del domicilio de la parturienta con la cantidad de controles que ha tenido durante el embarazo. De este estudio se extraerán los pueblos, barrios o agrupamientos de donde provienen las parturientas con escaso número de controles o sin ellos.

Esta información, testeada posteriormente mediante una encuesta comparativa con los controles de infancia y adolescencia, nos permitirá la más adecuada ubicación de los equipos de medicina familiar dentro de los distintos departamentos de la provincia.



FUNCIONAMIENTO

Organización y ejecución

El Ministerio de Desarrollo Social y Salud por medio de su Subsecretaría de Salud, será quien fije la política general de salud de la provincia y la ejecución de esa política se prevé que sea concretada por el sistema de MF en coordinación con las áreas departamentales.

Por una parte, los equipos de MF tendrán el programa general fijado, por otro lado la autonomía en su ejecución coordinada por el área departamental y por último, el control que ejercerá el Ministerio por medio de la Subsecretaría.

A su vez, la fijación de los programas tendrán suficiente flexibilidad como para responder a realidades concretas de acuerdo a la zona donde se aplique. En este punto es muy importante contar con la información proporcionada por los efectores que actualmente atienden en distintas localidades de los departamentos de Mendoza, con los que se trabajó en estrecha colaboración para este relevamiento y que se volcó en la preparación de este programa.

La desburocratización del profesional de la salud se impone como un requisito necesario para el adecuado uso de los recursos y la oportuna aplicación de los mismos.

Funcionamiento del sistema

La aplicación del programa contempla asignar a cada MF 1.200 personas a cargo. La población NBI de cada departamento, obtenida para este análisis de la proyección de datos censales, determina la cantidad de MF necesarios por año y por departamento.

La provincia cuenta actualmente con el recurso humano de 60 MF, egresados de las residencias que, como ya se ha dicho, se desarrollan desde hace 8 años y cuyos egresados residen en distintos departamentos de la provincia. Dispone además de 100 médicos generalistas que se incorporarán al programa a través de un sistema de nivelación con la modalidad de MF.

El equipo completo, tal como vimos, está integrado por tres grupos. Estos trabajan en forma coordinada y complementaria cubriendo, además de la atención del primer nivel, otros aspectos relevantes de la vida de la comunidad (caso de trabajo en grupos de riesgo o detección de problemas familiares a partir de las entrevistas con el paciente directo).

Cuando hablamos de las políticas sociales ajenas a la salud, deben encontrar en el equipo un vínculo que se personaliza en el trabajador social. El resto de las políticas sociales pueden ser implementadas, o al menos facilitada su implementación, a partir de los programas y equipos de salud.

El trabajo del equipo consultor consistirá, por una parte en apoyar en sus decisiones y acciones a los MF y por otra parte acompañar al tránsito socio-cultural de un modelo a otro.

Cuando no se disponga personal para la formación de un equipo, o cuando se advierta que por las condiciones de la zona no se justifica tener un equipo propio en forma permanente, se procederá a la contratación de servicios de terceros en la actividad privada.

Cuando se disponga del registro de Usuarios de Salud, será posible la individualización de los NBI para su inclusión en el grupo a atender y de los que, solicitando cobertura, posean obra social, de quienes se podrá recuperar el costo.

Informatización

Para el seguimiento de la salud de la población a cargo se hace indispensable contar con un registro actualizado de las características de salud de cada uno, las enfermedades, los tratamientos y la evolución.

Con la provisión a cada MF de una notebook -cuyo costo está contemplado en el proyecto- este podrá tener registrada cada intervención.

La información recogida se volcará en el centro de atención de la zona, posibilitando de esta manera contar con una permanente base de datos actualizada para ser consultada por todos los profesionales que actúen en los equipos de cada zona.

El MF podrá ir actualizando los registros que tenga cargados en su notebook.

Con estos elementos se posibilitará, además la obtención de estadísticas precisas sin necesidad de ninguna registración extra.

También será útil para el seguimiento de las tareas realizadas por los miembros del equipo, a efectos de sus retribuciones.

La parte operativa computacional será diseñada en su oportunidad por equipos técnicos.

Movilidad y comunicaciones

A efectos de que el equipo de medicina familiar pueda cumplir acabadamente su misión de atención de toda la población NBI, aún la dispersa, se proveerá de vehículos. No debemos olvidar que por lo menos un tercio de la acción del MF debe desarrollarse en el domicilio del paciente a cargo.

Respecto de las comunicaciones, el Programa deberá funcionar en forma muy coordinada a efectos de una mejor utilización de los recursos, sobre todo por las derivaciones provenientes de las zonas aisladas. Además, el contar con un sistema de comunicaciones que integre a los distintos equipos, permitirá un mejor control del desarrollo del Programa y de las metas fijadas.

Para ello está previsto -y ha sido incluido como costo en el Programa- la instalación de repetidoras y provisión de transmisores a los MF y enfermeros de familia.

Responsable de la aplicación del Programa

Su aplicación tendrá como responsable en departamento al Coordinador del Área Departamental de Salud.

RIESGOS - Evaluación

1. Culturales

1.1. Sociales

No aceptación por parte de la comunidad, del nuevo modelo, acostumbrada a pediatra y ginecólogo de cabecera y no a MF.

Previsión: a) formación del MF en el futuro lugar de trabajo
b) implementar un perfil de médico con alta transferencia en la relación médico-paciente y que esta característica se dé entre todo el equipo de medicina familiar y la población a cargo
c) acompañar la implementación del Programa con una adecuada comunicación social

1.2. Médicos

a) intolerancia del nuevo modelo que competirá y será mejor retribuido

Previsión: establecer un modelo integral para el primer nivel de atención donde todos los actores sean responsables de los diversos programas

b) que los médicos generalistas no quieran ser reconvertidos

Previsión: prever una adecuada retribución en el MF

c) que los MF sigan el mismo esquema de derivación histórico

Previsión: establecimiento de estándares, auditoría conjunta, auditoría externa por parte de especialistas en medicina familiar. Formación del Comité Interespecialidades, donde los especialistas evalúen el sistema de derivación de los MF.

Todo el sistema de control debe ser incluido como programa.

Alternativa: sistema de retribución del primer nivel con inclusión del recurso complementario y el del segundo nivel.

2. Políticos. Que se discontinúe el proyecto por cambio de funcionarios.

Previsión: a) fomentar una legislación que prevea objetivos y metas

b) participar con todo el espectro político de la provincia la formulación y evaluación del Programa.

3. Técnicos

a) atomización del Programa implementado

Previsión: planificar red informática uniforme

b) en zonas con única opción prestadora, población no prevista en la cobertura.

Previsión: margen de incorporación de mayor número de cápitales o familias para cada prestador.

INDICADORES

Diabéticos de la población asignada a cargo del MF (pacMF), hospitalizados en un año
Neumonías de la pacMF, hospitalizados en un año
Promedio de controles de embarazo de la pacMF
Índice de prematuridad de los nacidos de las embarazadas de la pacMF
Porcentajes de obesos de la pacMF
Número de hipertensos detectados en la pacMF
Variación anual de los hipertensos de la pacMF
Número de diabéticos detectados en la pacMF
Variación anual de los diabéticos en la pacMF
Porcentaje de la población femenina en edad fértil que cumple con los controles adecuados del programa
Porcentaje de la población infantil, adolescente, adulta y de la tercera edad que cumplieron con los controles programados (vacunaciones, crecimiento y desarrollo, etc.)
Número de nuevos casos de TBC detectados en la pacMF
Descenso de mortalidad de los menores de un año en la pacMF

MÉDICOS DE FAMILIA

ANEXO 1

20

Resumen Narrativo de Objetivos		Indicadores Verificables Objetivamente		Medios de Verificación		Supuestos
PROPOSITO:						
Haber logrado en tres años la cobertura integral con los servicios de salud esenciales del 1° nivel de la población con necesidades básicas insatisfechas de la Provincia de Mendoza		1- % de cobertura poblacional 2- Tasas de uso de los servicios de salud en los tres niveles 3- Satisfacción de usuarios 4- Indices y tasas de morbi-mortalidad		1, 2 y 4- Registros del sistema 3- Encuesta a la población beneficiaria		Aceptación, participación y consenso del espectro político respecto del Subproyecto Aceptación del Proyecto por parte del BID
COMPONENTES:						
1- Capacitación de 72 nuevos médicos de familia	1- % de médicos residentes formados respecto a lo programado			1,2 y 3- Registros de capacitación de la Dirección de Recursos Humanos		Marco legal normativo producido en tiempo y forma
2- Reconversión de 232 enfermeros y entranamiento de 45 psicólogos y 46 trabajadores sociales	2- % de enfermeros y profesionales no médicos capacitados respecto de lo programado			4, 5, 6 y 8- Registro de prestaciones a nivel local y central		
3- Reconversión de 100 médicos generalistas	3- % de médicos generalistas reconvertidos respecto de lo programado			7- Unidades departamentales de Servicios para la Promoción y Protección de la Salud (UDS)		
4- Haber desarrollado un sistema de información que vincule el equipo MF con el resto del sistema y con el RUUS	4- % de los primeros contactados en 1 mes respecto de lo esperable para la población NBI de acuerdo a estándares					
5- Haber adecuado el nivel central para la articulación funcional del subproyecto	5- Relación en calidad y oportunidad de la disponibilidad de información en el nivel local y central					
6- Haber constituido y puesto en marcha el sistema de indicadores	6- % de decisiones satisfechas con la utilidad de los indicadores					
7- Haber vinculado el subproyecto los 480 monitores barriales, formados por el subproyecto PROMY	7- % de monitores barriales en actividad con MF					
8- Haber formulado el PBS	8- Demanda de intervenciones no incluidas en el PBS					
ACTIVIDADES:						
1- Capacitación de postgrado de profesionales médicos	1 y 2-	\$	1.220.750	En la información administrativo-contable de la unidad ejecutora y su auditoría		1,2,3 y 7- Aceptación cultural de los actores del cambio de modalidad en la organización y prestación de los servicios 4,5,6, y 8- Cumplimiento y avance económicos de los otros Subproyectos
2- Capacitación de profesionales no médicos	3-	\$	300.000			
3- Reconversión de médicos generalistas	4-	\$	45.000			
4- Organización y gerenciamiento del modelo MF	5-	\$	26.454.248			
5- Implementación del modelo MF	6-	\$	45.000			
6- Definición de indicadores de costo efectividad y satisfacción	7-	Se costea en Subproyecto 4				
7- Capacitación social	8-	\$	99.500			
8- Formulación de la Prestación Básica de Salud (PBS)	TOTAL	\$	28.164.498			

2898.697,5

ANEXO II

POBLACIÓN NBI Y REFERENCIA SUGERIDA

Distribución y referencia de acuerdo a población atribuida y capacidad resolutive de los establecimientos provinciales

Departamento	Cantidad de MF			Población NBI asignada	Centro de referencia
	1997	1998	1999		
Las Heras	32			38.784	SRGM
Maipú	26			30.823	H. Paroissien
San Martín	14			16.894	H. Perupato
Tunuyán	8			8.990	H. Scaravelli
Gral. Alvear	7			8.133	H.Reg. Alvear
Subtotal	87			103.624	
Guaymallén		30		35.712	SRGM
Luján		15		17.960	H. Paroissien
Junín		4		5.032	H.Perrupato y Saporiti
San Carlos		4		5.050	H. Eugenio Bustos
Malargüe		7		8.530	H. Reg. Malargüe
Subtotal		60		72.285	
Capital			11	13.554	SRGM
Godoy Cruz			19	23.236	SRGM
Rivadavia			7	8.117	H. Saporiti
Santa Rosa			2	2.706	H. Santa Rosa
San Rafael			28	33.279	H. Schestakow
La Paz			2	2.085	H. Illia
Tupungato			7	7.946	H. Las Heras
Lavalle			9	11.127	H. Sicoli
Subtotal			85	102.050	
TOTALES	87	60	85	277.960	

SRGM (Sistema de Referencia Gran Mendoza) es la estructura programada para la atención de toda la población asignada en los departamentos del conurbano en lo referente a la complementación diagnóstica del primer nivel y la referencia en derivación del segundo

Nombre

Curso

División

Turno

Día

Mes

Año

La presente publicación se ajusta a la cartografía
autorizada por el Poder Ejecutivo Nacional a tra-
vés del IGN - Ley 22.963 -

Propiedad intelectual Ley 11.723
Industria Argentina

