

# **PROVINCIA DE SANTA CRUZ**

## **CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES**

**CONTRATO DE OBRA: Ex-2021-00034349-CFI-GES # DCS  
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA CAJA DE  
SERVICIOS SOCIALES DE LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ**

**INSTITUCION: UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRES DE  
FEBRERO**

### **INFORME DE PARCIAL I**

**MAYO 2022**

Coordinador Carlos Raúl Torres  
Diego Cristian Sánchez  
Carlos Andrés Torres  
Andrés Franco Berardi  
Silvina Grieder Pfund  
Carlos Farcy  
Sonia Gaviola  
Guillermo Oscar Bater  
Jimena Lopez Berzosa  
Mariel Romano Zanelli  
Jesús Rogelio Anselmi Suarez  
Lautaro Bifano  
Luciano Tiscornia  
Emiliano Andrijeszen  
Guillermo Suarez

<b>NDICE</b>	<b>pág</b>
<b>Fortalecimiento Institucional de la Caja de Servicios Sociales de la Provincia de Santa Cruz -Resumen ejecutivo</b>	<b>3</b>
Objetivos generales	3
Objetivos específicos	3
Plan de tareas	3
Plan detallado de tareas	3
<b>Productos correspondientes al período informado</b>	<b>6</b>
<b>1. Elaboración de una estrategia de gestión para efficientizar el uso de los recursos.</b>	<b>6</b>
1.1.Diagnóstico de las principales erogaciones	6
1.1.1.Contexto Socioeconómico	7
1.1.2.Análisis de los procesos de gestión de autorización y pago según practicas categorizadas	19
1.1.3.Relevamiento de prestadores y elaboración y análisis de indicadores	84
Indicadores de gestión	108
Consideraciones preliminares	118
<b>2. Desarrollo de un Plan de Comunicación para mejorar la relación con los afiliados</b>	<b>126</b>
2.1    Diagnóstico de la comunicación con el afiliado	126
Circuito de la comunicación con el afiliado	126
Conclusiones generales sobre comunicación con afiliados	138
<b>3. Programa de Capacitación destinado al personal de la Institución</b>	<b>140</b>
<b>4. Desarrollo e implementación de una aplicación informática</b>	<b>140</b>
Tareas específicas del equipo en esta etapa	140
Trayectoria del proyecto	141
<b>Anexo 1</b>	<b>142</b>
<b>Anexo 2</b>	<b>143</b>
<b>Anexo 3</b>	<b>152</b>
<b>Anexo 4</b>	<b>157</b>
<b>Anexo 5- App_Bocetos y diseño aprobados por la CSS</b>	<b>163</b>



# **FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA CAJA DE SERVICIOS SOCIALES DE LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ**

## **RESUMEN EJECUTIVO**

En el marco del contrato de obra: **EX-2021-00034349-CFI-GES # DCS Fortalecimiento Institucional de la Caja de Servicios Sociales de la Provincia de Santa Cruz**, se presenta el **Informe parcial I**.

El presente contrato tiene por objetivos los siguientes:

### **Objetivos Generales:**

- Efectuar un estudio de diagnóstico integral con el fin de diseñar e implementar procesos y procedimientos de gestión tendientes a incorporar mejoras en la calidad de atención de los afiliados.

- Optimizar el gasto en pos de incrementar el bienestar y la calidad de vida de sus afiliados.

- Establecer una estrategia integral de comunicación del organismo, tanto externa como interna que ayude a mejorar el vínculo con los afiliados.

### **Objetivos Específicos:**

- Obtener un diagnóstico de las principales erogaciones de la Institución, y a partir de ello, establecer procedimientos para optimizar el gasto.

- Generar propuestas de mejoras a través del diseño de programas y planes de acción concretos destinados a fortalecer la relación con afiliados y beneficiarios a partir del desarrollo de un sistema de análisis y evaluación diagnóstica de la imagen y de la comunicación institucional.

- Desarrollar una APP que vincule a la Caja de Servicios Sociales con sus afiliados y mejore los servicios brindados.

En este marco, se acordó la implementación de las siguientes actividades:

### **Plan de Tareas:**

1. Elaborar una estrategia de gestión para eficientizar el uso de los recursos.

2. Desarrollar un Plan de Comunicación interno y externo destinado a mejorar la relación con los afiliados.

3. Desarrollar un Programa de Capacitación destinado al personal de la Institución.

4. Elaborar e implementar una aplicación informática que vincule a los afiliados con la Institución y optimice los tiempos de gestión, el seguimiento de trámites y autogestión de los beneficiarios.

## **Plan de Tareas Detallado**

### **1. Elaboración de una estrategia de gestión para efficientizar el uso de los recursos.**

- 1.1 Diagnóstico de las principales erogaciones.
- 1.2 Elaboración de un Procedimiento de Control Interno en el pago de Medicamentos y Prestadores únicos.
- 1.3 Propuesta de un Plan de Auditoría administrativa de facturación de prestadores.
- 1.4 Diseño de Procedimientos de gestión y control de las derivaciones con sus respectivos Manuales.
- 1.5 Diseño de protocolos para la gestión de enfermedades de alta complejidad.
- 1.6. Diseño de auditorías técnicas médicas y capacitación.
- 1.7. Segunda Opinión Médica.

### **2. Desarrollo de un Plan de Comunicación para mejorar la relación con los afiliados**

- 2.1. Diagnóstico de la comunicación con el afiliado
- 2.2. Diagnóstico de la comunicación con la comunidad
- 2.3. Desarrollo de una estrategia de Comunicación Integral

### **3. Programa de Capacitación destinado al personal de la Institución**

- 3.1. En el uso de manuales de procedimientos para el seguimiento y control de las derivaciones.
- 3.2. En la utilización del manual de procedimiento en segunda opinión médica.
- 3.3. En la atención al afiliado/beneficiario.

### **4. Desarrollo e implementación de una aplicación informática.**

- 4.1 Diseño UE/UI de la aplicación.  
Se expondrán guías de estilo, diseño visual, logos, tipografía, colores e imágenes del organismo.  
Se realizará un boceto del diseño según las funciones a desarrollar.
- 4.2 Sistema de Turnos Mobile  
Relevamiento de procesos internos de cada trámite.  
Relevamiento de los cuestionarios actuales y recursos involucrados.

Desarrollo de una APP móvil (Android e IOS) que incluya: registro del afiliado, catálogo de trámites, posibilidad de adjuntar documentos, historial de trámites iniciados, sistema de ayuda y FAQs

4.3 Sistema de seguimiento de trámites: Desarrollo de un sistema interno para hacer seguimiento de los trámites iniciados por los afiliados a través de la APP.

El sistema incluirá:

Módulo de usuarios y perfiles: Permisos para distintos niveles del sistema según sean administradores, operadores, etc.

Parametrización del grado de trámites: Catálogo de temas y reglas de negocio de cada trámite con el fin de automatizar el proceso.

Notificaciones: envío de correos electrónicos ante la llegada de nuevos trámites y envío de notificaciones a la APP del afiliado.

Trazabilidad de trámites: Seguimiento y evolución de los trámites.

Integración con Base de Datos de la CSS.

Reportes: Se podrán sacar reportes tales como trámites por periodo/estado, tramites por usuario, etc.

A continuación se presentan las **actividades realizadas al 17 de mayo del 2022** sobre los productos acordados para el período a saber:

- Elaboración de una estrategia de gestión para efectivizar el uso de los recursos. Diagnóstico de las principales erogaciones. Se incluye en esta etapa el análisis de contexto socioeconómico, marco normativo de la Caja de Servicios Sociales, diagnóstico del estado de situación de las principales erogaciones de la Institución. Relevamiento
- Desarrollo de un plan de comunicación para mejorar la relación con los afiliados. Se incluye en esta etapa: Diagnóstico de la comunicación con el afiliado, circuito de la comunicación, conclusiones.
- Desarrollo e implementación de una aplicación informática. Se incluye en esta etapa: tareas específicas del equipo, trayectoria del proyecto, diseños y bocetos aprobados por la CSS.

## **PRODUCTOS CORRESPONDIENTES AL PERÍODO INFORMADO**

### **1. Elaboración de una estrategia de gestión para efficientizar el uso de los recursos.**

#### **1.1. Diagnóstico de las principales erogaciones**

##### **Introducción**

El presente componente del Programa tiene por finalidad dar a conocer el diagnóstico de las principales erogaciones de la Caja de Servicios Sociales provincial, con el objetivo de desarrollar estrategias para el control del mismo, definiendo procedimientos de gestión y autorización de prestaciones, esquemas de control interno y auditorías integrales para hacer más eficientes los recursos destinados a solventar prestaciones.

Para ello, y a partir de la información relevada en este período de trabajo de la consultoría, se presenta un análisis del contexto demográfico, socioeconómico, de salud y de recursos en los que se encuentra la Obra social.

Posteriormente se procede al análisis de la normativa que regula la actividad de las obras sociales, así como las regulaciones específicas que enmarcan las actividades bajo estudio, detallando forma de financiamiento, tipos de afiliación, cobertura de salud, y requisitos necesarios para el acceso a las mismas.

Seguido de esto, y en función de la información contable brindada por las autoridades de la Institución, se efectúa una descripción sobre la evolución de las erogaciones de la Caja, discriminado por conceptos y los montos abonados a cada prestador. Esto último permitió construir un ranking de prestadores en base a los pagos efectuados en el período bajo estudio.

Luego se presentan un set de indicadores a ser construidos con la finalidad de que los mismos permitan realizar un seguimiento sobre el funcionamiento de la obra social, brindando alertas tempranas sobre distintas variables y sean una fuente de información para el control de la gestión.

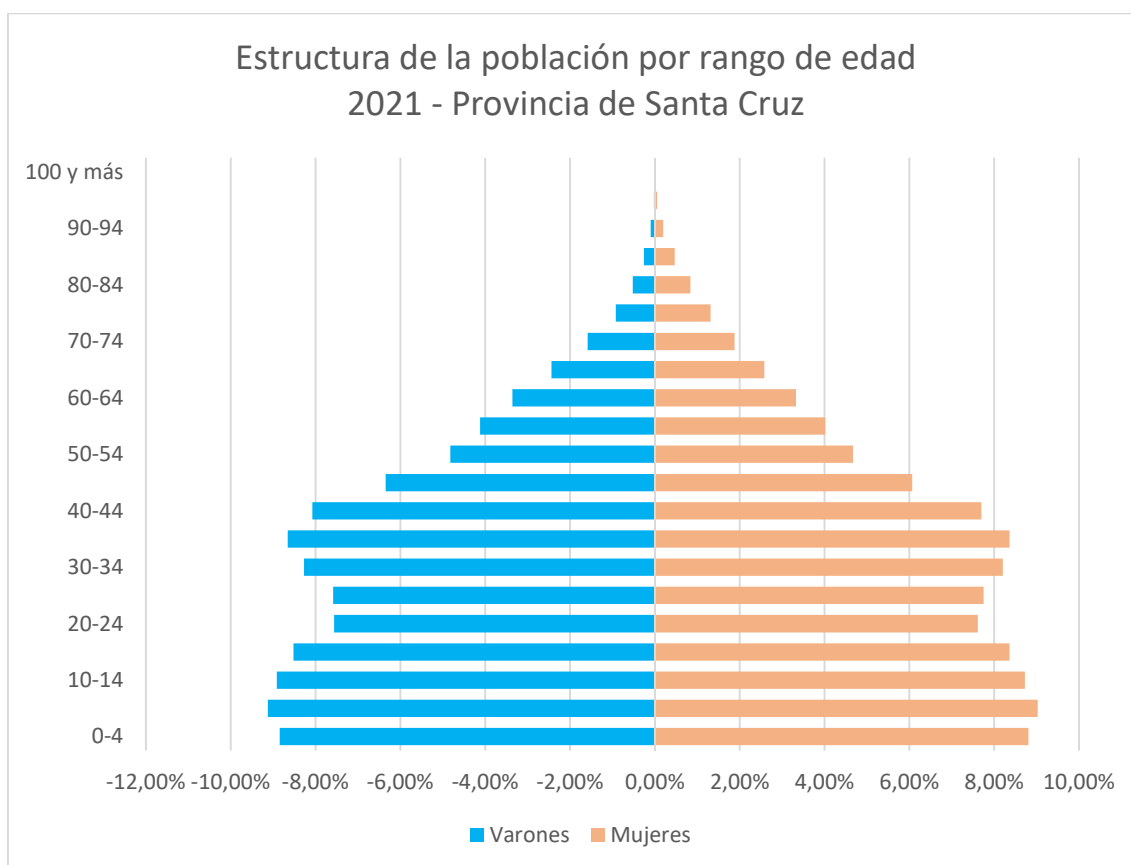
Por último, se brindan recomendaciones preliminares sobre la evolución presentada por las principales variables analizadas en los últimos años de gestión de la Obra Social Provincial.

### 1.1.2. CONTEXTO SOCIOECONOMICO

La población total de la provincia de Santa Cruz es de 374 mil habitantes (proyectado año 2021 INDEC), ello representa un 0,82% de la población total del país. En cuanto a su estructura por sexo el 51% está compuesto por varones y el 49% mujeres.

Su estructura por edades muestra que el 8,8% es de hasta cuatro años (33 mil), el tramo de 5 a 19 años representa el 26,3% (98 mil), el de 20 a 59 el 54,9% (205 mil), y el de 60 años y más el 9,9% (37 mil) de la población de la provincia.

Gráfico 1. Distribución de población por tramos etarios. Provincia de Santa Cruz. 2021



Fuente: Proyecciones poblacionales a 2021 sobre la base del Censo 2010, INDEC.

En cuanto a la distribución de la población por sexo para cada departamento de la provincia proyectada al año 2021, se presenta a continuación.

Tabla 1. Distribución de población por sexo según departamentos.

Provincia de Santa Cruz. 2021

	2021	Varones	Mujeres
<b>Total</b>	<b>374.756</b>	<b>192.484</b>	<b>182.272</b>
Corpen Aike	15.243	7.888	7.355
Deseado	153.063	78.567	74.496
Güer Aike	141.917	71.668	70.249
Lago Argentino	31.688	16.018	15.670
Lago Buenos Aires	12.065	7.060	5.005
Magallanes	12.711	6.588	6.123
Río Chico	8.069	4.695	3.374

Fuente: Proyecciones poblacionales a 2021 sobre la base del Censo 2010, INDEC.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH), considerado como una medida resumen de la evaluación de progreso a largo plazo en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: una vida larga y saludable, acceso a educación y un nivel de vida digno, asciende en la provincia al 0,861, ubicándose un 3,8% por debajo del IDH nacional.

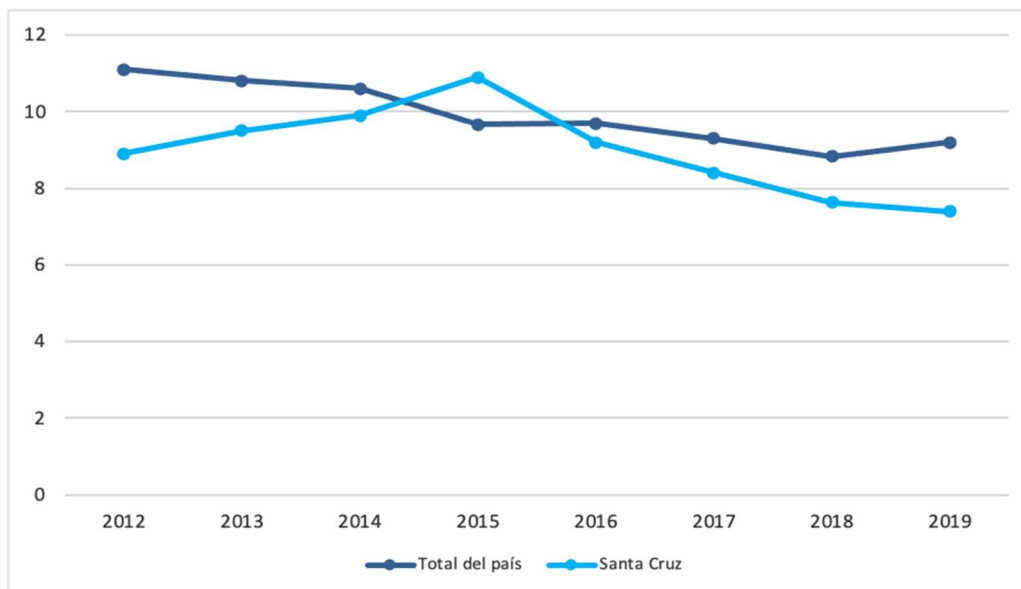
La población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) que toma en consideración un conjunto de indicadores relacionados con necesidades básicas estructurales (vivienda, educación, salud, infraestructura pública, etc.) que se requiere para evaluar el bienestar individual, era para el año 2010 del 9,7% del total de la población, resultando significativamente inferior al promedio a nivel nacional del 12,5%.

## **Diagnóstico de Salud**

### ***Indicadores Generales de Salud de la población***

La tasa de mortalidad infantil para la provincia fue del orden del 7,4‰, siendo 19,6% inferior al total país que ascendió al 9,2‰, mostrando un descenso a partir del año 2015, tal como lo demuestra la gráfica que se presenta a continuación.

Gráfico 2. Evolución de la Tasa de mortalidad infantil cada 1000 NV. Provincia de Santa Cruz



La razón de mortalidad materna fue del 4,1‰. A continuación, se muestran la Tasa de Mortalidad Infantil y la Tasa de Mortalidad Materna para cada uno de los departamentos de la provincia.

Tabla 2. Tasas de mortalidad infantil y materna por departamentos.

Provincia de Santa Cruz. 2018.

Trienio 2016-2018	Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)	Razón de mortalidad materna (por 10.000 nacidos vivos)
<b>Total Nacional</b>	<b>9,3</b>	<b>3,3</b>
<b>Total Santa Cruz</b>	<b>8,4</b>	<b>4,1</b>
Corpen Aike	0,0	
Deseado	9,6	
Güer Aike	10,7	
Lago Argentino	3,1	
Lago Buenos Aires	12,0	

Trienio 2016-2018	Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)	Razón de mortalidad materna (por 10.000 nacidos vivos)
Magallanes	10,5	
Río Chico	0,0	

Fuente: Estadísticas vitales, Ministerio de Salud de la Nación, 2018.

De acuerdo con los datos de la Encuesta de Factores de Riesgo efectuada en el año 2018 el 20,8% de la población de 18 años y más, posee condiciones generales de salud regular o mala. Este porcentaje es superior al promedio regional que asciende al 19,5% para la región patagónica y se encuentra levemente por debajo del promedio a nivel nacional del 20,9%.

En cuanto a los factores de morbilidad provinciales y, de acuerdo con la información disponible correspondiente al año 2018 para VIH y 2019 para el resto de las enfermedades de registro obligatorio, la provincia registró 97 casos de VIH siendo un 2,1% del total de casos del país; el 0,6% de los casos de tuberculosis registrados en el país (74 casos) y finalmente 3% de los casos de sífilis congénita (3 casos en la provincia sobre los 1.020 del país). La jurisdicción no ha registrado casos de Leptospirosis, Hantavirus, Chagas vectorial, meningitis y tétanos durante el año analizado.

### ***Indicadores de Cobertura de Salud***

La cobertura de salud únicamente pública alcanzó al 17,5% del total de la población de la provincia (más de 62 mil personas). Este tipo de cobertura segmentada por edades muestra que entre los menores de hasta 17 años alcanzó a 19,6% (22 mil), entre los de 18 a 24 al 34,3% (12 mil), de 25 a 64 al 15,8% (27 mil), y entre los adultos mayores de 65 años el 15,8% (27 mil personas).

Por su parte, a nivel nacional la cobertura pública es marcadamente superior entre los niños y jóvenes, pero en la adultez se tiende a equiparar: alcanzó al 43,2%, 48,4%, 32,6% y el 2,8% de cada tramo de edad respectivamente.

### ***Recursos de Salud***

En cuanto a los recursos en salud con que cuenta la jurisdicción analizada, la misma posee 351 establecimientos asistenciales, lo que representa un 1% del total de establecimientos asistenciales del país.



De estos establecimientos, 91 son establecimientos del Sector Público. Cuentan con internación 34 establecimientos y 57 sin internación. A su vez, 11 efectores presentan dependencia municipal, 77 dependen de la provincia, 3 establecimientos pertenecen a la órbita nacional.

Además, la provincia cuenta con 245 establecimientos de salud con financiamiento privado, de los cuales 3 poseen internación general, 208 son establecimientos de diagnóstico, tratamiento o ambas prestaciones sin internación y 34 son establecimientos de salud complementarios destinado a prestar asistencia a la población que coadyuva a las acciones realizadas por los otros tipos de establecimientos tales como sistemas de emergencias, vacunatorios, etc.

Por otra parte, existen 8 establecimientos dependientes de las fuerzas armadas, de Seguridad o del servicio penitenciario, de los cuales uno cuenta con internación.

Finalmente, existen 6 establecimientos de salud sin internación de diagnóstico y tratamiento dependientes de obras sociales o mutuales.

A continuación, se presenta el detalle de establecimientos en la provincia discriminado por tipología y dependencia:

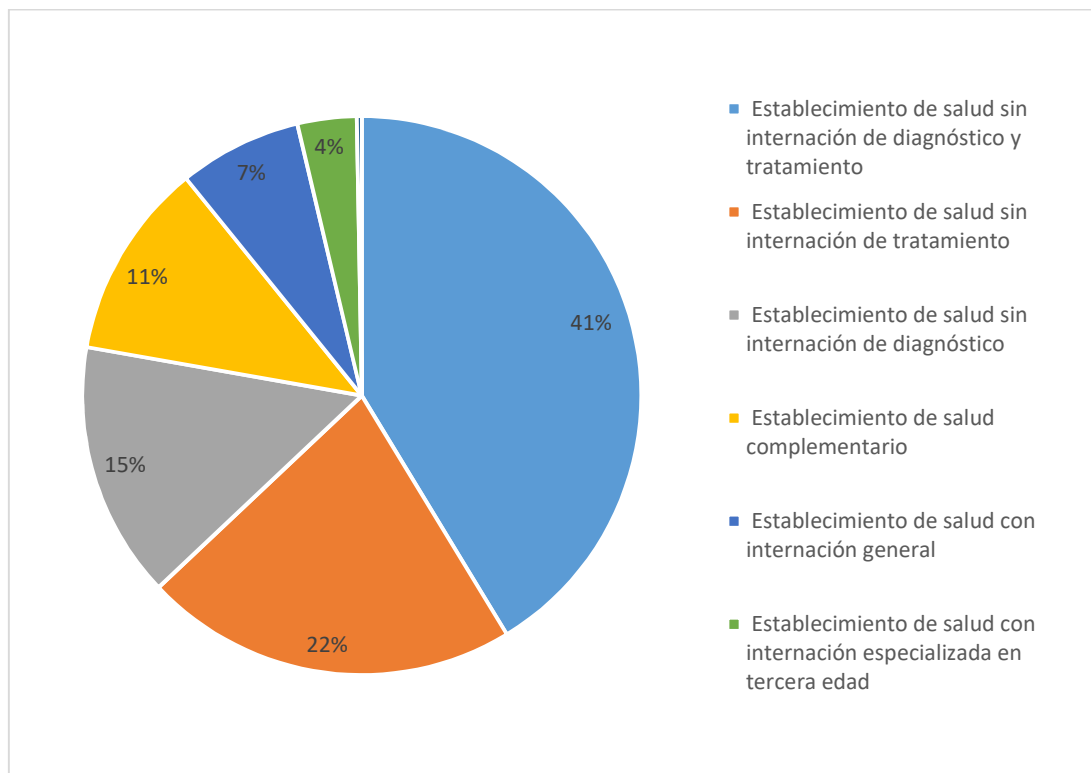
Tabla 3. Establecimientos de salud por tipo y dependencia. Provincia de Santa Cruz.

Tipología / Dependencia	Nacional	Provincial	Municipal	Privado	FFAA/Seguridad/SP/Otros	Obra Social/Mutual	Total
Establecimiento de salud sin internación de diagnóstico y tratamiento	1	46	2	87	3	6	145
Establecimiento de salud sin internación de tratamiento	-	2	1	70	3	-	76
Establecimiento de salud sin internación de diagnóstico	-	-	1	51	-	-	52
Establecimiento de salud complementario	1	3	-	34	2	-	40
Establecimiento de salud con internación general	1	20	-	3	1	-	25
Establecimiento de salud con internación especializada en tercera edad	-	5	7	-	-	-	12
Establecimiento de salud con internación especializada en salud mental	-	1	-	-	-	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>77</b>	<b>11</b>	<b>245</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>351</b>

Fuente: Sistema integrado de información sanitaria Argentino (SISA) 2022

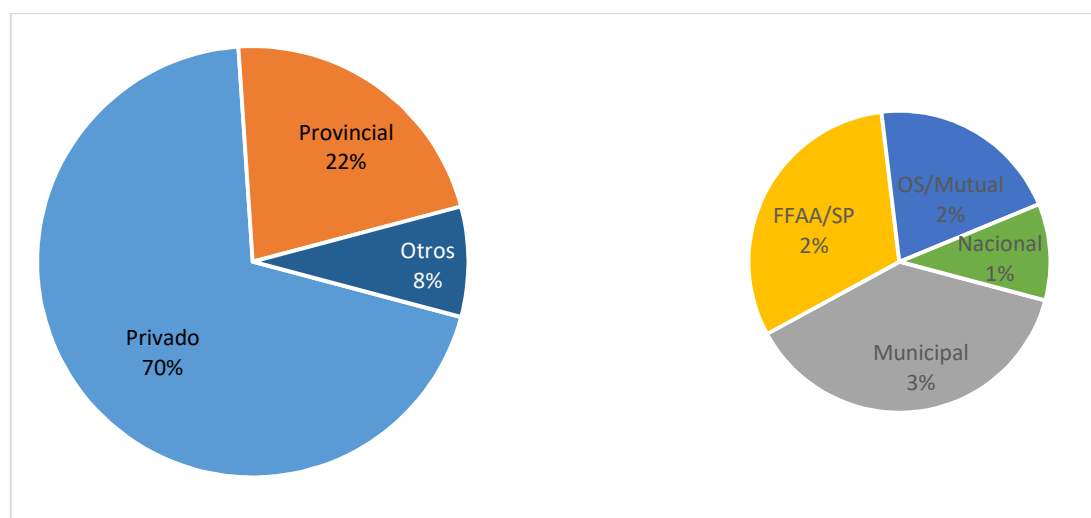
Sobre el total de 351 establecimientos, el 89% corresponde a establecimientos de salud sin internación o establecimientos de tratamiento complementario.

Gráfico 3. Establecimientos por Tipología – Provincia de Santa Cruz



Fuente: Sistema integrado de información sanitaria Argentino (SISA) 2022

Gráfico 4. Establecimientos por Dependencia – Provincia de Santa Cruz



Fuente: Sistema integrado de información sanitaria Argentino (SISA) 2022

Con respecto a las prestaciones brindadas a nivel provincial, y de acuerdo a los datos obtenidos del Sistema integrado de información sanitaria argentino (SISA), se verifica una amplia oferta brindada por efectores de dependencia pública o privada en la provincia. No obstante, prestaciones específicas de alta complejidad, tales como reumatología, trasplantes, fertilización asistida, entre otras, deben ser derivadas a otras provincias o capital federal para su tratamiento.

Tabla 4. Prestaciones brindadas en la provincia.

	Nacional	Provincial	Privado	FFAA/ Seguridad	Total
Alergia e inmunología	-	3	1	-	4
Anatomía patológica	-	3	1	-	4
Anestesiología	1	5	2	-	8
Angiología general y hemodinamia	-	1	1	-	2
Cardiología	1	6	3	1	11
Cardiología infantil	-	2	-	-	2
Cirugía Ambulatoria	1	2	1	1	5
Cirugía cardiovascular	-	1	1	-	2
Cirugía de cabeza y cuello	-	2	1	-	3
Cirugía de tórax	-	1	1	-	2
CIRUGIA GASTROENTEROLOGICA	-	-	1	-	1
Cirugía general	1	9	3	1	14
Cirugía infantil (cirugía pediátrica)	-	2	1	-	3
Cirugía plástica y reparadora	-	1	1	-	2
Cirugía plástica y reparadora (posbásica)	-	1	-	-	1
Cirugía vascular periférica	1	2	2	-	5
Clínica médica	1	19	3	1	24
Coloproctología	-	-	1	-	1
Dermatología	-	2	3	-	5
Dermatología pediátrica	-	2	-	-	2
Diagnóstico por imágenes	1	9	3	1	14
Diálisis	1	2	1	-	4
Emergentología	1	4	-	-	5
Endocrinología	-	2	1	-	3

	Nacional	Provincial	Privado	FFAA/ Seguridad	Total
Endocrinología infantil	-	3	-	-	3
Enfermería	1	18	2	1	22
Farmacia del establecimiento	1	10	1	1	13
Farmacología clínica	-	3	-	-	3
Fisiatría (medicina física y rehabilitación)	-	4	-	-	4
Fonoaudiología	1	6	2	1	10
Gastroenterología	-	1	2	-	3
Gastroenterología infantil	-	-	1	-	1
Geriatría	-	3	-	-	3
Ginecología	1	9	3	1	14
Hematología	-	2	1	-	3
Hematología infantil	-	2	1	-	3
Hemoterapia e inmunohematología	1	5	1	-	7
Infectología	1	2	1	-	4
Infectología infantil	-	2	-	-	2
Inmunizaciones	1	12	-	1	14
Interdisciplinaria en cuidados paliativos	-	1	-	-	1
Kinesiología	1	14	2	1	18
Laboratorio análisis clínicos (bioquímica)	1	12	3	1	17
Medicina del deporte	1	-	-	-	1
Medicina del trabajo	1	-	2	-	3
Medicina general y/o medicina de familia	1	4	2	-	7
Medicina legal	-	2	-	-	2
Medicina nuclear	-	-	1	-	1
Nefrología	1	3	1	-	5
Nefrología infantil	-	1	-	-	1
Neonatología	1	3	2	-	6
Neumonología	-	2	2	-	4

	Nacional	Provincial	Privado	FFAA/ Seguridad	Total
Neumonología infantil	-	1	2	-	3
Neurocirugía	-	1	-	-	1
Neurología	-	3	3	1	7
Neurología infantil	-	2	1	-	3
Nutrición	1	9	2	-	12
Nutricionista-Dietista	-	3	-	-	3
Obstetricia	1	12	3	-	16
Odontología	1	15	-	1	17
Odontopediatría	1	-	-	1	2
Oftalmología	1	5	2	1	9
Oncología	-	2	1	-	3
Ortopedia y traumatología	1	2	2	-	5
Ortopedia y traumatología infantil	1	-	1	-	2
Otorrinolaringología	1	2	3	-	6
Pediatría	1	11	3	1	16
Psicología	1	14	2	1	18
Psiquiatría	1	5	1	1	8
Psiquiatría infanto juvenil	-	3	-	-	3
Radioterapia o terapia radiante	-	3	1	-	4
Terapia intensiva	1	5	3	-	9
Terapia intensiva infantil	-	2	-	-	2
Terapia ocupacional	1	2	-	-	3
Tocoginecología	1	4	1	-	6
Toxicología	-	2	-	-	2
Traslados Sanitarios	-	2	-	1	3
Urología	1	2	3	-	6
Otras prestaciones	-	6	1	-	7
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>323</b>	<b>97</b>	<b>20</b>	<b>478</b>

Fuente: Sistema integrado de información sanitaria Argentino (SISA) 2022

La jurisdicción cuenta con 1.061 médicos lo que representa 2,8 médicos cada 1.000 habitantes, encontrándose por debajo del promedio a nivel nacional (4 médicos cada 1000/h).

Las camas habilitadas ascienden a 1.281 lo cual representa 3,42 camas cada 1.000 habitantes (un 34% menos camas cada 1.000 habitantes que a nivel nacional).

Si se analiza por departamento, el 83% de las camas se encuentran ubicadas en efectores de los departamentos de Güer Aike, Deseado y Lago argentino.

Tabla 5. Camas habilitadas por Departamento y Tipología.

	Generales	Pediátricas	Maternidad	C.Especiales	UTI adultos	UTI pediátricas	Neonatología	Htal día	Int. Prolong.	No discriminadas	Total
GÜER AIKE	270	43	66	4	20	7	23	5	-	4	442
DESEADO	199	29	52	5	38	4	23	1	-	-	351
LAGO ARGENTINO	132	24	28	5	8	10	10	10	43	-	270
CORPEN AIKE	75	6	8	3	-	-	-	-	-	-	92
RÍO CHICO	25	8	6	8	-	-	-	-	-	-	47
MAGALLANES	30	2	5	-	5	-	-	-	-	-	42
LAGO BUENOS AIRES	27	8	2	-	-	-	-	-	-	-	37
TOTAL	758	120	167	25	71	21	56	16	43	4	1281

Fuente: Sistema integrado de información sanitaria Argentino (SISA) 2022

En cuanto a las categorías de camas, las generales que comprenden las camas de cuidados simples cualquiera sea el tipo de paciente (clínico o quirúrgico) representan el 59% del total habilitado, las pediátricas que comprenden las camas de cuidados simples cualquiera sea el tipo de paciente pediátrico y maternidad (específicamente utilizadas para maternidad) comprenden el 22% del total de camas habilitadas en la jurisdicción, las camas de UTI adultos y pediátrico que son las camas disponibles en las Unidades de Terapia Intensiva suman 92 (7,2% del total de camas).

Analizando la dependencia de los efectores que poseen las camas habilitadas, se observa que más del 85% de las mismas pertenecen a efectores públicos con internación, según el siguiente detalle:

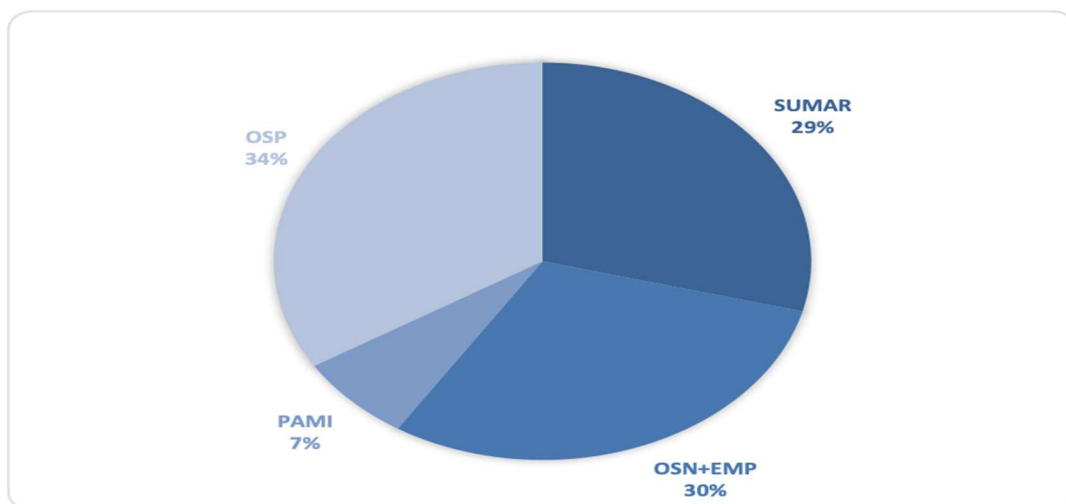
Tabla 6. Camas habilitadas por Dependencia y tipo.

	Generales	Pediátricas	Maternidad	C.Especiales	UTI adultos	UTI pediátric	Neonatología	Htal día	Int. Prolong.	No discrimin	Total
Público	652	116	148	25	42	21	47	11	43	-	1105
Privado	106	4	19	-	29	-	9	5	-	4	176
TOTAL	758	120	167	25	71	21	56	16	43	4	1281

Fuente: Sistema integrado de información sanitaria Argentino (SISA) 2022

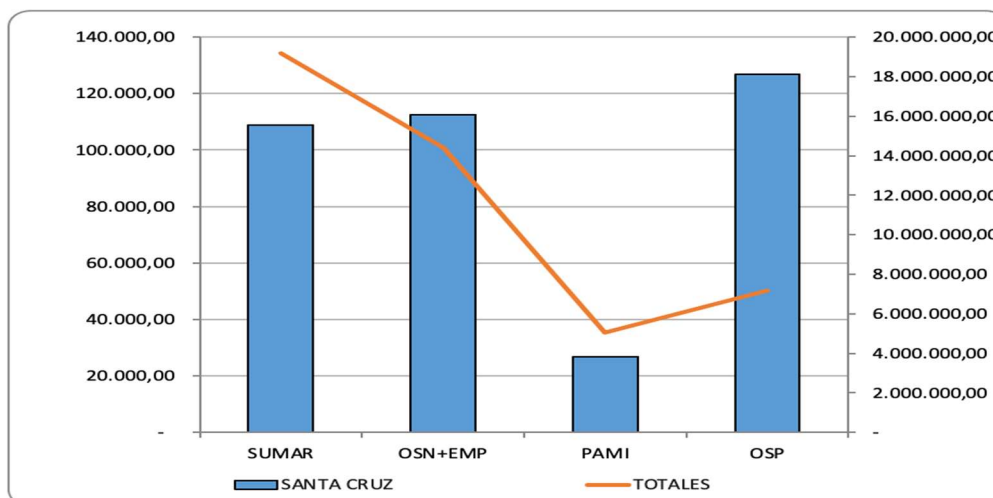
Con respecto a la distribución de la cobertura de salud de la población de la provincia, y considerando las principales fuentes de financiamiento, el 29% de la población posee cobertura SUMAR, es decir cobertura pública exclusiva, el 30% tienen alguna obra social nacional o empresa de medicina prepaga, el 34% se encuentra cubierto por la obra social provincial y el 7% posee cobertura de PAMI. En el siguiente cuadro se presenta la distribución:

Gráfico 5. Distribución de coberturas de salud-Provincia de Santa Cruz



Analizando la distribución de coberturas de salud en forma comparativa a nivel nacional se verifica que a nivel de la jurisdicción bajo estudio hay un alto porcentaje de cobertura de la obra social provincial, superando la proporción de población con cobertura pública exclusiva, tal como se expone a continuación:

Gráfico 6. Distribución de coberturas de salud – Comparativo nivel nacional



### **1.1.2. ANALISIS DE LOS PROCESOS DE GESTION DE AUTORIZACIONES Y PAGOS SEGÚN PRACTICAS CATEGORIZADAS**

La estructura y cobertura de Sistema de Salud de Argentina está compuesto por tres sectores: el sector público, el sector de seguro social obligatorio (Obras Sociales) y el sector privado.

El sector público está integrado por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, en general personas sin seguridad social y sin capacidad de pago.

El sector del seguro social obligatorio se organiza en torno a las Obras Sociales, que cubren a los trabajadores asalariados y sus familias según ramas de actividad. Además, cada provincia cuenta con una Obra Social que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. Finalmente, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJyP – PAMI) brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias.

El sector privado incluye: a) a los profesionales que prestan servicios independientes a pacientes particulares asociados a Obras Sociales específicas o a sistemas privados de medicina prepagada; b) los establecimientos asistenciales, contratados también por las OS, y c) las entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga (EMP), que incluyen un subsector prestador de servicios agrupado en la confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados. Este sector comprende también a las llamadas cooperativas y mutuales de salud, que son entidades no lucrativas que ofrecen planes de salud, pero no operan ni como Obras Sociales ni como medicina prepagada.

En 1943 Argentina dio el primer paso hacia el reconocimiento de la salud pública como problema de interés específico del Estado con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, que en 1949 se transformó en Ministerio. De esta forma el Estado asumía el rol de convertirse en “responsable-garante” del derecho a la protección de la salud y de las organizaciones sindicales, estatales y paraestatales que más tarde dieron origen al sistema de Obras Sociales.

Esto dio lugar a la expansión de los derechos sociales en general, la multiplicación de la oferta pública universal y gratuita de servicios de salud, y la ampliación de la seguridad social, pero institucionalmente se reflejó en el desarrollo de un sistema fragmentado con tres subsectores que atienden a tres categorías de usuarios: a) los grupos sociales de bajos ingresos, que no cuentan con seguridad social; b) los trabajadores asalariados y los jubilados, y c) la población con capacidad de pago, que compra seguros privados o paga de su bolsillo al recibir atención. Entre las dos primeras categorías se ubican los beneficiarios de las pensiones no contributivas. La población de escasos



recursos que no cuenta con los beneficios de la seguridad social recurre a la red de hospitales y centros de salud públicos en los cuales se brinda atención gratuita a cualquier persona que lo demande. Los trabajadores activos y jubilados, y sus familias, cuentan con un seguro social administrado por las Obras Sociales (nacionales y provinciales), que no tienen fines de lucro y que se organizan a partir de las diversas ramas de actividad económica. Estas entidades subcontratan los servicios del sector privado para la atención de sus beneficiarios.

Las Obras Sociales Nacionales y las Empresas de Medicina Prepaga tienen la obligación de atender el Programa Médico Obligatorio (PMO) dispuesto por el Ministerio de Salud, cuyo cumplimiento es supervisado por la Superintendencia de Servicios de Salud dependiente de dicho ministerio. El PMO comprende un conjunto de prestaciones muy amplio y los medicamentos respectivos. Este programa cubre 95% de las causas de consulta ambulatoria, atención quirúrgica y hospitalaria, atención odontológica, salud mental, rehabilitación y cuidados paliativos.

Las Obras Sociales provinciales y las entidades del sector privado que no pertenecen a esquemas de medicina prepaga, sino que ofrecen atención a cambio de pagos de bolsillo no están obligadas a ofrecer el PMO. Esto da origen a la existencia de diferentes esquemas provinciales de beneficios. No obstante, las OS locales de 13 provincias sí ofrecen un conjunto explícito de prestaciones básicas. El PMO tampoco aplica en el sector público, el cual se regula a nivel provincial y municipal ofreciendo servicios definidos de acuerdo con los criterios establecidos por los diferentes ministerios de salud provinciales.

Dicho contexto ha puesto de manifiesto la importancia de las Obras Sociales Provinciales en materia de población cubierta y el nivel de gasto es tan grande que las convierte en posibles ejes de una estrategia que intente articular los sistemas provinciales alrededor de seguros de salud a su cargo. En su conformación como entidades autárquicas es posible afirmar que las Obras Sociales Provinciales han buscado brindar atención de salud a los agentes de las administraciones públicas provinciales y los grupos familiares respectivos, a los que cubren obligatoriamente. Se financian con aportes de los afiliados y contribuciones del estado provincial que, en la mayoría de los casos, se ubican en los rangos de 3-5% y del 4-6%, respectivamente.

De la misma manera, brindan atención a los jubilados y pensionados provinciales (con aportes entre 1 y 6,4%), mientras que existen casos en los que se presta cobertura a empleados municipales, docentes del sector privado y personal de las Universidades Nacionales (mediante convenios de adhesión), además cuentan con la posibilidad de incorporar afiliados voluntarios o adherentes particulares. La fuente principal de ingresos de las OSP es la constituida por los aportes y contribuciones, mientras que, según los casos, los copagos por parte de los afiliados y personas a cargo (beneficiarios) juegan un rol no menor. Otro ingreso (no permanente) es el de las transferencias de los gobiernos provinciales para cubrir déficits financieros.

En dicho marco la Provincia de Santa Cruz creo, el 25 de Julio de 1964 por medio de la Ley Nro. 364, la Caja de Servicios Sociales de la Provincia con el objeto de cubrir en todo el ámbito de la Provincia todos los fines en materia médico-asistencial y acción social, de sus agentes en actividad o pasividad y por los sectores de la actividad privada y otros que adhieran a su régimen.

A partir del 22 de noviembre de 2019 la mencionada Ley y sus modificatorias fueron derogadas, en oportunidad de que la Provincia de Santa Cruz hubiere sancionado la LEY N° 3677 por medio de la cual hubiere previsto la REESTRUCTURACIÓN NORMATIVA DE LA CAJA DE SERVICIOS SOCIALES DE LA POVINCIA con el objeto de brindarle a la misma un nuevo marco regulatorio de la acción medico asistencial y las acciones de logística y acción social destinadas a los trabajadores activos y/o pasivos del Gobierno de la Provincial ; otorgándole para ello la potestad de funcionar como entidad autárquica tanto en el ámbito público y como privado.

En tal sentido establece como obligatorio el ingreso a la misma de todo el personal que tuviere una relación de dependencia laboral en cualquiera de los tres poderes del Estado Provincia y vincula su funcionamiento con el Poder Ejecutivo Provincial por intermedio del Ministerio de Salud y Ambiente de la Provincia de Santa Cruz.

De esta manera, asiste con todas sus actividades prestacionales de índole médico asistencial, no prestacional en materia de funcionamiento y/o logística y acción social para a sus agentes en actividad o pasividad, como así también a quienes resultaren beneficiarios de acuerdo a las disposiciones de ley de referencia. Asimismo, asiste a todas aquellas personas que hubieren adherido al régimen como voluntarios provenientes de sectores de la actividad privada que realicen acciones de carácter público y mantengan relación de dependencia, y que cumplan con la reglamentación vigente y tengan la aprobación de su Directorio.

A su vez, el marco normativo vigente en esta Ley permite que los Municipios de la Provincia adhieran a su régimen brindándole los mismos beneficios a sus trabajadores.

De esta forma dicho marco normativo regula el funcionamiento de la Caja de Servicios Sociales de la Provincia de Santa Cruz previendo en términos generales la asistencia del conjunto de sus beneficiarios no solo en lo referido a prestaciones médico-asistenciales sino también acciones socio-económicas e inclusive crediticias de acuerdo a los objetivos y fines expuestos en la ley.

Respecto de su gobierno, la ley de referencia establece que la Caja de Servicios Sociales sea gestionada por un Directorio integrado por su Presidente, designado por el Poder Ejecutivo Provincial, en forma conjunta con cuatro Vocales, dos de los cuales son designados por el mismo Poder y que las otras dos vacantes sean ocupadas por los candidatos elegidos por sus afiliados; siendo uno de los candidatos representante de los titulares activos y el otro de

los titulares pasivos, de acuerdo a los requisitos, formalidades y los términos establecidos en la misma Ley.

Para ello, el Directorio tiene la potestad de dictar su propio reglamento y la atribución de administrar sus fondos teniendo la facultad para aprobar su Presupuesto de Gastos y Calculo de Recursos; como así también administrar los bienes que integran su patrimonio como y transigir y celebrar acuerdos judiciales o extrajudiciales; y realizar convenios de compra venta, permutas o locación de bienes muebles, etc.

En relación a su administración la Caja de Servicios Sociales tiene, en el marco de esta normativa, la facultad para designar a su personal y dictar los reglamentos internos para su funcionamiento en todo el territorio de la Provincia de Santa Cruz; pudiendo también en pos del mejor cumplimiento de sus fines suscribir convenios con los distintos colegios, entidades, gremios o profesionales, a los efectos de establecer los aranceles a abonar por las prestaciones de los servicios médico – asistenciales a ser brindados a su beneficiarios, los cuales deben ser estimados de acuerdo a criterios de necesidades del servicio a contratar, su costo, comodidades ambientales, situación geográfica de la prestación efectiva de ese servicio y toda otras circunstancias que puedan influir en la estimación de dichos valores.

Respecto de sus afiliados, la Caja tiene la potestad de sancionar a todos aquellos que, en su carácter de tales, cometan faltas o violación de los principios y sus reglamentos vigentes; como así también cancelar la autorización a los profesionales y a todos los servicios adheridos que incurran en faltas graves y aceptar o rechazar afiliaciones.

A su vez, respecto de la gestión y administración el Directorio es fiscalizado por un Síndico el cual es designado y removido por el Poder Ejecutivo Provincial, a propuesta del Ministerio de Salud y Ambiente; el cual por medio de su observancia debe velar no solo por el correcto funcionamiento por parte de la Caja de Servicios Sociales sino también el cumplimiento de su Ley Orgánica y las demás normativas que enmarcan dicho funcionamiento; ejerciendo el control inmediato de legitimidad de las medidas, actos, disposiciones o acciones que disponga o cumpla la Caja, cuidando los intereses del organismo.

Cabe aclarar que, en la actualidad, dentro del marco legal vigente, el gobierno y administración de la Caja se encuentran en forma transitoria a cargo de la figura de un Interventor quien detenta los mismos atributos del Directorio hasta bien cesen las causales por las cuales el mismo ha sido designado y/o el Poder Ejecutivo Provincial convoque a elecciones para la integración de los cargos electivos de este último.

En cuanto a los recursos, la presente Ley establece como fuente para el financiamiento de la Caja el aporte obligatorio de sus afiliados en actividad el cual será del cuatro por ciento (4%) sobre toda remuneración sujeta a descuentos jubilatorios; estableciendo el mismo porcentaje de aporte para los afiliados en pasividad sobre los haberes que perciban; en ambos casos para

afiliados que no tuvieran cargas de familia; previendo para el caso de afiliados con núcleo familiar primario el aporte de una cuota adicional del sesenta por ciento (60%) sobre la base establecida anteriormente.

Sumado a ello, la Ley establece como fuente de financiamiento un aporte del seis por ciento (6%) en concepto de contribución por parte de la Provincia por los agentes de la Administración Pública Provincial en actividad, sobre toda remuneración de estos sujeta a descuentos jubilatorios y la contribución de la Caja de Previsión Social de la Provincia, que deberá abonar el seis por ciento (6%), por los jubilados y pensionados de dicho régimen sobre el total del haber jubilatorio, con excepción de las asignaciones familiares en ambos supuestos.

Complementariamente su financiamiento se nutre del aporte de los afiliados voluntarios el cual es estipulado por el Directorio; como así también de los aportes provenientes de los contratos que la Caja deba celebrar con las entidades incorporadas en el marco de la facultad de la presente ley; y los montos que anualmente se fije por la Ley de Presupuesto Provincia; más cualquier otra contribución, subsidio, subvención, donación, legado, o ingreso aprobado por el Directorio.

En cuanto destino de los fondos de financiamiento de la Caja de Servicios Sociales, respecto de sus beneficiarios la presente ley establece como destinatarios a sus afiliados y su grupo familiar primario (el cónyuge o conviviente-igual o mayor a dos años-; sus hijos e hijas hasta los dieciocho años de edad o hasta los veintiún años inclusive si se encontraren cursando estudios de nivel secundario o hasta los veintiséis años inclusive, si se encontraren cursando estudios de nivel terciario y/o universitario; los hijos e hijas incapacitados o discapacitados a cargo del beneficiario directo titular, cualquiera fuere su edad; el padre y/o la madre, mayor de sesenta y cinco años y los incapacitados o discapacitados de cualquier edad a cargo del beneficiario directo titular que no estuvieran cubiertos por otra obra social; las niñas, niños y adolescentes cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa a cargo del beneficiario directo titular, en las mismas condiciones establecidas en la ley de referencia; las personas enumeradas en los Artículos 24, 32 y 48 del Código Civil y Comercial de la Nación a cargo del beneficiario directo titular que no estuvieran cubiertas por otra obra social, sin límite de edad; y cualquier inclusión en carácter de beneficiarios de otros familiares o personas a cargo del titular que el Directorio estime, previo establecer el aporte adicional que correspondiere.

Como complemento y en el marco de las potestades que surgen de la mencionada Ley, el Poder Ejecutivo ha emitido el DECRETO N° 0252 de fecha 11 de Marzo de 2020 el cual tiene como objeto aprobar la Reglamentación de la Ley N° 3677 como así también el Régimen Electoral para la elección de los vocales representantes de los afiliados activos y pasivos que integran el Directorio de la Caja de Servicios Sociales; e instruir a la Caja de Servicios Sociales a celebrar los convenios tendientes a regular los derechos y obligaciones derivados de la cobertura y demás prestaciones relativas a los

afiliados voluntarios de acuerdo a los considerandos del presente y facultar a la Caja de Servicios Sociales a dictar las normas aclaratorias y demás instrumentos legales necesarios a los fines de tornar operativos los alcances de la Ley N° 3677.

Respecto de su funcionamiento, en términos generales, la Caja prevé en su Reglamentación establecer los distintos regímenes prestacionales a cubrir:

- Régimen de Afiliaciones: el cual detalla el régimen de prestaciones que se instituye en el artículo 4° de la Ley N°364 y detalla las categorías y subcategorías de afiliados.
- Disposiciones General relacionadas a afiliados que detentan el derecho a ser tratado/as de acuerdo a su identidad de género auto percibida y, en particular, a ser identificado/as de ese modo en los instrumentos que acrediten su identidad, permitiéndoles mantener su situación de regularidad.
- Régimen de Cesación de los Afiliados Directos: el cual establece las distintas causales por la cuales finalizara su situación de regularidad
- Régimen para el establecimiento de la cuota social a ser abonada por cada tipo de afiliado de acuerdo la categoría que le correspondiere
- Régimen de Convenios Interprovinciales: destinados a brindar a brindar cobertura médico-asistencial a aquellos afiliados residen o son radicados en otras Provincias.
- Régimen de Cobertura Médica: el cual establece las prestaciones médicas incluidas según el tipo de cobertura vigente
- Régimen de Coberturas Excluidas por la Obra Social: estableciendo en forma específica los elementos y tratamiento alternativos que no tendrán cobertura por parte de la Caja
- Régimen de Cobertura Oftalmológica: detallando los elementos a los cuales se le dará cobertura y específicamente aquellos que la Caja no les dará cobertura
- Régimen de Cobertura de Deficiencias Auditivas: el cual establece las formas para otorgar la cobertura de audífonos, como así también aquellos elemento, dolencias y tratamientos que quedan fuera de la cobertura de la Caja
- Régimen de Cobertura de Implantes, Materiales de Osteosíntesis, Aparatología Biomédica y Materiales de Cirugía
- Régimen de Cobertura de Prótesis
- Régimen de Cobertura de Pañales
- Régimen de Presencia en Salud Mental: destinado a proporcionar la cobertura de la prevención de cuestiones que puedan generar trastornos y malestar psíquico en temas específicos como la depresión, adicciones, violencia, violencia familiar, maltrato infantil y otros, a través de atención y cobertura en centros convenidos a tal fin.
- Régimen de Cobertura de Trastornos del Aprendizaje: destinado a brindar asistencia al afiliado en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de las dificultades según se expresa en la Ley Nacional N°27.306.

- Régimen de Tratamientos en Fertilización Asistida el cual establece los requisitos para acceder a los tratamientos, los criterios de exclusión a la obtención de los mismos y las condiciones de cobertura
- Régimen de Donaciones de Embriones el cual regula las consideraciones para su requerimiento, las formalidades relacionadas a su procedencia, las condiciones de los servicios de guarda de los mismos, la condiciones a partir de las cuales se excluye al afiliado de la cobertura del beneficio
- Régimen de Cobertura de Enfermedades poco Frecuentes: establecido partir de la adhesión a la Ley Nacional N° 26.689, mediante Ley Provincial N°3238
- Régimen de Cobertura de Esturdíos Genéticos
- Régimen de Adecuación de Genitalidad a la Identidad de Género Auto Percibida: cuya cobertura será asignada a partir de la adhesión a la Ley Nacional N° 26.743, mediante Ley Provincial N° 3.298
- Régimen de Cobertura en Inmunodeficiencias Adquiridas
- Régimen de Cobertura en tratamientos Contra Hepatitis
- Regímenes de Coberturas Especiales: Plan control materno infantil; Atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad; Embarazo y parto; Infantil; Plan de cobertura de leches maternizadas o de otro tipo; Controles maternos. Análisis clínicos mensuales; Análisis clínicos durante el transcurso del embarazo; Por única vez durante el embarazo; Asistencia odontológica; Por parto y/o cesárea y recepción del recién nacido; Plan control niño sano
- La cobertura de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol de los pacientes con diabetes será del cien por ciento 100%, y en las cantidades según prescripción médica; Cobertura en laboratorio; Consulta oftalmológica específica de control. Régimen para cobertura de elementos e insumos destinados a tratar la enfermedad
- Plan para Afiliados con Enfermedades Renales Crónicas, en Diálisis o Trasplantados el cual prevé la cobertura de diagnósticos y tratamientos de dichas enfermedades
- Plan para Tratamiento de Enfermedades Oncológicas
- Plan de Trasplante de Órganos
- Plan de Cobertura para Afiliados con Discapacidad
- Plan de Cobertura para Afiliados con Celiaquía
- Plan de Cobertura en Obesidad
- Plan Prevención: el cual tiene como finalidad la prevención de cáncer de cuello de útero, cáncer de mamas y cáncer de próstata, asegurando una cobertura completa para facilitar los procesos de los mismos.
- Plan para Afiliados con Enfermedades Crónicas: para la cobertura de Enfermedades Renales Crónicas en diálisis y/o Trasplantados Renales; Celiaquía.
- Otras Coberturas: Anticonceptivos: Según Resolución 310/2004 y sus modificatorias de la Superintendencia de Seguros de Salud de la Nación; Anticonceptivos Hormonales de uso sistémico, Progestágenos y estrógenos.

Respecto de las Normas Generales y Operativas establecidas en la Reglamentación las mismas constituyen las distintas formalidades a cumplimentar para cada caso, a saber:

- Requisitos para validar la Orden Medica de Practica
- Normas de Auditorias Prestaciones
- Normas de Facturación de Prestaciones
- Requisitos de la Receta válidos para todos los Planes y Categorías
- Régimen de Exclusiones a la Cobertura Brindada por la Obra Social
- Requisitos Generales para Acceder a las Coberturas en Farmacia
- Régimen de Derivaciones para afiliados que posean patologías que excedan el poder de resolución en el lugar de residencia
- Régimen de Derivaciones Programadas
- Régimen de Derivaciones Urgentes
- Régimen de Derivaciones Prolongadas
- Régimen de Derivaciones para Controles Post-Operatorios
- Régimen para la Auto-Derivación de afiliados
- Régimen de Cobertura de Servicios Especiales
- Régimen de Reintegros de Gastos al Afiliado
- Régimen de Facturación de Internaciones
- Régimen para la Atención Ambulatoria
- Régimen de Atención Domiciliaria
- Régimen Sancionatorio y Disciplinario de Prestadores y Proveedores

La vigente Reglamentación ha pretendido desde el 3 de diciembre de 2019 unificar y regular eficazmente las prestaciones y coberturas y establecer los nuevos requisitos y procedimientos y normas para la facturación de las prestaciones, servicios, productos e insumos brindados por los distintos proveedores buscando a partir de ello una herramienta que ayude a eficientizar el gasto en salud que brinda la Caja a sus beneficiarios y afiliados.

Para ello ha normatizado las distintas categorías y subcategorías de afiliados de acuerdo a su vínculo y relación de dependencia laboral, parentesco con el aportante encontrándose las mismas subdivididas en:

**A) Afiliados Directos:**

1. **Obligatorios:** son los agentes en situación permanente, transitoria o que revisten carácter de contratados en cualquiera de los Organismos dependientes, autárquicos o descentralizados de los tres Poderes del Estado Provincial. Así mismo también los pensionados y jubilados de la administración pública Provincial y los retirados y pensionados del régimen de la Policía que aportan obligatoriamente a la Obra Social por imperio de la legislación vigente. También los Veteranos de

Guerra de Malvinas que mediante Ley N°3603 se incorporan como beneficiarios de forma directa Y al sólo efecto de las prestaciones médicas, los estudiantes comprendidos en la Ley N°1772.

**2. Adherentes:** son los agentes provenientes de los sectores cuyas entidades adhieran a ésta Obra Social y son:

**2.1. Públicos:** son los agentes de la Municipalidad en actividad que adhieran al Régimen de la Ley N°364 de conformidad a lo establecido en art. 3° de la misma.

**2.2. Privados:** son los agentes provenientes de los sectores privados cuyas entidades adhieran a esta Obra Social, conforme a lo establece en el art. 2° de la Ley N°364.

**3. Adjuntos:** son aquellos comprendidos en la Ley N°1.869 “pensionados a la vejes desamparada” y los pasantes incluidos en la Ley N°26.427, éstos gozarán de iguales beneficios que los afiliados obligatorios, con excepción de la incorporación de afiliados indirectos. No obstante, para los casos en que sea requerido un tratamiento de alta complejidad, será cubierta sólo la atención médica en centros convenidos, no pudiendo solicitar otros beneficios contemplados en esta reglamentación. La Obra Social no responderá por los gastos de pasajes, traslados, ni hospedaje quedando estos a cargo del afiliado requirente.

**B) Afiliados Indirectos:** familiares; haciendo la salvedad de que toda otra categoría de afiliación anterior al dictado de ésta Resolución tendrá vigencia por la voluntad de partes, puesto que la presente reglamentación no contempla efectos retroactivos.

**1. Familiares:** son los integrantes del grupo familiar primario de los afiliados obligatorios y de los adherentes públicos que podrán ser adheridos, cualquiera sea el vínculo. Para los casos en que los familiares adheridos tengan C.U.D (Certificado Único de Discapacidad, deberá éste ser debidamente acreditado y presentado ante la Obra Social. Los afiliados comprendidos en esta categoría mismos son:

**i. Cónyuge:** cuando carezca de recursos propios y no posea ningún descuento obligatorio por esta Obra Social. Para su adherencia será requisito indispensable presentar certificación negativa de ANSES, acta de matrimonio y documento nacional de identidad.

**ii. Conviviente:** cuando carezca de recursos propios y no posea ningún descuento obligatorio por esta Obra Social. Para su adherencia será requisito indispensable presentar certificado de unión convivencial, documento nacional de identidad y certificación negativa de ANSES.



- iii. **Hijos:** podrán ser contemplados como afiliados aquellos hijos hasta los 21 años de edad, siempre que no estén emancipados. Para su adherencia será requisito indispensable presentar partida de nacimiento, documento nacional e identidad y certificación negativa de ANSES.
- iv. **Hijo que se capacita:** podrán ser contemplados como afiliados aquellos hijos que se encuentren cursando estudios de nivel terciario o universitario y tendrán vigente su afiliación hasta los 26 años de edad inclusive. Para su adherencia será requisito indispensable presentar constancia de alumno regular vigente y de ente de enseñanza oficial ya sea de establecimientos terciarios, universitarios, secundario, posgrados y maestrías documento nacional de identidad y certificación negativa de ANSES que acredite que carece de otra Obra Social.
- v. **Menor a cargo:** comprende a aquellos menores que se tengan a cargo bajo responsabilidad parental, tutela, adopción o por ser el responsable progenitor afín. Para su adherencia será requisito indispensable presentar
  - Menor en guarda:** documento nacional de identidad de ambas y fallo del Tribunal o Juez interviniente.
  - Curatela:** documento nacional de identidad de ambos, fallo del Tribunal y Constancia negativa de ANSES.
- vi. **Padres mayores de 65 años:** será requisito indispensable presentar certificado de nacimiento del afiliado directo, documento nacional de identidad del pretense adherente y certificación negativa de ANSES.
- vii. **Padres incapaces:** será requisito indispensable presentar certificado de nacimiento del afiliado directo, documento nacional de identidad del pretense adherente, certificación negativa de ANSES y certificado emitido por autoridad competente que acredite la discapacidad. La documentación, en todos los casos será evaluada por auditoría médica de esta Obra Social.

**Personas incapaces,** la reglamentación establece que podrán contemplarse como afiliado a aquellos familiares comprendidos en los términos del art. 24 inc. c y 48 del Código Civil y Comercial de la Nación; estableciendo como requisito indispensable para su adhesión la presentación de: documento nacional de identidad, sentencia judicial que declare la incapacidad, Certificado único de discapacidad, partida de nacimiento y/u otra constancia que acredite el vínculo, según se requiera en cada caso en particular.

Respecto de las generalidades a las que cada categoría de afiliado se atiene en su condición de tal, la presente Reglamentación dispone:

a) Que los afiliados que se hallen representados por la Ley N° 26.743 tendrán derecho a ser tratado/as de acuerdo a su identidad de género auto percibida y, en particular, a ser identificado/as de ese modo en los instrumentos que acrediten su identidad.

b) Que, para mantener la situación de regular, los afiliados deberán estar incluidos en el soporte magnético que el Organismo empleador presenta mensualmente ante la Caja de Servicios Sociales con el plantel de personal.

Que asimismo deberán presentar la siguiente documentación:

- A.** Cumplimentar la declaración jurada de inscripción;
- B.** Documento nacional de identidad del solicitante;
- C.** Certificado de empleo;
- D.** Certificados que acrediten el vínculo parental;
- E.** Partida de matrimonio;
- F.** Los familiares extranjeros deberán en caso de no contar con documento nacional de identidad, deberán presentar la constancia de iniciación del trámite (válido hasta el tiempo de validez de la constancia);

Que el afiliado directo tendrá que presentar ante la Obra Social a todo afiliado indirecto que le sea atribuible, salvo impedimento del primero debidamente justificado. Estos deberán concurrir a la Caja toda vez que sean citados y tendrán la obligación de cumplir con las disposiciones de las reglamentaciones y/o disposiciones que el organismo impartiera.

Que para requerir y utilizar los servicios de la Obra Social los afiliados deberán presentar la credencial expedida por la Caja y estar incluidos en el soporte magnético mensual del Organismo empleador. La credencial es intransferible, y por lo tanto en caso cederla a terceros será pasible de una sanción que implicará el recobro al afiliado titular del gasto que demandó su utilización más una multa equivalente a un punto porcentual (1%) del último aporte personal que efectuó de acuerdo a los registros de la obra social. Este punto porcentual se duplicará en caso de reincidencia.

Que los afiliados tienen la obligación de mantener su domicilio actualizado y de comunicar todo cambio de situación en su núcleo familiar, dentro de los cinco (5) días hábiles de producidos, acompañando la documentación respectiva (emancipación de sus hijos, cambio de categoría, baja de afiliados, divorcios, nacimientos, fallecimiento y otros).

En caso de ocurrencia del fallecimiento del afiliado directo, los afiliados familiares por él incorporados, continuarán recibiendo los beneficios por el término de 3 (tres) meses contando desde la fecha del deceso.

Los afiliados que cesaren en sus empleos para obtener su jubilación o retiro bajo el sistema previsional santacruceño, mantendrán su derecho como tales, hasta tanto le sea acordado el beneficio previsional o de retiro, debiendo acreditarlo mediante certificación de la Caja de Previsión Social de la Provincia de Santa Cruz, que han iniciado el trámite pertinente.

Asimismo, para el caso de los Afiliados Directos la Reglamentación vigente prevé que tal condición cesara por los siguientes motivos, a saber:

1. Cuando finalice la relación de dependencia con la Administración Pública Provincial o Municipal.
2. Cuando el municipio al que pertenecen dejara sin efecto la adhesión al régimen de la Ley 364.
3. Cuando dejaren de pertenecer a las entidades adheridas mediante la cual se incorporaron a esta Caja, o cuando se interrumpa, suspenda o finalice la adhesión de la Entidad a la que pertenezcan, finalice el plan laboral, pensión a la vejez, o beca por la que estuviera adherido.
4. En el caso en que el agente se encontrara cursando licencias sin goce de haberes, y éstas excedieran del mes, el afiliado abonará a la Caja entre el 1 al 10 del mes siguiente el aporte patronal y personal, de acuerdo a su última categoría o nivel de revista.
5. Cuando la falta de cumplimiento de los términos establecidos diera lugar a la suspensión de los servicios y pérdida de los derechos para el afiliado directo y su grupo a cargo, mientras se mantenga la situación de irregularidad.
6. Cuando al regularizar el agente su situación administrativa no implicará el reconocimiento de gastos durante el lapso de la mora.
7. Asimismo, establece que los hijos de afiliados jubilados fallecidos, serán considerados afiliados mientras tengan derecho a la pensión.

A los efectos de validar su condición de tal, todo aquel afiliado que se ausente de la Provincia podrá solicitar su carnet en tránsito debiendo ajustarse a las disposiciones de los convenios interprovinciales vigentes. Para ello, en cada caso la Caja establece que:

- 1) El carnet en tránsito del afiliado directo extiende sus efectos al grupo familiar que tenga a cargo.
- 2) Para el caso de los jubilados y pensionados de la Caja de Previsión Social regirá un plazo no mayor a noventa (90) días.
- 3) Los activos para su obtención deberán presentar constancia del lugar de trabajo donde certifiquen la situación laboral en la que se encuentran y el motivo por el cual se ausenta del mismo (p. ej. Carpeta médica, traslado, etc.), debiendo especificar también la cantidad de

días a otorgar. La emisión del carnet quedará sujeta a la presentación de dicha documentación.

- 4) La Obra Social cubrirá exclusivamente las urgencias, quedando expresamente excluida la cobertura de partos y cesáreas fuera de la provincia.

Y para los mismos fines de acreditación de su condición de Afiliado, la Caja emitirá Carta de presentación a favor de los siguientes casos previstos y determinando para los mismos las situaciones que en cada caso se detallan:

1. Hijos estudiantes que inicien o estén cursando estudios de nivel terciarios y/o universitarios del afiliado directo y adherentes públicos, siempre y cuando el afiliado directo o adherente público se encuentren residiendo en la Provincia de Santa Cruz.
2. Afiliados directos que se radiquen fuera de la Provincia de Santa Cruz, los cuales deberán acreditar el cambio de domicilio y se incluirá a todo su grupo familiar primario.
3. La cobertura médica a otorgar dependerá del Convenio Interprovincial de Reciprocidad vigente. De existir transferencias de aportes la misma no dependerá de la Caja de Servicios Sociales sino de aquella jurisdicción donde el afiliado fijó su domicilio y se regirá de acuerdo a las normas que allí se establezcan.
4. Esta Obra Social por ser de carácter provincial no se hará cargo de las demandas del afiliado que pudieran surgir en su relación con la nueva Obra Social prestataria deslindándose de cualquier responsabilidad que se le pudiera atribuir.
5. En los supuestos casos que los residentes en otras Provincial concurren eventualmente a Santa Cruz, deberán presentar el carnet de la Obra Social donde están radicados.
6. La relación de la Caja de Servicios Sociales con los afiliados en extraña jurisdicción se limitará a las renovaciones de las Cartas de Presentación, las que deberán ser solicitadas por el afiliado mediante nota rubricada por el afiliado directo. Así mismo, la Caja se comprometerá a remitir a la máxima brevedad posible la renovación si ésta correspondiere.
7. Según expresa la Ley N° 364, la Caja de Servicios Sociales no está obliga a otorgar cobertura médica en otras Provincias. No obstante, la misma ha realizado convenios de reciprocidad por la sola voluntad de partes y en procura de atender a los estudiantes de nivel superior que deben obligatoriamente desprenderse de su grupo familiar.
8. Los afiliados activos con tratamiento médico en otra provincia, deberán presentar constancia expedida de autoridad competente del lugar de trabajo y ámbito provincial que certifique que se encuentra en uso de licencia por enfermedad con indicación del término de la misma.

9. Las Cartas de Presentación tendrá como vigencia un mínimo de seis (6) meses y un máximo de dos (2) años dependiendo de la provincia de radicación, y para estudiantes el máximo será de un (1) año.

Con el fin de garantizar el financiamiento del gasto en que incurra cada beneficiario a partir del ingreso de cada cuota social, se establece como tal al monto que por cada afiliado perciba mensualmente la Caja, determinando que la cuota social que corresponde abonar será determinada por:

1. Para afiliados obligatorios y adherentes públicos, lo que determine la Ley 364 y sus modificaciones.
2. Para afiliados adherentes privados, será la suma que se fije mediante los convenios que los vinculen.
3. Para afiliados adjuntos, será la que de acuerdo a las leyes vigentes se vinculen a la Obra Social de acuerdo al siguiente detalle:
  - a. Becados Estudiantiles a través de la Ley N° 1772 Artículos 11° y 12°, sufrirán como único descuento el tres por ciento (3%), a mes vencido, del 1 al 5 de cada mes, a los fines de cubrir los servicios sociales. El Consejo Provincial de Educación, deberá hacerse cargo de los aportes que correspondan al Estado, según Ley 364.
  - b. Pensionados Provinciales a la Vejez Desamparada, según Ley 1869, no sufrirán deducción de sus haberes.
  - c. Respecto a los Convenios de Reciprocidad, será de acuerdo a lo que se estipulen en los convenios que realice la Obra Social con las distintas provincias.

Con el objeto de brindar cobertura prestacional a sus afiliados en otras provincias de nuestro país, la Obra Social de la Provincia de Santa Cruz cuenta con convenios de reciprocidad con obras sociales de diferentes provincias. Por eso si el afiliado reside o es radicado en otra Provincia puede solicitar la carta de presentación presentando la siguiente documentación:

1. Documento Nacional de Identidad con domicilio en otra Provincia. Presentar fotocopia del mismo en anverso y reverso
2. Nota del titular solicitando la cobertura.
3. Recibo de sueldo del titular.
4. Certificado de estudios, en el caso que corresponda.
5. Los afiliados activos deberán presentar certificado de su lugar de trabajo exponiendo el motivo por el cual se ausenta de la Provincia (comisión o estudios). En estos casos no se solicita el domicilio actualizado.
6. Se emitirá una carta de presentación según cada situación y deberá ser presentada en la Obra Social de la Provincia en la que vaya a estar radicado.

7. Las cartas de presentación se realizan con un mínimo de seis (6) meses y un máximo de dos (2) años, luego del vencimiento debe presentar nuevamente documentación respaldando el pedido anterior.
8. Los convenios son sólo para jubilados, pensionados de previsión, adherentes y/o estudiantes.

Desde el punto de financiamiento de los convenios de reciprocidad, estos se componen de utilizando tres métodos:

1. Cápita: se paga un monto fijo por afiliado el cual se ajusta al servicio de la Obra Social prestadora.
2. Prestación: se solicita previa autorización en mediana y alta complejidad, medicación mediano y alto costo, todo sujeto a la evaluación de auditoria media de la obra social del titular.
3. Tránsito de aportes: se transfiere los aportes a la obra social prestadora cuando el titular y el grupo familiar gozan del servicio de la misma, cuando el titular queda en esta provincia y su grupo familiar está en la obra social receptora, tendrán cobertura de una obra social por prestación, estableciendo que las condiciones de acceso a la cobertura para cada afiliado dependerán de las siguientes condiciones:

Aquellos afiliados a los cuales no se hiciera referencia expresa en esta Reglamentación no gozarán de este beneficio.

La cobertura en condición de afiliado en extraña jurisdicción comprenderá con anterioridad el tránsito por quince (15) días a la obra social prestadora.

Sólo se aceptan dos (2) tránsitos por año, en caso de solicitar más de la cantidad mencionada anteriormente se le dará la baja a la carta vigente, y después de seis (6) meses podrá volver a renovar, adjuntando la documentación correspondiente.

Los afiliados en tránsito en otras provincias no tendrán cobertura a excepción de urgencias y emergencias, sujeto a la evaluación de auditoria médica, que deberá expedirse en el plazo de no más de veinticuatro 24 horas, sin patología preexistente.

En tránsito, esta obra social no reconocerá parto fuera de la Provincia de Santa Cruz, ni la medicación.

Todo trámite a realizar sobre cobertura y prestación será mediante la Obra Social prestadora y esta Obra Social, evaluada por auditoria médica.

Reintegros: se efectuará reintegro cuando este interrumpido el convenio o la obra social prestadora no cuente con la prestación, el afiliado deberá tener

carta de presentación vigente, estará sujeto a la evaluación de auditoria medica sobre prestaciones, como de farmacia en el caso de medicación, de corresponder dicho pedido de reintegro el mismo se efectuará a valores que esta Obra Social tenga convenidos.

En ningún caso se efectuará reintegro con un convenio vigente, los afiliados se ajustarán a la cobertura que brinda la obra social receptora, no pudiendo así solicitar reintegro a esta.

Afiliado con residencia en extraña jurisdicción en otra provincia, es aquel que reviste como afiliado de otra obra social con la cual se tenga convenio de reciprocidad, pero tiene domicilio o residencia en otra provincia por un periodo superior a seis (6) meses.

Para los casos del punto anterior, se establece que no se le realizarán reintegros debiendo el beneficiario consultar en su obra social de origen.

Esta obra social tampoco contempla derivaciones y coberturas especiales para los afiliados que pertenezcan a esta dirección de convenios; haciendo la salvedad para el caso de aquellos afiliados que tengan Certificado Único de Discapacidad estarán sujetos a evaluación y autorización de auditoria médica.

Tal como se ha mencionado en el presente informe su condición de entidad autárquica le ha permitido a la Caja establecer el nivel y/o grado de cobertura médica que esta Obra Social brinda a sus afiliados, la cual está compuesta por una cartilla prestacional detallada por rubros y especialidades a cubrir; y cuya inclusión -o no- a dicha cartilla permite en su detalle taxativo determinar uno de los ejes principales para evaluar la previsión del gasto en que incurre la Caja a la hora de brindar sus servicios a los afiliados. Dicho detalle taxativo incluye las prácticas, elementos e insumos, etc., que quedaran excluidos de la cobertura como limitante al financiamiento del gasto en que deberá incurrir. Dicha cobertura médica incluye el siguiente menú prestacional:

**Practicas comprendidas:**

1. Consultas generales.
2. Consultas de especialistas.
3. Intervenciones quirúrgicas de baja, mediana y alta complejidad.
4. Exámenes complementarios de diagnóstico tales como laboratorios e imágenes de baja, mediana y alta complejidad.
5. Internaciones en establecimientos asistenciales convenidos.
6. Atención odontológica, operatoria dental, endodoncia, periodoncia, cirugía, odontopediatria, prótesis dentales parciales y complejas de acrílico removible.
7. Psiquiatría.

8. Internaciones psiquiátricas de cuadros agudos, treinta (30) días sin cargo.
9. Otras internaciones y atenciones de salud mental con cobertura únicamente con dictamen de auditoría médica.
10. Prácticas auxiliares de la medicina hasta treinta y seis (36) sesiones anuales: Terapia ocupacional, Psicología, Fonoaudiología, Kinesioterapia, Fisioterapia, Enfermería, Psicopedagogía, Psicomotricidad, Estimulación temprana.

Respecto de aquellas prácticas y elementos que quedan excluidos de la cobertura, la reglamentación vigente detalla:

1. Todo material descartable utilizado en tratamientos y/o prácticas realizadas en forma ambulatoria no convenidas.
2. Prótesis dentales no acrílicas e implantes dentales.
3. Prótesis mioeléctricas o bioeléctricas.
4. Todo elemento u objeto que se utiliza en gimnasios o en centros de rehabilitación.
5. Todo dispositivo digital con o sin software adaptado.
6. Prótesis hidráulicas.
7. Sillas de ruedas motorizadas.
8. Material de uso en cirugías convencionales o por video laparoscopia que sea de provisión hospitalaria, sanatorial o individual de cada prestador.
9. Tratamientos alternativos que no estén nombrados, convenidos o sin medicina basada en la evidencia.

En cuanto a las prácticas a cubrir por tipo de Especialidad la Reglamentación vigente detalla las siguientes:

**A) Prácticas Oftalmológicas:** para estas la Obra Social establece que elementos le serán específicamente reconocidos al afiliado y cuales no:

La Obra Social reconocerá cristales, cuando superen las 2,25 dioptrías.

La Obra Social reconocerá armazones, los cuales estarán estipulados a un monto fijo pasible de revisión semestral.

La cobertura será del 50% para afiliados activos y pasivos, y del 100% en afiliados que presenten discapacidad justificada mediante Certificado Único de Discapacidad. La cobertura será según valores preestablecidos por provisión o reintegro.

Bajo ningún punto la Caja de Servicios Sociales reconocerá armazones y/o cristales por cambio de graduación, rotura, pérdida, robo o situaciones similares antes de los tiempos estipulados para la cobertura en esta reglamentación, los cambios de graduación se reconocerán antes del tiempo estipulado en menores de 16 años inclusive y en pacientes con CUD. La



cobertura en todos los casos será sobre cristales blancos minerales u orgánicos, toda otra diferencia de costos sobre el tipo de cristal o tratamiento serán a cargo del afiliado. Se reconocerán lentes de contacto blandas e incoloras al 50% a afiliados activos y pasivos. Para afiliados que padezcan discapacidad certificada será al 100%. La cobertura será según valores preestablecidos por provisión o reintegro.

La cobertura estipulada regirá según se presenten los siguientes casos:

**Miopía:** igual o mayor a (-4) dioptrías.

**Ansiometropías:** cuando la diferencia de graduaciones entre ambos ojos supere las dos (2) (+ 0 - ) dioptrías.

**Miopías con astigmatismo:** cuando la sumatoria de los valores de cada ojo supere las seis (6) dioptrías.

**Queratocono:** patologías no incluidas que justificadas por el profesional tratante sean autorizadas por la Auditoría Médica.

La reposición de los lentes de contacto será autorizada cada dos (2) años.

En los casos de visión subnormal la cobertura será exclusivamente para afiliados que presenten discapacidad certificada previa evaluación y autorización de auditoría médica de esta Obra Social.

Las lentes intraoculares sólo serán reconocidas en cataratas al valor estipulado de reintegro.

No se reconocerán: Cristales para anteojos de sol. Reposición de cristales o lentes por rotura, robo, pérdida o similares situaciones. Lentes de contacto descartables. Lentes de contacto de color. Lentes intra oculares tóricas y para vicios de refracción. Excepcionalmente sólo para afiliados con C.U.D.

**1. Normativa para la cirugía refractiva de excimer láser/lasix:**

En caso de dioptrías o miopías de (-4) hasta (-8).

Se reconocerá estrictamente el procedimiento sólo a afiliados de 25 a 60 años.

Tener ametropía estabilizada por un periodo no menor a un año.

Hipermetropías de +2 hasta +5.

Astigmatismos puros (-/+3) hasta (-/+6).

Hipermetropías + astigmatismos (+1,5) o mayor y (-/+2) o mayor.

Miopía + astigmatismo (-2) o mayor y (-/+2) o mayor

**B) Prácticas de Audiología**

La Auditoría Médica autorizará audífonos (OTA) de acuerdo a la mayor ganancia auditiva, que surgiera de la evaluación de dos (2) selecciones como mínimo. Se deberán presentar estudios audiológicos (audiometría, logaudiometría), historia auditiva.

La cobertura será del cien por ciento (100%):

En afiliados de hasta veintiún (21) años de edad.

En afiliados mayores de veintiún (21) años de edad que cuenten con Certificado Único de Discapacidad.

La cobertura será del cincuenta por ciento (50%): en afiliados mayores de veintiún (21) años de edad que con presenten Certificado Único de Discapacidad.

La renovación de los audífonos será siempre y cuando el/la afiliado/a presente patología auditiva agravada (mayor a 20 db) quedando sujeta a evaluación previa de auditoría.

En caso de que exista una situación de extravío, se solicitará la exposición policial, socio ambiental realizado mediante Asistencia Social de esta Obra Social quedando sujeto a evaluación previa de Auditoría.

Fuera de cobertura

Roturas y/o reparaciones de audífonos, procesadores externos (implante coclear).

Todos aquellos accesorios externos que componen tanto audífonos como implantes (pilas, cargadores, baterías, moldes, pastillas, deshumificadoras, codos, etc.).

Lavado de oídos.

La cobertura del componente externo (procesador del habla) solo se realizará cuando el mismo supere los seis (6) años luego de la cirugía de implante; dicho recambio del procesador deberá también presentar el mal funcionamiento mediante la presentación del mapa de calibración (actual) que demuestre la falta de funcionamiento de dicho implante.

### **C) Prácticas de Ortopedia-Prótesis, Implantes, Materiales de Osteosíntesis, Aparatología Biomédica y Materiales de Cirugía**

La cobertura será del cien por ciento (100%) en afiliados con discapacidad y del cincuenta por ciento (50%) en afiliados activos y pasivos sin discapacidad. Para el caso de afiliados oncológicos el porcentaje del cien por ciento (100%) cobertura quedará sujeto a su patología.

Los materiales cubiertos son: Mochila de oxígeno. CIPAP. BIPAP. Concentrador de oxígeno portátil. Bombas de alimentación enteral. Aspirador de secreciones. Expansores. Sólo para afiliados oncológicos, prótesis internas mamarias. Oxímetro de pulso adulto y pediátrico. Silla de ruedas con y sin soporte postural de apoyo. Camas ortopédicas con o sin baranda, con o sin colchón antiescara. Tubo de ventilación timpánico. Cánulas y boquillas traqueales con o sin válvula de fonación. Andadores a medida. Bipedestador. Botón de gastronomía.

Agujas de punción hepática, tiroideas u otras. Sling, mallas o similares para cirugía de incontinencia, hernias y prolapsos. Sondajes. Filtro de vena cava. Ligaduras/banding, cánulas de sondaje de vía lagrimal, diábolos, bolsas de

colostomía con disco y pasta. Canulotómos, canastilla de dormia, puntas de shaver, CATETER DOBLE J.

La cobertura de sten y marcapasos será del cien por ciento (100%) en toda condición. La cobertura de catéteres vasculares, emodialisis, set de nofrostomía, portacath, agujas huber, perfus, parches tegradem o implantes vasculares será del cien por ciento (100%) en toda condición.

Las prótesis, implantes y materiales de osteosíntesis de colocación interna tendrán una cobertura del cien por ciento (100%), de colocación externa tutor externa.

Las suturas mecánicas de cualquier tipo tendrán una cobertura del cien por ciento (100%) en oncológicos relacionados con su patología y un copago según el importe presupuestado en el pacientes activos o pasivos sin patología oncológica.

Bombas de infusión, bombas elastomericas tendrán cobertura del cien por ciento (100%).

Cintas taping, sólo en afiliados con CUD hasta 2 rollos por mes de 5 cm al 100%.

#### **D) Elementos de Ortesis**

Para afiliados activos y pasivos se reconocerá una cobertura del cincuenta por ciento (50%). Para el caso de afiliados con discapacidad certificada se reconocerá el (100%).

La obra social en estricto sentido no dará curso a lo solicitado si las indicaciones médicas no se efectúan por nombre genérico, y queda prohibida la mención o sugerencia de marca o proveedor. En cuyo caso no se tramitará la solicitud.

#### **E) Cobertura de Pañales**

Pedido medico (deberá constar la cantidad y el talle). Certificado único de discapacidad vigente. Informe socio ambiental realizado por asistencia social de esta Obra Social.

La cobertura alcanzará al máximo de noventa (90) unidades de pañales por mes.

La entrega de pañales será a partir desde los tres (3) años de vida.

#### **F) Prestaciones para Prevención en Salud Mental**

Esta Obra Social propiciará la prevención de cuestiones que puedan generar trastornos y malestar psíquico en temas específicos como la depresión, adicciones, violencia, violencia familiar, maltrato infantil y otros, a través de atención y cobertura en centros convenidos a tal fin.

Todo caso que se presente ante esta Obra Social, referente a cuestiones de salud mental, deberán ser auditadas por auditoria médica.

La cobertura será:

Para afiliados que presenten Certificado Único de Discapacidad se le reconocerá la cobertura al cien por ciento 100%.

Para afiliados sin Certificado Único de Discapacidad la cobertura será del cincuenta por ciento (50%).

Prestaciones cubiertas:

Ambulatorias: hasta treinta (30) sesiones cada doce (12) meses por beneficiario, no pudiendo exceder de cuatro (4) consultas mensuales por beneficiario. Incluye: Consulta psicológica. Consulta psiquiátrica. Consulta y tratamiento psicopedagógico. Psicoterapias individuales y/o grupales. Psicoterapias de familia y conyugal. Psicodiagnostico.

Internación: en consonancia con la Ley Nacional N°26.657, arts. 14 y 15, es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones en su entorno familiar, comunitario o social. Deberá ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. En ningún caso puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda. El tope será:

En casos agudos: hasta treinta (30) días de cobertura cada doce (12) meses.

En hospital de día hasta sesenta (60) días de cobertura cada doce (12) meses.

Cuando la prestación no pueda brindarse en centros convenidos se podrá optar por la modalidad de reintegro, previa certificación médica y requisitos que La Caja de Servicios Sociales solicite.

Para los casos en que las prestaciones sean efectuadas fuera de la provincia, se brindará la cobertura sin beneficio social (Alojamiento/viáticos), sin excepción.

La internación debe ser lo más breve posible ya que es considerada un recurso terapéutico de carácter restrictivo conforme artículos 14 y 15 de la Ley 26.657.

## **F) Prestaciones relacionadas al Trastornos de Aprendizaje**

La Obra Social brindará la cobertura en prestaciones necesarias para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de las dificultades según se expresa en la Ley Nacional N°27.306.

## **G) Tratamientos en Fertilización Asistida**

1. Requisitos para acceder a los tratamientos:

1. Parejas convivientes, o matrimonios, con incapacidad para tener un hijo y que no utilizan medidas anticonceptivas.
2. Nacionalidad Argentina de ambos.

3. Residencia en la Provincia de Santa Cruz, con un mínimo de dos (2) años de ambos.
4. Infertilidad medicamente comprobada.
5. Ambos miembros de la pareja deben ser afiliados de este Obra Social.
6. Los dos miembros deben prestar su consentimiento y ser mayores de edad (18 años).
7. Las indicaciones en mujeres mayores a treinta y siete (37) años deberán ser previamente evaluadas por auditoría médica.
2. Criterios de exclusión:
  1. Se negará la cobertura a los afiliados que presenten:
    - a. Enfermedad crónica en la mujer que se agrave con el embarazo.
    - b. Enfermedad de transmisión vertical aguda de algunos de los integrantes de la pareja.
    - c. Mujeres mayores de 41 años.
    - d. Aquellos que hayan realizado procedimientos de anticoncepción, vasectomía y ligadura tubarica.
3. La documentación que se deberá presentar será:
  1. Historia clínica
  2. Copia de estudios previos que certifiquen la infertilidad
  3. Consentimiento informado
  4. Indicación médica con el tipo de tratamiento a realizar
  5. Estudios previos de dosajes hormonales, papanicolau, colposcopia, serología de enfermedades transmisibles de ambos y entre otros que requerirá la auditoría médica de esta Obra Social.
  6. Foja quirúrgica del procedimiento realizado, si se requiere según el caso concreto.
  7. Estudios complementarios que acrediten las causas anatómicas o fisiológicas del impedimento.
  8. Fotocopia de certificados o actas que acrediten el vínculo conyugal o convivencial de los solicitantes.
4. En todos los casos, sin excepción, y una vez autorizado por parte de Auditoría Médica de la obra social, la cobertura del tratamiento de fertilización asistida, será brindada en los centros especializados inscriptos en el Registro Federal de Establecimientos de Salud, y que pertenezcan a la red de prestadores de la Caja de Servicios Sociales.
5. No se efectuará reintegro ni reconocimiento alguno cuando los tratamientos fueran realizados sin autorización previa de la Auditoría Médica de esta obra social.
6. Cobertura:
  1. La cobertura se limitará a cuatro (4) tratamientos de baja complejidad con intervalos de tres (3) meses cada uno, o bien tres (3) tratamientos de alta complejidad con el mismo intervalo.

2. Se iniciará con tratamientos de baja complejidad a menos que causas médicas justifiquen la mayor complejidad, y previa autorización de Auditoría Médica de la obra social.
3. Los tratamientos de alta complejidad incluyen tres (3) ICSI con seis (6) transferencias cada uno.
4. La cobertura de los mencionados tratamientos, incluida la medicación específica será del ochenta por ciento (80%) a cargo de la obra social.
5. Hasta tanto en la Provincia de Santa Cruz no se habiliten instituciones destinadas a realizar tratamientos de alta complejidad, la Caja, otorgará cobertura de derivación a centros convenidos.

#### **H) Prestaciones relacionadas a la Donación de Embriones**

En caso de solicitarse, serán considerados titulares del derecho en los términos de la ley 26.862, quienes los requieran y cuenten con la debida prescripción médica.

Los gametos o embriones donados a utilizarse deberán provenir exclusivamente de los bancos debidamente inscriptos en el Registro Federal de Establecimientos de Salud. Caso contrario, deberá presentarse declaración jurada e incluir consentimiento de donante, quedando el mismo a su exclusivo cargo.

Los servicios de guarda de gametos o tejidos reproductivos, para aquellas afiliados, (inclusive menores) que aun no queriendo llevar adelante la inmediata consecución de un embarazo, por problemas de salud o por tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas puedan ver comprometidas su capacidad de procrear en el futuro, recibirán cobertura de la obra social, con autorización previa, por única vez y exclusivamente mientras se mantenga su afiliación, por un máximo de dos (2) años y mediante la modalidad de reintegro, y hasta el valor más bajo de cotización respecto de al menos dos (2) presupuestos. A los fines de formalizar el reintegro el afiliado deberá cumplimentar con la normativa vigente.

En el caso de menores de dieciocho (18) años deberá adjuntarse el consentimiento del menor y de los padres del afiliado.

Los afiliados asumen riesgos y consecuencias incluso por reclamos filiatorios futuros por la utilización de gametos y/o embriones y la crío preservación de los mismos. Renuncian irrevocablemente a efectuar cualquier reclamo judicial, extrajudicial y o administrativo en contra de la obra social y se obligan a mantenerla indemne ante cualquier reclamo de terceros.

Si dejan de ser afiliados queda bajo su exclusiva responsabilidad arbitrar las medidas necesarias tendientes a la conservación de los gametos y/o embriones crío preservados, renunciando irrevocablemente a reclamos judiciales, extrajudiciales y o administrativo por cualquier causa relacionada con dicha circunstancia.

Se excluyen de la cobertura:

Diagnóstico genético pre implante.

Diagnóstico genético de gametos y/o embriones en los casos de donación.

Los medicamentos se regirán por las normas operativas de farmacia.

#### **I) Prestaciones relacionadas a Enfermedades Poco Frecuentes**

A partir de la adhesión a la Ley Nacional N° 26.689, mediante Ley Provincial N°3238, esta obra social otorgará cobertura médica diferenciada a aquellos afiliados que certifiquen ante la Auditoria Médica de esta obra social ser portadores de enfermedades poco frecuentes.

Las prestaciones médicas brindadas a los afiliados comprendidos en esta Ley, serán las exclusivamente destinadas a la detección precoz, diagnóstico, tratamiento y recuperación de las personas con EPF.

Se reconocerán únicamente exámenes complementarios de diagnóstico, tratamientos y drogas que posean los suficientes estudios de medicina basada en la evidencia, que se realicen en el país y se encuentren aprobados por la ANMAT para el caso de medicamentos o dispositivos médicos.

Los requisitos para ingreso a la cobertura son:

Para acceder al sistema el afiliado deberá presentar ante la Auditoria Medica su resumen de historia clínica con diagnóstico y fotocopia de anatomía patológica y/o estudios complementarios realizados que confirman el diagnostico.

Completar, suscribir y/o presentar los formularios y documentos que en cada caso requiera la Auditoria Medica de esta Obra Social.

Cobertura:

La cobertura de prácticas diagnosticas habituales es la misma que para cualquier afiliado. Mientras que aquellos procedimientos y/o tratamientos médicos específicos y de alto costo, deberán siempre contar con previa autorización de Auditoria Médica para gozar de una cobertura especial.

Para aquellos afiliados con certificado único de discapacidad (CUD), la cobertura podrá solicitarse bajo las normas afines al plan de discapacidad que se establecen en esta reglamentación. Para ello deberá cumplimentar los requisitos que establece la presente.

#### **J) Prestaciones relacionadas a Genética**

Las pruebas genéticas pueden ser estudios diagnósticos que permiten confirmar una enfermedad genética sugerida clínicamente o estudios predictivos para saber si se desarrollará enfermedad en el futuro o para predecir la respuesta a un medicamento (farmacogenomía).

La obra social otorgará cobertura solo a las pruebas genéticas las cuales demuestren su utilidad clínica o sean el único medio disponible para confirmar la enfermedad.

Se reconocerá únicamente los estudios que se realicen en el país.

Los estudios genéticos predictivos (asesoramiento de riesgo) deben cumplir los siguientes criterios:

Historia familiar y/o personal compatible.

La identificación de la mutación conllevará una decisión terapéutica que cambiará el pronóstico de la patología.

### **K) Adecuación de Genitalidad a la Identidad de Género Auto Percibida**

A partir de la adhesión a la Ley Nacional N° 26.743, mediante Ley Provincial N° 3.298, esta obra social brindará cobertura a los afiliados/as que requieran los beneficios específicos de tratamiento hormonal y/o intervenciones quirúrgicas que se expresan en las correspondientes leyes de mención.

Los requisitos para acceder al beneficio de cirugía serán:

Documento Nacional de Identidad.

Consentimiento informado de cada procedimiento a realizar, firmado por médico cirujano. En estos casos también será procedente, de ser necesario, asistencia psicológica o psiquiátrica de especialista en salud mental, con fines de acompañamiento.

Indicación médica del procedimiento a realizar.

Todos los tratamientos deben contar con el aval de la MBE.

Para el caso de menores de edad, además se deberá presentar resolución de autoridad judicial competente en cada jurisdicción.

Todos los productos deben estar aprobados por la ANMAT.

Cobertura:

La modalidad de la cobertura para intervenciones quirúrgicas será con previa autorización de Auditoría Médica.

Las Intervenciones quirúrgicas totales y/o parciales que ayuden a adecuar el cuerpo a la identidad de género auto percibida sólo tendrán cobertura a nivel hospitalario o en centros convenidos con esta obra social. La cobertura de estas prácticas será del cien por ciento (100%). Los procedimientos que se cubrirán y se detallan a continuación no revisten carácter taxativo: Mastoplastia de aumento. Gluteoplastia de aumento. Mastectomía. Orquiectomía. Penectomía. Vaginoplastia

Clitoroplastia. Vulvoplastia. Anexo histerectomía. Vaginectomía. Metoidioplastia

Escrotoplastia. Faloplastia con prótesis peneana.

La cobertura de los tratamientos hormonales integrales, que tienen por finalidad cambiar los caracteres secundarios que responden al sexo gonadal, será del cien por ciento (100%).

Requisitos para ingreso a la cobertura:

Informe médico expedido por endocrinólogo/metabólico.

Indicación médica y tiempo de duración del tratamiento.



Informe de consentimiento informado.

La cobertura para la provisión de prótesis específicas será de cien por ciento (100%) en prótesis Nacionales y del cincuenta por ciento (50%) en Internacionales.

Para aquellos casos en que la complejidad sobrepase el ámbito provincial se deberá tramitar la derivación correspondiente bajo normativa vigente.

**Exclusión de la cobertura:**

Procedimientos cosméticos y/o estéticos (ejemplo: depilaciones definitivas, blanqueamiento, etc.).

**L) Cobertura en Inmunodeficiencias Adquiridas**

Para el ingreso a la cobertura, el afiliado titular deberá presentar el formulario específico

Solicitud de ingreso a la cobertura especial de HIV debidamente completado por el profesional infectólogo y copia de los estudios de laboratorio.

Tendrán cobertura del cien por ciento (100%) en:

Medicación antirretroviral específica según protocolos vigentes.

Prácticas de laboratorio:

Carga viral, CD4-CD8 (trimestralmente)

Hemograma, hepatograma, urea, creatinina, clearance de creatinina (mensual)

Test de resistencia a antirretrovirales (frecuencia a determinar según medicación utilizada y respuesta)

Estudio de Test de resistencia.

Test HLAB5701 (Hipersensibilidad a Abacavir).

**M) Cobertura para Tratamientos contra la Hepatitis**

El requisito para el ingreso a la cobertura es la indicación médica.

La cobertura será del cien por ciento (100%) en: Hepatitis C. Medición de la carga viral el VHC. Genotipo VHC. Hepatitis B. Medición de la carga viral del VHC en sangre.

Otro punto de vista importante a analizar es la oferta por parte de la Obra Social de planes **prestacionales “superadores”** que, si bien implican más prestaciones y una mejor cartilla de prestaciones para el afiliado, su cobertura también supone un mayor financiamiento de sus prácticas y el consecuente incremento de gasto para la Caja. Estos Planes son estructurados en la Reglamentación a partir de reconocerlos dentro de un rubro denominado Coberturas Especiales el cual se detalla al pie:

## **A) Plan Control Materno Infantil y Plan Control Niño Sano**

1. Plan control materno infantil: se dará cobertura durante el embarazo y el parto a partir del primer momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento.
2. Atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad. Todo con cobertura al 100% tanto en internación como en ambulatorio. La cobertura comprende:

1. Embarazo y parto: consultas, estudios de diagnóstico relacionado con el parto y puerperio.
2. Infantil: consultas de seguimiento y control, inmunizaciones del periodo y medicación requerida hasta el año de vida siempre y cuando estos medicamentos figuren en el listado de medicamentos esenciales.
3. A fin de estimular la lactancia materna no se cubrirán las leches maternizadas o de otro tipo, salvo expresa indicación médica, que estará sujeta a una previa evaluación de la auditoría médica de esta Obra Social.

Control materno. Análisis clínicos mensuales: Hemograma. Glucemia. Colesterol

Eritrosedimentación. Uremia. Orina completa. Uricemia. Calcemia. Ferremia. Creatinina. Hepatograma. Urocultivo. Exudado vaginal. Control materno. Análisis clínicos durante el transcurso del embarazo: Isoaglutininas. Coombs indirecta. Coombs cuantitativa. Serología toxoplasmosis. Serología chagas. VDRL. HIV. Ag HBSV.

Por única vez durante el embarazo: Grupo sanguíneo. Factor RH. Estreptococo Grupo B Agalactiae entre la semana 35 y 37 de embarazo, presenten o no condiciones de riesgo.

Control materno. Diagnóstico por imágenes.

Ecografías obstétricas:

Durante todo el embarazo normal: Doppler fetal con autorización de Auditoría Médica.

Asistencia odontológica:

Dos consultas. Un (1) tratamiento gingivitis

Internación.

Por parto y/o cesárea y recepción del recién nacido.

Plan control niño sano.

Durante el primer año de vida corresponderá una consulta pediátrica mensual y los siguientes análisis clínicos mensualmente: Hemograma. Eritrosedimentación. Glucemia. Uremia. Orina completa. Recuento de plaquetas. Colesterol. Recuento de reticulocitos. Hepatograma

Durante el primer trimestre y por única vez: Bilirrubina. Coombs directa. Grupo sanguíneo. Factor RH. Fenilcetonuria. Tirotrófina. Plasmática.

Fibrosis quística. Screening para galactosemia. Hiperpasia suprarrenal congénita. Biotinidasa  
Otras practicas  
Por única vez, radiografía de cadera o ecografía hasta los seis meses.  
Otoemisiones acústicas, una (1) durante el primer trimestre.

## **B) Plan para Afiliados con Diabetes**

Para acceder al plan, el afiliado directo deberá presentar copias de los laboratorios que originaron el diagnóstico inicial más un formulario, emitido por esta Obra Social, el cual deberá ser presentado al médico especialista con el fin de rellenar los campos que el formulario presenta, y una vez listo, será evaluado por la auditoria medica de esta Obra Social.

La cobertura de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol de los pacientes con diabetes será del cien por ciento 100%, y en las cantidades según prescripción médica. No obstante, se requerirá previa vista de auditoria farmacéutica.

Cobertura en laboratorio:

- a. Mensual: Glucemia. Orina
- b. Semestral: Hemograma. Eritrosedimentación. Colesteriol. Creatinina. HDL col. LDL col. Fructosamina. Hemoglobina glicosilada. Protenuria. Microalbuminuria. Insulina. Crearance de creatinina
- c. Anual: Consulta oftalmológica especifica de control.

Tirillas radiactivas: 400 anuales cubiertas al 100%.

Bombas de insulina: deben estar aprobadas por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (A.N.M.A.T). Independientemente de la marca y tecnología, serán evaluadas por auditoria médica y en caso de ser autorizadas, la cobertura será del 100% en menores de edad o con Certificado Único de Discapacidad CUD

Para la autorización de la cobertura en insumos, para bombas de infusión continua los descartables deberán estar indicados por el profesional tratante y se cubrirán trimestralmente.

Los dispositivos biomédicos de medición, puertos de inyección y automonitoreo, serán cubiertos al 100% previa evaluación de auditoria medica de esta obra social.

## **C) Plan para Afiliados con Enfermedad Renal Crónica, en Diálisis y Trasplantaos**

Se reconocerá la cobertura total a cargo de la Obra Social, las prestaciones que a continuación se detallan, siempre y cuando se haya confirmado el diagnostico por el médico tratante.

Hemodiálisis y todo el material que se utilice.

Laboratorio y practicas medicas:

a. Mensual: Fوسفاتemia. Ionograma. Creatinina. Urea. Calcemia. Orina o sedimento urinario. Proteinuria. Micro albuminuria. Hemograma. Urea pre y post diálisis. Creatinina sérica. Proteínas totales

b. Bimestral: Ecografía abdominal

c. Trimestral: RX tórax. Transferrina. Saturación de transferrina. Albumina. Hepatograma. Ferremia. Reticulocitos. Ferritina. Acido úrico

Semestral: Ecografía renal. Anti HIV 1. Anti HIV 2. Glucemia. Recuento de plaquetas. Recuento de reticulocitos. KPTT. Ferremia en pacientes que se encuentren recibiendo eritropoyetina. Proteinograma electroforético. Wester-Blot HIV método confirmatorio. Anti HCV. ANTI HCV confirmatorio. Anticore IgG- IgM. Anti EBV. HEMOCULTIVO SERIADO. Habs Ag. Colesterolemia. HDL colesterol. LDL colesterol

d. Anual: RX de cráneo/columna/pelvis/mano. ECG. Ecocardiograma bidimensional o ecocardiograma doppler color. Parathormona. Serología chagas

HBe- Anti Hbe. VDRL. Serologia toxoplasmosis. Anti CMV

Todas las prestaciones que excedan la lista expreso en los puntos anteriores deberán contar con aprobación de auditoria médica de esta Obra Social.

#### **D) Plan Tratamiento de Enfermedades Oncológicas**

Para ingresar al plan de tratamiento de enfermedades oncológicas, el afiliado titular deberá presentar ficha oncológica completa completada por el médico especialista, con el diagnostico certificado, fotocopia de anatomía patológica y/o estudios complementarios, todo ello ante Auditoria Medica, con el objeto de admitir al solicitante al plan.

Esta Obra Social reconocerá el cien por ciento 100% de cobertura en los tratamientos y controles de la enfermedad a los afiliados adheridos a este plan.

Los medicamentos específicos para la patología estarán cubiertos al cien por ciento 100% previa evaluación de auditoria farmacéutica de esta Obra Social.

Todo medicamento que sea requerido para los tratamientos con quimioterapia o radiación serán cubiertos según lo establecido en la Res. N°310/2004 MS y de las que el futuro la modifiquen o complementen.

Tendrán cobertura total en: Quimioterapia. Tratamientos radiantes.

Practicas medicas relacionadas con el diagnostico especifico o con el rastreo oncológico.

Prácticas de laboratorio relacionadas con el diagnostico especifico o con el rastreo.

Estudios genéticos, únicamente en los casos que estén debidamente justificados ante la auditoria médica y que modifiquen el tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

El médico tratante deberá actualizar semestralmente el plan terapéutico en la misma ficha oncológica donde incluirá las variantes según la evolución del paciente.

En el caso de que el paciente oncológico cursará otra patología se encuadrará dentro de las normas generales tanto para prácticas médicas de laboratorio o medicamentos.

### **E) Plan Trasplante de Órganos**

La Obra Social brindará una cobertura del cien por cien por ciento 100% para el trasplante de órganos, incluyendo su posterior tratamiento inmunosupresor y tratamiento coadyuvante, previa autorización del módulo correspondiente, según la presentación de al menos dos (2) presupuestos.

A los donantes se le brindará igual cobertura que brinda esta Obra Social a sus afiliados, así como el beneficio de derivación.

La falta de cumplimiento de los controles dará lugar a la pérdida del beneficio de cobertura total.

Los Medicamentos que se listan a continuación tendrán cobertura del cien por ciento 100% con autorización previa de la Auditoría Médica / Farmacéutica de esta Obra Social: Antihipertensivos. Vitaminas y minerales. Protectores gástricos. Eritropoyetina. Inmunosupresores. Corticoides. Antibióticos. Hipolimeniantes. Antivirales. Diuréticos

**Evaluación Pre-Trasplante:** se requerirá exámenes complementarios necesarios para inclusión en lista de espera de trasplante requerido por autoridad o centro competente, y siempre será con previa intervención de la Auditoría médica y con previa verificación de su carga en INCUCAI.

Todos los exámenes complementarios de seguimiento y tratamiento específicos para el caso de afiliados trasplantados serán siempre con la autorización previa de la Auditoría Médica/ Farmacéutica/ Bioquímica, según corresponda.

### **F) Plan Cobertura para Afiliados con Discapacidad**

Para acceder al plan de cobertura en discapacidad los afiliados deberán presentar ante la auditoría médica de esta Obra Social: Certificado único de discapacidad vigente. Resumen de historia clínica y copia de resultados de prácticas diagnósticas efectuadas por los médicos tratantes y específicas de la patología que generó la discapacidad.

Cumplimentado el punto anterior, la auditoría médica de esta Obra Social evaluará cada caso en particular, a los fines de adherir al afiliado solicitante a este plan.

Todo afiliado que esté incluido en este plan tendrá cobertura total en todas las prestaciones relacionadas con el diagnóstico obrante en el certificado único de discapacidad.

La actualización de la cobertura requerirá que el informe del medico tratante sea actualizado cada seis (6) meses.

### **G) Plan Cobertura para Afiliados con Celiaquía**

Esta Obra Social brindará cobertura a sus afiliados que presenten celiaquía y estén debidamente adheridos a este plan. La cobertura comprenderá la, seguimiento y tratamiento, incluyendo las harinas, premezclas u otros alimentos industrializados que requieren ser certificados en su condición libres de gluten cuyo monto se determinará conforme resolución actual del Honorable Consejo Deliberante N°159/2019 y actualizado su monto periódicamente conforme el índice de precios al consumidor oficial del INDEC emitido por resolución.

Los requisitos para adherirse al plan serán presentados por el afiliado titular a auditoria mecida de esta Obra Social a fin de comprobar la patología, los mismos son: Formulario completo por el médico tratante. Fotocopia de estudio de anatomía patológica.

A fin de acceder a los reintegros el afiliado deberá presentar mensualmente en Mesa de Entradas y Salidas de la obra social las facturas o tickets originales (o comprobante de la compra) donde conste nombre y peso del producto, importe unitario y total.

Las consultas y prácticas correspondientes a la patología serán previamente autorizadas por la auditoria médica de esta Obra Social a saber: Dos (2) consultas médicas anuales. Una (1) consulta nutricional de forma anual.

Durante los dos (2) primeros años plan dietario.

Laboratorio: Hemograma, Hepatograma, Proteínas totales, Albumina, Ionograma, Calcio, Fosforo, Vitamina, Vitamina B12, Ferremia, Transferrina, Siderofilina, capacidad de saturación, Creatinina, VSG, PCR, ASMA, Esteatocrito, DGP igA, DGP igG, TGA igA, TGA igG,

Una vez realizadas las verificaciones indicadas anteriormente la Dirección Provincial Operativa remitirá el expediente a las áreas pertinentes de la Caja para proceder al reintegro correspondiente.

### **H) Plan Cobertura en Obesidad**

Las prestaciones básicas esenciales para la cobertura de los afiliados adheridos a este plan se regirán conforme a la Res. N°742/09 MS.

Para ingresar al sistema es necesario presentar un informe médico – nutricional ante la Auditoria Médica de la obra social a fin de ser evaluados y corroborar su adhesión.

Los parámetros definidos son: Obesidad infantil y del adolescente con IMC igual o mayor al percentil 85 con complicaciones o IMC igual o mayor al percentil 95.

Adultos con IMC igual o mayor a 30 kg/m<sup>2</sup> con, al menos, una comorbilidad.

Cobertura en pacientes adultos con índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a treinta (30) con al menos una comorbilidad: Diabetes. Hipertensión arterial. Dislipemia. Insuficiencia respiratoria. Cáncer de mama postmenopáustica

Cobertura ambulatoria: Consulta diagnóstica por médico de primer nivel de atención. Interconsulta con licenciado en nutrición o médico especialista en nutrición. Interconsulta con médico con expertiz en obesidad.

Cobertura en seguimiento del tratamiento:

TRES (3) meses con cobertura del control y seguimiento por un profesional de la salud reconocido por autoridad competente y preferentemente de un equipo multidisciplinario hasta una vez por semana.

UNA (1) consulta mensual a partir del descenso de al menos el DIEZ POR CIENTO (10%) de su peso de inicio el paciente para el plan de mantenimiento.

Tratamiento farmacológico: estarán cubiertos con el setenta por ciento (70%):

ORLISTAT inhibidor de la absorción de grasas. SIBUTRAMINA – Anorexígeno.

Tratamientos quirúrgicos para índice de masa corporal igual o mayor a cuarenta (40) KG/M<sup>2</sup>.

Podrán acceder al tratamiento quirúrgico los pacientes que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

- a. Edad de VEINTIUNO (21) a SESENTA Y CINCO (65) años.
- b. Índice de Masa Corporal mayor de CUARENTA (40) kg/m<sup>2</sup>.
- c. Más de CINCO (5) años de padecimiento de obesidad no reductible demostrado mediante resumen de Historia Clínica de Centros donde haya sido evaluado en los últimos CINCO (5) años.
- d. Riesgo quirúrgico aceptable, es decir tener controlada las comorbilidades antes de la cirugía según escala ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Scale).
- e. Haber intentado otros métodos no quirúrgicos para control de la obesidad bajo supervisión médica, por lo menos por VEINTICUATRO (24) meses, sin éxito o con éxito inicial, pero volviendo a recuperar el peso perdido, estableciéndose como tratamiento a contactos de al menos UNA (1) vez por mes con equipo multidisciplinario durante los dos años previos en forma ininterrumpida.
- f. Aceptación y deseo del procedimiento, con compromiso de los requerimientos del mismo evaluado por el equipo multidisciplinario que valorará las expectativas que coloca el paciente en la intervención y evaluará el compromiso del paciente para sostener los cambios de estilo de vida asociados al by pass.
- g. No adicción a drogas ni alcohol evaluado por equipo multidisciplinario.

- h. Estabilidad psicológica.
- i. Comprensión clara del tratamiento y visión positiva del mismo.
- j. Consentimiento informado.
- k. Disposición completa para seguir las instrucciones del grupo multidisciplinario tratante.

Buena relación médico-paciente.

Toda la información recabada en los criterios de inclusión debe ser volcada en un resumen de historia clínica que avale la aptitud para efectuar la cirugía que debe ser firmado y sellado por: cirujano capacitado en cirugía bariátrica. médico con experiencia y capacitación en obesidad. Licenciado en nutrición y/o médico nutricionista. Especialista en Salud Mental (Psicólogo y/o médico psiquiatra).

En el caso de ser un paciente con alguna comorbilidad endocrina o psiquiátrica, el especialista de dichas áreas debe firmar junto al equipo antes citado el pedido de cirugía, confirmando la estabilidad del paciente.

Procedimientos Quirúrgicos con cobertura: Banda gástrica ajustable (BGA). By-pass gástrico.

Contraindicaciones para la Cirugía: Adicción a drogas o alcoholismo. Pacientes embarazadas, en lactancia. Insuficiencias de órganos o sistemas incompatibles con el riesgo anestesiológicos descrito con anterioridad.

Depresión severa, patología psiquiátrica con comportamiento autodestructivo.

Obesidad secundaria a otra patología ejemplo Sme de Cushing, acromegaglia, hipogonadismo, enfermedad hipotalámica.

Riesgo quirúrgico elevado.

No entender o no estar dispuesto a seguir correctamente el tratamiento.

No aceptar firmar el consentimiento escrito de la cirugía.

### **I) Plan Prevención**

El plan tiene como finalidad la prevención de cáncer de cuello de útero, cáncer de mamas y cáncer de próstata, asegurando una cobertura completa para facilitar los procesos de los mismos.

Las afiliadas que se encuentren comprendidas entre los quince (15) y setenta (70) años de edad recibirán cobertura anual del cien por ciento (100%) en:

Consulta ginecológica. Citología exfoliativa oncológica (PAP). Mamografía a afiliadas mayores de treinta y cuatro (34) años, o bien a edades menores siempre que se comprueben antecedentes de cáncer de mama familiar o personal, u otros factores de riesgo.

Los afiliados varones mayores de cincuenta (50) años de edad recibirán cobertura anual del cien por ciento (100%) en: Consulta urológica. Antígeno prostático específico (P.S.A).



## **J) Plan para Afiliados con Enfermedades con Enfermedades Crónicas**

El afiliado titular, con el objeto de adherirse o adherir a este plan deberá presentar ante esta Obra Social una planilla de paciente crónico, y/o en su caso, de medicamentos que emite este organismo, la cual deberá ser completada por el médico de cabecera o especialista y evaluadas por las áreas de auditoría correspondientes de esta Obra Social a fin de establecer su adherencia al plan.

Se les otorgará a los afiliados activos una cobertura del setenta (70%) sobre la medicación detallada por Res. 310/04 MS y sus posteriores modificaciones.

## **K) Enfermedad Renal Crónica en Diálisis y/o Trasplantado Renal**

Requisitos: Estar ingresados al sistema y Plan por auditoría médica.

Se reconocerá al cien por ciento (100%) a cargo de la Obra Social:

Antihipertensivos, Sulfametoxazol+ trimetoprima, Heparina, Heparinoides,

Soluciones fisiológicas, Soluciones de hidratación parenteral, Antiarrítmicos, Vasodilatadores, Antipiréticos, Vitaminas, Minerales, Calcio, Calcitriol, Vitaminas del complejo b, d y c., Ácido fólico, Hierro, Potasio, Eritropoyetina, Inmunosupresores, Corticoides, Protectores gástricos, Diuréticos, Hipolipemiantes, Factor estimulante de colonias de granulocitos

Trasplantados: la O. Social brinda la misma cobertura del 100% al donante hasta cumplidos los dos (2) años de realizado el trasplante: La falta de cumplimiento de los controles dará lugar a la pérdida del beneficio de cobertura.

## **L) Celiaquía**

Requisitos: Estar ingresados al sistema y Plan por auditoría médica.

## **M) Otras Coberturas**

1. Anticonceptivos: Según Resolución 310/2004 y sus modificatorias de la Superintendencia de Seguros de Salud de la Nación.

Una (1) caja por mes con recomendación de uso (diag. Z30-Z304)

Cobertura 100% para afiliadas de 14 a 50 años:

- ANTICONCEPTIVOS HORMONALES DE USO SISTEMICO con uso recomendado y según cobertura establecida por Resolución 310/2004 y sus modificatorias de la Superintendencia de Seguros de Salud de la Nación.

## **Parkinson**

Requisitos: Estar ingresados al sistema y Plan por auditoría médica. Resumen de historia clínica. Resumen de estudios que avalen la patología.

Cobertura: Setenta por ciento (70%).

## **Hepatitis B Y C**

Requisitos: Estar ingresados al sistema y Plan por auditoría médica.

Cobertura: Del cien por ciento (100%) en: Interferón RivaraBirina, Lamiduvina, Entecavir, Análogos nucleósidos, Sofosbuvir 400 mg y declastavir 60 mg.

#### **Artritis reumatoidea.**

Requisitos: Estar ingresados al sistema y Plan por auditoría médica. Resumen de historia clínica. Informe de estudios que avalen la patología. Presentación de la planilla para ser incluida en el plan control de progresión de la patología

Cobertura del cien por ciento (100%) en anticuerpos monoclonales.

#### **Hipopituitarismo/síndrome de Turner.**

Requisitos: Resumen de historia clínica Informe de estudios que avalen la patología (hormona liberadora de hormona de crecimiento más arginina).

Cobertura 100% hormona de crecimiento.

#### **Enfermedad de gaucher**

A su vez la Reglamentación en curso establece el marco de requerimientos y requisitos necesarios para regular a través de normas generales y particulares de cada practica incluida en el menú prestacional a ser brindado a los afiliados, constituyéndolos en la fuente base para controlar, no solo el correcto consumo de servicios de salud a brindar a sus beneficiarios, sino también en la documentación fuente de las distintas instancias de auditorías administrativas y médicas que le dan transparencia al sistema asegurador de la Caja. Dichas normas generales y operativas son estructuradas a partir de los siguientes requisitos a cumplir:

#### **A) Requisitos de la Orden Medica de Practica**

Prescripción Médica de Prácticas en Rp.

Las prácticas deben ser indicadas por los médicos prestadores.

Se aceptarán prácticas impresas por computadora siempre y cuando cuente con número de bono o transacción de la consulta médica que la origina y el sello y firma del profesional prescriptor en original.

No se aceptan fotocopias de prescripciones.

Datos que debe contener la práctica:

- Denominación de la entidad
- Nombre de profesional o institución
- Nombre, Apellido del afiliado y Número de afiliación (número de afiliado completo como figura en credencial magnética).
- Firma, aclaración y DNI del afiliado que fue atendido. En caso de personas impedidas de firmar lo podrá realizar la persona que lo acompañe acreditando el correspondiente vínculo.

- Para el caso de menores de edad podrán firmar conformidad de atención, sus dos padres indistintamente y/o tutor, durante el transcurso de las mismas debiendo aclarar las rubricas y el vínculo.
- El registro de asistencia donde consta la conformidad del afiliado, padres o tutor deberá contar con el detalle de las sesiones brindadas, indicando: fecha, horario y practica realizada.
- Dicha planilla deberá estar abalada por la firma y aclaración tanto del profesional tratante como del familiar o responsable del afiliado aclarando el vínculo, no se considera válida la sola firma del responsable de la institución.
- Las sesiones deberán ser rubricadas por día concurrido.
- Fecha de emisión de la prescripción.
- Firma y sello aclaratorio del profesional. (El sello es obligatorio aun figurando las recetas impresas con los datos del profesional).
- Diagnostico codificado y cantidad de sesiones solicitadas.

La validez de las prescripciones médicas dura hasta sesenta (60) días corridos a partir de la fecha de emisión inclusive.

#### **B) Normas de Auditoria Kinesica**

El prestador podrá realizar 6 UPK (unidad de producción kinésica) máximo por hora.

La cobertura es de 40 sesiones anuales por afiliado. En caso que el afiliado requiera un mayor número de sesiones, deberá presentar historia clínica del médico tratante, donde se documente progreso objetivo en la evolución ante la auditoria médica y/o kinésica de la obra social, quien podrá autorizar hasta 40 nuevas sesiones.

Los tratamientos fisiokinésicos en domicilio, tendrán una duración no menor a 60 minutos en neurología, los demás tratamientos fisiokinésicos en domicilio tendrán una duración no menor a 30 minutos.

En caso de realizar dos tratamientos distintos “en domicilio” para un mismo beneficiario se abonará un solo domicilio.

Se dará cobertura al 100% a cargo de la CSS en casos de necesidad de rehabilitación motriz, sensorial y/o psicomotriz, en postoperatorios traumatológicos con poli trauma grave, por treinta días hasta (25) sesiones de kinesiología y/o fisioterapia y en secuelas neurológicas por noventa días hasta (25) sesiones mensuales, con una duración no menor a 30 minutos

En caso que el mismo beneficiario, requiera un tratamiento neurológico y respiratorio se podrá facturar los dos códigos, siempre que el pedido medico sea prescripto individualmente.

No se podrá pedir para un mismo beneficiario tratamientos neurológicos y traumatológicos al mismo tiempo, ya que se superponen las terapias.

Los códigos y valores para las prácticas kinésicas serán estipuladas según la resolución vigente a tal fin.

La validez de la prescripción médica será de sesenta días (60) a partir del día de la emisión.

La facturación podrá ser presentada dentro de los sesenta (60) días de efectuada la práctica.

Requisitos del afiliado: Credencial magnética en vigencia junto con el DNI. Prescripción médica correspondiente.

El prestador presentará la factura mensualmente conjuntamente con los Rp. solicitando la práctica, respetando las normas vigentes de la AFIP, consignando todos los datos solicitados a máquina y/o computadora, en forma clara y con elementos que no sean posible de adulterar.

Adjunto deberá presentar detalle valorizado y codificado de lo facturado.

No se aceptará el agregado de documentación luego de presentada la facturación.

En los casos de consultas y prácticas ambulatorias de afiliados de Obras Sociales Adheridas a la Caja las mismas deberán ser facturadas bajo idénticas normas, en detalle separado e identificado.

Convenios de Reciprocidad (Interprovinciales): En el caso de consultas y prácticas ambulatorias de pacientes en calidad de Tránsito o Extraña Jurisdicción deberá presentarse indefectiblemente, junto con la historia clínica fotocopia de la correspondiente carta de presentación otorgada por su Obra Social de origen.

Comprobante válido emitido por el Sistema de Validación Provincial (SiVaP), con conformidad del afiliado (Firma, aclaración de firma, domicilio y número de documento de identidad el cual deberá ser exhibido por el afiliado).

Planilla de seguimiento diario conteniendo día, hora de atención y firma del titular y/o responsable en forma manual.

Importes totales y monto de coseguro/copagos a cargo del afiliado en el caso de corresponder.

Sello del Prestador médico actuante. Informe de práctica realizada para los casos ya estipulados.

Consulta de Totales emitida por SIVAP con las cantidades por practica/consulta efectuadas.

Soporte magnético. Este es un requisito indispensable caso contrario no se iniciará el correspondiente expediente (Adjunto).

La falta de presentación de cualquiera de la documentación antedicha producirá el débito parcial o total de la factura.

La facturación podrá ser presentada dentro de los sesenta (60) días de efectuada la consulta/practica.

Enmiendas

Las correcciones y enmiendas en la prescripción de la práctica deberán estar salvadas por el profesional y afiliado.

Si los datos del afiliado indicado en la prescripción constasen ilegible, incompleto, errado o enmendado, "el profesional" podrá salvarlo capturando los datos de la credencial y firmando y sellando al dorso.

El afiliado deberá firmar la conformidad.

Validación en línea:

Al validar la indicación debe cargar en el sistema de validación los mismos datos que se encuentran en la prescripción (del afiliado, prácticas, cantidades, matrícula del profesional prescriptor, etc.) a fin de evitar inconvenientes posteriores debido a la no coincidencia entre la validación en línea con la prescripción física.

Todas las indicaciones médicas deben validarse en línea y podrá efectuarse hasta un máximo de 72 horas hábiles posteriores a la realización de la práctica.

Toda transacción en línea aprobada, donde no se hizo efectiva la práctica, deberá ser ANULADA por “el profesional” para evitarle inconvenientes al afiliado en su próxima atención.

Ante cualquier inconveniente con la validación el profesional se podrá contactar a través de la Mesa de Ayuda del SiVaP por medio de los canales de contacto y en los días y horarios hábiles.

El profesional deberá validar las pre autorizaciones a través del sistema Si.Va.P, en el caso que la pre autorización sea superior a 5 sesiones, el kinesiólogo deberá validar la misma cada 5 sesiones.

Todas las hojas deberán ser firmadas por el beneficiario, tanto las de SiVaP como las de asistencia.

La autorización de la práctica kinésica se podrá validar 72 horas posteriores al comienzo de las sesiones.

Validación en línea:

No se podrá percibir arancel diferencial a excepción de los copagos prefijados.

Toda transacción efectuada y validada es pasible de débitos en la facturación subsiguiente, pudiendo ser revisadas en auditorías compartidas.

La pre Autorización emitida por el Sistema por parte del sector de auditorías tiene una validez de treinta (30) días corridos. La misma debe ser validada por Si.Va.P y remitida junto con la autorización al momento de presentar la documentación, caso contrario será debitada.

Inclusiones y exclusiones a la cobertura brindada por la entidad.

Toda práctica que se encuentre excluida de la cobertura o que no cuente con la autorización correspondiente, será realizada únicamente 100% a cargo del afiliado, quien presta su conformidad.

### **C) Normas Operativas de Odontología**

El afiliado deberá requerir al afiliado en la primera consulta:

Carnet y Documento de identidad. Bono para atención odontológica (primera consulta).

El profesional completará la ficha dental con los datos requeridos en ella, además consignará el mes al cual pertenece la ficha facturada, indicando el estado actual (Tratamientos realizados en rojo, a realizar con azul). Deberá

indicar la pieza tratada, ubicación de la lesión (mesial, distal, etc.); firma de la conformidad del paciente por trabajos realizados y firma de profesional.

**URGENCIA**, es toda prestación que no constituya un paso intermedio y/o final de tratamiento. Se debe establecer en todos los casos el diagnóstico correspondiente a la urgencia.

Operatoria Dental:

Las obturaciones deberán tener una duración mínima de dos (2) años. Durante ese lapso no se reconocerá repeticiones de las mismas, ni extracciones de la pieza dental tratada si esta es realizada por el mismo profesional.

Las obturaciones en piezas temporarias deberán tener una duración mínima de un año.

Cuando se obture por separado distintas fosas de la cara oclusal, se considera como una obturación simple, a excepción de los primeros molares superiores y primeros premolares inferiores que se reconocerán como dos obturaciones simples, si fuera necesario mantener el puente adamantino. No se reconocerán más de un (1) código por pieza, a excepción de las piezas anteriormente mencionadas.

Endodoncia: Todo tratamiento de endodoncia deberá acompañarse de las radiografías correspondientes. Los valores de las Rx. están incluidos dentro del valor de la práctica.

A efectos de reconocer todo tratamiento de endodoncia, deberá visualizarse en la Rx. post-operatoria la correcta preparación de los conductos radiculares y que el material radiopaco llegue hasta el límite cemento dentinario. En caso de no cumplirse ésta norma, la Auditoria Odontológica podrá solicitar al prestador los elementos de juicio que justifiquen el no cumplimiento de la misma, al solo efecto de su reconocimiento. No se reconocerán obturaciones intermedias, como tratamientos finales.

- Odontología preventiva:

Tartrectomía y cepillado mecánico. Se reconocerá cada doce (12) meses.

Topicación con flúor. Incluye el código 05.01. Se reconocerá cada 6 meses y hasta los trece (13) años de edad.

- Odontopediatría:

Consulta, fichado y motivación en menores de trece (13) años, no podrá presentarse con el código 01.01.07.04.00

Tratamiento pulpar en piezas temporarias, deberá presentarse con Rx Pre y Post operatoria.

Reducción de luxación con inmovilización dentaria.

En pacientes menores hasta los 13 años de edad inclusive, deberán ser facturados con un incremento del 10% del valor de nomenclador convencional.

- Periodoncia:

Consulta de estudio, diagnóstico, pronóstico periodontal, deberá presentarse con ficha periodontal.

Tratamiento de gingivitis marginal crónica. Incluye el código. Se reconocerá cada doce (12) meses.

Tratamiento de periodontitis leve y moderada, corresponde presentar con RX preoperatoria y ficha periodontal debidamente confeccionada. Se reconocerá por sectores, con un máximo de seis (6).

Tratamiento de periodontitis severa, corresponde presentar con RX preoperatoria y ficha periodontal debidamente confeccionada. Se reconocerá por sectores, con un máximo de seis (6).

Desgaste selectivo o armonización oclusal.

- Radiología:

Toda radiografía para su reconocimiento deberá presentarse en portapelículas de acetato, éstas deben estar correctamente procesadas (angulación, definición, centrado, contraste, revelado y fijado).

La falta de estos requisitos será causa suficiente para no reconocer la práctica o ser devuelta para su cumplimentación.

Se admite un máximo de seis (6), superada esa cantidad se facturará como código 09.01.04 o 09.01.05, según corresponda.

Radiografía oclusal.

Se reconocerán cuando la integran siete (7) películas.

Se reconocerán cuando la integran catorce (14) películas.

Cirugía bucal: Para su reconocimiento la Obra Social podrá solicitar la documentación que considere necesarias (historia clínica, radiografías, etc.)

Extracción dentaria. Plástica bucosinusal. Alveolectomía estabilizadora (seis zonas). Reimplante dentario inmediato al traumatismo. Incisión y drenaje de absceso por vía intrabucal. Extracción de dientes en retención ósea. Extracción de dientes con retención ósea o mucosa de elementos dentarios mal posicionados. Deberá presentarse Rx. pre y post quirúrgica.

Extracción de dientes en retención mucosa o extracción de restos radiculares en retención ósea o mucosa. Deberá presentarse con 2 Rx. Pre y post quirúrgica.

Germectomía, deberá presentarse para su reconocimiento con Rx. pre y post quirúrgica.

Apicectomía, deberá presentarse para su reconocimiento Rx. pre y post.-  
Frenectomía.

## **D) Normas de Facturación de Bioquímica**

### **1. Ambulatorios:**

Según resolución N°3712/18 con fecha 15 de mayo de 2018, se establecen los valores de las practicas bioquímicas, del Nomenclador Bioquímico Único (NBU) como sistema de nomenclatura.

Las practicas o determinaciones deberán ser indicadas por los médicos prestadores en recetario o impreso.

Las prescripciones impresas se aceptarán siempre y cuando cuenten con el número de transacción de la consulta médica que la origina, el sello y firma del profesional prescriptor en original; y en el caso que ésta presente para marcar opciones, se deberá aclarar las cantidades de prácticas solicitadas.

Las correcciones y enmiendas en la prescripción deberán ser salvadas por el profesional médico con firma y sello.

No se aceptarán fotocopias de prescripciones.

La validez de la prescripción médica es de sesenta (60) días a partir de la fecha de emisión e incluyendo la misma.

Toda prescripción deberá presentar los siguientes datos: Membrete: determinación de la entidad. Nombre y número de afiliado. Las practicas solicitadas. Diagnostico codificado. Fecha de emisión de la prescripción. Firma y sello, de puño y letra del profesional prescriptor. Cantidad de prácticas (si corresponde). Firma, aclaración, domicilio, teléfono y DNI del afiliado.

En caso de ser el adherente un menor, se deberá aclarar el vínculo. Para el caso de personas impedidas de firmar lo podrá realizar la persona que lo acompañe acreditando el vínculo correspondiente. Los afiliados titulares deberán dar conformidad, no pudiendo firmar otra persona salvo para el caso anteriormente descripto. Firma y sello del profesional efector.

Comprobante válido emitido por el Sistema de Validación Provincial (siVAP) con conformidad del afiliado (firma y aclaración, domicilio y teléfono).

La presentación del detalle a facturar debe contener:

- a. Importes totales, montos de coaseguro a cargo del afiliado, listado de afiliados discriminando las diferentes coberturas.
- b. Numero de orden, apellido, nombre y número de credencial del afiliado, diagnóstico y descripción de cada práctica por afiliado con su respectivo calor individual.
- c. Pre autorizaciones validas por siVAP, caso contrario serán debitadas las practicas asociadas.
- d. La pre autorización emitida por el sistema de dicho sector tiene una validez de treinta (30) días corridos.

### **2. Internación:**



Las ordenes deberán completarse con todos los datos referentes al afiliado, diagnóstico presuntivo, firma y sello del médico prescriptor, fecha de solicitud y de práctica, firma y sello del bioquímico, de puño y letra del profesional.

Las prácticas No Nomencladas reconocidas por la Obra Social deberán ser autorizadas abonando el coseguro correspondiente.

Las ordenes y resultados de los análisis realizados a pacientes internados, deberán estar sin excepción dentro de la Historia Clínica correspondiente y si así no fuera, serán debitados.

No podrá agregarse documentación de ningún tipo una vez presentada la facturación a CSS.

Se reconocerá el 100% de las prácticas Nomencladas.

No se podrán arancelar como urgentes aquellas prácticas solicitadas en UTI o UCE. Según apartados 40 y 41 del Nomenclador Nacional.

### **E) Normas Operativas de Farmacia**

Ámbito Geográfico de Aplicación: Provincia de Santa Cruz, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Caleta Olivia.

Descuentos: Sobre valores vigentes al día del expendio que figuran en el Manual Farmacéutico o Agenda Kairós.

Cobertura en farmacia según la categoría que ocupen como afiliado de ésta Obra Social, conforme la Res. 310/04 MS, modificada por la Res. 758/04 MS y por las que con posterioridad modifiquen o amplíen la presente. :

Afiliados en categoría de activos tendrán una cobertura del cincuenta por ciento (50%).

Afiliado en categoría de pasivos tendrán una cobertura del noventa por ciento (90%).

Afiliados en adheridos al plan materno infantil tendrán una cobertura del cien por ciento (100%). Será desde el periodo del embarazo, parto y hasta el primer mes, luego del nacimiento y atención del recién nacido hasta cumplidos los 12 meses de edad.

Tendrán cobertura del cien por ciento (100%).

Lactancia: con el objetivo de impulsar la lactancia materna no se brindará cobertura para la adquisición de leches maternizadas o de otro tipo, con excepción de casos en los que la lactancia estuviere contraindicada. Para estos casos se autorizarán cuatro (4) kilogramos por mes de leches maternizadas sin cargo hasta los seis (6) meses de vida.

Afiliados adheridos al plan crónicos tendrán una cobertura del setenta por ciento (70%) según resolución N°310.

Afiliados adheridos al plan oncológico tendrán una cobertura del cien por ciento (100%).

Afiliado con tratamiento contra el retrovirus humano tendrán una cobertura del cien por ciento (100%) según el Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus Humano, SIDA y ETS del MS.

Afiliados con Certificado Único de Discapacidad tendrán una cobertura del cien por ciento (100%) con previa vista y autorización de auditoría médica y farmacéutica de esta Obra Social.

Afiliados adheridos al plan de obesidad tendrán una cobertura del setenta por ciento (70%) en medicamentos específicos para el tratamiento de la obesidad, según Ley Nacional N°26.396 y posteriores modificaciones.

Afiliados adheridos al plan diabetes tendrá cobertura del cien por ciento (100%) de la medicación específica previo dictamen de la auditoría médica de ésta Obra Social. Para dar continuidad, el médico tratante deberá actualizar semestralmente el Plan Terapéutico con la ficha del tratamiento.

Afiliados adheridos al plan de reproducción medicamento asistida tendrán una cobertura del ochenta por ciento (80%) en medicación específica de acuerdo a la Ley 26.862 y posteriores modificaciones, siempre y cuando se incluya en el Plan Médico Obligatorio vigente al momento de la solicitud.

La cobertura para leche medicamentosa tendrá la cobertura de acuerdo a lo previsto en la Ley N°27.305 y sus posteriores modificatorias.

La cobertura para afiliado adheridos al plan de enfermos renales crónicos en diálisis y/o trasplantados renales, tendrán cobertura en medicación específica en un cien por ciento (100%).

La cobertura para afiliado adheridos al plan diabéticos tendrá una cobertura del cien por ciento (100%) en insulina y jeringas con autorización previa de auditoría médica y auditoría farmacéutica, antidiabéticos orales en un setenta por ciento (70%) y cuatrocientas (400) tirillas reactivas anales con autorización previa de auditoría médica y de auditoría farmacéutica.

Los afiliados comprendidos en el artículo 18 tendrán la cobertura del cien por ciento (100%) en tratamientos hormonales.

## **F) Requisitos de la Receta Validos para todos los Planes y Categorías**

Recetario del profesional según normas del Sistema de Validación Provincial o Recetario con membrete impreso o sello identificatorio en caso de Centros de Atención, Instituciones, emergencias, Sanatorios u Hospitales.

En caso de guardia se debe prescribir sólo tamaño pequeño, los psicotrópicos sólo inyectables y se deberá dejar constancia que fue atendido por guardia.

Se aceptarán recetarios pre impresos por computadora siempre y cuando el sello y firma del profesional prescriptor sea original.

No se aceptan fotocopias de recetas.

Datos contenidos en la receta: Denominación de la entidad. Nombre del profesional o institución. Nombre, apellido y número de afiliación completo tal como figura en la credencial. Fecha de emisión de la receta. Firma y sello aclaratorio del profesional (el sello es obligatorio aun figurando en las recetas impresas con los datos del profesional).

Los datos manuscritos por el profesional deberán presentar la misma tinta, tanto en la prescripción como en la firma y deben ser legibles.

Detalle de los medicamentos prescritos por nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unida, con detalle del grado de concentración. Cantidad en número y letras. puede sugerir marca comercial.

Para asociaciones de tres o más monodrogas el prescriptor deberá especificar aquellas claves para la identificación de la correcta medicación por parte de la farmacia.

Validez de la receta para la venta; treinta (30) días corridos a partir de la fecha de emisión e incluyendo la misma.

Validez de la receta para la presentación; sesenta (60) días corridos a partir de la fecha de venta inclusive.

Validez de la receta para la refacturación; treinta (30) días corridos a partir de haber recibido la liquidación. Los débitos no son refacturables, salvo errores inherentes a la auditoria.

La cantidad máxima de medicamentos y de envases por receta en tratamiento normal: hasta tres (3) medicamentos distintos por receta y hasta uno (1) en base grande o dos (2) envases chicos por región.

### **Contenidos máximos de cada medicamento según su tamaño**

Tamaño especificado: lo requerido en la receta.

Tamaño no especificado: vender la menor presentación.

Especificación "grande" vender la presentación siguiente a la de menor tamaño.

Enmiendas en las recetas: Las correcciones y enmiendas en la prescripción de la receta deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma. No se aceptarán recetas cuya caligrafía y/o tinta de la prescripción se perciban adulteradas y no se encuentren salvadas por el médico. Las correcciones y enmiendas en la dispensa de la receta deberán estar salvadas por el profesional farmacéutico con su sello y firma y conforme del afiliado. Si el número de credencial del afiliado indicado en la receta constara ilegible, incompleto, errado o enmendado, la farmacia podrá salvarlo, capturando los datos de la credencial y firmando y sellando al dorso. El afiliado deberá firmarla conformidad.

En todos los casos el afiliado para adquirir productos de farmacia comprendida en la presente, deberá acreditar su condición de afiliado mediante la presentación de:

Credencial de afiliado en vigencia. Receta. Autorizaciones

- **Validación en línea**

- a. Todas las recetas deben validarse en línea.
- b. Deberá tener presente que al validar la receta se debe cargar en el sistema de validación los mismos datos que se encuentran en la receta (afiliado, productos, cantidades, matrícula del profesional prescriptor, fechas, etc.) a fin de evitar inconvenientes posteriores debido a la no coincidencia de la validación en línea con la receta física.
- c. Toda transacción en línea aprobada, donde no se hizo efectiva la dispensa de un medicamento, deberá ser cancelada por la farmacia para evitarle inconvenientes al afiliado en su próxima compra.
- d. Antes de rechazar cualquier receta, se deberá llamar a la Obra Social a través de los canales de contacto habituales.
- e. En los casos en que el número de afiliado de la obra social no se encuentre incluido en el padrón vigente al momento de la venta, se deberá comunicar con la delegación o la central.

2. **Requisitos de conformidad para el expendio**

La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente

Pegar con adhesivo o con cinta adhesiva transparente el troquel con su código de barras o la solapa identificativa (únicamente que el producto no posea troquel) de cada uno de los productos vendidos, en el mismo orden en que fueron prescritos.

Si el producto no tuviera troquel, colocar la sigla S/T, colocar la solapa y hacer firmar el conforme del afiliado.

El farmacéutico es el único responsable y capacitado para la debida dispensa de especialidades farmacéuticas, como así también para su sustitución. En este último caso deberá suscribir la autorización de sustitución en la prescripción por el afiliado.

Adjuntar la receta copia de ticket fiscal o factura, conteniendo: Fecha de dispensación. Detalle de los medicamentos entregados.

Cantidades entregadas de cada medicamento prescripto.

Firma, aclaración de firma y numero de documento de identidad (el cual deberá ser exhibido) de la persona que retira la receta, parentesco y número de teléfono. En el supuesto que se verifique que los datos de identificación del comprador o se ajusten a la realidad, la CSS se reserva el derecho a debitar las prestaciones objetadas aun cuando éstas hayan sido previamente abonadas.

Las transacciones deberán presentarse con el ticket original de la aprobación de Sistema de Validación en Línea.

## **G) EXCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA OBRA SOCIAL**

Todo medicamento que se encuentre excluido de la cobertura podrá ser dispensado únicamente con una autorización de la obra social.

La receta al momento de la presentación deberá contar con la respectiva autorización de la Auditoría Médica y/o farmacéutica, para lo cual previamente el afiliado deberá presentar toda la documentación requerida en referencia a su patología, definiéndose, en ese sector el porcentaje de cobertura.

### **Exclusiones generales**

Medicación homeopática. Terapias alternativas. Medicina ortomolecular. Productos dietéticos. Productos cosméticos. Productos de venta libre. Antisépticos y colutorios odontológicos. Pastas dentales. Placas radiográficas. Antialopécicos. Pediculicidas. Material descartable. Protectores solares. Shampoo. Jabones. Anticelulíticos. Cremas con Vitamina A + alatonina. Medicación con ginseng. Tratamiento esclerosante de varices. Suplementos dietarios. Material de curaciones. Anorexígenos. Medicación para tabaquismo.

Medicación para la disfunción eréctil. Medicación con ginkgo biloba. Medicación biológica. Inhibidores de necrosis tumoral. Enoxaparina. Heparina de bajo peso molecular. Anestésicos. Antiacnéicos tópicos o comprimidos. Anealgésicos opiáceos. Eritropoyetina. Preparaciones magistrales. Aminoterapia. Diclofenac+ Misoprostol. Ácido hialurónico.

## **H) Requisitos Generales para acceder a la Coberturas en Farmacia**

### **PLAN ONCOLOGICO**

Requisitos: Fotocopia de anatomía patología que avale la patología. Planilla de ingreso al plan oncológico debidamente completa. Protocolo de tratamiento.

Detalle de cobertura: Medicación citostática. Antieméticos (mientras dure la quimioterapia). Corticoides. Protectores gástricos/antiácidos (mientras dure la quimioterapia). Analgésicos de acción central. Hormonoterapia. Factores estimulantes de granulocitos. Interferon. Soluciones fisiológicas y dextrosadas necesarias para la infusión de las drogas específicas.

En cáncer de tiroides además: Calcitriol. Lvtiroxina. Magnesio. Iodo. Vitamina D

Sustancias de contraste y radioisótopos para prácticas de diagnóstico por imágenes.

Suplementos dietarios en polvo con planilla dieto-terapéutico al cien por ciento (100%) si la patología es de tracto digestivo, de lo contrario al descuento habitual.

Crema durante la radioterapia, esta tendrá cobertura total según expendio emitido por médico tratante.

### **TRATAMIENTO CONTRA EL RETROVIRUS HUMANO**

Requisitos: Síntesis de historia clínica. Fotocopias de estudios que avalen la patología.

Planilla de ingreso al plan HIV. Protocolo de tratamiento.

Cobertura del cien por ciento (100%) con previa autorización de Auditoría Médica y/o Farmacéutica.

### **COBERTURA EN DISCAPACIDAD**

Requisitos: Presentación del Certificado Único de Discapacidad. Resumen de historia clínica e informe de estudios que avalen la patología. Resumen de historia clínica e informe de estudios que avalen la patología. Detalle de cobertura

Cobertura del cien por ciento atribuye a la patología de Certificado Único de Discapacidad.

### **COBERTURA EN OBESIDAD.**

Requisitos: Presentación de la planilla de ingreso al plan de obesidad. Resumen de historia clínica donde consten las comorbilidades, peso, talla e IMC.

Medicamentos específicos, para el tratamiento de la obesidad, será del setenta por ciento (70%) según Ley Nacional N°26.396 y modificatorias subsiguientes a cargo de la obra social, con control de la evolución del tratamiento y control de auditoría médica y farmacéutica.

Medicación en internación en las delegaciones: los recetarios deberán llevar la autorización correspondiente.

### **COBERTURA EN DIABETES**

Requisitos: Presentación de la planilla para ser incluida en el Plan Diabetes. Resumen de historia clínica e informe de estudios que avalen la patología. Resumen de historia clínica.

Criterios de inclusión

Glucemia basal en plasma venoso  $\geq 126$  mg/dl (7 mmol/l). Debe realizarse una segunda determinación en un día diferente para confirmar el diagnóstico.

Síntomas típicos de diabetes y glucemia al azar  $\geq 200$  mg/dl (11,1 mmol/l). No es necesaria una segunda determinación.

Glucemia a las 2 horas de la SOG con 75 g de glucosa  $\geq$  200 mg/dl (11,1 mmol/l).

Cobertura 100% con autorización desde Auditoría Médica / Farmacia, acorde a la normativa nacional en vigencia.

### **ESCLEROSIS MULTIPLE- ENFERMEDADES DESMINERALIZANTES**

Requisitos: Estar ingresado debidamente al plan por Auditoria Médica. Presentar estudios que avalen la patología. Se reconocerá el cien por ciento (100%) de la medicación específica previo dictamen de la auditoria médica de la Obra Social.

Para dar continuidad el médico tratante deberá actualizar semestralmente el Plan Terapéutico con la ficha de tratamiento.

### **FERTILIZACION ASISTIDA**

Requisitos: Completar ficha de ingreso al plan de infertilidad. Presentar estudios que avalen la infertilidad. Presentar documentación que avale la unión convivencia o matrimonio.

Cobertura: Será del ochenta por ciento (80%) en la medicación necesaria para la inducción a la ovulación. Será del ochenta por ciento (80%) en la medicación necesaria para la inyección intra-citoplasmática de espermatozoides.

### **PLAN MATERNO INFANTIL**

Requisitos: Certificado médico que avale el embarazo

Monodrogas que deberán contener medicamentos para ser cubiertos al cien por ciento (100%). Mamá, Hioscina, Hierro+vit.b12+fólico,ác+asoc. Isoxuprina. Demperidona. Metoclopramida. Ritodrine. Vit+minerales (prenatal). Nifedipina. Progesterona. Alfa-metildopa. Betametasona de depósito. Inmunoglobinas anti RH: deberán presentar análisis del grupo sanguíneo de ambos padres, certificado del profesional (obstetra) donde figuren las semanas de embarazo) y fecha probable de parto cobertura al 100%

Antiromboticos: heparinas de bajo peso molecular en embarazos de alto riesgo por antecedentes de dos (2) o más abortos o síndrome antifosfolipidico confirmado por laboratorio. El médico deberá llenar la planilla y adjuntar los laboratorios.

Lactante: vitamina A, C, D, hierro y flúor.

Lactancia: con el objetivo de impulsar la lactancia materna no se brindará cobertura para la adquisición de leches maternizadas o de otro tipo, con excepción de casos en los que la lactancia estuviere contraindicada.

Para estos casos se autorizarán (4) kilogramos por mes de leches maternizadas sin cargo hasta los seis (6) meses de vida.

## **LECHE MEDICAMENTOSA**

En consonancia con la Ley N°27.305 esta Obra Social brindará la cobertura habitual, para cualquier paciente, sin límite de edad, que presente la correspondiente prescripción de médico especialista que así lo indique. Se autorizarán 4 kg mensuales por afiliado.

## **PLAN ENFERMEDADES CRONICAS**

Requisitos: Presentación de la planilla para ser incluida en el plan Crónicos. Resumen de historia clínica. Informe de estudios que avalen la patología. Planilla con la medicación requerida con dosis y tiempo de tratamiento.

Listado Enfermedades contempladas como crónicas según Resolución 310/2004 de Ministerio de Salud de la Nación y modificatorias, con cobertura en medicación del setenta por ciento (70%) a cargo de la Obra Social:

## **AFILIADOS CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN DIALISIS Y/O TRANSPLANTADO RENAL.**

Requisitos: Estar debidamente ingresado al Plan por auditoria medica con previa presentación de estudios médicos que avalen la enfermedad.

Se reconocerá al cien por ciento (100%) a cargo de la Obra Social: Antihipertensivos. Sulfametoxazol+ trimetoprima. Heparina. Heparinoides. Soluciones fisiológicas. Soluciones de hidratación parenteral. Antiarrítmicos. Vasodilatadores. Antipiréticos. Vitaminas y minerales. Calcio. Calcitriol. Vitaminas del complejo b, d y c. Ácido fólico. Hierro. Potasio. Eritropoyetina. Inmunosupresores. Corticoides. Protectores gástricos. Diuréticos. Hipolipemiantes. Factor estimulante de colonias de granulocitos. Hormona de crecimiento

En transplantados ésta Obra Social brindará la misma cobertura del cien por ciento (100%) al donante hasta cumplido los dos (2) años de realizado el trasplante. La falta de cumplimiento de los controles dará lugar a la pérdida del beneficio de cobertura.

## **CELIAQUIA**

Requisitos: Estar debidamente ingresado al sistema y plan por auditoria médica.

## **OTRAS COBERTURAS**

**Anticonceptivos** Según Resolución 310/2004 y sus modificatorias de la Superintendencia de Seguros de Salud de la Nación.

Requisitos: Una (1) caja por mes con recomendación de uso (diag. Z30-Z304).

Cobertura 100% para afiliadas de 14 a 50 años:



ANTICONCEPTIVOS HORMONALES DE USO SISTEMICO con uso recomendado y según cobertura establecida por Resolución 310/2004 y sus modificatorias de la Superintendencia de Seguros de Salud de la Nación

### **Parkinson**

Requisitos: Estar ingresados al sistema y Plan por auditoría médica. Resumen de historia clínica. Informe de estudios que avalen la patología. La cobertura será del setenta por ciento. Piribedilen a pacientes refractarios a la levo-dopa.

### **Hepatitis B y C**

Requisitos: Estar ingresados al sistema y Plan por auditoría médica. Tendrán cobertura del cien por ciento (100%): Interferón RivaraBirina.Lamiduvina.

Entecavir. Análogos nucleósidos. Sofosbuvir 400 mg y Daclatasvir 60 mg.

### **Artritis reumatoidea**

Requisitos: Estar ingresados al sistema y Plan por auditoría médica. Resumen de historia clínica. Informe de estudios que avalen la patología.

Presentación de la planilla para ser incluida en el plan control de progresión de la patología.

Tendrán la cobertura del cien por ciento (100%): Anticuerpos monoclonales.

### **Hipotuitarismo/síndrome de Turner.**

Requisitos: Resumen de historia clínica Informe de estudios que avalen la patología (hormona liberadora de hormona de crecimiento más arginina).

Tendrán la cobertura del cien por ciento (100%): Hormona del crecimiento.

### **Enfermedad de gaucher**

Requisitos: Estar ingresados al sistema y Plan EPF por auditoría médica. Tendrán la cobertura del cien por ciento (100%). Imiglucerasa.

### **Vacunas**

Las vacunas obligatorias que correspondan al Plan Nacional de Vacunación vigente serán colocadas en forma gratuita en Hospitales y Centros de Salud. El resto de las vacunas se autorizan con descuento habitual previsto por la CSS, según esquemas correspondientes y autorizados por la Auditoría Médica y Farmacéutica.

### **Vacunas para alergia**

Por tratarse de preparados magistrales que se administran por distintas vías, dosis y duración de tratamiento, se encuentran FUERA DE COBERTURA.

### **Miastenia gravis**

Requisitos: Estar ingresados al sistema y Plan por auditoría médica.

Tendrá la cobertura del cien por ciento (100%): Piridostigmina.

### **Hemofilia**

Requisitos: Resumen de historia clínica. Informe de estudios que avalen la patología (dosaje del nivel plasmático de FVIII/FIX). Tendrán la cobertura del cien por ciento (100%). Coagulación: factor VIII y anti hemofílicos.

Otro capítulo fundamental para regulación y control del gasto en que deberá incurrir la Caja es que establece el marco de autorización de derivaciones relacionado a la cobertura asistencial a brindar al afiliado, las cuales se deberán contemplar los siguientes atributos para su aprobación:

#### **A) Atributos Generales**

Se reconocerá el beneficio de derivación a aquellos afiliados que posean patologías que excedan el poder de resolución en el lugar de residencia y según dictamen de junta médica.

Esta Obra Social no autorizará derivaciones para casos en que las practicas o patologías solicitadas se encuentren fuera de cobertura por la presente.

En el caso de derivados fuera de la Provincia de Santa Cruz, esta Obra Social se hará cargo de los gastos de asistencia médica de forma total durante la internación. En ambulatorio la cobertura quedará sometida a la cobertura habitual que se establece en la presente.

Para las derivaciones que requieran traslados en ambulancia se solicitará el pedido médico, certificado médico y/o junta médica.

En caso de derivación, la cobertura de los pasajes de la derivación será por vía terrestre o aérea, según las circunstancias específicas de cada caso en particular. Las derivaciones se limitarán a los siguientes destinos a saber: Rio Gallegos, Localidades de la Provincia de Santa Cruz, Comodoro Rivadavia y Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En el caso de derivaciones ambulatorias donde los turnos efectuados sean cancelados o exista inasistencia no justificada por parte del afiliado, se suspende el beneficio de derivación. No obstante, de contar con la justificación medica correspondiente, se continuará con el circuito administrativo de la derivación con previas actualizaciones si las necesitara para volver a ser evaluada.

## **B) Derivaciones Programadas**

Se deberá remitir a la casa central de esta Obra Social el formulario de derivación del afiliado debidamente completado.

Una vez autorizada la derivación se comunicará a la respectiva delegación indicando fecha y lugar de presentación del afiliado para su atención.

Las derivaciones médicas programadas regionales, tendrán cobertura dentro del ámbito de la provincia de Santa Cruz y Comodoro Rivadavia mediante requerimiento y previa autorización.

Las derivaciones médicas programadas deben solicitarse sólo en casos en los que no haya en la zona de residencia un prestador o especialista en el padrón con la complejidad requerida para la práctica o consulta solicitada.

De no existir prestador en zona, pero si un prestador regional (Comodoro Rivadavia) la delegación deberá coordinar los turnos, el traslado y alojamiento, una vez recibida la autorización del sector correspondiente.

La firma del afiliado/ titular en el Acta de Derivación implica conocimiento y conformidad de las condiciones del servicio de derivación.

La auditoría médica de esta Obra Social, auditará todos los pedidos médicos de interconsultas y/o practicas a derivar, en la primera y ulteriores oportunidades por lo que cada delegación deberá resguardar y archivar todo certificado médico o resultado de estudio complementario presentado por el afiliado a tal fin.

La auditoría médica de esta Obra Social auditará todas las permanencias de los afiliados en los distintos puntos de derivación que superen los siete (7) días de estadía.

Cuando las derivaciones programadas sean para cirugía programada, tanto dentro como fuera de la Provincia, previo a la fecha de derivación deberá remitirse a auditoria médica de esta obra social el correspondiente certificado de apto de salud clínico o pediátrico según corresponda.

## **C) Derivaciones Urgentes**

Para aquellas derivaciones que por su patología deban realizarse con carácter urgente, la solicitud se canalizará a través de la Delegación correspondiente solicitando ésta la debida autorización a Nivel Central.

De no ser factible la comunicación y autorización en tiempo y forma, se deberá regularizar la documentación correspondiente dentro de las próximas 24 horas, sin excepción y remitida a Nivel Central.

Para aquellas derivaciones en que, por la gravedad de la patología, el afiliado se encontrare imposibilitado, o estuviera contraindicado el traslado en vuelo comercial, la Obra Social arbitrará los medios necesarios para el traslado en vuelo sanitario.

Todos los TAS (Traslados Aéreos Sanitarios), deben contar con previa autorización de la Auditoria Médica, adjuntado el formulario de derivación en TAS

destinado a tal fin, para luego ser coordinados administrativamente por la Dirección Central de Coordinación de Derivaciones.

#### **D) Derivaciones Prolongadas**

En caso de derivaciones que superaran los ciento ochenta (180) días, la Caja de Servicios Sociales, previa evaluación de historia clínica del afiliado derivado e informe socio-económico y evaluación técnica de cada situación en particular, que refleje la imposibilidad de radicación del afiliado en el lugar de tratamiento, esta obra social realizara la transferencia del informe y la documentación medica correspondiente a la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaría de Abordaje Territorial para la gestión. Por tanto, esta Obra Social sólo reconocerá sobrepasándose este lapso las coberturas médicas, no obstante, toda cuestión referente a gastos específicos de abordajes será remitidos al área pertinente.

#### **E) Derivaciones para Controles Post-Operatorios (POP)**

Se autorizará el primer control POP.

Segundo control POP, se autorizará sólo de corresponder y con previa solicitud medica correspondiente.

Tercer control POP se autorizará solo en los casos en que esté debidamente justificado y solicitado medicamento como así también autorizado por el sector de auditoria medica de esta obra social.

Para los indicados en los puntos anteriores se deberá presentar resumen de historia clínica, la que deberá incluir copia de protocolos quirúrgicos y resultados de exámenes complementarios. El afiliado tiene el derecho y obligación de contar con la misma por lo cual no debe omitir solicitar la misma, mientras se encuentra derivado, a la Institución en la que fue asistido.

Esta copia de historia clínica será remitida a auditoria auditoría médica de la Caja, quien, junto a su médico derivador, definirán controles y seguimiento futuro.

#### **F) Auto-Derivados**

Dentro de la Provincia la asistencia será como afiliado residente.

Los afiliados auto-derivados podrán atenderse en los centros que esta Obra Social tiene convenidos a tal fin, pero no gozarán de los beneficios sociales. sólo se reconocerán la asistencia médica.

En los casos que el afiliado se atendiera en algún servicio o institución que no tenga convenio con esta Obra Social, ésta no se hará responsable de los cargos, ni de los resultados que emergieran de la misma.

Sólo en los casos debidamente y expresamente justificados, mediante certificado médico, ésta Obra Social reconocerá los gastos de combustible, que

en ningún caso podrán exceder al equivalente a un pasaje por vía terrestre al destino al que el afiliado se hizo atender. De no contar con justificación médica, esta Obra Social no reconocerá bajo ningún punto el reintegro.

### **G) Servicios Especiales**

Esta Obra Social reconocerá la cobertura en pasajes y alojamiento de los acompañantes de los afiliados derivados con motivo de acompañamiento y asistencia.

Se reconocerá el cien por ciento (100%) en pasaje y alojamiento de un primer acompañante en los siguientes casos:

Derivados menores de dieciocho 18 años de edad, siempre y cuando no se encuentren emancipados.

Afiliados que cuenten con Certificado Único de Discapacidad vigente.

Afiliados a partir de los sesenta y cinco (65) años de edad.

Derivados para PET, los cuatro primeros controles. Luego del alta, toda vez que sea indicada una tomografía, en pacientes con diagnóstico oncológico certificado.

Derivados para tratamientos prolongados, en pacientes con diagnóstico oncológico certificado.

Se reconocerá el cien por ciento (100%) en pasaje y alojamiento de un segundo acompañante en los siguientes casos:

En menores de hasta los trece (13) años de edad por internación. Para casos de control o estudios se reconocerá un solo acompañante.

Para los casos en que la madre del derivado sea una persona menor de edad (18 años) deberá contar con el acompañamiento de un familiar mayor directo, quien contará con la cobertura del cien por ciento (100%).

Personas menores de dieciocho 18 años o mayores de sesenta y cinco (65) años que debieran ser internadas.

Si fuere por casos de control o estudios, regirá la cobertura de un segundo acompañante, según previa evaluación y autorización de auditoría médica.

Para los casos de control o estudios, de afiliados que cuenten con Certificado Único de Discapacidad, regirá la cobertura de un segundo acompañante, según previa evaluación y autorización de auditoría médica.

Si se autorizó un solo acompañante y luego debe el afiliado derivado tuviese que ser sometido a internación, una vez que se encontrare en el lugar de asistencia médica, auditoría médica de esta Obra Social podrá autorizar otro acompañante.

En todos los casos los acompañantes deberán cumplimentar ciertos requisitos para verificar la aptitud: Copia de Documento Nacional de Identidad. Sólo se contemplará como acompañantes a personas sin impedimentos físicos

o psicológicos. Presentar un Informe médico donde conste la buena salud del mismo. Tener entre dieciocho (18) y sesenta y cinco (65) años de edad. En ningún caso esta Obra Autorizará como acompañante a una mujer embarazada.

El afiliado derivado y el acompañante deberán firmar en conformidad y aceptación toda acta y formulario que esta Obra Social requiera a tal fin.

Para los casos en que se solicite ampliar la cobertura, las autoridades de este Organismo podrán contemplar cada caso en particular, y autorizar las solicitudes, siempre y cuando se presenten los siguientes requisitos: Nota de solicitud escrita, dirigida a la autoridad, fundando los motivos de la ampliación de cobertura. En los casos en que el solicitante no sepa leer y escribir, en su caso deberá, un familiar directo con vínculo acreditado, realizarlo por él. Solicitar informe socio ambiental a Asistencia Social de esta Obra Social, donde será requisito ineludible a los efectos de evaluar cada caso en particular, que cuente con la documentación que acredite las manifestaciones vertidas por los entrevistados. Nota de extensión de cobertura por excepción.

En cuanto al gasto de bolsillo en que los afiliados pudieren incurrir por pago de prestaciones médicas, la actual Reglamentación requiere se cumplan los siguientes requerimientos para su reintegro.

Todos los reintegros independientemente del tipo que sea, deben ser iniciados por el afiliado titular quien tendrá que tener todos los datos actualizados (nombre y apellido, N° de Credencial, domicilio actual, teléfono y/o email) deberá presentarse por Mesa de entradas y Salidas de la CSS, con nota de solicitud de reintegros.

Todo reintegro procederá siempre y cuando se hubieren utilizado los servicios de nuestros prestadores que tienen convenio con esta Obra Social.

Una vez cumplimentada la documentación, quedará sujeto a evaluación por el sector correspondiente.

Los tickets/facturas tienen una validez de 30 días una vez generados.

Todo reintegro se hará a valores CSS.

El Afiliado podrá acceder al beneficio de reintegro en caso de:

**Urgencias:** Cuando la atención se haya realizado en un servicio no contratado por la Obra Social, y sólo si el Afiliado hubiere cumplimentado el requisito de denuncia dentro de las cuarenta y ocho (48) horas hábiles siguientes, mediante cualquier documentación fehaciente (telegrama, fax, etc.). Cabe aclarar, que el beneficio de reintegro procederá siempre y cuando el afiliado hubiere cumplimentado el requisito de carnet en Tránsito.

La documentación a presentar será: Nota de solicitud de reintegro de reintegro del afiliado donde se explique los motivos de la atención, y toda aquella información que se considere de importancia a tener en cuenta al momento de evaluar el mismo. Resumen o copia de H.C en caso de internación. Factura Original a nombre del Afiliado, no de la Obra Social.

En el caso de Estudios Médicos presentar prescripción y resultados de los mismos.

Medicamentos: En caso de los reintegros por medicamentos se reconocerá los porcentajes a valores Kairós que la Obra Social tenga dispuestos para afiliados activos y pasivos o del plan con que cuenten, siempre que se presentare prescripción médica y factura y/o ticket que cumpla con los requisitos establecidos por la Administración General de Ingresos Públicos (AFIP).

La documentación a presentar será: Nota de solicitud de reintegro del afiliado donde se explique el motivo de la solicitud y toda información que se considere de importancia a tener en cuenta al momento de evaluar el mismo. Nota de solicitud de reintegro (duplicada). Ticket/factura original y constancia de AFIP. Troqueles. Prescripción médica original. Carta de presentación/tránsito (si corresponde) se dará curso al reintegro, sólo si la farmacia es prestadora de la CSS, sin excepción.

Vacunas. La documentación a presentar será: Nota de solicitud de reintegro del afiliado donde se explique el motivo de la solicitud y toda información que se considere de importancia a tener en cuenta al momento de evaluar el mismo. Ticket/factura (original- constancia AFIP). Pedido médico (original). Listado de alérgenos.

Productos celiacos. La documentación a presentar será: Nota de solicitud de reintegro del afiliado donde se explique el motivo de la solicitud y toda información que se considere de importancia a tener en cuenta al momento de evaluar el mismo. Deberá estar incluido dentro del Plan de Cobertura Asistencial al Celiaco. Ticket/factura (original-constancia AFIP).

Consulta y estudios médicos: En el caso de que los servicios e encuentren cortados para la obra social el afiliado podrá solicitar el reintegro. La documentación a presentar será:

Nota de solicitud de reintegro del afiliado donde se explique el motivo de la solicitud y toda información que se considere de importancia a tener en cuenta al momento de evaluar el mismo. Pedido médico original. Informe médico/estudios. Debe haber sido atendido con Medico Prestador de esta CSS.

Factura original-constancia de AFIP.

Internación (cirugías). La documentación a presentar será: Nota de solicitud de reintegro del afiliado donde se explique el motivo de la solicitud y toda información que se considere de importancia a tener en cuenta al momento de evaluar el mismo. Factura original- constancia de AFIP. Copia de informe. Copia de historia clínica. Hoja de epicrisis.

Ortopédicos. La documentación a presentar será:

Nota de solicitud de reintegro del afiliado donde se explique el motivo de la solicitud y toda información que se considere de importancia a tener en cuenta al momento de evaluar el mismo. Pedido médico. Ticket/factura original-constancia de AFIP. Carta de presentación/tránsito si correspondiere.

Práctica autorizada por CSS.

Pasajes. La documentación a presentar será:

Nota de solicitud de reintegro del afiliado donde se explique el motivo de la solicitud y toda información que se considere de importancia a tener en cuenta al momento de evaluar el mismo. Ticket de vuelo original. Copia de acta de derivación.

Combustible. La documentación a presentar será: Nota de solicitud de reintegro del afiliado donde se explique el motivo de la solicitud y toda información que se considere de importancia a tener en cuenta al momento de evaluar el mismo. Ticket/factura original. Copia de acta de derivación. Indicación médica que justifique el traslado mediante vehículo particular.

Terapias auxiliares. Aplica al apartado de prevención de salud mental La documentación a presentar será: Nota de solicitud de reintegro del afiliado donde se explique el motivo de la solicitud y toda información que se considere de importancia a tener en cuenta al momento de evaluar el mismo. Factura original-constancia de AFIP. Pedido médico original (en caso de continuidad del tratamiento deberá conservar siempre una copia del mismo). Plan terapéutico. Planilla de asistencia mensual.

Pañales. La documentación a presentar será: Nota de solicitud de reintegro del afiliado donde se explique el motivo de la solicitud y toda información que se considere de importancia a tener en cuenta al momento de evaluar el mismo. Pedido médico. Certificado de discapacidad. Ticket/factura original.

Prácticas odontológicas. La documentación a presentar será:

Nota de solicitud de reintegro del afiliado donde se explique el motivo de la solicitud y toda información que se considere de importancia a tener en cuenta al momento de evaluar el mismo. Factura original detallando la prestación.

Visto bueno de auditoria odontológica.

El plazo para solicitar el reintegro se establece en treinta (30) días corridos a partir de la fecha de efectuada la prestación. Vencido el plazo indicado, la obra social no reconocerá la solicitud.

El Afiliado podrá realizar la presentación de trámite de reintegro en Sede Central o cualquier delegación de la Caja.

No se dará curso a solicitudes de reintegro por copagos a cargo del afiliado, ni por aranceles diferenciales que cobren los prestadores.



No se dará curso a solicitudes de reintegros por coseguros de prácticas no realizadas por causas ajenas a la Obra Social y no imputables a la misma, salvo justificación que avale la excepción.

No se dará curso a solicitudes de reintegros por compras de ortésis y/o materiales de ortopedia no autorizados previamente por la Obra Social.

No se dará curso a solicitudes de reintegros de prácticas realizadas fuera de los límites de la República Argentina.

La Obra Social efectuará reintegro de combustible, previa indicación médica que avale el motivo de la forma de traslado.

Todo pedido de reintegro deberá iniciarse basándose en la siguiente documentación original y con los datos completos del beneficiario:

Prescripción médica y certificado médico o resumen de historia clínica.

Facturas Originales. Troqueles (en caso de medicamentos).

En caso de traumatismos o accidentes, presentar exposición policial o denuncia.

Cirugías: hoja de protocolo quirúrgico, certificado de implante (si corresponde).

En todos los casos los topes de reintegros estarán dados por el valor de convenio reconocido para la práctica en cuestión.

En los casos de los afiliados menores de edad discapacitados, con diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo, y patología que se asocien a conductas de tipo autista, que requieran prestaciones educativo-terapéuticas por parte de profesionales que se encuentran fuera del sistema, deberán registrarse según lo estipulado en Resoluciones N° 4362/12 y 7730/12.

A los efectos de cumplimentar las normas de pago a los prestadores la Reglamentación detalla a través de su Régimen de Facturación en Internación los requisitos obligatorios solicitados para la aprobación del pago de los conceptos facturados por dichas internaciones cuyo ámbito de aplicación se extiende a las Provincias de Santa Cruz, Chubut y Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### **A) Requisitos para la Facturación en Internados**

Conjuntamente con la documentación respaldatoria mensual obligatoria se deberá presentar la factura original.

Las facturas B no emitidas por controladores fiscales, recibo C y las que en el futuro incorpore la Administración Federal de Ingresos Públicos (A.F.I.P), en su página WEB, antes de su tramitación se verificará su validez y se adjuntará la constancia al expediente correspondiente.

### **B) Normas Operativas**

El establecimiento asistencial presentará el detalle de cada internación por duplicado, respetando la factura de las normas vigentes de la Administración Federal de Ingresos Públicos (A.F.I.P), consignando todos los datos solicitados en forma clara y con elementos que no sean posibles de borrar, presentándola mensualmente, con detalle codificado de las prestaciones efectuadas, valorizadas individualmente dentro de la factura.

La Historia Clínica deberá ser facturada en su totalidad de honorarios, gastos, medicamentos, etc. De acuerdo a convenios vigentes, dentro de los sesenta (60) días, a partir de la fecha de alta de internación.

Adjunto a lo mencionado se deberá remitir informe Médico de Internación al ingreso debidamente autorizada por el S.I.V.A.P.

La Caja se reserva el derecho, ante la prescripción de medicamentos en internación, de abonar el precio de venta o promedio según KAIROS.

Las prácticas No Nomencladas reconocidas serán autorizadas y se deberá abonar el coseguro si correspondiere.

La falta de presentación de cualquiera de los documentos antedichos producirá el débito parcial o total de la factura.

Las prácticas y/o cirugías en las que corresponda copago o previa auditoria, deberá estar debidamente autorizada y abonado el coseguro si correspondiere.

La Historia Clínica deberá cumplir con los siguientes requisitos:

Debe ser legible y estar completa en todos sus ítems.

Evolución diaria por el médico tratante con firma y sello del mismo. La falta de evolución implicará el débito del día correspondiente con todos los gastos que fueren ocasionados en ese día (medicamentos, exámenes complementarios de diagnóstico, etc.) no se podrá consignar con las siglas SP (Sin Particularidades).

Indicaciones médicas, realizadas de puño y letra del profesional tratante, con firma y sello del mismo.

Solicitud de interconsulta por médico tratante y respectiva evolución del especialista interconsultado refrendando con firma y sello del mismo.

Solicitud de pedidos y los respectivos resultados de todos los exámenes complementarios de diagnóstico realizados durante la internación.

Hoja de enfermería y balance hídrico, con detalle de cada formula suministrada diariamente con rubrica del enfermero actuante.

Foja quirúrgica y foja de anestesia, debidamente completada donde figure día y horario de comienzo y finalización del acto quirúrgico, firmada y sellada por los profesionales actuantes. En caso de uso de material ortopédico, neuroquirúrgico, osteosíntesis, deberá presentarse el correspondiente sticker.

Hoja de epicrisis completa.

En todas las intervenciones quirúrgicas deberá constar el formulario de consentimiento informado.

Las prácticas médicas realizadas en consultorio externo del sanatorio se presentarán de acuerdo a las normas generales que reglamenten. No se podrán facturar medicamentos en pacientes ambulatorios.

Asimismo, la mencionada normativa regula el Régimen para la Atención Ambulatoria del Afiliado definiendo que:

La atención o consulta médica se realizará con presentación obligatoria de la credencial magnética, que es la única credencial vigente válida hasta tanto surjan modificatorias más el Documento Nacional de Identidad. Y en los casos en que corresponda se abonará un coseguro.

Las consultas:

El tiempo mínimo de duración de la consulta será de 10 minutos, en caso de superposición de fecha y hora de atención consignados en el mismo, se procederá al débito de las coincidentes no admitiéndose re facturación o acreditación.

La cantidad máxima de consultas por afiliado será de tres (3) siendo las subsiguientes autorizadas por Auditoría Medica previa presentación de Resumen de Historia Clínica.

Cualquier enmienda que pudiera surgir deberá estar salvada por el profesional y el afiliado.

Para el caso de la matrícula y el diagnostico codificado solo es necesario la salvedad por parte del profesional actuante.

Requisitos de la orden de practica:

Prescripción Médica de Prácticas en Recetario Común:

Las prácticas deben ser indicadas por los médicos prestadores.

Se aceptarán prácticas impresas por computadora siempre y cuando cuente con número de bono o transacción de la consulta médica que la origina, el sello y firma del profesional prescriptor en original.

No se aceptan fotocopias de prescripciones.

Datos que debe contener la práctica: Denominación de la entidad. Nombre del profesional o institución. Nombre, Apellido del afiliado y Número de afiliación (número de afiliado completo como figura en credencial magnética). Firma, aclaración, domicilio, Te y DNI del afiliado que fue atendido. En caso de ser adherente menor la correspondiente aclaración del vínculo. Para el caso de personas impedidas de firmar lo podrá realizar la persona que lo acompañe acreditando el correspondiente vínculo. Los afiliados titulares deberán dar conformidad, no pudiendo firmar otra persona salvo para el caso anteriormente descrito. Fecha de emisión de la prescripción. Firma y sello aclaratorio del profesional. (El sello es obligatorio aun figurando las recetas impresas con los datos del profesional). Diagnostico codificado.

La validez de la prescripción médica será de sesenta (60) días corrido y contados a partir de la fecha de emisión inclusive.

Requisitos del afiliado: Credencial de afiliado en vigencia. Documento Nacional de Identidad. Prescripción médica correspondiente.

#### Presentación de facturación:

El prestador presentará la factura mensualmente, respetando las normas vigentes de la A.F.I.P, consignando todos los datos solicitados en computadora, en forma clara y con elementos que no sean posible de adulterar. Adjunto deberá presentar detalle valorizado y codificado de lo facturado.

No se aceptará el agregado de documentación luego de presentada la facturación.

En los casos de consultas y prácticas ambulatorias de afiliados de Obras Sociales Adheridas a la Caja las mismas deberán ser facturadas bajo idénticas normas, en detalle separado e identificado.

Convenios de Reciprocidad (Interprovinciales): En el caso de consultas y prácticas ambulatorias de pacientes en calidad de Tránsito o Extraña Jurisdicción deberá presentarse indefectiblemente, junto con la historia clínica fotocopia de la correspondiente CARTA DE PRESENTACIÓN otorgada por su OBRA SOCIAL de origen.

Comprobante válido emitido por el sistema de Validación Provincial (SiVaP), con conformidad del afiliado (Firma, aclaración de firma, domicilio y número de documento de identidad el cual deberá ser exhibido por el afiliado. Hora de atención en forma escrita

Importes totales y monto de coseguro a cargo del afiliado en el caso de corresponder.

Sello del Prestador médico actuante.

Informe de práctica realizada para los casos ya estipulados.

Consulta de Totales emitida por SIVAP con las cantidades por practica/consulta efectuadas.

Soporte magnético. Este es un requisito indispensable caso contrario no se iniciará el correspondiente expediente (Adjunto).

La falta de presentación de cualquiera de la documentación antedicha producirá el débito parcial o total de la factura.

La facturación podrá ser presentada dentro de los sesenta (60) días de efectuada la consulta/practica.

#### Enmiendas

Las correcciones y enmiendas en la prescripción de la practica deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma. Si los datos del afiliado indicado en la prescripción constasen ilegible, incompleto, errado o enmendado, "el profesional" podrá salvarlo capturando los datos de la credencial y firmando y sellando al dorso. El afiliado deberá firmar la conformidad

#### Validación en línea

Al validar la prescripción debe cargar en el sistema de validación los mismos datos que se encuentran en la misma (datos del afiliado, código de las prácticas, cantidades, matrícula del profesional prescriptor, etc.) a fin de evitar

inconvenientes posteriores debido a la no coincidencia de la validación en línea con la prescripción física.

El profesional deberá validar todas las Pre Autorizaciones que le sean entregadas por los afiliados de acuerdo a las normas establecidas.

Todas las prescripciones médicas deben validarse en línea al momento de efectuarse la atención. Observación: La validación podrá efectuarse hasta un máximo de 72 hs. hábiles previas o posteriores a la realización de la práctica.

Toda transacción on line aprobada, donde no se hizo efectiva la práctica, deberá ser ANULADA por, “el profesional” para evitarle inconvenientes al afiliado en su próxima atención.

#### Restricciones

No se podrá percibir arancel diferencial a excepción de los copagos prefijados.

Toda transacción efectuada y validada es pasible de débitos en la facturación subsiguiente, pudiendo ser revisadas en auditorías compartidas.

La pre Autorización emitida por el Sistema por parte del sector de auditorías tiene una validez de treinta (días) corridos. La misma debe ser validada por Si.Va.P y remitida junto con la autorización al momento de presentar la documentación, caso contrario será debitada

Inclusiones y Exclusiones Brindadas: Toda práctica que se encuentre excluida de la cobertura o que no cuente con la autorización correspondiente, será realizada únicamente cien por ciento (100%) a cargo del afiliado.

Y para el caso de las Internaciones Domiciliaria el siguiente régimen:

La atención de internación domiciliaria estará dirigida a aquellos afiliados que requieran la atención para tratar patológicas complejas, patología aguda, requieran una lenta rehabilitación, que presenten una patología terminal o crónica inestable y requieran atención frecuente en el domicilio. Todo ello bajo protocolos definidos de prestación y registros unificados de asistencia, administrados en el domicilio de los afiliados que lo solicitaren y estén dentro del rango de admisión.

Este tipo de prestación consistirá en una estrategia de atención extra-hospitalaria que permite brindar servicios de salud humanizados y oportunos representando una mejora en la calidad de vida de los afiliados.

#### Objetivos:

- Brindar asistencia domiciliaria interactuando con los establecimientos asistenciales mediante mecanismos de transferencia y contra transferencia.
- Favorecer la reincorporación del paciente a su entorno socio-familiar.

- Evitar la institucionalización del paciente.
- Acompañar y asistir al paciente según su diagnóstico y evolución.
- Facilitar la participación activa de la familia mediante su adecuada capacitación.

Pautas de admisión:

El paciente requirente debe estar clínicamente estable.

El paciente requirente debe presentar una patología cuyo tratamiento continuo o discontinuo pueda ser efectivizado en su domicilio.

El paciente requirente sea titular o en su caso el responsable parental, familiar directo o tutor deberán prestar consentimiento escrito para la modalidad de atención, es requisito indispensable e ineludible.

El paciente requirente y/o la familia deben tener condiciones habitacionales adecuadas de conducta sanitaria familiar, ausencia de problemas obstaculizadores del proceso de tratamiento y recuperación. Los requisitos expresos en este punto serán previamente evaluados por las áreas competentes de esta obra social a tal fin.

La familia debe poseer un nivel de alarma adecuado, capacidad de contención y resolución frente a situaciones de desestabilización, capacidad de interacción y cooperación con el equipo de salud.

El paciente debe disponer de mecanismos adecuados de derivación con establecimientos asistenciales con internación.

Pacientes con insuficiencia respiratoria grave de causa neurológica central, espinal y/o muscular que requieran asistencia respiratoria mecánica sin potencial de recuperación de la función.

Pacientes con secuelas graves de enfermedades congénitas que requieran control y mantenimiento de funciones vitales, con y sin asistencia respiratoria mecánica.

Enfermedades de la Médula Espinal, que por la complejidad de sus secuelas requieran cuidados y asistencia médica y de enfermería intensivos en domicilio.

Enfermedades de los Músculos, que generen una discapacidad grave.

Pacientes con heridas abiertas hasta lograr la recuperación total de los tejidos.

Pacientes con patologías en periodos subagudos o crónicos que por su complejidad y riesgo de vida requieran de una prestación domiciliaria de alta complejidad.

Secuelas graves de parálisis cerebral.

Enfermedades oncológicas en estadios terminales.

HIV en estadios terminales.

Procesos infecciosos que requieren terapéutica antibiótica por vía EV prolongada (endocarditis infecciosa, meningitis, osteomielitis).

Aparatología a proveer por la empresa prestadora del servicio:

La empresa de internación domiciliaria, que mantenga convenios vigentes con esta obra social deberá proveer la aparatología e insumos que se detallan a continuación:

- Respirador (equipo, circuito, mascara, filtros bacterianos).
- Tubo oxígeno 6 m<sup>3</sup> Alquiler c/manómetro y tubuladuras.
- Carga de tubos 6 m<sup>3</sup>.
- Oxígeno líquido, reservorio, mochila.
- Equipo concentrador de O<sub>2</sub>+ TUBO DE BACK-UP
- Mochila de transporte, 2 cargas semanales.
- C-PAP nasal B-PAP con frecuencia de back-up.
- B-PAP sin frecuencia de back-up.
- Oxímetro de pulso con sensor dedo con alarma.
- Oxímetro de pulso con sensor dedo sin alarma.
- Monitor de apneas.
- Nebulizador-aspirador de frascos ¾ HP.
- Aspirador manual ResQVac.
- Colchón con aire motor.
- Cama ortopédica
- Combas de nutrición enteral, incluye 15/30 sets mensuales.
- Aparatología de uso personal, por parte de cada uno de los integrantes de equipo terapéutico.

Los materiales descartables especiales para internaciones de baja y alta complejidad, se someterán a lo que se establezca mediante Convenios entre prestadores y/o proveedores con esta Obra Social. No obstante, deberán estar incluidos materiales e insumos básicos necesarios.

Quedaran excluidos del beneficio de internación domiciliaria:

- Pacientes con secuelas permanentes de enfermedades crónicas que NO requieran por la complejidad de su atención de personal de enfermería y atención médica programada, así como de la aparatología para el correcto control y seguimiento de la enfermedad de base.
- Pacientes geriátricos con enfermedades sistémicas crónicas.
- Acompañante domiciliar. Asistencia Social de esta Obra social derivará estas solicitudes a las áreas competentes.
- Medicamentos, productos nutricionales y el material ortopédico provisto por esta Obra Social según la modalidad y normativa vigente.
- Alimentación enteral con bomba en pacientes que no tengan patologías malabsortivas o con yeyunostomías.
- Prótesis. Pacientes que concurren a Instituciones o Establecimientos en los que realicen tratamiento ambulatorio de cualquier tipo.

Los topes prestacionales se regirán por el Plan Médico Obligatorio (PMO) vigente establecido por la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, en lo que respecta al servicio de internación domiciliaria y sus alcances.

Los procedimientos administrativos de las internaciones domiciliarias:

Los pacientes requirentes deberán acreditar su identificación como afiliada de esta Obra Social, con:

- a. Credencial de afiliado.
- b. Documento Nacional de Identidad.
- c. El abono del coaseguro será requisito necesario sólo si se encuentra vigente mediante resolución o modificaciones.
- d. El profesional responsable de la solicitud de la Internación Domiciliaria deberá confeccionar la misma con la indicación de requerimiento de recurso humano, aparatología e insumos. Además, deberá confeccionar una Historia Clínica completa informando motivo de internación, enfermedades concomitantes, tratamientos instituidos y resultados de los estudios complementarios, si los hubiera, los que podrán ser solicitados por la obra social. En forma conjunta con la Auditoría Médica de la obra social, se cumplimentará la Planilla de Solicitud de Prestación de Servicio de Internación Domiciliaria.

Previa evaluación de las condiciones de hábitat y grado de contención familiar, la delegación correspondiente enviará la documentación a esta obra social, para su conformidad y su autorización, o por trámite centralizado, según las disponibilidades existentes.

Se podrá aceptar un informe realizado en el domicilio donde se prestará el servicio, elaborado por Asistente Social de la Caja de Servicios Sociales en forma conjunta con personal de la empresa que se hará cargo del mismo.

Posteriormente a la recepción de la solicitud de prestación y el informe social, la Auditoría Médica se expedirá sobre la prestación requerida enviando la respuesta vía fax o por correo electrónico a la delegación correspondiente.

El prestador presentará ante la Caja de Servicios Sociales el plan terapéutico acorde al requerimiento de prestación vía fax o correo electrónico con los datos que se consignan a continuación:

- Datos completos del afiliado y credencial de afiliado.
- Planilla de aceptación de la prestación del servicio según lo que contenga el requerimiento.
- Fecha de inicio de la prestación.

- e. La empresa prestadora remitirá quincenalmente a esta obra social el resumen de autorizaciones de internación, conteniendo los siguientes datos:



- Nombre de la empresa prestadora.
  - Domicilio de internación.
  - Nombre y número de afiliado.
  - Edad.
  - Diagnóstico de ingreso.
  - Códigos asignados.
  - Fecha de ingreso al sistema.
- f. La obra social efectuará la evaluación global del sistema de manera continuada, desarrollando actividades de control y fiscalización de las internaciones domiciliarias en cuanto a la calidad de las mismas como así también la concordancia de los procedimientos, códigos asignados y estado al alta.
- g. La Caja de Servicios Sociales podrá observar en todos los niveles de procedimientos técnicos las actuaciones de los prestadores, tanto en el nivel de empresa prestadora como en la actividad domiciliaria.
- h. La Caja de Servicios Sociales se reserva el derecho de proceder a debitar los montos correspondientes a las actuaciones de acuerdo a las normas de facturación y/o en base a informes producidos por los médicos auditores.
- i. La obra social se reserva, a través de su Auditoría en terreno, la convalidación o no de lo autorizado, pudiendo solicitar:
- Fundamentar y justificar la solicitud de la internación domiciliaria.
  - Rechazar, con los correspondientes fundamentos, la solicitud. Por estar injustificados o vinculados a una incompleta resolución de la patología en el II nivel prestacional.

#### Normas de presentación de la documentación de facturación.

- A los requisitos ya establecidos en el capítulo VI aplicables a normas de facturación en internación de esta reglamentación, los prestadores deberán acreditar la siguiente documentación respiratoria de los servicios brindados:
- j. Resumen mensual de internaciones por triplicado, firmado y sellado en origina. Este resumen contendrá los siguientes datos:
- Contenido del resumen mensual de internaciones con numero de internaciones, nómina de los afiliados facturados en ese mes, numero de afiliado, descripción de los módulos o prestaciones otorgadas.
- k. Documentación individual
- PLANILLA DE ASISTENCIA: El resumen mensual y la factura B o C a nombre de la Caja de Servicios Sociales deberá acompañarse de la PLANILLA DE ASISTENCIA de cada profesional actuante y la

correspondiente conformidad del afiliado o familiar en original, en cada una de las sesiones brindadas.

- ACTA DE AUTORIZACIÓN ORIGINAL emitida por la Caja de Servicios Sociales: Se presentará para el primer mes del período otorgado, y copias de la misma en los meses subsiguientes.
- En caso de traslados o internaciones, se deberá dejar constancia del motivo de los mismos, y adjuntar copia de la planilla confeccionada por los efectores del traslado, donde constan datos del afiliado; motivo del mismo; medico.
- HISTORIA CLÍNICA. La misma deberá contener todos los datos que justifiquen y describan lo actuado sobre el paciente por los profesionales médicos y paramédicos intervinientes, así como los registros de enfermería, actividades de kinesiología, etc. Por ello se deberá adjuntar:

Historia clínica de ingreso completa, con resumen de antecedentes de la enfermedad que motivó la internación domiciliaria, examen físico actualizado y objetivo de rehabilitación parcial o total.

Evoluciones diarias por el profesional interviniente donde se describa el estado del paciente y sus interurrencias.

Protocolos de exámenes complementarios realizados en el período facturado.

Hojas de enfermería, donde consten las actividades desarrolladas, horarios, suministro de medicamentos, su vía de administración, dosis, etc.

Cada factura contendrá solo un mes determinado de cobertura; los días de prestación correspondientes a meses ajenos al que se está facturando se incluirán en una factura aparte. El mes de cobertura citado se refiere a MES CALENDARIO, no a mes prestacional.

Cuando se facturen aparatología, descartables especiales, traslados u otros insumos no detallados expresamente en la presente resolución, deberá presentarse troquel, remito o comprobante en el que se registre su entrega y utilización en forma fehaciente, motivo de prescripción y uso del mismo.

Toda facturación, práctica, remito, comprobantes, o documentación que se adjunte deberá indefectiblemente acompañarse de la conformidad del afiliado o familiar responsable (consignando sus datos personales y relación filiatoria con el afiliado) quien deberá detallar el período facturado.

Respecto de la forma en que la Caja ha organizado sus tareas para desarrollar las acciones que su Reglamentación establece, la misma ha establecido una Estructura Funcional con cuatro áreas principales:

Gerencia Prestacional: de la cual dependen los subsectores de Convenios, Auditoría, Coberturas Especiales y Discapacidad, Asistencia Social, Derivaciones y Gestión Administrativa

Gerencia Administrativa Financiera: de la cual dependen en forma directa la Administración Central (Rendición de Cuentas, Contaduría, Sueldos, Tesorería, Compras y Patrimonio); Administración C.A.B.A.; Procesamiento de Facturas; Servicios Generales; Relaciones Laborales; Auditoría Administrativa; y Coordinación Técnica

Gerencia Operativa: de la cual dependen las distintas Delegaciones Regionales a partir de las cuales la Obra Social ha estructurado sus funciones y tareas en las distintas zonas geográficas de la Provincia de Santa Cruz e inclusive C.A.B.A

Gerencia de Gestión de la Información: de la cual dependen el área de Informática y la de Planificación Estratégica

Cabe destacar que estas cuatro Gerencias en la actualidad dependen en forma directa y jerárquicamente de la Intervención la cual en la actualidad detenta los atributos de la Dirección General hasta bien se regularice la situación de acefalia de la misma

Como se pudo observar el Reglamento General de la obra social vigente a partir de la Resolución provincial 11409/19 describe con claridad el alcance de las coberturas en salud, y los requisitos necesarios para el acceso a estas. En la práctica, estas disposiciones son utilizadas como un manual de procedimientos para la gestión de cada beneficio.

### **1.1.3. RELEVAMIENTO DE PRESTADORES Y ELABORACION Y ANALISIS DE INDICADORES**

El objetivo del presente apartado es realizar un diagnóstico del estado de situación de las principales erogaciones de la Caja de Servicios Sociales, realizar un análisis de la variación anual y comparar el gasto de cada concepto en términos relativos para mostrar la importancia que tiene cada erogación sobre el total. Por otro lado, realizaremos un ranking de los principales proveedores por concepto de erogación con el objetivo de tomar dimensión de la participación de cada proveedor.

Esto dará un marco general para que las autoridades de la institución puedan centrar sus acciones sobre los principales proveedores con el fin de hacer más eficiente el gasto de la institución.

A los efectos de tener una dimensión real del gasto, es importante considerar el número de afiliados y su evolución en el tiempo. Según los datos suministrados, el número de afiliados en la actualidad es:

Afiliados Directos Obligatorios: 64.180
Afiliados Adherentes: 59.262
Afiliados Adjuntos: 307
Afiliados Voluntarios: 155
<b>TOTAL: 123.904</b>

La evolución del total de afiliados durante los últimos tres años fue:

Cantidad de Afiliados	
2019	126.085
2020	123.447
2021	123.904

Adicionalmente, se ha suministrado la información sobre la evolución del total de afiliados obligatorios durante el periodo 2019-2021, teniendo la siguiente trayectoria:

Afiliados Directos Obligatorios	
2019	63.966
2020	63.950
2021	64.180

Como se puede apreciar, el número de afiliados directos se ha mantenido estable con el correr de los últimos tres años.

Para estos casos, el aporte personal promedio mensual fue de \$4.645 y la contribución patronal promedio mensual fue de \$5.920.

Si discriminamos a los afiliados por su situación laboral, se cuenta con que el 78% son trabajadores activos y su grupo familiar, el resto son los jubilados y pensionados más su grupo familiar.

Activos y grupo familiar: 97.877
Pasivos y grupo familiar: 26.027
<b>TOTAL: 123.904</b>

La Caja de Servicios Sociales de Santa Cruz cuenta con dos sistemas paralelos que sirven para llevar un control de los gastos. El sistema más antiguo, llamado MENU1, se utiliza para llevar la imputación contable tal como exige la normativa provincial mientras que el sistema de gestión se llama SIOS (Sistema de Información de la obra social) y fue desarrollado por personal propio de la CSS lo que permite implementar mejoras y/o cambios necesarios.

Dentro de los reportes que se pueden obtener del SIOS, podemos destacar:

- Informes de carácter Prestacional (referente al consumo de afiliados, prestadores y prestaciones que brinda la obra social)
- Informes de carácter contable –financiero (deuda, pagos, cuentas corrientes, presupuesto)
- Informes de carácter laboral (referente al personal de la obra social)

En base a la información aportada, la Caja de Servicios Sociales (CSS) erogó \$11.252.048.699 en 2021 vs. \$6.053.642.241 en el 2020, representando un incremento anual del 85,9%. Esta variación fue muy superior al IPC – Gastos de Obras Sociales de la región Patagonia que alcanzó el 46% en el 2021.

Los principales incrementos en las erogaciones de la CSS se vieron afectados por la provisión de medicamentos (105%), prestaciones hospitalarias (90%) y prestaciones médicas (92%). Cabe destacar que estos tres conceptos representaron el 66% del gasto total de la obra social en el 2021

Tabla 7 - EJECUCION PRESUPUESTARIA ANUAL

PARTIDA	2019	2020	2021
PRESTACIONES MEDICAS	797.160.008	918.732.847	1.767.450.268
LABORATORIO	119.678.093	185.653.427	338.024.567
PSICOLOGOS FONOAUDIOLOGOS	18.811.616	21.942.978	27.624.129
ENFERMEROS	2.099.590	4.095.656	7.872.040
KINESIOLOGOS	33.461.528	41.606.123	74.074.175
PRESTACIONES ODONTOLOGICAS	19.975.653	18.378.019	48.808.909
PRESTACIONES SANATORIALES	583.729.000	652.308.455	834.992.743
PRESTACIONES HOSPITALARIAS	477.620.175	847.471.200	1.611.264.341
PROVISION DE MEDICAMENTOS	1.101.453.805	1.996.603.814	4.083.467.276
PROVISION DE CRISTALES	773.055	637.188	44.824.192
ORTOPEDIA Y PROTESIS	220.638.611	207.164.537	391.128.680
PASAJES A DERIVADOS	122.640.330	67.702.216	75.201.187
VIATICOS Y HOTEL A DERIVADOS	312.064.946	201.223.477	328.226.547
EROG. AL PERSONAL	0	0	0
EROG. ASISTENC. NO PREVISTAS	422.296.216	563.700.346	930.369.496
<b>TOTAL DE ASISTENCIA MEDICA</b>	<b>4.232.402.627</b>	<b>5.727.220.281</b>	<b>10.563.328.552</b>
TRANSF. DE AP. A OTRAS O. SOC.	26.826.177	32.755.497	37.612.728
PREST. MED. A OTRAS O.SOCIALES	10.316.019	23.747.220	74.630.560
<b>TOTAL DE TRANSFERENCIAS DE APORTES</b>	<b>37.142.196</b>	<b>56.502.717</b>	<b>112.243.288</b>
REINTEGROS DE AP. A AFILIADOS	346.453	149.342	209.553

TOTAL DE REINTEGROS APORTES INDEBIDOS	346.453	149.342	209.553
TOTAL SERVICIO ASISTENCIAL	4.269.891.275	5.783.872.340	10.675.781.393
COMBUSTIBLES	894.766	900.367	1.462.227
ELECTRICIDAD, AGUA Y GAS	502.052	269.676	993.223
FLETES	634.218	227.477	590.791
PASAJES	975.955	335.927	856.695
VIATICOS Y MOVILIDAD	1.730.129	353.513	1.635.091
COMUNICACIONES	1.083.113	1.006.338	1.342.309
HONORARIOS PAGADOS A TERC.	6.526.648	1.778.681	4.158.956
PUBLICIDAD Y PROPAGANDA	0	1.100	0
SEGUROS	143.813	144.648	233.433
GASTOS BANCARIOS	0	0	0
ALQUILERES	1.353.445	151.870	1.685.702
CORTESIAS Y HOMENAJES	6.000	0	0
CONSERVACIONES	2.805.345	2.173.219	8.480.094
LIMPIEZA Y DESINFECCION	1.512.539	7.295.166	6.948.045
REFRIGERIO	0	0	97.440
UNIFORMES Y EQUIPO	0	174.978	0
UTILES Y LIBROS DE OFICINA	2.156.872	2.385.060	4.545.587
C. O. S. S. P. R. A.	131.664	224.082	342.155
IMPUESTOS	187.996	82.255	209.417
OTROS	2.510.484	582.835	4.427.279
SEGURIDAD Y VIGILANCIA	2.504.720	2.561.280	5.317.892
TOTAL DE BIENES Y SERV. NO PERS.	25.659.758	20.648.472	43.326.334
PREVISION PARA JUICIOS	798.943	2.135.336	14.107.552
TOTAL DE OTROS EGRESOS	798.943	2.135.336	14.107.552
BIENES DE CAPITAL	1.813.757	2.104.109	8.348.073
TOTAL DE INVERSIONES FISICAS	1.813.757	2.104.109	8.348.073
TOTAL DE GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	28.272.458	24.887.917	65.781.959
PLANTA PERMANENTE	186.393.349	187.274.245	400.115.607
PLANTA CONTRATADA	4.422.978	6.051.553	20.347.429

APORTES PATRONALES	36.513.441	51.556.185	90.022.311
ASISTENCIA SOCIAL AL PERSONAL	0	0	0
<b>TOTAL DE GASTOS EN PERSONAL</b>	<b>227.329.768</b>	<b>244.881.983</b>	<b>510.485.347</b>
<b>TOTAL DE EGRESOS</b>	<b>4.525.493.501</b>	<b>6.053.642.241</b>	<b>11.252.048.699</b>

Fuente: Caja de Servicios Sociales - Santa Cruz

El servicio asistencial, el principal concepto de erogación, incluye todos los gastos prestacionales para atender a sus afiliados, es decir los gastos hospitalarios, medicamentos, ortopedia y prótesis, viáticos y hoteles, traslados, etc. que suelen comprender la mayor parte de las erogaciones en este tipo de instituciones.

En el caso de la CSS, en el 2021 representaron el 95% de las erogaciones totales de la institución. Los gastos más representativos en orden de importancia son: gastos de prestaciones médicas (que incluye prestaciones médicas, gastos sanatoriales y hospitalarios) y provisión de medicamentos.

En cuanto a las prestaciones médicas, las obras sociales tienen dos modelos de pago que pueden funcionar de forma complementaria y crear distintos incentivos: pago prestacional y/o pago per cápita. La elección de cada modelo de pago puede modificar la productividad y calidad de las prestaciones, la previsibilidad y el control de los costos vinculados a la atención médica, los incentivos de los médicos y pacientes, etc.

El modelo prestacional se basa en el pago una vez realizada cada prestación lo que requiere un amplio equipo de auditoría médica que controle y/o autorice las prestaciones de acuerdo a las enfermedades existentes con el fin de evitar una sobreutilización de los servicios médicos. Por otro lado, este modelo genera una satisfacción de los pacientes por la calidad de atención. Sin embargo, la institución pierde el control sobre la cantidad de prestaciones realizadas por sus afiliados y no tiene otra alternativa que negociar con cada prestador para controlar el gasto asistencial. Es por este motivo que las obras sociales suelen utilizar módulos asistenciales donde agrupan distintas prestaciones según el diagnóstico del afiliado.

El pago capitado en cambio se basa en el pago de un monto fijo o variable por afiliado sin importar si el servicio es utilizado o no. Funciona como un seguro prestacional. Permite controlar y generar previsibilidad en los gastos de atención médica y reducir el incentivo a la sobreprestación de servicios. Sin embargo, bajo este modelo el prestador tiene el incentivo a realizar la menor cantidad de estudios posibles a los afiliados reduciendo la calidad de atención y desincentivando los servicios de prevención.



La CSS tiene un convenio intermediado por el Ministerio de Salud Provincial con todos los Hospitales Públicos de la Provincia con un modelo prestacionales y con valores preferenciales. De hecho, como veremos más adelante los hospitales públicos son el mayor prestador de servicios médicos de la CSS.

Tabla 8 - PRESTACIONES MEDICAS

PARTIDA	2019	2020	2021
PRESTACIONES MEDICAS	797.160.008	918.732.847	1.767.450.268
LABORATORIO	119.678.093	185.653.427	338.024.567
PSICOLOGOS FONOAUDIOLOGOS	18.811.616	21.942.978	27.624.129
ENFERMEROS	2.099.590	4.095.656	7.872.040
KINESIOLOGOS	33.461.528	41.606.123	74.074.175
PRESTACIONES ODONTOLOGICAS	19.975.653	18.378.019	48.808.909
PRESTACIONES SANATORIALES	583.729.000	652.308.455	834.992.743
PRESTACIONES HOSPITALARIAS	477.620.175	847.471.200	1.611.264.341
PROVISION DE MEDICAMENTOS	1.101.453.805	1.996.603.814	4.083.467.276
PROVISION DE CRISTALES	773.055	637.188	44.824.192
ORTOPEDIA Y PROTESIS	220.638.611	207.164.537	391.128.680
PASAJES A DERIVADOS	122.640.330	67.702.216	75.201.187
VIATICOS Y HOTEL A DERIVADOS	312.064.946	201.223.477	328.226.547
EROG. AL PERSONAL	0	0	0
EROG. ASISTENC. NO PREVISTAS	422.296.216	563.700.346	930.369.496
<b>TOTAL DE ASISTENCIA MEDICA</b>	<b>4.232.402.627</b>	<b>5.727.220.281</b>	<b>10.563.328.552</b>
TRANSF. DE AP. A OTRAS O. SOC.	26.826.177	32.755.497	37.612.728
PREST. MED. A OTRAS O.SOCIALES	10.316.019	23.747.220	74.630.560
<b>TOTAL DE TRANSFERENCIAS DE APORTES</b>	<b>37.142.196</b>	<b>56.502.717</b>	<b>112.243.288</b>
REINTEGROS DE AP. A AFILIADOS	346.453	149.342	209.553
<b>TOTAL DE REINTEGROS APORTES INDEBIDOS</b>	<b>346.453</b>	<b>149.342</b>	<b>209.553</b>
<b>TOTAL SERVICIO ASISTENCIAL</b>	<b>4.269.891.275</b>	<b>5.783.872.340</b>	<b>10.675.781.393</b>

Fuente: Caja de Servicios Sociales - Santa Cruz

Si lo vemos en términos porcentuales podemos observar que la mayor participación del gasto son los servicios de prestaciones médicas (que incluye las prestaciones sanatoriales y hospitalarios), la provisión de medicamentos y otras erogaciones asistenciales no previstas.

Tabla 9 – PARTICIPACIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES SOBRE GASTO TOTAL

PARTICIPACIÓN S/GASTO TOTAL	2019	2020	2021
PRESTACIONES MEDICAS	17,6%	15,2%	15,7%
LABORATORIO	2,6%	3,1%	3,0%
PSICOLOGOS FONOAUDIOLOGOS	0,4%	0,4%	0,2%
ENFERMEROS	0,0%	0,1%	0,1%
KINESIOLOGOS	0,7%	0,7%	0,7%
PRESTACIONES ODONTOLOGICAS	0,4%	0,3%	0,4%
PRESTACIONES SANATORIALES	12,9%	10,8%	7,4%
PRESTACIONES HOSPITALARIAS	10,6%	14,0%	14,3%
PROVISION DE MEDICAMENTOS	24,3%	33,0%	36,3%
PROVISION DE CRISTALES	0,0%	0,0%	0,4%
ORTOPEDIA Y PROTESIS	4,9%	3,4%	3,5%
PASAJES A DERIVADOS	2,7%	1,1%	0,7%
VIATICOS Y HOTEL A DERIVADOS	6,9%	3,3%	2,9%
EROG. AL PERSONAL	0,0%	0,0%	0,0%
EROG. ASISTENC. NO PREVISTAS	9,3%	9,3%	8,3%
<b>TOTAL DE ASISTENCIA MEDICA</b>	<b>93,5%</b>	<b>94,6%</b>	<b>93,9%</b>
TRANSF. DE AP. A OTRAS O. SOC.	0,6%	0,5%	0,3%
PREST. MED. A OTRAS O.SOCIALES	0,2%	0,4%	0,7%
<b>TOTAL DE TRANSFERENCIAS DE APORTES</b>	<b>0,8%</b>	<b>0,9%</b>	<b>1,0%</b>
REINTEGROS DE AP. A AFILIADOS	0,0%	0,0%	0,0%
<b>TOTAL DE REINTEGROS APORTES INDEBIDOS</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>
<b>TOTAL SERVICIO ASISTENCIAL</b>	<b>94,4%</b>	<b>95,5%</b>	<b>94,9%</b>

Fuente: Elaboración propia con información de la Caja de Servicios Sociales - Santa Cruz

Realizando un análisis de la participación de cada erogación a lo largo de los últimos 3 años, cabe destacar la evolución de la provisión de medicamentos sobre el resto de los conceptos, cuya participación se incrementó del 24% al 36% del gasto total. Esto se explica por el incremento general de los precios de los medicamentos en términos reales, por falta de control sobre los consumos de los afiliados y por falta de protocolos clínicos para la autorización de los mismos, respectivamente.

Asimismo, cabe destacar que tanto las erogaciones vinculadas a las prestaciones médicas como la provisión de medicamentos tuvo un incremento porcentual superior al promedio de los gastos de asistencia médica y superior al Índice de Precios al Consumidor – Gastos de prepagas en la región patagónica lo que explica el incremento en el gasto total de la institución en el transcurso del mismo lapso de tiempo. En la figura de abajo, se muestra en color rojo aquellos incrementos que fueron superior al IPC – Gasto de prepagas región Patagonia y en verde aquellos gastos que tuvieron un incremento inferior.

Tabla 10 - Incremento Anual vs. IPC Gasto de Prepagas región Patagonia

PARTIDA	2019	2020	2021
PRESTACIONES MEDICAS	63,4%	15,3%	92,4%
LABORATORIO	12,2%	55,1%	82,1%
PSICOLOGOS FONOAUDIOLOGOS	85,1%	16,6%	25,9%
ENFERMEROS	30,3%	95,1%	92,2%
KINESIOLOGOS	32,2%	24,3%	78,0%
PRESTACIONES ODONTOLOGICAS	29,9%	-8,0%	165,6%
PRESTACIONES SANATORIALES	69,3%	11,7%	28,0%
PRESTACIONES HOSPITALARIAS	53,2%	77,4%	90,1%
PROVISION DE MEDICAMENTOS	90,4%	81,3%	104,5%
PROVISION DE CRISTALES	93,8%	-17,6%	6934,7%
ORTOPEDIA Y PROTESIS	108,1%	-6,1%	88,8%
PASAJES A DERIVADOS	46,4%	-44,8%	11,1%
VIATICOS Y HOTEL A DERIVADOS	90,4%	-35,5%	63,1%
EROG. AL PERSONAL			
EROG. ASISTENC. NO PREVISTAS	97,1%	33,5%	65,0%
<b>TOTAL DE ASISTENCIA MEDICA</b>	<b>72,7%</b>	<b>35,3%</b>	<b>84,4%</b>

PARTIDA	2019	2020	2021
<i>Incremento IPC - Gasto de Prepagas Región Patagonia</i>	57,1%	7,6%	46,4%

Fuente: Elaboración propia con información de la Caja de Servicios Sociales - Santa Cruz

Con respecto a los gastos de funcionamiento, la institución erogó \$65.781.959 durante el 2021, representando un incremento del 164% anual. Gran parte del incremento se vio representado por los gastos de conservación, gastos de librería, gastos de seguridad y vigilancia (no tuvieron incremento durante el 2020) y otros gasto.

Tabla 11 - GASTOS DE FUNCIONAMIENTO

PARTIDA	2019	2020	2021
COMBUSTIBLES	894.766	900.367	1.462.227
ELECTRICIDAD, AGUA Y GAS	502.052	269.676	993.223
FLETES	634.218	227.477	590.791
PASAJES	975.955	335.927	856.695
VIATICOS Y MOVILIDAD	1.730.129	353.513	1.635.091
COMUNICACIONES	1.083.113	1.006.338	1.342.309
HONORARIOS PAGADOS A TERC.	6.526.648	1.778.681	4.158.956
PUBLICIDAD Y PROPAGANDA	0	1.100	0
SEGUROS	143.813	144.648	233.433
GASTOS BANCARIOS	0	0	0
ALQUILERES	1.353.445	151.870	1.685.702
CORTESIAS Y HOMENAJES	6.000	0	0
CONSERVACIONES	2.805.345	2.173.219	8.480.094
LIMPIEZA Y DESINFECCION	1.512.539	7.295.166	6.948.045
REFRIGERIO	0	0	97.440
UNIFORMES Y EQUIPO	0	174.978	0
UTILES Y LIBROS DE OFICINA	2.156.872	2.385.060	4.545.587

PARTIDA	2019	2020	2021
C. O. S. S. P. R. A.	131.664	224.082	342.155
IMPUESTOS	187.996	82.255	209.417
OTROS	2.510.484	582.835	4.427.279
SEGURIDAD Y VIGILANCIA	2.504.720	2.561.280	5.317.892
<b>TOTAL DE BIENES Y SERV. NO PERS.</b>	<b>25.659.758</b>	<b>20.648.472</b>	<b>43.326.334</b>
PREVISION PARA JUICIOS	798.943	2.135.336	14.107.552
<b>TOTAL DE OTROS EGRESOS</b>	<b>798.943</b>	<b>2.135.336</b>	<b>14.107.552</b>
BIENES DE CAPITAL	1.813.757	2.104.109	8.348.073
<b>TOTAL DE INVERSIONES FISICAS</b>	<b>1.813.757</b>	<b>2.104.109</b>	<b>8.348.073</b>
<b>TOTAL DE GASTOS DE FUNCIONAMIENTO</b>	<b>28.272.458</b>	<b>24.887.917</b>	<b>65.781.959</b>

Fuente: Caja de Servicios Sociales - Santa Cruz

Si comparamos el gasto de esta subpartida sobre los gastos totales podemos observar que solamente representó el 0.6% en el 2021. Si bien el gasto en funcionamiento tuvo un incremento superior al resto de las subpartidas, el gasto de funcionamiento está dentro de los parámetros normales de una institución de este tamaño.

Dado que la participación del gasto en este concepto es muy bajo, realizamos un análisis de la participación del gasto de cada concepto sobre el gasto total en gastos de funcionamiento. Esto nos permite ver la importancia de cada concepto dentro del gasto total de la partida y brindar una noción de los principales gastos en cuales las autoridades se tendrán que enfocar.

Tabla 12 – PARTICIPACION DE CADA PARTIDA S/ GASTOS DE FUNCIONAMIENTO

PARTIDA	2019	2020	2021
COMBUSTIBLES	3,2%	3,6%	2,2%
ELECTRICIDAD, AGUA Y GAS	1,8%	1,1%	1,5%
FLETES	2,2%	0,9%	0,9%
PASAJES	3,5%	1,3%	1,3%

PARTIDA	2019	2020	2021
VIATICOS Y MOVILIDAD	6,1%	1,4%	2,5%
COMUNICACIONES	3,8%	4,0%	2,0%
HONORARIOS PAGADOS A TERC.	23,1%	7,1%	6,3%
PUBLICIDAD Y PROPAGANDA	0,0%	0,0%	0,0%
SEGUROS	0,5%	0,6%	0,4%
GASTOS BANCARIOS	0,0%	0,0%	0,0%
ALQUILERES	4,8%	0,6%	2,6%
CORTESIAS Y HOMENAJES	0,0%	0,0%	0,0%
CONSERVACIONES	9,9%	8,7%	12,9%
LIMPIEZA Y DESINFECCION	5,3%	29,3%	10,6%
REFRIGERIO	0,0%	0,0%	0,1%
UNIFORMES Y EQUIPO	0,0%	0,7%	0,0%
UTILES Y LIBROS DE OFICINA	7,6%	9,6%	6,9%
C. O. S. S. P. R. A.	0,5%	0,9%	0,5%
IMPUESTOS	0,7%	0,3%	0,3%
OTROS	8,9%	2,3%	6,7%
SEGURIDAD Y VIGILANCIA	8,9%	10,3%	8,1%
<b>TOTAL DE BIENES Y SERV. NO PERS.</b>	<b>90,8%</b>	<b>83,0%</b>	<b>65,9%</b>
PREVISION PARA JUICIOS	2,8%	8,6%	21,4%
<b>TOTAL DE OTROS EGRESOS</b>	<b>2,8%</b>	<b>8,6%</b>	<b>21,4%</b>
BIENES DE CAPITAL	6,4%	8,5%	12,7%
<b>TOTAL DE INVERSIONES FISICAS</b>	<b>6,4%</b>	<b>8,5%</b>	<b>12,7%</b>
<b>TOTAL DE GASTOS DE FUNCIONAMIENTO</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración propia con información de la Caja de Servicios Sociales - Santa Cruz

El gasto en personal del 2021 fue de \$510.485.347 representando un 4,5% sobre los gastos totales de la institución. Si vemos la evolución, este concepto tuvo una disminución de 2,5 puntos porcentuales a lo largo de los últimos cinco años a pesar de que la dotación del personal aumentó un 6%. Sin embargo, en el último año se observa una recuperación de la participación sobre el gasto total dado que el gasto en personal se incrementó un 108%.

Tabla 13 - GASTOS EN PERSONAL

PARTIDA	2019	2020	2021
PLANTA PERMANENTE	186.393.349	187.274.245	400.115.607
PLANTA CONTRATADA	4.422.978	6.051.553	20.347.429
APORTES PATRONALES	36.513.441	51.556.185	90.022.311
ASISTENCIA SOCIAL AL PERSONAL	0	0	0
<b>TOTAL DE GASTOS EN PERSONAL</b>	<b>227.329.768</b>	<b>244.881.983</b>	<b>510.485.347</b>

Fuente: Caja de Servicios Sociales - Santa Cruz

En términos relativos, podemos ver que el gasto en personal representó el 4,5% sobre los gastos totales en el 2021, con un incremento de 0,5 puntos porcentuales versus el 2020.

En cuanto a la distribución según categoría del personal, dentro de la planta permanente, un 75% corresponde a personal administrativo, un 17% a autoridades y un 8% al personal de maestranza y servicios. Si analizamos la profesionalización de los empleados, un tercio de los empleados no tiene título, casi la mitad de los empleados tienen título secundario y el resto (18%) tiene título terciario/universitario.

Tabla 14- PERSONAL DE LA CSS POR CATEGORIA

	2017	2018	2019	2020	2021
Planta Permanente	335	327	341	353	354
Autoridades	51	50	48	53	60
Adm. y Técnico	259	246	262	269	264
Maestranza y Servicios	25	31	31	31	30
Personal Contratado	13	14	18	9	14
Administrativos	13	14	18	9	14
Transitorios	0	0	0	0	0

Fuente: Caja de Servicios Sociales - Santa Cruz

Gráfico 7 – DISTRIBUCION DE LA PLANTA PERMANENTE POR CATEGORIA – AÑO 2021

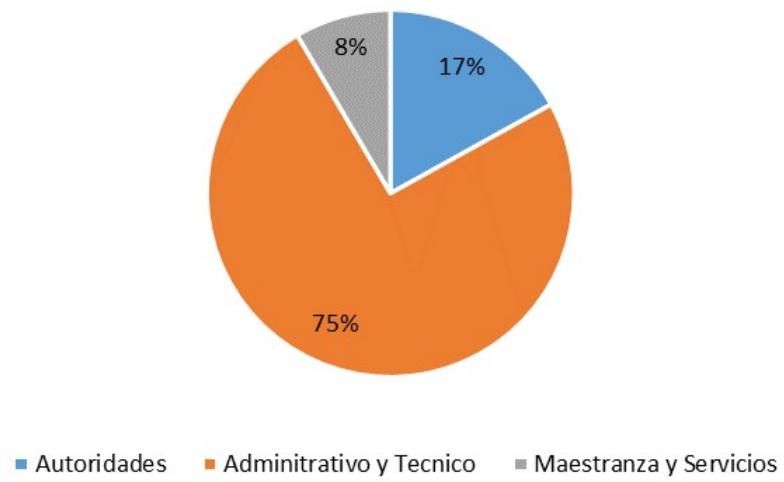
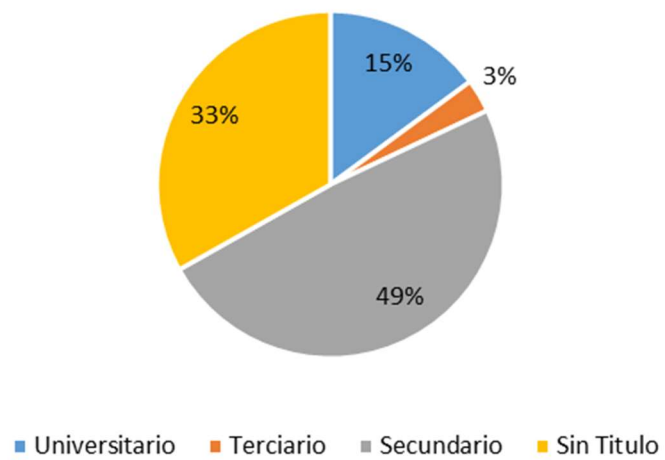


Gráfico 8 - PROFESIONALIZACIÓN DE EMPLEADOS DE LA CSS – AÑO 2021





**Ranking de proveedores – Prestaciones médicas, sanatorias y hospitalarias**

Dada la importancia que tienen las prestaciones médicas dentro de este tipo de instituciones, realizamos una tabla con los principales 50 prestadores médicos de la CSS. Se destaca que los principales proveedores son de Santa Cruz, especialmente la Zona Sur.

Tabla 15 - Principales Prestadores médicos

<b>PRESTADOR</b>	<b>SUB CONCEPTO</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>TOTAL</b>
INTEGRACION MEDICA S.A (CLINICA CRUZ DEL SUR)	CLINICAS	228.683.219	318.119.514	615.883.278	<b>1.162.686.011</b>
HOSPITAL REGIONAL RIO GALLEGOS	HOSPITALES SANTA CRUZ	171.946.893	296.668.094	684.186.310	<b>1.152.801.297</b>
POLICLINICO MEDISUR S.A.	CLINICAS	108.258.848	227.509.574	504.324.580	<b>840.093.002</b>
ASOC.R.G. DE ANESTESIOLOG	ANESTESIA	49.330.914	102.349.420	300.807.942	<b>452.488.275</b>
HOSPITAL CALETA OLIVIA	HOSPITALES SANTA CRUZ	94.228.364	78.125.231	264.586.246	<b>436.939.842</b>
HOSPITAL MILITAR -CF- FUSEA.	CLINICAS	124.863.861	43.009.137	105.611.934	<b>273.484.932</b>
GRUPO PEDIATRICO S.A	CENTROS ASISTENCIALES	39.874.742	84.789.574	115.389.525	<b>240.053.841</b>
HOSPITAL LAS HERAS DR.BENIGNO FERNANDEZ	HOSPITALES SANTA CRUZ	35.554.757	64.440.041	119.313.966	<b>219.308.764</b>
CEMNPA - CENTRO MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA	CENTROS ASISTENCIALES	28.160.497	53.531.706	103.394.822	<b>185.087.025</b>
HOSPITAL PTO. SAN JULIAN DR.MIGUEL LOMBARDICH	HOSPITALES SANTA CRUZ	29.361.378	50.802.433	100.761.558	<b>180.925.369</b>

<b>PRESTADOR</b>	<b>SUB CONCEPTO</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>TOTAL</b>
HOSPITAL PUERTO DESEADO	HOSPITALES SANTA CRUZ	22.224.653	45.274.026	109.476.996	<b>176.975.675</b>
INTERVENTION AL CARDIOLOGY SA	CLINICAS	59.889.976	34.738.121	73.720.897	<b>168.348.995</b>
HOSPITAL RIO TURBIO DR.JOSE ALBERTO SANCHEZ	HOSPITALES SANTA CRUZ	21.366.358	42.595.792	96.572.312	<b>160.534.462</b>
SAMIC - HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD EL CALAFATE	CENTROS ASISTENCIALES	45.470.588	40.552.954	69.426.208	<b>155.449.750</b>
INSTITUTO PANAMERICAN O DE SALUD (CLINICA D LOS VIRREYES)	CLINICAS	39.080.610	38.511.804	76.355.479	<b>153.947.894</b>
CLINICA BAZTERRICA	CLINICAS	47.439.541	33.163.732	66.799.869	<b>147.403.141</b>
ANESTESIOLOG IA ZONA NORTE	ANESTESIA	23.634.623	24.715.408	64.897.481	<b>113.247.512</b>
CLINICA ALCLA	CLINICAS	22.847.689	42.714.075	38.228.523	<b>103.790.287</b>
HOSPITAL LOS ANTIGUOS (DR REYNALDO ALBERTO BIMBI)	HOSPITALES SANTA CRUZ	16.120.946	29.890.831	57.621.928	<b>103.633.705</b>
HOSPITAL PIEDRA BUENA	HOSPITALES SANTA CRUZ	20.193.376	32.458.740	48.973.075	<b>101.625.191</b>
HOSPITAL PERITO MORENO DR.OSCAR H.NATALE	HOSPITALES SANTA CRUZ	17.138.646	31.097.343	52.991.486	<b>101.227.475</b>
HOSPITAL GOBERNADOR	HOSPITALES SANTA CRUZ	11.363.669	27.326.045	57.524.659	<b>96.214.373</b>

<b>PRESTADOR</b>	<b>SUB CONCEPTO</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>TOTAL</b>
GREGORES - DR.RAMON E.SANTA PAUL					
CENTRO DIAG.X IMAG.CEDIMA G	DIAGNOSTICO POR IMAGENES	23.959.352	20.606.615	38.386.805	<b>82.952.772</b>
HOSPITAL PICO TRUNCADO	HOSPITALES SANTA CRUZ	20.502.577	17.270.523	41.799.144	<b>79.572.244</b>
INSTITUTO ALTAMIRA (CASA FREILE S.A)	HOSPITALES Y CLINICAS OTRAS PROVINCIAS	13.345.694	11.804.280	52.646.658	<b>77.796.633</b>
SANATORIO MITRE C.F. TRINIDAD-	CLINICAS	67.485.863	8.712.000		<b>76.197.863</b>
HOSPITAL PUERTO SANTA CRUZ (DR.EDUARDO CANOSA)	HOSPITALES SANTA CRUZ	8.402.072	16.380.237	40.857.025	<b>65.639.334</b>
SANATORIO SAN JOSE	CLINICAS	27.973.522	10.415.499	17.200.757	<b>55.589.778</b>
HOSPITAL DISTRITAL SAN LUCAS - 28 DE NOVIEMBRE	HOSPITALES SANTA CRUZ	9.302.089	16.887.523	29.177.766	<b>55.367.378</b>
AAARBA ASOC.ARGENTI NA ANESTESIA	ANESTESIA	14.132.333	9.978.754	25.769.275	<b>49.880.362</b>
CABIN	CENTROS ASISTENCIALES	14.899.361	11.145.948	13.396.870	<b>39.442.178</b>
HOSPITAL EL CALAFATE (U.C. SALUD FAMILIAR DR FORMENTI)	HOSPITALES SANTA CRUZ	7.343.180	10.347.970	17.288.499	<b>34.979.649</b>
IMAGENES MEDICAS BORELLI S.A.S.	DIAGNOSTICO POR IMAGENES	86.420	1.994.781	32.715.041	<b>34.796.243</b>

<b>PRESTADOR</b>	<b>SUB CONCEPTO</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>TOTAL</b>
VIDT CENTRO MEDICO S.R.L.	CENTROS ASISTENCIALES	4.770.320	10.623.386	9.931.350	<b>25.325.056</b>
HOSPITAL ITALIANO	CLINICAS	4.178.172	1.031.562	14.856.068	<b>20.065.802</b>
FACOEP - FACTURACION Y COBRANZA DE LOS EFECTORES PUBLICOS S.E.	HOSPITALES Y CLINICAS OTRAS PROVINCIAS	2.994.216	2.562.069	12.804.208	<b>18.360.494</b>
FUNDACION FAVALORO	CLINICAS	13.663.770	1.843.029	422.152	<b>15.928.951</b>
IMAXE (MEGARED CORP S.A)	DIAGNOSTICO POR IMAGENES	7.456.914	2.669.089	5.747.710	<b>15.873.713</b>
REVERIE (AMG SALUD S.R.L)	CENTROS ASISTENCIALES	4.491.046	4.565.050	6.448.232	<b>15.504.329</b>
NUTRIHOME - NUTRICION DOMICILI	CENTROS ASISTENCIALES	2.894.719	4.466.833	6.325.658	<b>13.687.210</b>
CEMCO S.A.	CENTROS ASISTENCIALES	1.486.872	3.330.123	8.825.870	<b>13.642.864</b>
FUNDAC. CENTRO INVESTIG. DIAGNOST Y TRAT. FCIDYT	CENTROS ASISTENCIALES	146.044	1.340.058	11.608.080	<b>13.094.183</b>
CODUTTI ALEXIS	ANESTESIA	12.709.854			<b>12.709.854</b>
BAREIRO WALTER OSCAR	ANESTESIA	12.606.503			<b>12.606.503</b>
CENTRO NEUROS (GEA SALUD S.R.L.)	CENTROS ASISTENCIALES			12.285.712	<b>12.285.712</b>
ORTEGA BLAS MATIAS	ANESTESIA	11.701.216			<b>11.701.216</b>
GONGORA JARA INITI EMILIO	ANESTESIA	11.030.742			<b>11.030.742</b>

PRESTADOR	SUB CONCEPTO	2019	2020	2021	TOTAL
CONTRERA JUAN JOSE	ANESTESIA	8.312.848			<b>8.312.848</b>
HOSPITAL GARRAHAN	CLINICAS	3.162.239	1.429.427	1.470.341	<b>6.062.007</b>
TOTAL		1.566.072.085	1.911.788.349	4.126.812.299	<b>7.604.672.732</b>

Fuente: Elaboración propia con información de la Caja de Servicios Sociales - Santa Cruz

Por otro lado, si dividimos estos prestadores por zonas podemos observar que la participación de Capital Federal decreció considerablemente durante el 2020 y 2021 mientras que los prestadores de la Zona Sur de Santa Cruz tuvieron mayor participación del gasto total. Esto es producto de la pandemia y su imposibilidad de viajar a Capital Federal. Cabe destacar que en este diagnóstico inicial resulta difícil hacer un análisis comparativo de la evolución de los precios en las prestaciones médicas por zonas.

Tabla 1 - Gastos en prestadores médicos agrupados por zona

ZONA	2019	2020	2021	TOTAL
ZONA SUR	686.496.468	1.114.624.451	2.461.427.962	<b>4.262.548.882</b>
ZONA NORTE	368.622.074	443.555.580	1.028.707.061	<b>1.840.884.715</b>
CAPITAL FEDERAL	482.708.487	330.658.090	570.633.748	<b>1.384.000.325</b>
COMODORO RIVADAVIA	28.245.055	22.950.228	66.043.528	<b>117.238.811</b>
TOTAL	<b>1.566.072.085</b>	<b>1.911.788.349</b>	<b>4.126.812.299</b>	<b>7.604.672.732</b>

Fuente: Elaboración propia con información de la Caja de Servicios Sociales - Santa Cruz

### **Ranking de proveedores – Provisión de medicamentos.**

Con el objetivo de identificar los principales proveedores según cada concepto de erogación, se realizó un ranking de proveedores de medicamentos de los últimos 36 meses donde se puede visualizar que hay 6 proveedores que agrupan el 83,6% de los gastos totales en medicamentos.

Por otro lado, si dividimos el gasto por tipo de medicamentos podemos observar que alrededor del 60% del gasto total se dirige a los medicamentos de alto costo lo que parece razonable por el impacto que tiene cada uno de estos medicamentos. Incluso se puede observar que los medicamentos de alto costo

tuvieron un incremento anual del 68% en el 2021, siendo porcentualmente menor que el incremento vinculado a la provisión de medicamentos en su conjunto.

En los medicamentos de alto costo se observa una mayor concentración de proveedores, donde 4 proveedores tienen más del 80% de las erogaciones. Sin embargo, a partir del 2020 se ve una mayor diversificación de proveedores en este rubro.

Tabla 2 - RANKING PROVEEDORES DE MEDICAMENTOS

PROVEEDORES	2019	2020	2021	TOTAL	%
FARMACIAS GRUPO SANTA CRUZ SALUD	536.749.247	611.634.039	964.681.170	2.113.064.456	27,5%
NUCLEOFARMA S.A.	494.956.008	190.297.339	938.382.664	1.623.636.012	21,1%
DROGUERIA SUIZO ARGENTINA S.A.		332.404.478	497.147.425	829.551.904	10,8%
DROGUERIA META S.A.		340.203.930	456.410.753	796.614.682	10,4%
ABC S.A. DROGUERIA	221.612.847	360.008.484	4.796.373	586.417.704	7,6%
PROYECTA MILLENIUM S.A.		171.530.719	312.664.649	484.195.368	6,3%
FARMACIAS GRUPO CARCAMO	53.236.286	103.499.261	277.747.407	434.482.954	5,6%
GENZYME DE ARGENTINA S.A.		58.363.303	118.520.155	176.883.458	2,3%
FARMACIAS GRUPO CALTEZ	23.330.696	35.404.356	74.013.178	132.748.230	1,7%
FARMACIA CRUZ DEL SUR CROCE SA	19.617.228	27.969.230	29.162.382	76.748.840	1,0%
OTROS PROVEEDORES	158.229.416	61.356.107	219.874.372	439.459.896	5,7%
TOTAL	1.507.731.729	2.292.671.245	3.893.400.528	7.693.803.503	100,0%

Fuente: Elaboración propia con información de la Caja de Servicios Sociales - Santa Cruz

### **Ranking de proveedores –Medicamentos Alto Costo.**

Los medicamentos de alto costo representaron un gasto total de \$2.408.272.891 en el 2021, representando un 61,9% de los gastos de los medicamentos. Esto destaca la importancia de este rubro dentro de las erogaciones. En cuanto al ranking de proveedores, podemos destacar la

concentración en 5 principales droguerías que representan el 98% de los gastos en este concepto del 2021, entre ellas Nucleofarma SA, Droguería Suizo Argentina SA, Droguería Meta SA, Proyecto Millenium SA y Genzyme de Argentina SA.

Tabla 3 - RANKING PROVEEDORES MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO

PROVEEDORES	2019	2020	2021	TOTAL
NUCLEOFARMA S.A.	494.956.008	190.297.339	938.382.664	1.623.636.012
DROGUERIA SUIZO ARGENTINA S.A.		332.404.478	497.147.425	829.551.904
DROGUERIA META S.A.		340.203.930	456.410.753	796.614.682
ABC S.A. DROGUERIA	216.596.390	336.942.736		553.539.126
PROYECTA MILLENIUM S.A.		171.530.719	312.664.649	484.195.368
GENZYME DE ARGENTINA S.A.		58.363.303	118.520.155	176.883.458
ONCOLIFE S.R.L.	42.567.238		33.766.960	76.334.199
PROYECTA MILLENIUM S.A. ALTO COSTO			40.020.063	40.020.063
ACE CAMOYTE (NUCLEO FARMA)	14.585.826	3.238.182		17.824.008
PROVEEDORES HOSPITALARIOS S.A.			11.337.652	11.337.652
BIOLOGICAS		97.198		97.198
DR LAZAR Y CIA S.A.Q.E I.		16.750	22.570	39.320
<b>TOTAL</b>	<b>768.705.463</b>	<b>1.433.094.635</b>	<b>2.408.272.891</b>	<b>4.610.072.989</b>
% sobre gasto total de medicamentos	50,98%	62,51%	61,86%	59,92%

Fuente: Elaboración propia con información de la Caja de Servicios Sociales - Santa Cruz

Si observamos los gastos de los traslados producto de las derivaciones de los afiliados, se ve una disminución de los gastos correspondientes a vuelos aéreos y hoteles producto de la pandemia durante el 2020 y 2021, la situación es inversa en los gastos de vuelos sanitarios teniendo un incremento sustancial en el 2021. Para verlo más detalladamente, se dividieron los proveedores en los siguientes subconceptos: Hoteles, traslados aéreos y sanitarios, y traslado en ambulancia.

### Ranking de proveedores – Hoteles.

El gasto en hoteles descendió un 30,6% durante el 2020 producto de la pandemia, aunque se observa un incremento en el 2021. Se observan dos hoteles que concentran la gran parte del presupuesto, Libertadores SA y Soluder SRL, respectivamente, ambos en Capital Federal.

Tabla 4 - RANKING PROVEEDORES HOTELES

PROVEEDOR	ZONA	2019	2020	2021	TOTAL	%
LIBERTADOR ES S.A.	CAPITAL FEDERAL	64.083.775	75.489.126	150.632.557	290.205.458	37,2%
SOLUDER SRL	CAPITAL FEDERAL	90.667.257	80.118.662	97.588.550	268.374.469	34,4%
CHIVEREAM O S.A.	CAPITAL FEDERAL	47.611.478			47.611.478	6,1%
LIPORACI HOTEL	ZONA SUR	15.168.970	12.027.865	18.026.205	45.223.040	5,8%
HOSPEDAJE MG	COMODO RO RIVADAVI A	5.832.675	4.425.200	7.491.700	17.749.575	2,3%
HOSTERIA LA POSADA - BERTINAT ADELMO	ZONA SUR	6.281.613	4.310.093	6.196.894	16.788.600	2,2%
HOTEL COSTANERA DEL SUR S.A.	ZONA NORTE	5.327.343	3.111.365	6.936.214	15.374.922	2,0%
OTROS		40.958.573	11.810.440	26.756.880	79.525.893	10,2%
<b>TOTAL</b>		<b>275.931.684</b>	<b>191.292.751</b>	<b>313.629.000</b>	<b>780.853.434</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración propia con información de la Caja de Servicios Sociales - Santa Cruz



## Ranking de proveedores – Traslados Aéreos, Sanitarios y Ambulancias

Tabla 20 - RANKING PROVEEDORES VUELOS SANITARIOS

PROVEEDOR	2019	2020	2021	TOTAL	%
VITTAL S.A.			35.429.430	35.429.430	29,5%
DOS MIL AEROSISTEMA	6.826.294	9.086.017	18.878.772	34.791.083	28,9%
MD FLY S.A.	4.056.982	5.784.314	9.720.200	19.561.496	16,3%
AVIAJET S.A.			14.658.900	14.658.900	12,2%
BROKER AIR S.A.	1.443.140		6.676.000	8.119.140	6,8%
ADER SERV AEREOS			6.890.000	6.890.000	5,7%
CEDMA AVIACION SRL			785.000	785.000	0,7%
<b>TOTAL</b>	<b>12.326.415</b>	<b>14.870.331</b>	<b>93.038.302</b>	<b>120.235.049</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración propia con información de la Caja de Servicios Sociales - Santa Cruz

Tabla 21 - RANKING PROVEEDORES VUELOS AEREOS

PROVEEDOR	2019	2020	2021	TOTAL	%
POP TOURS GMTI S.A.	90.717.068	41.617.293	67.684.222	200.018.582	88,5%
APPIAN LINE TOURS	12.148.790	6.508.673	7.215.259	25.872.722	11,5%
<b>TOTAL</b>	<b>102.865.858</b>	<b>48.125.966</b>	<b>74.899.481</b>	<b>225.891.304</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración propia con información de la Caja de Servicios Sociales - Santa Cruz

Tabla 22 - RANKING PROVEEDORES TRASLADOS EN AMBULANCIAS

PROVEEDOR	2019	2020	2021	TOTAL	%
VITTAL S.A.		11.572.890	3.395.499	14.968.388	68,6%
TRASLADOS MANITAS S.A.S	605.457	1.743.721	2.243.824	4.593.002	21,0%
UNIDAD CORONARIA MOVIL QUILMES S.A.			1.336.441	1.336.441	6,1%

PROVEEDOR	2019	2020	2021	TOTAL	%
QUAMED S.A			928.548	928.548	4,3%
TOTAL	605.457	13.316.611	7.904.312	21.826.380	100,0%

Fuente: Elaboración propia con información de la Caja de Servicios Sociales - Santa Cruz

Los traslados en ambulancia disminuyeron de \$13.316.611 en el 2020 a \$7.904.312 en el 2021 producto de la cantidad de personas que fueron trasladadas durante la pandemia. Cabe recordar que durante el 2020 la mayoría de los traslados fueron a hospitales/sanatorios cercanos al domicilio del afiliado por las restricciones vigentes de poder usar otros tipos de traslados (aéreos y sanitarios). Esto provocó una sobreutilización de ambulancias.

### **INDICADORES DE GESTION**

Se pueden considerar como objetivos comunes de los Sistemas de Salud, aquellos que persiguen básicamente:

Equidad y suficiencia tanto en el acceso universal a la atención sanitaria como en la disponibilidad efectiva de una asistencia idéntica ante problemas sanitarios similares.

Protección social, que asegure tanto el acceso universal a las prestaciones básicas, con independencia de la capacidad de pago, como sus efectos redistributivos.

Eficiencia "macro", que establezca una proporción suficiente del gasto sanitario agrupado en relación al producto interno bruto (PIB).

Eficiencia "micro", que asegure el mayor nivel posible de salud y satisfacción de los ciudadanos, asociado a la mejor organización y estructura de gestión sanitaria.

Autonomía profesional responsable que permita compatibilizar la libertad clínica con el logro de los objetivos anteriores.

En la actualidad la mayoría de las reformas intentan alcanzar mejoras de micro gestión y de eficiencia en la producción de los servicios, más de acuerdo con la política de reorientar los servicios hacia el afiliado y de facilitar la contención del gasto mediante la introducción de la competencia regulada.

Las medidas adoptadas con carácter general, aunque su aplicación específica en cada situación sea diferente, tienen como finalidad básicamente:

- Delimitación y separación de la financiación de la provisión de servicios.
- Descentralización progresiva de la gestión, dando mayor protagonismo a

la micro gestión de los profesionales.

- Incremento de la participación de los usuarios facilitándoles la libre elección del médico y de los proveedores.
- Limitación de las prestaciones sanitarias, absolutamente necesaria dado el constante crecimiento del gasto sanitario.
- Control del gasto farmacéutico, actuando tanto sobre la oferta como sobre la demanda.
- Aplicación de formas de cofinanciación privada de los servicios para reducir la demanda, concientizando al ciudadano sobre el costo real de los servicios médicos.

Paralelamente, y en orden a mejorar la atención sanitaria prestada a los ciudadanos existe consenso general en potenciar la atención primaria y la salud comunitaria, devolviendo al médico generalista su protagonismo en la atención a las familias sea cual sea su forma de trabajo, tradicional, individualizado, o colectiva en forma de cooperativas, o de equipos de atención.

Adicionalmente se busca potenciar las acciones de medicina preventiva y las campañas de salud pública y educación sanitaria, como también la coordinación entre niveles asistenciales, de forma que la tradicional separación entre atención primaria y atención especializada, se reemplace por la protocolización de los procesos asistenciales, la formación médica continuada y actividades conjuntas como sesiones clínicas, guías fármaco terapéuticas, etc.

Aún con estas acciones, el progresivo envejecimiento de la población y el incremento de expectativas de vida, han generado la aparición de las patologías crónicas, suscitando la necesidad de aumentar la disponibilidad de camas de media y larga estancia, y de hospitales geriátricos o residencias asistidas.

El citado envejecimiento poblacional y el coste de la tecnología sanitaria se argumentan como causas fundamentales, junto a la universalización de la cobertura pública de las prestaciones, sobre el peso del gasto en salud dentro de los presupuestos públicos.

El sistema de la salud se caracteriza por ser un mercado claramente particular donde el paciente no elige qué demandar y delega en los profesionales la decisión de su consumo. Al mismo tiempo contribuye al sistema con fondos a través de cuotas, aportes, contribuciones, etc., que son administrados por financiadoras, las cuales a su vez contratan a los prestadores o profesionales de la salud, con o sin asociaciones intermediarias.

Se observa, entonces, una cantidad significativa y poco habitual de actores, en comparación con otras actividades de servicio. A todo ello se agregan las asimetrías de información; la incertidumbre acerca de la ocurrencia de la enfermedad y su gravedad, así como también la incógnita respecto al tratamiento más adecuado; como la ausencia de un producto homogéneo.

Es importante considerar que cuando hay fallas de mercado se corre el riesgo que los recursos no sean asignados de una manera socialmente eficiente por el mercado, lo que brinda argumentos para la intervención del Estado con el objetivo de mejorar la eficiencia.

La búsqueda de la equidad es la principal razón que fundamenta esta participación pública en el mercado de la salud, ya que las características de los servicios sanitarios llevan a interrogarse si se está en presencia de un bien meritorio y el hecho de que todos puedan alcanzarlo para mejorar el bienestar general.

En líneas generales, el papel que asumen los gobiernos cuando intervienen en el mercado de la salud puede adoptar dos modalidades. Una de ellas, se manifiesta a través de la intervención indirecta y puede ser descrita como una función donde los Estados ajustan el entorno en el que los distintos actores del sistema actúan, en pos de lograr decisiones privadas más eficientes. La segunda, es una intervención directa y se caracteriza por la provisión pública de los recursos que no son proporcionados a niveles correctos o adecuados por parte del sector privado.

Como se ha mencionado, en nuestro país el sistema de financiación de la salud se caracteriza por una importante fragmentación. La misma puede definirse desde tres dimensiones: normativa, regulatoria y territorial. La primera dimensión, fragmentación normativa, se destaca en el hecho que, a grandes trazos, el sistema opera bajo tres formas de aseguramiento, generando la existencia de distintos subsistemas:

- Seguro Social: incluye a beneficiarios vinculados, en el presente, al sistema laboral, los que aportan a una Obra Social y reciben cobertura para sí y su grupo familiar. En este grupo se incluye, también, a aquellos que desarrollaron actividades en su etapa activa y a su retiro reciben los beneficios de aseguramiento para población pasiva o sistemas de retiro específicos de algunas actividades. La fuente de financiamiento surge mayoritariamente de aportes del trabajador y contribuciones del empleador, calculados ambos, como un porcentaje de las retribuciones brutas.

- Privado: agrupa a todos los beneficiarios que cuentan con capacidad propia de aporte y contratan un seguro voluntario de salud. Adhieren al mismo de manera intencional a través del pago de una cuota con la cual se financian las prestaciones de salud. Puede presentarse como complemento de los

restantes subsistemas o constituirse en la única cobertura que dispone el individuo.

- Público: que asegura a toda la comunidad, incluye a la población sin cobertura formal por no hallarse en relación de dependencia y no contar con recursos para contratar un seguro privado de salud. El estado en sus diversos niveles asegura el financiamiento de este grupo afectando recursos del presupuesto público. La comunidad en su conjunto a través del pago de impuestos financia estas prestaciones.

Por su parte, el sistema político federal de nuestro país y la descentralización de la salud pública desde la nación hacia las provincias, influyen –también– en la segmentación geográfica, habida cuenta que son veinticuatro los jurisdiccionales provinciales que participan del sistema, administrando y gestionando la salud pública y brindando cobertura a los empleados públicos de cada provincia a través de las obras sociales provinciales.

Esta descentralización genera que cada provincia brinde los servicios de salud que le permite su capacidad presupuestaria. De este modo, exceptuando el financiamiento por parte de programas nacionales, el resto se relaciona directamente con la capacidad contributiva de la población y con la asignación del gasto en salud que define cada región en su presupuesto provincial.

En este contexto, las obras sociales provinciales ocupan un lugar preponderante en el sistema de financiación de salud argentino. Dada la complejidad del mercado donde actúan y la segmentación de este colectivo, se visibiliza la necesidad de contar con indicadores que posibiliten el control de gestión de variables clave del sector sanitario.

Como se señaló anteriormente, alrededor del 64% de la población argentina tiene cobertura formal a través de obras sociales o planes de salud privados, en tanto que el Estado tiene bajo su exclusiva responsabilidad la salud del 36% restante de la ciudadanía.

La distribución de la población con cobertura formal, el 25% son afiliados a obras y servicios sociales de los estados provinciales, agrupando 7.200.000 beneficiarios, y por esta magnitud le otorga el carácter de grupo de referencia dentro de los seguros de salud. A pesar de ello, se puede apreciar que este colectivo, contiene las características propias del sistema de seguros múltiples: falta de coordinación de políticas sanitarias.

## **Construcción de Indicadores**

En el ámbito de los servicios sanitarios es habitual el uso de indicadores en apoyo a los procesos de planificación y evaluación. La búsqueda de medidas objetivas que reflejan el estado de salud de la población y midan la calidad y eficiencia del sistema es una antigua tradición en salud pública.

Por tal motivo, la disponibilidad de un conjunto básico de indicadores constituye la materia prima para efectuar análisis del sector, pensando que son útiles, entre otras cuestiones, para medir variables representativas que hacen al funcionamiento del proceso de atención sanitaria, evaluar cambios en el tiempo y hacer comparaciones en el espacio.

Esto último no solo posibilita estudiar tendencias y realizar análisis comparados, pero básicamente son medidas indicativas o luces que alertan sobre una situación, pero para completar un análisis más profundo deben complementarse con otras herramientas de gestión, estados contables o datos económico-financieros

No obstante, la evaluación o monitoreo a través de indicadores tiene la ventaja de la sencillez, valorándose como una herramienta de primera magnitud para conocer a tiempo la información disponible.

A partir del 2011, el Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina, en la búsqueda de realizar acciones tendientes a fortalecer la gestión de las entidades que nuclea y representa, a prueba el proyecto elaborado por la Universidad Nacional del Litoral para el desarrollo del Observatorio de Seguridad Social Provincial.

Dentro de los principales objetivos del Observatorio está la generación de indicadores de gestión de las obras sociales provinciales que puedan ser utilizados para el monitoreo y para la toma de decisiones, para lo cual se propuso identificar la demanda global de la población a través de las principales estadísticas y tasas de producción, determinar los valores prestacionales de mercado para las principales prestaciones brindadas.

A partir de la experiencia que ha acumulado el Observatorio, utilizaremos como comparativo los valores obtenidos para las distintas regiones del país, con los que resultantes para la Caja de Servicios Sociales de Santa Cruz, bajo la premisa de que la generación de información de gestión resulta de gran utilidad para la planificación y el control.

La utilización de indicadores resulta fundamental, habida cuenta que en los casos de ausencia de datos sistematizados, son instrumentos sencillos que posibilitan un primer avance para obtener información relevante en tiempo oportuno.

Dentro de la diversidad de cuestiones a ser controladas en las obras sociales, la demanda prestacional es una variable clave, en virtud que la cantidad y la ubicación geográfica de los usuarios cubiertos es importante para dimensionar los recursos humanos y tecnológicos necesarios, así como también para identificar la oferta de prestadores requerida para satisfacer esa demanda.

Luego, las tasas de uso, son indicadores que agregan información para la toma de decisiones, entendiendo que las mismas están influidas por la demanda efectiva de la población bajo cobertura y la conducta diagnóstico- terapéutica de los prestadores.

Los indicadores de consumo se desarrollan bajo la hipótesis de que la utilización de servicios se corresponde a las necesidades, las principales medidas de utilización de un servicio de salud se refieren a: Tasas de consultas médicas, Tasas de intervenciones quirúrgicas, Tasas de diagnósticos médicos, Tasa de hospitalización (número de ingresos y altas), Tasa de días de hospitalización, y Tasa de medicamentos.

Considerando lo anterior, se debería avanzar en la recolección de información y la construcción de distintas tasas de uso de la Obra Social de la provincia de Santa Cruz, bajo la siguiente metodología:

#### a) Tasa Consultas

La fórmula genérica del indicador es:

$$\frac{\text{Número de Consultas}}{\text{Total Afiliados}} \times 100 = \text{Tasa Consultas cada 100 afiliados}$$

Este indicador es una importante señal de utilización o consumo y accesibilidad de servicios ya que la consulta médica define la frecuencia del público para demandar atención, y también se muestra la disponibilidad de los servicios.

La tasa de uso encontrada estará directamente relacionada con la demanda efectiva de la población bajo cobertura junto con la conducta diagnóstico- terapéutica de los prestadores. Existe una correlación directa entre estas dos variables, puesto que una demanda inicial de los afiliados se vincula con las indicaciones de los profesionales para utilizar los servicios de diagnóstico

y tratamiento. Así, es considerada como la puerta de entrada al sistema, habida cuenta que a partir de las mismas comienzan a derivarse otras prestaciones.

Al realizar la lectura del resultado de esta tasa, debe tenerse en cuenta que la misma mide primariamente la demanda de atención de la población y secundariamente, el comportamiento de los servicios y efectores de atención médica.

En este sentido, en un intento de mejorar el análisis se propone desagregar el indicador, diferenciando la tasa de beneficiarios para la primera consulta de las posteriores, entendiendo que la primera visita se relaciona probablemente con la necesidad genuina del paciente, en tanto que las subsiguientes pueden estar, en cierto modo, influidas por las recomendaciones médicas. En esta línea, se suele utilizar otro indicador denominado beneficiarios que consultan, el que surge de dividir el total de afiliados que concurren al médico por el total de población beneficiaria.

#### b) Tasa Precio Consultas

Este indicador pretende medir la relación entre el total de consultas realizadas un ejercicio sobre la población cubierta multiplicada por el valor monetario medio de honorario médico abonado por la Caja.

Esta información, en primera instancia permite dimensionar el gasto por consulta por afiliado, dato que sin duda alguna contribuye en la planificación financiera de las entidades de servicios de salud.

La fórmula es la siguiente:

$$\frac{\text{Número de Consultas}}{\text{Total Afiliados}} \times \text{Precio Consulta} = \text{Tasa Precio Consultas}$$

La fórmula propuesta parece sencilla de resolver, sin embargo, en su cálculo interviene un factor que adiciona cierto nivel de complejidad al análisis: el precio de la consulta está influido por la especialidad del profesional interviniente, el tipo de oferta y demanda existente, la capacidad instalada, la condición de negociación del financiador y del prestador, la capacidad presupuestaria, la asignación de recursos y la prevalencia histórica del método de pago elegido.



Así, es necesario cruzar los indicadores de tasas de consultas, ya sean primera consulta o derivación a especialista, con el control de otras variables como la duración de tratamientos según la patología, uso de los pacientes por especialidad, control cuantitativo y cualitativo de prácticas o estudios requeridos, entre otros.

### c) Tasa Internación

La tasa de egresos por internación es otro de los indicadores que pueden reflejar el consumo del segundo nivel de atención médica.

A diferencia de las consultas, los egresos suelen presentar baja concentración por individuo en el año.

Total de Egresos
----- x 100 = Egresos cada 100 afiliados
Total de Afiliados

La tasa propuesta, para cumplir con el objetivo de comparaciones en el tiempo y en el espacio, debe ser acumulada en intervalos de tiempo.

Trabajar información sobre egresos no permite analizar el estado de salud de la población adherida ni los resultados del proceso de atención médica, pero posibilita dimensionar accesibilidad al sistema, estacionalidad de demanda, disponibilidad de recursos físicos por parte del prestador y en muchos casos conducta prestacional de los profesionales, si se lo vincula con la variabilidad de la práctica médica.

Este indicador está muy relacionado con el referido a pacientes día / cada 100 beneficiarios / año, que se utiliza habitualmente para el cálculo de indicadores de costos, en los modelos que se basan en contrataciones por prestación. Para estos casos, el numerador corresponde a la suma de los pacientes día correspondiente a los egresos del período.

### d) Tasa Días de hospitalización

Los días de estancia o estadía en los centros de internación es otro indicador que se suele utilizar para la medición de la eficiencia del sistema,

considerando el aprovechamiento de las camas disponibles y la agilidad de los servicios brindados en los hospitales y sanatorios.

En este sentido es importante considerar que no sólo deben estudiarse las ineficiencias vinculadas a las internaciones que se prolongan más allá de los parámetros normales, sino también las consecuencias de las altas prematuras, antes de la resolución de los problemas de salud, las que pueden repercutir en un costo mayor si se producen reingresos, afectando también la calidad de vida del paciente.

Por su parte, para la generación de valores indicativos del gasto por concepto de internación, el valor pensión vinculado directamente al costo de la cama o índice de precio de referencia para la contratación por prestaciones, puede ser utilizado para vincularlo con los egresos cada 100 afiliados y el promedio de días de estadía hospitalaria por paciente.

La fórmula resulta de considerar la siguiente relación:

Días de hospitalización
----- = Tasa hospitalización
Total Internaciones

#### e) Tasa Gasto Internación

Por su parte, para la generación de valores indicativos del gasto por concepto de internación, el valor pensión vinculado directamente al costo de la cama o índice de precio de referencia para la contratación por prestaciones, puede ser utilizado para vincularlo con los egresos cada 100 afiliados y el promedio de días de estadía hospitalaria por paciente.

Egresos cada 100 afiliados x Valor día de la pensión x Días de estancia hospitalaria
= Gasto en internación por cada 100 afiliados

Cabe destacar que el pago por estancia hospitalaria tiene la propensión a provocar la maximización del número de estancias, riesgo ingresos a la internación innecesarios y aumento de la duración media de la estancia, de modo que las financiadoras deben poner especial atención en las auditorías y controles de esta variable.

#### f) Intervenciones quirúrgicas

De las tasas de uso mencionadas habitualmente por la literatura como indicadores relevantes, se seleccionó para trabajar la tasa de consulta por afiliado.

La fórmula para calcular este indicador es:

$$\frac{\text{Número de Intervenciones}}{\text{Total Afiliados}} \times 100 = \text{Tasa Intervenciones por 100 afiliados}$$

Este indicador es una importante señal de utilización o consumo y accesibilidad de servicios para la solución de patologías donde hace falta la intervención quirúrgica.

La evolución en el tiempo de este indicador permite anticipar costos más elevados en concordancia con los gastos vinculados con una intervención quirúrgica, hospitalización, y recuperación del paciente.

#### g) Tasa Uso Medicamentos

El principal consumo en salud es medir la intensidad que tiene la población afiliada en el uso de medicamentos.

La fórmula del indicador es:

$$\frac{\text{Gasto total en medicamentos}}{\text{Total Afiliados}} \times 100 = \text{Tasa Uso Medicamentos cada 100 afiliados}$$

Este indicador es una importante señal de utilización o consumo de medicamentos que surgen a partir de la prescripción médica.

#### h) Tasa Diagnósticos Laboratorio

Otra forma de medir el consumo de salud de la población afiliada es construir la tasa de diagnósticos de laboratorio.

La fórmula del indicador es:

$\frac{\text{Número de Diagnósticos Laboratorio}}{\text{Total Afiliados}} \times 100 \text{ afiliados} = \text{Tasa Diagnósticos Laboratorio 100 afiliados}$
--

También este indicador es una importante señal de utilización o consumo de servicios que surgen a partir de la consulta médica, y define la frecuencia del público para demandar este tipo de diagnóstico.

i) Tasa Diagnósticos por imágenes

Adicionalmente, y como forma para revisar el consumo de salud de la población afiliada, se puede elaborar la tasa de diagnósticos por imágenes.

Para lo cual, los datos que se necesitan relevar son los siguientes:

$\frac{\text{Número de Diagnósticos Imágenes}}{\text{Total Afiliados}} \times 100 = \text{Tasa Diagnósticos Imágenes por 100 afiliados}$
--

Este indicador es una importante señal de utilización o consumo de servicios que surgen a partir de la consulta médica, como también permite analizar la frecuencia del público para demandar este tipo de diagnóstico.

j) Tasa por Derivaciones

Para el caso de obras sociales provinciales, y donde por normativa está al alcance de los afiliados la consulta de profesionales o centros de salud de otras regiones, se puede revisar la evolución de los gastos incurridos por la Caja a partir de este consumo de salud de la población afiliada.

La fórmula del indicador es:

$$\frac{\text{Número de Derivaciones}}{\text{Total Afiliados}} \times 100 = \text{Tasa Derivaciones cada 100 afiliados}$$

Este indicador es una importante señal de utilización o consumo de servicios que surgen a partir de la consulta médica en otras jurisdicciones.

#### k) Tasa Costo Derivaciones

El siguiente indicador tiene como finalidad presentar la evolución de los costos asociados a la derivación de afiliados hacia otras jurisdicciones. Para la obtención de este indicador se utilizará la información contable sobre el gasto total que implica el traslado de los afiliados derivados (pasaje, viáticos, etc.) y el promedio de la estadía en otra jurisdicción.

La fórmula resultante es la siguiente:

$$\text{Derivaciones cada 100 afiliados} \times \text{Valor día de la derivación} \times \text{Días de estancia} = \text{Gasto en derivación por cada 100 afiliados}$$

Pueden adicionalmente, hacer una desagregación por tipo de prestación, por región, también por periodicidad, lo sugerido anteriormente apunta a concretar un resumen de variables interrelacionadas que, sirven para completar un tablero de control que facilitara el control estratégico de la gestión.

## **CONSIDERACIONES PRELIMINARES**

- La población total de la provincia de Santa Cruz es de 374 mil habitantes (proyectado año 2021 INDEC), el 51% está compuesto por varones y el 49% mujeres.
- Su estructura por edades muestra que el 8,8% es de hasta cuatro años (33 mil), el tramo de 5 a 19 años representa el 26,3% (98 mil), el de 20 a 59 el 54,9% (205 mil), y el de 60 años y más el 9,9% (37 mil) de la población de la provincia.
- El Índice de Desarrollo Humano (IDH), asciende en la provincia al 0,861, ubicándose un 3,8% por debajo del IDH nacional.
- La tasa de mortalidad infantil para la provincia fue del orden del 7,4‰, siendo 19,6% inferior al total país que ascendió al 9,2‰, mostrando un descenso a partir del año 2015
- De acuerdo con los datos de la Encuesta de Factores de Riesgo efectuada en el año 2018 el 20,8% de la población de 18 años y más, posee condiciones generales de salud regular o mala. Este porcentaje es superior al promedio regional que asciende al 19,5% para la región patagónica y se encuentra levemente por debajo del promedio a nivel nacional del 20,9%.
- La cobertura de salud únicamente pública alcanzó al 17,5% del total de la población de la provincia (más de 62 mil personas). Este tipo de cobertura segmentada por edades muestra que entre los menores de hasta 17 años alcanzó a 19,6% (22 mil), entre los de 18 a 24 al 34,3% (12 mil), de 25 a 64 al 15,8% (27 mil), y entre los adultos mayores de 65 años el 15,8% (27 mil personas).
- En cuanto a los recursos en salud, posee 351 establecimientos asistenciales, de estos establecimientos, 91 son del Sector Público.
- Cuentan con internación 34 establecimientos y 57 sin internación. A su vez, 11 efectores presentan dependencia municipal, 77 dependen de la provincia, 3 establecimientos pertenecen a la órbita nacional.
- Además, la provincia cuenta con 245 establecimientos de salud con financiamiento privado, de los cuales 3 poseen internación general, 208 son establecimientos de diagnóstico, tratamiento o ambas prestaciones sin internación y 34 son establecimientos de salud complementarios destinado a prestar asistencia a la población que coadyuva a las acciones realizadas por los otros tipos de establecimientos tales como sistemas de

emergencias, vacunatorios, etc.

- Por otra parte, existen 8 establecimientos dependientes de las fuerzas armadas, de Seguridad o del servicio penitenciario, de los cuales uno cuenta con internación. También existen 6 establecimientos de salud sin internación de diagnóstico y tratamiento dependientes de obras sociales o mutuales.
- De acuerdo a los datos obtenidos del Sistema integrado de información sanitaria Argentino (SISA), se verifica una amplia oferta brindada por efectores de dependencia pública o privada en la provincia. No obstante, prestaciones específicas de alta complejidad, tales como reumatología, trasplantes, fertilización asistida, entre otras, deben ser derivadas a otras provincias o capital federal para su tratamiento.
- La jurisdicción cuenta con 1.061 médicos lo que representa 2,8 médicos cada 1.000 habitantes, encontrándose por debajo del promedio a nivel nacional (4 médicos cada 1000/h).
- Las camas habilitadas ascienden a 1.281 lo cual representa 3,42 camas cada 1.000 habitantes (un 34% menos camas cada 1.000 habitantes que a nivel nacional). Si se analiza por departamento, el 83% de las camas se encuentran ubicadas en efectores de los departamentos de Güer Aike, Deseado y Lago argentino.
- Con respecto a la distribución de la cobertura de salud de la población de la provincia, y considerando las principales fuentes de financiamiento, el 29% de la población posee cobertura SUMAR, es decir cobertura pública exclusiva, el 30% tienen alguna obra social nacional o empresa de medicina prepaga, el 34% se encuentra cubierto por la obra social provincial y el 7% posee cobertura de PAMI.
- A partir del 22 de noviembre de 2019, la LEY N° 3677 por medio de la cual hubiere previsto la REESTRUCTURACIÓN NORMATIVA DE LA CAJA DE SERVICIOS SOCIALES DE LA PROVINCIA con el objeto de brindarle a la misma un nuevo marco regulatorio de la acción médico asistencial y las acciones de logística y acción social destinadas a los trabajadores activos y/o pasivos del Gobierno de la Provincial ; otorgándole para ello la potestad de funcionar como entidad autárquica tanto en el ámbito público y como privado.
- En tal sentido establece como obligatorio el ingreso a la misma de todo el personal que tuviere una relación de dependencia laboral en cualquiera de los tres poderes del Estado Provincia y vincula su funcionamiento con el Poder Ejecutivo Provincial por intermedio del Ministerio de Salud y Ambiente de la Provincia de Santa Cruz.
- A su vez, el marco normativo vigente en esta Ley permite que los

Municipios de la Provincia adhieran a su régimen brindándole los mismos beneficios a sus trabajadores.

- Dicho marco normativo regula el funcionamiento de la Caja de Servicios Sociales de la Provincia de Santa Cruz previendo en términos generales la asistencia del conjunto de sus beneficiarios no solo en lo referido a prestaciones médico-asistenciales sino también acciones socio-económicas e inclusive crediticias de acuerdo a los objetivos y fines expuestos en la ley.
- La Caja de Servicios Sociales sea gestionada por un Directorio integrado por su Presidente, designado por el Poder Ejecutivo Provincial, en forma conjunta con cuatro Vocales, dos de los cuales son designados por el mismo Poder y que las otras dos vacantes sean ocupadas por los candidatos elegidos por sus afiliados; siendo uno de los candidatos representante de los titulares activos y el otro de los titulares pasivos
- El Directorio es fiscalizado por un Síndico el cual es designado y removido por el Poder Ejecutivo Provincial, a propuesta del Ministerio de Salud y Ambiente.
- Cabe aclarar que, en la actualidad, dentro del marco legal vigente, el gobierno y administración de la Caja se encuentran en forma transitoria a cargo de la figura de un Interventor.
- El Poder Ejecutivo ha emitido el DECRETO N° 0252 de fecha 11 de Marzo de 2020 el cual tiene como objeto aprobar el Régimen Electoral para la elección de los vocales representantes de los afiliados activos y pasivos que integran el Directorio de la Caja de Servicios Sociales.
- El financiamiento de la Caja el aporte obligatorio de sus afiliados en actividad el cual será del cuatro por ciento (4%) sobre toda remuneración sujeta a descuentos jubilatorios; estableciendo el mismo porcentaje de aporte para los afiliados en pasividad sobre los haberes que perciban; en ambos casos para afiliados que no tuvieren cargas de familia; previendo para el caso de afiliados con núcleo familiar primario el aporte de una cuota adicional del sesenta por ciento (60%) sobre la base establecida anteriormente.
- Y un aporte del seis por ciento (6%) en concepto de contribución por parte de la Provincia por los agentes de la Administración Pública Provincial en actividad, sobre toda remuneración de estos sujeta a descuentos jubilatorios y la contribución de la Caja de Previsión Social de la Provincia, que deberá abonar el seis por ciento (6%), por los jubilados y pensionados de dicho régimen sobre el total del haber jubilatorio.
- Complementariamente su financiamiento se nutre del aporte de los afiliados voluntarios el cual es estipulado por el Directorio.



- El Reglamento General de la obra social (Resolución provincial 11409/19) describe con claridad el alcance de las coberturas en salud, y los requisitos necesarios para el acceso a estas. En la práctica, estas disposiciones son utilizadas como un manual de procedimientos para la gestión de cada beneficio.
- El total de afiliados es de 123.904, de los cuales el 51% son afiliados directos, 47% afiliados adherentes y el resto son afiliados adjuntos y voluntarios.
- La evolución del total de afiliados durante los últimos tres años fue: 2019=126.085, 2020=123.447 y 2021=123.904.
- Por los afiliados obligatorios, el aporte personal promedio mensual fue de \$4.645 y la contribución patronal promedio mensual fue de \$5.920.
- El 78% de los afiliados son trabajadores activos y su grupo familiar, el resto son los jubilados y pensionados más su grupo familiar.
- La Caja de Servicios Sociales (CSS) erogó \$11.252.048.699 en 2021 vs. \$6.053.642.241 en el 2020, representando un incremento anual del 85,9%. Esta variación fue muy superior al IPC – Gastos de Obras Sociales de la región Patagonia que alcanzó el 46% en el 2021.
- Los principales incrementos en las erogaciones de la CSS se vieron afectados por la provisión de medicamentos (105%), prestaciones hospitalarias (90%) y prestaciones médicas (92%). Cabe destacar que estos tres conceptos representaron el 66% del gasto total de la obra social en el 2021.
- Realizando un análisis de la participación de cada erogación a lo largo de los últimos 3 años, cabe destacar la evolución de la provisión de medicamentos sobre el resto de los conceptos, cuya participación se incrementó del 24% al 36% del gasto total.
- Con respecto a los gastos de funcionamiento, la institución erogó \$65.781.959 durante el 2021, representando un incremento del 164% anual. Gran parte del incremento se vio representado por los gastos de conservación.
- El gasto en personal del 2021 fue de \$510.485.347 representando un 4,5% sobre los gastos totales de la institución. Si vemos la evolución, este concepto tuvo una disminución de 2,5 puntos porcentuales a lo largo de los últimos cinco años a pesar de que la dotación del personal aumentó un 6%.
- Con el objetivo de identificar los principales proveedores según cada concepto de erogación, se realizó un ranking de proveedores de medicamentos de los últimos 36 meses donde se puede visualizar que

hay 6 proveedores que agrupan el 83,6% de los gastos totales en medicamentos.

- Por otro lado, si dividimos el gasto por tipo de medicamentos podemos observar que alrededor del 60% del gasto total se dirige a los medicamentos de alto costo.
- En los medicamentos de alto costo se observa una mayor concentración de proveedores, donde 4 proveedores tienen más del 80% de las erogaciones. Sin embargo, a partir del 2020 se ve una mayor diversificación de proveedores en este rubro.
- La disponibilidad de un conjunto básico de indicadores constituye la materia prima para efectuar análisis del sector, pensando que son útiles, entre otras cuestiones, para medir variables representativas que hacen al funcionamiento del proceso de atención sanitaria, evaluar cambios en el tiempo y hacer comparaciones en el espacio.
- Esto último no solo posibilita estudiar tendencias y realizar análisis comparados, pero básicamente son medidas indicativas o luces que alertan sobre una situación, pero para completar un análisis más profundo deben complementarse con otras herramientas de gestión, estados contables o datos económico-financieros
- Se ha presentado un set de indicadores para su construcción, con el objetivo de realizar una correcta evaluación o monitoreo de la gestión, siendo una herramienta de primera magnitud para conocer a tiempo la información disponible.

## **2. DESARROLLO DE UN PLAN DE COMUNICACIÓN PARA MEJORAR LA RELACIÓN CON LOS AFILIADOS**

### **INTRODUCCIÓN**

La CSS cuenta con una Dirección de comunicación estratégica que comenzó su actividad en enero del 2021, con un plan de acción basado en tres puntos: redes sociales, medios de comunicación (que incluye entrevistas y gacetillas propias que impulsa la Secretaría de Medios del Gobierno de Santa Cruz) y comunicación interna (que consiste en un sistema de mailing que está discontinuado, meets abordando temas específicos en el personal y grupos de whatsapp).

La dirección está integrada por 2 personas: Constanza Ryan (dirección) y Emiliano Nuñez (diseño). No posee mapa de flujo comunicacional, públicos internos ni públicos externos.

### **2.1. Diagnóstico Comunicación con afiliados**

El diagnóstico de situación se compone de la observación y análisis de los métodos, canales e información pública disponible, de los resultados del informe solicitado en el primer cuestionario y de los intercambios mediante entrevistas con la Directora de Comunicación de la Caja, Constanza Ryan.

A continuación, se listan los puntos diagnosticados en los respectivos apartados:

- Atención presencial en delegaciones (18): Río Gallegos, Caleta Olivia, CABA, 28 de Noviembre, Río Turbio, El Calafate, El Chaltén, Tres Lagos, Piedra Buena, Pto. Santa Cruz, Pto. San Julián, Gdor. Gregores, Puerto Deseado, Jaramillo, Pico Truncado, Las Heras, Perito Moreno, Los Antiguos.
- WhatsApp: cuentas personales y/o business bajo números y equipos de la organización. No hay unificación en cuanto tipo de cuenta, descripciones, imagen de perfil, estructura de armado, respuestas automáticas, estilo de redacción. Este formato de atención surgió con la pandemia y la organización brindó equipos y números por área para resolver las necesidades de los afiliados dentro de dicho marco.

- Mails: canal no regulado. Cada área posee mail oficial y casillas que se abren aleatoriamente según criterio/necesidad de cada empleado. No hay registro ni control de estas casillas.

- Redes Sociales: interacción vía Facebook, Instagram, YouTube y Twitter, de escaso alcance.

- Sitio Web: presenta desarrollo de contenidos por tema no observándose un criterio de prioridades y navegación por objetivos del usuario (UI/UX).

Se observa gestión de contenido y desarrollo de imagen institucional. No se observa una estrategia de comunicación integral adaptada por canal y usabilidad de los mismos.

### **Circuito de la comunicación con el afiliado**

Dentro de las dos oficinas principales: dependencia Sur Río Gallegos y dependencia Norte Caleta Olivia, existen seis áreas de atención al afiliado:

- Afiliaciones
- Auditoría farmacéutica
- Auditoría médica
- Derivaciones
- Convenios interprovinciales
- Auditoría bioquímica

Cada área tiene su propio canal de comunicación con el afiliado

- Atención presencial
- Número de whatsapp
- Casilla de mail

En las restantes (15) dependencias de toda la provincia la atención es presencial y vía teléfono fijo. El empleado toma la solicitud del afiliado y luego:

- Lo envía mediante los canales mencionados al personal en la delegación central que corresponda (norte o sur).

- Resuelve trámites presenciales en la propia delegación: reintegros y afiliaciones.

- Intenta resolverlo utilizando canales informales. En estos casos el tiempo de respuesta es mayor, genera que el trámite se extienda en tiempo, se desgasten recursos y no siempre el caso se resuelve de forma positiva.

### **Notas y observaciones:**

- Hay trámites que pueden realizarse 100% de forma virtual y otros que requieren la presentación documentación en original por lo que son rigurosamente de resolución presencial en delegación.
- Dependiendo del tipo de consulta, el afiliado debe contactarse con números y mails correspondientes al área específica. Por lo que si el afiliado posee una consulta de farmacia y otra de reintegros, por ejemplo, debe realizar los trámites por dos vías separadas. Esto afecta a la optimización de recursos de la CSS y repercute en la imagen que el afiliado construye de la CSS. Se muestra parcelada, dividida y con altos niveles de burocracia perceptibles.
- Los agentes de salud que atienden y responden las consultas de los afiliados no tienen acceso a un reporte histórico. No hay registro ni seguimiento de trámites, pedidos y/o consultas. Denota una despersonalización, desgaste de la imagen, desgaste de recursos: debe rastrearse en caso de que se pueda la situación y/o el agente de salud pedir toda la información completa en cada nuevo contacto.
- No cuentan con manual de inducción o guía sobre flujos de comunicación: mapeo de consulta sobre responsables por área, tema y medio de contacto que permita a los agentes de salud identificar cómo y a quién derivar un caso según la necesidad, ubicación, etc.

### **Recomendaciones:**

Frente a dichas observaciones se recomienda crear un documento que establezca el listado de trámites presenciales y digitales para incluir en las futuras campañas de comunicación interna.

Con respecto a los puntos 2, 3 y 4, prevén ser solucionados con la creación de la APP que comenzará a registrar las solicitudes del afiliado, historial y documentos pudiendo ser una base de consulta para el área necesaria.

### **Identidad Visual, tono y discurso**

La CSS cuenta con Manual de Marca establecido donde se registran los puntos necesarios para llevar adelante la imagen institucional. En cuanto a constitución (colorimetría, tipografías e imagen general) se alinea con los objetivos que persigue la institución.

El tono del mensaje y discurso es claro, simple y cercano.

En cuanto a este ítem se consideran recomendaciones de aplicación en la construcción de piezas:

Contraste: se observa la necesidad de reforzar el uso de contraste en los colores de fondo y tipografía en las piezas donde el texto supera el 30% del espacio.

Reducir la cantidad de texto, aumentar el contraste entre el texto y fondo para potenciar una mejor lectura sobre todo en versión digital y celular. <sup>1</sup>

### **Comunicación con el afiliado canales digitales**

Al ingresar a la página web de la CSS un pop-up le indica al afiliado las vías de contacto y horarios para agilizar sus trámites. El relevamiento de las cuentas allí mencionadas arroja el siguiente resultado:

#### **a) Whatsapp**

1. Afiliaciones

Número: 2966-639256

Cuenta de empresa

“DIRECCIÓN AFILIACIONES C. S. S.”

Foto de perfil: Logo de la caja y bajada “Afiliaciones CSS”

Catálogo: tienen dos placas, una informando sobre la atención al público y dónde obtener un turno y sobre la cobertura para hijos”

---

<sup>1</sup> Ver anexo 1; figura 1.1-1.2

En la descripción indica la dirección de la sede, la web y el mail de contacto.<sup>2</sup>

2. Auditoría Médica

a) Zona Sur

Número: 2966-748122

Cuenta particular

Foto de perfil: Logo de la caja y bajada “Auditoría Médica Zona Sur”

Estado: “SOLO MSJ.. NO SE RECIBEN AUDIOS NI LLAMADAS.. HORARIOS DE 8:00 HASTA 13.30.”<sup>3</sup>

b) Zona Norte

Número: 297-4371240

Cuenta particular

Foto de perfil: tiene una foto de una hoja impresa con vías de comunicación muy poco legibles.<sup>4</sup>

3. Derivaciones

a) Zona Sur

Número: 2966-343976

Cuenta particular

Foto de perfil: Logo de la caja y bajada “Derivaciones CSS”

Estado: “Disponible”<sup>5</sup>

b) Zona Norte

Número: 297-4371240

Cuenta particular

---

<sup>2</sup> Ver anexo 2; figura 2.1-2.4

<sup>3</sup> Ver anexo 2; figura 2.5

<sup>4</sup> Ver anexo 2; figura 2.6

<sup>5</sup> Ver anexo 2; figura 2.7

Foto de perfil: Información sobre la Delegación de Caleta Olivia - mails de contacto de Afiliaciones, derivaciones, compras, administración, farmacia, servicios sociales, auditoría bioquímica.

Estado: “Derivaciones CSS CO- URGENCIAS. Consultas: [derivacionescaletaolivia@gmail.com](mailto:derivacionescaletaolivia@gmail.com)”<sup>6</sup>

#### 4. Auditoría Farmacéutica

##### a) Zona Sur

Número: 2966-626026

“Auditoría Farmacéutica”

Cuenta de empresa

Foto de perfil: Logo de la caja y bajada “Auditoría Farmacéutica Zona Sur CSS”

Estado: “NO SE RECIBEN LLAMADAS NI AUDIOS”

Catálogo: tienen dos placas, una sobre la ley de genéricos y otra sobre recomendaciones para comunicarse por whatsapp”

En la descripción indica el horario de atención de whatsapp.<sup>7</sup>

##### b) Zona Norte

Número: 297-6236137

Cuenta particular

Foto de perfil: Logo no actualizado de la CSS

Estado: “En el trabajo”<sup>8</sup>

#### 5. Bioquímica

Número: 2966-690143

Cuenta de empresa

“AUDITORÍA BIOQUÍMICA”

---

<sup>6</sup> Ver anexo 2; figura 2.8

<sup>7</sup> Ver anexo 2; figura 2.9-2.12

<sup>8</sup> Ver anexo 2; figura 2.13



Foto de perfil: Logo de la caja y bajada “Auditoría Bioquímica CSS”

Estado: “No puedo hablar, solo WhatsApp”

Catálogo: no tienen información

En la descripción indica el horario de atención por whatsapp.<sup>9</sup>

## 6. Convenios Interprovinciales

Número: 2966-626181

Cuenta particular

“CONVENIOS CSS”

Foto de perfil: Logo de la caja y bajada “Convenios Interprovinciales”<sup>10</sup>

### **Recomendaciones**

Todas las cuentas de WhatsApp de atención deben ser categoría empresa, contar con foto de perfil con el logo actualizado de la CSS con la bajada del área particular de atención, en el catálogo debe incluir información relevante del área de atención (campañas, accesos a diversos enlaces, etc.) incluir el link a la web, el horario de atención y localización.

#### **b) Sitio Web: [www.css.gov.ar](http://www.css.gov.ar)**

Implementado en 2016, realizado bajo el constructor Wordpress.

Se releva que el sitio no cuenta con estadísticas de medición de navegación como volumen de visitantes, segmentos o rutas más consultadas.

Se recomienda instalar métodos analíticos, cookies y/o píxeles de conversión que permitan recolectar información estadística para ser utilizada posteriormente en decisiones estratégicas de formato y estructura de las comunicaciones basadas en el requerimiento real del afiliado. Conocer estadísticamente cómo el usuario navega y utiliza la web permite tomar decisiones basadas en requerimientos reales.

---

<sup>9</sup> Ver anexo 2; figura 2.14-2.15

<sup>10</sup> Ver anexo 2; figura 2.16

Se observa la necesidad de establecer un sistema de links donde el usuario pueda dirigirse a la información bajo una navegación fluida e intuitiva, deben actualizarse link de accesos directos (teléfonos, emails y WhatsApp), mapas.

Se recomienda una reestructuración del contenido y estructura de navegación de la web bajo estrategia de experiencia de usuario como prioridad y considerando un canal de open data una vez establecida la App. De esta forma el sitio cumplirá una función intermedia entre los afiliados y la App. El sitio debe contener toda la información necesaria que redirija al afiliado a la App y/o brindar información de contacto y apoyo al afiliado mediante uso de links.

### **Recomendaciones de diseño:**

Se respeta el manual de marca enviado por la correspondiente dirección, no amerita menciones.

Cuidar la calidad de los PGJ, PNJ o similares utilizados como pop-up. Se observa material despixelado.<sup>11</sup>

### **Recomendaciones de estructura:**

Menús: menú principal, secundario y display del buscador.

- Menú principal priorizar ítems con mayor volumen de consultas respondiendo a la necesidad del afiliado: ej. turnos, farmacia, afiliaciones.
- Menú inferior utilizar un footer con menú completo fijo (mapa completo del sitio) donde el usuario pueda encontrar el link directo al tipo de información que busca.
- Buscador: colocar en los patrones de búsqueda los ítems que se identifiquen como de mayor consulta (turnos, farmacia, afiliaciones, por ejemplo) y arrojar los links de interés. Actualmente el buscador remite a notas de la página blog. Se recomienda dejar el blog como apartado de "novedades" sin que este contenido interfiera en la búsqueda de una solución ante un problema, consulta o urgencia de un afiliado.
- Links de contacto: En lo que refiere a medios de contacto se recomienda establecer un sistema de links para que el afiliado logre un enlace directo

---

<sup>11</sup> Ver anexo 3; figura 3.1

y rápido con el área que desea comunicarse. Actualmente los datos se muestran como una imagen dentro de la web, no permitiendo realizar acciones de acceso directo o copiar para llevar la información a otro espacio.<sup>12</sup>

Se sugiere aplicar estos cambios ya que permiten una conexión directa del afiliado con la acción que desea resolver. Se sugiere el uso de emoticones, flechas, indicaciones visuales que indiquen el tipo de canal. A su vez, redactar los textos centrados izquierda- derecha, con mayor espacio entre líneas, para favorecer la lectura y entendimiento de la información. Asimismo, sería importante revisar que mapas y enlaces carguen correctamente. En la sección de Delegaciones, hay error al cargar mapa<sup>13</sup>. En el caso de El Chaltén se incluyen fotos de la delegación. Se recomienda unificar colocando material fotográfico de la totalidad de las delegaciones.

En la sección de contacto el mapa no carga correctamente.<sup>14</sup>

Al ingresar a la web aparece un pop-up que indica “Esperamos tu whatsapp”, pero no en todas las secciones hay un número de whatsapp como medio de contacto. En Odontología, Consultorios Externos, Operativa y Fonoaudiología se ofrece únicamente una dirección de e-mail.<sup>15</sup>

- Nube de palabras: se realizó un análisis del contenido textual concluyendo que, la información textual en sí misma, compone un acierto homogéneo y certero de temas. Posicionando a la web dentro de los objetivos buscados. Por lo que, esto nos permite concluir que el material en sí mismo es correcto, debiendo realizarse ajustes de criterios de navegación, diseño de la información y prioridades de la misma, entre otros puntos nombrados anteriormente.<sup>16</sup>

---

<sup>12</sup> Ver anexo 3; figura 3.2-3.3

<sup>13</sup> Ver anexo 3; figura 3.4

<sup>14</sup> ver anexo 3; figura 3.5

<sup>15</sup> ver anexo 3; figura 3.6

<sup>16</sup> ver anexo 3; figura 3.7

- Evaluación de construcción/programación: el sitio presenta la evaluación más baja en cuanto relación: tiempo de carga, estructura, respuestas, etc.

Siendo A una evaluación óptima y F la evaluación más baja. Se recomienda revisar antivirus, tamaños de imágenes, plugs, cache, hosting, etc. y toda cuestión relativa a la construcción de un WP que solo puede ser relevada teniendo acceso al CPanel del admin del constructor mencionado.<sup>17</sup>

### c) Redes sociales

El contenido de los canales se produce desde la Dirección de Comunicación que ejecuta una planificación de material bajo los conceptos antes mencionados: calendario de salud, actualidad de la Obra Social y gacetillas.

Actualmente la CSS posee cuentas activas en las siguientes redes sociales<sup>18</sup>:

- Instagram <https://www.instagram.com/csssantacruz>
- Facebook <https://www.facebook.com/csssantacruz>
- Twitter [https://twitter.com/css\\_santacruz](https://twitter.com/css_santacruz)
- YouTube

<https://www.youtube.com/channel/UCskIRdotWu67YEnPXC6wqXg>

Red Social	Primer Post	Seguidores	Posts/Archivos Totales	Tasa engagement <sup>19</sup> (alcance)
Instagram	21 julio 2020	1396	499	2.4%
Facebook	13 enero 2021	5278	798	1.4%

<sup>17</sup> Ver anexo 3; figura 3.8-3.10

<sup>18</sup> Ver anexo 4; figura 4.1-4.4

<sup>19</sup> Tasa de engagement: promedio de likes de últimas 10 publicaciones/seguidores de c/ plataforma (likes/seguidores) x100.

Twitter	8 febrero 2021	134	68	0%
YouTube	12 abril 2021	71	19	26.7%

\*20

### **Diagnóstico de situación:**

De acuerdo a los datos analizados y la observación de las plataformas se obtienen los siguientes resultados.

- Configuración técnica: correcta.
- Imagen y diseño: manual de marca aplicado. Ver recomendaciones.
- Contenido textual: completo, correcto. La información en sí misma es completa.
- Estructura de copys: no se observa una estructura de escritura establecida. Emoticones: uso esporádico. No se observa estructura estratégica continua. Ver recomendaciones.

### **Elementos de alcance:**

- Historias diarias: uso de historias de forma diaria en el período relevado (febrero - marzo 2022)
- Historias destacadas: existentes, se pueden optimizar. Ver recomendaciones.
- Enlaces: no se observa uso de enlaces en historias y en posteos de forma intermitente que permitan linkear con los sitios de interés. Ver recomendaciones.
- Hashtags: no se observa aplicación estratégica.
- Interacción: comentarios, seguidores por parte de la CSS, correcto. Se responden los comentarios y la tasa de seguidores/seguídos es correcta.
- Engagement: según criterios de aceptación académica sobre mediciones en canales digitales el engagement rate arriba del 10% se cuenta como bueno/aceptable para cubrir con los objetivos en canales digitales.
- Omnicanalidad: todas las redes envían al usuario al sitio web. Si el objetivo de la CSS es encauzar a sus afiliados a dicho canal, el redireccionamiento es correcto. (Ver recomendaciones de mejora del sitio web).

---

<sup>20</sup> Números y enlaces diagnosticados al 3 de marzo de 2022 a las 12.25hs.

## **Recomendaciones:**

- **Imagen y diseño:** en posts alinear textos siempre a izquierda para favorecer la lectura, respetar márgenes y tamaños recomendados para cada red social y tipo de contenido. En igual caso que la recomendación realizada para el sitio web, se sugiere que el diseño pase a segundo plano focalizando la importancia en la información. Se recomienda no utilizar el logo en cada posteo, salvo portadas o cierres, ya que el usuario ya sabe que está dentro de una red social de la institución. Esto solo provoca una reducción de espacios y saturación visual. Se recomienda aplicar un mayor contraste entre letras y fondos para favorecer la lectura. En posts realizados anteriormente,<sup>21</sup> se observa un trabajo de diseño más sencillo pero una lectura más favorable, viéndose el resultado en la interacción de la publicación.

- **Estructura de copys:** en cuanto al contenido puro de la información se considera que es correcto ya que brinda datos necesarios, informa y educa sobre los distintos temas tratados. Se recomienda trabajar sobre la gestión del formato de presentación de dicho contenido adaptando su estructura a la modalidad efectiva de su uso en redes sociales.

Estructura sugerida: título gancho (espacio) descripción (espacio) beneficio/alivio/posibilidad (espacio) call to action (espacio) estructura de hashtags correspondiente.

Utilizar emoticones ya que remiten directamente como lenguaje no verbal y potencian el alcance del texto. Se recomienda utilizar emoticones que sean de referencia directa (gestos de manos, caras con expresiones) y siempre que sea posible en positivo.

Este formato de presentación también pretende generar contenido "guardable" lo que potencia el crecimiento, mejora el alcance y genera un sentido de utilidad y pertinencia del usuario con la institución.

Crear estructuras estables de escritura y elementos visuales para aumentar el reconocimiento y posicionamiento de la Institución en la mente de

---

<sup>21</sup> ver anexo 4; figura 4.5-4.6

los usuarios por identificación y repetición. Se sugiere crear esta estructura y adaptar el contenido a la misma.

### **Elementos de alcance:**

- Historias diarias: además de compartir la información actual se recomienda crear una planificación diaria para utilizar un ideal de cinco (5) historias diarias. Este número favorece el alcance y crecimiento. Aplicar siempre y cuando exista contenido de valor para compartir y pueda establecerse en una matriz de publicaciones planificadas. EJ: lunes: información de turnos / martes: encuestas sobre servicio XX / miércoles: novedades de la semana / jueves: recomendaciones sobre campañas activas, etc.
- Historias destacadas: se recomienda utilizar una menor cantidad de destacadas, ideal cinco, ya que es la cantidad de burbujas visibles en la mayoría de los dispositivos móviles. Dentro de cada destacada no sobrepasar las diez (10) ya que el tiempo estimado de visita total de un usuario a un canal es de un minuto y medio (1.30) minutos, en ese lapso el usuario debe revisar: datos en biografía + historias destacadas. De esta forma se maximiza su uso y cumplen la función de ser canales de información donde el usuario puede acceder rápidamente a las dudas/consultas más frecuentes. Utilizar enlaces en las mismas.
- Uso de enlaces: se recomienda maximizar su uso en: historias, historias destacadas, post de facebook y descripción de YouTube (se observan insertos pero no activos, esto puede deberse a errores de tipeo, se recomienda utilizar doble espacio cuando se escriben enlaces para activarlos). No deben utilizarse enlaces en espacios donde no se puede clicar, ya que solo genera frustración en el usuario por no poder llevar adelante una acción propuesta. Resumen: usar enlaces en cada espacio posible y evitarlos en espacios nulos (copsys de Instagram, diseños dentro de placas, etc).<sup>22</sup>
- Hashtags: se observa el uso de # propios de posicionamiento, se recomienda continuar con dicha estrategia y sumar # de posicionamiento de nicho según el tema tratado. Establecer un criterio de # altos (+1M), medios (+100.000) y bajos (- 10.000). Utilizar entre 20/25. Medir y evaluar.
- Engagement: se recomienda trabajar sobre la estructura de contenido y recomendaciones arriba enunciadas para aumentar esta tasa de forma orgánica. Considerar que es un punto recomendable apalancar los crecimientos con pautas pagas en caso de que se considere. Un engagement equilibrado se construye con 50% de trabajo realizado

---

<sup>22</sup> ver anexo 4; figura 4.7-4.9

de forma orgánica y un 50% de apalancamiento de forma paga respetando la construcción del algoritmo que así se conforma.

### **Conclusiones generales sobre comunicación con afiliados**

El diagnóstico sobre la CSS arroja las siguientes conclusiones finales en cuanto a canales, procedimientos, información e imagen de la Institución en su relación vincular con afiliados y la comunidad.

#### **Contenido: calidad de contenido óptimo.**

Entendiendo por contenido a las redacciones textuales y materiales audiovisuales, información dura, necesaria, datos, explicaciones de utilidad para el afiliado, se considera que toda la información necesaria se encuentra al alcance del afiliado. Se observa una línea estratégica de creación de material alineadas a los objetivos planteados por la Institución.

#### **Usabilidad: establecer nuevo criterio de presentación del contenido.**

Se observa que el contenido está presente de forma reactiva: es colocado a disposición y espera de la reacción/respuesta del afiliado. La información se presenta con nivel de escritura que incluye especificaciones y lenguaje técnico que podría ser simplificado para favorecer el proceso de identificación con el afiliado. Se recomienda reducir la cantidad de caracteres utilizados. Se recomienda la reubicación del contenido, re diseñar la ruta y accesos de comunicación bajo perspectiva de experiencia de usuario, priorizando temas de interés/necesidades del afiliado.

#### **Diseño:**

Las piezas y canales relevados, en general, respetan los lineamientos de marca. Se observa que el diseño está por sobre la información, por ello recomendamos rotar la estrategia de foco sobre la información. El diseño debe ser funcional a la información.

En resumen, se observa una estructura comunicacional interna y externa mixta compuesta por estrategias y canales formales e informales surgidos en la sinergia natural del crecimiento institucional y costumbres devenidas de las



necesidades de atención y resolución donde cada área de atención al afiliado ha generado sus propios criterios. Para alcanzar los objetivos propuestos en el presente trabajo se recomienda aplicar una estrategia compuesta por dos segmentos. En primer lugar, comenzar con una estrategia transversal de comunicación mediante un plan de acciones que llamaremos "puente" ya que unirán los momentos entre la presencialidad actual y la digitalización esperada. Esta primera etapa se focaliza en establecer vínculos, reforzar sentido de pertenencia, cercanía y basarse en contenido educacional segmentado por público objetivo. En segunda instancia, se aplicará un modelo de digitalización que aportará transparencia y rapidez focalizando el contenido en procesos, calidad de atención y respuesta.

### **3. Programa de Capacitación destinado al personal de la Institución**

Si bien no es un producto estimado para esta instancia, cabe destacar que se va registrando la evolución diagnóstica en cada eje del programa y ciertas pautas a tener presentes al momento de la elaboración de los recursos pedagógicos y de realización de las acciones de capacitación.

### **4. Desarrollo e implementación de una aplicación informática.**

#### **4.1 Diseño UE/UI de la aplicación**

##### **Introducción:**

En esta etapa se realizó el análisis y diagnóstico sobre la situación actual de la CSS en cuanto a oportunidades para avanzar en el diseño y aplicación de la APP

##### **A- Tareas específicas del equipo en esta etapa:**

- Se redactó un cuestionario, con inquietudes técnicas las que fueron resueltas parcialmente.
- Se solicitó acceso a una réplica con la que se pudiera investigar la estructura actual.
- Se realizaron modelos generales de base de datos que resuelven funcionalidades comunes como logueo de usuario, accesos y restricciones. Una vez realizado el relevamiento de procesos se avanzará en el desarrollo del modelado de los mismos.
- Se recibió información sobre el manual de marca, tipografías, logos y paleta de colores. Una vez recibido el equipo de diseño lo utilizó para delinear el maquetado de las pantallas, para su posterior desarrollo.
- Se investigó sobre la validación de identidad por medio del número de trámite y de la fecha de emisión del documento, a través de la base de datos del RENAPER. En tal caso la CSS deberá realizar un trámite para solicitar acceso a dicha base de datos.

##### **B. Trayectoria del proyecto:**

Durante esta primera etapa se llevaron a cabo 3 reuniones con la gerencia de sistemas de la CSS. Las dos primeras, el 1 y 14 de abril de 2022, en concepto de relevamiento. De la cuales se desprendió lo siguiente:

No cuentan con la infraestructura necesaria para alojar el servidor de base de datos. El mismo será contratado con algún proveedor de servicios en la nube o solicitarán un espacio de trabajo en los servidores de la provincia.

Buscarán un perfil que lleve a cabo tareas de mantenimiento una vez que finalice la implantación y el periodo de garantía.

Aún no poseen cuentas de desarrollador en google ni apple para publicar la aplicación. Las mismas serán solicitadas por la CSS en algún momento del desarrollo y con un tiempo prudencial a la fecha de despliegue. Ya que la misma será sometida a verificación por las empresas antes mencionadas. De no hacerlo podría derivar en cambios en las fechas de implementación establecidas.

Se planteó como problemática fundamental la mejora de la eficiencia en términos de gestión de trámites. La reducción de tiempos de carga, prevención de errores humanos, trazabilidad y seguimiento, así también como herramienta de comunicación con el afiliado. Finalmente pudiendo ser medio de obtención de indicadores que permitan prever falencias, desvíos e inconsistencias.

También servirá de apoyo a otras áreas como las económicas/financieras; a futuro, estas recibirán información que permita detectar exceso de costos, sectores con mayores gastos, cuellos de botella.

La tercera reunión fue el día 26/04/22, en la que se realizó la presentación de los diseños creados. Los cuales, junto con dos observaciones menores, fueron aprobados. Esto condujo a que podamos llevar el maquetado presentado a la etapa de desarrollo. Paralelamente al desarrollo y con intención de evitar retrasos, se llevaron a cabo tareas de diseño de base de datos utilizando conceptos que creíamos esenciales.

Al momento de que nos confirmarán la aprobación del diseño y evidenciando que optamos por el camino correcto, proseguimos a llevar el modelo a una base de datos propiamente dicha.

Actualmente nos encontramos llevando en paralelo tareas de:

1. Diseño de la interfaz de usuario del backoffice
2. Desarrollo del backend del backoffice
3. Desarrollo de la aplicación mobile C. Se adjuntan los diseños y bocetos con algunos de los requerimientos y funciones que tendrá la aplicación, diseño visual, tipografía, ya aprobados por la CSS

## ANEXO 1:



Figura 1.1. Posteo de instagram de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de <https://www.instagram.com/csssantacruz/?hl=es>



Figura 1.2. Posteo de instagram de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de <https://www.instagram.com/csssantacruz/?hl=es>

## Anexo 2



Figura 2.1. Perfil de whatsapp de Afiliaciones. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.

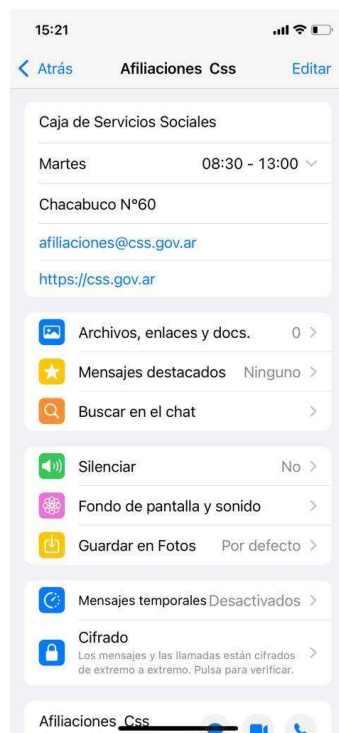


Figura 2.2. Perfil de whatsapp de Afiliaciones. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.3. Catálogo de whatsapp de Afiliaciones. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.

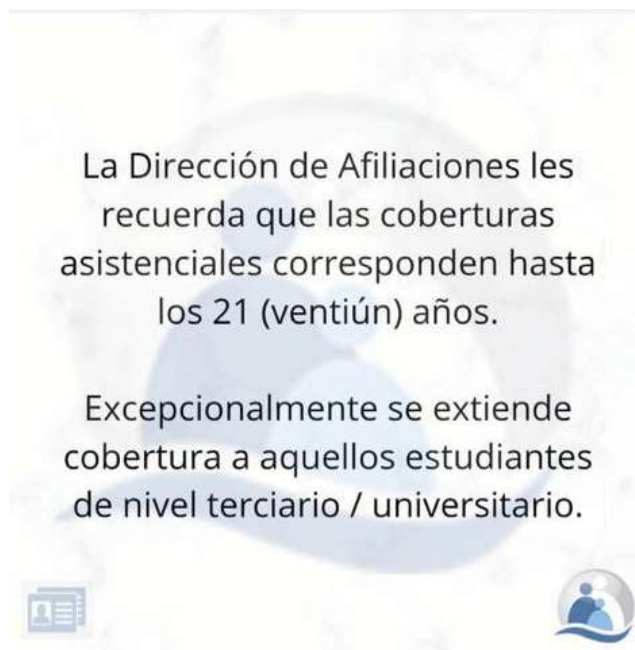


Figura 2.4. Catálogo de whatsapp de Afiliaciones. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.5. Perfil de whatsapp de Auditoría Médica Zona Sur. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.6. Perfil de whatsapp de Auditoría Médica Zona Norte. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.7. Perfil de whatsapp de Derivaciones Zona Sur. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.





Figura 2.8. Perfil de whatsapp de Derivaciones Zona Norte. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.9. Perfil de whatsapp de Auditoría Farmacéutica Zona Sur. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.

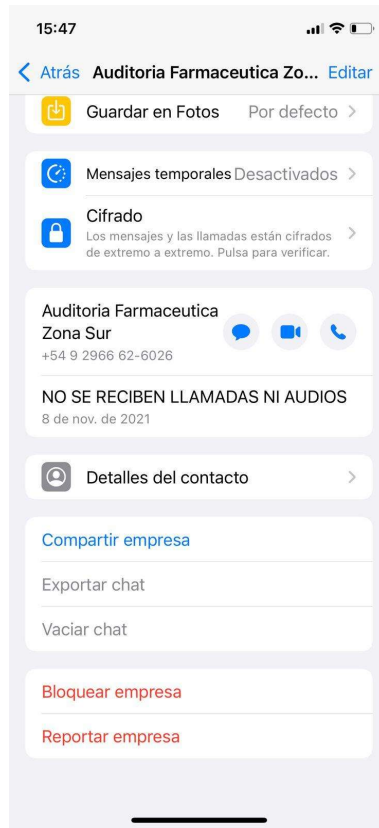


Figura 2.10. Perfil de whatsapp de Auditoría Farmacéutica Zona Sur. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.11. Catálogo de whatsapp de Auditoría Farmacéutica Zona Sur. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.

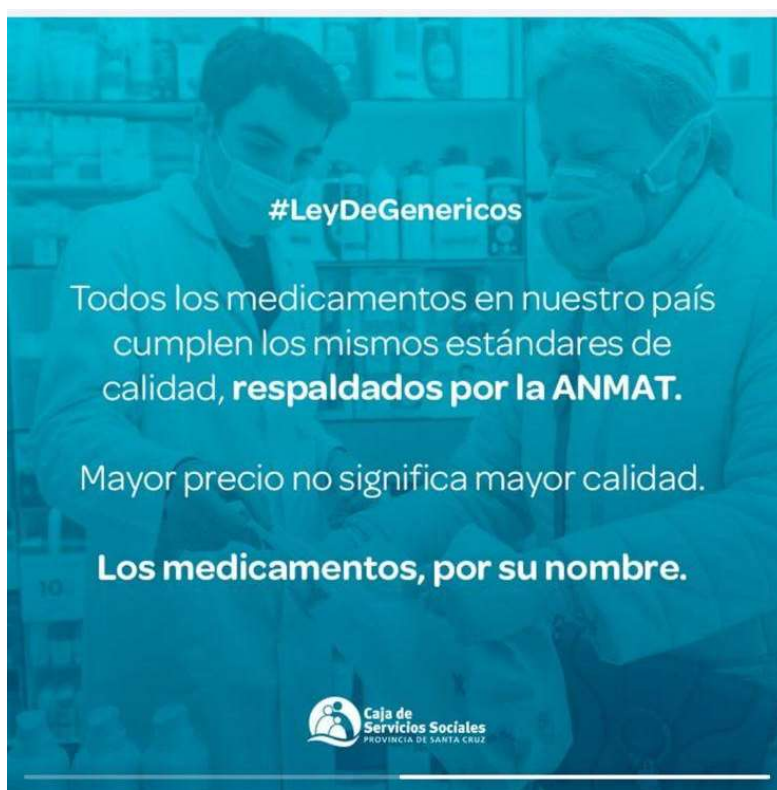


Figura 2.12. Catálogo de whatsapp de Auditoría Farmacéutica Zona Sur. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.13. Perfil de whatsapp de Auditoría Farmacéutica Zona Norte. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.14. Perfil de whatsapp de Bioquímica. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.15. Perfil de whatsapp de Bioquímica. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.16. Perfil de whatsapp de Convenios Interprovinciales. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.

## Anexo 3



Figura 3.1. Pop-up de la versión web de CSS. Recuperado el 4 de mayo de 2022 de [css.gov.ar/](http://css.gov.ar/)



Figura 3.2. Información de contacto de la versión web de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de [css.gov.ar/infoturnos/](http://css.gov.ar/infoturnos/)

## INFORMACIÓN IMPORTANTE

La sede central Río Gallegos de la Caja de Servicios Sociales atenderá sólo de manera remota hasta nuevo aviso debido a la situación epidemiológica actual y sus consecuencias en nuestro personal. La institución recuerda las líneas de atención remota y guardias:

**Servicios Sociales - Guardia**  
2966 449733 ssriogallegos@hotmail.com  
**Derivaciones - Guardia**  
2966 343976  
**Auditoría Médica**  
2966 748122 auditoriamedica2021@gmail.com  
**Auditoría Farmacéutica**  
2966 626026 cssfarmaciarg@gmail.com  
**Convenios interprovinciales**  
2966 626181 interprovinciales@css.gov.ar  
**Afiliaciones**  
2966 639256 afiliaciones@css.gov.ar  
**Consultorios Externos**  
2966 645853 consultorios.css@hotmail.com  
**Auditorías especializadas**  
**Fonoaudiológica:** consultasfono@css.gov.ar  
**Odontológica:** cssodontologia736@gmail.com  
**Bioquímica**  
2966 690143  
**Reintegros**  
reintegros@css.gov.ar /  
reintegros\_discapacidad@css.gov.ar



Figura 3.3. Información de contacto de la versión mobile de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de [css.gov.ar/infoturnos/](http://css.gov.ar/infoturnos/)

### Delegaciones

Río Gallegos	<p><b>Horario de atención:</b> De 08:30 a 13:00 hs</p> <p><b>Dirección:</b> Centro Cívico L1 (CP 9303)</p>
Capital Federal	
28 de Noviembre	
Río Turbio	
El Calafate	
El Chaltén	
Tres Lagos	
Piedra Buena	
Pto. Santa Cruz	



Figura 3.4. Información de delegaciones de la versión web de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de [css.gov.ar/delegaciones/](https://css.gov.ar/delegaciones/)

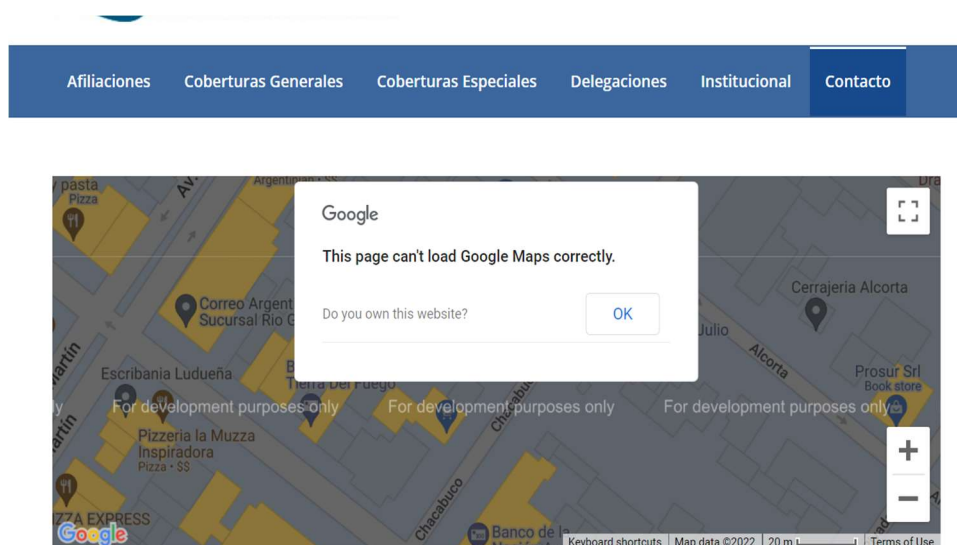


Figura 3.5. Información de contacto de la versión web de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de [css.gov.ar/contacto/](https://css.gov.ar/contacto/)

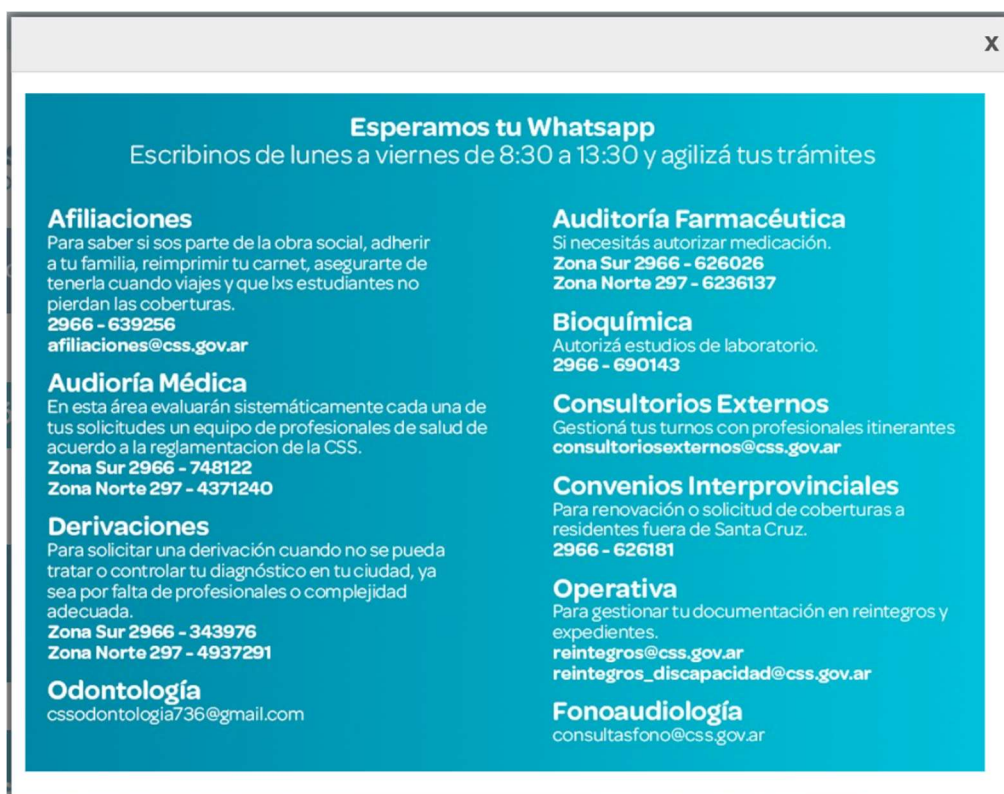


Figura 3.6. Pop-up de la versión web de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de [css.gov.ar/](https://css.gov.ar/)





Figura 3.7. Nube de palabras de la web de CSS. Realizada el 26 de abril de 2022 de <https://www.nubedepalabras.es/>



Figura 3.8. Informe de rendimiento para la web [css.gov.ar](https://css.gov.ar/). Herramienta utilizada: GTmatrix.

IMPACTO	AUDITORÍA
Alto	Elimine los recursos que bloquean el renderizado
Alto	Imágenes del tamaño adecuado
Alto	Evite enormes cargas útiles de red
Alto	Reducir el tiempo de respuesta inicial del servidor
Alto	Habilitar la compresión de texto
Alto	Evite encadenar solicitudes críticas
Mediana	No cargue de forma perezosa la imagen de pintura con contenido más grande
Mediana	Utilice una red de entrega de contenido (CDN)
Mediana	Servir activos estáticos con una política de caché eficiente
Mediana	Reducir CSS no utilizado
Mediana	Usa HTTP/2 para todos los recursos

Figura 3.9. Informe de rendimiento para la web css.gov.ar. Herramienta utilizada: GTmatrix.

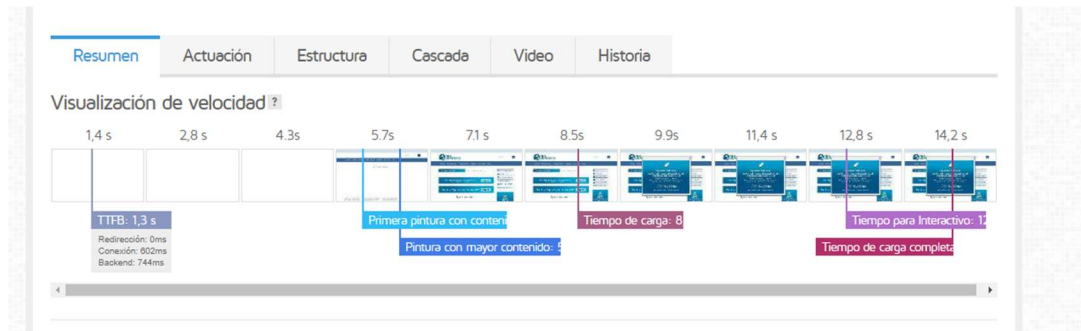


Figura 3.10. Visualización de velocidad para la web css.gov.ar. Herramienta utilizada: GTmatrix.

## Anexo 4



Figura 4.1. Perfil de youtube de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



Figura 4.2. Perfil de facebook de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



Figura 4.3. Perfil de twitter de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



Figura 4.4. Perfil de instagram de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



Figura 4.5. Posteos de instagram de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



Figura 4.6. Posteo de instagram de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



Figura 4.7. Publicación de youtube de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



Figura 4.8. Publicación de la web de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



Figura 4.9. Publicación de youtube de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



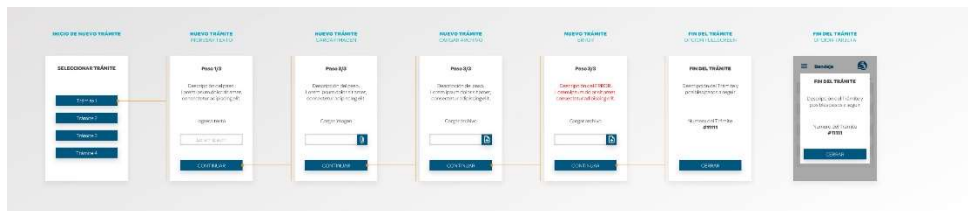
## ANEXO 5: App\_Bocetos y diseños aprobados por la CSS



Home



Inicio



Trámite

# **PROVINCIA DE SANTA CRUZ**

## **CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES**

**CONTRATO DE OBRA: Ex-2021-00034349-CFI-GES # DCS  
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA CAJA DE SERVICIOS  
SOCIALES DE LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ**

**INSTITUCION: UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRES DE FEBRERO**

### **INFORME DE PARCIAL II**

**Agosto 2022**

Coordinador Carlos Raúl Torres  
Diego Cristian Sánchez  
Carlos Andrés Torres  
Andrés Franco Berardi  
Silvina Grieder Pfund  
Carlos Farcy  
Sonia Gaviola  
Guillermo Oscar Bater  
Jimena Lopez Berzosa  
Mariel Romano Zanelli  
Jesús Rogelio Anselmi Suarez  
Lautaro Bifano  
Luciano Tiscornia  
Emiliano Andrijeszen  
Guillermo Suarez  
Susana Diosquez  
Fabiana Di Santo

<b><u>INDICE</u></b>	<b>pág</b>
<b>Fortalecimiento Institucional Caja de Seguridad Social Provincia de Santa Cruz -Resumen ejecutivo</b>	4
Objetivos generales	4
Objetivos específicos	4
Plan de tareas	4
Plan detallado de tareas	5
 <b>Productos correspondientes al período informado</b>	
 <b>1. Elaboración de una estrategia de gestión para eficientizar el uso de los recursos.</b>	 8
1.2.1 Análisis del Gasto en medicamentos y Prestadores Únicos	9
1.2.2 Propuestas de alternativas para optimizar el gasto en Medicamentos y Prestadores Únicos	39
1.2.3 Diseño e implementación de procedimiento de Control y Auditoria de prestaciones pagadas	52
<b>2. Desarrollo de un Plan de Comunicación para mejorar la relación con los afiliados</b>	<b>58</b>
2.2 Diagnóstico de la comunicación con la comunidad	58
2.2.1. Análisis de resultados de las encuestas	60
2.2.2.Conclusiones cuantitativas de encuesta a afiliados	63
2.2.3.Conclusiones cuantitativas de encuesta interna	68
2.2.4 Propuestas de mejora	71
Anexo 2.1. Cuestionario Afiliados	73
Anexo 2.2. Cuestionario Interno CSS	84
<b>3. Programa de Capacitación destinado al personal de la Institución</b>	<b>92</b>
3.2.2 Preparación de recursos pedagógicos	
3.2.2.1. Marco de referencia metodológico para elaboración de los recursos pedagógicos y la implementación de las acciones de capacitación del Programa.	93
3.2.2.2.Sobre los diseños curriculares de cada eje de capacitación	99
3.2.2.3.Plan de capacitación en el marco del presente programa	103
Anexo 3.1- Encuesta sobre acciones de capacitación de la CSS	108

Anexo 3.2- Minuta reunión con Gerencia de Auditoria Médica y de Atención al Público.	110
<b>4. Desarrollo e implementación de una aplicación informática</b>	<b>113</b>
Roadmap CSS	113
A. Tareas específicas del equipo en esta etapa:	114
B. Trayectoria del proyecto	115
C. Anexos que se adjuntan la documentación presentada a la	116
CSS	
4.1. El diagrama de entidad relación	117
4.2. Casos de uso	118
4.3. Gantt y Roadmap	119
4.4. Diagrama de arquitectura	120
4.5. Lista de tecnologías	120
Anexo general presentación 11.08-22– avances del período-	121

# FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ

## RESUMEN EJECUTIVO

En el marco del contrato de obra: **EX-2021-00034349-CFI-GES # DCS Fortalecimiento Institucional de la Caja de Servicios Sociales de la Provincia de Santa Cruz**, se presenta el **Informe parcial II**.

El presente contrato tiene por objetivos los siguientes:

### **Objetivos Generales:**

- Efectuar un estudio de diagnóstico integral con el fin de diseñar e implementar procesos y procedimientos de gestión tendientes a incorporar mejoras en la calidad de atención de los afiliados.

- Optimizar el gasto en pos de incrementar el bienestar y la calidad de vida de sus afiliados.

- Establecer una estrategia integral de comunicación del organismo, tanto externa como interna que ayude a mejorar el vínculo con los afiliados.

### **Objetivos Específicos:**

- Obtener un diagnóstico de las principales erogaciones de la Institución, y a partir de ello, establecer procedimientos para optimizar el gasto.

- Generar propuestas de mejoras a través del diseño de programas y planes de acción concretos destinados a fortalecer la relación con afiliados y beneficiarios a partir del desarrollo de un sistema de análisis y evaluación diagnóstica de la imagen y de la comunicación institucional.

- Desarrollar una APP que vincule a la Caja de Servicios Sociales con sus afiliados y mejore los servicios brindados.

En este marco, se acordó la implementación de las siguientes actividades:

### **Plan de Tareas:**

1. Elaborar una estrategia de gestión para eficientizar el uso de los recursos.
2. Desarrollar un Plan de Comunicación interno y externo destinado a mejorar la relación con los afiliados.
3. Desarrollar un Programa de Capacitación destinado al personal de la Institución.
4. Elaborar e implementar una aplicación informática que vincule a los afiliados con la Institución y optimice los tiempos de gestión, el seguimiento de trámites y autogestión de los beneficiarios.

## **Plan de Tareas Detallado**

### **1. Elaboración de una estrategia de gestión para efficientizar el uso de los recursos.**

- 1.1 Diagnóstico de las principales erogaciones.
- 1.2 Elaboración de un Procedimiento de Control Interno en el pago de Medicamentos y Prestadores únicos.
- 1.3 Propuesta de un Plan de Auditoría administrativa de facturación de prestadores.
- 1.4 Diseño de Procedimientos de gestión y control de las derivaciones con sus respectivos Manuales.
- 1.5 Diseño de protocolos para la gestión de enfermedades de alta complejidad.
- 1.6. Diseño de auditorías técnicas médicas y capacitación.
- 1.7. Segunda Opinión Médica.

### **2. Desarrollo de un Plan de Comunicación para mejorar la relación con los afiliados**

- 2.1. Diagnóstico de la comunicación con el afiliado
- 2.2. Diagnóstico de la comunicación con la comunidad
- 2.3. Desarrollo de una estrategia de Comunicación Integral

### **3. Programa de Capacitación destinado al personal de la Institución**

- 3.1. En el uso de manuales de procedimientos para el seguimiento y control de las derivaciones.
- 3.2. En la utilización del manual de procedimiento en segunda opinión médica.
- 3.3. En la atención al afiliado/beneficiario.

### **4. Desarrollo e implementación de una aplicación informática.**

- 4.1 Diseño UE/UI de la aplicación.  
Se expondrán guías de estilo, diseño visual, logos, tipografía, colores e imágenes del organismo.  
Se realizará un boceto del diseño según las funciones a desarrollar.
- 4.2 Sistema de Turnos Mobile  
Relevamiento de procesos internos de cada trámite.  
Relevamiento de los cuestionarios actuales y recursos involucrados.  
Desarrollo de una APP móvil (Android e IOS) que incluya: registro del afiliado, catálogo de trámites, posibilidad de adjuntar documentos, historial de trámites iniciados, sistema de ayuda y FAQs
- 4.3 Sistema de seguimiento de trámites: Desarrollo de un sistema interno para hacer seguimiento de los trámites iniciados por los afiliados a través de la APP.

El sistema incluirá:

Módulo de usuarios y perfiles: Permisos para distintos niveles del sistema según sean administradores, operadores, etc.

Parametrización del grado de trámites: Catálogo de temas y reglas de negocio de cada trámite con el fin de automatizar el proceso.

Notificaciones: envío de correos electrónicos ante la llegada de nuevos trámites y envío de notificaciones a la APP del afiliado.

Trazabilidad de trámites: Seguimiento y evolución de los trámites.

Integración con Base de Datos de la CSS.

Reportes: Se podrán sacar reportes tales como trámites por periodo/estado, tramites por usuario, etc.

A continuación, se presentan las **actividades realizadas al 18 de agosto del 2022** sobre los productos acordados para el período a saber:

- Elaboración de una estrategia de gestión para efectivizar el uso de los recursos. Procedimientos de Control Interno para asegurar el cumplimiento de las normativas vigentes en el pago de Medicamentos y Prestadores únicos. Se incluye en esta etapa el análisis del gasto en medicamentos y prestadores únicos, y el diseño e implementación de procedimiento de control y auditoria de prestaciones pagadas.
- Desarrollo de un plan de comunicación para mejorar la relación con los afiliados. Se incluye en esta etapa el diagnóstico de la comunicación con la comunidad
- Capacitación del personal de la Institución. En esta etapa se realizó la preparación de los recursos pedagógicos (definición de un marco de referencia para el abordaje de las actividades previstas en el Programa)
- Desarrollo e implementación de una aplicación informática. Se incluye en esta etapa: tareas específicas del equipo, trayectoria del proyecto, diseños y bocetos aprobados por la CSS.

## **PRODUCTOS CORRESPONDIENTES AL PERÍODO INFORMADO**

### **1. Elaboración de una estrategia de gestión para efficientizar el uso de los recursos.**

#### **1.2. Elaboración de un Procedimiento de Control Interno para asegurar el cumplimiento de las normativas vigentes en el pago de Medicamentos y Prestadores Únicos**

##### **1.2.1 Análisis del Gasto en medicamentos y Prestadores Únicos**

###### **Ingresos contributivos**

La Caja de Servicios Sociales tiene como fuente para el financiamiento de sus erogaciones el aporte obligatorio de sus afiliados en actividad del cuatro por ciento (4%) sobre toda remuneración sujeta a descuentos jubilatorios, mismo porcentaje de aporte para los afiliados en pasividad sobre los haberes que perciban.

Para aquellos afiliados que tienen cargas de familia, el aporte de una cuota adicional del sesenta por ciento (60%) sobre la base establecida anteriormente, lo que da un aporte del 6.4%

Sumado a lo anterior, la normativa dispone como fuente de financiamiento adicional un seis por ciento (6%) en concepto de contribución patronal por los agentes de la Administración Pública Provincial en actividad, sobre toda remuneración de estos sujeta a descuentos jubilatorios y la contribución de la Caja de Previsión Social de la Provincia, que deberá abonar el seis por ciento (6%), por los jubilados y pensionados de dicho régimen sobre el total del haber jubilatorio, con excepción de las asignaciones familiares en ambos supuestos.

Complementariamente su financiamiento se nutre del aporte de los afiliados voluntarios el cual es estipulado por el Directorio; como así también de los aportes provenientes de los contratos que la Caja deba celebrar con las entidades incorporadas; y los montos que anualmente se fije por la Ley de Presupuesto Provincial; más cualquier otra contribución, subsidio, subvención, donación, legado, o ingreso aprobado por el Directorio.



La normativa vigente dispone las distintas categorías y subcategorías de afiliados de acuerdo a su vínculo y relación de dependencia laboral y parentesco con el aportante encontrándose las mismas subdivididas en:

**Afiliados Directos:**

**Afiliados Directos Obligatorios:** son los agentes en situación permanente, transitoria o que revisten carácter de contratados en cualquiera de los Organismos dependientes, autárquicos o descentralizados de los tres Poderes del Estado Provincial. Así mismo también los pensionados y jubilados de la administración pública Provincial y los retirados y pensionados del régimen de la Policía que aportan obligatoriamente a la Obra Social por imperio de la legislación vigente. También los Veteranos de Guerra de Malvinas que mediante Ley N°3603 se incorporan como beneficiarios de forma directa

**Afiliados Adherentes:** son los agentes provenientes de los sectores cuyas entidades adhieran a ésta Obra Social y son:

Públicos: son los agentes de la Municipalidad en actividad que adhieran al Régimen de la Ley N°364 de conformidad a lo establecido en art. 3° de la misma.

Privados: son los agentes provenientes de los sectores privados cuyas entidades adhieran a esta Obra Social, conforme a lo establece en el art. 2° de la Ley N°364.

**Adjuntos:** son aquellos comprendidos en la Ley N°1.869 “pensionados a la vejez desamparada” y los pasantes incluidos en la Ley N°26.427, éstos gozarán de iguales beneficios que los afiliados obligatorios, con excepción de la incorporación de afiliados indirectos.

**Afiliados Indirectos:** familiares; haciendo la salvedad de que toda otra categoría de afiliación anterior al dictado de ésta Resolución tendrá vigencia por la voluntad de partes, puesto que la presente reglamentación no contempla efectos retroactivos.

**Familiares:** son los integrantes del grupo familiar primario de los afiliados obligatorios y de los adherentes públicos que podrán ser adheridos, cualquiera sea el vínculo. Para los casos en que los familiares adheridos tengan C.U.D (Certificado Único de Discapacidad, deberá éste ser debidamente acreditado y presentado ante la Obra Social. Los afiliados comprendidos en esta categoría mismos son:

Cónyuge: cuando carezca de recursos propios y no posea ningún descuento obligatorio por esta Obra Social. Para su adherencia será requisito indispensable presentar certificación negativa de ANSES, acta de matrimonio y documento nacional de identidad.

Conviviente: cuando carezca de recursos propios y no posea ningún descuento obligatorio por esta Obra Social. Para su adherencia será requisito indispensable presentar certificado de convivencia, documento nacional de identidad y certificación negativa de ANSES.

Hijos: podrán ser contemplados como afiliados aquellos hijos hasta los 21 años de edad, siempre que no estén emancipados.

Hijo que se capacita: podrán ser contemplados como afiliados aquellos hijos que se encuentren cursando estudios de nivel terciario o universitario y tendrán vigente su afiliación hasta los 26 años de edad inclusive.

Menor a cargo: comprende a aquellos menores que se tengan a cargo bajo responsabilidad parental, tutela, adopción o por ser el responsable progenitor afín.

Menor en guarda: documento nacional de identidad de ambas y fallo del Tribunal o Juez interviniente.

Curatela: documento nacional de identidad de ambos, fallo del Tribunal y Constancia negativa de ANSES.

Padres mayores de 65 años: será requisito indispensable presentar certificado de nacimiento del afiliado directo, documento nacional de identidad del pretenso adherente y certificación negativa de ANSES.

Padres incapaces: será requisito indispensable presentar certificado de nacimiento del afiliado directo, documento nacional de identidad del pretenso adherente, certificación negativa de ANSES y certificado emitido por autoridad competente que acredite la discapacidad.

Personas incapaces, la reglamentación establece que podrán contemplarse como afiliado a aquellos familiares comprendidos en los términos del art. 24 inc. c y 48 del Código Civil y Comercial de la Nación; estableciendo como requisito indispensable para su adhesión la presentación de: documento nacional de identidad, sentencia judicial que declare la incapacidad.

Se solicitó a la Caja de Servicios Sociales información sobre el total de aportantes, la remuneración imponible y los ingresos por aportes y contribuciones para todos los afiliados con aportes durante el mes de diciembre de 2021.

La información remitida contenía un total de 84.404 posiciones con descripción de nombre y apellido, documento de identidad, remuneración, aporte y contribución, edad y lugar de trabajo.

Estos datos fueron procesados para que no existan duplicación de afiliados, en el caso de pluriempleo, sumando los aportes, pero no así el número de afiliaciones y su grupo familiar.

Luego de este ejercicio, los aportantes y adherentes al sistema, para diciembre del año 2021 fueron:

Aportantes	Adherentes	Total
68.521	59.154	127.675

Fuente: Elaboración propia con datos de la CSS

De la información anterior se desprende que, el número de adherentes promedio por aportante es de 0.86.

El cuadro siguiente presenta la discriminación de aportantes y adherentes para el caso de activos y de los jubilados o pensionados:

Sector	Aportantes	Adherentes	Total
Activos	48.949	50.001	98.951
CPS jubilados y pensionados	18.753	9.070	27.823
Pensiones a la Vejez	711	2	713
Veteranos de Guerra	108	81	189
Total	68.521	59.154	127.675

Fuente: Elaboración propia con datos de la CSS

A continuación, se brindan los datos respecto de la remuneración imponible informada y el aporte personal y la contribución patronal de todos los afiliados (activos y pasivos) a diciembre del año 2021:

Concepto	Dic. 2021
Remuneración Imponible	\$ 8.434.299.957
Aporte Personal	\$ 438.206.290
Contribución Patronal	\$ 446.477.751

Fuente: CSS

La remuneración imponible promedio de todos los aportantes ascendió en diciembre del pasado año a \$123.091.

Para el total de activos de la administración pública (administración central, poder legislativo, poder judicial y empresas del estado) el monto promedio fue de \$ 149.310, mientras que para los docentes fue de \$ 111.523, el personal policial \$ 145.588 y para el caso de los municipales (incluye el personal de las comisiones de fomento) fue de \$ 83.310.

Para el caso de los pasivos, esto es jubilados y pensionados de la Caja de Previsión Social, veteranos de guerra y pensiones por vejez, el monto imponible promedio fue de \$ 137.511.

Si a los valores mensuales del cuadro anterior los anualizamos, multiplicando por 13 para considerar el sueldo anual complementario, los ingresos por aportes personales sumarían \$ 5.696 millones y las contribuciones patronales \$ 5.804 millones, lo que sumados representaría ingresos contributivos por \$ 11.500 millones durante un ejercicio.

Haciendo la relación aporte contribución sobre la remuneración imponible, se tiene que en promedio el aporte personal fue de 5.2% y la contribución patronal fue del 5.29%. La normativa indica que el aporte es del 4% para los afiliados sin adherentes y del 6.4% para los que tienen familiar a cargo, mientras que es del 6% para la contribución.

Realizando un control de aporte sobre el archivo de diciembre del pasado año se observó que:

- 710 casos de pensiones por vejez que realizan aportes personales del 3%.
- 5 casos con aportes personales mayores al 3% pero menores al 4%.
- 86 casos con aportes superiores al 6.4%.
- 2134 casos con aportes del 4% pero con adherentes.
- 1016 casos con aportes mayores al 4% y sin adherentes.
- 1955 casos sin contribución patronal
- 7070 casos con contribución patronal mayor al 1% pero menor a 6%.

Los rangos de aportes y contribuciones para el pasado mes de diciembre fueron los que se detallan a continuación:

Rangos de Aportes y Contribuciones	Casos	Porcentaje
De \$0 a \$1000	67	0,1%
De \$1001 a \$3000	1.804	2,6%
De \$3001 a \$6000	5.288	7,7%
De \$6001 a \$9000	16.867	24,6%
De \$9001 a \$12000	15.040	21,9%
De \$12001 a \$15000	9.536	13,9%
De \$15001 a \$18000	6.433	9,4%
Más de \$18000	13.486	19,7%
<b>Total</b>	<b>68.521</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia con datos de la CSS

El promedio mensual de aportes y contribuciones ingresada a la Caja de Servicios Sociales suma \$12.911, mientras que la mediana fue de \$ 10.942 lo que implica que la distribución esta sesgada hacia los ingresos mayores. Tal es así, puesto que casi el 20% de los aportantes suman aportes y contribuciones mayores a \$18.000.

En el tramo de financiamiento más bajo, esto es hasta \$9000, los 24.026 aportantes (35% sobre el total) tienen como adherentes 14.148 beneficiarios. En el otro extremo, los de mayores pagos mensuales, más de \$ 15.000 (30% sobre el total) tienen un total de 21.753 adherentes.

Analizando los ingresos contributivos (aportes personales más contribuciones patronales) junto con el número de adherentes por afiliado, podemos construir el

promedio mensual por afiliado, el valor obtenido es de \$8.738. Pero al revisar las cifras por tramo de ingreso se cuenta con:

Rango de Aportes y Contribuciones por afiliado	Casos	Porcentaje
De \$0 a \$1000	511	0,7%
De \$1001 a \$2000	2.099	3,1%
De \$2001 a \$4000	11.525	16,8%
De \$4001 a \$6000	12.569	18,3%
De \$6001 a \$8000	12.410	18,1%
De \$8001 a \$10000	8.845	12,9%
De \$10001 a \$12000	6.244	9,1%
De \$12001 a \$14000	3.948	5,8%
De \$14001 a \$16000	2.692	3,9%
Más de \$16000	7.678	11,2%
<b>Total</b>	<b>68.521</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración propia con datos de la CSS

Sobre el total de afiliados, el 20% brinda un financiamiento de menos de \$4000 mensuales.

Por último, se presentan los rangos etarios para los aportantes de la Caja de Servicios Sociales, con los datos trabajados a diciembre de 2021.

Rangos Etario Aportantes	Casos	Porcentaje
0 años	223	0,3%
De 1 a 17 años	155	0,2%
De 18 a 22 años	325	0,5%
De 23 a 25 años	908	1,3%
De 26 a 30 años	4.866	7,1%
De 31 a 40 años	16.584	24,2%
De 41 a 50 años	16.613	24,2%
De 51 a 60 años	12.978	18,9%
De 61 a 70 años	9.185	13,4%

De 71 a 80 años	4.650	6,8%
De 81 a 90 años	1.727	2,5%
Más de 91 años	307	0,4%
<b>Total</b>	<b>68.521</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia con datos de la CSS

El promedio de edad de los aportantes es de 49 años, siendo más del 50% del total de aportantes con edades que no superan los 50 años, un valor que está sesgado al alza por el peso relativo de los jubilados y pensionados dentro de la estructura afiliatoria de la CSS.

Por lo anteriormente expuesto, parecería oportuno revisar el padrón de afiliados a los efectos de completar o mejorar la información sobre edades, pero también ejecutar un control de aportes frecuente para evitar pagos por debajo de los montos de aportes y contribuciones que no alcanzan el umbral de los porcentajes normados. Adicionalmente, podría considerarse la mejora de estos porcentajes de aportes y contribuciones para alcanzar un mejor financiamiento contributivo.

### **Análisis del Gasto en medicamentos**

Para realizar este análisis se tomó en consideración el archivo de medicamentos consumidos durante el 2021 aportado por la CSS. El mismo cuenta con más de un millón trescientas mil filas (1.300.000) y datos relevantes tal como se describe más abajo. Sin embargo, cabe destacar que el archivo compartido por la CSS no contiene los medicamentos comprados en hospitales ni en CABA. Para tomar una dimensión, el archivo enviado por la CSS contiene un gasto total para el año 2021 de \$2.407.459.811 vs. el presupuesto ejecutado de \$4.083.467,276, es decir que incluye solamente el 59% de los medicamentos abonados por la CSS.

Datos del archivo compartido por la CSS:

1. Mes de consumo
2. Farmacia
3. Código Alfabeta del medicamento

4. Descripción
5. Cantidad
6. Importe Facturado a la CSS
7. Cobertura
8. Med\_credencial: credencial del afiliado utilizada.

En base a este archivo (las columnas descriptas anteriormente) y el archivo de precios de alfabetanet, se agregaron otras columnas a saber:

- Costo unitario de cada medicamento =  $(6 / 5) / (7) * 100$
- Tipo de Medicamento (por ej. HIPOGLUCEMIANTE, ANTIHIPERTENSIVO, ANTIULCEROSO, etc.)
- Laboratorio
- Rubro (General, Neurología, Oncología Alto Costo, Tratamientos especiales, etc.)

Por otro lado, también es necesario destacar que no recibimos un contrato modelo con droguerías o proveedores de medicamentos de la CSS ni las formas de pago, y/o plazo de pago con la que se le paga a las droguerías y/o proveedores de medicamentos.

Esto es muy importante para realizar un análisis de los costos, a mayor plazo de pago mayor margen de ganancias que tienen las droguerías por el costo de financiamiento que tienen que absorber, y también es importante para analizar la forma de contratación como, por ejemplo: licitación, compulsa de precios, contratación directa, orden de compra abierta, etc.

El análisis efectuado en el Informe Numero 1 con los datos aportados por la Caja de Servicios Sociales, surge que, para el año 2021, el gasto en medicamentos representó el 38,66% del total del gasto asistencial



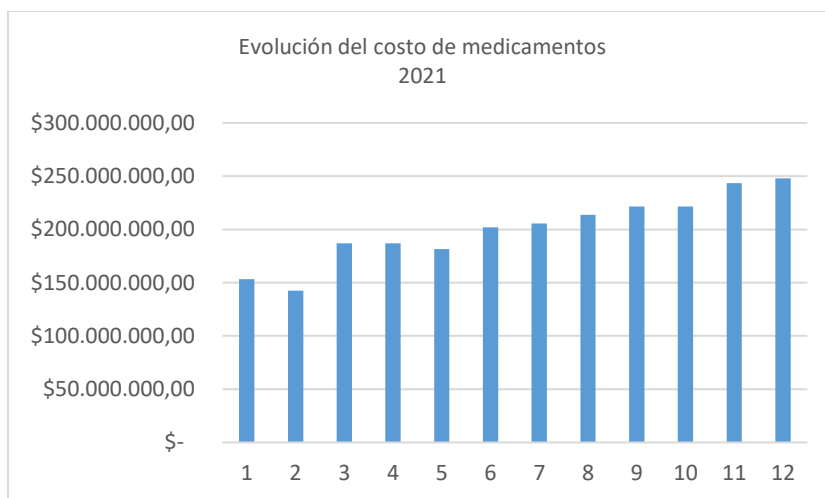
PARTIDA	2021	%
PROVISION DE MEDICAMENTOS	\$ 4.083.467.276,00	38,66%
PRESTACIONES MEDICAS	\$ 1.767.450.268,00	16,73%
PRESTACIONES HOSPITALARIAS	\$ 1.611.264.341,00	15,25%
EROG. ASISTENC. NO PREVISTAS	\$ 930.369.496,00	8,81%
PRESTACIONES SANATORIALES	\$ 834.992.743,00	7,90%
ORTOPEDIA Y PROTESIS	\$ 391.128.680,00	3,70%
LABORATORIO	\$ 338.024.567,00	3,20%
VIATICOS Y HOTEL A DERIVADOS	\$ 328.226.547,00	3,11%
PASAJES A DERIVADOS	\$ 75.201.187,00	0,71%
KINESIOLOGOS	\$ 74.074.175,00	0,70%
PRESTACIONES ODONTOLOGICAS	\$ 48.808.909,00	0,46%
PROVISION DE CRISTALES	\$ 44.824.192,00	0,42%
PSICOLOGOS FONOAUDIOLOGOS	\$ 27.624.129,00	0,26%
ENFERMEROS	\$ 7.872.040,00	0,07%
<b>TOTAL DE ASISTENCIA MEDICA</b>	<b>\$ 10.563.328.552,00</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia con datos de la CSS

En función de ello, y con la información suministrada, se profundizó en el estudio de la medicación suministrada por la Obra social a los afiliados a través de convenios con las diversas farmacias localizadas en todo el ámbito de la provincia de Santa Cruz.

Cabe aclarar que, de este análisis se excluye la medicación de alto costo sobre la que, a la fecha, no se tiene información.

De los datos aportados, para el año 2021 el total de medicación suministrada mediante este procedimiento ascendió a \$ 2.407 millones de pesos. La evolución mensual de este costo se presenta a continuación:



Fuente: Elaboración propia con datos de la CSS

La Caja de Servicios Sociales brinda coberturas, según el tipo de medicación, del 50%, 70%, 80%, 90% y 100% del valor del producto. Profundizando el análisis en este aspecto, 81% del gasto es en medicación cubierta al 90% (1.087 millones que representa el 45%) y al 100% (\$866 millones lo que hace un 36%).

Costo/Cobertura	50	70	80	90	100	Total general
Costo total medicación	403.788.268	49.067.006	161.528	1.087.740.619	866.702.388	2.407.459.811
<b>Proporción de gasto por cobertura</b>	<b>16,77%</b>	<b>2,04%</b>	<b>0,01%</b>	<b>45,18%</b>	<b>36,00%</b>	<b>100,00%</b>

Con respecto a las principales farmacias que entregaron la medicación prescrita durante el año 2021 se encuentran las siguientes:

Farmacia	Importe_facturado	% Acumulado
AUTOFARMA	\$ 322.479.793,67	13%
LA FRANCO DEL SUR	\$ 203.117.238,22	22%
INTEGRAL	\$ 164.257.972,20	29%
ATLANTICA	\$ 134.229.549,76	34%
MODERNA	\$ 124.836.981,38	39%
AUTOFARMA AMSA	\$ 99.929.419,53	44%
12 DE AGOSTO	\$ 96.256.073,37	48%
LLOMAR III	\$ 88.532.521,26	51%
DEL BARRIO	\$ 77.636.351,81	54%
LA FRANCO	\$ 76.113.807,40	58%

Farmacia	Importe_facturado	% Acumulado
FARMANEXUS VII	\$ 65.661.938,63	60%
TRUNCADO	\$ 59.118.716,01	63%
LLOMAR I	\$ 58.181.942,85	65%
LA FARMACIA	\$ 60.981.038,89	68%
LLOMAR II	\$ 56.005.138,55	70%

Fuente: Elaboración propia con datos de la CSS

Esto indica que el 70% del gasto en medicación ha sido entregado por 15 farmacias, existiendo 44 farmacias adicionales que han expedido medicación durante el período analizado.

Por otra parte, si se profundiza el estudio, en el período el 50% del gasto en medicamentos está representado por 186 productos expedidos en el marco de estos convenios. Los mismos se presentan a continuación:

Producto	Importe	Acumulado
INSULINA LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml lap.prellx5x3ml	82.540.848,22	3,4%
ACCU-CHEK GUIDE tiras reactivas x 50	52.493.229,00	5,6%
INSULINA TRESIBA FLEXTOUCH 100 U lapiceras x5 x3 ml	52.444.681,29	7,8%
INSULINA NOVORAPID FLEXPEN 100 UI lapic.x 5 x 3 ml	43.559.716,00	9,6%
VICTOZA lap.prell.x 2 x 3ml(PVP)	41.039.806,22	11,3%
ZOMARIST MET 50/1000 mg comp.x 60	38.528.149,07	12,9%
ACCU-CHEK PERFORMA 50 tiras reactivas x 50	38.387.879,00	14,5%
FORXIGA 10 mg comp.x 28	32.263.418,08	15,8%
INSULINA OPTISULIN SOLOSTAR lap.prell.descart.x5 x3ml	22.096.117,46	16,8%
ZOMARIST MET 50/850 mg comp.x 60	18.315.545,57	17,5%
NEXIUM 40 mg comp.rec.x 28	15.810.163,46	18,2%
GASTEC 40 mg caps.x 28	13.745.278,80	18,7%
GALVUS MET 50/1000 mg comp.x 60	13.437.760,42	19,3%
MIDAX 10 mg comp.x 28	12.687.682,45	19,8%
POLPER B12 a.beb.x 30	12.557.740,43	20,3%
INSULINA LEVEMIR FLEXPEN 100 UI lapiceras x5 x3ml	12.170.344,93	20,9%
XELEVIA MET 50/1000 mg comp.rec.x 56	12.007.346,54	21,4%
JANUMET 50/1000 mg comp.x 56	11.150.906,02	21,8%
JARDIANCE 10 mg comp.x 30	10.962.846,83	22,3%
TOUJEO 300U/ml lapicerax3x1.5ml	10.836.860,09	22,7%
LOSACOR D 50/12.5 mg comp.rec.x 30	10.530.325,58	23,2%
LANZOPRAL caps.x 30	9.782.523,34	23,6%
ASOTREX sob.x 30	9.668.296,14	24,0%
REDUPROST DUO caps.duras x 30	8.997.475,12	24,3%
LOSACOR 50 mg comp.rec.x 30	8.727.395,04	24,7%

Producto	Importe	Acumulado
XIGDUO XR 10/1000 mg comp.AP x 28	8.278.175,15	25,0%
XARELTO 20 mg comp.x 28	8.050.462,07	25,4%
INSULINA INSULATARD FLEXPEN HM 100UI lap.prellx5x3ml	8.038.156,92	25,7%
VALCOTE 500 mg comp.x 50	7.737.276,65	26,0%
INSULINA APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml lap.prellx5x3ml	7.592.701,32	26,4%
LOSACOR 50 mg comp.rec.x 60	7.481.372,59	26,7%
XELEVIA MET 50/850 mg comp.rec.x 56	7.345.019,64	27,0%
PANTUS 40 comp.gastrorres.x 30	7.340.766,00	27,3%
NUTRILON PEPTI JUNIOR HE lata x 400 g	7.264.835,25	27,6%
KEPPRA 1000 mg comp.x 30	6.830.067,15	27,9%
LOSACOR D 100/25 mg comp.rec.x 30	6.750.161,30	28,1%
DBI AP METFORMINA 850 mg comp.rec.x 60	6.650.481,58	28,4%
KEPPRA 500 mg comp.x 60	6.347.741,09	28,7%
GADOLIP 135 mg cáps.x 30	6.105.975,00	28,9%
REBIF NF 44 mcg jga.prell.x 12	6.078.548,93	29,2%
SAXENDA lap.prell.x 3	6.048.917,89	29,4%
T4 MONTPELLIER 100 100 mcg comp.x 50	6.010.256,22	29,7%
JANUMET 50/850 mg comp.x 56	5.810.328,70	29,9%
FLEXICAMIN B12 comp.x 20	5.801.384,49	30,2%
NEFAZAN 75 mg comp.x 30	5.775.357,68	30,4%
ASPIRINA PREVENT comp.cub.enterica x 50	5.528.414,54	30,6%
BAGO B1 B6 B12 5000 mcg comp.x 30	5.461.917,06	30,9%
ORAVIL f.a.beb.x 2 ml	5.452.498,20	31,1%
CORBIS 5 mg comp.rec.x 30	5.334.802,37	31,3%
LOSACOR 100 mg comp.rec.x 30	5.323.577,89	31,5%
FREVIA 160/4.5 mcg x 120 dosis	5.288.263,13	31,8%
OPTAMOX DUO 1 g comp.x 14	5.268.894,22	32,0%
SINLIP 20 mg comp.rec.x 30	5.265.950,38	32,2%
BAGOVIT A PLUS cr.x 100 g	5.151.958,38	32,4%
KEPPRA sol.oral x 300 ml	5.122.530,87	32,6%
GASTEC 20 mg caps.x 30	5.112.093,39	32,8%
OSTEODYN sol.oral x 2 ml	5.107.091,07	33,0%
JARDIANCE 25 mg comp.x 30	5.068.697,35	33,3%
DBI AP FORTE 1000 mg comp.rec.x 60	5.063.265,41	33,5%
GASTEC 20 mg caps.x 70	5.018.684,53	33,7%
PLENICA 75 PRACTIDOSIS 75 mg comp.x 30	4.806.333,97	33,9%
CALLEXE 1000 mg comp.x 50	4.743.675,11	34,1%
LAPENAX 100 mg comp.x 90	4.675.559,33	34,3%
DBI AP METFORMINA 850 mg comp.rec.x 100	4.616.324,14	34,5%
MACRIL cr.x 20 g	4.615.182,90	34,6%
TEGRETOL 400 LC 400 mg comp.x 60	4.530.548,37	34,8%
SERETIDE AEROSOL HFA 25/250mcg HFA dosis x120	4.514.262,82	35,0%
ALPLAX 2 mg comp.x 60	4.502.349,90	35,2%
ULCOZOL 40 mg comp.x 28	4.477.923,90	35,4%

Producto	Importe	Acumulado
SINLIP 10 mg comp.rec.x 30	4.318.994,80	35,6%
NOSTER D 160/12.5/5 mg comp.x 28	4.293.104,52	35,8%
LOTRIAL 10 mg comp.x 60	4.248.126,96	35,9%
ACEMUK 600 mg tab.efer.x 20	4.247.125,94	36,1%
SPIRIVA caps.p/inhalar x 30	4.228.203,95	36,3%
GALVUS MET 50/850 mg comp.x 60	4.195.136,55	36,5%
GLAUCOTENSIL TD colirio x 5 ml	4.187.069,06	36,6%
IVER P 6 mg comp.x 6	4.131.449,55	36,8%
BEROCCA PLUS comp.efer.x 30	4.118.005,10	37,0%
TRAYENTA comp.rec.x 30	4.064.967,41	37,1%
DELTISONA B 40 mg comp.x 20	4.058.318,69	37,3%
ONE TOUCH ULTRA tiras reactivas x 50	4.054.739,07	37,5%
NABRATIN 75 mg comp.rec.x 30	4.037.317,08	37,6%
IBUPIRAC 600 CAPSULA BLANDA cáps.blandas x 50	3.983.964,92	37,8%
IBUPIRAC 600 MG comp.x 50	3.983.218,09	38,0%
TRAYENTA DUO 2.5/1000 mg comp.x 60	3.978.057,75	38,1%
NEXIUM 20 mg comp.rec.x 28	3.972.860,83	38,3%
FILTEN LP 40 mg cap.lib.prol.x 30	3.966.569,01	38,5%
FACTOR AE emuls.x 400 ml	3.951.743,74	38,6%
INSULINA NOVORAPID FLEXTOUCH 100 UI lapic.x 5 x 3 ml	3.912.843,39	38,8%
LOTRIAL D comp.x 30	3.888.930,17	39,0%
ORAVIL CB cáps.blandas x 2	3.867.141,20	39,1%
ARCOXIA 90 mg comp.rec.x 28	3.852.592,98	39,3%
JANUVIA 100 mg comp.x 28	3.833.152,24	39,4%
RISPERDAL CONSTA 37.5 mg vial a.x 1+aguja	3.806.336,29	39,6%
REDUPROST 0.4 mg caps.x 30	3.783.787,84	39,8%
GLIOSARTAN PLUS 40/12.5 mg comp.x 28	3.758.691,51	39,9%
XIGDUO XR 5/1000 mg comp.AP x 56	3.679.017,81	40,1%
DEBLAX cáps.bl.x 2	3.655.089,97	40,2%
IM 75 MONTPELLIER cr.x 100 g	3.612.481,63	40,4%
T4 MONTPELLIER 75 75 mcg comp.x 50	3.612.096,55	40,5%
VENART caps.x 60	3.609.271,71	40,7%
ULCOZOL 40 mg caps.x 28	3.548.820,60	40,8%
TRILEPTAL 600 mg comp.x 60	3.525.713,27	41,0%
SINLIP 40 mg comp.rec.x 30	3.514.678,70	41,1%
NEUMOTEROL 400 caps.x 60+aplic.	3.506.232,85	41,3%
PLATSUL-A cr.x 350 g	3.500.628,66	41,4%
GLIOSARTAN PLUS 80/12.5 mg comp.x 28	3.493.225,87	41,5%
REFLUX 40 mg cáps.x 30	3.473.058,18	41,7%
SINTROM 4 mg comp.x 20	3.431.886,86	41,8%
GLIOSARTAN 40 mg comp.x 28	3.343.658,84	42,0%
BUSCAPINA COMPOSITUM comp.rec.x 60	3.336.334,72	42,1%
MIRENA Disp.intrauterino x 1	3.334.248,87	42,2%
DACTEN 16 mg comp.x 30	3.290.290,53	42,4%
T4 MONTPELLIER 125 125 mcg comp.x 50	3.263.790,25	42,5%

Producto	Importe	Acumulado
REDOXON Efer.2 g comp.x 30 Limón	3.245.481,90	42,7%
ATLANSIL comp.x 50	3.232.833,29	42,8%
DEXOPRAL 60 cáps. x 30	3.218.349,63	42,9%
ENSURE ADVANCE Vainilla pvo.x 850 g	3.183.356,84	43,1%
DBI AP FORTE 1000 mg comp.rec.x 100	3.165.100,16	43,2%
OSMOLITE HN RTH env.x 1000 ml	3.156.593,75	43,3%
LIPITOR 40 mg comp.x 30	3.145.301,64	43,4%
ZOMARIST MET 50/1000 mg comp.x 30	3.130.017,12	43,6%
XARELTO 15 mg comp.x 28	3.052.450,25	43,7%
ANEMIDOX FERRUM caps.x 60	3.006.706,60	43,8%
NEUMOTEROL 200 caps.x 120 s/aplicador	2.976.639,23	44,0%
OXA GEL gel x 100 g	2.976.198,41	44,1%
POLPER B12 FORTE comp.x 30	2.936.981,67	44,2%
DERRUMAL 300 caps.x 30	2.923.072,86	44,3%
DIOXAFLEX Parches x 5	2.921.633,87	44,4%
FREESTYLE OPTIUM tiras react.p/glucosax50	2.915.025,19	44,6%
OXA B12 comp.rec.x 30	2.885.415,75	44,7%
OMECAP 90 cáps.blandas x 30	2.870.551,13	44,8%
LEVOTIROXINA GSK 100 mcg comp.x 50	2.858.092,06	44,9%
ROSUVAST 20 mg comp.x 28	2.831.671,67	45,0%
T4 MONTPELLIER 150 150 mcg comp.x 50	2.823.792,77	45,2%
PLENICA 75 mg caps.x 30	2.803.720,64	45,3%
DIOXAFLEX RAPID 50 mg gran.sob.x20	2.799.170,18	45,4%
SOMIT 10 mg comp.x 30	2.791.117,59	45,5%
GLUCOPHAGE XR 750 LP 750 mg comp.x 60	2.759.731,55	45,6%
EPAMIN caps.x 90	2.724.329,23	45,7%
ULCOZOL 20 mg comp.x 28	2.714.546,96	45,8%
FILTEN LP 20 mg cap.lib.prol.x 30	2.688.775,06	46,0%
NETUNAL susp.x 200 ml	2.685.808,07	46,1%
BLOKIUM 75 mg comp.x 30	2.680.495,20	46,2%
NOSTER 5/160 mg comp.x 28	2.659.963,84	46,3%
ROVARTAL 20 mg comp.x 30	2.659.093,05	46,4%
ROGASTRIL PLUS comp. x 30	2.646.237,91	46,5%
DELTISONA B 8 mg comp.x 20	2.644.345,63	46,6%
AMPLIAR 40 mg comp.x 30	2.636.969,62	46,7%
AROPAX 20 mg comp.rec.x 30	2.628.433,63	46,8%
CALMADOR comp.x 30	2.623.107,36	46,9%
ZOMARIST MET 50/500 mg comp.x 60	2.621.031,09	47,1%
CALMADOR PLUS comp.x 30	2.589.442,50	47,2%
KALA comp.rec.x 28	2.586.644,92	47,3%
DEVISAL CB cáps.bl.x 2	2.580.250,85	47,4%
CORBIS D 5/12.5 mg comp.x 30	2.555.674,58	47,5%
INSULINA NOVOMIX 30 FLEXPEN 100 UI lapiceras x5 x3ml	2.543.102,63	47,6%
LIPITOR 20 mg comp.x 30	2.542.385,38	47,7%
PLATSUL-A cr.x 800 g	2.532.193,46	47,8%

Producto	Importe	Acumulado
NOZINAN 25 mg comp.x 30	2.528.425,63	47,9%
MONTRATE 10 mg comp. x 30	2.523.808,46	48,0%
DIVINA comp.rec.x 28	2.491.606,88	48,1%
MICARDIS PLUS 80/12.5 mg comp.x 28	2.483.692,40	48,2%
LOUTEN emuls.x 2.5 ml	2.482.256,69	48,3%
OSPOLOT 200 mg comp.rec.x 50	2.467.431,18	48,4%
ATENIX 100 mg comp.ran.x 30	2.454.831,51	48,5%
COSOPT sol.oft.x 5 ml	2.453.671,74	48,6%
FLEXIDOL RELAX comp.ran.x 20	2.451.405,88	48,7%
JEVITY PLUS bot.x 1000 ml	2.442.923,02	48,8%
ATENIX 50 mg comp.ran.x 30	2.419.278,69	48,9%
PROLIA 60 mg/ml jga.prell.x 1	2.419.188,10	49,0%
TAFIROL 1 G comp.ran.x 50	2.407.004,95	49,1%
T4 MONTPELLIER 50 50 mcg comp.x 50	2.400.289,04	49,2%
XEDENOL B12 comp.rec.x 20	2.379.225,11	49,3%
RISPERDAL 3 mg comp.x 60	2.375.534,50	49,4%
YASMIN comp.rec.x 28	2.365.503,54	49,5%
BLOKIUUM GESIC 50/400 mg comp.x 30	2.349.041,36	49,6%
PAXON D 50/12.5 mg comp.rec.x 30	2.345.861,73	49,7%
ACTRON 600 RAPIDA ACCION caps.gelat.blanda x 20	2.333.667,85	49,8%
DBI AP 500 500 mg comp.rec.AP x 60	2.323.133,88	49,9%
LEVOTIROXINA GSK 75 mcg comp.x 50	2.314.966,78	50,0%
ESOGASTROSEDOL 40 40 mg caps.x 30	2.311.650,45	50,1%
NABILA 5 mg comp.x 28	2.308.853,08	50,2%
LOSACOR A 5/50 mg comp.rec.x 30	2.285.588,13	50,3%
PAXON 50 mg comp.rec.x 30	2.278.162,18	50,4%
VACUNACE sob.x 30	2.272.304,69	50,5%

Fuente: Elaboración propia con datos de la CSS

### COSTO DE MEDICAMENTOS POR AFILIADO DURANTE EL AÑO 2021

Se realizó un análisis de los gastos de los medicamentos por mes y la cantidad de afiliados con consumos (o credenciales utilizadas) de medicamentos. Si tomamos esta información, podemos observar que cada afiliado con consumo de medicamentos tiene un costo de \$76.608 por año, es decir \$6.384 por mes. En cambio, si analizamos el costo anual dividido por la totalidad de beneficiarios, este es de \$31.983 ó \$2.665 mensuales.

Costo de medicamentos por afiliado													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	2021
\$ medicament os (en	\$ 153, 4	\$ 142, 6	\$ 187, 1	\$ 187, 1	\$ 181, 7	\$ 202, 0	\$ 205, 6	\$ 213, 8	\$ 221, 4	\$ 221, 6	\$ 243, 3	\$ 247, 9	\$ 2.407

millones)													
Q de afiliados con consumos (en miles)	27,9	26,8	31,1	31,1	30,6	31,8	31,2	31,6	33,0	33,2	34,1	32,8	
Costo por afiliado con cons.	\$ 5.495	\$ 5.316	\$ 6.025	\$ 6.025	\$ 5.944	\$ 6.349	\$ 6.599	\$ 6.765	\$ 6.719	\$ 6.667	\$ 7.142	\$ 7.563	\$ 76.608
Q de medicamentos (en miles)	107,8	97,3	120,1	120,1	112,6	118,0	114,9	114,7	117,9	116,7	123,6	123,1	1.387
Precio promedio de medicamentos	\$ 1.422	\$ 1.465	\$ 1.558	\$ 1.558	\$ 1.613	\$ 1.713	\$ 1.789	\$ 1.863	\$ 1.878	\$ 1.899	\$ 1.968	\$ 2.014	\$ 1.736

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de CSS

### RANKING DE MEDICAMENTOS CON MAYOR VOLUMEN – AÑO 2021.

Si realizamos un análisis de la cantidad de medicamentos por afiliados, en el 2021 cada afiliado consumió en promedio 11 medicamentos al año. Sin embargo, si tomamos la cantidad de afiliados que consumieron al menos 1 medicamento al año (77.421 afiliados), podemos observar que el promedio es de 18 medicamentos por año.

En este sentido, se elaboró un ranking de los principales medicamentos en cantidad de uso.

MEDICAMENTOS	Grupo	Q 2021
ASPIRINA PREVENT comp.cub.enterica x 50	ANTIAGREGANTE PLAQUETARIO	18.336
ORAVIL f.a.beb.x 2 ml	VITAMINOTERAPIA D	12.857
OSTEODYN sol.oral x 2 ml	VITAMINOTERAPIA D	12.100
ACCU-CHEK GUIDE tiras reactivas x 50	CONTROL GLUCOSA	11.382
ACCU-CHEK PERFORMA 50 tiras reactivas x 50	CONTROL GLUCOSA	8.465
LOSACOR D 50/12.5 mg comp.rec.x 30	ANTIHIPERTENSIVO DIURÉTICO	7.926
LOSACOR 50 mg comp.rec.x 30	ANTIHIPERTENSIVO	7.891
T4 MONTPPELLIER 100 100 mcg comp.x 50	TERAPÉUTICA TIROIDEA	7.199
PANTUS 40 comp.gastrorres.x 30	ANTIULCEROSO	7.047
CORBIS 5 mg comp.rec.x 30	BETABLOQUEANTE	7.005
OPTAMOX DUO 1 g comp.x 14	ANTIBIÓTICO	6.867
MACRIL cr.x 20 g	ANTIBIÓTICO ANTIINFL.	6.642
GASTEC 40 mg caps.x 28	ANTIULCEROSO	6.509
T4 MONTPPELLIER 75 75 mcg comp.x 50	TERAPÉUTICA TIROIDEA	6.443
LANZOPRAL caps.x 30	ANTIULCEROSO	6.280
T4 MONTPPELLIER 50 50 mcg comp.x 50	TERAPÉUTICA TIROIDEA	6.151
ORAVIL CB cáps.blandas x 2	VITAMINOTERAPIA D	5.889
IVER P 6 mg comp.x 6	ANTIPARASITARIO	5.833
ZOMARIST MET 50/1000 mg comp.x 60	HIPOGLUCEMIANTE ORAL	5.683



LOTRIAL D comp.x 30	ANTIHIPERTENSIVO DIURÉTICO	5.530
NEXIUM 40 mg comp.rec.x 28	ANTIULCEROSO	4.864
IBUPIRAC 600 MG comp.x 20	ANALGÉSICO ANTIINFLAM.	4.832
BAGOVIT A PLUS cr.x 100 g	ANTIALÉRGICO ANTIINFLAMATORIO	4.822
POLPER B12 a.beb.x 30	RECONSTITUYENTE	4.815
DBI AP METFORMINA 850 mg comp.rec.x 60	HIPOGLUCEMIANTE ORAL	4.784
TAFIROL 1 G comp.ran.x 50	ANALGÉSICO ANTIFEBRIL	4.718
LOSACOR D 100/25 mg comp.rec.x 30	ANTIHIPERTENSIVO DIURÉTICO	4.701
LOTRIAL 10 mg comp.x 60	ANTIHIPERTENSIVO	4.543
ACTRON 600 RAPIDA ACCION caps.gelat.blanda x 20	ANALGÉSICO ANTIINFLAM.	4.516
IBUPIRAC SUSPENSION 4% susp.x 90 ml	ANALGÉSICO ANTIINFLAM.	4.486
LOTRIAL 10 mg comp.x 30	ANTIHIPERTENSIVO	4.456
DEVISAL f.a.bebible x 2 ml	VITAMINOTERAPIA D	4.330
GADOLIP 135 mg cáps.x 30	HIPOLIPEMIANTE	4.315
FORXIGA 10 mg comp.x 28	HIPOGLUCEMIANTE ORAL	4.151
GASTEC 20 mg caps.x 30	ANTIULCEROSO	4.135
DEBLAX cáps.bl.x 2	VITAMINOTERAPIA D	4.074
ACEMUK 600 mg tab.efer.x 20	MUCOLÍTICO	4.043
INSULINA LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml lap.prellx5x3ml	HIPOGLUCEMIANTE	4.012
SINLIP 10 mg comp.rec.x 30	HIPOCOLESTEROLEMIANTE	3.939
IBUPIRAC 600 CAPSULA BLANDA cáps.blandas x 20	ANALGÉSICO ANTIINFLAM.	3.905
LEVOTIROXINA GSK 75 mcg comp.x 50	TERAPÉUTICA TIROIDEA	3.903
REDOXON Efer.2 g comp.x 30 Limón	VITAMÍNICO	3.848
LOSACOR 100 mg comp.rec.x 30	ANTIHIPERTENSIVO	3.843
IBUPIRAC 600 CAPSULA BLANDA cáps.blandas x 50	ANALGÉSICO ANTIINFLAM.	3.820
DEVISAL CB cáps.bl.x 2	VITAMINOTERAPIA D	3.815
FRENALER CORT comp.rec.x 10	ANTIALÉRGICO ANTIINFLAMATORIO	3.804
LEVOTIROXINA GSK 50 mcg comp.x 50	TERAPÉUTICA TIROIDEA	3.695
PARACETAMOL LAZAR 1 g comp.x 30	ANALGÉSICO ANTIFEBRIL	3.580
BAGO B1 B6 B12 5000 mcg comp.x 30	RECONSTITUYENTE GRAL.	3.532
BEROCCA PLUS comp.efer.x 30	POLIVITAMÍNICO	3.380

Fuente: Elaboración propia con datos de la CSS

Si agrupamos los principales 15 grupos de medicamentos por uso, podemos observar que un 6,2% de los medicamentos son antihipertensivos, 5,8% analgésico antiinflamatorio, 4,9% antiulceroso, etc.

GRUPO	Q CONSUMIDO 2021	% s/Total
ANTIHIPERTENSIVO	86.072	6,2%
ANALGÉSICO ANTIINFLAM.	81.107	5,8%
ANTIULCEROSO	67.333	4,9%

ANTIBIÓTICO	66.172	4,8%
HIPOGLUCEMIANTE ORAL	65.072	4,7%
VITAMINOTERAPIA D	64.855	4,7%
TERAPÉUTICA TIROIDEA	56.705	4,1%
ANTIHIPERTENSIVO DIURÉTICO	41.456	3,0%
HIPOLIPEMIANTE	35.308	2,5%
ANTICONCEPTIVO	34.401	2,5%
CONTROL GLUCOSA	22.300	1,6%
ANTIAGREGANTE PLAQUETARIO	22.289	1,6%
ANSIOLÍTICO ANTICONVULSIVO	21.401	1,5%
CORTICOSTEROIDE	21.173	1,5%
ANTIANGINOSO ANTIHIPERTENSIVO	20.301	1,5%
ANTIDEPRESIVO	20.280	1,5%
HIPOCOLESTEROLEMIANTE	20.215	1,5%
ANTIEPILÉPTICO	18.225	1,3%
ANTIALÉRGICO ANTIINFLAMATORIO	16.610	1,2%
LUBRICANTE OCULAR	16.011	1,2%

Fuente: Elaboración propia con datos de la CSS

### **Precios de medicamentos vs. alfabeta (a junio 2021)**

En este caso se realizó un análisis de los precios de los medicamentos que pagó la Obra Social versus la información que publica Alfabeta.net que informa un listado de medicamentos con Precio de Venta al Público (PVP). Para hacer este análisis dividimos el costo unitario que la CSS paga de cada medicamento por el porcentaje de cobertura para establecer el costo real del mismo. De esta forma se pudo sacar el costo del medicamento más allá de quien lo paga (CSS o afiliado según tipo de cobertura).

Como podemos observar, el costo de los medicamentos en la mayoría de los casos es inferior al informado como Precio de Venta al Público (PVP) de las farmacias, lo que resulta lógico dado el volumen de compra anual del organismo.

Sin embargo, en productos de hipoglucemiantes, como por ejemplo Insulina, Accu-Chek, etc. se observa que el precio es el mismo. Sin lugar a duda, esto se podría mejorar para reducir el precio de este tipo de medicamentos.

<b>Comparación de precios de los principales medicamentos de la CSS vs. Alfabeta - Junio 2021</b>			
<b>Medicamento</b>	<b>CSS</b>	<b>Alfabeta</b>	<b>Var. Vs. Alfabeta</b>
INSULINA LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml lap.prellx5x3ml	\$ 20.265	\$ 20.219	0%
ACCU-CHEK GUIDE tiras reactivas x 50	\$ 4.517	\$ 4.506	0%
ZOMARIST MET 50/1000 mg comp.x 60	\$ 6.635	\$ 6.414	3%
INSULINA TRESIBA FLEXTOUCH 100 U lapiceras x5 x3 ml	\$ 21.720	\$ 21.641	0%
INSULINA NOVORAPID FLEXPEN 100 UI lapic.x 5 x 3 ml	\$ 15.988	\$ 15.941	0%
VICTOZA lap.prell.x 2 x 3ml(PVP)	\$ 19.707	\$ 19.684	0%
EUTHYROX 25 mcg comp.birran.x 50	\$ 957	\$ 1.196	-20%
GASTEC 40 mg caps.x 28	\$ 2.017	\$ 2.725	-26%
JANUMET 50/850 mg comp.x 56	\$ 7.745	\$ 7.967	-3%
LIPEX 20 mg comp.x 30	\$ 2.940	\$ 3.804	-23%
DBI AP METFORMINA 850 mg comp.rec.x 60	\$ 1.387	\$ 1.569	-12%
OSTEODYN cáps.x 2	\$ 782	\$ 1.150	-32%
CALLEXE 1000 mg comp.x 50	\$ 12.463	\$ 14.902	-16%
LOPLAC 50 mg comp.x 30	\$ 1.113	\$ 1.435	-22%
GLUCERNA POLVO lata x 850 g	\$ 2.545	\$ 3.399	-25%
REFLUX 40 mg cáps.x 30	\$ 2.395	\$ 3.217	-26%
FORXIGA 10 mg comp.x 28	\$ 7.762	\$ 7.500	3%
AMPLIAR 40 mg comp.x 30	\$ 3.245	\$ 4.316	-25%
LOSACOR D 50/12.5 mg comp.rec.x 30	\$ 1.294	\$ 1.643	-21%
IBUPIRAC 600 CAPSULA BLANDA cáps.blandas x 20	\$ 487	\$ 699	-30%
PLENICA 75 PRACTIDOSIS 75 mg comp.x 30	\$ 1.733	\$ 2.333	-26%
BIATRIX 200 200 mg comp.rec.ran.x 60	\$ 10.222	\$ 10.222	0%
FREVIA 160/4.5 mcg x 120 dosis	\$ 5.084	\$ 6.571	-23%
ISOBLOC 12.5 mg comp.x 30	\$ 753	\$ 1.015	-26%
DIVA TOTAL comp.rec.x 24 + plac.x 4	\$ 1.053	\$ 1.927	-45%
MIDAX 10 mg comp.x 28	\$ 8.828	\$ 10.573	-17%
BLOKIUUM 75 mg comp.x 15	\$ 679	\$ 1.045	-35%
JARDIANCE 10 mg comp.x 30	\$ 9.906	\$ 9.717	2%
POLPER B12 a.beb.x 30	\$ 2.524	\$ 3.420	-26%
ASOTREX sob.x 30	\$ 4.412	\$ 5.482	-20%
RISPERDAL 0.5 mg comp.x 20	\$ 527	\$ 732	-28%
TERBENOL DUO comp.x 60	\$ 2.025	\$ 2.724	-26%
CLODREL 75 mg comp.rec.x 30	\$ 2.668	\$ 3.662	-27%
SARVAL D 320/25 320/25 mg comp.rec.x30	\$ 2.262	\$ 2.787	-19%
SARVAL 320 mg comp.rec.x 30	\$ 1.847	\$ 2.494	-26%
XARELTO 20 mg comp.x 28	\$ 10.708	\$ 12.427	-14%
CLONAGIN 0.5 0.5 mg comp.x 30	\$ 440	\$ 616	-29%
PANTUS 40 comp.gastorres.x 30	\$ 1.006	\$ 1.333	-25%
DISARVAL D 160/12.5/5 mg comp.x 30	\$ 2.983	\$ 3.580	-17%
MICARDIS PLUS 40/12.5 mg comp.x 28	\$ 3.677	\$ 4.568	-20%
PLENOBIOTIC DUO comp.x 14	\$ 629	\$ 1.016	-38%

IVER P 6 mg comp.x 6	\$ 733	\$ 1.110	-34%
REDUPROST DUO caps.duras x 30	\$ 3.438	\$ 4.405	-22%
INSULINA LEVEMIR FLEXPEN 100 UI lapiceras x5 x3ml	\$ 18.700	\$ 18.601	1%
SERETIDE AEROSOL HFA 25/125mcg HFA dosis x120	\$ 3.786	\$ 5.124	-26%
XIGDUO XR 5/1000 mg comp.AP x 56	\$ 9.618	\$ 9.157	5%
VALCOTE 125 mg comp.x 50	\$ 770	\$ 1.360	-43%
OXAGESIC FORTE comp.rec.x 30	\$ 1.849	\$ 2.351	-21%
BEROCCA PLUS comp.efer.x 10	\$ 473	\$ 672	-30%
LANZOPRAL caps.x 30	\$ 1.543	\$ 1.956	-21%
OXA B12 comp.rec.x 15	\$ 846	\$ 1.280	-34%
LOTRIAL 20 mg comp.x 60	\$ 1.135	\$ 1.478	-23%

Fuente: Elaboración propia.

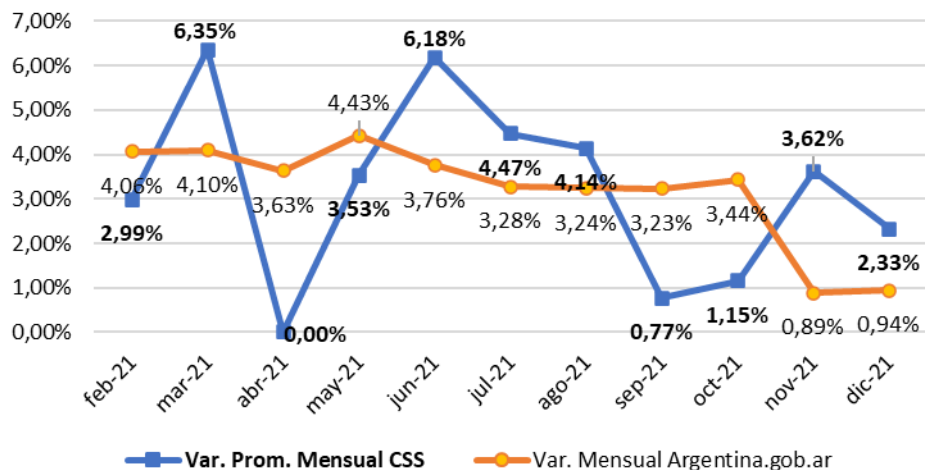
### **Evolución de los precios promedios.**

Se realizó un análisis de los precios promedios de los medicamentos versus la publicación mensual que hace el Ministerio de Salud<sup>1</sup> para ver cómo incrementaron los precios promedios de los medicamentos de la CSS. En este sentido, se ve que el incremento de los precios de la CSS es similar versus los datos publicados (una diferencia de 60 puntos básicos únicamente desde Febrero 2021 a Diciembre 2021), es decir de 41,6% para la CSS vs. 41% para la información del informe.

En cambio, si tomamos el presupuesto ejecutado del 2021, el incremento en los gastos de medicamentos fue del 105%, lo que quiere decir que este incremento es explicado por el incremento en la cantidad de medicamentos consumidos en el 202 y no por su precio.

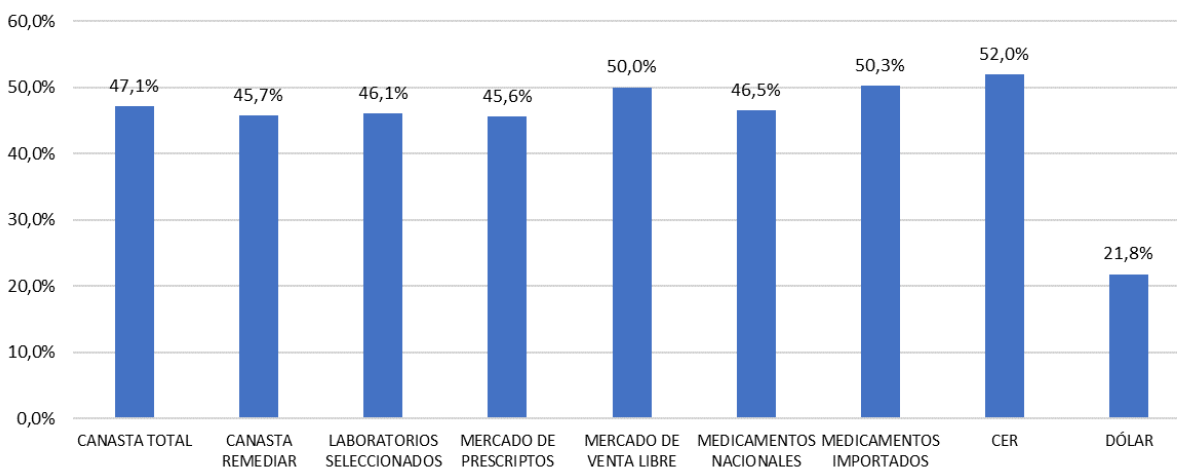
<sup>1</sup> <https://www.argentina.gob.ar/salud/seguimiento-precios/2021>

### Evolucion de precios prom. - Año 2021



Es importante agregar algunos gráficos del reporte del Ministerio de Salud para tomar en consideración el incremento en los precios de los medicamentos durante el 2021.

Variación de precios de canastas de medicamentos y comparadores, acumulado 2021.



Variación de precios promedio por laboratorios seleccionados, mediana, mínimos, máximos, cantidad de productos considerados y porcentaje de estos con incremento sobre el total, diciembre 2021; y la variación anual 2021 (YTD)

Laboratorios	Promedio de var.	Mediana de var.	Var. Mín.	Var. Máx.	Cant. de productos	% que increm.	Var. YTD 2020.12
Nutricia-Bagó	11,84%	13%	0%	20%	100	97%	79,81%
Mead Johnson Nutrition	8,11%	9%	0%	12%	50	84%	67,47%
Gramón-Millet	4,03%	4%	0%	8%	86	94%	50,68%
Bagó - Arcor	3,67%	4%	3%	5%	15	100%	58,23%
Bayer Consumer	2,09%	3%	0%	3%	70	73%	51,44%
Andrómaco	1,50%	0%	0%	4%	163	38%	43,42%
Savant Consumer	1,36%	0%	0%	14%	59	27%	45,84%
Bagó	0,65%	0%	0%	5%	422	17%	49,91%
Elea	0,49%	0%	-4%	10%	565	15%	43,54%
Laboratorios Bernabó	0,39%	0%	0%	5%	201	11%	44,76%
Genomma Lab.	0,35%	0%	0%	5%	249	8%	35,30%
Pfizer	0,21%	0%	0%	5%	243	5%	47,69%
Cassará	0,13%	0%	0%	14%	164	1%	47,75%
Abbott Diabetes	0,00%	0%	0%	0%	10	0%	63,34%
Abbott EPD	0,00%	0%	0%	0%	83	0%	43,03%
Abbott Nutricion	0,00%	0%	0%	0%	221	0%	59,11%
Baliarda	0,00%	0%	0%	0%	131	0%	44,98%
Bayer (PH)	0,00%	0%	0%	0%	46	0%	48,35%
Bioprofarma Bagó	0,00%	0%	0%	0%	34	0%	47,61%
Boehringer Ingelheim	0,00%	0%	0%	0%	122	0%	46,34%
Casasco	0,00%	0%	0%	0%	66	0%	42,89%
Finadiet	0,00%	0%	0%	0%	162	0%	43,91%
Gador	0,00%	0%	0%	0%	181	0%	41,82%
GlaxoSmithKline	0,00%	0%	0%	0%	89	0%	48,95%
Investi	0,00%	0%	0%	0%	379	0%	47,89%
Lazar	0,00%	0%	0%	0%	309	0%	40,78%
Montpellier	0,00%	0%	0%	0%	60	0%	47,04%
Nova Argentia	0,00%	0%	0%	0%	325	0%	46,01%
Novartis	0,00%	0%	0%	0%	459	0%	47,35%
Novartis - Sandoz	0,00%	0%	0%	0%	65	0%	42,25%
Poen	0,00%	0%	0%	0%	272	0%	37,58%
Procter & Gamble	0,00%	0%	0%	0%	188	0%	109,03%
Raffo	0,00%	0%	0%	0%	394	0%	42,71%
Roemmers	0,00%	0%	0%	0%	327	0%	41,92%
Sanofi-Aventis	0,00%	0%	0%	0%	7	0%	53,68%
Sidus	0,00%	0%	0%	0%	361	0%	48,57%
Teva argentina (ex Ivax)	0,00%	0%	0%	0%	59	0%	53,44%
Trb-Pharma	0,00%	0%	0%	0%	67	0%	43,80%

Fuente: Análisis de la variación de precios de medicamentos, Diciembre de 2021, Dirección de Economía de la Salud, Secretaria de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud.

**Ranking de afiliados con mayor cantidad de medicamentos consumidos – año 2021.**

Si revisamos los afiliados que mayor cantidad de medicamentos tuvieron por mes, podemos observar que hay 53 afiliados que consumen más de 20 medicamentos por mes. Quizás incluye al grupo familiar dado que el dato que tenemos es de la credencial médica pero aún así es un número elevado.

Es importante realizar una auditoría de los principales afiliados que consumen más de X cantidad de medicamentos por mes, su evolución mensual, es decir si difiere de un mes a otro en una cantidad considerable, y por costo mensual para poder realizar un análisis de fraude.

En este aspecto, se sugiere crear un departamento de auditoria médica y/o prevención de fraude que realice un seguimiento de un tablero de control con ciertos indicadores para llevar un control adecuado y dinámico y así prevenir posibles fraudes.

AFILIADO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL 2021	PROM. X MES
-1372482142	106	70	118	118	104	114	113	119	105	12	112	111	1.202	100
603385150	52	58	116	116	115	115	125	126	125	135	74	45	1.202	100
-634336952	78	93	74	74	80	82	113	45	120	46	133	0	938	78
-773135352	59	66	67	67	66	66	67	65	64	64	67	64	782	65
58705848	0	0	64	64	12	65	61	63	64	69	61	72	595	50
219255852	2	0	100	100	2	0	3	4	101	1	102	100	515	43
-46156150	44	40	42	42	45	45	38	46	48	12	40	49	491	41
-900625951	64	64	50	50	9	68	7	78	15	75	0	0	480	40
479017850	37	41	35	35	39	45	41	42	43	26	44	50	478	40
-48294348	63	70	13	13	63	2	72	5	2	4	67	66	440	37
-1340051847	25	23	27	27	36	34	40	49	34	50	45	25	415	35
-1438122352	7	33	34	34	36	40	36	37	35	30	34	35	391	33
-190646350	41	42	0	0	8	42	42	40	42	42	40	45	384	32
-794261752	37	7	63	63	2	34	42	13	33	38	39	8	379	32
-783236547	4	7	13	13	2	4	89	48	94	49	51	0	374	31
-20879416	2	126	18	18	1	4	180	3	5	4	6	0	367	31
-1982175119	44	37	50	50	20	27	19	18	23	24	12	25	349	29
-1820747841	35	37	15	15	38	20	25	37	49	1	28	36	336	28
40076350	30	31	32	32	31	33	15	11	32	27	31	25	330	28
724908036	8	44	3	3	42	8	35	61	40	37	2	45	328	27
2084680044	35	29	15	15	27	32	1	44	23	28	53	10	312	26
2014978844	16	34	34	34	25	27	25	18	24	29	23	23	312	26
-1720186042	40	11	38	38	0	38	23	27	31	4	27	30	307	26

-602019352	35	20	49	49	26	12	28	19	13	9	17	28	<b>305</b>	25
118347350	26	26	27	27	17	28	27	28	25	25	17	31	<b>304</b>	25
-1968841343	9	72	72	72	7	11	4	9	9	9	10	11	<b>295</b>	25
29969452	21	19	25	25	23	25	25	25	26	27	27	27	<b>295</b>	25
-601232852	31	21	30	30	22	22	23	16	22	26	29	21	<b>293</b>	24
295666948	21	7	27	27	35	35	29	42	14	20	20	15	<b>292</b>	24
2038867464	19	10	129	129	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>287</b>	24
-1041770610	33	34	0	0	37	36	34	15	12	33	13	36	<b>283</b>	24
-1505860244	0	0	9	9	14	26	168	17	9	15	12	3	<b>282</b>	24
-770649043	28	19	24	24	24	30	25	28	23	17	17	17	<b>276</b>	23
1205565055	0	40	0	0	0	35	3	37	41	39	41	39	<b>275</b>	23
-1023640552	29	30	15	15	34	18	22	10	25	26	37	14	<b>275</b>	23
-1736245044	26	22	24	24	21	18	23	22	23	20	22	28	<b>273</b>	23
2100755255	26	26	24	24	23	24	24	25	24	24	25	0	<b>269</b>	22
-2064925452	35	26	24	24	0	18	26	22	24	25	27	18	<b>269</b>	22
1682294955	21	21	21	21	22	22	22	22	22	22	25	22	<b>263</b>	22
2083273044	21	16	36	36	13	22	13	21	23	20	21	20	<b>262</b>	22
-49024349	21	10	31	31	8	21	25	24	20	18	17	24	<b>250</b>	21
1804654552	82	84	8	8	11	5	13	11	8	5	8	7	<b>250</b>	21
1824419952	30	33	27	27	13	15	16	18	18	21	17	15	<b>250</b>	21
461127848	32	37	30	30	22	27	25	16	8	9	5	6	<b>247</b>	21
2025433844	27	15	36	36	14	17	13	20	16	13	19	20	<b>246</b>	21
-1688322044	25	20	20	20	20	18	19	22	12	22	21	26	<b>245</b>	20
2094808252	14	27	22	22	13	27	14	19	7	24	28	27	<b>244</b>	20
-23989816	22	21	38	38	16	19	11	14	15	19	19	12	<b>244</b>	20
-1564994552	20	10	16	16	17	26	23	30	5	28	27	26	<b>244</b>	20
1765916952	50	49	9	9	46	21	59	0	0	0	0	0	<b>243</b>	20

Por otro lado, se elaboró un ranking de los 10 afiliados con mayor gasto para la CSS. En este caso, el primer afiliado con mayor gasto es el 1014873786 que adquiere principalmente un medicamento de alto costo para el tratamiento de esclerosis múltiple llamado REBIF NF del laboratorio Merck Serono y cuyo precio ascendió a \$456.347,99 en Junio 2021. La cantidad es adecuada, 1 caja por mes. Luego hay varios casos que tienen una cantidad muy elevada de compra de medicamentos que se deberían auditar tal como describimos anteriormente.

#### Costo por afiliado, año 2021

AFILIADO	COSTO ANUAL	COSTO MENSUAL	Q MED
1014873786	\$ 6.081.547	\$ 506.796	19
-1534338642	\$ 3.004.423	\$ 250.369	122
121812552	\$ 2.759.944	\$ 229.995	188
479017850	\$ 2.336.585	\$ 194.715	478



-1372482142	\$ 2.177.608	\$ 181.467	1.202
-634336952	\$ 1.952.059	\$ 162.672	938
-773135352	\$ 1.808.640	\$ 150.720	782
-1779259944	\$ 1.411.339	\$ 117.612	190
603385150	\$ 1.278.323	\$ 106.527	1.202
2084680044	\$ 1.524.590	\$ 127.049	312
58705848	\$ 543.419	\$ 45.285	195

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de CSS

### Ranking de medicamentos agrupados por mayor gasto – año 2021.

TIPO DE MEDICAMENTO	COSTO 2021 (1)	% s/ TOTAL (2)	Q MED (3)	COSTO PROM. Por Med. (1/3)
HIPOGLUCEMIANTE	293.434.684	12%	15.363	19.100
HIPOGLUCEMIANTE ORAL	268.100.656	11%	65.072	4.120
ANTIHIPERTENSIVO	125.860.509	5%	86.072	1.462
ANTIULCEROSO	114.466.713	5%	67.333	1.700
CONTROL GLUCOSA	102.063.311	4%	22.300	4.577
HIPOLIPEMIANTE	78.133.942	3%	35.308	2.213
ANALGÉSICO ANTIINFLAM.	71.250.074	3%	81.107	878
ANTIHIPERTENSIVO DIURÉTICO	71.028.047	3%	41.456	1.713
ANTIEPILÉPTICO	68.726.065	3%	18.225	3.771
ANTIPSIÓTICO	60.959.327	3%	13.215	4.613
ANTIBIÓTICO	49.430.591	2%	66.172	747
TERAPÉUTICA TIROIDEA	45.227.794	2%	56.705	798
ANTICONVULSIVO	44.385.038	2%	13.507	3.286
HIPOCOLESTEROLEMIANTE	37.488.059	2%	20.215	1.854
VITAMINOTERAPIA D	37.126.866	2%	64.855	572
ANTIDEPRESIVO	35.189.632	1%	20.280	1.735
ANTITROMBÓTICO	35.050.448	1%	6.310	5.555
ANTIINFLAM.RESPIRAT.BRONCODIL.	33.935.493	1%	7.354	4.615
ANTICONCEPTIVO	30.093.123	1%	34.401	875
ANTIARTRÓTICO	27.677.554	1%	9.384	2.949
<b>SUBTOTAL</b>	<b>1.629.627.925</b>	<b>68%</b>	<b>744.634</b>	

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de CSS

A partir del ranking anterior, se realizó un análisis de los primeros 3 medicamentos de los principales cinco (3) tipos de medicamentos y se comparó con las coberturas que tienen otro tipo de Obras Sociales de cada medicamento.

En cuanto a los hipoglucemiantes podemos observar que la CSS tiene una cobertura del 100% para todos los afiliados mientras que otras Obras Sociales Provinciales tienen un porcentaje menor e incluso diferenciado por tipo de afiliado donde la cobertura puede ser del 40/50/60/80/100%.

HIPOGLUCEMIANTE S	GASTO 2021	CSS	IAPOS (STAFFE)	IOSCOR (CORRIENTES)	DOSE P (SAN LUIS)	IASEP (FORMOSA)	IOSPER (ENTRE RIOS)
INSULINA LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml lap.prellx5x3ml	82.540.848	100%	80%	50/60/100%	80%	40/60/100%	50%/100%
INSULINA TRESIBA FLEXTOUCH 100 U lapiceras x5 x3 ml	52.444.681	100%	S/D	50/60%	S/D	40/60/100%	S/D
INSULINA NOVORAPID FLEXPEN 100 UI lapic.x 5 x 3 ml	43.559.716	100%	80%	50/60/100%	80%	40/60/100%	50%/100%

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de Alfabet.net

En cuanto a los hipoglucemiantes orales podemos observar que la CSS tiene una cobertura del 100% para todos los afiliados mientras que otras Obras Sociales Provinciales tienen un porcentaje menor e incluso diferenciado por tipo de afiliado donde la cobertura puede ser del 35/40/50/60/80/100%.

HIPOGLUCEMIANTES ORALES	GASTO 2021	CSS	IPSM (Misiones)	IOSCOR (CORRIENTES)	DOSE P (SAN LUIS)	IASEP (FORMOSA)	IOSEP (SGO. DEL ESTERO)
ZOMARIST MET 50/1000 mg comp.x 60	\$ 38.528.149	100%	40%	50/60/100%	80%	40/60/100%	35%
FORXIGA 10 mg comp.x 28	\$ 32.263.418	100%	70%	50/60%	S/D	40/60/100%	S/D
ZOMARIST MET 50/850 mg comp.x 60	\$ 18.315.546	100%	40%	50/60/100%	80%	40/60/100%	35%

Los antihipertensivos también tienen la misma situación que los otros tipos de medicamentos descriptos anteriormente.

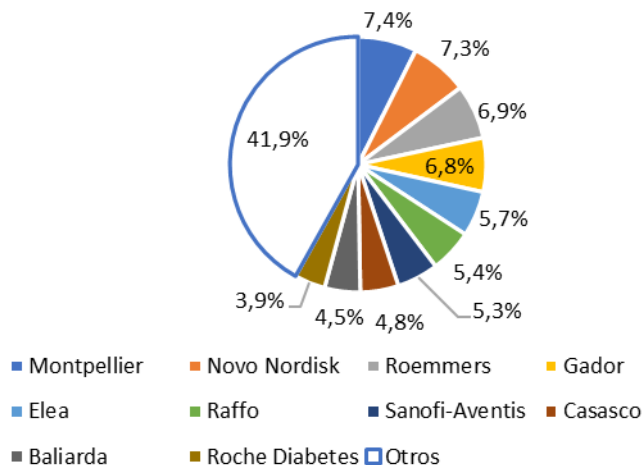
ANTIHIPERTENSIVO	GASTO 2021	CSS	IPSM (Misiones)	IOSCOR (CORRIENTES)	DOSEP (SAN LUIS)	IASEP (FORMOSA)	IOSEP (SGO. DEL ESTERO)
LOSACOR 50 mg comp.rec.x 30	\$ 8.727.395	50/70/90/100 %	40%	50/60/100%	50/70/80 %	40/60/100 %	35%
LOSACOR 50 mg comp.rec.x 60	\$ 7.481.373	50/70/90/100 %	40%	50/60/100%	50/70/80 %	40/60/100 %	35%
LOSACOR 100 mg comp.rec.x 30	\$ 5.323.578	50/70/90/100 %	40%	50/60/100%	50/70/80 %	40/60/100 %	35%

### RANKING DE PRINCIPALES LABORATORIOS POR COSTO

Se realizó un ranking de los 10 principales laboratorios que producen los medicamentos que consumen los afiliados con el fin de tomar dimensión de los porcentajes alcanzados y que pueda llegar a servir como una estrategia de negociación de forma directa con algunos laboratorios, en caso de que sea necesario.

En este caso se puede observar que el primer laboratorio es Montpellier, laboratorio argentino con productos genéricos, mientras que el segundo laboratorio con mayor consumo es Novo Nordisk, laboratorio internacional con medicamentos orientados a la diabetes y enfermedades crónicas como la obesidad. En este sentido, se sugiere proveerle al afiliado medicamentos genéricos con menor precio promedio para reducir el costo de la CSS, sin embargo, es importante destacar que no siempre se puede reemplazar por este tipo de medicamentos dadas las patologías existentes y los medicamentos en el mercado.

## Medicamentos por Laboratorio



LABORATORIO	COSTO 2021	%
Montpellier	179.183.716	7,4%
Novo Nordisk	175.311.395	7,3%
Roemmers	166.124.068	6,9%
Gadador	164.777.984	6,8%
Elea	138.299.822	5,7%
Raffo	131.091.826	5,4%
Sanofi-Aventis	126.453.343	5,3%
Casasco	115.782.207	4,8%
Baliarda	108.568.060	4,5%
Roche Diabetes	93.578.193	3,9%
AstraZeneca	83.503.288	3,5%
Bagó	82.750.697	3,4%
GlaxoSmithKlin	64.050.138	2,7%
Pfizer	57.218.632	2,4%
Boehringer Ing	49.756.026	2,1%
Lab. Bernabo	49.731.208	2,1%
MSD Argentina	46.632.554	1,9%
Beta	38.358.956	1,6%
Novartis	35.487.347	1,5%
Trb-Pharma	32.584.782	1,4%
Resto	468.192.871	19,4%
<b>TOTAL</b>	<b>2.407.437.112</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de la CSS y Alfa Beta.

EVOLUCIÓN CONSUMOS CSS DE REGISTROS PARCIALES AÑOS 2019, 2021 Y 2021

Ambulatorio	Consultas		Teórico	Costo Teórico
	Bruto	Tasa de Uso		
2019	841473	6,8		
2020	668029	5,4		
2021	996680	7,81		43%

Consultas Emergencia /beneficiario/año (*)	Cons consultorio /beneficiario /año	Cons /beneficiario /año
S/D	S/D	S/D
S/D	S/D	S/D
2,6	4 a 6	6,6 a 8,6

(\*) El indicador Consultas Emergencia /beneficiario/año de 2,6 es elevado población activa y con servicios médicos instalados mayoritariamente de atención primaria de la Salud y cuando representan el 50% la Costo/beneficiario/año.

Debiera considerarse elaborar una estrategia de intervención de la oferta y demanda

**Internaciones(\*\*)**

2019	6353	5%		
2020	5499	4%		
2021	6248	5%	8%	28%

**Alos**

			Alos Teórico
2019	20890	3,3	
2020	13309	2,4	
2021	14832	2,4	3,10

(\*\*)La internaciones excluyen las Hospitalarias permite suponer que el alos podría ser aún mayor al Alos de 2,4 compatible con la internación de baja complejidad clínico quirúrgica de clínicas privadas zonales

Imágenes(***)		Imágenes /beneficiario/Año	Imágenes Teórico	Costo Teórico Servicios Auxiliares
2019	S/D	S/D		20%
2020	S/D	S/D		
2021	135.240	1,09	0,8 a 1	

(\*\*\*) las imágenes estarían elevadas casi en un 90% sobre el teórico, Hospitalarias presentaran algún sub registro de imágenes de alta complejidad.

<b>Laboratorio(****)</b>		Laboratorio /beneficiario/Año	Lab Teorico
2019	S/D	S/D	
2020	S/D	S/D	
2021	1.157.657	9,29	2,8 a 4

(\*\*\*\*) El laboratorio registra niveles elevados aproximadamente 3 veces los teóricos

#### **SERVICIOS AUXILIARES en relación a las Consultas**

##### **Laboratorio/Consulta**

<b>Ambulatorio</b>	<b>Consultas Bruto</b>	<b>Laboratorio/ consulta</b>	<b>Laboratorio/ consulta Teórico</b>
2021	996680	1,16	0,7

Indicador elevado respecto del teórico en 64%

##### **Imágenes/Consulta**

<b>Ambulatorio</b>	<b>Consultas Bruto</b>	<b>Imágenes/ consulta</b>	<b>Imágenes/ consulta Teórico</b>
2021	996680	0,14	0,15

Indicador dentro del teórico

##### **Medicamentos/Consulta**

<b>Ambulatorio</b>	<b>Consultas Bruto</b>	<b>Unidades dispensadas en el Periodo</b>	<b>Medicamentos/ consulta</b>	<b>Medicamentos/ consulta Teórico</b>
2021	996680	4194271	4,21	3

Indicador elevado respecto del teórico

Del el análisis realizado, se desprenden Indicadores básicos de un potente Tablero de control ejecutivo, con el que permiten entender las dispersiones y las variaciones de las tasas de consumo y permiten intervenir en áreas ambulatorias, en las Internaciones, utilización de servicios auxiliares , etc sino también permiten comprender el patrón epidemiológico vigente según el momento del año ( estacionalidad epidemiológica y económica); también facilita evaluar las externalidades negativas y otras positivas, por ejemplo se evidencia que hubo un ahorro de cirugías programadas o internaciones programadas por el Covid 19 lo que generó ahorros en los gastos esperados, pero aumentó el gasto en laboratorio por testeos de la epidemia. También permite entender el concepto de "conversión de caja" y hacer la proyección financiera del consumo, no sólo como gasto fijos vs variables sino también como devengado en tiempo real y pagado según convenio lo cual, permite la aplicación financiera que dé el mejor rédito, ya sea inversión a tasas positivas seguras o descuentos por pago anticipado.

Estas tasas de consumo además permiten ofrecerle a los Prestadores especializados y de comportamientos conocidos y alineados con las necesidades de la CSS una cartera de comportamiento también conocido. Estos centros especializados ( por ejemplo Diabetes Hipertensión, Oncología) que normatizan y protocolizan las técnicas de diagnóstico y tratamiento según consensos de cada especialidad resultan ser muy eficientes en cada especialidad para enfermedades de alto costo, lo que permite así, definir inversiones en prestadores que pueden asumir responsabilidad (contratos de transferencia de riesgo) en los tratamientos de modo tal de tener un "costo de oportunidad" razonable por ejemplo cuando se desinvierte en traslados o logística porque resulta más económica la inversión en cierta geografía dadas las características de dolencias de esa población.

El concepto de cuenta corriente de cada paciente, se basa en la codificación CIE 10 o CIE 11 y las dificultades funcionales o discapacidades. Permite conocer los servicios que requiere cada grupo familiar en cada zona, desarrollarlos si fuere necesario y conocer la eficiencia en la gestión utilizando herramientas informáticas y gestionando conocimientos con el paciente quien se siente contenido en el manejo de su patología. Evita turnos innecesarios, concurrencias que no agregan valor,

capacidad de asignar turnos en lugares específicos para generar una mejor experiencia.



### **1.2.2 Propuestas de alternativas para optimizar el gasto en Medicamentos y Prestadores Únicos**

Los servicios sanitarios constituyen uno de los sectores más complejos de las sociedades modernas, tanto por sus implicaciones políticas, sociales, éticas y económicas, como por el desafío organizativo y de gestión que implican. Su importancia viene determinada, en primer lugar, por el valor de la salud como condición básica para la vida, y también por ser un sector de actividad mano de obra intensiva.

También, los servicios sanitarios son el resultado de múltiples factores, unos son comunes a todos los países como los avances científicos y médicos, y otros muy específicos de cada uno de ellos, como la historia, la cultura, y el desarrollo socioeconómico y político entre otros.

Por todo ello, los sistemas sanitarios presentan, probablemente más que ningún otro sector de actividad humana, grandes diferencias de una nación a otra. Esta diversidad, es el resultado de una compleja y rica interacción de factores, pero no impide sin embargo extraer patrones comunes de organización de los servicios sanitarios, y aprender de su estudio comparado, tanto a nivel macro como microeconómico.

En general, los sistemas sanitarios están contruidos bajo la asignación de recursos financieros, con mecanismos de asignación de estos recursos, y con la contratación de proveedores.

Los servicios de salud pueden ser financiados básicamente por cuatro mecanismos: pago directo del paciente, seguros privados voluntarios, impuestos o a través de cotizaciones sociales obligatorias de la seguridad Social.

Estas dos últimas fuentes de financiación son las más importantes en los países desarrollados, ya que son las únicas que permiten garantizar en condiciones de equidad el acceso a los servicios de salud para toda la población.

Por el lado de la prestación de los servicios, esto es los proveedores, pueden estar organizados de múltiples maneras, aunque muchas de sus características suyas son comunes en todos los países (existencia de hospitales, profesiones sanitarias, etc.); otras por el contrario varían de un tipo de sistema sanitarios a otro, como sucede con la organización de los niveles de atención a la salud.

Siendo importantes el origen y tipo de financiación, y las peculiaridades de la

organización de los servicios médicos, lo que más caracteriza a un determinado sistema sanitario es la forma de como los recursos financieros llegan a los proveedores.

Existen para ello dos alternativas básicas: los contratos y la integración de servicios. Los contratos son el modelo típico de casi todos los sistemas europeos de Seguridad Social, y se realizan entre éstos, como financiadores-aseguradores y los proveedores como partes independientes.

En los sistemas integrados el financiador emplea directamente a los proveedores (médicos y otro personal) en su organización, gestionando sus propios hospitales. Así ocurre en casi todos los sistemas sanitarios con financiación por impuestos, pero también en países con un bajo nivel de desarrollo en el momento de creación de sus sistemas de cobertura universal.

Esta distinción entre sistemas sanitarios integrados y contractuales es de interés porque una parte importante del debate sobre política sanitaria tiene que ver con estos conceptos.

A partir de los bloques con los que todos los sistemas sanitarios están contruidos, bajo dos modelos: (a) basados en la Seguridad Social, financiados por seguros sociales obligatorios, y (b) los modelos tipo Servicio Nacional de Salud, financiados por impuestos

Los países de nuestra región, por otro lado, presentan una geografía sanitaria compleja y en distintos estadios de evolución. Quizá su característica más importante es su segmentación en diferentes subsistemas de salud, cada uno de los cuales atiende preferentemente a un grupo socioeconómico definido de la población.

De un lado, están los pobres y sectores informales de la economía a los que van dirigidos los servicios públicos, en el escalón socioeconómico inmediatamente superior se encuentran los sectores de la economía formal que tienen acceso a los servicios de salud de la seguridad social, y, por último, las capas medias altas y sectores de empleados públicos o de empresas especiales, que tienen seguros de salud privados y específicos.

Esta situación origina tensiones crecientes de todo tipo sobre los sistemas de salud, de modo que el principal reto de política pública de salud para los gobiernos provinciales es ofrecer soluciones a las demandas y necesidades específicas de cada

grupo, de tal modo que no perpetúen para siempre el sistema de segregación actual, y sean compatibles con un escenario futuro de convergencia igualitaria, similar a la que hoy existe en todos los países desarrollados. Para lograrlo es esencial que los sistemas provinciales se desarrollen y expandan activamente, alcanzando su acción protectora cada vez más porcentaje de la población.

Los servicios de salud pública van dirigidos a la comunidad (grupos de población), su objetivo es la protección y promoción de la salud, y la prevención de enfermedades de la población.

La salud pública es por su propia naturaleza una de las responsabilidades principales de los gobiernos y tiene como destinataria a toda la población. Son parte de estos servicios: la salubridad del medio ambiente, la higiene de los alimentos, la potabilidad del agua, la vigilancia epidemiológica, el control de las enfermedades transmisibles, las vacunaciones obligatorias, etc.

Se trata de servicios públicos esenciales para el bienestar y salud de la población y forman parte de las obligaciones básicas del Estado en todos los países; su buen funcionamiento es una prioridad política de primer orden y es, ciertamente, una condición esencial para que los servicios de salud personales sean viables (no hay sistema posible de atención a la salud si, por ejemplo, la higiene de los alimentos, o la calidad del agua de consumo no tiene unos mínimos).

Los servicios de salud personales son los que atienden las necesidades de salud (curación, cuidados, rehabilitación o prevención) de los individuos y estos servicios están cubiertos por sistemas de protección pública, bien a través del presupuesto del Estado (impuestos) o por seguros obligatorios.

Ahora bien, en el contexto de limitación y escasez de los recursos disponibles, los servicios de salud persigan de forma explícita objetivos de: a) control global del incremento de los costes (eficiencia macroeconómica), b) maximizar la calidad y la satisfacción de los pacientes con el mínimo coste (eficiencia microeconómica), y c) la equidad, la cual implica al menos igualdad de acceso a los servicios a igual necesidad.

A pesar de toda la complejidad de la medicina moderna y de sus organizaciones sanitarias, la naturaleza de la relación paciente-médico ha cambiado poco. Continúa siendo el prototipo clásico de una relación profesional-cliente, en la que el propio paciente acude al médico y éste cobra por sus servicios (bien directamente del

paciente, o de un tercero en su nombre, si éste está asegurado).

La condición de profesional autónomo del médico, y la voluntad del paciente de acudir a él que determina sus ingresos, son elementos esenciales de una relación, en la que el paciente es un auténtico cliente del médico.

El modelo de gestión de las organizaciones del sector salud, adoptando una perspectiva economicista, puede revisarse desde la vinculación entre la institución protectora (agente) y sus afiliados (principal).

La incongruencia de objetivos entre agente y el principal, se fundamenta en la asimetría de información. Y este inconveniente resulta el problema central del análisis económico en los aspectos del control de gestión.

La información asimétrica implica la existencia de información conocida por el agente respecto del proceso de producción e ignorada por el principal.

Para superar esta asimetría de información y garantizar el logro de los objetivos del principal se busca instalar un Sistema de Información Gerencial o Tablero de Control\_en base a indicadores de gestión y de incentivos institucionales.

Los incentivos deben orientarse a motivar a los agentes a focalizar la gestión hacia las metas definidas por el principal y a garantizar la provisión de la información de seguimiento de gestión.

El elemento central necesarios para la constitución de un Tablero de Control deberían ser:

- Centros de Responsabilidad
- Definición de Objetivos
- Elaboración de Indicadores
- Proceso de seguimiento.

**Centros de Responsabilidad:** Con el objeto de agilizar y mejorar la gestión, se propicia la descentralización de la toma de decisiones.

Para ello se subdivide a las Obra Social en Centros de Responsabilidad, con un jefe o gerente responsable a cargo del mismo. Los centros tendrán las principales tareas: Costos, Ingresos, Inversiones, etc., así como metas

secundarias vinculadas con la eficiencia, eficacia, tiempos de respuesta, etc.

El análisis de gestión no consiste únicamente en detectar posibles desviaciones entre los resultados obtenidos y los deseados, sino también en evaluar el desempeño de los niveles gerenciales. El gerente o jefe del centro, se hace cargo de un conjunto de decisiones y, por lo tanto, es evaluado al final del período en base a los resultados obtenidos con tales decisiones.

Cabe agregar que, cada centro interviene activamente en la formulación del presupuesto de la obra social, proyectando los egresos e ingresos de sus actividades y participando en su ejecución y seguimiento.

**Definición de Objetivos:** Los problemas de falta de claridad y de prioridades asignadas a los objetivos de las organizaciones de salud, resultan característicos del sector.

Para el buen funcionamiento del modelo de control de gestión, resulta necesario establecer objetivos y mediano y largo plazo. Esto implica identificar los recursos necesarios para alcanzarlos y asociarlos con un conjunto de metas cuantitativas y cualitativas que posibiliten evaluar su cumplimiento.

**Elaboración de Indicadores:** Uno de los elementos clave del modelo de gestión es la información. Los directivos de una organización necesitan tomar decisiones constantemente, para esto debe contarse con información en tiempo y forma. Esta información tiene que ser global y debe comprender todos los ámbitos de la actividad de la obra social. La calidad de la información será, por lo tanto, una de las claves del éxito en las decisiones. El modelo de gestión tiene que procurar elaborar información sobre la evolución de las variables relevantes para la gestión, la cobertura brindada y la evolución de la ejecución presupuestal. Un adecuado sistema de información permite hacer un seguimiento constante y sirve para supervisar en términos de eficiencia y eficacia, los recursos utilizados.

**Proceso de seguimiento:** El último eslabón del modelo de gestión son los informes de seguimiento. Cada área de la obra social construirá periódicamente un informe con el resultado de las principales variables.

Las características esenciales para el buen control de la gestión deben considerar lo siguiente:

- Total, en el sentido que se tienen que cubrir todos los aspectos de las

actividades.

- Periódico, ya que sigue un esquema y una secuencia predeterminada.
- Cuantitativo, utilizando como principal unidad de medida la monetaria y apoyándose en otras medidas de actividad que le permiten sentar criterio sobre su evolución a través parámetros establecidos.
- Integrado o sea compuesto por un grupo de subsistemas.
- Eficiencia: buscar la consecución de objetivos y apuntar al centro de los problemas.
- Eficacia: las decisiones de gestión deben tomarse con oportunidad
- Sustentable: debe presentar continuidad en el tiempo
- Inductores de decisiones, sirven como alertas tempranas e impulsan acciones correctivas.

Una empresa u organización de salud es la sumatoria del conjunto de actividades productivas que están definidas por su función de producción. Entre ellas se destacan: la producción de bienes o la prestación de servicios de salud, los procesos de facturación y cobranza, los procesos de pago de salarios y honorarios de recursos humanos, los procesos de elaboración presupuestaria y el siguiente de los centros de costos, los procesos de autorización de prestaciones y la auditoría médica.

Como se ha mencionado anteriormente, los sistemas de salud pública y privada, deben incorporar mecanismos de cuantificación de resultados y de rendición de cuentas para que sus afiliados puedan confirmar que reciben los servicios apropiados en calidad y cantidad.

Por otra parte, los gerentes de organizaciones públicas o privadas, deben asumir el reto de optimizar la productividad social de los recursos para alcanzar mejores niveles de cobertura con mayor equidad.

Es importante entender el Sistema de Información Gerencial en su doble dimensión de instrumento y proceso, integra los sistemas de información de la organización. Como instrumento ofrece básicamente información esencial y de calidad, en la toma de decisiones, con una visión integral, pero con estrategias selectivas de intervención. Como proceso, utiliza sus componentes instrumentales (cuadros, indicadores e informes) para promover inteligencia y formas de

comportamiento gerencial compatibles con los paradigmas de la modernización de la administración.

Las funciones principales del Sistema Información Gerencial son:

- Evaluar globalmente el desempeño de instituciones y programas de salud.
- Identificar los factores o problemas más relevantes del perfil de productividad de las organizaciones del sector salud.
- Facilitar el análisis de dichos factores o problemas a fin de determinar opciones y ajustes.
- Monitorear los procesos de cambio y la evaluación de impacto de medidas.
- Establecer los costos de las áreas críticas o de los centros de responsabilidad.

El Sistema de Información Gerencia, sintetizado en un conjunto de indicadores de gestión, presenta las señales necesarias para el monitoreo de las áreas críticas de gestión de una organización o empresa de salud, facilitando así el proceso de toma de decisiones, con información oportuna y confiable.

El mencionado conjunto de indicadores de gestión constituye el cuadro de mando de toda organización. Es factible de establecerlo para los distintos niveles organizativos de la obra social (niveles estratégicos, gerenciales u operativos). Algunos de los indicadores de gestión se pueden utilizar para el desarrollo de metas de desempeño.

El proceso de formulación consta de distintas etapas: relevamiento, diagnóstico, análisis, formulación, validación e implementación. Para consensuar cada una de las etapas es importante lograr la participación de los equipos de trabajo y de los gerentes principales de la obra social.

En esta etapa del proyecto (relevamiento, diagnóstico y análisis) se ha observado que las principales erogaciones están concentradas en gastos por medicamentos.

Como se mencionó en el apartado anterior, se trabajó sobre pagos

efectuados a prestadores y erogaciones en concepto de medicamentos durante 2021.

Realizando las descripciones de la evolución del gasto en medicamento, cobertura, grupos de medicamentos por patología, principales proveedores, evolución de los precios pagados, así como el comparativo de precios con otras obras sociales.

También se analizará el consumo por laboratorio, internados, imágenes, ambulatorio.

Todo ese análisis ha evidenciado poco gerenciamiento y alto consumo por parte de los afiliados.

Se analizaron los archivos disponibles, tomándose como ejemplo representativo los medicamentos de uso crónico, utilizados para el manejo de Diabetes, Psiquiátricas y Neurológicas.

<b>%</b>	<b>Suma %</b>	<b>Etiquetas de fila</b>
9,7%	9,7%	INSULINA LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml lap.prellx5x3ml
6,0%	16%	INSULINA TRESIBA FLEXTOUCH 100 U lapiceras x5 x3 ml
5,9%	22%	ACCU-CHEK GUIDE tiras reactivas x 50
5,1%	27%	INSULINA NOVORAPID FLEXPEN 100 UI lapic.x 5 x 3 ml
4,7%	31%	VICTOZA lap.prell.x 2 x 3ml(PVP)
4,6%	36%	ACCU-CHEK PERFORMA 50 tiras reactivas x 50



4,4%	40%	ZOMARIST MET 50/1000 mg comp.x 60
3,7%	44%	FORXIGA 10 mg comp.x 28
2,4%	47%	INSULINA OPTISULIN SOLOSTAR lap.prell.descart.x5x3ml
2,1%	49%	ZOMARIST MET 50/850 mg comp.x 60
1,6%	50%	GALVUS MET 50/1000 mg comp.x 60
1,4%	52%	INSULINA LEVEMIR FLEXPEN 100 UI lapiceras x5 x3ml
1,4%	53%	XELEVIA MET 50/1000 mg comp.rec.x 56
1,3%	54%	JANUMET 50/1000 mg comp.x 56
1,2%	56%	TOUJEO 300U/ml lapicerax3x1.5ml
1,1%	57%	JARDIANCE 10 mg comp.x 30
1,0%	58%	XIGDUO XR 10/1000 mg comp.AP x 28
0,9%	59%	INSULINA INSULATARD FLEXPEN HM 100UI lap.prellx5x3ml
0,9%	59%	INSULINA APIDRA SOLOSTAR 100UI/ml lap.prellx5x3ml
0,9%	60%	XELEVIA MET 50/850 mg comp.rec.x 56
0,8%	61%	NUTRILON PEPTI JUNIOR HE lata x 400 g
0,8%	62%	MIDAX 10 mg comp.x 28

0,7%	63%	JANUMET 50/850 mg comp.x 56
0,7%	63%	REBIF NF 44 mcg jga.prell.x 12
0,6%	64%	KEPPRA 1000 mg comp.x 30
0,6%	64%	JARDIANCE 25 mg comp.x 30
0,5%	65%	KEPPRA sol.oral x 300 ml
0,5%	65%	GALVUS MET 50/850 mg comp.x 60
0,5%	66%	KEPPRA 500 mg comp.x 60
0,5%	66%	ONE TOUCH ULTRA tiras reactivas x 50
0,5%	67%	LAPENAX 100 mg comp.x 90
0,5%	67%	TRAYENTA comp.rec.x 30
0,5%	68%	INSULINA NOVORAPID FLEXTOUCH 100 UI lapic.x 5 x 3 ml
0,4%	68%	VALCOTE 500 mg comp.x 50
0,4%	69%	JANUVIA 100 mg comp.x 28
0,4%	69%	TRAYENTA DUO 2.5/1000 mg comp.x 60
0,4%	70%	XIGDUO XR 5/1000 mg comp.AP x 56
0,4%	70%	DBI AP METFORMINA 850 mg comp.rec.x 60
0,4%	70%	DBI AP FORTE 1000 mg comp.rec.x 60
0,4%	71%	MIRENA Disp.intrauterino x 1
0,4%	71%	RISPERDAL CONSTA 37.5 mg vial a.x

		1+aguja
0,4%	71%	ZOMARIST MET 50/1000 mg comp.x 30
0,4%	72%	FREESTYLE OPTIUM tiras react.p/glucosax50
0,3%	72%	OSPOLOT 200 mg comp.rec.x 50
0,3%	72%	INSULINA NOVOMIX 30 FLEXPEN 100 UI lapiceras x5 x3ml
0,3%	73%	DBI AP METFORMINA 850 mg comp.rec.x 100
0,3%	73%	ZOMARIST MET 50/500 mg comp.x 60
0,3%	73%	JEVITY PLUS bot.x 1000 ml
0,3%	74%	CALLEXE 1000 mg comp.x 50

A grandes rasgos se destaca la existencia de una gran dispersión de formas de presentación, marcas y con precios muy diferentes comprándose envases pequeños y grandes, lo mismo ocurre en accesorios como tiras reactivas y cantidades de agujas.

Lo mismo ocurre en medicación de uso neurológico y psiquiátrico como antidepresivos, antiepilépticos, ansiolíticos.

También puede identificarse que una misma droga tiene diferentes porcentajes de cobertura.

Respecto a este punto al carecer de la referencia de una cuenta corriente de consumo por beneficiario y prescriptor que posibilite realizar un mayor análisis de la relación con la prescripción /diagnostico/ prescriptor y la relación legal de la cobertura asignada según legislación, no obstante podemos relacionar comprensivamente una muestra de los consumos mensuales y su carga presupuestaria, especialmente con aquellos medicamentos que por su

cronicidad podríamos prever ex ante que serán utilizados en meses subsiguientes.

Por ejemplo, el 80% del gasto de medicamento cubiertos al 100% se centran en 88 ítems / 2275 los cuales corresponden principalmente a medicamentos y accesorios para el control de la diabetes y patologías neurológicas y psiquiátricas.

### **Propuesta de alternativas**

Las propuestas que se realizarán estarán fundamentadas desde un punto de vista de la eficiencia económica y optimización del resultado, haciendo el seguimiento evolutivo de casos para detectar la adherencia al tratamiento, comprendiendo sus modalidades de consumo.

Los enunciados siguientes, serán ampliados (próximo informe) en el caso de logra un consenso con la institución.

#### **- Cuenta corriente del afiliado y su grupo familiar**

Debiera constituirse una Cuenta Corriente la cual permitirá identificar el comportamiento del usuario de los servicios de salud por el diagnóstico codificado y confirmado de cada integrante.

Esto, a su vez, permitirá identificar sus consumos y su relación con las prestaciones médicas realizadas a los beneficiarios identificar los grupos de alto consumo y patrones de prescripción

#### **- Compra centralizada de medicamentos**

Permitirá ejercer el poder de compra que posee la CSS en la Provincia. Se trata de la implementación de la compra de medicamentos e insumos por volumen conociendo los consumos de años anteriores, el número de pacientes por diagnóstico codificado proyectando, sus consumos anuales.

Dicho mecanismo permitirá reducir en lo posible la inflación y su variabilidad. Mejorando la capacidad de negociación, beneficios impositivos y licitaciones de compra directa a laboratorios sin intermediación de droguerías en el caso de drogas únicas en las que compiten son sólo marcas comerciales

incorporando mediaciones porcentuales innecesarias.

Dependerá el tipo de contrato a establecer con la industria farmacéutica y podría acordarse por nombre genérico, y/o marca registrada dependiendo de los volúmenes a considerarse oportunamente. Este mecanismo de compra permite entre otros recursos establecer varios puntos de logística y entrega/disposición, a través de mecanismos pautados con el afiliado.

También fortalecerá la presencia de la CSS con sus beneficiarios la existencia de una farmacia de la CSS y el control de gestión, especialmente para los insumos periódicos requeridos en los pacientes crónicos bajo Programa de Tratamiento de Enfermedades Crónicas y los medicamentos requeridos en las Enfermedades Catastróficas.

Este último punto es central en el caso de la medicación oncológica, ya que la trazabilidad es sobre la medicación y no sobre el paciente asignado, pudiéndose centralizar los tratamientos más caros y especializados en prestadores entrenados que facilitan por ejemplo una prescripción por dosis ajustada para obtener el máximo provecho de las presentaciones farmacéuticas reuniendo a pacientes con tratamientos similares en las mismas sesiones y acordando con la farmacia del prestador el manejo de la medicación no utilizada y reciclando lo que vencerá próximamente.

#### **- Evaluar la instalación de Farmacia/s de la obra social**

Una farmacia y eventualmente otros servicios de Atención Primaria y baja complejidad, como así también la referencia a Clínicas especializadas con Normas y procedimientos comunes y científicamente comprobados por consensos de especialidad, basados en la evidencia y que al estar claramente definidos y estructurados permitirían mayor equidad según determinado diagnóstico ya que un diagnóstico implica un protocolo y un costo conocido.

Esta modalidad intenta evitar la dispersión de criterios del médico aislado y generar aplicar la cultura de protocolos basados en la evidencia y que son actualizados por especialistas con los que hay contratos claros y un acuerdo de gestión de costos que utiliza recursos según el estadio de la dolencia.

La fortaleza más significativa está en el manejo de los costos y la posibilidad de gestionar acorde a la necesidad de la demanda y el diagnóstico

epidemiológico de las poblaciones bajo programa. Deberá tenerse en cuenta el impacto en la comunidad médica y su relación con la satisfacción de la demanda en la zona que carece de algunas especialidades. En ese punto se transforma en un tema logístico ya que el paciente es conocido y entendemos su situación y adherencia al tratamiento evitando agravaciones.

**- Potencialmente con acuerdo con la industria podría utilizarse las redes de los hospitales públicos provinciales como centro de distribución.**

**- Ley de Prescripción de medicamentos**

Según Ley 25649 (la prescripción debe incluirse el medicamento genérico) marcas científicamente elegidas por el consenso con los especialistas a partir de un protocolo consensuado.

### **1.2.3 Diseño e implementación de procedimiento de Control y Auditoría de prestaciones pagadas**

En el sector público, los objetivos perseguidos por las tareas de auditoría son esencialmente los mismos que en el sector privado, es menor el énfasis en la imagen fiel y en el principio de importancia relativa, en beneficio de un análisis y de una exposición de los hechos con mayor detalle.

Tanto la circunstancia de que la imagen fiel no constituya el enfoque central, prácticamente único, de aquella otra auditoría como el menor peso de la importancia relativa tienen la misma raíz, la necesidad en que se encuentran los responsables de la vigilancia y tutela del organismo o servicio auditado de conocer el pormenor de las irregularidades halladas para que, en cumplimiento de las obligaciones que tienen, puedan hacer su valoración y adoptar las medidas que procedan.

A partir de esta argumentación, se deriva la necesidad de hacer un trabajo y un informe mucho más largos y detallados en el presente caso, con comprobación primero y exposición después de hechos, causas, consecuencias y responsabilidades.

La comprobación de su cumplimiento y de la sujeción a las normas que regulen el proceso de elaboración, tramitación y aprobación de los proyectos, así como de modificaciones de los créditos aprobados, de su gestión y de la liquidación y rendición de resultados ha sido tradicionalmente y sigue siendo un objetivo primordial en la auditoría del sector público sanitario. Si el centro o servicio está sometido al seguimiento de programas presupuestarios, su auditoría y la opinión sobre los indicadores establecidos y la utilización en la práctica estarán incluidos en este análisis.

Sin intentar aquí una caracterización del sector público sanitario cabe señalar que destacan en él, entre otras, las siguientes notas:

- Una rigurosa regulación legal.
- Objetivos primordialmente sociales, aunque los económicos se encuentren con frecuencia como subsidiarios de aquellos.
- Actuación en un entorno que suele ser no competitivo.
- El beneficio económico, cuando existe, no puede servir como indicador de eficiencia.

Estas y otras razones hacen que los procedimientos de control y las tareas de auditoría a un ente o servicio público, aun referida solamente al control de su actividad económico-financiera, deba tener el siguiente alcance, salvo que expresamente se determine otro menor:

**Examen de legalidad:** Comprobación del cumplimiento de las normas legales y reglamentarias que rijan la existencia y actividad del organismo o servicio auditado. La importancia que en el sector público tiene el sometimiento a las normas hace que la verificación de este cumplimiento adquiera substantividad propia y se convierta en el principal y por ello nunca ausente objetivo de la auditoría.

**Examen de los procedimientos:** La existencia de procedimientos escritos, su actualización y su efectiva aplicación son uno de los soportes necesarios para una buena gestión, administración y control, por lo que deben ser considerados por el auditor.

**Examen de la buena gestión:** Otro aspecto de la auditoría a un servicio sanitario es el análisis de la economía, de la eficiencia y de la eficacia de sus actuaciones, conceptos que no sólo suelen estar presentes en normas legales fundamentales de la gestión pública, sino que cada vez en más provincias se incluyen en la propia Constitución.

Evidentemente, la buena gestión implica conjugar economía, eficiencia y eficacia, sin olvidar otras condiciones y requisitos como son la accesibilidad, oportunidad, calidad y equidad del servicio, cualidades de especial relevancia en los de carácter sanitario.

A la extensión del campo y dificultad que plantean al auditor la incorporación a su examen de la legalidad, los procedimientos y la buena gestión, según puede apreciarse de lo expuesto hasta aquí, hay que añadir una importante diferencia entre la auditoría financiera y estas otras manifestaciones de las que ahora estamos tratando.

La auditoría financiera corresponde al gestor elaborar la información y al auditor comprobarla, mientras que cuando se trata de legalidad, procedimientos o buena gestión

el gestor no suele informar, por lo que, para poder hacer su trabajo, el auditor ha de obtener la información por sus propios medios y opinar sobre ella.

Por lo que se refiere a los exámenes de legalidad y financiero, incluido en éste el presupuestario, hay que llamar la atención sobre la progresiva sustitución parcial de la función interventora (comprobaciones previa, concomitante y posterior de cualquier acto o documento por el que puedan generarse efectos económicos) por las actuaciones de auditoría, consecuencia del desarrollo económico y la extensión del sector público, que han supuesto la multiplicación de entes y su mayor actividad, haciendo en cierta medida impropio en control tradicional que retrasa la gestión y resulta demasiado costoso.

Otra consideración es que aun en los casos en que no se trate de una auditoría de procedimientos o de buena gestión, una de las primeras actuaciones enmarcadas en los procesos de control de gestión debe ser el análisis del control interno, cuyos resultados deben incorporarse al informe si son relevantes en relación con el trabajo que haya de realizar.

En todos los diseños de los procedimientos de control y auditoría, se puede verificar las siguientes fases o etapas: 1. Acuerdo, 2. Planificación, 3. Ejecución, 4. Emisión del informe, y 5. Seguimiento de los resultados.

Las observaciones que se recojan deben tener suficiente importancia relativa. Esta importancia puede derivarse de la consideración aislada de los hechos, su reiteración, acumulación de hechos menores o concurso de circunstancias especiales.

Han de exponerse los hechos importantes entre el fin del ámbito temporal de la auditoría y la terminación de ésta, así como la modificación de los resultados de la auditoría por sucesos entre su terminación y la entrega del informe. En definitiva, debe aportarse una información actualizada.

Los resultados o conclusiones deben consistir en una valoración de las observaciones, evitando la tendencia frecuente a una mera repetición abreviada de éstas. Esta valoración procederá de un juicio crítico sobre las cuestiones examinadas: cumplimiento de la normativa, fiabilidad de las cuentas, opinión sobre los procedimientos y opinión sobre la gestión, según corresponda en cada caso.

Como la organización y gestión de la asistencia sanitaria puede calificarse en cuanto a la modalidad de la asistencia que se brinda, a saber:

- Atención primaria, que tiene lugar en centros de salud, consultorios o ambulatorios, a cargo de equipos que en el aspecto sanitario están principalmente formados por médicos generalistas, pediatras, puericultores, matronas, ayudantes técnicos



sanitarios y auxiliares de clínica, en orden a prestar una primera asistencia y, en su caso, poder derivar al paciente hacia el correspondiente especialista.

- Atención especializada, que se presta mediante hospitales y otros centros de especialidades, por personal cualificado en las distintas ramas de la medicina, con los medios técnicos de diagnóstico y tratamiento adecuados, en los regímenes de internamiento, consultas externas en los propios centros y consultas domiciliarias.
- Las urgencias, emergencias y derivaciones, tanto por la especialización que supone como por la singularidad de sus medios.
- Provisión de medicamentos y financiamiento de los tratamientos.

El objetivo, su alcance, las áreas de énfasis, los procedimientos singulares a utilizar y demás especificaciones técnicas de la auditoría, como ha quedado dicho al exponer su proceso, obviamente determinan y perfilan las actuaciones.

Por ejemplo, una diferencia importante puede provenir de que se trate de una auditoría vertical u horizontal, entendiendo por la primera el examen de varias áreas de un solo centro o servicio (generalmente las más importantes o las que destaquen como más problemáticas) y por la segunda la comprobación de una misma área (o pocas más) en varios centros o servicios que estén bajo la supervisión de una Administración pública común.

La obtención de esta información persigue dos fines: por una parte, lograr un conocimiento que contribuya a la planificación de la auditoría y a la posterior fase de su ejecución y, por otra, disponer de datos que aportar como introducción al informe con el fin de que faciliten su comprensión y perfilen el entorno en que sus destinatarios deben valorar las observaciones que en él se hagan.

En concreto se trata de recoger documentación e información sobre las siguientes cuestiones, además de aquellas otras que puedan ser de interés:

- Zona de influencia y regímenes asistenciales en que se presta el servicio.
- Organización y funcionamiento del centro o servicio, tanto en cuanto a la función sanitaria como a la administrativa.
- Adecuación de las instalaciones y demás medios materiales a la clase y nivel de actividad a desarrollar.
- Indicadores de los medios, de la actividad y de los resultados, así como su evolución en el período a auditar y, cuando resulte conveniente, en un período anterior.

- Servicios asistenciales que tiene contratados para su ejecución por terceros, sean de diagnóstico o tratamiento.
- Servicios de gestión y administración contratados, tales como hostelería, lavandería, limpieza, seguridad, jardinería y conservación y reparación de instalaciones y de otros elementos del inmovilizado.
- Órganos de gobierno, de dirección y asesores que han estado constituidos en el período a auditar y revisión de las actas de sus reuniones.
- Informes con utilidad actual que se hayan emitido sobre el centro o servicio: documentación contable o estadística aludida en uno de los párrafos anteriores, informes de la Dirección con destino a los órganos colectivos del centro o dirigidos a organismos superiores, actas de las inspecciones de servicios sanitarios o administrativos, informes del órgano de control económico y financiero, informes de auditoría o registro de reclamaciones de pacientes.

Con los conocimientos de los apartados precedentes el auditor estará en condiciones de abordar el examen del control interno de la obra social con la finalidad de:

- Descansar en los aspectos positivos reduciendo o excluyendo pruebas substantivas.
- Conocer los métodos y procedimientos para hacer mejor dichas pruebas.
- Incorporar el resultado de este análisis al informe de la auditoría.

El examen deberá comprender:

- Obtener información de los procedimientos aprobados.
- Verificación, mediante pruebas de cumplimiento, de que los procedimientos efectivamente se aplican en los términos establecidos.
- Evaluación de su eficacia.

En la revisión del control interno, además de tratar de conocer las principales pautas operativas, debe prestarse particular atención a cómo se asegura el cumplimiento de la legalidad.

Este examen del control interno aportará la información precisa para la elaboración de los programas de trabajo, documentos en los que se concretan los procedimientos mínimos que ha de seguir el auditor para el logro de los objetivos que en cada uno de los programas deben estar expresados, además de aplicar aquellos otros que resulten necesarios o recomendables conforme se deduzca de la fase de ejecución, sin perjuicio de la natural flexibilidad para introducir los cambios que el discurrir del trabajo aconseje.

## **Procedimiento de Control y Auditoría de prestaciones pagadas.**

- Modelo actuarial por programas el control de gestión de auditoría debiera remitirse al control las tasas de incidencia y Prevalencia por diagnóstico.

- Implementación de tablero de control del área auditoría.

- Sistema de auditoría para la aprobación de consumos de alto costo/Enfermedades Catastróficas. Para el cual se confeccionará el listado de Procedimientos y Medicamentos e Insumos de Enfermedades Catastróficas y Manual de Normas.

- Implementación de Segunda Opinión Médica y Telemedicina, con el fin de reducir el impacto de las distancias geográficas de la Provincia y como respuesta a las carencias eventuales de especialidades médicas se podrá optimizar los costos en traslados.

- Se deberá implementar la autorización digital con Numeración de la autorización desde el origen la autorización, que vincule la prescripción del Médico Prescriptor desde su computador al que accede con la máxima seguridad informática (clave, Token Traditum etc) con la del Proveedor dispensador. Se realiza la validación del beneficiario y la validación de la autorización con clave dinámica otorgada automáticamente por CSS (ejemplo de mercado). Esto implicará la negociación con la Mandataria Farmacéutica Admifarm, Traditum y otras Droguerías Suizo, Nucleopharma, Proveedores Hospitalarios, Meta-Proyecta Milenium. para cobertura de 80% y 100% y otros proveedores de insumos. El Número de Autorización debiera acompañar todo el proceso hasta la liquidación y pago.

- Establecimiento de las Cuenta por patologías y Modelo Gerenciamiento de Enfermedades Crónicas.

- Implementación de recetas digitales

Sería de gran utilidad la implementación de la receta digital Numerada desde el origen (la CSS), confeccionada por el Médico desde su prescripción, al que accede con la máxima seguridad informática (clave, Token, etc.) seguridad que deberá mantenerse en la dispensa de la farmacia hasta el conforme del beneficiario.

## **2. Desarrollo de un Plan de Comunicación para mejorar la relación con los afiliados**

### **2.2 Diagnóstico de la comunicación con la comunidad**

El objetivo de esta sección es entender mejor el proceso de comunicación con el afiliado, lo cual implica, entre otras cosas, profundizar el diagnóstico. Por tal razón, en primera instancia, se realizaron dos encuestas: la primera, dirigida a los afiliados y la segunda, dirigida a los empleados que tienen contacto directo con los afiliados.

La primera encuesta tiene como finalidad conocer la percepción que los afiliados tienen de la Institución en general y sobre los puntos de conflicto. Esto permitirá evaluar oportunidades de mejora. En este sentido, se considerará la información cualitativa y cuantitativa recolectada como fuente de análisis a la hora de plantear acciones y tareas dentro del nuevo plan de comunicación. Cabe destacar que conocer la opinión del afiliado fortalece los vínculos y genera nuevos espacios de interacción, además, si se complementa con prácticas posteriores, refuerza el sentido de pertenencia y escucha.

La herramienta está compuesta por nueve preguntas cerradas (cuantitativas) y una pregunta abierta de caracteres limitados (cualitativa). Se compone de tres bloques de preguntas: 1) de estructura; 2) de procesos y 3) de percepción.

Roberto Hernández Sampieri explica en “Metodología de la Investigación” (1) que el enfoque cuantitativo es secuencial y probatorio. El investigador plantea un problema de estudio delimitado y concreto sobre el fenómeno, aunque en evolución. Las preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas, en este caso sobre el proceso de comunicación con el afiliado.

Una vez planteado el problema de estudio, el investigador considera lo que se ha investigado anteriormente, en este caso en el capítulo anterior de diagnóstico, del cual derivan una o varias hipótesis (cuestiones que va a examinar si son ciertas o no) y las somete a prueba mediante el empleo de diseños de investigación apropiados. Si los resultados corroboran las hipótesis o son congruentes con éstas, se aporta evidencia a su favor. Si se refutan, se descartan en busca de mejores explicaciones y nuevas hipótesis. Al apoyar las hipótesis se genera confianza en la teoría que las sustenta. Si no es así, se rechazan las hipótesis y, eventualmente, la teoría.

Lo que se busca corroborar en este trabajo es que los afiliados conocen y utilizan todos los canales de comunicación existentes de la CSS. Por otro lado, se busca comprender si actualmente la atención vía whatsapp es el medio utilizado en mayor medida por los afiliados. Finalmente, se intenta reconocer la percepción que los afiliados tienen de la atención recibida, si es buena o muy buena.

Además, se incluye una pregunta cualitativa con el objetivo de explorar comentarios y sugerencias de los afiliados. En este caso, el diseño de la investigación es abierto y flexible. La idea de la pregunta cualitativa no es probar sino generar una hipótesis una vez que se analicen las respuestas recibidas. El enfoque se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados ni predeterminados completamente. Tal recolección consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos más bien subjetivos).

La recolección de los datos está orientada a proveer de un mayor entendimiento de los significados y experiencias de las personas y la recolección cuantitativa de los datos se fundamenta en la medición (se miden las variables o conceptos contenidos en las hipótesis). Esta recolección se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados. Para que una investigación sea creíble, debe demostrarse que se siguieron tales procedimientos. Como en este enfoque se pretende medir, los fenómenos estudiados deben poder observarse o referirse al “mundo real”. En este caso, la encuesta se hará en un formulario de google form y será enviada mediante redes sociales, canales de WhatsApp y listado de mails que cuenta la Dirección de Comunicación de la CSS con el fin de llegar a la mayor cantidad de afiliados posibles.

La segunda encuesta será enviada a los empleados que cumplen la función de atención al afiliado con el objetivo de captar cómo el empleado percibe la atención que brinda, el grado de capacitación y las herramientas con las que cuenta para llevar a cabo su trabajo satisfactoriamente.

La herramienta en este caso está compuesta por diez preguntas cerradas (cuantitativas), una pregunta abierta de caracteres limitados (cualitativa). Se compone de tres bloques de preguntas: 1) de estructura; 2) de procesos y 3) de percepción.

Se busca corroborar que los empleados cuentan con la capacitación y herramientas adecuadas para llevar adelante una atención al cliente satisfactoria. Por otro lado, la pregunta cualitativa busca recabar información sobre oportunidades de mejora que los empleados hayan detectado gracias a la interacción permanente con los afiliados.

La misma se realizará en formato de google form y será enviada por mail a todos los empleados de la CSS que tengan un rol de atención al afiliado.

Finalmente, sobre la base de la información recabada en esta instancia, se sugiere seguir profundizando el análisis y realizar un seguimiento de potenciales cambios que vayan surgiendo a través de futuras encuestas.

## **2.2.1 Análisis de resultados de las encuestas**

### **Comunicación con afiliados**

A continuación se presenta el análisis de la encuesta enviada a los afiliados de la CSS. Se obtuvieron 163 respuestas cuantitativas y 109 respuestas cualitativas. El lapso de distribución del instrumento de recolección comprende el período desde el 25/07/2022 al 02/08/2022, fecha seleccionada de corte para la realización del presente análisis.

### **Análisis de datos cuantitativos**

#### **Hipótesis:**

Los afiliados conocen y utilizan todos los canales de comunicación existentes de la CSS.

Actualmente la atención vía WhatsApp es el medio utilizado en mayor medida por los afiliados.

Los afiliados tienen una buena percepción de la CSS.

Datos recolectados de 163 respuestas recibidas, de las cuales se observa:

Población, segmentación etaria

41.7% de 45 a 65 años

35% de 36 a 44 años

14.1% de 27 a 35 años

6.1% de +65 años

3% de 21 a 26 años

## **Género**

Con respecto al género, el 69.9% se identifica como femenino y el 30.1% como masculino.

### Delegaciones requeridas por los afiliados

El orden de las Delegaciones mencionadas con las cuales los afiliados se comunican mayor frecuencia son:

55.8% Río Gallegos

12.9% Caleta Olivia

4.3% Puerto Deseado, El Chaltén y El Calafate.

2.5% CABA, Pto. San Julián, Perito Moreno y Las Heras.

El restante de las delegaciones refiere 1% o menos.

### Medios de comunicación usados por los afiliados

51.5% acude en persona a la delegación

35% utiliza whatsapp

El 13,5% restante se reparte de forma equitativa entre mail, redes sociales y otros medios.

### Frecuencia en la realización de trámites

El 66.9% mayoritario se reparte en los siguientes trámites, que los afiliados indican realizan con mayor frecuencia:

25.2% consultorios externos

23.3% derivaciones

18.4% auditoría médica

### Canales de Comunicación:

#### Conocimiento del sitio web

62.6% si lo conoce

37.4% no lo conoce

Conocimiento de las redes sociales

58.3% si las conoce

41.7% no las conoce

Valoraciones / Percepciones:

Percepción de facilidad y usabilidad de la información: "¿Encontrás fácil nuestra información cuando la necesitás?"

55.2% a veces

30.7% nunca

14.1% siempre

Percepción de calidad: "¿Cómo evaluarías nuestra atención? En una escala de 1 a 5 donde 5 es muy bueno y 1 es muy mala."

25.8% buena (4/5 puntos)

23.3% regular (3/5 puntos)

22.7% muy mala (1/5 puntos)

14.7% mala (2/5 puntos)

13.5 muy buena (5/5 puntos)



## **2.2.2. Conclusiones cuantitativas de encuesta a afiliados**

### **Hipótesis**

Los afiliados conocen y utilizan todos los canales de comunicación existentes de la CSS. Estado: refutada.

Actualmente la atención vía WhatsApp es el medio utilizado en mayor medida por los afiliados. Estado: refutada

Los afiliados tienen una buena percepción de la CSS. Estado: correcta

La mayoría de los afiliados que accedieron a la encuesta se encuentran entre los 36 y 65 años de edad. Se observa poca participación del segmento etario menor a 27 años. Es importante resaltar este punto ya que es un segmento nativo que utiliza medios digitales pudiendo ser los enlaces informativos y funcionales entre sus padres/abuelos/adultos mayores a cargo y sus necesidades relacionadas a la CSS.

Con respecto al género, se observa mayoritaria participación del público femenino. Se sugiere comparar esta tasa con los registros de afiliados de la CSS para conocer si el porcentaje es acorde o, en tal caso, existe una mayor participación y compromiso del público femenino. Esta información permitirá tomar decisiones en cuanto a campañas y formas de comunicación de las mismas (tono y mensaje).

En cuanto a las delegaciones a las que acuden los afiliados, las que poseen mayor afluencia se corresponden a las casas principales (Río Gallegos, Caleta Olivia y CABA), siendo Río Gallegos la que acumula la mayor cantidad de visitas. Esta relación se observa nuevamente en cuanto al tipo de contacto indicado por los afiliados con la CSS donde la mayoría respondió que acuden en forma presencial a las delegaciones.

Con respecto a la tasa de conocimiento de los canales digitales se observa que la mitad de los encuestados afirman conocerlos. En relación a la "facilidad y usabilidad" de la información disponible en los canales digitales, la mitad de dichos afiliados indican que presentan problemas a la hora de encontrar información necesaria.

Con respecto a la tasa de "percepción de calidad", la CSS posee una imagen positiva del 39.3% , imagen negativa del 37.4% y una tasa neutral de un 23.3% por parte de los afiliados.

Se presentan propuestas de mejora y optimización de estrategias comunicacionales en el punto "Propuestas de mejora finales".

### **Análisis de datos cualitativos**

Como se mencionó anteriormente, la pregunta cualitativa tiene como objetivo explorar comentarios y sugerencias de los afiliados. Una gran cantidad de comentarios se centran en la falta de información y falta de respuesta que perciben de parte de la CSS. Algunos de los comentarios que demuestran este punto son:

"No responden en tiempo y forma. Hay que pedirles por favor que te den una solución y aun así no lo hacen enseguida."; "no hay info actualizada sobre prestadores ni buena comunicación sobre beneficios y formas de acceder a ellos o referente a los trámites que se deben realizar"; "Actualizar contactos, números correos etc, de los profesionales o prestadores."

Es importante entender la razón por la que los empleados de atención al cliente no responden rápidamente a las consultas de los afiliados. Una de las causas puede ser por el hecho de que los empleados no cuentan con la información y tienen que consultar la respuesta internamente a otra área y el proceso no es rápido. En ese caso, sería bueno revisar el proceso interno de derivación de respuestas para intentar hacerlo más fluido.

En lo que refiere a la actualización de la información, es importante actualizar la información en todos los canales y, en caso de que haya cambios sustanciales en la información, poder comunicar proactivamente a los afiliados la nueva información, ya sea por mail o whatsapp. A su vez, es importante que los afiliados tengan acceso rápido y claro a los canales de atención.

Otro punto que muchos afiliados mencionan en la pregunta abierta es la atención por whatsapp. Según los resultados de la encuesta cuantitativa, whatsapp es el segundo canal más utilizado por los usuarios, luego de la atención en las delegaciones. Las respuestas cualitativas indican que muchos usuarios reciben una mala atención por este medio: “Por whatsapp hemos enviado estudios para autorizar y demoran ni te dan las respuestas en pandemia fue terrible la mala atención”; “Te clavan el visto en el WhatsApp no te dan la info completa”; Contesten whatsapp porque sino no sirve que lo pongan como medio de comunicación”

Teniendo en cuenta que whatsapp es uno de los medios principales de atención al cliente, es importante brindar un buen servicio por este medio. Además, si se brinda un buen servicio, será posible descongestionar la atención presencial en las sedes y que mayor cantidad de consultas se resuelvan a través de este canal.

Con respecto a la atención, muchos afiliados expresan que la atención que reciben en la sucursal es mala. Entre las respuestas que explicitan las causas de esta mala atención percibida, en gran medida se debe a la falta de respuesta. Esto coincide con el primer punto mencionado: “Malísima la atención de la sucursal de los antiguos tengo derivaciones del año pasado pedidas urgentes que no me las realizan ya están autorizadas y nada que sacan turno”. Por lo tanto, es muy importante poner foco en el proceso de respuestas que se le brinda a los afiliados para mejorar el nivel de satisfacción.

### **Comunicación con empleados**

A continuación se presenta el análisis de la encuesta sugerida a los empleados de la CSS. Se obtuvieron 35 respuestas cuantitativas y cualitativas. El lapso de distribución del instrumento de recolección comprende desde el 25/07/2022 al 02/08/2022, fecha seleccionada de corte para la realización del presente análisis.

### **Análisis de datos cuantitativos**

El objetivo es analizar si los empleados cuentan con la capacitación y herramientas adecuadas para llevar adelante una atención al cliente satisfactoria y evaluar la percepción del afiliado de acuerdo a su experiencia propia. Se recibieron 35 respuestas sobre un total de 19 sedes.

Delegaciones que participaron:

51.4% Río Gallegos

22.9% 28 de Noviembre

5.7% Pto. San Julián

2.9% para las sedes: CABA, Puerto Deseado, Gdor. Gregores, Río Turbio, El Chaltén, Pto. Santa Cruz, Tres Lagos.

Sin respuestas: Caleta Olivia, El Calafate, Perito Moreno, Los antiguos, Jaramillo, Pico Truncado, Las Heras, Piedra Buena.

Medios utilizados para la atención de los afiliados:

77.1% atención presencial en delegación

71.4% WhatsApp

54.3% mail

11.4% redes sociales

11.4 % otros medios

Trámites que atienden con mayor frecuencia

57.1% Derivaciones

45.7% Afiliaciones

45.7% Auditoría médica

40 % Auditoria farmacéutica

28.6% Convenios interprovinciales

28.6% Operativa

25.7% Consultorios externos

22.9% Fonoaudiología

20% Bioquímica

8.6% Odontología

Trámites que suelen generar mayor conflicto con los afiliados.

80% Derivaciones

34.3% Auditoría médica

22.9% Auditoría farmacéutica

11.4% Operativa

8.6% Odontología, Consultorios externos y Fonoaudiología

5.7% Conv. Interprovinciales

0% Afiliaciones y Bioquímica

Consideran que poseen todas las herramientas necesarias para hacer su trabajo:

57.1% si

42.9% no

Consideran que poseen la suficiente información para hacer su trabajo eficazmente:

54.3% si

45.7% no

Ante un problema: ¿saben adónde acudir para encontrar una solución?

91.4% si

8.6% no

Consideran que existe una comunicación fluida entre áreas:

71.4% no

28.6% si

Consideran que los afiliados están informados sobre los servicios de la CSS:

62.9% no

37.1% si

Percepción de calidad de los empleados sobre la percepción de los afiliados: "En una escala de 1 a 5 donde 5 corresponde a muy buenos y 1 a muy malos, ¿qué puntaje crees le colocan los afiliados a los servicios brindados por la CSS?"

54.3% regular (3/ 5 puntos)

17.1% malos (2/ 5 puntos)

17.1% buenos (4/ 5 puntos)

8.6% muy malos (1/ 5 puntos)

2.9% muy buenos (5/5 puntos)

Conclusión: imagen positiva: 20 % | imagen neutra 54.3 % | imagen negativa: 25.7 %

### **2.2.3. Conclusiones cuantitativas de encuesta interna**

En cuanto a las respuestas por delegación se observa una disparidad en la cantidad de participación. El mayor caudal de respuesta se obtuvo de las sedes Río Gallegos y 28 de Noviembre.

Vale remarcar que ocho sedes, equivalente al 42.5 % del total, no emitieron respuestas, por lo que se prevé que los resultados serán tendenciosos hacia las problemáticas de las sedes participantes.

En cuanto a canales de comunicación más utilizados para la atención de los afiliados son, en primer lugar, la presencialidad y whatsapp y, en segundo lugar, emails.

Con respecto a los trámites más atendidos, en primer lugar se encuentra derivaciones (57.1%). Le siguen afiliaciones, auditoría médica y auditoría farmacéutica.

En la misma línea y siendo un resultado congruente la mayor tasa de conflicto se corresponde con el trámite más atendido (derivaciones) el que tiene la tasa de conflicto más elevada y en marcada diferenciación (80% derivaciones vs. 34.3% de auditoría médica que le sigue en porcentaje).

En cuanto a las herramientas de trabajo la mayoría refiere que posee las herramientas necesarias, vale mencionar que un marcado 42.9% negativo denota la necesidad de desarrollar, educar y/o acercar métodos, herramientas, capacitaciones que permitan reducir este índice de percepción de falta de instrumentos y analizar en profundidad si este indicativo es de carácter perceptual/cultural y/o real/físico.

El mismo caso se presenta con la disponibilidad de información. Se sugiere ahondar sobre los detalles de la investigación, que en esta primera aproximación indican que un 45.7% indica no contar con la información necesaria para realizar sus labores.

La comunicación entre áreas indica una fuerte necesidad de trabajar en estrategias que permitan un mejor flujo de comunicación. El 71.4% indicó que esta comunicación no es fluida.

Con respecto a la información que poseen los afiliados, los participantes respondieron mayoritariamente (62.9%) que observan que no cuentan con la información correcta sobre los servicios y prestaciones que la CSS ofrece.

En relación a la tasa de "percepción de calidad" de la CSS, según los empleados los afiliados poseen una imagen positiva del 20%, una imagen negativa del 25.7% y una tasa neutral de un 54.3%. La tasa de neutralidad es la mayoritaria. Se recomienda realizar un trabajo inmersivo sobre la cultura interna y percepción interna.

Se presentan propuestas de mejora y optimización de estrategias comunicacionales en el punto "Propuestas de mejora finales".

### **Análisis de datos cualitativos**

Como se explicó anteriormente, la pregunta cualitativa busca recabar información sobre oportunidades de mejora y conflictos recurrentes que los empleados hayan detectado gracias a la interacción permanente con los afiliados.

El análisis cuantitativo indica que los empleados consideran que los trámites que suelen generar mayor conflicto con los afiliados son en mayor medida derivaciones y auditoría médica. Al preguntarle si pueden detallar las principales quejas que reciben, la mayoría hace referencia a demoras en los tiempos de respuesta.

Acerca de la causa de la demora en la respuesta brindada a los afiliados, hay un testimonio que indica que hay falta de comunicación entre el equipo directivo y los empleados de atención al cliente: “Ninguno de arriba lo que genera mayor conflictos con los afiliados es la falta de comunicación entre los directivos y personal que atendemos a los afiliados, no nos informan los cambios de cobertura, baja de prestadores, las cosas que están y no nombradas, etc,.. entonces a la hora de poder darle una solución rápida y eficaz al afiliado se nos hace súper difícil porque no estamos al tanto de nada somos los últimos en enterarnos todo.”

Un punto interesante sería entender las causas de la demora en los tiempos de respuesta, ya que es el principal problema que sale explicitado tanto en la encuesta a afiliados como en la encuesta interna. Si una de las causas principales es la mala comunicación, se recomienda trabajar en mejorar este aspecto. Esta mejora podría tener gran impacto en la percepción del servicio brindado. En el caso puntual de las derivaciones, que es uno de los principales puntos de fricción, se recomienda analizar todo el proceso de derivaciones para detectar cuáles son los principales cuellos de botella y buscar soluciones para acelerar el proceso de respuesta.

Además, otra queja muy frecuente es la “poca disponibilidad de turnos”. En este caso, se podría revisar si este punto está vinculado con un sistema de turnos ineficiente o con la falta de personal médico disponible.



## **2.2.4 Propuestas de mejora**

### **Propuesta de comunicación externa**

Se recomienda aplicar campañas de comunicación digital dirigidas al segmento etario menor a 27 años, acompañadas de campañas de comunicación físicas que indiquen a segmentos etarios mayores cómo solicitar la ayuda de sus familiares/amigos/vecinos de natividad digital. De esta forma construir un puente comunicativo entre ambos extremos y facilitar el proceso de digitalización pretendido.

La participación de un amplio porcentaje de público femenino, demuestra su atención y compromiso, esta cuestión podría potenciarse sumando a la estrategia campañas y/o pautas de comunicación enfocadas en las problemáticas afines de este público atendiendo estratégicamente tono y discurso de las mismas. Actualmente se observa que las campañas de comunicación son generales, se recomienda continuar con esta estrategia y a su vez, sumar segmentos por nicho con pautas comunicativas concretas para cada sector.

En relación a la afluencia de visitas presenciales que reciben las delegaciones, se recomienda utilizar proactivamente el espacio físico de las mismas para aplicar pautas de comunicación físicas y digitales (cartelera, pantallas informativas), como así asignar personal que colabore con los tres grandes objetivos comunicacionales brindando: información, capacitación y educación a los afiliados en las temáticas digitales necesarias: uso y beneficios de la web, canales de contacto, dudas y consultas en general.

En este punto de gran afluencia física, establecer estrategias de comunicación en las sedes físicas acompañan a la inducción de los afiliados sobre el uso de los canales digitales y medios de contacto a distancia generando un doble beneficio: reducir paulatinamente la afluencia presencial en sedes y comenzar con la inducción hacia los medios digitales.

Esta afluencia también puede utilizarse para optimizar bases de datos (emails, teléfonos) que posteriormente sean utilizadas para envíos de información y campañas de comunicación sobre temáticas necesarias; lanzamiento, uso, beneficios, tutoriales y dudas sobre los nuevos canales (app, web como sitio informativo, números de WhatsApp), etc.

Este tipo de estrategia permite inducir a los afiliados hacia el uso amigable de los canales digitales como fuente de información y contacto aplicando una estrategia de "migración" del flujo de las comunicaciones.

En relación a la usabilidad de los canales digitales se recomienda una reestructuración de la preponderancia de la información. Rediseñar la estructura informativa en base a la teoría de "experiencia de usuario", otorgando una ruta de información que brinde los datos que los afiliados necesitan en orden de importancia de uso.

Vale remarcar la importancia de mantener actualizada esta información incluyendo elementos que permitan copiar, linkear, redireccionar, usar links de acceso directo o posibilidad de "copiar y pegar" en el caso de teléfonos, frente a la opción actual que requiere copiado manual ya que la información se sube en formato JPG.

En conclusión, se recomienda una reestructuración del orden de la información y el formato en que es compartida bajo el objetivo de facilitar su uso a los afiliados y establecer un protocolo de actualización de la información.

### **Propuesta de comunicación interna**

En cuanto a canales de comunicación más utilizados por los empleados para la atención de los afiliados es también en primer lugar la presencialidad y WhatsApp y, en segundo lugar, emails. Por lo que se recomienda establecer una estrategia y ruteo claro y oficial de estos canales (whatsapp y emails) donde, en el informe preliminar, se observó una proporción de uso informal de los mismos.

Con respecto a los trámites más atendidos, el primer lugar, con la mayoría de los votos, se coloca derivaciones, en la misma línea, la mayor tasa de conflicto se corresponde con este trámite con la tasa de conflicto más elevada y en marcada diferenciación (80% derivaciones vs. 34.3% de auditoría médica que le sigue en porcentaje). Se recomienda, en caso que sea necesario segmentar el trabajo en períodos temporales y asignar prioridades de trabajo para crear métodos de comunicación efectivos en atención y resolución de problemáticas (manuales de atención, capacitación y desarrollo de herramientas necesarias) por área de incidencia.

### **Propuesta bidireccional**

Con respecto a la percepción de calidad por parte de los afiliados, se considera que poseer una imagen general positiva cercana al 40% es un punto positivo a resaltar. En relación a la tasa de "percepción de calidad" de la CSS de los afiliados, según la percepción de los empleados y en comparación con los resultados de la encuesta a afiliados, los empleados consideran que los afiliados perciben a la CSS de una forma más negativa que lo que ellos opinan. La tasa de neutralidad en este caso es mayoritaria.

Se recomienda realizar un trabajo bidireccional: por un lado inmersivo sobre la cultura y percepción interna de la institución para convertir la mayoría neutra en primera instancia, y el porcentaje negativo, en positividad proactiva que sea emitida desde la CSS y repercute en la atención al afiliado y ambiente laboral general y, la aplicación de las recomendaciones realizadas colaborarán en lograr un objetivo de convertibilidad del porcentaje neutral de los afiliados hacia un incremento del porcentaje positivo proyectando superar el 50% de imagen positiva.

La descripción de las propuesta de mejora enunciadas en este apartado serán incluidas dentro de la propuesta de Plan de Comunicación contenido en el siguiente informe.

### **Anexo 2.1. Cuestionario Afiliados**

Con el objetivo de mejorar la atención, te pedimos que respondas este breve cuestionario que te llevará menos de 3 minutos. Tus respuestas son muy importantes para nosotros.

1. Edad

- Menos de 21 años
- De 21 a 26 años
- De 27 a 35 años
- De 35 a 44 años
- + 65 años

2. Género

- Masculino
- Femenino
- Otro

3. ¿Con cuál Delegación te comunicás con mayor frecuencia para realizar tus trámites?

- Río Gallegos

- Caleta Olivia
- CABA
- 28 de Noviembre
- Río Turbio
- El Calafate
- El Chaltén
- Tres Lagos
- Piedra Buena
- Pto. Santa Cruz
- Pto. San Julián
- Gdor. Gregores
- Puerto Deseado
- Jaramillo
- Pico Truncado
- Las Heras
- Perito Moreno
- Los Antiguos

4. ¿Cómo te comunicás con nosotros? Elegí la opción que más usás

- Voy en persona a la delegación
- Whatsapp
- Mail
- Redes sociales
- Otro

5. ¿Cuál es el trámite que realizás con mayor frecuencia?

- Auditoría médica
- Derivaciones
- Odontología
- Auditoría farmacéutica
- Bioquímica
- Consultorios externos
- Convenios interprovinciales
- Operativa
- Fonoaudiología

6. ¿Conocés nuestra página web?

- Si
- No

7. ¿Conocés nuestras redes sociales?

- Si
- No

8. Encontrás fácil nuestra información cuando la necesitás?

- Nunca
- A veces
- Siempre

9. ¿Cómo evaluarías nuestra atención? En una escala de 1 a 5 donde 5 es muy bueno y 1 es muy mala.

5. Muy buena
4. Buena
3. Regular
2. Mala
1. Muy Mala

#### 10. Comentarios / sugerencias

Muchas gracias por responder!

Te recordamos nuestra web y redes sociales: [www.css.gov.ar](http://www.css.gov.ar)

Instagram y Facebook: @csssantacruz

### **Respuestas cuantitativas**

Edad

163 respuestas

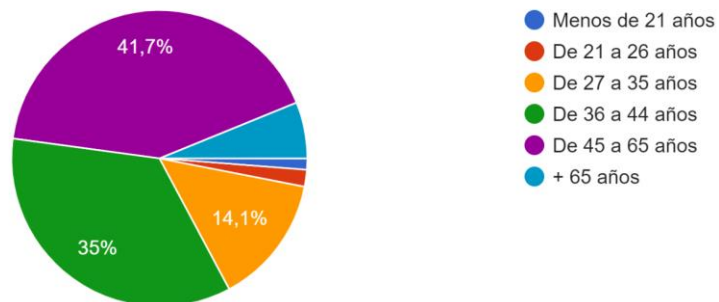


Figura 1.1. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 1 de la encuesta enviada a afiliados

### Género

163 respuestas

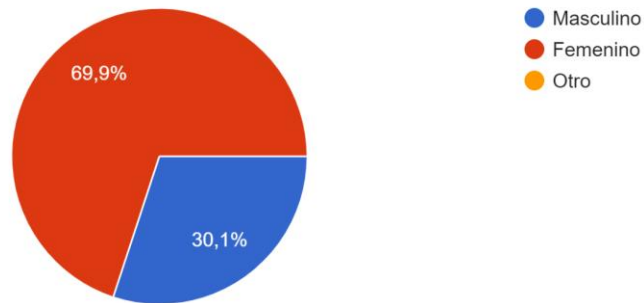


Figura 1.2. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 2 de la encuesta enviada a afiliados

### ¿Con cuál Delegación te comunicás con mayor frecuencia para realizar tus trámites?

163 respuestas

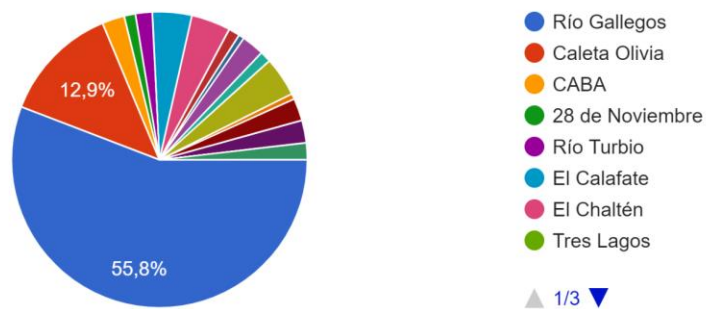


Figura 1.3. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 3 de la encuesta enviada a afiliados

### ¿Cómo te comunicás con nosotros? Elegí la opción que más usás.

163 respuestas

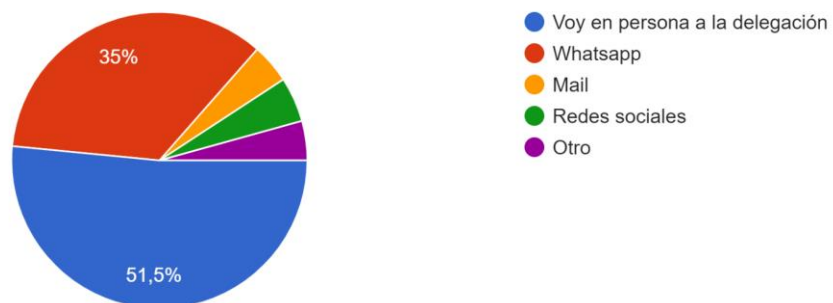


Figura 1.4. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 4 de la encuesta enviada a afiliados

¿Cuál es el trámite que realizás con más frecuencia?

163 respuestas

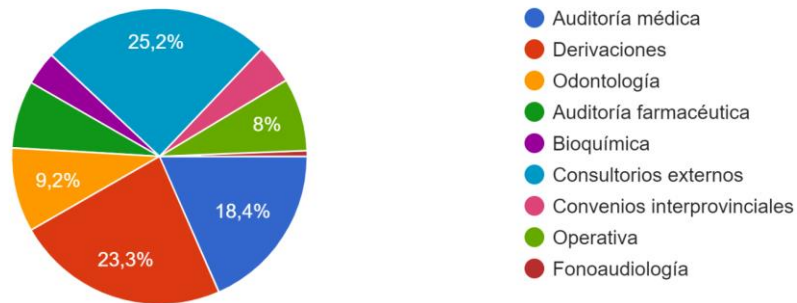


Figura 1.5. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 5 de la encuesta enviada a afiliados

¿Conocés nuestra página web?

163 respuestas

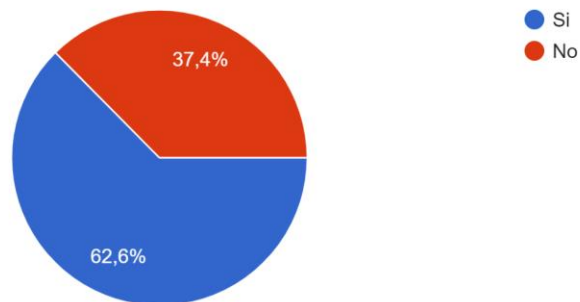


Figura 1.6. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 6 de la encuesta enviada a afiliados

¿Conocés nuestras redes sociales?

163 respuestas

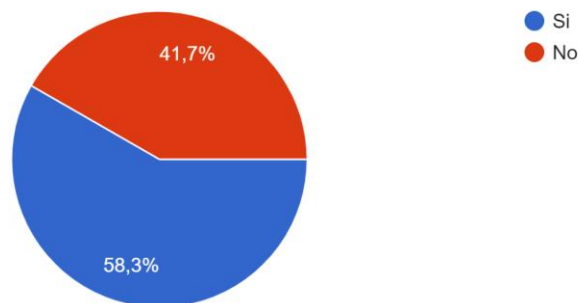


Figura 1.7. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 7 de la encuesta enviada a afiliados

¿Encontrás fácil nuestra información cuando la necesitás?

163 respuestas

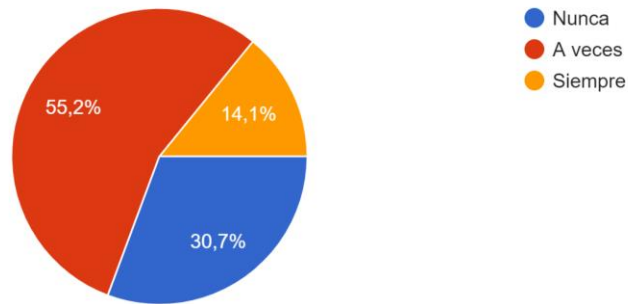


Figura 1.8. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 8 de la encuesta enviada a afiliados

¿Cómo evaluarías nuestra atención? En una escala de 1 a 5 donde 5 es muy bueno y 1 es muy mala.

163 respuestas

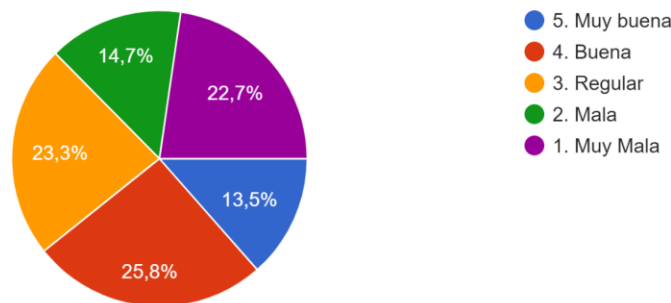


Figura 1.9. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 9 de la encuesta enviada a afiliados

## Respuestas a pregunta cualitativa

Nota: Se transcribe tal cual las respuestas obtenidas.

Pregunta 10: Comentarios / sugerencias

- Que los prestadores que ustedes dicen que trabajan para la caja no humos de sus teléfonos atiende y odontología uno solo atiende nomás .muchas gracias.
- Ivertan y dejen de mirar a otro lado. Las enfermedades no esperan. A veces no dan tiempo!!se han perdido muchas vidas por negligencia de la caja.



- Deben tener más y mejor información
- Habilitar una guardia para autorizaciones de emergencia
- Está muy bueno que puedan acortar distancia por estos medios. Gracias
- Preferí x WhatsApp ya que personalmente me atendieron mal ni buen día me dijeron es una pena más cuando se realizan trámites x problemas de salud
- excelente gestión!
- Te clavan el visto en el WhatsApp no te dan la info completa
- Tener un WhatsApp actualizado para responder rápidamente, que la información sea accesible y fácil de encontrar, que en la web se busque la info que se necesita.
- Creo que estaría bueno colocar un acceso/o poner a la vista en el home de la página web los N° de WhatsApp de las áreas.
- Mejorar lax condiciones de derivados en bs as..aumento de importe tarjeta alimentos
- no hace poco me acerque y no encontraban la carpeta de la derivacion de mi hijo ..en su momento hoy me comuniqué via mensajes y me dijeron que ya la encontraron p
- Muy buena la comunicación institucional
- Me parece innecesario que hagan sacar turnos presenciales en los consultorios externos cuando tienen tantas formas (y buenas) de comunicación.
- Fui personalmente a pedir los requisitos para planilla enfermo crónico por diabetes y me dieron otras planillas. Cuando ya tenía todo realizado por el médico envió fotos por WhatsApp. Pasaron semanas y no tenía respuesta. Y resulta que si no fuese por mi insistencia no me enteraba que las planillas no eran las correctas. Fallaron personalmente y por Whatsapp
- Siempre me atienden muy bien y estan disponibles. En la pandemia estuvieron re presentes.
- hay muchos medicos que estando inscriptos en nuestra obra social cobran un plus que llaman coseguro . Cuando uno les pide un recibo por lo que pago dicen que no lo pueden dar . la unica alternativa que te dejan es ...NO TE ATIENDO .
- Sugerencia, capaciten mejor a su personal, atiende a personas con enfermedades que muchas de ellas necesitan un atención inmediata, muchos de los errores pueden ser evitados si se inculca al personal al atención que se requiere cuando de salud trata. Espero que mis casos sean aislados porque deja mucho que desear su atención. Saludos
- Mala atención presencial. Mala predisposición y las pocas veces que me apersono nunca salí con solución. Ahora pago otra obra social porque me cansaron
- Que todo sirva para mejorar!
- Cuando te contestan un wsapp parece un boot, si preguntas nombre no te contestan mas
- Mejor atención..mejoren los servicios
- Que podamos retirar medicación en la localidad, sin necesidad de viajar a El Calafate.
- La verdad que desde que me diagnosticaron cáncer de mamas empecé a usar más frecuentemente la obra social y gracias a Dios hasta el día de hoy no he tenido inconvenientes. Solo una vez con el retraso de mi medicación para kimio que tardo más de la cuenta pero todo hasta hoy muy 😊
- No responden en tiempo y forma. Hay q pedirles por favor q te den una solución y aun así no lo opte es enseguida
- Que los Convenios de reciprocidad sean reales. Que los servicios de cirugías oftalmológicas esten consideradas cuando en este lugar no se pueda realizar o que reintegren los costos.
- Los empleados hacen lo que pueden con lo que tienen

- Aún no he podido entender y poner en función los token. Me dice que ya está utilizando un teléfono y es el mio y que siempre utilicé. El equipo de comunicación funciona excelente! Felicitaciones
- Quiero que sea todo online, es todo mucho mas rapido, siempre me somucionaron las cosas, sobre todo Juan de turnos caba css. No necesito ir mas hasta la delegacion de caba, la verdad que la pandemia algo bueno trajo, desde el hotel me solucionan todo. Exelente sigan asi, los felicito!!!!👏👏👏
- Bs tardes q nos brinden atención médica y de farmacia cuando no vivimos en la provincia, por que descontarnos si lo hacen y eso es una estaf en cubierto y abandono de persona
- Extender el horario de atencion como en la mayoría de los entes por la mañana y media tarde. Controlar a los prestadores, los afiliados no tenemos la culpa si ellos cobran a des-tiempo"
- Espero que cuando conformen el directorio realicen una buena auditoría externa para que alguien los guíe en optimización de recursos, como vienen trabajando no hay caja que aguante.
- CONTINUAR MEJORANDO LA ATENCION Y LOS SERVICIOS.-
- Pésimo servicio la obra social es un bodrio.
- Falta compromiso y seriedad de parte de la caja en los reintegros.. pesimo
- Hay mucha espera y no te atienden con mucha educacion
- Deberian ampliar cobertura de enfermedad cronica, me cubre solo un medicamento de tres distintos que debo tomar todos los dias y me salen caros \$.
- Hola derivación son malas cuando vas a provincia Chubut los hoteles dejan mucho que desear
- es una vergüenza que mi hija pague un arancel de 13 mil pesos por afiliado voluntario, tendría que ser discriminado, los que no son familiares directos un valor y familiar directo otro, aca ponen a todos en la misma bolsa, para eso le conviene una privada que es mas económica, se que esto nunca le van a dar pelota, pero gracias igual
- La atención del personal de la delegación de los antiguos es muy mala no soluciona nada, derivaciones con turnos mal dados no cohinciden los horarios que dan con el turno, dan tarde los papeles para confirmar pasajes, muchas veces no consigo lugar para viajar, tardan en sacar derivaciones tengo de mí hijo esperando hace más de 4 años más de hace dos años debo realizar lo mío de nuevo xq se vencieron los plazos ya están autorizadas desde caleta pero acá no sacan turno malísima la atención
- Muchas gracias!!! Mis papás han sido y siguen siendo atendidos por esta obra social de corazón agradezco todo lo que hicieron y siguen haciendo 🤍
- Contesten whatsapp porque sino no sirve que lo pongan como medio de comunicacion
- Siempre encontré respuesta y buena atención por washap
- Estaría bueno, que tengan actualizada constantemente la página de prestadores, ya que buscas y te salen algunos profesionales que ya no trabajan con nosotros!!alergistas no hay en la zona, vienen cada tanto y no te responden el teléfono los sres!!
- Falta mas atencion personalizada por los mayores no saben de las redes sociales
- Muy buena atención y excelente predisposicion para resolver los trámites en auditoría médica
- Que el trato de los administrativos sea mucho mejor

- Nunca tienen respuesta, hace falta cursos de atención al afiliado, falta mas empatía por parte de los empleados y profesionales estos últimos ni bola siempre encerrados en la oficina, todos en general el staff de empleados debieran conocer la norma y reglamentación de la misma, para por lo menos orientar
- Mejorar el acceso a especialistas
- Estoy satisfecho con la atención en general servicios
- Cambien todo el personal cumplan con las prestaciones que requiere cada afiliado, respeten, capacítense, tengan empatía, y hagan lo que corresponde
- Necesitamos más prestadores de odontología ,y endocrinología
- Hay extensa falta de profesionales y de turnos disponibles para los afiliados de la caja. Las prestaciones y gastos que hay que realizar para poder pagar además de lo que ya nos descuentan por recibo es el colmo. Deben mejorar las prestaciones odontológicas de todas las edades al igual que las oftalmológicas con más abanicos de opciones para costear vidrios, marcos, tratamientos conductos, implantes, ortodoncia, etc. Las derivaciones deberían ser mejor gestionadas, para que los viajes sean cortos y eficaces cuando sea por estudios o consultas. Espero que todos los comentarios de los afiliados sean escuchados, analizados y puestos en práctica."
- Tendría que ser más ágil para agregar personas adherentes, y no te den tantas vueltas que nunca las poder tener a cargo
- Sugiero que las derivaciones salgan más rápido. Sugiero una farmacia en el Chalten porque no hay para los remedios con recetas
- La credencial virtual No sirve, atención pésima
- Ningún odontólogo atiende tratamiento de conducto ,tardan meses en devolver el porcentaje,kinesiología privada ,muy pocos ya que nunca hay turnos en el hospst y no menos importante no tiene alquiler de bota ni muletas .con lo cual se puede solicitar tarda 10 días en llega si autorizan y el descuento altísimo
- No te dan bola
- En El Calafate necesitamos profesionales privados que trabajen con la obra social, como odontología, oftalmólogo, etc.
- Nunca pude lograr una asistencia de mi obra Social, hace dos años y medio.y aportó \$20.000 mensual, en pandemia opte por pedir transferencia de aportes sobre Corrientes, presente certificado de domicilio por estar cerrado el puente al Chaco, y me dijeron que cruce el Puente, mi domicilio era Chaco. Pero volvieron a decirme que cruce el Puente, por la Pandemia no se podía cruzar, no me dijeron, le dije que no hay avión sanitario ni helicóptero para cruzar, no me dieron bolilla, le dije que tenía una discapacidad motora, a los que vivimos afuera de la Provincia, nos dejan morir, sin atención médica.
- No estamos de la mejor manera
- A veces viajamos derivados y tenemos que pagar la consulta del médico
- Capacitación para atención a los afiliados por parte de los EMPLEADOS de la institución, de la cual reciben su salario como tales, en virtud de no ser dueños de la misma.
- no hay cobertura en odontología lo que se debería revisar porque es algo primordial para la salud en general
- Deberían cubrir un poco más los medicamentos, y los anticonceptivos TODOS deberían ser al 100% están carísimos... Y empiecen a pagarle a los médicos porque no puede ser que no haya una psicóloga que atienda niños con la caja. Ni hablar de odontopediatras u ortodoncista

- no hay info actualizada sobre prestadores ni buena comunicación sobre beneficios y formas de acceder a ellos o referente a los trámites que se deben realizar
- No sirve para nada.
- Sugiero ampliar el porcentaje que cubre los medicamentos y a su vez la cantidad de doctores que trabajan por la caja. El descuento que se realiza por mes amerita tal petición. Gracias.
- No dan respuestas
- Es excesivo el costo y no cubre absolutamente nada.
- Desde el año pasado pedí mi derivación para turno con un corneólogo y hasta ahora nunca tuve respuesta, quisiera saber cuantos años más debo esperar la derivación, hay un total silencio por parte de la obra social. Espero tener alguna vez una respuesta, esta obra social tiene muchísimas falencias.
- Von lo que descuentan se podría estar mejor..derivaciones en colectivos rotos . Hopedajes de cuarta...todos sectiene que pagar porque la caja no reconoce nada...donde esta la plata de los afiliados? Y lomoror que no se puede hacer el traspaso a otra obra social somos rehenes del sistema para financiarles la campaña, la verdad un asco esta obra social
- controlar coseguros de prestadores
- Actualizar contactos,números correos etc, de los profesionales o prestadores.
- Faciliten las cosas
- Por watsap hemos enviados estudios para autorizar y demoran ni te dan las respuestas en pandemia fue terrible la mala atención
- Falta cobertura en Odontología, Odontología infantil, y diferentes especialidades fuera del Hospital zonal, que hay q ir a las 3 de la mañana a hacer fila por un turno. Cada vez q pedís un turno te dan de un mes para otro porque somos de CSS, o dan un solo turno para CSS en algunas especialidades. No hay claridad en los montos q nos cobran los profesionales.
- Hace varios días estamos gestionando la derivacion de mi padre que fue solicitada en caracter de urgente ,auditoria medica un desastre ,burocracia absoluta y cero empatia con el paciente.Sin contar que jamaz dan la cara y son los empleados quienes por ventanilla te solicitan muchisimos papeles innecesarios. Uno entiende que es una obra social y se dede justificar todo pero es una vergüenza como a cuenta gotas te piden lo que precisaa en una derivación urgente.SIEMPRE FUE LO MISMO
- deberían renovar los convenios con las reparticiones de salud, la css tiene mas afiliados que cualquier otra obra social del pais y no puede ser que no brinde una buena cobertura medica a sus afiliados y a la hora de cubrir los gastos medicos no te cubra nada, siendo la obra social mas grande a nivel nacional es un desastre. si no fuera obligacion que debemos tenes esta obra social no la eligiria para cubrir la salud de mi familia...
- No se ocupan de las derivaciones ni de los turnos. El alojamiento que otorgan a los derivados de Chalten a El Calafate es malisimo para alguien con dolencias, y la comida son bandejas de cocina ilegal que las hace la señora que limpia y las trae en el baúl de su auto. Sin frío. Horrible
- Un poco de empatia con los afiliados que cubran más porcentaje en lentes marcos etc que las personas que son derivadas las envíen a un hotel en buenas condiciones ya que no van de vacaciones sino por enfermedad y depende el lugar donde lo alojan es deprimente y eso creo empeora estado de salud por algo pagamos una cuota bastante alta que actualicen algunas coberturas que están hace mucho y

bueno no me alcanzaría para escribir todo lo que veo mal y tampoco sé si van a leer esto

- No dan repuestas en el caso de los reintegros mandas la información de los reclamos y nadie da repuestas
- Deberían tener más prestaciones particulares ya que contamos con un solo hospital y eso dificulta la atención por la poca cantidad de turnos. Ejemplos ginecología, odontología, kinesiología, estimulación temprana y fonaudiología"
- Necesitamos más cobertura fuera del hospital. También soy prestadora de la CSS y los montos son una burla para quien da sus servicios y tampoco responden los mail para negociar aranceles
- Hace más de 5 años q solicite derivación para un tratamiento y jamás de los jamaces me lo dieron tuve q viajar x mis propios medios a buenos aires ,y tenía q volver para seguir el tratamiento y no pude x falta de dinero, falta seriedad compromiso y que el dinero q me descuentan me beneficie "
- Estoy esperando una derivación de mi hijo, para hacerle un estudio bajo anestesia , hace como 4 años le hicimos el mismo estudio y la derivación tardó 1 año y ahora vamos x al mismo camino.
- Soy obesa, y no puedo acceder al sistema para la bariátrica, ya que debo pagar aparte por la nutricionista y la psicologa, lo que me demandan muchísimo dinero que no puedo pagar. Por favor, incluyan a dichos profesionales para que pueda operarme, estoy desesperada
- Malísima la atención de la sucursal de los antiguos tengo derivaciones del año pasado pedidas urgentes que no me las realizan ya están autorizadas y nada que sacan turno
- Me gustaria que sigan avanzando en la comunicacion y tramites on line. Me resulto muy satisfactorio en pandemia y muy sencillo para realizar tramites para mi padre con discapacidad. Gracias
- Muy agradecido y contenido con mi salud.
- Hotel en Perito Moreno para los habitantes de Lago Posadas ,es una VERGÜENZA AÑOS SIN DAR SOLUCIÓN
- Capaciten mas la atencion al publico
- Todo tramite lo e podido resolver, solo tendrían q mejorar los reintegros q sean más rapidos
- Los planes y pedidos de ortopedia deberian ser presencial es la mejor info q puede tener el afiliado ,porq los msajes no siempre se interpretan como debe ser y el afiliado termina en la obra social
- Para comunicarse y reclamar protesis la verdad que deberían mejorar el afiliado espera meses las prótesis la verdad pésimo deberían mejorar el tema de los expedientes de reintegros igual la verdad se toman demasiado tiempo y el afiliado no tiene el mismo tiempo
- Gran tarea la de ustedes, incluso la de bancar "cada afiliado" que sólo critica en redes y no la plasma en planteos directos. Eso desgasta a cualquiera
- Todas las áreas no manejan el mismos sistema de respuesta inmediata eso dificulta la gestión de cualquier trámite. El registro de prestadores está desactualizado y los teléfonos en su mayoría son personales del prestador, los cuales desconocen que su número está la cartilla . Debería corroborar que sean los correctos para el afiliado pueda acceder a ellos de forma efectiva y no tener que explicando cosas que no corresponde como lo mencione anteriormente.
- MUY BUENA atención "presencial"; PESIMA x WhatsApp estando en Bue con problemas (derivada)Envié 3 msj y no contestaron ninguno!!

- Tienen que hacer una app como el resto de las obras sociales. No una página que si se cierra, cambias el cel perdés la credencial. Hagan algo bueno
- Hoy hay mejor atención desde que cambiaron a la responsable...
- Ninguna
- Buenas Noches sugiero que vean dónde mandan a la gente cuando se va derivada, que traten del sector de derivaciones que se fijen en dónde se atiende cada paciente y busque algo cerca, muchos andamos en silla de ruedas o con cansancio para caminar por el mismo problema al corazón no todos los pacientes pueden moverse en autobús taxis. Que recorran algunos hoteles tienen cucarachas o chinches.  
Muchas gracias
- Hola , desde el 28/12/'21 estoy esperando el turno para una resonancia .... Hace menos de dos meses me autorizaron la derivación ..... Pero nada del turno .....
- Hotel en Perito Moreno para los afiliados de Lago Posadas
- Siempre recibí respuesta por parte de mi sucursal, y buena atención
- Sería bueno las auditoras atiendan personalmente al afiliado en Río Gallegos, coordinar los hoteles en las derivaciones que sean acordes a cada derivado y cerca de donde se atienden, que tengan frigobar para medicamentos, que se recorran los hoteles para ver el servicio, se coordinen los turnos en CABA para no estar muchos meses, capacitar al personal en atención al público, crear la planilla de enfermedades poco frecuentes, ser derivados a centros específicos, solucionar los problemas para no llegar a un recurso de amparo, agradecemos a: el de interventor, Néstor Marquéz, Eliana Talone, Oscar de imprenta, quienes siempre nos dan soluciones dentro de sus posibilidades y quienes escuchan al afiliado.
- Capacitar al personal en la atención..en derivación mejorar la coordinación en hoteles , turnos, que el afiliado vaya a la clínica u hospital que corresponda por su patología, tener cobertura p' psicólogos ..cardiólogo infartil, Neumonologo infantil,alergista infantil, ortodoncista ..
- Mejoren atención
- Empiecen de 0 lo q hay es un desastre!!!

## **Anexo 2.2. Cuestionario Interno CSS**

Con el objetivo de mejorar la atención y la forma de trabajo dentro de la CSS, te pedimos que respondas este breve cuestionario que te llevará menos de 3 minutos. Tus respuestas se utilizarán para aportar las herramientas necesarias que faciliten el trabajo diario y la resolución de casos.

1. ¿En cuál Delegación trabajás?
  - Río Gallegos
  - Caleta Olivia
  - CABA
  - 28 de Noviembre
  - Río Turbio
  - El Calafate
  - El Chaltén
  - Tres Lagos

- Piedra Buena
  - Pto. Santa Cruz
  - Pto. San Julián
  - Gdor. Gregores
  - Puerto Deseado
  - Jaramillo
  - Pico Truncado
  - Las Heras
  - Perito Moreno
  - Los Antiguos
2. ¿Por qué medios le brindás atención a los afiliados?
- Atención personal en la delegación
  - Whatsapp
  - Mail
  - Redes sociales
  - Otro
3. ¿Cuáles son los trámites que atendés con mayor frecuencia?
- Afiliaciones
  - Auditoría médica
  - Derivaciones
  - Odontología
  - Auditoría farmacéutica
  - Bioquímica
  - Consultorios externos
  - Convenios interprovinciales
  - Operativa
  - Fonoaudiología
4. ¿Cuáles son los trámites que suelen generar mayor conflicto con los afiliados?
- Afiliaciones
  - Auditoría médica
  - Derivaciones
  - Odontología
  - Auditoría farmacéutica
  - Bioquímica
  - Consultorios externos
  - Convenios interprovinciales
  - Operativa
  - Fonoaudiología

Pregunta abierta:

5. De los arriba mencionados, ¿podrás detallar las principales quejas/reclamos que recibís?
6. ¿Tenés todas las herramientas necesarias para hacer tu trabajo?
- Si
  - No
7. ¿Tenés la suficiente información para realizar tus tareas eficazmente?

- Si
  - No
8. Si te encontrás con un problema o una situación inusual o de otra área ¿sabes a dónde acudir para encontrar una solución?
- Si
  - No
9. ¿Crees que existe una comunicación fluida entre áreas?
- Si
  - No
10. ¿Considerás que los afiliados están informados sobre los servicios de la CSS?
- Si
  - No
11. En una escala de 1 a 5 donde 5 corresponde a muy buenos y 1 a muy malos, ¿qué puntaje crees le colocan los afiliados a los servicios brindados por la CSS?
- 5. Muy buenos
  - 4. Buenos
  - 3. Regular
  - 2. Malos
  - 1. Muy malos

Muchas gracias por responder!

### Respuestas cuantitativas

¿En cuál Delegación trabajás?

35 respuestas

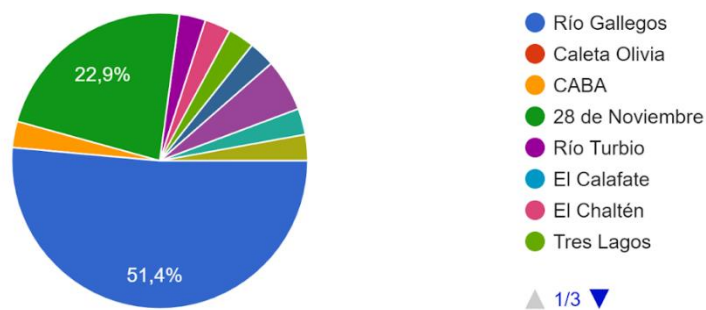


Figura 2.1. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 1 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS



¿Por qué medios le brindás atención a los afiliados?

35 respuestas

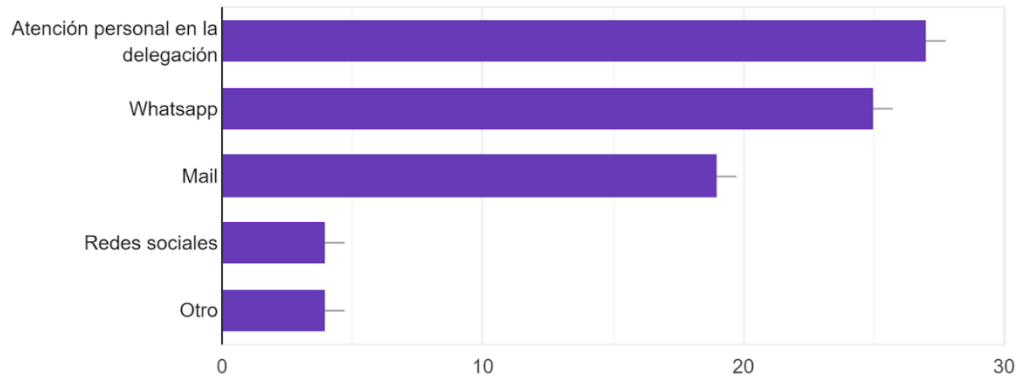


Figura 2.2. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 2 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

¿Cuáles son los trámites que atendés con mayor frecuencia?

35 respuestas

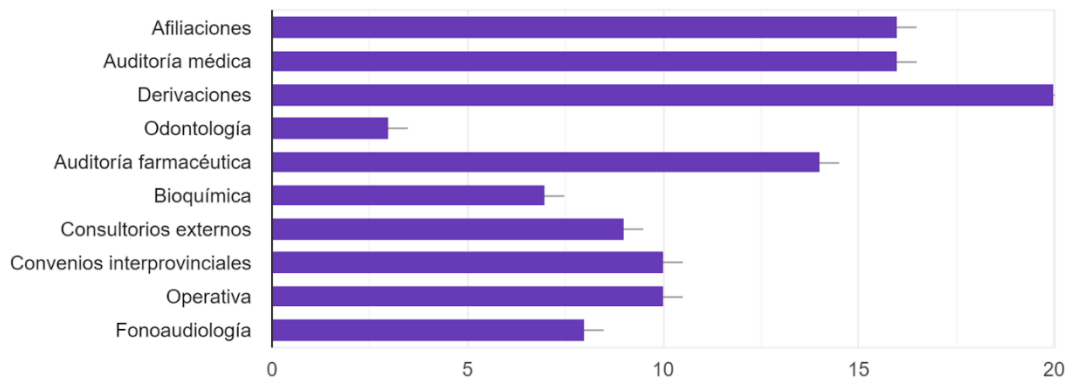


Figura 2.3. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 3 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

¿Cuáles son los trámites que suelen generar mayor conflicto con los afiliados?

35 respuestas

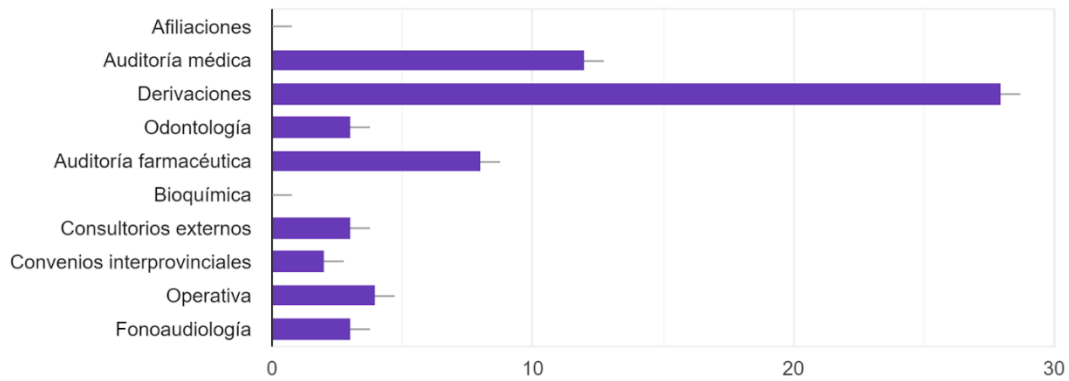


Figura 2.4. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 4 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

¿Tenés todas las herramientas necesarias para hacer tu trabajo?

35 respuestas

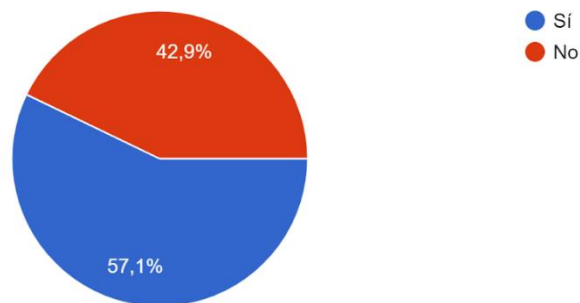


Figura 2.5. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 6 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

¿Tenés la suficiente información para realizar tus tareas eficazmente?

35 respuestas

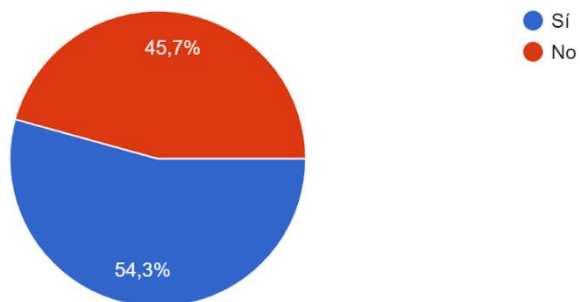


Figura 2.6. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 7 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

Si te encontrás con un problema o una situación inusual o de otra área ¿sabes adónde acudir para encontrar una solución?

35 respuestas

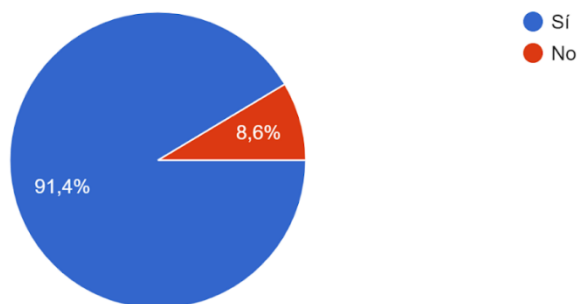


Figura 2.7. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 8 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

¿Crees que existe una comunicación fluida entre áreas?

35 respuestas

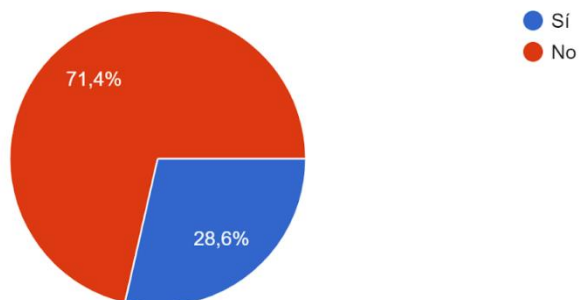


Figura 2.8. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 7 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

¿Considerás que los afiliados están informados sobre los servicios de la CSS?  
35 respuestas

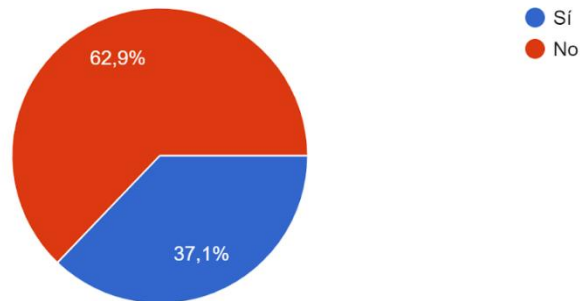


Figura 2.9. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 8 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

En una escala de 1 a 5 donde 5 corresponde a muy buenos y 1 a muy malos, ¿qué puntaje crees le colocan los afiliados a los servicios brindados por la CSS?  
35 respuestas

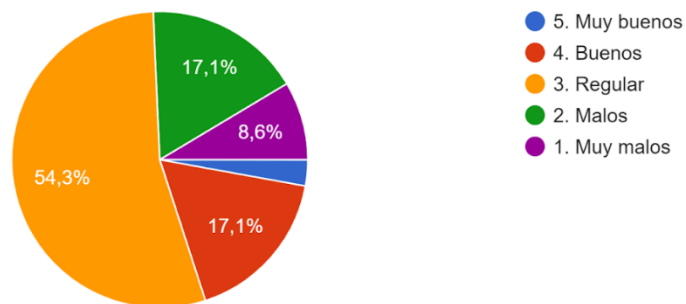


Figura 2.10. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 9 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

### **Respuestas cualitativas (35)**

Nota: Se transcribe tal cual las respuestas obtenidas.

Pregunta 5: ¿Podrás detallar las principales quejas/reclamos que recibís?

- La tardanza en las derivaciones y turnos
- La demora en los trámites y la falta de respuesta de las áreas ante una consulta por teléfono o mail.
- muchos protocolos y poco RESPUESTAS

- Demora en pagos de reintegros y pedido de documentación innecesaria. Poca información con respecto a las derivaciones, turnos, pasajes, etc...
- La demora en la adquisición de turnos-
- Que no confirman hotel antes de viajar, que no sacan turnos en tiempo y forma en cempenta,samic, garraham como así también una vez autorizada la derivación la dejan sin pedir turno y se vencen los pedidos .
- derivaciones: los afiliados dicen que son mal derivados y que tardan mucho en salir las derivaciones. reintegros/operativa: no es circuito que sea comodo y agil para los afiliados, solicitan mayor cantidad de prestadores
- demora en el inicio del tramite, repuesta ante un rechazo del auditoria medica
- FALTA DE PAGOS, NO REALIZAN DERIVACIONES A TIEMPO
- la falta de respuesta rápida a las consultas presentadas o las autorizaciones, se desconocen los profesionales que se cuenta en la provincia o los estudios que se realizan , por lo que se estan con demoras de mas de un mes para dar respuestas a turno o lugares donde se realizan las consultas.
- que informan mal al afiliado
- DISPONIBILIDAD DE HOTEL, Y DISPONIBILIDAD DE HORARIO DEL SPORTMAN QUE SOLO TENEMOS DE PTO DESEADO A OTRAS LOCALIDADES UN SOLO HORARIO DE IDA 17:30 Y DE REGRESO POR EJEMPLO DE CALETA 14:20. POR LO CUAL DOY UN EJEMPLO.
- SI OTORGO UN TURNO EN CALETA OLIVIA AL AFILIADO LO TENGO QUE DERIVAR UN DIA ANTES Y POR ESA RAZON YA DEBO DARLE 2 DIAS DE HOTEL. Y SI EL TURNO ES POR LA TARDE (15:00) TENGO QUE DARLE 3 DIAS DE HOTEL, UN DIA ANTES, EL DIA DEL TURNO Y AL OTRO DIA PARA REGRESAR PORQUE SOLO HAY UN SOLO HORARIO DISPONIBLE. QUE LAMENTABLEMENTE NO SON ACCESIBLES.
- datos no cargados en sistema de los afiliados sobre enfermedades cronicas
- Cuando los afiliados presentan tardes las derivaciones y no se llega con las autorizaciones o cuando los profesionales los dan turnos a largo plazo .
- la tardanza en autorizar las Derivaciones la mayoría de las veces se van sin derivación
- No responde nadie por los medios que utilizan y nos suelen llamar
- Problemas en farmacia!
- Falta de prestadores, demoras en los pagos y reintegros autorizacion de derivaciones, problemas en la farmacia al ir a comprar medicacion.
- Con derivaciones el inconveniente es la autorización de las derivaciones, como los destinos, acompañantes, y la verificacion del medico a la hora de evaluar. La condicion o hc del afiliado. Si es psiquiatrico siempre necesaria el acompañante asi valla a realizarse una TAC .
- Con respecto a odontologia la falta de prestaciones, en privado y en los hospi y cic imposible conseguir turnos. Muchos reclamos por falta de cobertura en ortodoncia. Prácticamente el afiliado debe pagar todo.
- Derivaciones, es mucha la demanda solicitada al no tener médicos en la localidad
- Que tardan mucho tiempo los turnos
- Derivación porque no sale a tiempo
- cobertura de medicación
- Demoras en las autorizaciones
- Derivaciones
- La mayor queja es que no atienden el teléfono. Esto según los afiliados.
- Dedicación al explicar los motivos por el cual no se autoriza la derivación o porque se pide algo mas antes de autorizar la misma. Muchas veces el afiliado necesita que se le explique bien las cosas para tranquilidad, ya que cada uno percibe con distinta sensibilidad la patología por la cual debe ser derivado. Para agregar una problematica, que no se menciona arriba, y se reciben muchas quejas es la falta de especialidades. Neurología, psicología y psiquiatría son los mas consultados. Mayor cobertura en oftalmología y odontología.

- Buenos días el inconveniente es Derivaciones Yo estoy en Atenc al público y la queja más usual es la informacion que se le dan en el Box 6 de deriv usas y venidas x vuelo por bouch etc
- Demora en las respuestas en los trámites, poca disponibilidad de turnos ,falta de profesionales,
- Desde el sector derivación las respuesta a los pedidos de autorización de derivacuones no son rápidos ,aveces aut sin acompañante o a otro destino, es otro problema y suplicar que por favor realicen los cambio en las autorizaciones , muchas veces ni contestan a los pedidos lo que provoca q el afiliado se moleste y cambie un turno o tng que irse y reclamar personalmente x su deriv
- la cobertura o la falta de ella en cuanto a los convenios con otras provincias. En materia de derivaciones la negativa de las mismas, o la demora en brindar informacion al respecto turnos, hoteles pasajes etc
- el prestador cobra en forma particular con altos costos
- Ninguno de arriba lo que genera mayor conflictos con los afiliados es la falta de comunicacion entre los directivos y personal que atendemos a los afiliados, no nos informan los cambios de cobertura, baja de prestadores, las cosas que estan y no nomencladas, etc,.. entonces a la hora de poder darle una solucion rapida y eficaz al afiliado se nos hace super dificil porque no estamos al tanto de nada somos los ultimos en enterarnos todo. Soy rocio tranajo en audioria medica .

### **3. Programa de Capacitación destinado al personal de la Institución**

#### **3.2.2 Preparación de recursos pedagógicos**

En esta etapa del Programa se trabajó en la definición y el consenso de un marco de referencia para la preparación de los recursos pedagógicos y el abordaje de los cursos previstos en el marco del Programa, a saber:

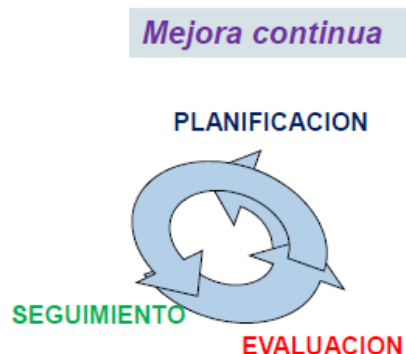
1. En el uso de manuales de procedimientos para el seguimiento y control de las derivaciones.
2. En la utilización del manual de procedimiento en segunda opinión médica.
3. En la atención al afiliado/beneficiario.

Dicho marco de referencia se elaboró considerando los datos sobre antecedentes de actividades de capacitación de la Institución, información obtenida desde distintas fuentes: fundamentalmente a partir de la aplicación de una encuesta dirigida a la Gerencia de Administración y de Sistemas de Información de la caja y reuniones mantenidas con los distintos actores de la Organización, entre otros, con la Gerencia de Auditoría Médica y de Atención al Público - ver anexos resultados encuesta y minuta de reunión).

### **Datos obtenidos:**

- La CSS no brinda capacitación habitualmente al personal (la única capacitación brindada es sobre discapacidad, la modalidad utilizada fue presencial, con evaluación pero no sistémica)
- No se cuenta con manuales relacionados a ninguno de los cursos previstos para el Programa.
- El sector que requiere mayor capacitación es “atención al público” y, respecto a derivaciones, el tema que requiere mayor fortalecimiento es “gestión de pasajes y turnos, auditoría médica”.

**Premisa:** El objetivo central es el fortalecimiento de la caja, donde la capacitación es una herramienta fundamental como parte del sistema de gestión. Los cursos previstos en el Programa constituyen una oportunidad para iniciar un proceso de mejora continua. Planificar las acciones de capacitación acordes a las necesidades de la Institución, monitorearlas, obtener resultados y a partir de los mismos continuar con las acciones de mejora-proceso sistémico y escalado-



### **3.2.2.1. Marco de referencia metodológico para elaboración de los recursos pedagógicos y la implementación de las acciones de capacitación del Programa.**

#### **Introducción**

Las organizaciones, en el mundo, en nuestra región y también en nuestro país, están inmersas en un contexto cada vez más global, cambiante que exige de las mismas una adaptación continua. Se requiere que todos los miembros que componen una organización, sean o no directivos, se orienten a los cambios del entorno. Las personas son el gran activo de las organizaciones, por tanto, la capacitación destinada al personal adquiere una gran importancia cualitativa y

cuantitativa para la estrategia de funcionamiento organizacional, dado que posee el potencial de incidir sobre las personas para modificar su campo de conocimientos, cambiar sus actitudes o desarrollar sus habilidades, es decir, sus competencias. La capacitación se define como “cualquier esfuerzo por mejorar el rendimiento actual o futuro mediante la mejora de las capacidades a través del aprendizaje, la cual puede lograrse cambiando las actitudes del empleado o mejorando sus habilidades y conocimientos” (Dolan et al., 2003). La capacitación, es parte de un proceso de formación integral y sistemática del personal, enfocada al desarrollo institucional. De una manera genérica, podemos decir que sus objetivos son:

a) habilitar para realizar las tareas que demanda la organización en general, y en el puesto de trabajo en particular, en coherencia con las exigencias actuales, los nuevos propósitos o cambios en el entorno socio-laboral y

b) promover la satisfacción profesional, personal e Institucional, gracias a un mayor conocimiento y adaptación a las propias necesidades y posibilidades.

En el caso específico de la Caja de Servicios Sociales de la Provincia de Santa Cruz, y en función del diagnóstico que se ha llevado a cabo en las primeras instancias del Programa de Fortalecimiento – Convenio CFI-UNTREF, además de la necesidad de adaptación frente a un contexto cambiante, la capacitación destinada al personal facilitará la coordinación de acciones y unificación de criterios de trabajo en general y específicamente en los temas ejes a implementar (Procedimiento para el seguimiento y control de las derivaciones; Procedimiento en segunda opinión médica y Atención del afiliado/beneficiario), ayudará a evitar duplicación de gestiones y acciones, promoverá atención de eficiencia y calidad al beneficiario de la CSS, y contribuirá en la optimización de recursos y tiempos, entre otras cosas.

### **Sobre la metodología operativa propuesta:**

El contexto global y cambiante mencionado precedentemente, trae aparejado un cambio tecnológico que impacta cada vez más en la sociedad, en los sujetos, en las organizaciones y en las instituciones. Esto impulsa un “proceso colectivo de expresiones” que se van articulando en las redes, donde se reconstruye y se supera lo individual. En este sentido, Pérez Gómez (2012) afirma que en el actual contexto se requiere aprendizajes de orden superior que ayuden a vivir en la incertidumbre y la complejidad. Entre cosas, es necesario:



- desarrollar hábitos intelectuales, que preparen para un escenario en el cual casi todo es más accesible, complejo, global, flexible y cambiante;
- capacidad de afrontar niveles elevados de ambigüedad creativa, de incertidumbre, como condición de desarrollo creativo de las personas y los grupos humanos;
- capacidad para reconstruir, desaprender, arriesgar y aprovechar los errores como ocasiones de aprendizaje;
- capacidad de negociación en la interacción con otros para facilitar la gestión escalada del conocimiento y favorecer las competencias Institucionales.

En los actuales contextos de trabajo, los nuevos procesos de pensamiento se generan con y a partir de la tecnología. Los géneros se mezclan y los contenidos circulan en diferentes pantallas y soportes y la cultura visual con sus bases, códigos particulares de comunicación privilegian las imágenes y los procesos hipertextuales. Por otra parte, la presencia de pantallas múltiples habilitan el acceso a diferentes aspectos de información, el multitasking (la capacidad de hacer varias tareas a la vez), cuyo correlato es la convergencia tecnológica y un cambio cultural, que anima a los usuarios a buscar nueva información y a establecer conexiones entre contenidos mediáticos dispersos. *“Hoy en día, entonces, las tecnologías no son una opción sino una necesidad en el proceso de conocimiento. Reconocerlo es fundamental para incluir genuinamente el rol de la tecnología en la construcción del conocimiento. No alcanza con instalar o renovar periódicamente plataformas virtuales de aprendizaje. Es necesario reconstruir los fundamentos de propuestas clásicas en un reconocimiento profundo de las transformaciones que tuvieron y seguirán teniendo lugar en otros planos”* (Maggio, 2013).

Lave, J., & Wenger, E. (1990) proponen que la formación permanente y situada resuelva problemas reales y hable un lenguaje práctico. Entre sus ideas principales destacan que el conocimiento no puede adquirirse al margen del contexto en el que se produce. Y ese contexto debería ser lo más parecido posible a aquel en el que posteriormente se va a aplicar lo aprendido.

En este sentido, entendemos que iniciar este proceso de capacitación con modalidad virtual en la Caja de Seguridad Social de la Pcia de Santa Cruz, ofrece la oportunidad de incorporar un eje de apertura a nuevos conocimientos situados en las necesidades de la Organización, con impronta netamente práctica y de

aplicación en el propio contexto de trabajo. Paralelamente, el uso y aprovechamiento de la tecnología, en este caso, a partir de la plataforma de UNTREF Virtual, permitirá motivar a los agentes hacia una construcción colectiva y sistémica de competencias para lograr el buscado fortalecimiento de la Institución desde el núcleo central de la misma, constituido por el propio personal, trabajadoras y trabajadores que cumplen diferentes roles en la Organización, recreando su propio contexto de trabajo.

Las actividades previstas, ofrecerán posibilidades de aplicar los conocimientos “a partir de” y en el propio contexto de trabajo, proponiendo la reflexión y solución de problemas que las trabajadoras y los trabajadores de la CSS enfrentan a diario en su labor.

Para ello, se proporcionarán fuentes de información diversas, formas diferentes de representación de los contenidos (documentos, gráficos, vídeos, animaciones). A partir de los foros (y otros recursos de la plataforma de UNTREF Virtual) se fomentarán las interacciones como instrumento para modelar la comprensión y puesta en práctica de las destrezas implicadas.

La Teoría de la Flexibilidad Cognitiva Scott, W A (1962) destaca la necesidad de formar personas para que puedan dar respuesta a situaciones que habitualmente no tienen una única salida. Este autor hace hincapié en las relaciones entre las distintas ideas y contenidos, y en la posibilidad de transferir el conocimiento y las destrezas a situaciones reales. Para ello es necesario que la información se presente desde múltiples perspectivas y situaciones prácticas. Por tal razón, los contenidos se presentarán desde múltiples perspectivas, fomentando el uso de diversas fuentes de información disponibles (incluyendo, por ejemplo, vínculos con Web relacionadas en Internet). Además, se promoverá el análisis de casos prácticos que proporcionen experiencias de aprendizaje ricas, diversas y contextualizadas.

La teoría del Aprendizaje Experiencial, (Kolb, 1984) constituye un modelo de aprendizaje adulto. Considera que el aprendizaje será más motivador y provechoso cuando presente una relevancia inmediata para el trabajo o la vida personal. Por tanto, tal como se mencionó anteriormente, y basándonos en los conocimientos y experiencias previas de los participantes, los contenidos estarán articulados en la realidad a la que se han de aplicar en la CSS. Cabe recordar que Kolb sostiene que las personas, fundamentalmente las adultas, aprenden de manera cíclica, partiendo

de la experiencia, luego la reflexión sobre la misma, la conceptualización para llegar a la experimentación activa.

Otras teorías inspiradoras de las acciones de capacitación propuestas para el presente Programa son las Teorías Constructivistas. Las mismas ponen su énfasis en considerar que aprender no es una tarea pasiva, sino que aprendemos haciendo e incorporando lo nuevo que conocemos a los esquemas que ya poseíamos. Siguiendo a Cesar Coll (2004), se pueden señalar dos premisas básicas de esta teoría:

- El aprendizaje es significativo es cuando consigue conectar las ideas y esquemas de conocimiento que ya posee con los nuevos contenidos que se presentan.
- El Tutor/Docente tiene un papel crítico en modelar la comprensión de los nuevos contenidos que se presentan, detectando a través del diálogo sus lagunas y presentando la información en un formato adecuado a su nivel actual de conocimientos.

Se trata de una propuesta formativa, desde la modalidad de educación en línea, definida esta por la incorporación sustantiva de diferentes medios, por no transcurrir en los espacios convencionales del aula presencial (Litwin, 2005), que ha evolucionado a la par del avance de la tecnología disponible, impulsada también por la Didáctica, las teorías de aprendizaje e investigaciones sobre educación (Bates, 2005) y las Ciencias de la Comunicación. El enfoque adoptado, conlleva una mirada desde la didáctica crítica interpretativa, donde el sentido del uso de tecnologías es el de ponerse “al servicio” del presente Programa de Fortalecimiento de la Caja de Seguridad Social de la Pcia de Santa Cruz.

Finalmente, capacitar adultos requiere de diseño detallado, explicitando las habilidades de comunicación; materiales didácticos hipermediales; actividades de capacitación diversas y propuestas de evaluación y seguimiento renovadas. Además, la capacitación en las organizaciones compone uno de los campos más dinámicos de la educación, implica la visualización del destino del aprendizaje y de sus competencias; desarrollar un sistema complejo de decisiones para definir la participación en las actividades teniendo en claro:

- Que lo que se enseñe responda a una necesidad de la organización.
- Que lo que se enseñe sea comprendido y aprendido.
- Que lo aprendido se traslade a la tarea, a la práctica cotidiana.
- Que lo trasladado a la tarea se sostenga en el tiempo y sea monitoreado y evaluado.

### **3.2.2.2. Algunos ejes orientativos que tenemos en cuenta:**

- La capacitación efectiva para adultos sigue los principios del aprendizaje en adultos, incluyendo: respeto por la experiencia previa, diálogo, participación.
- Se trata de una formación centrada en los estudiantes adultos y en la actividad, considerando que se recuerda el 20% de lo que escuchan, el 40% de lo que escucha y ve, y 80% de lo que escucha, ve y hace. La capacitación efectiva involucra a los participantes en escuchar, ver y hacer.
- Los capacitadores utilizarán una variedad de actividades de capacitación que requieren que los participantes reflexionen de manera crítica, sientan emociones, y practiquen habilidades, tal como señala P. MacLaren (1998), se aprende corporalmente.
- Las actividades de capacitación, incluyen actividades en grupos pequeños y grandes, discusiones en grupos pequeños y grandes, lluvias de ideas, actividades de roles, estudios de caso y actividades lúdicas.
- La capacitación efectiva incluye dar retroalimentación positiva, constructiva, que ayude a los participantes a aprender y mejorar.
- Las personas aprenden: de modo diferente, en distinto tiempo, respondiendo a diferentes técnicas

La capacitación prevista se presentará desde un enfoque institucional, por tanto integrado a los diferentes ejes de formación que se pretenden implementar y

el impacto que va a tener en los diferentes destinatarios y sectores abordados. Es necesario, entonces, disponer de la colaboración de las distintas Gerencias, de los participantes de las capacitaciones y de toda la Institución.

El marco metodológico que se propone aspira a enriquecer los procesos de capacitación desarrollando habilidades en las personas que participen de los encuentros, de la propia CSS, posibilitando un mejor servicio a la comunidad y específicamente a los afiliados/beneficiarios de la CSS.

Se aspira entonces a generar un grupo de personas que funcione como Comunidad de Práctica (Wenger et al., 2002), entendida como “grupos de personas que comparten una preocupación, un conjunto de problemas, o una pasión con respecto a algún tópico, y que aumentan su conocimiento y pericia en este ámbito para relacionarse mediante la interacción continua. No trabajan necesariamente juntos todos los días (en un mismo sector), pero se encuentran porque encuentran valor en sus interacciones. Típicamente comparten información, comprensiones y consejos, y se ayudan entre sí para resolver problemas. Discuten sus vivencias, aspiraciones y necesidades”. Se propone constituir a las aulas virtuales como un lugar donde aprender después de aprender, que funciones en el sentido de una red. Este concepto de acuerdo con Rogovsky y Trech (2013)

### **3.2.2.3. Sobre los diseños curriculares de cada eje de capacitación:**

En palabras de Prieto Castillo (1999) el hecho formativo es profunda y esencialmente comunicacional, por lo tanto, se constituyó un equipo donde se intercambiaron experiencias, se reflexionó sobre marcos teóricos referenciales que enriquecieron la interacción entre los docentes que llevarán adelante las capacitaciones y que permitió el desarrollo de los diseños curriculares en cada caso. En este sentido, el diagnóstico implementado en el marco del presente Programa fue fundamental para poder anclar a las necesidades específicas de la CSS.

### **Respecto a los entornos Virtuales**

La plataforma educativa de la UNTREF incorpora un conjunto de herramientas, que permite subir materiales y recursos en lenguajes diversos, la comunicación sincrónica y asincrónica.

El diseño del campus posibilita a los cursantes obtener sencillamente información detallada del curso, contar con el material didáctico multimedial diseñado para cada etapa del proceso de formación (desarrollo de contenidos con enlaces de interés en otras páginas Web, guías, foros de debate y para recibir y enviar mensajes personalizados, videos explicativos, instructivos, demostraciones, actividades integradoras, prácticas de autoevaluación y evaluación, realizar consultas, responder encuestas.

La plataforma de e-learning permite combinar herramientas que almacenan información dinámica y estática y la comunicación asincrónica a través de foros, chat además de generar analíticas para el seguimiento de los participantes que posibilita la toma de decisiones pedagógicas.

Aspectos que se consideraron para las propuestas de diseño curricular en cada eje a abordar:

- Que los contenidos y actividades se vinculen con el mundo real del participante.
- Que los contenidos y actividades tengan impacto favorable institucional.
- Que puedan los participantes acceder a diferentes fuentes de información a partir de sitios web
- Que puedan responder desde diferentes perspectivas utilizando diferentes fuentes
- Que permitan la comunicación y el intercambio con diferentes pares (compañeros y compañeras de trabajo).
- Que los contenidos y actividades sean relevantes, que apunten no solo a generar comprensión de los conceptos sino también posiciones éticas para favorecer el fortalecimiento de la Organización.

### **Respecto a los materiales**

Los materiales propuestos contendrán objetivos, contenidos, actividades, evaluación y además un diseño multimedia situado, que posibilite la interacción, y colaboración conjunta para la construcción y gestión del conocimiento.

Tal como se señaló previamente, la plataforma de UNTREF Virtual permite

la implementación de los materiales multimediales en instancias sincrónicas y asincrónicas, por tanto permite la adaptación a múltiples intereses y necesidades. Esto permite garantizar la centralidad del participante y del grupo para evitar el aislamiento, y favorecer la interacción e interconectividad.

Los recursos serán modulares y responderán a los contenidos y enfoques priorizados

- Los contenidos serán adecuados al nivel de conocimientos previos de los participantes, contextualizados, ricos en ejemplo, actualizados.
- Incluirán diferentes ayudas: glosarios, síntesis, ideas principales, así como esquemas, apoyos gráficos y Videos explicativos o tutoriales.
- Recursos y Formatos: Se propone producir materiales en diversos (Audiovisual, gráficos, escritos) y multimedia con posibilidad de integraciones como para dar cabida al amplio bagaje de experiencias y conocimientos de los trabajadores y trabajadoras, así como sus tipos o estilos de aprendizaje preferidos.
- Las actividades ofrecerán pautas para su corrección explicitando la demanda y requisitos. Se propone incluir diferentes tipos de actividades, de reflexión, integración, ejemplificación y aplicación en relación con la temática abordada
- Se contemplarán actividades grupales e individuales con análisis de la realidad y del impacto social, e Institucional, propiciando en esas actividades la toma de posiciones éticas frente a la problemática del trabajo.

### **Respecto a los Capacitadores**

El rol central de los tutores y expertos es el de poner a disposición de los participantes los materiales suficientemente organizados para facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Acercas de perfil de profesional y del trabajo en equipo, Dedé (2000) sostiene que “el siglo XXI demandará cosas muy diferentes de los formandos. Siguiendo a este autor, se espera favorecer procesos de comprensión conjuntos en la construcción del conocimiento, reconocer la práctica de enseñanza como un campo complejo en donde se ponen en juego múltiples variables y formas de afrontarlas,

aprovechando los diferentes estilos de docentes que participarán de las actividades del Programa.

Para facilitar el acceso y uso de la plataforma, la UNTREF Virtual cuenta con un equipo de especialistas pedagógicos que acompañan a los alumnos durante todo el proceso de inscripción e intercambio virtual. Los mismos estarán a disposición en las capacitaciones del presente Programa, acompañando la labor de los docentes y la coordinación general. La cantidad de especialistas pedagógicos se determina oportunamente en base a la cantidad de alumnos y distribución de aulas virtuales.-

Cabe destacar que se cuenta con material de apoyo y videos tutoriales, como recursos explicativos sobre el sistema y modalidad de la plataforma que se facilitarán a los educandos.- También, una vez inscriptos, pueden canalizar las consultas vía correo interno o por medio de los foros de apoyo que se ponen a disposición para tal fin.

### **Acerca de los contenidos y la organización**

Para la organización de la capacitación se prevén aulas virtuales (cantidad a definir en función de la cantidad de participantes) y una herramienta de videoconferencia sincrónica.

Cada instancia de capacitación posee 24hs de implementación asincrónica y sincrónica que se desarrollarán durante un mes cada una, abordando los contenidos teórico-prácticos como los didácticos propuestos. Al finalizar la capacitación se deberá presentar un informe de los resultados obtenidos con recomendaciones.

### **Acerca de la evaluación**

La evaluación es permanente. El enfoque propuesto otorga especial atención a los procesos evaluativos, desde un abordaje de estos procesos de tipo abierto a las múltiples dimensiones que incluyen: instancias de evaluación y autoevaluación de lo aprendido por parte de los trabajadores las trabajadoras,



propuestas metacognitivas para la reflexión los procesos de aprendizaje de una competencia, devoluciones de los docentes y apreciaciones de los diferentes actores involucrados en la implementación del proyecto.

Se entiende a los procesos evaluativos como un espacio que genera información, Lipsman, (2009) respecto de la calidad de la propuesta de enseñanza juzgando el valor de la enseñanza y del aprendizaje. Al decir de Maggio (2012) en busca de enriquecer, reflexionar de manera sistemática y colegiadamente sobre las prácticas para comprenderlas y mejorarlas (Santos Guerra, 1995). Este enfoque de la evaluación permitirá a la Caja de Seguridad Social de la Pcia de Sta Cruz aprender (Fullan, 1995) desde un trabajo conjunto.

### **3.2.2.3. Plan de capacitación en el marco del presente programa:**

La capacitación prevista se llevará a cabo en tres instancias:

1. En el uso de manuales de procedimientos para el seguimiento y control de las derivaciones.
2. En la utilización del manual de procedimiento en segunda opinión médica
3. Respecto de la atención del afiliado/beneficiario.

Esta capacitación, si bien se centra en la formación específica de procedimientos y en la utilización de manuales que los contienen, tal como se ha señalado, se enmarca en una estrategia más general que apunta a un cambio operacional/cultural de avance sistémico y logros concretos medibles a corto, mediano y largo plazo. No se trata sólo de proporcionar habilidades, también de posibilitar un cambio general a partir del cambio personal de conocimientos, habilidades y actitudes consensuadas con la CSS en un nuevo contexto cada vez más cambiante donde la propia organización se fortalecerá como lugar de aprendizaje y de desarrollo humano.

*“Los adultos no caben en los bancos de las escuelas hechas para los niños...no dispondrán de las mejores horas del día para el aprendizaje, es probable que afronten la actividad educativa en condiciones de fatiga. No permitirán que se ignore o desvalorice su experiencia, no admitirán no ser escuchados, y no tolerarán*

*metodologías que no los involucren”.* 2(Oscar Blake).-

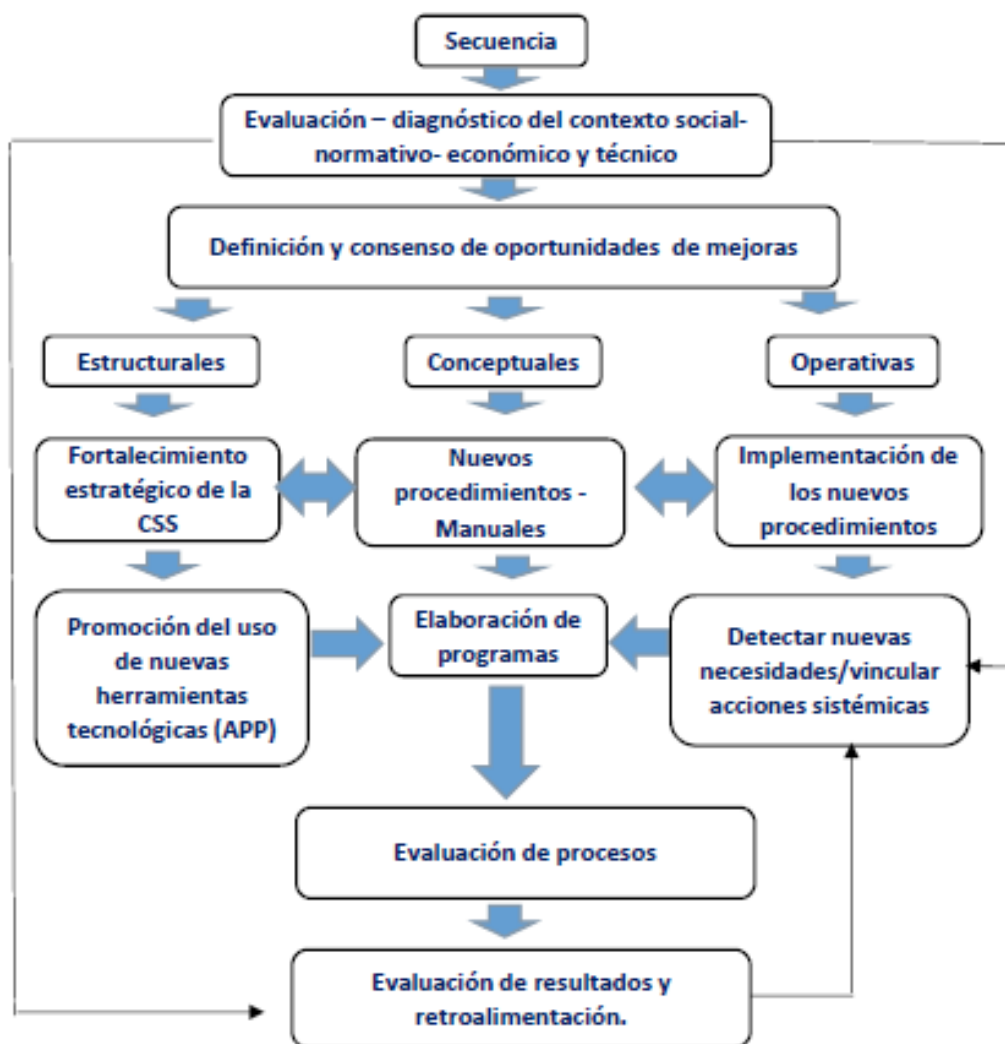
La capacitación destinada al personal de la CSS de la Pcia de Sta Cruz, promoverá la participación de los actores implicados en cada proceso eje de abordaje y se buscará conocer la experiencia y las particularidades de cada sector, para lograr un compromiso colectivo y de cada miembro con el presente Programa de fortalecimiento de la CSS

Finalmente, consideramos a la organización que aprende como aquella que facilita el aprendizaje de todos sus miembros y continuamente se transforma a sí misma, el aprendizaje es un valor fundamental de la organización. Es sabido que el desarrollo de la organización se basa en el desarrollo de las personas y en su capacidad para incorporar nuevas formas de hacer a la institución en las que trabajan. Esperamos que con la presente propuesta la CSS se vea fortalecida y cada uno de los miembros que participen en los procesos de formación, y de esta forma, se marque el inicio a un proceso de transformación sistémico y escalable donde todos ganen, directivos, empleados, y beneficiarios.

### **Planificación de las acciones de capacitación:**

---

2 Oscar BLAKE. La capacitación. Un recurso dinamizador de las organizaciones. 2ª ed., Bs. As., Macchi, 1997,p. 32



La planificación, entendida como sistematización previa a la intervención, es consustancial al proceso de capacitación. La sistematización permitirá ordenar los procesos y actividades a realizar, comenzando por la evaluación y diagnóstico de las necesidades de capacitación (etapa realizada en el marco del presente Programa<sup>3</sup>), y la determinación de oportunidades de mejoras estratégicas, de conocimiento y operacionales.

Las mejoras estratégicas, son genéricas, la capacitación es uno de los ejes que componen esta línea de acción junto a la definición de nuevos procedimientos y el diseño de manuales que los contengan y están a disposición de quienes deben implementarlos. Respecto a los conocimientos, tal como se ha señalado

<sup>3</sup> Se aplicó una encuesta destinada a la gerencia de la CSS, donde se pudo constatar que, por lo general, no se realizan actividades de capacitación, no se cuenta con manuales de procedimientos y la única capacitación realizada en el marco del contexto actual fue sobre “accesibilidad-discapacidad”.

precedentemente, brindar las capacitaciones al personal de la CSS facilitará el fortalecimiento de la misma dado que posibilitará la unificación de criterios y por ende la mejora de la gestión y optimización de recursos.

Este proceso debería ser cíclico: planificación, acción, evaluación y mejora.

## **Referencias**

Ávila Patricia, Edith Litwin y la Educación a distancia, En, Homenaje a Edith Litwin, Carina Lion, Marilina Lipsman; Mariana Maggio, Hebe Roig: Buenos Aires; EUDEBA; 2014

Blake, Oscar. La capacitación. Un recurso dinamizador de las organizaciones. 2ª ed., Bs. As., Macchi, 1997, p. 32

Bruner, J. (1997) La Educación, puerta de la cultura. Madrid: Visor.

Graciela Carbone, (2014). "El retorno al pensamiento de Edith Lewin entorno a la Educación a distancia, En Homenaje a Edith Litwin", Carina Lion, Marilina Lipsman; Mariana Maggio, Hebe Roig: Buenos Aires; EUDEBA.

Castells, M. (1997): La era de la información. Economía, sociedad y cultura tomos I, II, III. Madrid: Alianza

Contreras, Domingo, J. (1994). Enseñanza, Currículum y Profesorado. Madrid: Akal

De Pablos Pons, J. (1995) Los medios audiovisuales en el mundo de la educación En Sancho J. y Millán M. Hoy ya es mañana. Sevilla: Cuadernos de Cooperación Educativa.

Fonseca Díaz, Andrés David. Educación expandida y pensamiento de diseño. En: <http://ciberciudadanias.blogspot.com/>

Latour, B. (2008). Reensamblar lo social: una introducción a la teoría del actor-red, Bs. As.: Manantial.

Levi, P. (2004). Inteligencia colectiva. Por una antropología del ciberespacio. Washington: BVS. Disponible en: <http://levy.unipe.edu.ar/wp->

content/uploads/2015/06/Proyecto-de-c%C3%A1tedra-aprobado-Expte-52000-2427-12.pdf

Lion, C. (2006). Imaginar con tecnologías Relaciones entre tecnología y conocimiento. Bs. As.: La Crujía.

Lion, C. (2013). Tecnologías y mentes en clave de proyección. Ponencia presentada en el congreso en Docencia Universitaria (UBA)

Litwin, E. (2004) Tecnologías Educativas En Tiempos De Internet. Bs As: Amorrortu

Maggio Mariana (2013) Sobre cómo la educación a distancia puede ayudarnos a re-concebir la educación superior<sup>1</sup> Seminario Regional "Educación a Distancia en el MERCOSUR" Montevideo.

Maggio M (2017). Reinventar la clase en la universidad. Buenos Aires: Paidós.

Maggio M, Lion C, Perosi V. (2014) Las prácticas de la enseñanza recreadas, en los escenarios de alta disposición. Polifonía. Buenos Aires. Revista de educación.

Pérez Gómez, A. (2012) Educarse en la era digital. Nuevos escenarios y ambientes de aprendizaje. Madrid, España: Morata.

Rogovsk, C. y Trench, M. "Gestionar y promover una red en línea: La red de Graduados del Pent - Flacso". Proed 2013.

Sabulsky Gabriela. Aprender analytics para melhorar a aprendizagem e comunicação através de ambientes virtuais.

Soletic Angeles, En Homenaje a Edith Litwin, Carina Lion, Marilina Lipsman; Mariana Maggio, Hebe Roig: Buenos Aires; EUDEBA; 2014

San Martín A. Perkins, David (2001) La persona-más: una visión distribuida del pensamiento y del aprendizaje. En: Salomon, G. (comp) Cogniciones distribuidas. Buenos Aires: A

### Anexo 3.1- Encuesta sobre acciones de capacitación de la CSS

<i>GRUPO III CAPACITACION</i>			
<i>Temas eje:</i>	<i>Preguntas</i>	<i>Respuestas</i>	<i>observaciones</i>
<i>1-Capacitación del personal de la institución</i>	<i>1- Se brinda habitualmente capacitación al personal de la Institución?, Si, No, NS/NC</i>	No	S/Obs
	<i>2- Sobre que temas?, Puntualizar</i>	NS/NC	S/Obs
	<i>3- Podría mencionar los objetivos de dichas capacitaciones?</i>	NS/NC	S/Obs
	<i>4- Cada cuanto se realizan dichas capacitaciones?, Anuales, mensuales, otro</i>	NS/NC	S/Obs
	<i>5- Cuál es el sector del organismo que considera requiere mayor capacitación?, especificar.</i>	Áreas de Atención al Público	S/Obs
<i>2-Sobre el uso de manuales de procedimientos u otros medios de información sobre procedimientos de trabajo.</i>	<i>1- La Institución, cuenta con manuales de procedimiento para el seguimiento y control de las derivaciones, para segunda opinión médica y para atención del afiliado?. Si, No, NS/NC</i>	No	S/Obs
	<i>2- En caso afirmativo de la anterior, se ha capacitado a los destinatarios sobre el uso de los mismos?. Si, No, NS/NC</i>	No	S/Obs
	<i>3- Se ha recibido algún feedback por parte de los destinatarios respecto a los mismos?.Si, No , NS/NC-</i>	No	S/Obs
	<i>4- Considera que los manuales de procedimientos (los que poseen o nuevos manuales) deben profundizar algún aspecto en particular?. Si, No, NS/NC.</i>	NS/NC	S/Obs
	<i>5- En caso afirmativo especificar cuál?</i>	NS/NC	S/Obs

		6- En caso negativo (que no cuenten con manuales de procedimiento), cuáles son los medios que utilizan para informar los procedimientos de trabajo?,	NS/NC	S/Obs
		7-Considera que dichos medios son útiles o requieren mejoras?	NS/NC	S/Obs
2.1.Sobre seguimiento el y control de las derivaciones.		1- Se capacita a los operadores sobre algún sistema de seguimiento y control de las derivaciones?Si, No, NS/NC	No	S/Obs
		2- Cuáles considera que son los aspectos que requieren un mayor fortalecimiento para mejorar el seguimiento y control de las derivaciones? Especificar	Gestión de pasajes y turnos. Auditoría Médica de la derivación	S/Obs
		3- Han recibido comentarios al respecto por parte de los operadores directamente implicados en dicho proceso? Si, No, NS/NC	No	S/Obs
2.2 Respecto a segunda opinión médica		1- Se capacita a los operadores sobre segunda opinión médica?Si,No;NS/NC	No	S/Obs
		2- Cuáles considera que son los aspectos que requieren un mayor fortalecimiento para la segunda opinión? Especificar	No hay mecanismo de segunda opinión	S/Obs
		3- Han recibido comentarios al respecto por parte de los operadores directamente implicados en dicho proceso? Si, No, NS/NC. En caso afirmativo especificar.	NS/NC	S/Obs
2.3. Respecto de la atención al afiliado/beneficiario		1- Se ha capacitado alguna vez sobre atención a los afiliados/beneficiarios?Si, No, NS/NC	No	S/Obs
		2- Se han utilizado herramientas virtuales para tal fin?Si, No, NS/NC	NS/NC	S/Obs
		3- Cuáles son los aspectos que requieren mayor fortalecimiento que considera podrían mejorar la atención a los afiliados?.	Atención unificada y no por sector	S/Obs

	4- Se informa adecuadamente a los afiliados sobre la cobertura de salud? Beneficios, límites, etc? Si, No, NS/NC	No	S/Obs
	5- Cómo considera Ud que se podría mejorar el sistema de información hacia los afiliados?	Debe buscarse una manera directa. Ej: al momento del alta	S/Obs
Metodología de enseñanza-aprendizaje:	1- Las capacitaciones brindadas previamente, son mayormente expositivas o se promueve la participación de los destinatarios?. Especificar modalidad.	La única capacitación institucional fue sobre Discapacidad, con participación	S/Obs
	2- En caso de brindarse capacitaciones, luego de efectuada la capacitación, se evalúa el grado de aprovechamiento de las mismas? Si, No, NS/NC	Si, pero no sistemática	S/Obs
	3- Se realiza seguimiento en la práctica sobre el efecto obtenido luego la capacitación?. Si, No, NS/NC	No	S/Obs

**Anexo 3.2- Minuta reunión con Gerencia de Auditoría Médica y de Atención al Público.**

**Minuta reunión jueves 04/08/2022**

**Participantes:**

**Por la CSS:**

- Sra Mirta Fernández (Gerencia de Auditoría Médica y Atención



al Público)

- Sr. Montero (Veedor)
- Agentes de la CSS designados por la Sra. Mirta Fernández del sector operativo, afiliaciones, relaciones laborales, auditoria médica, otras.

**Por UNTREF:**

- Sr. Carlos Torres (Coordinador del Departamento de Salud y Seguridad Social de la UNTREF - Coordinador del Programa de referencia)
- Sra Sonia Gaviola (Médica, especialista y docente del Programa de referencia)
- Sra Susana Diosquez (Coordinadora de Programas del Departamento de Salud y Seguridad Social de la UNTREF – Docente del Programa de referencia)
- Sra Fabiana Di Santo (Coordinadora del Departamento de Salud y Seguridad Social de la UNTREF – Docente del Programa de referencia)

**Objetivos:**

- Avanzar en la organización de las capacitaciones previstas en el Programa de referencia.
- Compartir resultados del diagnóstico efectuado en el marco del Programa a la fecha.
- Relevar opiniones sobre la instancia de capacitación a partir del contacto con los referentes asignados por la CSS.

El Sr. Carlos Torres realizó una introducción dando lugar a la presentación de cada participante de la reunión.

Posteriormente, la Sr Di Santo explicó las instancias de capacitación previstas en el Programa y además, comentó los resultados obtenidos a la fecha del diagnóstico efectuado en el marco del mismo Programa.

En el intercambio mantenido durante la reunión se confirmó la necesidad de avanzar en estos procesos de capacitación, dado que los agentes participantes expresaron la ausencia de estas actividades (de capacitación) dentro de la Organización. Al mismo tiempo, expresaron entusiasmo por las capacitaciones propuestas:

- Seguimiento y control de derivaciones.
- Procedimiento de segunda opinión.
- Atención del afiliado/beneficiario.

La Sra Di Santo comentó que las mismas se llevarán a cabo bajo la modalidad virtual y que el objetivo general de las mismas es fortalecer la gestión de la Organización, unificar criterios, lograr una estrategia integral de gestión y comunicación (interna y externa), ésta última, entre otras cosas, para mejorar la vinculación con los afiliados.

**Resultados:** Se propuso programar un nuevo encuentro por meet con la Sra Mirta Fernández (quien expresó durante la reunión ser la referente para avanzar en estos temas) para poder profundizar aspectos sobre la organización de las capacitaciones: modalidad operativa, funcionamiento de la plataforma de UNTREF Virtual, cantidad de personas que, estimas, participarán de las capacitaciones, perfil de las mismas, entre otros.

#### 4. Desarrollo e implementación de una aplicación informática

## Roadmap CSS

- Abril 22: Relevamiento ✓
- Mayo 22: Análisis ✓
- Mayo 22: Diseño y maquetado de la App ✓
- Mayo 22: Inicio desarrollo Back y Front ✓
- Mayo 22: Inicio desarrollo App ✓
- Julio 22: Primer entregable V0.5 Back Office
- Julio 22: Primer entregable V0.5 App
- Julio 22: Diseño y maquetado del Back Office
- Septiembre 22: Entregable V0.8 Back Office
- Septiembre 22: Entregable V0.8 App
- Septiembre 22: Parametrización
- Octubre 21: Entregable V1.0 App
- Octubre 21: Entregable V1.0 Back Office

### Análisis y desarrollo sobre APP de trámites de la CSS

#### A. Tareas específicas del equipo en esta etapa:

1. Finalización del Módulo de autenticación en el backoffice.
2. Se solicitó acceso a servidores para los entornos de producción y de desarrollo, y así poder desplegar y realizar pruebas de estrés.
3. Se avanzó en el desarrollo del módulo de alta y seguimiento de trámites pudiendo:

- a. Bloquear el trámite para que un solo recurso de la CSS interactúe con el trámite.
  - b. Observación/Aprobación de cada dato del trámite.
4. Se desarrollaron ABM (alta, baja y modificación) de paramétricas comunes.

a. ABM Categoría de trámite

b. ABM Tipo de trámite

c. ABM Estado

d. ABM Usuario

e. ABM Perfil

5. Se evolucionó sobre el programa laravel 7 a 9. El cual incluye mejoras de seguridad y performance.

6. Se entregó documentación solicitada por el nuevo referente de la CSS para el proyecto de Trámites. Algunas fueron observadas, pero tras modificaciones fueron aprobadas.

a. Casos de uso

b. Gantt y Roadmap

- c. Diagrama de arquitectura
- d. Lista de tecnologías
- e. DER (Diagrama de entidad de relación)

## **B. Trayectoria del proyecto:**

El día 13 de julio se llevó a cabo una reunión con el personal de la CSS en la cual se detalló el avance en todas las tareas mencionadas en el gantt (cronograma) sobre las que hemos trabajado hasta el momento, determinando por cada una el grado de avances.

Se mantienen los sprints cada 15 días. Pero debido a un viaje del personal de desarrollo de UNTREF MEDIA, a partir del 8 de julio se desplazaron todas las reuniones durante una semana.

La CSS desestimó continuar con la idea de una validación de usuario a través del RENAPER.

Se fueron agregando tareas y ajustes al Trello que se lleva en conjunto con la CSS, en el que se fue subiendo toda la documentación antes mencionada.

Como se solicitó, se realizaron estimaciones de la carga del servidor. Basados en esto emitimos un documento indicando las características de los servidores de homologación y de producción los cuales nos informaron que se encuentran en proceso de adjudicación del servicio.

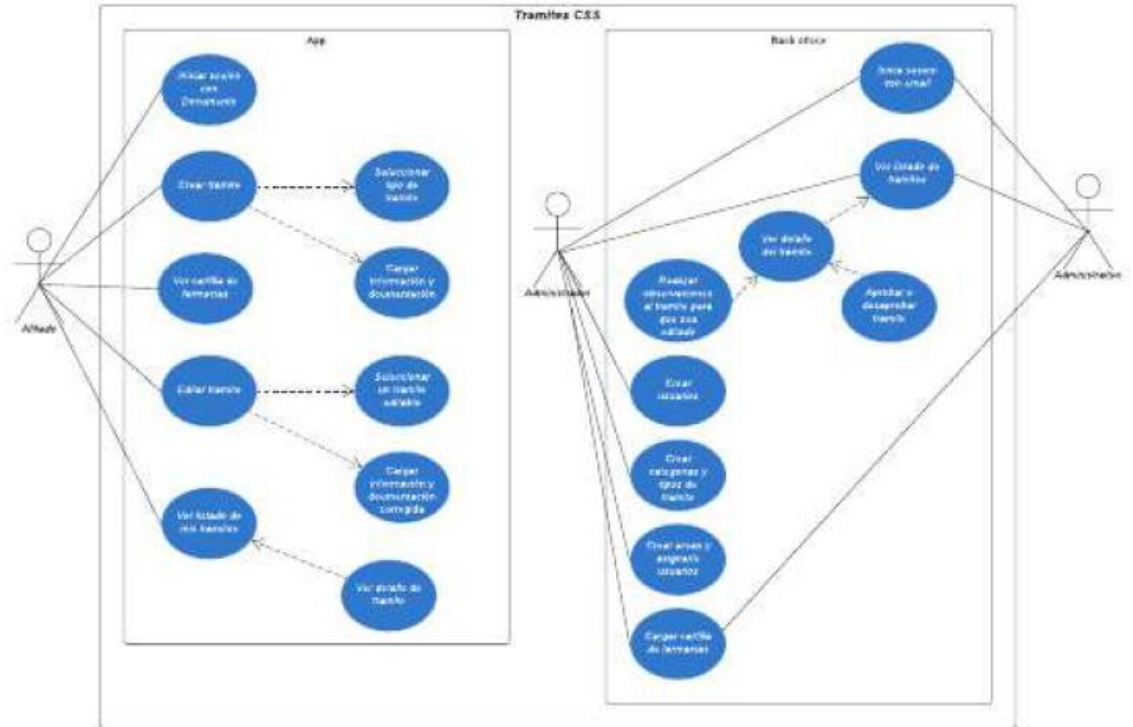
Actualmente nos encontramos llevando en paralelo tareas de:

1. Diseño de la interfaz de usuario del backoffice
2. Desarrollo del ABM de Trámites y de otros ABMs que lo rodean
3. Desarrollo del módulo de trámites para la aplicación mobile
4. Desarrollo de los endpoints de trámites

**C. Anexos que se adjuntan la documentación presentada a la CSS:**



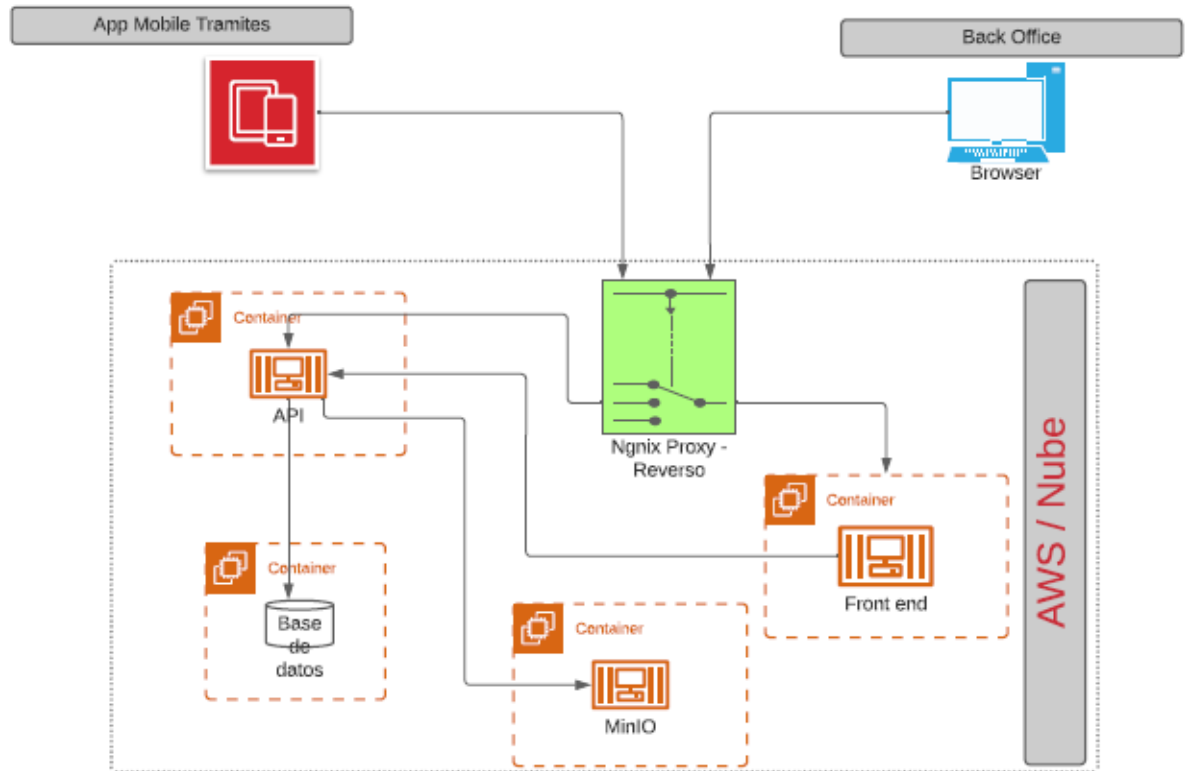
## 4.2. Casos de uso







#### 4.4. Diagrama de arquitectura



#### 4.5. Lista de tecnologías

Infraestructura y tecnologías

API

Laravel 7.26 -> se prevé una migración a Laravel 9

Minio v7

MariaDB 10.8

php 7

Front-End Back office

Vue 2.6

Vuetify 2.6.6

App

Flutter 3.1

Arquitectura

Actualmente el backoffice y la api se encuentran ejecutándose en contenedores docker en AWS sobre un EC2 t2.medium con 30gb de disco y un sistema operativo Amazon Linux 2, se prevé una migración a alguna nube argentina.

Deploy:

Pipelines en Jenkins 2.35

### **Anexo general presentación 11.08-22– avances del período-**



1. Comunicación
2. Capacitación
3. Análisis del Gasto. Propuestas

### Metodología de las encuestas

**Objetivo:** Entender mejor el proceso de comunicación con el afiliado

- **Afiliados**
  - Conocer la percepción que los afiliados tienen de la Institución en general y sobre los puntos de conflicto. Esto permitirá evaluar oportunidades de mejora.
  - 9 preguntas cerradas (cuantitativas)
  - 1 pregunta abierta de caracteres limitados (cualitativa)
  - 163 respuestas cuantitativas y 109 respuestas cualitativas
- **Empleados de la CSS con contacto directo al afiliado**
  - Captar cómo el empleado percibe la atención que brinda, el grado de capacitación y las herramientas con las que cuenta para llevar a cabo su trabajo satisfactoriamente.
  - 10 preguntas cerradas (cuantitativas)
  - 1 pregunta abierta de caracteres limitados (cualitativa)
  - Se obtuvieron 35 respuestas cuantitativas y cualitativas

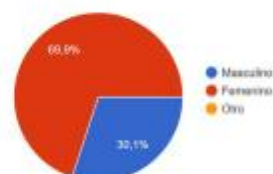
**ANÁLISIS CUANTITATIVO**

**1. Edad**



La mayoría de los afiliados que accedieron a la encuesta se encuentran entre los 36 y 65 años de edad. Se observa poca participación del segmento etario menor a 27 años.

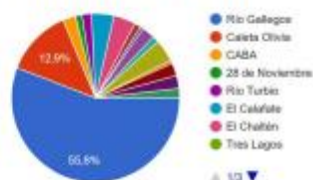
**2. Género**



Se observa mayoritaria participación del público femenino.

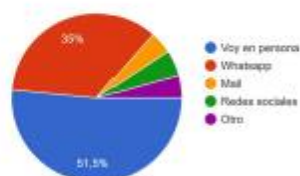
**ANÁLISIS CUANTITATIVO**

**3. Contacto delegación**



Las que poseen mayor afluencia se corresponden a las casas principales (Río Gallegos, Caleta Olivia y CABA), siendo Río Gallegos la que acumula la mayor cantidad de visitas.

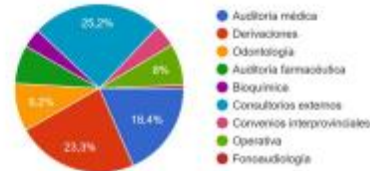
**4. Medios de comunicación**



La mayoría indicó que acude de forma presencial a las delegaciones y en segundo lugar, el contacto es vía WhatsApp.

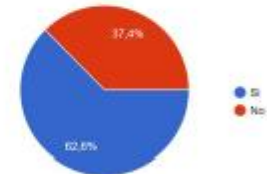
**ANÁLISIS CUANTITATIVO**

**5. Trámite más frecuente**



El 66.9% mayoritario indica que realiza con mayor frecuencia:  
 25.2% consultorios externos  
 23.3% derivaciones  
 18.4% auditoría médica

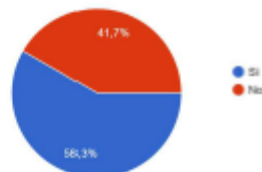
**6. Conocimiento de web**



La mayoría afirma conocer el sitio web:  
 62.6% si lo conoce / 37.4% no lo conoce

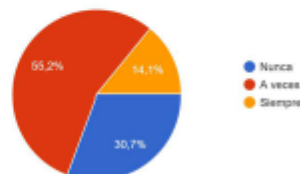
**ANÁLISIS CUANTITATIVO**

**7. Conocimiento de redes**



Se observa que el 41,7% de los encuestados afirman conocer las redes.

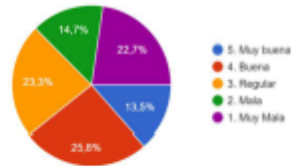
**8. Información disponible**



En relación a la "facilidad y usabilidad" de la información disponible en los canales digitales, la mitad de dichos afiliados indican que presentan problemas a la hora de encontrar información necesaria.

**ANÁLISIS CUANTITATIVO**

## 9. Percepción de calidad



La CSS posee una imagen positiva del 39.3%, imagen negativa del 37.4% y una tasa neutral de un 23.3% por parte de los afiliados.

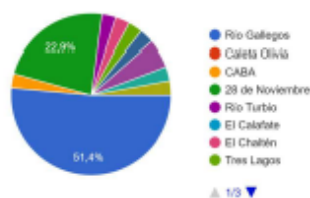
**ANÁLISIS CUALITATIVO**

- La mayor cantidad de comentarios se centran en la falta de información y falta de respuesta que perciben de parte de la CSS
  - Entender la razón por la que los empleados de atención al cliente no responden rápidamente a las consultas de los afiliados.
- Es importante actualizar la información en los canales y, en caso de que haya cambios sustanciales en la información, poder comunicar proactivamente a los afiliados la nueva información
- Muchos usuarios indican reciben una mala atención por whatsapp
  - Si se brinda un buen servicio, será posible descongestionar la atención presencial en las sedes
- La experiencia de atención que reciben en la sucursal es indicada como negativa.



**ANÁLISIS CUANTITATIVO**

**1. Delegaciones participantes**



El mayor caudal de respuesta se obtuvo de las sedes Río Gallegos y 28 de Noviembre.

Ocho sedes (42.5 %), no emitieron respuestas, por lo que se prevé que los resultados serán tendenciosos hacia las problemáticas de las sedes participantes.

**2. Formas de atención**



En cuanto a canales más utilizados para la atención de los afiliados son, en primer lugar, la presencialidad y whatsapp y, en segundo lugar, emails.

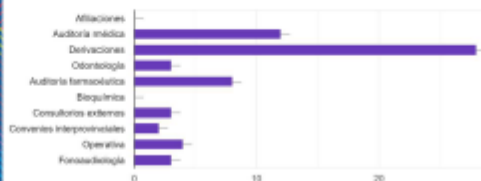
**ANÁLISIS CUANTITATIVO**

**3. Trámites más atendidos**



En primer lugar se encuentra Derivaciones (57.1%), siguen afiliaciones, auditoría médica y auditoría farmacéutica.

**4. Tasa de conflicto x trámite**

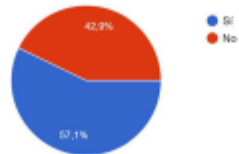


En misma línea en resultado congruente la mayor tasa de conflicto se corresponde derivaciones con la tasa de conflicto más elevada y en marcada diferenciación ( 80% derivaciones vs. 34.3% de auditoría médica que le sigue en porcentaje).



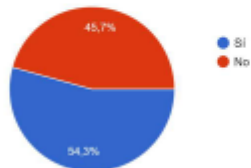
**ANÁLISIS CUANTITATIVO**

**5. Herramientas para realizar el trabajo**



La mayoría refiere que posee las herramientas necesarias. Un marcado 42.9% negativo denota la necesidad de desarrollar métodos que permitan reducir este índice de percepción de falta de instrumentos y analizar en profundidad si este indicativo es de carácter perceptual/cultural y/o real/físico.

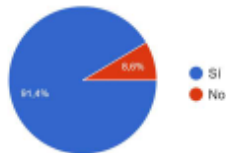
**6. Información para realizar el trabajo**



Mismo caso en la disponibilidad de información, un 45.7% indica no contar con la información necesaria para realizar sus labores.

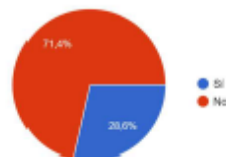
**ANÁLISIS CUANTITATIVO**

**7. Búsqueda de soluciones**



Ante la búsqueda de una solución un 91.4% de los empleados indica que conoce a quién consultar su duda.

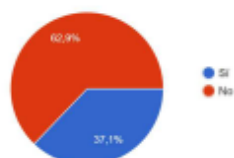
**8. Comunicación entre áreas**



Con respecto a la comunicación entre áreas un 71.4% indica que no existe una comunicación fluida entre éstas.

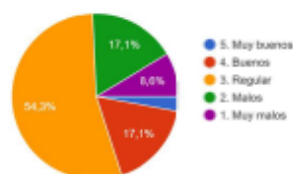
**ANÁLISIS CUANTITATIVO**

**9. Tasa de percepción - información de los afiliados sobre la CSS**



Un 62.9% respondió que los afiliados no cuentan con la información correcta sobre los ss/prestaciones que la CSS ofrece.

**10. Percepción imagen**



En relación a la tasa de percepción de calidad de la CSS, según los empleados, los afiliados poseen una imagen positiva del 20%, una imagen negativa del 25.7% y una tasa neutral de un 54.3%. La tasa de neutralidad es la mayoritaria. (cultura y percepción interna)



**ANÁLISIS CUALITATIVO**

- La principal queja que reciben es la demora en los tiempos de respuesta
  - Hay un testimonio que indica que hay falta de comunicación entre el equipo directivo y los empleados de atención al cliente
  - En el caso puntual de las derivaciones, que es uno de los principales puntos de fricción, se recomienda analizar todo el proceso de derivaciones para detectar cuáles son los principales cuellos de botella y buscar soluciones para acelerar el proceso de respuesta.
  
- Se recomienda analizar si este punto está vinculado con un sistema de turnos ineficiente, faltante de personal médico disponible, entre otros indicadores.

**Propuesta de Comunicación externa**

- Desarrollar campañas de comunicación segmentadas con pautas comunicativas concretas para cada sector.
- Aplicar campañas de comunicación digital dirigidas al segmento etario menor a 27 años, acompañadas de campañas de comunicación físicas que indiquen a segmentos etarios mayores cómo solicitar la ayuda de sus familiares/amigos/vecinos de natividad digital.
- Utilizar proactivamente el espacio físico de las mismas para aplicar pautas de comunicación físicas y digitales.
- Establecer estrategias de comunicación en las sedes físicas acompañan a la inducción de los afiliados sobre el uso de los canales digitales y medios de contacto a distancia
- Rediseñar la estructura informativa en base a la teoría de "experiencia de usuario", otorgando una ruta de información que brinde los datos que los afiliados necesitan en orden de importancia de uso.

**Propuesta de Comunicación interna**

- **Whatsapp y mails**  
Canales más utilizados  Establecer una estrategia y ruteo claro y oficial, dado que, en el informe preliminar, se observó una proporción de uso informal de los mismos
- **Derivaciones**  
Trámite más atendido y con mayor tasa de conflicto  Segmentar el trabajo en períodos temporales y asignar prioridades de trabajo para crear métodos de comunicación efectivos en atención y resolución de problemáticas (manuales de atención, capacitación y desarrollo de herramientas necesarias) y por área de incidencia.

**Propuesta de comunicación bidireccional**

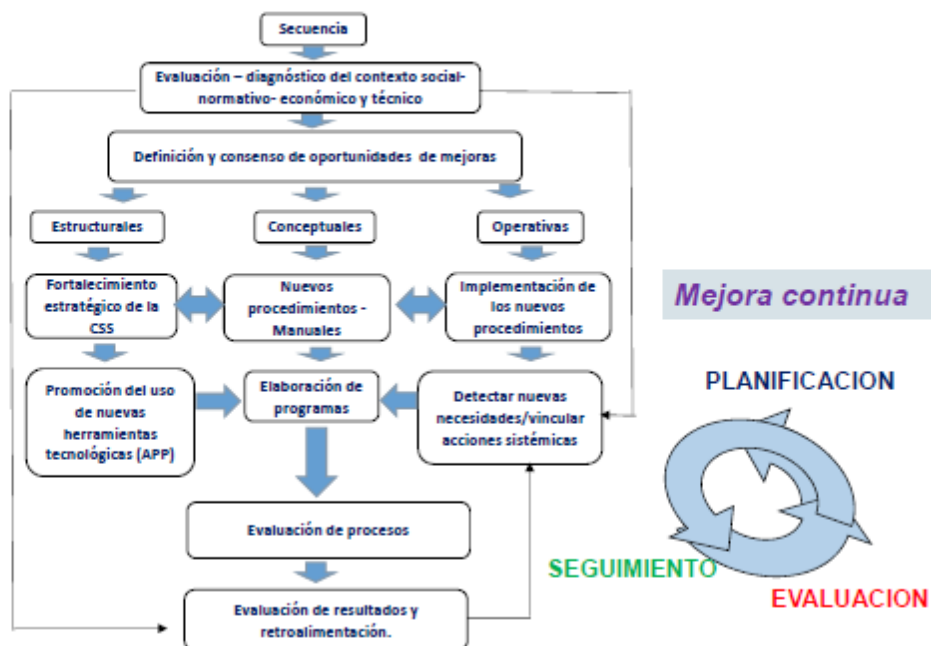
Los empleados consideran que los afiliados perciben a la CSS de una forma más negativa de la que realmente los afiliados la perciben.



Realizar un trabajo bidireccional inmersivo sobre la cultura y percepción interna de la institución, que repercuta en la atención al afiliado y ambiente laboral general para convertir la mayoría neutra y el porcentaje negativo, en positividad proactiva.

**Marco de referencia metodológico  
para la implementación de las  
acciones de capacitación previstas  
en el Programa de Fortalecimiento  
de la CSS de la Pcia de Sta Cruz.**

1. **En el uso de manuales de procedimientos para el seguimiento y control de las derivaciones.**
2. **En la utilización del manual de procedimiento en segunda opinión médica.**
3. **En la atención al afiliado/beneficiario.**





**El Proceso de Enseñanza-Aprendizaje:**  
Está centrado en el participante y en los problemas de la CSS de la Pcia de Sta Cruz a fin de promover el fortalecimiento buscado a partir del Programa

**El Curriculum** responde a las necesidades relevadas (S/diagnóstico), centrado en los problemas reales detectados y en la mejora del trabajo del participante.

- Los Objetivos:**
- Fortalecer a la CSS
  - Unificar Criterios en la Organización
  - Optimizar recursos (de todo tipo)
  - Fidelizar al beneficiario a partir de un mejor servicio

**La Evaluación** acompaña el proceso de E-A. Es necesaria una evaluación inicial de conocimientos previos, evaluaciones de avance y final.

**El Participante** (adulto) es protagonista de su propio aprendizaje, es permeable en lo cognitivo y afectivo. No es un receptor pasivo.

**El Docente** subordina la enseñanza al aprendizaje. Reflexiona sobre su propio trabajo y facilita el aprendizaje.

**El Objeto de estudio** es la mejora de los servicios brindados por la CSS de la Pcia de Sta Cruz- Capacitación como proceso de Investigación-acción

**Modalidad:** Virtual.  
Actividades asincrónicas y sincrónicas a través de la plataforma de UNTREF Virtual.

**Bienvenido a la plataforma**  
UNTREF Virtual - Universidad Nacional de Tres de Febrero

Hoy es 11 de agosto del año 2022  
*Bienvenidos!*

**Programa de fortalecimiento de la**  
**Caja de Servicios Sociales**  
PROVINCIA DE SANTA CRUZ

**Acceso a los cursos del Programa:**


1. En el uso de manuales de procedimientos para el seguimiento y control de las derivaciones.
2. En la utilización del manual de procedimiento en segunda opinión médica.
3. En la atención al afiliado/beneficiario.

Te encontrás en el curso de atención al afiliado.


Calendario de eventos

Junio						
D	L	Mi	Mi	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				


**SECCIONES**

 Administración

 Programa

 Contenidos

 Agenda

 Calificaciones

 Biblioteca

 Sitios

**1 Sección de diseño y actualización del aula:**

Permite cargar los recursos pedagógicos (sólo docentes)

**2 Sección de almacenamiento de información:**

Acceso al Programa, contenidos, Unidades/módulos del Curso, recursos pedagógicos, actividades, links que complementan el material de la cursada, etc.

 Foros

 Wikis

 Chat

 Contactos

 Correo electrónico

 Anuncios

**3**

**Secciones de comunicación:**

posibilitan el intercambio entre participantes y docentes/tutores.

**I. Temática: Uso de manuales de procedimientos para el seguimiento y control de las derivaciones.**

**Objetivo**



Que los participantes logren valorar las recomendaciones brindadas por medio de los manuales de procedimientos elaborados en el Programa y promover su aplicación.

**Destinatarios**



Personal de CSS que gestione el proceso de derivación de afiliados

Modalidad	Duración	Material didáctico	Contenidos temáticos
Virtual A definir cantidad de destinatarios con la CSS	Actividades sincrónicas 12 horas y asincrónicas 12 horas. Total 24 hs  Se brindará durante cuatro meses, en grupos de trabajo con esquemas y horarios consensuados con las autoridades	A cargo de UNTREF (presentaciones, material audiovisual, power point, videos y tutoriales, estos últimos a fin de poner a disposición permanente las guías para consulta).	I.Significado de los MP. II.Principales contenidos III.Normas de procedimientos y gestión de las derivaciones IV.Acciones, responsables y descripción de tareas. Flujogramas. Evaluación de resultados

**II. Temática: Capacitación en la utilización de manual de procedimiento en 2da opinión médica**

**Objetivo**



Que los participantes logren adquirir conocimientos y habilidades destinadas a gestionar el programa de 2da opinión médica y utilizar el Manual de Procedimientos

**Destinatarios**



Personal de la CSS de área de auditoría médica y atención a los beneficiarios.

Modalidad	Duración	Material didáctico	Contenidos temáticos
Virtual A definir cantidad de destinatarios con la CSS	12 horas: 6 sincrónicas y 6 asincrónicas	A cargo de UNTREF (presentaciones, material audiovisual, power point, videos y tutoriales, estos últimos a fin de poner a disposición permanente las guías para consulta).	Fundamentos de la 2da opinión médica. Normativa nacional e internacional. Principales contenidos del MP. Normas de procedimiento. Acciones responsables y descripción de las tareas. Flujograma. Evaluación continua.



- Objetivos** → Que los participantes adquieran herramientas para mejorar la atención a los beneficiarios (por vía telefónica, personal o escrita), fortalezcan técnicas de comunicación para empatizar con los usuarios, y logren reducir quejas y reclamos y resolver conflictos atendiendo adecuadamente las necesidades de dichos usuarios.
- Destinatarios** → Personal de la CSS encargados de la atención a los beneficiarios en sus diferentes instancias.

Modalidad	Duración	Material didáctico	Contenidos temáticos
Virtual A definir cantidad de destinatarios con la CSS	Actividades sincrónicas 12 horas y asincrónicas 12 horas. Total 24 horas. Se brindará durante cuatro meses, en grupos de trabajo con esquemas y horarios consensuados con las autoridades	A cargo de UNTREF (presentaciones, material audiovisual, power point, videos y tutoriales)	4 módulos de 6 horas: I. Fundamentos atención al beneficiario II. Necesidades de los beneficiarios y habilidades para satisfacerlas III. Los problemas en la atención al beneficiario IV. Evaluar la satisfacción del usuario

Sector	Aportantes	Adherentes	Total
Activos	48.949	50.001	98.951
Jubilados y pensionados	18.753	9.070	27.823
Pensiones a la Vejez	711	2	713
Veteranos de Guerra	108	81	189
Total	68.521	59.154	127.675

Concepto	Dic. 2021
Remuneración Imponible	\$ 8.434.299.957
Aporte Personal	\$ 438.206.290
Contribución Patronal	\$ 446.477.751

Si a los valores mensuales del cuadro anterior los anualizamos, los ingresos por aportes personales sumarian \$ 5.696 millones y las contribuciones patronales \$ 5.804 millones.

Total ingresos contributivos por \$ 11.500 millones durante un ejercicio.

La normativa indica que el aporte es del 4% para los afiliados sin adherentes y del 6.4% para los que tienen familiar a cargo, mientras que es del 6% para la contribución.

Realizando un control de aportes se observó que:

- 710 casos de pensiones por vejez que realizan aportes personales del 3%.
- 5 casos con aportes personales mayores al 3% pero menores al 4%.
- 86 casos con contribuciones superiores al 6.4%.
- 2134 casos con aportes del 4% pero con adherentes.
- 1016 casos con aportes mayores al 4% y sin adherentes.
- 1955 casos sin contribución patronal,
- 7070 casos con contribución patronal mayor al 1% pero menor a 6%.

Rangos de Aportes mas Contribuciones	Casos	Porcentaje
De \$0 a \$1000	67	0,1%
De \$1001 a \$3000	1.804	2,6%
De \$3001 a \$6000	5.288	7,7%
De \$6001 a \$9000	16.867	24,6%
De \$9001 a \$12000	15.040	21,9%
De \$12001 a \$15000	9.536	13,9%
De \$15001 a \$18000	6.433	9,4%
Más de \$18000	13.486	19,7%
Total	68.521	100%

Rango Ap. y Cont. por afiliado	Casos	Porcentaje
De \$0 a \$1000	511	0,7%
De \$1001 a \$2000	2.099	3,1%
De \$2001 a \$4000	11.525	16,8%
De \$4001 a \$6000	12.569	18,3%
De \$6001 a \$8000	12.410	18,1%
De \$8001 a \$10000	8.845	12,9%
De \$10001 a \$12000	6.244	9,1%
De \$12001 a \$14000	3.948	5,8%
De \$14001 a \$16000	2.692	3,9%
Más de \$16000	7.678	11,2%
Total	68.521	100,0%

La Caja de Servicios Sociales brinda coberturas, según el tipo de medicación, del 50%, 70%, 80%, 90% y 100% del valor del producto. Profundizando el análisis en este aspecto, 81% del gasto es en medicación cubierta al 90% (1.087 millones que representa el 45%) y al 100% (\$866 millones lo que hace un 36%).

Costo/Cobertura	50	70	80	90	100	Total general
Costo total medicación	403.788.268	49.067.006	161.528	1.087.740.619	866.702.388	2.407.459.811
Proporción de gasto por cobertura	16,77%	2,04%	0,01%	45,18%	36,00%	100,00%

Con respecto a las principales farmacias que suministraron la medicación prescrita durante el año 2021 se encuentran las siguientes:

Farmacia	Importe_facturado	% Acumulado
AUToFARMA	\$ 322.479.793,67	13%
LA FRANCO DEL SUR	\$ 203.117.238,22	22%
INTEGRAL	\$ 164.257.972,20	29%
ATLANTICA	\$ 134.229.549,76	34%
MODERNA	\$ 124.836.981,38	39%
AUToFARMA AMSA	\$ 99.929.419,53	44%
12 DE AGOSTO	\$ 96.256.073,37	48%
LLOMAR III	\$ 88.532.521,26	51%

En 2021, el 50% del gasto en medicamentos está representado por 186 productos. Los principales son:

Producto	Importe	Acumulado
INSULINA LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml lap.prellx5x3ml	82.540.848	3,4%
ACCU-CHEK GUIDE tiras reactivas x 50	52.493.229	5,6%
INSULINA TRESIBA FLEXTOUCH 100 U lapiceras x5 x3 ml	52.444.681	7,8%
INSULINA NOVORAPID FLEXPEN 100 UI lapic.x 5 x 3 ml	43.559.716	9,6%
VICTOZA lap.prell.x 2 x 3ml(PVP)	41.039.806	11,3%
ZOMARIST MET 50/1000 mg comp.x 60	38.528.149	12,9%
ACCU-CHEK PERFORMA 50 tiras reactivas x 50	38.387.879	14,5%
FORXIGA 10 mg comp.x 28	32.263.418	15,8%
INSULINA OPTISULIN SOLOSTAR lap.prell.descart.x5 x3ml	22.096.117	16,8%
ZOMARIST MET 50/850 mg comp.x 60	18.315.545	17,5%
NEXIUM 40 mg comp.rec.x 28	15.810.163	18,2%
GASTEC 40 mg caps.x 28	13.745.278	18,7%
GALVUS MET 50/1000 mg comp.x 60	13.437.760	19,3%
MIDAX 10 mg comp.x 28	12.687.682	19,8%
POLPER B12 a.beb.x 30	12.557.740	20,3%
INSULINA LEVEMIR FLEXPEN 100 UI lapiceras x5 x3ml	12.170.344	20,9%
XELEVIA MET 50/1000 mg comp.rec.x 56	12.007.346	21,4%
JANUMET 50/1000 mg comp.x 56	11.150.906	21,8%
JARDIANCE 10 mg comp.x 30	10.962.846	22,3%

Se realizó un análisis de los gastos de los medicamentos por mes y la cantidad de afiliados con consumos (o credenciales utilizadas) de medicamentos. Si tomamos esta información, podemos observar que cada afiliado con consumo de medicamentos tiene un costo de \$76.608 por año, es decir \$6.384 por mes. En cambio, si analizamos el costo anual dividido por la totalidad de beneficiarios, este es de \$31.983 ó \$2.665 mensuales.



En el 2021 cada afiliado consumió en promedio 11 medicamentos al año. Sin embargo, si tomamos la cantidad de afiliados que consumieron al menos 1 medicamento al año (77.421 afiliados), el promedio es de 18 medicamentos por año.

MEDICAMENTOS	Grupo	Q 2021
ASPIRINA PREVENT comp.cub.entérica x 50	ANTIAGREGANTE PLAQUETARIO	18.338
ORAVIL f.a.beb.x 2 ml	VITAMINOTERAPIA D	12.857
OSTEODYN sol.oral x 2 ml	VITAMINOTERAPIA D	12.100
ACCU-CHEK GUIDE tiras reactivas x 50	CONTROL GLUCOSA	11.382
ACCU-CHEK PERFORMA 50 tiras reactivas x 50	CONTROL GLUCOSA	8.465
LOSACOR D 50/12.5 mg comp.rec.x 30	ANTIHIPERTENSIVO DIURÉTICO	7.926
LOSACOR 50 mg comp.rec.x 30	ANTIHIPERTENSIVO	7.891
T4 MONTEPELLIER 100 100 mcg comp.x 50	TERAPÉUTICA TIROIDEA	7.199
PANTUS 40 comp.gastrorres.x 30	ANTIULCEROSO	7.047
CORBIS 5 mg comp.rec.x 30	BETABLOQUEANTE	7.005
OPTAMOX DUO 1 g comp.x 14	ANTIBIÓTICO	6.887
MACRIL cr.x 20 g	ANTIBIÓTICO ANTIINFL.	6.642
GASTEC 40 mg caps.x 28	ANTIULCEROSO	6.509
T4 MONTEPELLIER 75 75 mcg comp.x 50	TERAPÉUTICA TIROIDEA	6.443
LANZOPRAL caps.x 30	ANTIULCEROSO	6.280

Si agrupamos los principales medicamentos por uso, tenemos:

GRUPO	Q CONSUMIDO 2021	% s/Total
ANTIHIPERTENSIVO	86.072	6,2%
ANALGÉSICO ANTIINFLAM.	81.107	5,8%
ANTIULCEROSO	67.333	4,9%
ANTIBIÓTICO	66.172	4,8%
HIPOGLUCEMIANTE ORAL	65.072	4,7%
VITAMINOTERAPIA D	64.855	4,7%
TERAPÉUTICA TIROIDEA	56.705	4,1%
ANTIHIPERTENSIVO DIURÉTICO	41.456	3,0%
HIPOLIPEMIANTE	35.308	2,5%
ANTICONCEPTIVO	34.401	2,5%
CONTROL GLUCOSA	22.300	1,6%
ANTIAGREGANTE PLAQUETARIO	22.289	1,6%
ANSIOLÍTICO ANTICONVULSIVO	21.401	1,5%
CORTICOSTEROIDE	21.173	1,5%
ANTIANGINOSO	20.301	1,5%
ANTIHIPERTENSIVO	20.280	1,5%
ANTIDEPRESIVO	20.280	1,5%
HIPOCOLESTEROLEMIANTE	20.215	1,5%
ANTIEPILÉPTICO	18.225	1,3%
ANTIALERGICO	16.610	1,2%
ANTIINFLAMATORIO	16.610	1,2%
LUBRICANTE OCULAR	16.011	1,2%

En este caso se realizó un análisis de los precios de los medicamentos que pagó la Obra Social versus la información que publica Alfabetanet que informa un listado de medicamentos con Precio de Venta al Público (PVP).

El costo de los medicamentos en la mayoría de los casos es inferior al informado como Precio de Venta al Público (PVP) de las farmacias, lo que resulta lógico dado el volumen de compra anual del organismo.

Sin embargo, en productos de hipoglucemiantes, como por ejemplo Insulina, Accu-Chek, etc. se observa que el precio es el mismo.

Afiliados (grupo familiar) con mayores consumos de medicamentos

AFILIADO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL 2021	PROM. X MES
-1372482142	106	70	118	118	104	114	113	119	105	12	112	111	1.202	100
603385150	52	58	116	116	115	115	125	126	125	135	74	45	1.202	100
-634336952	78	93	74	74	80	82	113	45	120	46	133	0	938	78
-773135352	59	66	67	67	66	66	67	65	64	64	67	64	782	65
58705848	0	0	64	64	12	65	61	63	64	69	61	72	595	50
219255852	2	0	100	100	2	0	3	4	101	1	102	100	515	43
-46156150	44	40	42	42	45	45	38	46	48	12	40	49	491	41
-900625951	64	64	50	50	9	68	7	78	15	75	0	0	480	40
479017850	37	41	35	35	39	45	41	42	43	26	44	50	478	40
-48294348	63	70	13	13	63	2	72	5	2	4	67	66	440	37
-1340051847	25	23	27	27	36	34	40	49	34	50	45	25	415	35
-1438122352	7	33	34	34	36	40	36	37	35	30	34	35	391	33
-190646350	41	42	0	0	8	42	42	40	42	42	40	45	384	32
-794261752	37	7	63	63	2	34	42	13	33	38	39	8	379	32
-783236547	4	7	13	13	2	4	89	48	94	49	51	0	374	31
-20879416	2	126	18	18	1	4	180	3	5	4	6	0	367	31

Hay 53 afiliados (grupo familiar) que consumen en promedio más de 20 medicamentos por mes.

Ejemplo, los hipoglucemiantes tiene una cobertura del 100% para todos los afiliados mientras que en otras Obras Sociales Provinciales el porcentaje es menor e incluso diferenciado.

HIPOGLUCEMIANTES	GASTO 2021	CSS	IAPOS STA FE	IOSCOR CORRIENTES	DOSEP SAN LUIS	IASEP FORMOSA	IOSPER ENTRE RIOS
INSULINA LANTUS SOLOSTAR 100UI/ml lap prellx5x3ml	82.540.848	100%	80%	50/60/100%	80%	40/60/100%	50%/100%
INSULINA TRESIBA FLEXTOUCH 100 U lapiceras x5 x3 ml	52.444.681	100%	S/D	50/60%	S/D	40/60/100%	S/D
INSULINA NOVORAPID FLEXPEN 100 UI lapic.x 5 x 3 ml	43.559.716	100%	80%	50/60/100%	80%	40/60/100%	50%/100%

Se analizaron los archivos disponibles, tomándose como ejemplo representativo los medicamentos de uso crónico, utilizados para el manejo de Diabetes, Psiquiátricas y Neurológicas.

A grandes rasgos se destaca la existencia de una gran dispersión de formas de presentación, marcas y con precios muy diferentes comprándose envases pequeños y grandes, lo mismo ocurre en accesorios como tiras reactivas y cantidades de agujas.

Esto se repite en medicación de uso neurológico y psiquiátrico como antidepresivos, antiepilépticos, ansiolíticos.

También puede identificarse que una misma droga tiene diferentes porcentajes de cobertura.



**- Cuenta corriente del afiliado y su grupo familiar**

Debiera constituirse una Cuenta Corriente la cual permitirá identificar el comportamiento del usuario de los servicios de salud por el diagnóstico codificado y confirmado de cada integrante.

Esto, a su vez, permitirá identificar sus consumos y su relación con las prestaciones médicas realizadas a los beneficiarios identificar los grupos de alto consumo y patrones de prescripción

**- Compra centralizada de medicamentos**

Permitirá ejercer el poder de compra que posee la CSS en la Provincia. Se trata de la implementación de la compra de medicamentos e insumos por volumen conociendo los consumos de años anteriores, el número de pacientes por diagnóstico codificado proyectando, sus consumos anuales.

Dicho mecanismo permitirá reducir en lo posible la inflación y su variabilidad. Mejorando la capacidad de negociación, beneficios impositivos y licitaciones de compra directa a laboratorios sin intermediación de droguerías en el caso de drogas únicas en las que compiten sólo marcas comerciales de la misma droga incorporando mediaciones porcentuales innecesarias.

**- Evaluar la instalación de Farmacia/s de la obra social y Centros de Diagnóstico y tratamiento especializado**

Una farmacia y eventualmente otros servicios de Atención Primaria y baja complejidad, como así también la referencia a Clínicas especializadas con Normas y procedimientos comunes y científicamente comprobados por consensos de especialidad, basados en la evidencia y que al estar claramente definidos y estructurados permitirían mayor equidad según determinado diagnóstico ya que un diagnóstico implica un protocolo y un costo conocido.

Esta modalidad intenta evitar la dispersión de criterios del médico aislado y genera una cultura de protocolos basados en la evidencia y que son actualizados por especialistas con los que hay contratos claros y un acuerdo de gestión de costos que utiliza recursos según el estadio de la dolencia. (por ejemplo Diabetes)

**- Potencialmente con acuerdo con la industria podría utilizarse las redes de los hospitales públicos provinciales como centro de distribución.****- Ley de Prescripción de medicamentos**

Según Ley 25649 (la prescripción debe incluirse el medicamento genérico) marcas científicamente elegidas por el consenso con los especialistas a partir de un protocolo consensuado.

- **Modelo actuarial por programas** el control de gestión de auditoría debiera remitirse al control las tasas de incidencia y Prevalencia por diagnóstico.
- **Implementación de tablero de control del área auditoria.**
- Definir un Menú Prestacional y su correspondiente Red Prestacional categorizada y Acreditada con contratos de riesgo claros. Red de especialistas y Prestadores monovalentes para patologías específicas.
- Análisis del gasto logístico intra y extraprovincial según demanda para definir inversiones en prestadores regionales
- **Sistema de auditoría para la aprobación de consumos de alto costo/Enfermedades Catastróficas.** Para el cual se confeccionará el listado de Procedimientos y Medicamentos e Insumos de Enfermedades Catastróficas y Manual de Normas.
- **Implementación de Segunda Opinión Médica y Telemedicina,** con el fin de reducir el impacto de las distancias geográficas de la Provincia y como respuesta a las carencias eventuales de especialidades médicas se podrá optimizar los costos en traslados.
- **Establecimiento de las Cuenta por patologías y Modelo Gerenciamiento de Enfermedades Crónicas.**
- **Implementación de recetas digitales.** Autorización digital con Numeración de la autorización desde el origen la autorización, que vincule la prescripción del Médico Prescriptor desde su computador al que accede con la máxima seguridad informática (clave, Token Traditum etc) con la del Proveedor dispensador. Maximizar la utilización del software actual hasta que se definan las necesidades de crecimiento e inversión tecnológica. Promover una cultura de prescripción digital e interoperabilidad prescripción / dispensación

**CONTRATO DE OBRA: Ex-2021-00034349-CFI-GES # DCS  
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA CAJA DE SERVICIOS  
SOCIALES DE LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ  
INSTITUCION: UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRES DE FEBRERO**

**INFORME DE PARCIAL II**

**INFORMACION COMPLEMENTARIA**

**SEPTIEMBRE 2022**

Coordinador Carlos Raúl Torres  
Diego Cristian Sánchez  
Carlos Andrés Torres  
Andrés Franco Berardi  
Silvina Grieder Pfund  
Carlos Farcy  
Sonia Gaviola  
Guillermo Oscar Bater  
Jimena Lopez Berzosa  
Mariel Romano Zanelli  
Jesús Rogelio Anselmi Suarez  
Lautaro Bifano  
Luciano Tiscornia  
Emiliano Andrijeszen  
Guillermo Suarez  
Susana Diosquez  
Fabiana Di Santo

<u>INDICE</u>	<b>pág</b>
<b>Introducción</b>	5
<b>Información complementaria sobre Producto 1:</b>	5
<b>Elaboración de una estrategia de gestión para eficientizar el uso de los recursos</b>	
1.2. Elaboración de un Procedimiento de Control Interno para asegurar el cumplimiento de las normativas vigentes en el pago de Medicamentos y Prestadores únicos	5
1.2.1. Análisis del Gasto en medicamentos y Prestadores únicos	
1.2.2. Propuesta de alternativas para optimizar el gasto en Medicamentos y Prestadores únicos	
1.2.3. Diseño e implementación de procedimiento de Control y Auditoría de prestaciones pagadas	
Respuesta.	
1.4. Diseño de procedimiento de gestión y sistema de seguimiento y control de las derivaciones con sus respectivos manuales	7
Respuesta.	
<hr/>	
1.5. Diseño de procedimientos y protocolos para la gestión de enfermedades de alta complejidad.	9
Respuesta.	
1.6. Diseño de auditorías técnicas médicas y capacitación segunda opinión.	12
Respuesta.	
<b>Información complementaria sobre Producto 2:</b>	15
<b>Desarrollo de un Plan de Comunicación para mejorar la relación con los afiliados. Desarrollo de un Plan de Comunicación para mejorar la relación con los afiliados.</b>	

2. Desarrollo de un Plan Comunicacional para mejorar la relación con los afiliados	16
2.2. Diagnóstico de la comunicación con la comunidad	
Respuesta	
2.3. Desarrollo de una estrategia de Comunicación Integral.	20
Respuesta	
<b>Información complementaria sobre Producto 3: Programa de Capacitación destinado al personal de la Institución</b>	<b>23</b>
3. Capacitación del personal de la institución	23
3.1. En el uso de manuales de procedimientos para el seguimiento y control de las derivaciones.	
3.1.1. Reuniones con la Gerencia de Prestaciones y Gerencia Operativa.	
Respuesta	
3.1.2. Preparación de recursos pedagógicos	25
Respuesta	
3.1.3. Apoyo en la articulación metodología de enseñanza–aprendizaje.	25
Respuesta	
3.2. En la utilización del manual de procedimiento en segunda opinión médica	26
3.2.1. Reuniones con responsables de auditoría médica.	

Respuesta	
3.3.1. Reuniones con responsables de auditoría médica - “Reuniones con responsables de atención a beneficiarios”-	29
Respuesta	
Anexo 3.1.Presentación plataforma UNTREF Virtual	33
Anexo 3.2- PPT Manual Procedimiento de Seguimiento y control de las derivaciones.	38
<b>Información complementaria sobre Producto 4: Desarrollo e implementación de una aplicación informática</b>	68
4. Desarrollo e implementación de una aplicación informática a ofrecer a los afiliados	68
4.2. Sistema de turnos Mobile.	
Respuesta	
4.3. Sistema de seguimiento de trámites Mobile.	
Respuesta	
A. Tareas específicas del equipo en esta etapa:	69
B. Trayectoria del proyecto	70

## **Introducción:**

A continuación se mencionan las observaciones emitidas por el CFI al Segundo Informe Parcial (subrayadas) y seguidamente en cada caso las respuestas (aclaraciones, ampliaciones completas y/o en avance según cronograma):

### **Información complementaria sobre Producto 1: Elaboración de una estrategia de gestión para eficientizar el uso de los recursos.**

---

#### **1.2. Elaboración de un Procedimiento de Control Interno para asegurar el cumplimiento de las normativas vigentes en el pago de Medicamentos y Prestadores únicos**

**1.2.1. Análisis del Gasto en medicamentos y Prestadores únicos** (Completa)

**1.2.2. Propuesta de alternativas para optimizar el gasto en Medicamentos y Prestadores únicos** (Completa)

**1.2.3. Diseño e implementación de procedimiento de Control y Auditoría de prestaciones pagadas** (Completa)

- Se solicita indicar en qué medida afectan a la realización de un diagnóstico adecuado que pueda servir de base para las propuestas de procesos y de qué manera se salda lo siguiente:

La previsión era trabajar sobre la base de pagos efectuados a prestadores y erogaciones en concepto de medicamentos durante los últimos 36 meses, en tanto, las estadísticas analizadas corresponden al año 2021. No se indican motivos y consecuencias del cambio de período a analizar.

#### **Respuesta:**

El análisis en medicamentos fue realizado sobre el año 2021 debido a que, si bien se requirió en varias oportunidades una base con los últimos 36 meses, la información aportada por la CSS fue únicamente para ese período.

No obstante, la base sobre la que se trabajó presentaba un alto nivel de detalle lo que permitió ampliar el estudio en este ítem y a su vez resultaba información actualizada.

Cabe destacar que los años 2019 y 2020, si bien servirían de base para estudiar el comportamiento en este concepto, podrían generar distorsiones toda vez que los mismos fueron fuertemente afectados por la pandemia COVID 19.

Por último, cabe destacar que las autoridades provinciales se comprometieron a entregar la información faltante de este informe en el siguiente informe parcial con el fin de cumplimentar la información requerida. Esta demora se originó por la situación excepcional que transito la Caja de Servicios Sociales durante estos últimos meses donde se efectivizaron las autoridades definitivas del organismo, finalizando la intervención del mismo.

- Se señala en el informe la carencia de información en materia de medicamentos comprados por la Caja en hospitales y en CABA (41% faltante) (página 14) así como de “contrato modelo droguerías o proveedores de medicamentos de la Caja ni las formas de pago y/o plazo de pago con la que se le paga a alas droguerías y/o proveedores de medicamentos”. (Página 15)

**Respuesta:**

Si bien se requirió en diversas oportunidades la información, la misma no fue aportada por la CSS. No obstante, si bien hubiese sumado antecedentes al diagnóstico, con la base aportada conteniendo un alto grado de detalle, fue posible identificar el funcionamiento y distribución de proveedores y droguerías con alto impacto en el presupuesto de la CSS.

Asímismo de los datos e información aportada por la CSS se infiere en su análisis, tal como se expuso en informe de referencia, que las distorsiones registradas entre los consumos de medicamentos por parte de los afiliados y las de prescripción a estos por parte de los médicos, como así también las formas de realizar las compras de los mismos, los controles y seguimientos de sus consumos; y consecuente reposición son lo suficientemente representativas como para ratificar las conclusiones a las cuales se ha arribado el presente informe sin necesidad de ampliar los periodos de información analizada.

Aun así, las autoridades provinciales se comprometieron a entregar la información restante en la próxima visita que los consultores realizarán en la 1ra quincena de Octubre 2022 dada la confidencialidad de los contratos respectivos.

- Los encabezados de la mayoría de las tablas incluidas están desfasados.

**Respuesta:**

El inconveniente surgió en la edición del documento. Se toma debida nota a efectos de su corrección en los informes posteriores.



- Indicar por favor a qué refieren con el “Tablero de control ejecutivo” (primer párrafo página 38).

**Respuesta:**

El tablero de control ejecutivo resulta en la presentación únicamente de los indicadores que, considerados en el tablero de control general, han presentado desvíos fuera de los estándares establecidos, durante el período que se presenta.

- Respecto de los productos o soluciones a aportar por el proyecto para que la Caja cuente con los procedimientos de gestión, control y auditoría que estaría necesitando, se requiere su elaboración precisa ya que se comprometió también la implementación. Constituirán asimismo el material de manuales para coadyuvar a quienes habrán de servirse de ellos para la gestión.

**Respuesta:**

En tal sentido, tal como se menciona en el presente informe, se ha propuesto diseñar e implementar un Sistema de Información Gerencial o Tablero de Control en base a indicadores de gestión con el objeto de garantizar a nivel institucional dicha información de gestión. A tales fines se detalla, como uno de los elementos centrales para constitución del Tablero de Control, el “Proceso de Seguimiento” el cual implica el desarrollo de informes periódicos de seguimiento elaborados por cada una de las principales áreas de la obra social las cuales expondrán los resultados de sus principales variables de gestión.

Dicho Proceso de Seguimiento de resultados se articulará con un Tablero de Indicados el cual podrá ser utilizado por los directivos de la CSS como herramienta para la toma de decisiones integrando un Resumen Ejecutivo el cual le permita a las autoridades contar con un sistema de información y seguimiento constante de las principales variables indicativas de la evolución de la gestión.

Asimismo, se propone la elaboración y publicación de un Boletín Estadístico Mensual que permita a dichas autoridades analizar en forma periódica la evolución de las variables más representativas – afiliados, prestaciones, ingresos, gastos, etc- relacionadas a la gestión de la CSS.

**1,4. Diseño de Procedimientos de gestión y Sistema de seguimiento y control de las derivaciones con sus respectivos Manuales. No se incluyó avance de esta tarea - a un mes de ser completada según cronograma.**

**Respuesta:**

## **Proceso de gestión integral de las derivaciones**

### **Diagnóstico de situación**

#### **1. Actividades**

Con el objetivo de presentar un diagnóstico de situación acerca del proceso de derivaciones para la población afiliada a la Obra Social de la Caja de Seguridad Social de la Provincia (CSS) se realizaron múltiples actividades con el personal de la Gerencia de prestaciones, directivos de la CSS y consultores de la UNTREF.

Se resumen de la siguiente manera:

- Cuestionarios dirigidos sobre el funcionamiento general del proceso de derivaciones.
- Reuniones con personal de la Gerencia prestacional y directivos, a fin de conocer e interiorizarnos sobre los procedimientos que se aplican ante la generación de solicitud de las derivaciones.
- Análisis y relevamiento de información de los procesos de gestión de prestadores, autorizaciones, traslados, estrategias de aplicación, registros estadísticos, entre otros.
- Reunión presencial en la Obra Social de la Provincia de Santa Cruz.
- Reuniones presenciales en la Casa de Santa Cruz de CABA.

Del análisis del relevamiento surgen algunos puntos relevantes como:

-Proceso integral de derivación centralizado en Santa Cruz, con desarticulación del proceso en el lugar de origen, entre Casa Central y delegaciones provinciales.

-CABA y otros lugares no tienen información anticipada para resolver los inconvenientes con antelación.

-Carencia de un Software integral de todas las delegaciones que permita evaluar la trazabilidad de los trámites y hacer un seguimiento. La red comunicacional es heterogénea entre los distintos actores para el seguimiento de las derivaciones. Se utilizan distintos medios sin contar con un registro unificado, celular, chat, correo electrónico, presencia física. La organización se observa muy segmentada con falta de capacitación y motivación. De este diagnóstico surge la necesidad de un desarrollo del manual del proceso con una mirada sistémica, integrada de manera que los beneficiarios que reciban el servicio lo vivencien como óptimo y adecuado a sus necesidades.

Respecto del manual se realizaron múltiples reuniones entre representantes de la gerencia de prestaciones y consultores de la UNTREF con el fin de facilitar el

acceso oportuno a los afiliados de la CSS con las prestaciones de salud que requieran, derivaciones de emergencia o programadas.

El procedimiento general está consensuado y se están terminando de ajustar más ítems sobre algunos puntos de derivación programada.

En las reuniones han participado profesionales de la UNTREF con el objetivo de trabajar en la preparación de los recursos pedagógicos.

El manual de procedimientos estará finalizado en los próximos días y en simultáneo se están elaborando los materiales didácticos para comenzar próximamente la capacitación del personal profesional, técnico y administrativo que interviene en todas las delegaciones en este proceso.

A continuación se presenta la estructura del **manual de procedimiento** de derivaciones.

1. Objetivo
  2. Alcance y ámbito de aplicación
  3. Directrices generales
  4. Derivación de emergencia
  5. Derivación programada
  6. Contrarreferencia
  7. Estrategias de aplicación
  8. Indicadores de gestión
  9. Responsabilidades de la gestión de red
  10. Descripción del proceso
  11. Glosario de términos y abreviaturas
  12. Funciones o roles
  14. Anexos
- I. Normas generales de trabajo
  - II. Subproceso de derivación de emergencia
  - III. Subproceso de derivación programada

**1,5, Diseño de Procedimientos y protocolos para la gestión de enfermedades de alta complejidad. No se incluyó avance de esta tarea - a un mes de ser completada según cronograma.**

**Respuesta:**

El documento consta de 3 anexos con las normas de preautorización de auditoría, sus indicaciones, contraindicaciones y la documentación requerida para valorar el riesgo de los procedimientos y de la documentación necesaria para las auditorías

pre, post y de facturación de los siguientes Anexos del Manual de Normas Enfermedades de Alerta Complejidad.

## **ANEXO I.**

### **INDICACIONES DEL PROCEDIMIENTO ORIENTADOR PARA AUDITORIA MÉDICA.**

Ejemplo:

- Fundamento diagnóstico/Imagen/laboratorio demostrativos del diagnóstico:
- Ecografía Abdominal
- Ecodoppler
- TAC abdomen, TAC Helicoidal, TAC multicorte.
- RMN, Angioresonancia.
- Determinaciones de laboratorio

Condicionantes anatómicos para el tratamiento:

- Cuellos proximales: iguales o menores a 32 mm de diámetro y al menos 10 mm de longitud.
- Angulación de la aorta a nivel del cuello proximal: menor a 60 grados.

### **ENFERMEDADES DE ALTA COMPLEJIDAD (CATASTROFICAS) INCLUYENDO ENFERMEDADES RARAS (Rare Disease).**

Se incluyen 47 enfermedades estructuradas en fundamento diagnóstico/Imagen/laboratorio, fundamento terapéutico, documentación a presentar ante auditoria médica, condiciones a reunir para la facturación.

- Diámetros de las arterias
- La presencia de aneurisma ilíaco, no contraindica.

Fundamento Terapéutico

- Pacientes con alto riesgo quirúrgico
- Fundamento diagnóstico: Imagen que confirma del aneurisma:
- Ecografía Abdominal.
- Ecodoppler.
- TAC abdomen, TAC Helicoidal, TAC multicorte.
- RMN ,
- Angioresonancia.

Documentación médica a presentar a la auditoría médica:

- Estudios complementarios que avalen los parámetros solicitados: (ecografías - ecodoppler - tomografía - resonancia – angi resonancia).
- Con firma y sello del profesional interviniente.
- Prescripción de la prótesis /insumo firmada y sellada por el médico tratante.
- Consentimiento informado.

Condiciones a reunir para la facturación. Deberá presentar:

- Comprobante de implante de la prótesis/insumo
- Protocolo del procedimiento.
- Mortalidad dentro de los 30 días.
- Tiempo de sobrevida. Capacidad funcional y/o calidad de vida Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria).
- De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados).
- Complicaciones peri procedimiento, Insuficiencia renal Infecciones, Obstructivos, Estenóticos, Aneurismáticos, Deformativos, Congénitos.
- Tratamiento Endovascular Periferico por procedimientos Hemodinámicos, insumos (Endoprotesis Autoexpandibles, Expandibles con Balón, o Cubiertos/No cubiertos etc).

## **ANEXO II.**

### **NORMATIVA DE AUDITORIA PARA COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE ENFERMEDADES DE ALTA COMPLEJIDAD (CATASTROFICAS)**

#### **DROGAS INCLUIDAS EN COBERTURA 194.**

Fundamento terapéutico: Indicación pacientes adultos para el tratamiento de artritis reumatoide activa, moderada a grave, en combinación con metotrexato, que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), los cuales pueden incluir también uno o más tratamientos con inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF: infliximab, etanercept, adalimumab).

Fundamento para Cobertura:

Documentación médica específica:

2.5.1. Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza.

2.5.2. Laboratorio inmunológico.

2.5.3. Tratamientos previos efectuados detallando drogas/tiempo, dosis y asociaciones utilizadas.

2.5.4. Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.

2.5.5. Deberá presentarse la fundamentación médica correspondiente del medicamento sobre el cual se solicita Cobertura, con detalle de dosis utilizada, tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista.

Consentimiento informado.

### **ANEXO III**

#### **LISTADO DE ENFERMEDADES ALTA COMPLEJIDAD (CATASTROFICAS) Y SUS PROCEDIMIENTOS E INSUMOS DE ALTO COSTO CON PREVALENCIAS E INCIDENCIAS.**

**1,6, Diseño de auditorías técnicas médicas y capacitación. Segunda Opinión.** Se requiere avance según cronograma.

#### **Respuesta:**

De acuerdo con algunos criterios, se considera la **segunda opinión médica** como una segunda consulta, mediante la cual se obtiene la opinión de un segundo médico, sobre un problema diagnóstico o terapéutico, que había sido previamente presentado a la atención de otro facultativo.

Este es un recurso directamente relacionado con la mayor disposición de información, la vigencia de los derechos del paciente y que sigue siendo motivo de fricciones en muchos casos.

Si partimos del juramento hipocrático presente y vigente, aun antes de la aparición de la bioética como tal propuesta por Potter hace más de 30 años ya se

hacia referencia en uno de sus enunciados a un punto fundamental: *“Aplicaré mis prescripciones para el bien de los enfermos, según mis posibilidades y mi criterio, y nunca para agravar o perjudicar a nadie”*. Esta consideración también es válida para aplicarse a las relaciones profesionales con otros colegas, cuando surja una condición de la segunda opinión.

Los expertos señalan que el derecho a la segunda opinión aumenta la calidad, la confianza, la credibilidad del afiliado, disminuye la ansiedad y preocupación y aumenta la transparencia del sistema sanitario.

Se está trabajando en distintos aspectos del proceso a puntualizar:

- Puede ser gestada por iniciativa del médico, del propio afiliado o de terceros.
- Suele tener por objeto aclarar dudas sobre el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación propuestas, buscando su confirmación o la búsqueda de otras alternativas.
- Debe atender y privilegiar a los motivos médico-científicos y no a aspectos triviales derivados de la relación médico-paciente, lo que puede implicar reacciones subjetivas que potencialmente pueden tomar un curso diferente si el manejo de la información no resulta apropiada y se dan fallas en la comunicación.
- La consulta puede tener carácter presencial, o por telemedicina (interconsultas vía Internet) y limitarse a la opinión acerca de un resultado o examen de forma directa o virtual, cubriendo los lineamientos de formalidad para una interconsulta médica.
- No puede considerarse una segunda opinión médica a la que promovida por el médico, el paciente o terceros, se sustenta en la conversación informal, con información parcial y sin referencia específica de los datos personales de un paciente y su caso particular.
- La segunda opinión médica se encuentra sustentada en el derecho del paciente y debe considerarse como una ventaja y no como una ofensa o pérdida de confianza.
- La CSS a través de sus prestadores ofrecen el servicio al médico tratante del afiliado, respetando la referencia del caso y sin conflictos de interés o dicotomías que contaminen esta relación, que busca la mejor alternativa para un caso clínico en particular.
- Se recomienda tener toda la información relevante y pertinente de su caso y contar con la anuencia del afiliado. Contar con el resumen clínico por su médico tratante, todos los exámenes realizados y la información considerada como básica y relevante.

- Deben otorgarse todas las facilidades para que se proceda, dentro de un marco de referencia científico, bioético y de respeto a todas las partes involucradas.

- Las prácticas de la segunda opinión médica revelarán de ordinario una concordancia y congruencia entre las propuestas del primer consultor y el segundo. En todo caso las diferencias técnicas, dependerán de la experiencia en particular de quien emita su opinión, sin descalificar otras alternativas validadas para ello. En todo momento debe prevalecer el proceder de acuerdo a las normas éticas vigentes y el respeto.

- Deber ser considerada como una estrategia sana en la búsqueda razonada de alternativas científicamente validadas para las propuestas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación de casos específicos.

- Todos los datos vertidos y generados a partir de una segunda opinión médica deberán atender a los criterios éticos y legales pertinentes de expediente clínico.

- En todo caso deberá procurarse siempre en un ambiente de respeto, de consenso, libre de conflictos de interés y dicotomías sin repercutir en la calidad de la atención otorgada al paciente.

Respecto de la red prestacional, se está avanzando en la definición de profesionales y expertos y en qué condiciones deberían hacer el dictamen de segunda opinión.

Se está trabajando en opciones para establecer el canal de comunicación de manera que el primer facultativo conozca la segunda opinión y contemplar incentivos para los profesionales a quienes se solicita la segunda opinión.

Los criterios de inclusión a considerar en esta etapa serían:

- Que el paciente se haya sometido a un tratamiento, pero sus síntomas persistan en el tiempo, es un claro indicativo de la necesidad de obtener una segunda opinión médica.
- Cáncer, a través de la segunda opinión podría mejorar la probabilidad de obtener el mejor plan de tratamiento posible.
- Enfermedades raras, teniendo en cuenta que muchas de ellas todavía no han sido lo suficientemente investigadas y esto hace que su diagnóstico sea ambiguo se deben buscar médicos y especialistas que conozcan bien la materia y hayan investigado sobre ella.



- El tratamiento es arriesgado o invasivo, puede ser una opción si el tratamiento propuesto por un profesional de la salud es arriesgado, implica cirugía, es invasivo o puede crear secuelas de por vida en el organismo.

En cuanto a las recomendaciones sobre la teleconsulta, el Ministerio de Salud a través de la Secretaría de Gobierno de Salud aprobó la Estrategia Nacional de Salud Digital mediante Resolución 2018-189-APN-SGS#MSYDS, la cual contempla dentro de sus objetivos la implementación de redes de telesalud que permitan la atención a distancia del paciente y las consultas de segunda opinión, mejorando la accesibilidad, evitando traslados y compensando las diferencias regionales de especialidades y recursos.

En el informe presentaremos recomendaciones, acerca de cómo desarrollar una teleconsulta sincrónica entre un profesional de la salud y un paciente, de manera segura, eficiente, ética y centrada en el paciente. Una teleconsulta hace referencia a la comunicación a distancia entre dos o más integrantes del equipo de salud (a menudo entre médicos de cabecera y especialistas), utilizando las tecnologías de la información y comunicación. La teleconsulta hace referencia a la forma de comunicación que sucede en tiempo real, habitualmente con transmisión de audio y video de manera simultánea (ej. videoconferencia), entre un sitio de origen y un sitio de destino.

Paralelamente se preparan los recursos pedagógicos para la capacitación destinado todo el equipo de salud involucrado en el proceso.

## **Información complementaria sobre Producto 2:**

### **Desarrollo de un Plan de Comunicación para mejorar la relación con los afiliados**

---

#### **2. Desarrollo de un Plan Comunicacional para mejorar la relación con los afiliados**

##### **2,2, Diagnóstico de la comunicación con la comunidad (completa)**

Habría que adjuntar los formularios con las respuestas escaneadas en la medida de lo posible: si estuvieren identificados los entrevistados entregarlas por separado como información complementaria que no forme parte del informe para preservar la identidad y, eventualmente, algunas referencias negativas respecto de los servicios.

Especificar grado de representatividad de las muestras de respuestas a las encuestas tanto interna como a afiliados para la elaboración de los productos a obtener con el proyecto.

#### **Respuesta:**

Se anexan los formularios en PDF con las respuestas escaneadas.  
Aclaración: las encuestas son anónimas.

#### **Ver documentos anexos:**

- Cuestionario para afiliados - Google Forms - 22.09.22 (PDF)
- Cuestionario Interno CSS - Formularios de Google 22.09.22 – (PDF)

A continuación se profundizan temas relacionados con la representatividad de las metas y el grado de confianza.

#### **Diseño metodológico de la encuesta online**

Los criterios detallados seguidamente, se tomaron en cuenta para el diseño metodológico de la encuesta enviada a los afiliados y la encuesta enviada a los empleados de atención al público.

-Población:

Se refiere a población como un conjunto definido, limitado y accesible del universo que forma el referente para la elección de la muestra. Es el grupo al que se intenta generalizar los resultados del estudio. Comprende todos los elementos que presentan características comunes que se definen a través de criterios establecidos para el estudio, siendo en este caso afiliados y personal de atención al público de la CCS.

-Tamaño (nivel de confianza)

Según indica la teoría metodológica, el tamaño de una muestra para poblaciones mayores a 100.000 es la obtención del número 385 (aplica a poblaciones de 500.000, 5.000.000, etc.) Se considera que es el número que llega a la saturación de recolección de variables posibles que aporta resultados altamente confiables.

El número 385 se obtiene al considerar, para un nivel confianza de 95%, la desviación media de 1.96, y un margen de error de 5%, mediante el siguiente cálculo:

$$n = (1.96^2 \cdot .96 \cdot 0.5 \cdot 0.5) / (0.05^2) = 0.9604 / 0.0025 = 384.16$$

Como resultado, obtenemos que con una muestra aleatoria de 385 individuos se pueden alcanzar resultados con una alta precisión para el nivel de confianza y el margen de error previamente establecido. Esto aplica sin importar el tamaño de la población.

En el presente caso se toma como población A a los afiliados de la CSS y población B a los empleados de atención al público de la CSS:

- Tamaño total población afiliados (A) 127.6751<sup>2</sup>, tamaño total población empleados (B) 205.

---

<sup>1</sup> ref. Datos detallados en II Informe presentado por el área económico-financiero

<sup>2</sup> Se utilizó la calculadora de tamaño y margen de error de QuestionPro para corroborar el tamaño de la muestra en la aplicación de las encuestas.

- Tamaño representativo población A 385; tamaño representativo población B 135

- A la fecha de corte del presente informe y análisis (25/07/2022 al 02/08/2022) se recolectaron 163 respuestas de afiliados y 35 respuestas del personal de atención al público de la CSS.

- A la fecha 22/09/2022 las respuestas contabilizan 246 para segmento afiliados y 66 de empleados de atención al público, el análisis de dichas respuestas será contemplado dentro del próximo informe aguardando alcanzar el número recomendado para cada elemento muestral.

#### -Muestra

Es una colección de individuos extraídos de la población a partir de un procedimiento específico para su estudio o medición directa. Una muestra es una fracción o segmento de una totalidad que constituye la población. La muestra es una réplica en menor escala de la población.

#### -Muestra representativa

Una muestra representativa es una pequeña cantidad, parte o subconjunto que posee las mismas propiedades que la población mayor de la que es representante.

Una muestra representativa refleja, con la mayor precisión posible, a los grupos mayores.

Se considera que la muestra de la presente investigación es representativa ya que los instrumentos se enviaron por medios oficiales de comunicación de la CSS tanto a afiliados como a empleados de atención al público por lo que se considera que los resultados representan la opinión de ambos grupos mayores propios de la CSS.

#### -Técnica de muestreo no probabilístico, tipo casual o incidental.

La muestra está conformada por sujetos fácilmente accesibles y presentes en un lugar determinado, y en un momento preciso. Los sujetos se incluyen en el estudio a medida que se presentan hasta que la muestra alcance el tamaño deseado.

El muestreo casual o incidental es un método que permite conocer de manera rápida algunos aspectos relevantes sobre los usuarios utilizando a las personas que

se encuentran disponibles en un momento dado. Es una forma de muestreo no probabilístico que consiste en tomar una muestra de la población que está disponible y al alcance, en lugar de determinarla y obtenerla a través de un cálculo.

Este método de muestreo permite recoger opiniones, sugerencias, críticas y comentarios de forma fácil y rápida. Es recomendado cuando las poblaciones no pueden ser medidas o en casos de primeras aproximaciones investigativas, como es el presente, siendo que se trata del primer caso de investigación de este estilo dentro de la CSS.

Este método toma muestras de personas que son fuentes de datos accesibles para los investigadores. La muestra casual incluye personas que están al alcance en el momento y proximidad del investigador, en este caso mediante canales digitales oficiales utilizados por la población investigada.

El muestreo casual proporciona datos desde la perspectiva de la audiencia sobre la imagen y la reputación de la institución y obtener opiniones sobre productos/servicios y proyectos. Este tipo de método muestral es conveniente cuando se quiere tener una idea de cuál es la opinión de la gente respecto a algún producto o tema de actualidad.

Se recurre al muestreo casual debido a que no siempre es posible reunir muestras de toda la población. Incluso puede llegar a ser el único método viable cuando no se puede conseguir o procesar una lista de encuestados o población grande.

Generalmente este tipo de muestreo es acompañado por una muestra no representativa por no poder identificarse claramente a la población encuestada, en cambio, en este caso si se identifica a la población (contemplando el margen de error correspondiente) indicando que la muestra es representativa debido a la forma implementación del instrumento de medición utilizando canales oficiales de la CSS tanto con afiliados como a empleados para su difusión.

El muestreo casual:

- Proporciona resultados rápidamente

Es conveniente cuando el tiempo es limitado y se necesitan recoger datos rápidamente. El factor de simplicidad de este muestreo no probabilístico lo convierte en un procedimiento rápido y fácil, a diferencia de otros muestreos no probabilísticos.

- Facilidad de aplicación

Los encuestados son elementos que se presentan de forma accesible en tiempo y espacio determinado por lo que resultan accesibles para el investigador y la recolección de datos.

- Proporciona información de valor para la institución.

Es útil para obtener resultados orientativos sobre la opinión, imagen, satisfacción lo que aporta información para la toma de decisiones a la hora de impulsar una estrategia institucional.

**2.3. Desarrollo de una estrategia de Comunicación Integral.** No se incluyó avance de esta tarea.

Tener en cuenta que, respecto de los productos o soluciones a aportar por el proyecto para que la Caja cuente con las estrategias de comunicación a implementar según lo que estaría necesitando, se requiere su elaboración precisa además de las recomendaciones en función del diagnóstico a partir de las encuestas realizadas.

**Respuesta:**

**Propuestas de mejora**

**Propuesta de comunicación externa**

Se recomienda aplicar campañas de comunicación digital dirigidas al segmento etario menor a 27 años, acompañadas de campañas de comunicación físicas que indiquen a segmentos etarios mayores cómo solicitar la ayuda de sus familiares/amigos/vecinos de natividad digital. De esta forma construir un puente comunicativo entre ambos extremos y facilitar el proceso de digitalización pretendido.

La participación de un amplio porcentaje de público femenino, demuestra su atención y compromiso, esta cuestión podría potenciarse sumando a la estrategia campañas y/o pautas de comunicación enfocadas en las problemáticas afines a este público atendiendo estratégicamente tono y discurso de las mismas. Actualmente se observa que las campañas de comunicación son generales, se recomienda continuar con esta estrategia y a su vez, sumar segmentos por nicho con pautas comunicativas concretas para cada sector.

Respecto de la afluencia de visitas presenciales que reciben las delegaciones, se recomienda utilizar proactivamente el espacio físico de las mismas para aplicar pautas de comunicación físicas y digitales (cartelera, pantallas informativas), como así asignar personal que colabore con los tres grandes objetivos comunicacionales brindando: información, capacitación y educación a los afiliados en las temáticas digitales necesarias: uso y beneficios de la web, canales de contacto, dudas y consultas en general.

En este punto de gran afluencia física, establecer estrategias de comunicación en las sedes físicas acompañan a la inducción de los afiliados sobre el uso de los canales digitales y medios de contacto a distancia generando un doble beneficio: reducir paulatinamente la afluencia presencial en sedes y comenzar con la inducción hacia los medios digitales.

Esta afluencia también puede utilizarse para optimizar bases de datos (emails, teléfonos) que posteriormente sean utilizadas para envíos de información y campañas de comunicación sobre temáticas necesarias; lanzamiento, uso, beneficios, tutoriales y dudas sobre los nuevos canales (app, web como sitio informativo, números de WhatsApp), etc.

Este tipo de estrategia permite inducir a los afiliados hacia el uso amigable de los canales digitales como fuente de información y contacto aplicando una estrategia de "migración" del flujo de las comunicaciones.

En relación a la usabilidad de los canales digitales se recomienda una reestructuración de la preponderancia de la información. Rediseñar la estructura informativa en base a la teoría de "experiencia de usuario", otorgando una ruta de información que brinde los datos que los afiliados necesitan en orden de importancia de uso.

Vale remarcar la importancia de mantener actualizada esta información incluyendo elementos que permitan copiar, linkear, redireccionar, usar links de acceso directo o posibilidad de "copiar y pegar" en el caso de teléfonos, frente a la opción actual que requiere copiado manual ya que la información se sube en formato JPG.

En conclusión, se recomienda una reestructuración del orden de la información y el formato en que es compartida bajo el objetivo de facilitar su uso a los afiliados y establecer un protocolo de actualización de la información.

### **Propuesta de comunicación interna**

En cuanto a canales de comunicación más utilizados por los empleados para la atención de los afiliados es también en primer lugar la presencialidad y WhatsApp y, en segundo lugar, emails. Por lo que se recomienda establecer una estrategia y

ruteo claro y oficial de estos canales (whatsapp y emails) donde, en el informe preliminar, se observó una proporción de uso informal de los mismos.

Con respecto a los trámites más atendidos, el primer lugar, con la mayoría de los votos, se coloca derivaciones, en la misma línea, la mayor tasa de conflicto se corresponde con este trámite con la tasa de conflicto más elevada y en marcada diferenciación (80% derivaciones vs. 34.3% de auditoría médica que le sigue en porcentaje). Se recomienda, en caso que sea necesario segmentar el trabajo en períodos temporales y asignar prioridades de trabajo para crear métodos de comunicación efectivos en atención y resolución de problemáticas (manuales de atención, capacitación y desarrollo de herramientas necesarias) por área de incidencia.

### **Propuesta bidireccional**

Con respecto a la percepción de calidad por parte de los afiliados, se considera que poseer una imagen general positiva cercana al 40% es un punto positivo a resaltar. En relación a la tasa de "percepción de calidad" de la CSS de los afiliados, según la percepción de los empleados y en comparación con los resultados de la encuesta a afiliados, los empleados consideran que los afiliados perciben a la CSS de una forma más negativa que lo que ellos opinan. La tasa de neutralidad en este caso es mayoritaria.

Se recomienda realizar un trabajo bidireccional: por un lado inmersivo sobre la cultura y percepción interna de la institución para convertir la mayoría neutra en primera instancia, y el porcentaje negativo, en positividad proactiva que sea emitida desde la CSS y repercuta en la atención al afiliado y ambiente laboral general y, la aplicación de las recomendaciones realizadas colaborarán en lograr un objetivo de convertibilidad del porcentaje neutral de los afiliados hacia un incremento del porcentaje positivo proyectando superar el 50% de imagen positiva.

La descripción de las propuestas de mejora enunciadas en este apartado será incluida dentro de la propuesta de Plan de Comunicación contenido en el siguiente informe.



**Información complementaria sobre Producto 3:  
Programa de Capacitación destinado al personal de la Institución**

---

**3. Capacitación del personal de la institución**

**3.1. En el uso de manuales de procedimientos para el seguimiento y control de las derivaciones.**

**3.1.1. Reuniones con la Gerencia de Prestaciones y Gerencia Operativa.**

• Indicar si se pospuso pues no se informa al respecto y es tarea a completar en esta entrega según cronograma

**Respuesta:**

Con el fin de avanzar en la organización de la capacitación sobre el uso del manual de procedimientos para el seguimiento y control de las derivaciones, se mantuvo la siguiente reunión, con los siguientes resultados:

**Minuta reunión**

**Fecha: martes 20/09/2022- modalidad virtual-**

**Participantes:**

**Por la CSS:**

- Sr. Néstor Márquez (Gerente de asistencia al afiliado y responsable del sector derivaciones)

**Por UNTREF:**

- Dra Sonia Gaviola (Consultora UNTREF)
- Prof. Susana Diosquez (Consultora UNTREF)
- Arq. Fabiana Di Santo (Consultora UNTREF)
- Dr. Carlos Farcy (Consultor UNTREF)
- Dr. Oscar Bater (Consultor UNTREF)

### **Temas tratados en la reunión:**

- ⇒ **Presentación avances sobre el procedimiento del seguimiento y control de derivaciones.**
- ⇒ **Gestión de enfermedades de alta complejidad**
- ⇒ **Segunda opinión.**
- ⇒ **Capacitación sobre en el uso del Manual procedimiento de seguimiento y control de derivaciones.**

### **Objetivos:**

- Consensuar los ajustes del renovado Procedimiento para el seguimiento y control de las derivaciones.
- Comunicar los avances sobre la estrategia metodológica definida por el equipo para las acciones de capacitación del Programa.
- Organizar el inicio del curso sobre el uso del Manual de seguimiento y control de derivaciones.
- Gestión de enfermedades de alta complejidad.
- Segunda opinión.

En la reunión el Sr. Néstor Márquez nos comunica acerca de cambio del organigrama en la CSS, quedando él a cargo de la Gerencia de Asistencia al Afiliado y responsable del sector de derivaciones.

Luego de las presentaciones correspondientes, la Dra. Gaviola comenta los ítems del procedimiento donde se han efectuado ajustes en el procedimiento de seguimiento y control de derivaciones. Se llega a un consenso.

A continuación el Dr. Carlos Farcy presenta el diseño de los protocolos para la gestión de enfermedades de alta complejidad.

Posteriormente, el Dr. Oscar Bater comenta los avances respecto al procedimiento de 2da opinión médica. El Dr Carlos Farcy aporta también aspectos relacionados a dicho procedimiento. Se plantean las necesidades informáticas para terminar de definir las posibilidades de aplicación de la propuesta: creación de un correo institucional por gerencia. Se acuerda continuar avanzando en la definición del procedimiento.

Seguidamente, la Arq. Di Santo explicó el abordaje previsto para el primer curso del Programa y consultó la cantidad de destinatarios que se estiman para el

mismo y otros aspectos relacionados en cuanto a disponibilidad de tiempos, horarios etc.

El Dr. Néstor Márquez menciona que estima 11 personas destinatarias de este primer curso y comenta los posibles horarios para la realización del mismo (queda a definir).

La Arq. Di Santo amplia sobre la modalidad y los recursos previstos (modalidad virtual por medio de la plataforma UNTREF Virtual, uso de PPT, etc.). Ver anexos PPT. La Prof. Susana Diosquez también aporta aspectos relacionados al método pedagógico que será usado en las capacitaciones. El Dr. Néstor Márquez comenta estar de acuerdo. Se establece avanzar en la organización y lanzamiento del primer curso sobre uso del manual de seguimiento y control de las derivaciones.

### **3.1.2. Preparación de recursos pedagógicos teoría no se entregan los materiales**

- Esta tarea se preveía completa según cronograma y remite a la preparación de recursos pedagógicos para la capacitación en el uso de manuales de procedimientos para el seguimiento y control de las derivaciones. No se agregó en el informe.

### **Respuesta:**

Se adjuntan los recursos pedagógicos para la capacitación en el uso de manuales de procedimientos para el seguimiento y control de derivaciones. (Ver Anexo 3.2. Presentación sobre el Manual Procedimiento de Seguimiento y control de las derivaciones y anexo en PDF (documento aparte) el manual del procedimiento para seguimiento y control de las derivaciones)

### **3.1.3. Apoyo en la articulación metodología de enseñanza-aprendizaje. -Faltó avance-**

### **Respuesta:**

En las reuniones mantenidas con los referentes de los sectores destinatarios de las capacitaciones se presentó la plataforma UNTREF, recursos disponibles para el uso de la misma brindándose, de esta forma, apoyo para facilitar la articulación metodológica de enseñanza – aprendizaje.

Algunos recursos facilitados a la fecha del II informe presentado al CFI:

- <https://youtu.be/SyZpYp7P2Ws>
- Manual del alumno UNTREF virtual
- Tutorial acceso al campus UNTREF virtual
- Presentación recursos plataforma UNTREF Virtual (ver anexo

3.1)

### **3.2. En la utilización del manual de procedimiento en segunda opinión médica**

#### **3.2.1. Reuniones con responsables de auditoría médica**

Se agrega minuta.

### **Respuestas:**

#### **Minuta reunión**

**Fecha: 16 de marzo - modalidad virtual-**

**Participantes:**

**Por la CSS:**

- Luciana Vera. (Por la gerencia prestacional).

**Por UNTREF:**

- Dr. Carlos Torres. (Líder de proyecto UNTREF)
- Dra. Sonia Gaviola. (Consultora UNTREF)
- Dr. Carlos Farcy. (Consultor UNTREF)

- Arq.Fabiana Di Santo- (Consultora UNTREF)

De la misma surge:

Manejan actualmente unos 400 pacientes asistidos con la modalidad de derivación.

Disponen de Circuitos administrativo médicos de las Derivaciones aunque toda la organización carece de Información unificada y poco amigable. Carecen de reportes de la cuenta corriente por familia y tampoco codifican las patologías por código internacional.

El circuito se maneja de la siguiente manera, según nos informaron en la reunión:

El paciente solicita la derivación en la oficina central de CSS calle Ayacucho 60 con un certificado médico. (El origen de la exigencia puede tanto a solicitud del médico como por pedido del paciente incluso de la familia). Se eleva a la auditoria medica quien emite opinión resolviendo la autorización, en caso de ser autorizada positivamente, se entrega al beneficiario “el **Formulario de Derivación**” que deberá llenar el profesional solicitante, junto con otros **requisitos e historia clínica** para ser presentado en una segunda visita a la oficina central.

Al concurrir nuevamente a la oficina de Ayacucho 60 con el “**formulario de derivación**” confeccionado y la historia Clínica, la auditoria medica escanea la totalidad de la documentación aportada y personal administrativo la ingresa al sistema y le asigna un número de trámite. El beneficiario solo puede consultar la asignación del número de tramite online.

A partir de la asignación del número de trámite, el afiliado debe concurrir nuevamente a la oficina central para que la carpeta pase al sector de turnos .En la oficina central una vez autorizada la derivación el equipo de derivaciones se encarga de tramitar los turnos, horarios, reservas pasajes etc,, de acuerdo al motivo de la derivación.

Refieren que los turnos en los prestadores de CABA (Clínica Bazterrica por ejemplo) se toman en tiempo y lapso como si fueran pacientes “*domiciliados en CABA*” y tienen que aguardar largos periodos entre una y otra consulta o turnos de estudios y laboratorio teniendo que permanecer tiempos prolongados en CABA sin diagnóstico y sin acciones efectivas en función del motivo de la derivación médica. Es importante destacar que el equipo coordinador de CABA tampoco dispondría de información online ni participa del proceso hasta el momento en que el paciente llega a la Ciudad de Bs As.

Otra documentación que tramitan es el “*formulario de alta médica*”, el cual es utilizado entre otras cosas para tramitar el retorno a Santa Cruz.

Las derivaciones a CABA y Córdoba son lugares de considerable demanda de prestaciones oncológicas desde hace varios años, y a Comodoro Rivadavia para

oftalmología en el Centro Oftalmológico Altamira y para tratamientos de radioterapia.

Las derivaciones Intra provinciales de la zona Sur de la Provincia de Santa Cruz se derivan a Rio Gallegos calle Chacabuco 60 y los de la Zona Norte de la provincia a Caleta Olivia/Calafate.

Otra forma de prestación es con médicos especialistas que viajan periódicamente a Rio Gallegos asistiendo a los pacientes en el Hospital de Rio Gallegos. Son un Oncólogo, Neurólogo infantil, Endocrinólogo infantil, Endocrinólogo que asiste a adultos y a niños Neumólogo, Genetista, Nefrólogo infantil y Otorrinolaringólogo. Este último opera en Rio Gallegos en el hospital de la ciudad. Tienen la particularidad de “viajar una vez al mes por dos o tres días para el control de sus pacientes en evolución y en caso necesario indican el traslado de los pacientes a sus centros de referencia en caso de requerir tratamientos más complejos.

En Córdoba se realizan las modalidades de atención en tránsito (urgencias) derivaciones y evacuaciones sanitarias (generalmente en avión sanitario). En esta provincia las derivaciones se administran por medio de un acuerdo con la Obra Social GEA, asistiendo a los pacientes derivados desde la CSS con sus prestadores y facturando las prestaciones por prestación o previo presupuesto. Esta Social (GEA) también tiene a su cargo coordinación administrativa de los afiliados y la auditoria la realiza con sus propios auditores.

Para los pacientes que la CSS denomina en “tránsito” para urgencias disponen los servicios acordados.

Aparentemente carecen de contratos de Prestadores Preferenciales y contratos Priorizados para los pacientes derivados, de acuerdo a lo informado.

En la casa de Santa cruz de CABA; calle 25 de Mayo disponen de servicios de atención de los beneficiarios de C.S.S y auditores médicos propios, que una vez llegado el paciente con las reservas efectuadas por Rio Gallegos toma el caso y sin existir información previa se hace cargo de las prestaciones del paciente. El equipo de auditores gestiona internamente los casos sin conexión sistémica con la Central de Rio Gallegos. Ante la pregunta: ¿Los médicos auditores disponen de normas estandarizadas para autorizar o denegar de forma contrastable, entre casos derivaciones similares para evitar inconsistencias en las resoluciones? La respuesta es que los auditores resuelven “*aplicando el criterio médico*”, aunque esto era un tema controvertido y que provocaba en ocasiones conflictos.

En caso que los beneficiarios cambien de domicilio en la provincia de Bs As tienen acordado la cobertura de IOMA. Carecen de derivaciones a la Provincia de Bs As.

Finalmente, se plantea la necesidad de profundizar en una segunda reunión los aspectos factibles de ser mejorados en el proceso de derivaciones y se

menciona la necesidad de contar con un procedimiento adecuado que permita optimizar las actividades relacionadas a derivaciones médicas y, además, la oportunidad de capacitar a los agentes de la CSS de la Pcia de Santa Cruz en dicho Procedimiento renovado con una estrategia metodológica adecuada de capacitación acorde a las necesidades de la Institución.

### **3.3.1. Reuniones con responsables de auditoría médica**

- Indicar si se pospuso pues no se informa al respecto y es tarea a completar en esta entrega según cronograma.

#### **Respuesta:**

El ítem 3.3.1 corresponde a “Reuniones con responsables de atención a beneficiarios” (se efectuó y la minuta se entregó en el Anexo 3.2 del II informe de avance, igualmente se transcribe seguidamente).

Se agrega también la minuta sobre la última reunión mantenida donde se presentaron los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas a los beneficiarios de la CSS y a los empleados del sector Atención al beneficiario, donde se comentó también la estrategia metodológica para las acciones de capacitación.-

#### **Anexo 3.2 (del II informe de avance)- Minuta reunión con Gerencia de Auditoría Médica y de Atención al Público.**

##### **Minuta reunión jueves 04/08/2022**

##### **Participantes:**

##### **Por la CSS:**

- Sra Mirta Fernández (Gerencia de Auditoría Médica y Atención al Público)
- Sr. Montero (Veedor)
- Agentes de la CSS designados por la Sra. Mirta Fernández del sector operativo, afiliaciones, relaciones laborales, auditoría médica, otras.

### **Por UNTREF:**

- Dr. Carlos Torres (Coordinador del Departamento de Salud y Seguridad Social de la UNTREF - Coordinador del Programa de referencia)
- Dra Sonia Gaviola (Médica, especialista y docente del Programa de referencia)
- Prof. Susana Diosquez (Coordinadora de Programas del Departamento de Salud y Seguridad Social de la UNTREF – Docente del Programa de referencia)
- Arq. Fabiana Di Santo (Coordinadora del Departamento de Salud y Seguridad Social de la UNTREF – Docente del Programa de referencia)

### **Objetivos:**

- Avanzar en la organización de las capacitaciones previstas en el Programa de referencia.
- Compartir resultados del diagnóstico efectuado en el marco del Programa a la fecha.
- Relevar opiniones sobre la instancia de capacitación a partir del contacto con los referentes asignados por la CSS.

El Dr. Carlos Torres realizó una introducción dando lugar a la presentación de cada participante de la reunión.

Posteriormente, la Arq. Di Santo explicó las instancias de capacitación previstas en el Programa y además, comentó los resultados obtenidos a la fecha del diagnóstico efectuado en el marco del mismo Programa.

En el intercambio mantenido durante la reunión se confirmó la necesidad de avanzar en estos procesos de capacitación, dado que los agentes participantes expresaron la ausencia de estas actividades (de capacitación) dentro de la Organización. Al mismo tiempo, expresaron entusiasmo por las capacitaciones propuestas:

- Seguimiento y control de derivaciones.
- Procedimiento de segunda opinión.
- Atención del afiliado/beneficiario.

La Arq. Di Santo comentó que las mismas se llevarán a cabo bajo la modalidad virtual y que el objetivo general de las mismas es fortalecer la gestión de la Organización, unificar criterios, lograr una estrategia integral de gestión y



comunicación (interna y externa), ésta última, entre otras cosas, para mejorar la vinculación con los afiliados.

**Resultados:** Se propuso programar un nuevo encuentro por meet con la Sra Mirta Fernández (quien expresó durante la reunión ser la referente para avanzar en estos temas) para poder profundizar aspectos sobre la organización de las capacitaciones: modalidad operativa, funcionamiento de la plataforma de UNTREF Virtual, cantidad de personas que, estimas, participarán de las capacitaciones, perfil de las mismas, entre otros.

### **Minuta reunión / Presentación avances en el Programa de fortalecimiento de la CSS de la Pcia de Sta Cruz.**

**Minuta reunión jueves 11/08/2022**

**Participantes:**

**Por la CSS:**

- Dr. Fabio Vázquez (Interventor de la CSS)
- Dr. Daniela Ruiz (Coordinadora entre CFI y Gerencia CSS)

**Por UNTREF:**

- Dr. Carlos Torres (Líder de Proyecto UNTREF)
- Dra Sonia Gaviola (Consultora UNTREF)
- Prof Susana Diosquez (Consultora UNTREF)
- Arq Fabiana Di Santo (Consultora UNTREF)
- Dr. Diego Sánchez (Consultor UNTREF)
- Mg. Jimena López (Consultora UNTREF)
- Mg. Mariel Zanelli (Consultora UNTREF)
- Mg. Andrés Torres (Consultor UNTREF)
- Dr. Carlos Farcy (Consultor UNTREF)
- Dr. Oscar Bater (Consultor UNTREF)

**Objetivos:**

- Dar a conocer los avances del Programa en general.
- Compartir resultados de las encuestas aplicadas en el marco del Programa destinadas a los agentes de “Atención al beneficiario” y a los Beneficiarios de la CSS.
- Comunicar los avances sobre la estrategia metodológica definida por el equipo para las acciones de capacitación del Programa.

El Dr. Carlos Torres realizó una introducción dando lugar a la presentación de cada participante de la reunión.

Posteriormente, Mg. Mariel Zanelli comentó los resultados de las encuestas aplicadas tanto a los beneficiarios como al personal de la CSS de la Pcia de Santa Cruz, específicamente del sector Atención al Público.

Seguidamente, la Arq. Di Santo explicó las instancias de capacitación previstas en el Programa y además, comentó los avances consensuados por el equipo, relacionados a la definición de un marco de referencia metodológico para dichas acciones de capacitación previstas en el Programa.

Finalmente, el Dr. Diego Sánchez comentó los avances relacionados al análisis del gasto y las propuestas elaboradas por el equipo de Consultores.

## Anexo 3.1. Presentación plataforma UNTREF Virtual



## Plataforma UNTREFvirtual

Uso, recursos, familiarización con la plataforma.

### Objetivos

Que los participantes adquieran:

- conocimiento sobre acceso y uso de la plataforma,
- profundicen en los recursos disponibles en la misma para un mejor aprovechamiento de los cursos previstos en el Programa de fortalecimiento de la CSS de la Pcia de Sta Cruz,
- conozcan la dinámica metodológica de las cursadas a partir de interiorizarse en la plataforma y
- consulten dudas o dificultades que se les presentan en el acceso y/o uso de la plataforma para una rápida asesoría y resolución .

## PLATAFORMA UNTREF VIRTUAL

<https://campus.untrefvirtual.edu.ar/acceso.cgi>

## Recursos

## PLATAFORMA UNTREF VIRTUAL

The screenshot displays the UNTREF Virtual platform interface. At the top, there is a navigation bar with icons for Inicio, Mis datos, Búsqueda, Mesa de Ayuda, Secretaría, and Calendario académico. Below this, a banner reads "Bienvenido a la plataforma" and "UNTREF Virtual :: Universidad Nacional de Tres de Febrero".

The main content area features a sidebar on the left with a "SECCIONES" menu containing: Administración, Programar, Contenidos, Agenda, Calificaciones, Bibliotecas, Sitio, Foros, Vídeos, Chat, Contactos, and Correo electrónico.

The central text area displays the date "Hoy es 19 de septiembre del año 2022" and a "Bienvenidos!" message. Below this is the logo for "Caja de Servicios Sociales" from the "PROVINCIA DE SANTA CRUZ". The main heading is "Programa de fortalecimiento de la", followed by "Acceso a los cursos del Programa:" and a list of three items:

1. En el uso de manuales de procedimientos para el seguimiento y control de las derivaciones.
2. En la utilización del manual de procedimiento en segunda opinión médica.
3. En la atención al afiliado/beneficiario.

On the right side, there is a "Te encontrarás en el curso 1: Uso de Manuales de Procedimientos" section with a "Contenido del curso" list. Below that is a "Calendario de eventos" section with a calendar for the month of August.

## PLATAFORMA UNTREF VIRTUAL



**1 Sección de diseño y actualización del aula:**  
Permite cargar los recursos pedagógicos (sólo docentes)

**2 Sección de almacenamiento de información:**  
Acceso al Programa, contenidos, Unidades/módulos del Curso, recursos pedagógicos y de apoyo (guías y tutoriales para el alumno sobre el uso de la plataforma), actividades, links que complementan el material de la cursada, etc.

## PLATAFORMA UNTREF VIRTUAL



**3 Secciones de comunicación:**  
posibilitan el intercambio entre participantes y docentes/tutores.

También podés consultar el manual del alumno UNTREF virtual en: [https://materiales.untrefvirtual.edu.ar/tutorial/manual\\_del\\_alumno.pdf](https://materiales.untrefvirtual.edu.ar/tutorial/manual_del_alumno.pdf) y estar atento/a a las indicaciones que se brindarán en el módulo familiarización con el campus de UNTREF virtual

Te deseamos muy buena cursada!

Equipo de tutorías pedagógicas  
de Untref virtual

**Anexo 3.2. Presentación sobre el Manual Procedimiento de Seguimiento y control de las derivaciones.**



**CAPACITACION EN EL USO DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS DERIVACIONES**

**Objetivos**

Que los participantes adquieran:

- herramientas para mejorar el seguimiento y control de las derivaciones en la CSS de la Pcia de Sta Cruz,
- fortalezcan metodologías tanto en derivaciones programadas como en las de emergencia,
- conozcan la normativa de aplicación, y
- funciones, roles y responsabilidades en el proceso de seguimiento y control de las derivaciones.



## CAPACITACION EN EL USO DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS DERIVACIONES

### ORGANIZACIÓN

Modalidad	Duración	Material didáctico	Contenidos temáticos
Virtual A definir cantidad de destinatarios con la CSS	Actividades sincrónicas 12 horas y asincrónicas 12 horas. Total 24 hs  Se brindará durante cuatro meses, en grupos de trabajo con esquemas y horarios consensuados con las autoridades	Entre otros: presentaciones, material audiovisual, power point, videos y tutoriales- guías de consulta.	I. Significado de los MP. II. Principales contenidos III. Normas de procedimientos y gestión de las derivaciones IV. Acciones, responsables y descripción de tareas. Flujogramas. Evaluación de resultados

Cada clase (sincrónica y asincrónica) se estima en 2hs

## CAPACITACION EN EL USO DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS DERIVACIONES

### 1er Módulo

#### Significado de los manuales de procedimiento

#### Objetivos y alcance

## ALCANCE Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

### 2. a. Responsable del proceso

El responsable de este proceso es la Gerencia de Prestaciones.

### 2.b. Alcance

El proceso diagnóstico- terapéutico comienza y finaliza en las delegaciones de Río Gallegos y/o Caleta Olivia.

Su alcance se inicia con la solicitud de derivación, generada por el profesional médico a cargo del paciente de acuerdo con sus competencias y finaliza cuando se obtienen los resultados esperados para el diagnóstico o tratamiento del paciente.

El presente proceso de derivaciones es de ámbito nacional, de aplicación obligatoria para la Red de Prestadores que tiene convenio con la CSS.

## El tipo de derivación requerida se la puede establecer en:

- Emergencia: por demanda espontánea por una condición de emergencia que no pueda ser resuelta en el nivel local con las capacidades disponibles y pongan en riesgo la vida del paciente. La solicita y coordina el profesional a cargo del paciente y se tramita vía auditoría médica de la CSS, según condiciones de traslado y derivación al Centro de complejidad apropiado.

Las Urgencias son aquellas condiciones clínicas o quirúrgicas en la que la intervención médica puede diferirse según la evolución, sin poner en riesgo la vida de la víctima, pero requiere atención médica a la mayor brevedad una vez estabilizado el cuadro. También las tramita el Centro asistencial local en coordinación con Auditoría Médica CSS, según condiciones de traslado y derivación al Centro de complejidad apropiado.

- Programada: solicitada por el médico responsable del paciente para el apropiado diagnóstico o tratamiento en el ámbito nacional. Se tramita a Nivel Local con Auditoría Medica según condiciones de traslado y derivación al Centro de complejidad apropiado.
- Cualquier atención fuera de la provincia debe entenderse como excepcional y requiere la intervención de la Gerencia de Prestaciones, quien tiene las potestades e incumbencias pertinentes.

#### **DIRECTRICES GENERALES**

##### a. Causales para la derivación:

- Accesibilidad geográfica: se refiere a la falta de disponibilidad de recursos asistenciales apropiados en la región de residencia.
- Falta de "plaza o cama" en el sitio de atención, especialmente para alta complejidad.
- Capacidad resolutive: referida al nivel de respuesta del Centro asistencial a la demanda de atención que comprende las prestaciones necesarias, el recurso humano calificado, la infraestructura y el equipamiento, en acuerdo con el nivel de atención y complejidad asistencial requerido.
- Insuficiencia de profesionales
- Problemas de infraestructura
- Problemas de equipamiento y/o abastecimiento



b. La decisión de referir o derivar un paciente de un Centro asistencial a otro, es un acto médico, por lo tanto, es responsabilidad del médico solicitar la activación del procedimiento, respaldando su decisión en guías y protocolos médicos que deberán ser registrados en la historia clínica.

c. Los prestadores de servicios de salud brindarán atención integral garantizando la atención, diagnóstica o terapéutica, de la patología por la que fue derivado. En el caso que aparecieran patologías concurrentes crónicas mientras se encuentra ingresado, el profesional a cargo enviará a la entidad financiadora (CSS) un informe técnico que incluya la copia de Historia Clínica, epicrisis, justificación del procedimiento y atención requerida, con firma de responsabilidad del médico/a tratante, para su autorización, previa de una nueva consulta o derivación.



d. Como así, en el caso de la derivación para el tratamiento, deben realizarse las prácticas o terapéuticas requeridas para el tratamiento de la patología en cuestión y sus comorbilidades relacionadas y sus externalidades negativas. Se requerirá autorización previa de auditoría el diagnóstico o tratamiento de otras dolencias o hallazgos.

e. Alternativa: art. 38 punto 266 . para aquellas derivaciones que por su patología deban realizarse con carácter urgente, la solicitud ingresara a través de la delegación correspondiente, solicitando esta la debida autorización a nivel central. De no ser factible la comunicación y autorizaciones en tiempo y forma, se deberá regularizar la documentación dentro de la próximas 24 hs si excepción y ser remitidas a nivel central.

f. Para proceder a la derivación de pacientes, los Centros asistenciales o médicos de cabecera que derivan buscarán primero utilizar los servicios locales que puedan ofrecer respuesta a las necesidades del paciente, al no encontrar recursos o disponibilidad en el nivel asistencial local, se recurrirá a la Auditoría de la CSS para su derivación.

Se deberá registrar y documentar lo actuado en los correspondientes formularios y/o sistema de información vigente a la fecha-

g. La selección del servicio de salud se ajustara a la exploración de servicios de igual o mayor Nivel de Complejidad, en la red Prestadores, guardando el siguiente orden de precedencia:

- Red local
- Red provincial-zonal
- Red nacional
- Red Complementaria o Centros Asistenciales regionales sin contrato vigente en general privados o de gestión social

h. La selección del Prestador se sujetará al Nivel de Complejidad de este, con un criterio ascendente según Habilitación / Acreditación del establecimiento.

- Instituciones o Profesionales de la Red Prestacional de la CSS (convenios estables) provinciales o nacionales.
- Instituciones o Profesionales que conforman la Red Prestacional con convenios específicos y que requieren coordinación con auditoría medica del sitio receptor.

i. El proceso de selección del prestador debe registrarse en el sistema informático correspondiente, para garantizar que se realizó la gestión de acuerdo con el orden de prelación establecida.

j. La puerta de entrada para la atención en la red de servicios de salud, son las unidades del primer nivel de atención (establecimiento de Salud, médicos de cabecera, Centros de Especialidades , Centro Clínico-Quirúrgico-Hospital). En el caso del Primer nivel de atención se deberá obtener al menos una consulta especializada en el Centro de mayor complejidad de la Provincia solicitando o recomendando dicha derivación. El acceso se realiza a través del sistema de agendamiento de la CSS exceptuando los casos de emergencia.

**CAPACITACION EN EL USO DEL MANUAL DE  
PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE  
LAS DERIVACIONES**

**2DO Módulo**

**Principales contenidos- derivación  
de emergencia-derivación  
programada**



## **DERIVACIÓN DE EMERGENCIA**

a. La referencia o derivación de pacientes de emergencia localmente o de un territorio a otro (de una provincia a otra), guardará el mismo orden de prelación, es decir, en los Prestadores de la Red Asistencial de la CSS y de no encontrar disponibilidad o la capacidad resolutive requerida, se recurrirá a unidades de la Red Complementaria.

b. El trámite para efectuar una referencia o derivación de **emergencia o urgencia**, se realizará a través del sistema de conformidad con la normativa vigente, la solicitud se canalizará a través de la delegación correspondiente, solicitando esta la autorización a nivel central. En el caso de documentación faltante, se deberá regularizar dentro de las 24 hs, sin excepción y remitidas a nivel central.

c. Será aprobada por el máximo responsable de auditoría médica (**responsable de Emergencias** y coordinada administrativamente por la dirección Central de Coordinación de derivaciones. (**art.38 inciso 268**).

d. Esa derivación deberá ser solicitada y firmada por el médico tratante, el jefe de Emergencia o Jefe de Guardia y debe constar la causa o dolencia que motiva esa derivación, el motivo, el tipo de clasificación de Triage y un resumen de historia clínica y medios diagnósticos – terapéuticos empleados junto a la recomendación de medio de transporte para la derivación. Ese documento puede ser una copia o realizarse vía digital.

e. En los casos de autorreferencia a un servicio de emergencia de un establecimiento de salud de la Red (cuando un usuario/a consulta directamente en un servicio de emergencia), siendo estos de convenio o no, el establecimiento de salud receptor deberá notificar a la Auditoría médica de la CSS para su oportuna derivación al Prestador según los criterios de Emergencia, Urgencia o Programada (ver punto c.).

f. En los casos de atención por emergencia en Prestadores Externos sin contrato, la Auditoría médica de la CSS, procurará el traslado del paciente hacia un Prestador de la Red asistencial propia, y de no existir la factibilidad evaluará lo conveniencia o no del traslado en las siguientes 24 hs, si por circunstancias de la condición de salud del paciente, el traslado no es factible, entonces, el costo de la atención se negociará con base a los valores de mercado para el sistema de la Seguridad Social o Medicina Prepaga para la categoría del Centro asistencial y la región.

### **DERIVACIÓN PROGRAMADA**

Derivación programada: comprende la consulta externa de especialidad, hospitalización, exámenes o procedimientos ambulatorios.

a. Los Prestadores o Centros Asistenciales de la Red de Prestadores de la CSS que no dispongan de la capacidad resolutive y/o disponibilidad para atender las necesidades de salud de los beneficiarios, podrán derivar a los pacientes a unidades de igual o mayor nivel de complejidad acreditadas y/o contratadas (en el caso de la red complementaria), de conformidad con la normativa vigente.

b. No se puede realizar derivaciones entre entidades de la red complementaria, dado que la atención debe ser integral y requiere siempre de la intervención de la Auditoría médica.

c. El proceso de selección del prestador debe registrarse en el sistema informático correspondiente, para garantizar que se realizó la gestión de acuerdo con el orden de prelación establecido.

d. La Referencia o Derivación de pacientes de un territorio a otro (de una provincia a otra), requiere la autorización de la Auditoría médica de la CSS correspondientes. La coordinación a la que hubiere lugar para el traslado del paciente se hará entre la unidad referente y la unidad receptora.

En caso de derivación, la cobertura de los pasajes serán por vía terrestre o aérea, según las circunstancias específicas de cada caso en particular.

Se limitaran a Rio Gallegos, localidades de la Provincia de Santa Cruz, Comodoro Rivadavia y Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Córdoba.



f. Los documentos requeridos para referencia o derivación de atenciones programadas en hospitalización y consulta externa como para realización de exámenes o procedimientos ambulatorios programados son:

- Solicitud de Derivación con firma y sello del profesional responsable del caso. La correcta elaboración de este documento (letra clara, sin siglas) es responsabilidad del médico y del director del establecimiento de salud solicitante.
- Copia de Historia Clínica y Epicrisis en el que conste firma y sello del médico responsable de la atención y del responsable del servicio en sobre cerrado o vía email dirigido a Auditoría médica. Contenido mínimo-diapositiva siguiente-

**Copia de Historia Clínica y Epicrisis. El contenido mínimo debe ser:**

- Datos generales del paciente, y familiares que permitan un contacto efectivo,
- N° de historia clínica,
- Diagnóstico codificado según la CIE-10, o cuando sea operativa CIE 11,
- Laboratorio, imágenes y/o estudios complementarios que hayan sido realizados.
- Procedimientos realizados, resultados,
- Tratamientos realizados,
- firma y sello del médico responsable de la atención y del responsable del servicio en sobre cerrado o vía email dirigido a Auditoría médica.

g. La Historia Clínica es un documento que no se puede utilizar para procesos administrativos de derivación sin autorización expresa del paciente.

**Recomendación: evaluar la creación de un Formulario que lo autorice y consentimiento informado de la derivación.**

h. .Para la derivación en caso de procedimientos o cirugías ambulatorios/as, se utilizará el pedido específico de la historia clínica del servicio requerido, debidamente validado por el médico responsable de la atención y autorizado por auditoría médica referente, luego de la coordinación con el prestador y auditoría medica receptora.

i. En el caso de pacientes que requieren estancia prolongada, cuidados mínimos o paliativos, o en proceso de transplantes de órganos, o con enfermedades raras o huérfanas y catastróficas se deberá acordar con la familia y el prestador el mejor momento de retorno al lugar de origen, su medio de regreso, los medios necesarios para su tratamiento en origen, intervención del Servicio social si fuere necesario y la provisión de medidas y soportes terapéuticos para la atención. El auditor encargado del seguimiento del caso debe ser proactivo en obtener los soportes y tratamientos que hagan este proceso más eficiente. (análisis costo / beneficio)

j. En todos los casos que las necesidades de atención superen las obligaciones legales de cobertura para la CSS se deberá presentar un informe de auditoría médica (referente, receptora o mixta) junto a un Informe del Servicio Social y una propuesta asistencial de resolución del caso, a los 30 a 60 días corridos anteriores al vencimiento del plazo de cobertura a la máxima autoridad de la Gerencia de Prestaciones para su análisis, previsión económica y dictamen.



*La Auditoría médica referente realizará los trámites y coordinación pertinente con la Auditoría médica receptora correspondiente, para la asignación del prestador y emisión del código de validación.*

*La Auditoría médica referente informa al prestador vía correo electrónico quien confirmará la recepción del email. El prestador asignado informará a la auditoría médica referente vía electrónica o telefónica fecha y hora del turno para la atención. Toda esta información debe registrarse en el sistema informático.*

*La auditoría medica informa vía email al paciente y a la auditoría medica receptora el resultado de la gestión*

## **CONTRAREFERENCIA**

a. Una vez terminado el evento que motivó la referencia o derivación, el prestador que recibió y atendió al afiliado, obligatoriamente realizará la contrarreferencia al médico o centro de referencia inicial indicado por el afiliado o solicitará a auditoría medica local la asignación de un profesional para el seguimiento y continuidad del tratamiento en caso de ser necesario.

En todos los casos enviará el alta a auditoría medica en el momento de otorgarse la misma y solicitará a auditoría y/o al paciente la tramitación del regreso a origen indicando si hubiese requerimientos especiales para ese traslado.



Una vez finalizado el proceso que originó la derivación, el afiliado,—debe regresar a su lugar de origen, no pudiendo permanecer en lugar de derivación a cargo de la CSS.

El prestador de salud, adjuntará con la Historia Clínica, el plan de seguimiento y las necesidades resultantes de su intervención. La auditoría médica referente (en origen del afiliado) coordinará con el médico de cabecera o quien ella asigne el seguimiento del caso y los arreglos necesarios para eventuales controles ulteriores.

De ser posible los controles deben realizarse en el nivel local y/o con apoyo telemático del especialista consultado.

b. En los casos de referencia o derivación para auxiliares de diagnóstico, obligatoriamente se realizará la contrarreferencia al establecimiento de salud de procedencia, adjuntando los resultados de los exámenes para continuidad del tratamiento (vía correo electrónico y/o registro en sistema informático). La Auditoría médica que generó la referencia o derivación a través del gestor del caso debe garantizar la cita o turno subsecuente e informar al paciente.

**CAPACITACION EN EL USO DEL MANUAL DE  
PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE  
LAS DERIVACIONES**

**3er Módulo**

**Normas de procedimiento y  
gestión de las derivaciones –  
estrategias de aplicación-  
indicadores de gestión**

**ESTRATEGIAS DE APLICACIÓN**

8. **ESTRATEGIAS DE APLICACIÓN:** En cuanto al primer inciso nombrado "Estructura de la Coordinación de Derivaciones", se recomienda consultar la orgánica de la institución, ya que las oficinas citadas no corresponde con las establecidas en caja. Los médicos de seguimiento de caos complejos e internados auditan los casos médicos y no realizan las reservas económicas para futuros gastos a través de las autorizaciones. Los médicos tramitadores de casos no dan soporte a delegaciones, regiones o prestadores.

### **Estructura de la coordinación de derivaciones**

- **Gerencia de Prestaciones con su directorio y asesores**
- **Subgerencia de Auditoría Médica y gestión de pacientes y equipo**
- **Dirección central de coordinación de derivaciones -11409. Inc268.**
  - **Médico (pueden ser una posición rotativa) en Centro Coordinador de Emergencias 24 x 7 para manejo de derivaciones programadas y emergencias.**

En contacto con la máxima autoridad de la Gerencia de Prestaciones para los casos que lo ameriten.

- **Médico de seguimiento de casos complejos e internados.**
  - Coordina el seguimiento con Auditoría médica de receptora central y de terreno.
  - El médico audita todos los casos.
  - Resuelve cualquier eventualidad con el Prestador.
  - Autoriza las solicitudes de prácticas.
  - Realiza las reservas económicas para futuros gastos a través de las autorizaciones.

- **Médicos tramitadores de casos:**
  - Seguimiento de casos no complejos ni internados.
  - Autorización de prácticas.
  - Da soporte a delegaciones, regiones o Prestadores.
  - Genera respuestas médicas proactivas para una atención eficiente.
  
- **Profesional de la salud para el seguimiento de:**
  - la atención domiciliaria.
  - centros de rehabilitación.
  - manejo de soportes como Ortopedia o equipamientos.

- **Médicos auditores para facturación de Prestaciones**
  
- **Administrativo responsable de tramitar viajes y alojamientos**
  
- **Administrativo o gestor de casos (case mánager) cada 80 pacientes derivados activos.**
  - Punto de contacto y apoyo de los profesionales.
  - Sacar reportes e indicadores de gestión para elevarlos a la Gerencia o Subgerencia.
  - Seguimiento de la calidad de los registros
  
- a. Equipamiento básico (área física, computadores, escáner, conectividad) y el sistema de información definida por la institución.



## **INDICADORES DE GESTIÓN**

El Subgerente médico presentarán mensualmente informes consolidados de derivaciones a la Gerencia de prestaciones médicas basados en indicadores:

- N° de Derivaciones
- Casos abiertos a la fecha
- Casos cerrados a la fecha
- Delegaciones de Origen
- Tipo de derivación: /programada /urgencia
- Causas/ nivel de respuesta/falta de infraestructura/equipamiento/ falta de profesionales
- Lugar de destino. / localidad/ provincia
- Prestador/ nombre-
- Motivo: Consulta externa- hospitalización- exámenes-procedimientos ambulatorios.

## Otros INDICADORES DE GESTIÓN

- Días permanecidos en lugar de derivación abiertos por paciente.
- Duración media por código de OMS
- Autorizaciones emitidas y gasto estimado en prestaciones médicas (en dinero)
- Traslados. Tipo de traslado, Autorizaciones emitidas y gasto estimado en prestaciones No médicas
- Alojamientos. Autorizaciones emitidas y gasto estimado en prestaciones No médicas
- Cantidad de casos de larga estancia, complejos o especiales.
- N° de rechazos de solicitudes de derivación, sus causas y resolución de conflictos o quejas

**CAPACITACION EN EL USO DEL MANUAL DE  
PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE  
LAS DERIVACIONES**

**4to Módulo**

**Acciones, responsables y  
descripción de tareas, flujogramas.  
Evaluación de resultados**

**RESPONSABILIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE  
PRESTADORES**

- a. Implementar el Sistema informático para la Gestión prestacional unificado y que permita la identificación de afiliados activos.
- b. Actualizar la cartera de servicios de los Prestadores de Salud contratados y “de la Red Complementaria” con una periodicidad trimestral.

c. Publicar y mantener actualizado el Listado de Prestadores y sus referentes (geo-referenciación) frente a una derivación, criterio de red de complejidad ascendente y especialización para el diagnóstico y tratamiento.

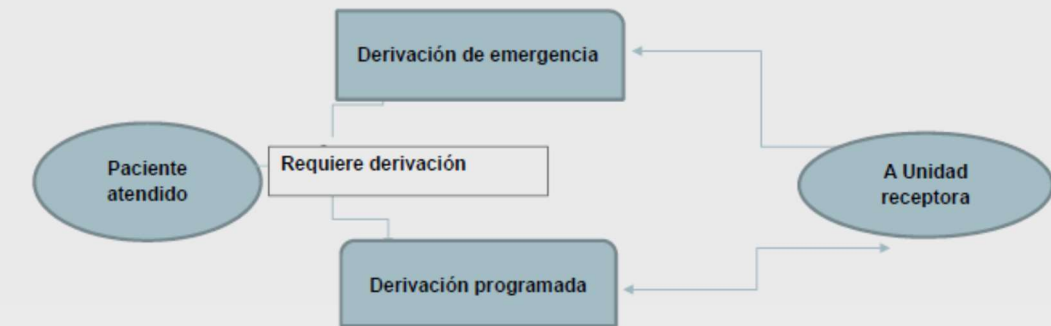
d. Coordinar, la subgerencia de Prestaciones de manera continua con los equipos de Calidad y Acreditación de Prestadores, control y seguimiento de pacientes y el Centro de Atención Telefónica.

e. Instalar buzón de quejas físicas y vía web para la utilización del usuario, como así un medio de resolución de conflictos con el paciente personal.



## DIAGRAMA DEL PROCESO

### GLOSARIO DE



.Formulario de derivación.  
. Documentos habilitantes.  
.Registro en sistema.  
. Código de validación

.Formularios. Hospitalización-interconsulta- procedimientos ambulatorios-de especial dg.  
Formulario de imagenología  
Formulario de laboratorio. código de validación

## DESCRIPCIÓN DE ROLES

- Médico Coordinador de Emergencias:** Médico a cargo del Centro Coordinador de Emergencias que responde a las necesidades de derivación de cualquier paciente ya sea en Emergencia o urgencia o programado. Es la puesta de entrada al sistema de derivaciones. Puede tener un rol presencial o telemático. Coordina al equipo de administrativo y médico de seguimiento.

**2. Médico de Seguimiento o tramitador:** Puede ser el mismo Coordinador y estará a cargo de las temáticas médicas favoreciendo la eficiencia y calidad de la atención del paciente y apoyará al Case manager en el seguimiento. Es el responsable de las autorizaciones solicitadas por el Prestador. Puede tener un rol presencial o telemático.

**3. Case manager o administrativo.** Reúne toda la información administrativa del caso y puede coordinar sólo o en conjunto con el área de traslados y alojamientos los requerimientos del paciente en destino. Tendrá 80 casos activos en seguimiento y tramitará junto al médico tramitador las autorizaciones requeridas. Dará seguimiento al caso para lograr eficiencia en el sistema en equipo con los auditores de terreno y Prestadores. Su misión es la resolución en el menor tiempo posible y con la mejor calidad de atención del caso, en ese orden. Reporta al médico tramitador.

**4. Auditor de Terreno:** Auditor que sigue en terreno (destino) el caso e informa al Sistema para su seguimiento. Puede autorizar prestaciones si fuere necesario. Reporta a su Jefatura local e Informa al médico Tramitador y Coordinador. Reúne la información necesaria para la auditoría y manejo eficiente del caso, asistencia social, facturación y calidad asistencial

## Normas generales de trabajo

NORMA	TEMA
Ley N° 3677 Normativa de la caja de servicios sociales de la Provincia de Santa Cruz	Marco regulatorio de la acción médico asistencial y las acciones de logística y acción social destinadas a los trabajadores activos y/o pasivos del Gobierno de la Provincial ; otorgándole para ello la potestad de funcionar como entidad autárquica tanto en el ámbito público y como privado.
DECRETO N° 0252 de fecha 11 de Marzo de 2020	Reglamentación de la Ley N° 3677 como así también el Régimen Electoral para la elección de los vocales representantes de los afiliados activos y pasivos que integran el Directorio de la Caja de Servicios Sociales; e instruir a la Caja de Servicios Sociales a celebrar los convenios tendientes a regular los derechos y obligaciones derivados de la cobertura y demás prestaciones relativas a los afiliados voluntarios de acuerdo a los considerandos del presente y facultar a la Caja de Servicios Sociales a dictar las normas aclaratorias.
Resolución 11409-2019	Reglamentación de la Caja de Servicios Sociales de la provincia de Santa Cruz
RESOLUCIÓN SSS 201/2002 PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO). Dispuesto por el Ministerio de Salud, cuyo cumplimiento es supervisado por la Superintendencia de Servicios de Salud dependiente de dicho Ministerio	El PMO comprende un conjunto de prestaciones muy amplio y los medicamentos respectivos. Este programa cubre 95% de las causas de consulta ambulatoria, atención quirúrgica y hospitalaria, atención odontológica, salud mental, rehabilitación y cuidados paliativos.
Ley 24901 Resolución Conjunta 10/2021. Ministerio de Salud y Agencia Nacional de Discapacidad.	Actualización valor aranceles del Sistema de Prestaciones de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad.
RESOLUCIÓN SSS 310/2002	Cobertura de medicamentos.
Resolución 428/1999 Ministerio de Salud y Acción Social.	Prestaciones médicas. Apruébese el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. Normativa General. Niveles de atención y tratamiento.

## Normas generales de trabajo

NORMA	TEMA
LEY 26529	Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Sancionada: Octubre 21 de 2009
Resolución SSS 1048/2014	Procedimiento que los agentes de salud deberán complementar para solicitar los reintegros ante el Sistema Único de Reintegros -S.U.R -
Código de Ética	Asociación Médica Argentina. Código de Ética Para el Equipo de Salud con La Cooperación de la Sociedad Argentina de Ética Médica. 2001. <a href="https://www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/Capitulo%2010.pdf">https://www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/Capitulo%2010.pdf</a> Capítulo 10 segunda opinión.
Régimen de Cobertura de Enfermedades poco Frecuentes: establecido partir de la adhesión a la Ley Nacional N° 26.689, mediante Ley Provincial N°3238	Régimen de Cobertura de Enfermedades poco Frecuentes.
Régimen de Adecuación de Genitalidad a la Identidad de Género Auto Percibida adhesión a la Ley Nacional N° 26.743, mediante Ley Provincial N° 3.298	Régimen de Adecuación de Genitalidad a la Identidad de Género Auto Percibida.
Ley 24754. MEDICINA PREPAGA COBERTURAS - SERVICIOS -Fecha de sanción 28-11-1996.	Establece que las empresas de medicina prepaga deben cubrir como mínimo determinadas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales.
Ley 23661	Seguro Nacional de Salud.

## Evaluación de resultados

## Información complementaria sobre Producto 4:

### Desarrollo e implementación de una aplicación informática

---

#### **4. Desarrollo e implementación de una aplicación informática a ofrecer a los afiliados**

**4.2. Sistema de turnos Mobile** Se solicita que se desarrollen más los avances sobre este ítem comprometidos para el Segundo Informe Parcial.

**4.3. Sistema de seguimiento de trámites Mobile** Se solicita que se desarrollen más los avances sobre este ítem comprometidos para el Segundo Informe Parcial

#### **Respuestas.**

##### **4.2. Sistema de turnos Mobile.**

Se ha incorporado un módulo de comunicación entre el usuario y el personal de la CSS el cual permite la interacción entre los mismos por diversos medios tales como Whatsapp, teléfono o email. Por ellos podrán coordinar los turnos para las dependencias.

##### **4.3. Sistema de seguimiento de trámites Mobile -Análisis y desarrollo sobre APP de trámites de la CSS-**

Tras el relevamiento con el personal de la CSS, se desarrollaron para la APP Móvil los módulos autenticación/registro de afiliado y restauración de contraseña.

En cuanto a los módulos de gestión, se desarrolló el alta y modificación de trámites. El primero permitirá en base a información/ayuda dada al afiliado, guiarlo para que pueda completar los datos solicitados y crear los trámites. En tanto la modificación de trámites, se mostrarán aquellos datos que por diversos criterios no cumplan con los estándares solicitados y deban ser subsanados. También se llevó a cabo la pantalla de visualización de trámites ya archivados, por desestimación del afiliado o por la finalización correcta o incorrecta. Se generó un export de trámite en formato pdf.

Personal de la CSS solicitó un módulo de configuración del sistema, donde se indica información común a toda la aplicación, como número máximo de trámites abiertos por afiliado, dirección para descargar la cartilla y texto de declaración jurada, entre otros. Estos mismos fueron implementados a lo largo de toda la APP.



Asimismo, se implementó en envío de mails. Los mismos son parametrizables e informarán al afiliado, la CSS o a ambos, según sea el criterio definido por los administradores de la APP.

Queda pendiente mostrar las funcionalidades completas desarrolladas y entregar una versión instalable para que la CSS pueda testear y dar feedback de la UX (Experiencia de Usuario). También se trabaja en implementar la UI (Interfaces de usuario) creada por el diseñador y dar así un acabado visual acorde.

#### **A. Tareas específicas del equipo en esta etapa:**

Finalización del core de Módulo de gestión de trámites en el backoffice.

Se realizaron labores de DevOps, para poner en funcionamiento el servidor de homologación. Quedando dos contenedores docker corriendo para la operatoria del backoffice y la app (UI/API). También existen 3 contenedores más que son el proxy reverso, la base de datos y un sistema de archivos.

Se desarrolló la pantalla de hub de la aplicación y se definió como home de la misma. Esta permite el acceso de manera rápida a todos los módulos que el usuario logueado tenga permisos.

Se desarrolló el core de auditoría y los módulos para que se pueda verificar esta información. Se continúan implementando en los endpoints de la API que quedan pendientes.

Se redefinió la gestión de trámites para que la funcionalidad de cada botón que interactúa con cada trámite sean parametrizables.

Se desarrollaron ABM (alta, baja y modificación) de paramétrica.

ABM Observación

ABM Grafos

ABM Afiliados

Modificación de configuración del sistema

Se integró en todo el backoffice los condicionales de acciones, los cuales limitan y conceden el acceso e interacción con cada elemento del sistema. Esto está definido por perfil de usuario.

Se desarrollaron el alta de trámites desde la APP de trámites, así como la modificación de los datos observados, para su posterior verificación por parte de la CSS.

Se integraron en la APP funcionalidades de configuración del sistema, tales como número de Whatsapp, número de teléfono y email de contacto. Y otras como términos y condiciones, información y ayuda de tipo de trámite.

Se realizó una demostración del sistema a César Caucaman, gerente de Informática y referente de la CSS para el proyecto de Trámites, quien demostró conformidad general con lo expuesto.

**B. Trayectoria del proyecto:**

Se realizaron reuniones con Ángel Guzmán, coordinador del proyecto desde la CSS, a lo largo de los siguientes períodos:

22/07/2022 - 17/08/2022 - 26/08/2022 - 06/09/2022 - 08/09/2022

En cada una de ellas se fueron contemplando las tareas del plan de trabajo y los sprints acordados en las reuniones previas.

Se fueron agregando tareas y ajustes al Trello que se lleva en conjunto con la CSS.

Actualmente nos encontramos llevando en paralelo tareas de:

Diseño de la interfaz de usuario del backoffice

Desarrollo del ABM de Trámites y de otros ABMs que lo rodean

Desarrollo del módulo de trámites para la aplicación mobile

Desarrollo de los endpoints de trámites



**PROVINCIA DE SANTA CRUZ**

**CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES**

**CONTRATO DE OBRA: Ex-2021-00034349-CFI-GES # DCS  
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA CAJA DE SERVICIOS  
SOCIALES DE LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ**

**INSTITUCION: UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRES DE FEBRERO**

**INFORME DE PARCIAL III**

**Noviembre 2022**

Coordinador Carlos Raúl Torres  
Diego Cristian Sánchez  
Carlos Andrés Torres  
Andrés Franco Berardi  
Silvina Grieder Pfund  
Carlos Farcy  
Sonia Gaviola  
Guillermo Oscar Bater  
Jimena Lopez Berzosa  
Mariel Romano Zanelli  
Jesús Rogelio Anselmi Suarez  
Lautaro Bifano  
Luciano Tiscornia  
Emiliano Andrijeszen  
Guillermo Suarez

# INDICE

## Fortalecimiento Institucional Caja de Servicios Sociales de la Provincia de Santa Cruz

Resumen Ejecutivo.....3

### **Productos correspondientes al periodo informado**

#### **1. Elaboración de una estrategia de gestión para eficientizar el uso de los recursos**

- 1.3 Propuesta de un Plan de Auditoría administrativa de facturación de prestadores.....19
- 1.4 Diseño de Procedimientos de gestión y control de las derivaciones con sus respectivos Manuales.....71
- 1.5 Diseño de protocolos de enfermedades de alta complejidad.....106
- 1.6. Diseño de auditorías técnicas médicas y capacitación. Segunda Opinión Médica. Informe de Avance.....288

#### **2. Desarrollo de un Plan de Comunicación para mejorar la relación con los afiliados**

- 1. Diagnostico.....298
- 2. Comunicación con la comunidad.....309
- 3. Desarrollo de estrategia de comunicación.....323
- 4. Conclusiones Finales.....344

#### **3. Programa de Capacitación destinado al personal de la Institución**

- 3.1 En el uso de manuales de procedimiento para el seguimiento y control de las derivaciones.....387
  - 3.1.1 Preparacion de recursos pedagógicos.....387
  - 3.1.2 Apoyo en la articulación de la metodologica de enseñanza y aprendizaje.....387
  - 3.1.3 Implementacion del curso.....387
- 3.2 En la utilización del manual de procedimientos en segunda opinión medica
  - 3.2.1 Preparacion de recursos pedagógicos.....391
  - 3.2.2 Apoyo en la articulación de la metodologica de enseñanza y aprendizaje. Informe de Avance.....392
- 3.3 Respecto de la atención del afiliado
  - 3.3.1 Reuniones con responsables de atención al afiliado.....393
  - 3.3.2 Preparacion de recursos pedagógicos. Informe de Avance.....393
  - 3.3.3 Apoyo en la articulación de la metodología de enseñanza. Informe de Avance.....396

#### **4. Desarrollo e Implementación de una aplicación informática**

- Informe de avance.....369

# **FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA CAJA DE SERVICIOS SOCIALES DE LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ RESUMEN EJECUTIVO**

En el marco del contrato de obra: **EX-2021-00034349-CFI-GES # DCS Fortalecimiento Institucional de la Caja de Servicios Sociales de la Provincia de Santa Cruz**, se presenta el **Informe parcial III**.

El presente contrato tiene por objetivos los siguientes:

## **Objetivos Generales:**

- Efectuar un estudio de diagnóstico integral con el fin de diseñar e implementar procesos y procedimientos de gestión tendientes a incorporar mejoras en la calidad de atención de los afiliados.
- Optimizar el gasto en pos de incrementar el bienestar y la calidad de vida de sus afiliados.
- Establecer una estrategia integral de comunicación del organismo, tanto externa como interna que ayude a mejorar el vínculo con los afiliados.

## **Objetivos Específicos:**

- Obtener un diagnóstico de las principales erogaciones de la Institución, y a partir de ello, establecer procedimientos para optimizar el gasto.
- Generar propuestas de mejoras a través del diseño de programas y planes de acción concretos destinados a fortalecer la relación con afiliados y beneficiarios a partir del desarrollo de un sistema de análisis y evaluación diagnóstica de la imagen y de la comunicación institucional.
- Desarrollar una APP que vincule a la Caja de Servicios Sociales con sus afiliados y mejore los servicios brindados.

En este marco, se acordó la implementación de las siguientes actividades:

## **Plan de Tareas:**

1. Elaborar una estrategia de gestión para efficientizar el uso de los recursos.
2. Desarrollar un Plan de Comunicación interno y externo destinado a mejorar la relación con los afiliados.
3. Desarrollar un Programa de Capacitación destinado al personal de la Institución.
4. Elaborar e implementar una aplicación informática que vincule a los afiliados con la Institución y optimice los tiempos de gestión, el seguimiento de trámites y autogestión de los beneficiarios.

## **Plan de Tareas Detallado**

### **1. Elaboración de una estrategia de gestión para efficientizar el uso de los recursos.**

- 1.1 Diagnóstico de las principales erogaciones.
- 1.2 Elaboración de un Procedimiento de Control Interno en el pago de Medicamentos y Prestadores únicos.
- 1.3 Propuesta de un Plan de Auditoría administrativa de facturación de prestadores.
- 1.4 Diseño de Procedimientos de gestión y control de las derivaciones con sus respectivos Manuales.
- 1.5 Diseño de protocolos para la gestión de enfermedades de alta complejidad.
- 1.6. Diseño de auditorías técnicas médicas y capacitación. Segunda Opinión Médica.

### **2. Desarrollo de un Plan de Comunicación para mejorar la relación con los afiliados**

- 2.1. Diagnóstico de la comunicación con el afiliado
- 2.2. Diagnóstico de la comunicación con la comunidad
- 2.3. Desarrollo de una estrategia de Comunicación Integral

### **3. Programa de Capacitación destinado al personal de la Institución**

- 3.1. En el uso de manuales de procedimientos para el seguimiento y control de las derivaciones.
- 3.2. En la utilización del manual de procedimiento en segunda opinión médica.
- 3.3. En la atención al afiliado/beneficiario.

### **4. Desarrollo e implementación de una aplicación informática.**

- 4.1 Diseño UE/UI de la aplicación.  
Se expondrán guías de estilo, diseño visual, logos, tipografía, colores e imágenes del organismo.  
Se realizará un boceto del diseño según las funciones a desarrollar.
- 4.2 Sistema de Turnos Mobile  
Relevamiento de procesos internos de cada trámite.  
Relevamiento de los cuestionarios actuales y recursos involucrados.  
Desarrollo de una APP móvil (Android e IOS) que incluya: registro del afiliado, catálogo de trámites, posibilidad de adjuntar documentos, historial de trámites

iniciados, sistema de ayuda y FAQs

4.3 Sistema de seguimiento de trámites: Desarrollo de un sistema interno para hacer seguimiento de los trámites iniciados por los afiliados a través de la APP.

El sistema incluirá:

Módulo de usuarios y perfiles: Permisos para distintos niveles del sistema según sean administradores, operadores, etc.

Parametrización del grado de trámites: Catálogo de temas y reglas de negocio de cada trámite con el fin de automatizar el proceso.

Notificaciones: envió de correos electrónicos ante la llegada de nuevos trámites y envío de notificaciones a la APP del afiliado.

Trazabilidad de trámites: Seguimiento y evolución de los trámites.

Integración con Base de Datos de la CSS.

Reportes: Se podrán sacar reportes tales como trámites por periodo/estado, tramites por usuario, etc.

A continuación, se presentan las **actividades realizadas al 18 de noviembre del 2022** sobre los productos acordados para el período a saber:

- Elaboración de una propuesta de auditoria administrativa para el pago de prestadores, un manual de procedimientos para las derivaciones, diseño de protocolos para el tratamiento de las enfermedades de alta complejidad y se describe el estado de avance sobre el diseño de auditorías técnicas médicas y capacitación de Segunda Opinión.
- Desarrollo de un plan de comunicación para mejorar la relación con los afiliados. Se incluye el diagnóstico de la comunicación, el resultado de las encuestas y el desarrollo de una estrategia de comunicacion integral.
- Capacitación del personal de la Institución. En esta etapa se inicio el curso sobre derivaciones y segunda opinión medica. Se adjuntan recursos pedagogicos, listado de participantes, metodología de enseñanza y aprendizaje. Se describe, además, el avance de los cursos referido a atención al afiliado.
- Desarrollo e implementación de una aplicación informática. Se describe el estado de avance del proyecto.

## PRODUCTOS CORRESPONDIENTES AL PERÍODO INFORMADO

### 1. Elaboración de una estrategia de gestión para eficientizar el uso de los recursos

#### **Contratos Prestacionales.**

Se analizaron los contratos vigentes entre la Caja de Servicios Sociales de la provincia de Santa Cruz y los prestadores, las principales características son:

#### **Los convenios vigentes son actualizados y detallados.**

Competencia **Todos los contratos remiten** a los Fueros de Rio Gallegos Pcia de Santa Cruz.

#### **Convenios con Instituciones con Internación.**

Garantía de calidad de la atención.

Prestación eficiente.

Exige Facturas detalladas.

Obliga a disponer Seguro Responsabilidad Civil y M Praxis.

Mantener Habilitaciones institucionales y profesionales y títulos habilitantes en las condiciones del contrato.

Notificar los cambios al respecto de sanciones y habilitaciones.

Email como declaración jurada como firma electrónica.

Declarar cualquier ausencia que afecte el servicio contratado.

Prestar conformidad a ser auditado.

Obliga entregar HC al afiliado y al Consentimiento informado.

Protección Datos Personales del paciente.

Facturación: Presentación original completa.

Enviará facturación por email

Presentará la facturación y documentación de respaldo antes de los 10 primeros días hábiles de cada mes. Con facturas acorde reglamentación a AFIP.

Bonificación de medicamentos en internación PVP de Kairos 20%.

Para efectuar débitos la Caja dispone de 30 días hábiles desde de la recepción de la factura.

Ante la discrepancia el prestador solicitará auditoria compartida al sector Auditoria Administrativa en plazo no mayor a 5 días hábiles de notificado del débito.

Las acreditadas por la auditoria compartida serán abonadas con la liquidación siguiente.

Aranceles Podrá ser modificado acorde voluntad ambas partes, de no acordar rescisión, con antelación de 30 días notificada fehacientemente.

Pago 60 días corridos desde la presentación de Factura.

La Caja se reserva el derecho ante la prescripción de medicamentos en internación de abonar el precio de venta o promedio según Kairos

**Validez** de: prescripción será de 30 días corridos a partir de la fecha de prescripción. Consultas mensuales 3/mes máximo.

Plazo máximo de anulación de las practicas será de 5 días posteriores al cierre del mes.

Vigencia del Contrato 12 meses en caso de rescisión sin indemnización con comunicación fehaciente.

**Medicamentos Drogueria c/Red de Farmacias (ambulatorios)**

Convenio Provisión de Medicamentos a través de su red de farmacias seleccionadas y estipuladas en el Anexo II.

Dirección especial: correo electrónico.

LA Caja se reserva el derecho de realizar auditoria técnica administrativas en cualquier momento

Asistir a todos los afiliados de la CAJA que acrediten la condición de tales.

**Convenio de Medicamentos alto costo baja incidencia.**

Se proporcionar a los afiliados de LA CAJA los medicamentos reconocidos por esta obra social enunciados en el Anexo I.

Domicilio especial correo electrónico.

Facturará semanalmente.

Presentará la facturación por la provisión de medicamentos en original y prescripciones médicas con los troqueles.

Presentará la documentación respaldatoria y

la Facturación antes de los primeros 10 días hábiles de cada mes en la Dirección de Facturación de la sede Rio Gallegos.

pago dentro de los 60 días corridos a partir de la fecha de presentación de la factura.

LA CAJA se reserva el derecho de realizar auditoria técnica administrativa en cualquier momento.

Vigencia contrato 12 meses en caso de rescisión de una de las partes con notificación fehaciente en plazo no menor a 60 días.

El resto de los contratos tienen el mismo esquema para los médicos en consultorio, odontólogos y kinesiología.

Los contratos de la CSS analizados son completos, detallados y actualizados.

Del relevamiento se pudo constatar lo siguiente:

<i>Encabezamiento.</i>	Centro con internación	<i>Medicamento</i>  <i>Drogueria c/Red de Farmacias</i>	Medicamento s alto costo baja incidencia	
------------------------	------------------------	---	--	--

<i>Objeto.</i>	<b>Servicios asistenciales de salud</b>	<i>Convenio Provisión de Medicamentos a través de su red de farmacias seleccionadas y estipuladas en el Anexo II</i>	compromete a proporcionar a los afiliados de la LA CAJA los medicamentos reconocidos por esta obra social enunciados en el Anexo I	
<i>Exclusiones</i>	<i>Según Anexo I</i>	que no se encuentran contempladas en el Anexo I	que no se encuentran contempladas en el Anexo I	
<i>Domicilio Especial</i>	<i>correo electrónico</i>	<i>correo electrónico</i>	<i>correo electrónico</i>	
<i>Representación.</i>	<i>Los firmantes Garantizan tener facultades de representación</i>	<i>Los firmantes Garantizan tener facultades de representación</i>	<i>Los firmantes Garantizan tener facultades de representación</i>	
<i>Cesión.</i>	<i>Prohíben ceder a terceros</i>	<i>Prohíben ceder a terceros</i>	<i>Prohíben ceder a terceros</i>	
<i>Atención.</i>	<i>A todos los afiliados CSS</i>	todos los afiliados de la CAJA que acrediten la condición de tales.	todos los afiliados de la CAJA que acrediten la condición de tales.	
<i>Modalidad de atención.</i>	<i>Remite a normas Resol 11409/19 y otras</i>			
<i>Cobertura.</i>				
<i>Adicionales.</i>	<i>Sin adicionales excepto los copagos oficiales</i>			
<i>Responsabilidades.</i>	<i>Compromiso del prestador mantenerse habilitado en las condiciones del contrato</i>		se compromete a no cobrar adicionales a los afiliados de la CAJA.	
<i>Obligaciones del Prestador</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Prestación eficiente.</i></li> <li>• <i>Factura detallada.</i></li> <li>• <i>Seguro Resp Civil M Praxis.</i></li> <li>• <i>Habilitaciones x legislación Y títulos habilitantes.</i></li> <li>• <i>Notificación de cambios al respecto.</i></li> <li>• <i>Email como declaración jurada como firma</i></li> </ul>			



	<p>electrónica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Declarar cualquier ausencia que afecte el servicio contratado.</li> </ul>			
<i>Garantía de calidad de la atención Profesional</i>	<i>Garantizar la mejor calidad de atención</i>	<i>Garantizar la mejor calidad de atención</i>	<i>Garantizar la mejor calidad de atención</i>	
<i>Facturación.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Presentación original completa.</i></li> <li>• Por email enviará facturación.</li> <li>• Presentará la facturación y documentación de respaldo antes de los 10 primeros días hábiles de cada mes.</li> <li>• Las facturas acorde a AFIP.</li> </ul>		<p>facturará semanalmente y presentará la facturación por la provisión de medicamentos en original y prescripciones médicas con los troqueles adheridos de acuerdo a la Resolución N.º 11409/19 y 4016/12 enviará por un correo a Rio Gallegos. presentará la documentación de respaldo toria y la Facturación antes de los primeros 10 días hábiles de cada mes en la Dirección de Facturación de la sede Ri Gallegos.</p>	
<i>Pago.</i>	<i>Plazo de pago 60 días corridos desde la presentación de Factura.</i>		<p>pago dentro de los 60 días corridos a partir de la fecha de presentación de la factura</p>	
<i>Auditoria.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Prestar conformidad a ser auditado.</i></li> <li>• <i>Obliga entregar HC al afiliado y.</i></li> <li>• <i>Consentimiento informado.</i></li> <li>• <i>Protección Datos Personales del paciente.</i></li> </ul>	<p>LA CAJA se reserva el derecho de realizar auditoria tecnico administrativas en cualquier momento</p>	<p>LA CAJA se reserva el derecho de realizar auditoria tecnico administrativa en cualquier momento</p>	
<i>Débitos</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>La Caja dispone de 30 días hábiles desde recepción de Factura para efectuar débitos, los que se deducen del monto reclamado total.</i></li> <li>• <i>Ante discrepancia el prestador solicitará auditoria compartida al sector Auditoria Administrativa en un</i></li> </ul>			

	<p>plazo no mayor a 5 días hábiles de notificado el débito.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no hay reclamo del prestador se consideran consentidas por el mismo La CSS mantiene debito definitivamente</li> <li>• Las que sean acreditadas por la auditoria compartida serán abonadas con la liquidación siguiente.</li> </ul>			
<i>Vigencia y Vencimiento.</i>	<i>Prestador continuará, como mínimo, prestando servicio por 30 días más desde la rescisión de contrato</i>		Contrato rige por un año con renovación automática en caso de rescisión de una de las partes con notificación fehaciente no menor a 60 días	
<i>Aranceles</i>	<i>Podrá ser modificado acorde voluntad ambas partes, de no acordar rescisión, con antelación de 30 días notificada fehacientemente</i>			
<i>Competencia.</i>	fueros de Rio Gallegos Pcia de Santa Cruz.			
<i>Anexos</i>	Tres anexos.			
<i>Validez</i>	<p>de prescripción será de 30 días corridos a partir de la fecha de prescripción.</p> <p>consultas mensuales 3/mes maximo</p> <p>El plazo máximo de anulación será de 5 días posteriores al cierre del mes.</p> <p>practicadas excluidas de cobertura o sin autorización correspondiente será 100% a cargo del afiliado</p> <p>H Clinica debe ser facturada en su totalidad honorarios derechos gasto medicamentos etc . Dentro de los sesenta (60) días de la fecha del alta de la internación</p>		<p>mediante prescripción medica expedida en los Rp de los profesionales en forma manual y/o electrónica los que deberán ser validados en formularios oficiales vigentes.</p> <p>La Drogueria a traves de su red de FARMACIAS requerirá de los afiliados la prescripción medica, credencial magnética y la documentación, que acredite su identidad y condición de afiliado.</p>	

	<p>internación al ingreso debidamente autorizado por el SiVaP.</p> <p>La caja se reserva el derecho ante la prescripción de medicamentos en internación de abonar el precio de venta o promedio según Kairos.</p>		<p>La CAJA reconocerá como cobertura en medicamentos en el capítulo cuarto artículo N°35y concordante (droguería) de la Resolución 11409/19 y sus modificatorias tomando como base el precio de venta al público.</p> <p>ANEXO I ANEXO I</p> <p>La CAJA solicita a la droguería y esta acepta la provisión de medicamentos ambulatorios para las siguientes patologías: Esclerosis lateral amiotrófica. Esclerosis múltiple. Tumores hipofisarios. Artritis reumatoidea. Enfermedad fibroquística. Deficit de hormona de crecimiento Hemofilia A y B. Hepatitis C y D. Postransplantes</p> <p>HIV- Sida. Patología oncológica.</p>	
--	---	--	--	--

## ANALISIS DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO

Se realizó un análisis del consumo de los medicamentos de alto costo correspondiente al período Febrero 2021 a Octubre 2022 (21 meses en total).

En total hubo un gasto de \$3.586.248.458 en el año 2021 (Febrero a Diciembre) y \$3.632.102.907 en el año 2022 (Enero a Octubre), mientras que hubo 39.714 y 43.735 medicamentos de alto costo consumidos en cada año, respectivamente.

El archivo enviado por la CSS contiene la siguiente información:

- Nro de receta
- Fecha Pedido

- Medicamento
- Cantidad
- Precio de Venta al Público (PVP) unitario
- PVP Total
- Porcentaje de descuento a aplicar sobre PVP.
- Total a Facturar
- Monodroga
- Credencial del afiliado
- Nombre del Afiliado
- Fecha que se recibió en Farmacia
- Fecha de Dispensado al Afiliado
- Localidad
- Fecha Receta médica
- Matrícula del Profesional
- Nombre y Apellido del profesional que realizó la receta

### **COSTO DE MEDICAMENTOS PROM. – 2021**

Entre los medicamentos con mayor consumo se destaca el medicamento REMODULIN 10 mg/ml fco.x 20 ml (monodroga Treprostinil) que tiene un costo unitario de \$28.3 millones y corresponde a un solo afiliado.

<b>MONODROGA</b>	<b>COSTO</b>	<b>CANT.</b>	<b>PRECIO UNITARIO PROM.</b>
golimumab	311.950.193	1.534	203.357
eptacog alfa	250.168.658	329	760.391
pembrolizumab	174.375.400	276	631.795
treprostinil	170.066.291	6	28.344.382
bevacizumab	162.393.312	640	253.740
etanercept	157.526.879	599	262.983
inmunoglobulina humana	121.069.437	483	250.661
factor VIII coagulacin recomb.	117.042.814	593	197.374
nivolumab	102.914.517	293	351.244
fingolimod	84.108.224	182	462.133
certolizumab pegol	81.755.397	280	291.984
adalimumab	70.146.968	324	216.503
paclitaxel+albúmina	69.467.511	138	503.388
pertuzumab	65.809.427	78	843.711
trastuzumab	57.404.780	142	404.259

## COSTO DE MEDICAMENTOS PROM. – 2022

MONODROGA	COSTO	CANT.	PRECIO UNITARIO PROM.
golimumab	327.821.477	1.651	198.559
treprostinil	169.733.481	6	28.288.913
eptacog alfa	168.408.262	240	701.701
bevacizumab	149.596.808	741	201.885
pembrolizumab	144.710.771	234	618.422
etanercept	130.070.399	582	223.489
certolizumab pegol	119.190.907	409	291.420
nivolumab	114.633.930	352	325.665
pertuzumab	100.749.430	116	868.530
paclitaxel+albúmina	84.919.666	165	514.665
trastuzumab+emtasina	78.252.837	128	611.350
factor VIII coagulaciòn recomb.	76.928.378	586	131.277
adalimumab	72.903.713	342	213.169
factor VIII	69.897.354	452	154.640
cetuximab	66.973.687	139	481.825

## AFILIADOS CON MAYOR CONSUMO - AÑO 2022

Se realizo un ranking de 10 afiliados con mayor costo para la CSS. Entre ellos se destaca el costo elevado de PERALTA BORDON NICOLAS producto del medicamento mencionado anteriormente, REMODULIN 10 mg/ml fco.x 20 ml.

AFILIADO	COSTO CSS	CANT.	COSTO PROM. UNIT
BERRUETA PABLO ALVEN	233.565.619	600	389.276
PERALTA BORDON NICOLAS GA	173.648.177	12	14.470.681
BASANTA ROBERTO JOSE	39.909.312	319	125.108
ACOSTA LUCAS GABRIEL	36.368.989	282	128.968
STEEL VERONICA	35.385.391	103	343.547
BARRIA MARIA INES	24.697.852	86	287.184
MARKIC JOSE DOMINGO	23.816.518	105	226.824
SANDOVAL ALARCON PATRICIA	22.998.084	75	306.641
ACOSTA FACUNDO EMANUEL	22.535.582	176	128.043
BRACCO MARTA LOURDES	22.061.647	155	142.333

## AFILIADOS CON MAYOR CONSUMO - AÑO 2021

AFILIADO	COSTO CSS	CANT.	COSTO PROM. UNIT
BERRUETA PABLO ALVEN	274.667.824	473	580.693
PERALTA BORDON NICOLAS GA	174.685.126	12	14.557.094
ACOSTA LUCAS GABRIEL	43.644.108	247	176.697
GIMENEZ MAXIMO ANDRES	40.209.285	144	279.231
STEEL VERONICA	32.171.133	56	574.485
CALICATE HECTOR DANILO	27.432.235	156	175.848
BUSTAMANTE MARIA ELENA	26.508.276	65	407.820
AVALO ANTONIO LEONARDO	23.335.022	63	370.397
RETAMAL MIGUEL ANGEL	22.833.380	176	129.735
MIHANOVIC EMMA SOFIA	22.232.774	66	336.860

## RANKING DE MÉDICOS CON MAYOR CONSUMO POR AÑO

Se realizó un ranking de los médicos con mayor consumo por año. La idea es identificar los principales médicos y realizar un análisis de los medicamentos que recetan para ver si son drogas genéricas o no. Se recomienda trabajar activamente para que los médicos hagan recetas de medicamentos genéricos y de esa forma reducir el costo de la CSS.

Prestador	2021	2022	Total	%
GALLINGER MONICA	216.757.202	258.109.595	474.866.798	11,4%
SAAVEDRA JOSE LUIS	190.372.187	211.958.678	402.330.865	9,7%
BOSSO SCARPINELLO GRISELDA	230.034.587	169.313.822	399.348.408	9,6%
NAVARRO LUIS OSCAR	129.028.480	178.377.315	307.405.794	7,4%
CASTAGNETO CASTAÑEDA OSVALDO RUBEN	124.973.582	148.371.806	273.345.389	6,6%
COTTET HORACIO MAXIMILIAN	105.103.784	122.387.356	227.491.141	5,5%
SORIA LINA CELESTE	60.636.718	91.759.455	152.396.173	3,7%
BATAGELJ EMILIO JOSE	60.843.253	67.519.801	128.363.054	3,1%
GUTIERREZ JOSE	47.277.607	63.414.072	110.691.679	2,7%
IGLESIAS MARIA TATIANA	49.177.252	45.308.345	94.485.597	2,3%
<b>TOTAL</b>	<b>1.214.204.653</b>	<b>1.356.520.245</b>	<b>2.570.724.898</b>	<b>62,0%</b>

## COSTO DE MEDICAMENTOS PARA LA CSS Y CANT. DE MEDICAMENTOS POR LOCALIDAD – FEBRERO A DICIEMBRE 2021

Con respecto al consumo por localidad, casi la mitad de los medicamentos de alto costo son consumidos en Rio Gallegos, mientras que el 13% es consumido en CABA durante el año 2021. Estos porcentajes son muy similares en el año 2022.

LOCALIDAD	Costo CSS	Cant.	% s/COSTO
RIO GALLEGOS	1.721.000.842	18.047	<b>48,0%</b>
CALETA OLIVIA	543.227.965	8.142	<b>15,1%</b>
C.A.B.A.	479.197.054	4.105	<b>13,4%</b>
EL CALAFATE	142.139.432	1.337	<b>4,0%</b>
LAS HERAS	107.015.056	1.113	<b>3,0%</b>
PUERTO SAN JULIAN	88.443.857	1.385	<b>2,5%</b>
PUERTO DESEADO	78.128.518	774	<b>2,2%</b>
PICO TRUNCADO	75.736.442	1.127	<b>2,1%</b>
PIEDRA BUENA	70.723.109	848	<b>2,0%</b>
RIO TURBIO	59.470.463	720	<b>1,7%</b>

## COSTO DE MEDICAMENTOS PARA LA CSS Y CANT. DE MEDICAMENTOS POR LOCALIDAD – ENERO A OCTUBRE 2022

LOCALIDAD	Costo CSS	Cant.	% s/COSTO
RIO GALLEGOS	1.734.801.430	20.918	47,8%
CALETA OLIVIA	452.953.241	5.844	12,5%
C.A.B.A.	451.787.071	4.828	12,4%
EL CALAFATE	147.961.889	1.894	4,1%
PUERTO DESEADO	135.524.531	1.180	3,7%
PICO TRUNCADO	115.604.097	2.214	3,2%
LAS HERAS	109.964.750	1.038	3,0%
28 DE NOVIEMBRE	87.628.998	983	2,4%
PUERTO SAN JULIAN	78.128.622	1.359	2,2%
PERITO MORENO	61.837.212	527	1,7%

- **Tablero de Indicadores para la gestión:**

Tal como se mencionará en los informes precedentes, resulta esencial para eficientizar el uso de los recursos, la elaboración de un Tablero de Mando que permita monitorear los resultados de la gestión y tomar decisiones en el caso que se requieran correcciones.

Es importante destacar que los indicadores propuestos oportunamente, deberán ser consensuados por los diversos actores dentro de la CSS y aprobados por las máximas autoridades.

Para su implementación, en primer lugar, será necesario definir un líder del proyecto para la implementación de esta herramienta. El actuará como el timonel. Deberá ser una persona clave en la organización, pues de él dependerá el éxito o fracaso de la implementación del Tablero de Mando. Debe ser un individuo respetado, con conocimiento tanto de la construcción como del funcionamiento del Tablero de Mando, pero también de todo lo referente al funcionamiento de la Obra Social.

En segundo término, resulta imprescindible contar con un equipo ejecutivo que será el encargado de diseñar para los indicadores definidos, límites mínimos a partir de los cuales se deberán considerarse acciones ajustarlos, siendo responsables también de asignar los recursos y tratarán de eliminar las barreras que se encuentren para la implementación.

Luego el equipo de implementación es el que va a integrar al Tablero de Mando Integral con su sistema actual de gerenciamiento, adquirirá los conocimientos y los aplicará sobre los métodos de medición. Reunirá, analizará y mostrará los datos.

En esta etapa, se propone la implementación de indicadores relacionados con tasas de uso, Tasa Precio Consultas, Tasa Internación, Tasa Días de hospitalización, Tasa Gasto Internación, Intervenciones quirúrgicas, Tasa Uso Medicamentos, Tasa Diagnósticos Laboratorio, Tasa Diagnósticos por imágenes, Tasa por Derivaciones y Tasa Costo Derivaciones ya que la CSS cuenta con información periódica que permite desarrollar estos indicadores de manera sistemática y evaluando y monitoreando su desempeño, permitiendo comparaciones entre diversos períodos y su análisis evolutivo.

Estos indicadores aportarán a la **Perspectiva Financiera** de un tablero de mando integral, que podría se implementado hacia adelante, ampliando el análisis y monitoreo

a nuevas perspectivas que, de acuerdo a R. Kaplan y D. Norton, son las siguientes:

- **Perspectiva del cliente.** Esta perspectiva, al analizar una obra social que presta servicio de salud, se denominará como la **perspectiva de los beneficiarios**. En este tipo de organizaciones esta perspectiva tiene una mayor importancia y quizás pueda ser la más importante.

Qué servicio le brindaremos al beneficiario en materia de salud logrando alcanzar una utilización eficiente de los recursos es el objetivo esencial en este análisis. En el Cuadro de Mando Integral brindará a los directivos una identificación de los beneficiarios y los grados de satisfacción y conformidad que estos manifiestan.

Los indicadores fundamentales se relacionan con la satisfacción del beneficiario, la retención de los mismos, la adquisición de nuevos clientes, la rentabilidad del cliente y la cuota de mercado, los atributos de los productos y/o servicios, la relación con los clientes y Imagen y prestigio de la CSS.

**Perspectiva de proceso del negocio.** Donde se identifican los procesos críticos internos en los que la Obra Social debe ser excelente. Las medidas se centran en los procesos internos que tendrán el mayor impacto en la satisfacción de los beneficiarios y en la consecución de los objetivos financieros de la organización, como ser la medición del tiempo de demora de autorizaciones o la proporción de atenciones por fuera de convenios, entre otros.

**Perspectiva de aprendizaje y crecimiento.** Bajo la cual se debería identificar cuál es la infraestructura actual de la organización y la que se debería desarrollar para que los objetivos de las otras perspectivas puedan lograrse sin inconvenientes. Basándose en existen tres principales variables en esta perspectiva: las capacidades de los empleados, las capacidades de los sistemas de información y la motivación, delegación de poder (empowerment) y coherencia de objetivos.

Retomando el análisis bajo la Perspectiva Financiera, para la confección del Tablero de Mando Operativo, se seleccionaron los indicadores más importantes para esta Obra Social. Estos indicadores no son definitivos, pues es posible ir incluyendo y excluyendo del análisis y monitoreo, indicadores de acuerdo a la situación por la que pueda atravesar la organización o a los objetivos que se pretenda priorizar.

En conjunto con la definición de los indicadores, se han establecido objetivos estratégicos a los que contribuye cada uno y la frecuencia con la que serán medidos.

Área	Objetivo Estratégico	Medición	Indicador	Periodicidad
De Ingresos los	Incrementar Ingresos por Afiliado	Promedio Mensual de Ingresos por Beneficiario	<u>Ingresos Totales</u> Beneficiarios Totales	Mensual
De Ingresos los	Incrementar Ingresos por Grupo Familiar	Promedio Mensual de Ingresos por Grupo Familiar	<u>Ingresos por Afiliado Titular</u> Beneficiarios Titulares	Mensual

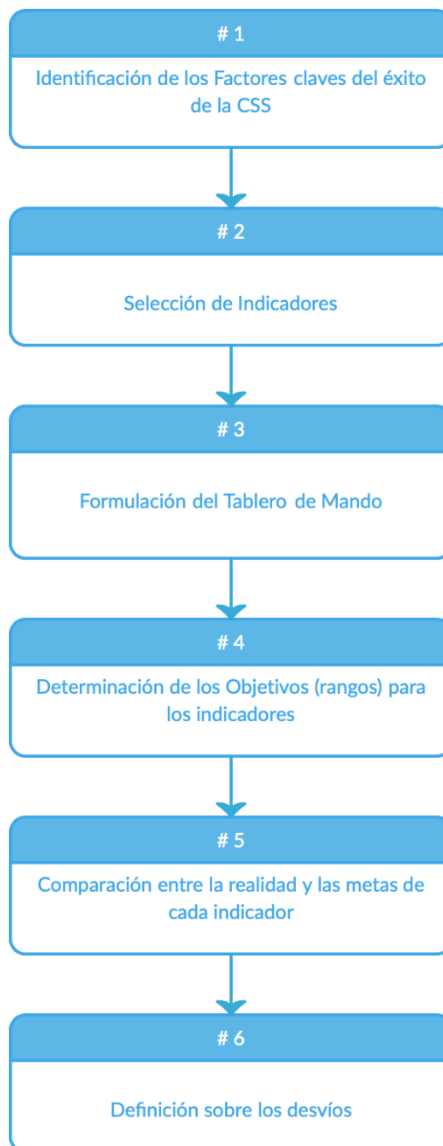


<b>Uso de los Activos</b>	Control del Gasto Prestacional	Tasa Consultas	<u>Numero de Consultas</u> Total de Afiliados	<b>Mensual</b>
<b>Uso de los Activos</b>	Control del Gasto Prestacional	Tasa Precio Consultas	<u>Numero de Consultas x Precio Consulta</u> Total de Afiliados	<b>Mensual</b>
<b>Uso de los Activos</b>	Control del Gasto Prestacional	Tasa de internación	<u>Numero de Egresos x 100</u> Total de Afiliados	<b>Mensual</b>
<b>Uso de los Activos</b>	Control del Gasto Prestacional	Tasa días de hospitalización	<u>Días de hospitalización</u> Total de Internaciones	<b>Mensual</b>
<b>Uso de los Activos</b>	Control del Gasto Prestacional	Tasa gasto internación	Egresos cada 100 afiliados x Valor día de la pensión x Días de estancia hospitalaria	<b>Mensual</b>
<b>Uso de los Activos</b>	Control del Gasto Prestacional	Intervenciones quirúrgicas	<u>Número de intervenciones x 100</u> Total de afiliados	<b>Mensual</b>
<b>Uso de los Activos</b>	Control del Gasto Prestacional	Tasa uso de medicamentos	<u>Gasto total en medicamentos</u> Total de afiliados	<b>Mensual</b>
<b>Uso de los Activos</b>	Control del Gasto Prestacional	Tasa de diagnósticos de Laboratorio	<u>Número de diagnósticos de laboratorio x 100</u> Total de afiliados	<b>Mensual</b>
<b>Uso de los Activos</b>	Control del Gasto Prestacional	Tasa de diagnósticos por imágenes	<u>Número de diagnósticos por imágenes x 100</u> Total de afiliados	<b>Mensual</b>
<b>Uso de los Activos</b>	Control del Gasto Prestacional	Tasa por derivaciones	<u>Número de derivaciones x 100</u> Total de afiliados	<b>Mensual</b>
<b>Uso de los Activos</b>	Control del Gasto Prestacional	Tasa costo de derivaciones	Derivaciones cada 100 afiliados x Valor día de la derivación x Días de estancia	<b>Mensual</b>

A partir de estas definiciones, será necesario establecer, de manera consensuada, quienes serán los responsables de cada indicador, de manera que existan personas que controlen el cumplimiento. De ellas dependerá la recolección de la información con la frecuencia estipulada y su presentación sistematizada.

Por otra parte, del total de indicadores presentados deberán definirse un máximo de 6 indicadores que formarán parte del tablero ejecutivo, el cual podrá ser utilizado por los directivos de la CSS como herramienta para la toma de decisiones. Esto permitirá a las autoridades contar con un sistema de información y seguimiento constante de las principales variables indicativas de la evolución de la gestión.

Tal como se indicó, estos indicadores surgen de un análisis que parte de la identificación de los factores claves de éxito de la CSS. A partir de allí se han seleccionado los indicadores a ser incorporados en el Tablero de Mando. A partir de allí será necesario establecer responsables para iniciar su implementación. El circuito de definiciones se desarrolla, entonces, según el siguiente cronograma:



Ante detección de desvíos en los indicadores, las autoridades responsables de generar los ajustes correspondientes tomarán intervención aplicando medidas correctivas.

- **Boletín Estadístico Mensual:**

Elaborar un boletín, cuya publicación se propone, debería contener un formato web y presentará las estadísticas e indicadores relevantes mostrando además su evolución.

La información contenida en el mismo será predefinida, con gráficos lineales o de barras y cuadros para los indicadores seleccionados. El mismo debe permitir a las autoridades de la CSS analizar en forma periódica la evolución de las variables más representativas, las que se sugiere organizar por temas:

- Afiliados: Cantidad de afiliados al cierre del período analizado, evolución de los últimos 12 meses.
- Ránking de las 10 prestaciones otorgadas en el período con mayor cantidad.
- Ránking de las 10 prestaciones otorgadas en el período con mayor monto.
- Total de ingresos del período. Análisis evolutivo de los últimos 12 meses.

- Total de Egresos del período y su evolución.
- Indicadores seleccionados del Tablero de Mando y su estudio evolutivo en los últimos 12 meses.

### **1.3 Diseño de un Plan de auditoría de facturación de prestadores**

La Auditoría Administrativa de Prestaciones Medicas es un proceso interdisciplinario el cual se complementa para formar un Sistema Integral destinado a realizar la evaluación del acto médico y la correcta imputación del gasto que dicho acto origina a la Obra Social como resultado de la prestación brindada al afiliado/beneficiario.

Teniendo en cuenta este concepto, la Obra Social pretende reglamentar un sistema de Prestaciones tanto desde las normas de atención de las patologías prevalentes, como del funcionamiento del área, con la intención de brindar a sus afiliados calidad en la atención médica, preservando el uso eficiente de los recursos disponibles y logrando la satisfacción del beneficiario tanto de sus demandas como de sus expectativas.

En tal sentido la realización de este instrumento servirá de base para el reordenamiento necesario que permita cumplir con el objetivo deseado. En él, se hallarán contenidos preventivos con prestaciones básicas para cuidar la salud y brindar una mejor calidad de vida evitando de esta manera la aparición de enfermedades mayores, sus secuelas e incluso la muerte; normas de atención de las enfermedades más frecuentes; como así también los circuitos administrativos que el afiliado deberá conocer para una buena, rápida y eficiente resolución de sus problemas.

Debido a los avances tecnológicos de los últimos años, que también se han hecho evidentes en el campo de la salud, han aparecido nuevos procedimientos que por lograr buenos resultados minimizar riesgos, disminuir molestias y complicaciones, fueron incorporados al menú prestacional de la Obra Social, sin necesariamente estar incluidos en el Nomenclador Nacional.

Este hecho sugiere el compromiso de la CSS de brindar a sus afiliados mayor cobertura traspasando los límites de su obligación.

Por todo lo dicho, este manual se articula como un compendio dinámico que implica la incorporación permanente de nuevas prácticas que cumplan con la condición de “evidencia científica”, como así también la baja de muchas otras que por los avances científicos ya mencionados han caído en desuso.

Asimismo, su implementación sugiere la revisión completa de la normativa vigente al respecto y el continuo rediseño e implementación de nuevas practicas de control administrativo y financiero.

Por último para un uso rápido y fácil del mismo, se recomienda utilizar el índice

temático ubicado al comienzo del trabajo donde se detalla el Manual de Prestaciones, Normas y Procedimientos. encontrarán enumerados todos los contenidos del manual, de este modo el manejo del manual será más ágil.

Cabe destacar que en el redactado de las presentes Normas de Liquidación de Prestaciones se complementan se distintas normativas vigentes (Leyes Provinciales relacionadas a la CSS, sus Reglamentaciones, el Nomenclador Nacional de Prestaciones Medicas, Nomenclador Bioquímico Único PMO, Otros con sus codificaciones, Normas que regulan el ejercicio profesional de los médicos, etc.); las cuales se han organizado para crear un Sistema Integral que permita darle equidad, celeridad y transparencia al gasto afrontado por la Obra Social al momento de incurrir en los pagos de la prestaciones diagnosticas o de tratamientos consumidas por sus beneficiario.

Es también importante destacar que la Normativa desarrollada será eficientizada por el uso interactivo de los Sistemas Informáticos vigentes en la Obra Social como así también por la implementación de nuevos Sistemas Digitales – páginas web, etc -que brinden acceso de validación de prácticas y control administrativo de forma más directa y ágil.

## NORMATIVA GENERAL DE AUDITORÍA DE PRESTACIONES

### 1. GENERALIDADES:

Los servicios que se brindan a los beneficiarios de la Obra Social se deberán ajustar a las normas que se establecen en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales y de Análisis Clínicos, Resoluciones de la Secretaría de Salud, Resoluciones de la Superintendencia de Servicios de Salud (ex ANSSAL), como así también toda normativa prestacional que emita la CSS.

Las normas establecidas en el Anexo del Contrato / Convenio con el prestador son de cumplimiento obligatorio. El incumplimiento de las mismas autoriza a la Auditoría correspondiente a realizar los débitos parciales o totales de las facturaciones presentadas.

#### 1.1. De los Beneficiarios

- Para asistirse en los Servicios Propios y en los Prestadores Convenidos con la CSS los Beneficiarios deberán acreditar su condición de tales presentando el Documento de Identidad, su credencial expedida por la Caja y estar incluidos en el soporte magnético mensual del Organismo empleador
- Sin perjuicio del sistema vigente implementado y a los efectos de agilizar y transparentar la validación y su condición de Beneficiario, se

propone el desarrollo de un Sistema validador on line a los efectos de poder consultar un padrón de afiliados disponible en la página Web de la CSS. El mismo procurará la obtención de un código de validación el cual podrá imprimirse para ser adjuntado a cada una de las prácticas presentadas o copiar el mismo en la constancia de la prestación.

## 1.2. De las Órdenes de Prestación de Servicios

- 1.2.1. Las Prácticas podrán prescribirse en un formulario RP, en el Bono CSS o en el formulario del prestador.
- 1.2.2. Las órdenes de prestación de servicios deberán contar con el nombre y apellido del beneficiario, DNI, firmas del Beneficiario, Profesional solicitante y Profesional actuante.
- 1.2.3. El sello aclaratorio de los Profesionales con descripción de la especialidad y número de matrícula habilitante, es requisito indispensable para la validación de la misma.
- 1.2.4. Si el Beneficiario estuviere impedido para firmar, lo hará la persona que lo represente, debiéndose dejar constancia de esta circunstancia en el reverso de la Orden de prestación.
- 1.2.5. Las Órdenes de PRÁCTICA que incluyan varias sesiones o modalidades de tratamiento, deberán incluir en el reverso de la misma, el código de cada prestación efectuada, la fecha de realización de cada una y la firma del Beneficiario por cada una de las fechas inscriptas.
- 1.2.6. Las órdenes tendrán validez hasta SESENTA (60) días corridos desde la fecha de prescripción, inclusive. Las prácticas diagnósticas o terapéuticas que requieran autorización por parte de la CSS, tendrán validez hasta SESENTA (60) días corridos desde la fecha de autorización, inclusive.
- 1.2.7. Todas las órdenes de prestación de servicios que requieran autorización, según lista incluido en la presente, pueden serlo por cualquier Delegación de la CSS, previa a su cumplimentación por el Prestador. Esta autorización podrá ser realizada en la Delegación o por sistema digital (e-mail, escaneo).
- 1.2.8. Las Ordenes de internación son emitidas por las Delegaciones, contra la prestación de la solicitud emitida por el Profesional actuante en el recetario personal o institucional correspondiente, donde deben constar los datos del beneficiario, el motivo o diagnóstico que genera

la solicitud, la fecha de emisión de la misma, la PRÁCTICA diagnóstica o terapéutica a realizar y el nombre de la Institución convenida seleccionada para la realización de la misma.

### 1.3. De las Prestaciones

1.3.1. La CSS reconocerá únicamente las Prestaciones que se especifiquen expresamente en el Anexo I de los respectivos Contratos / Convenios.

1.3.2. Para el reconocimiento de las Prestaciones brindadas, valen todas las normas, nomenclaturas y codificaciones contenidas en el Anexo I.

### 1.4. De la facturación de las Prestaciones

1.4.1. El PRESTADOR contratado, autorizado a facturar a la CSS, emitirá mensualmente resúmenes conforme las Planillas correspondientes, por las prestaciones realizadas en el mes inmediato anterior e incluirá las distintas modalidades asistenciales que brinde.

1.4.2. El PRESTADOR emitirá también un subtotal por cada una de ellas y un detalle individual por paciente.

1.4.3. El Resumen de Prestaciones deben ser presentado dentro del mes posterior al mes de la realización.

1.4.4. NO se aceptará el Resumen de Prestaciones pasado los 90 días de realizada la prestación.

1.4.5. Auditoría Médica procederá a ajustar en menos a valores convenidos cualquier error arancelario excedente que conste en la Planilla de Resumen de Prestaciones.

1.4.6. El Resumen de Prestaciones para ser considerado válido deberá adjuntar toda la documentación soporte avalatoria solicitada por Auditoría Médica debidamente autorizada y conformada, firmada por el afiliado y los profesionales actuantes en los lugares especificados.

1.4.7. La Obra Social se reserva en todos los casos el derecho de solicitar ampliación de la documentación remitida siempre que se considere que no se encuentra cumplimentada la Historia Clínica, con los datos que permitan un control fehaciente de lo facturado.

1.4.8. Facturación de la medicación:

La medicación será facturada a la CSS según Manual Farmacéutico (precio venta al público (PVP) o Manual KAIROS de acuerdo al especificado en el contrato, menos la bonificación pactada en el convenio.

#### 1.4.9. Nutrición Parenteral:

La Nutrición Parenteral que queda excluida de los módulos de internación y requieren autorización de la auditoría en terreno para su facturación.

La nutrición Parenteral en domicilio se autorizará desde la internación a través de la Auditoría Médica de Terreno/ Delegación.

#### 1.4.10. De la Facturación de ambulatorio:

- Resumen general de Consultas Ambulatorias: Deberá presentarse un listado con los datos de afiliación, su valorización individual y total según modelo de Planilla de Resumen de Consultas adjunta.
- Resumen general de Prácticas Ambulatorias facturadas: Deberá presentarse un listado con los datos de afiliación, la práctica realizada, su valorización individual y total, distribuida por grupos (consultas por especialidad, rayos, ecografías, tomografías, etc.) según modelo de Planilla de Resumen de Prestaciones adjunta.
- Este listado deberá ser presentado de forma impresa y digitalmente en formato "Excel" con los campos antes mencionados.
- Cada práctica con la orden de práctica, la validación, la autorización cuando corresponda y copia de informe correspondiente.

#### 1.4.11. De la Facturación de internación:

Deberá presentar

- Informe de hospitalización o Informe Estadístico de Hospitalización, según norma Ministerio de Salud de la Nación el mismo debe contar, como mínimo, con los datos de filiación del paciente, motivo de internación, días de estada, pases (Clínica, UTI, UCO, Cirugía, etc), diagnóstico de egreso codificado con Código Internacional de Enfermedades – CIE.
- Copia del Consentimiento Informado en cada Historia Clínica-HC, completo con firma del paciente y/o pariente-persona a cargo. En caso de urgencia, ante la falta de Consentimiento Informado Quirúrgico, se aceptará como válido el Consentimiento de Internación General donde conste la internación y/o práctica que

se le realizará al paciente.

- Sticker/Troqueles (para los insumos utilizados que así lo requieran).

En caso de elementos de provisión múltiple se aceptará Fotocopia de los Stickers o Troqueles originales se aceptará la fotocopia de los mismos con la firma y sello del médico que realizó la Práctica.

- Certificado de Implante.
- Historia Clínica completa- Puede ser versión digital.
- En casos especiales de internaciones prolongadas, las mismas podrán ser cortadas por períodos de facturación, siempre con la autorización explícita de la auditoría della CSS.

Para el sistema por Módulo de la CSS al fin de cada periodo el prestador deberá presentar:

- Comprobante legalmente emitido, un resumen con el detallado con los Nombres y Apellidos de cada afiliado, DNI, Validación, Fecha de Ingreso/Egreso, Módulo otorgado por el Médico Auditor de Terreno (MAT), adicionales y exclusiones, todo valorizado.
- Resumen individual de internación con los todos los datos de filiación, Fecha de Ingreso/Egreso, Módulo otorgado, adicionales, exclusiones y prácticas incluidas en el módulo contratadas directamente por ella CSS, todo valorizado de acuerdo a los convenios respectivos.
- Las internaciones sólo podrán ser facturadas al egreso, previa autorización y con el correspondiente Módulo otorgado por el MAT, “ad referéndum” de su verificación en la Historia Clínica.

Normativa particular para los Módulos:

Los aranceles no podrán incrementarse en porcentaje alguno, cuando se realicen prestaciones en horarios nocturnos o días feriados como así tampoco en urgencias.

Se reconocerán como adicionales, transfusiones de hemoderivados - “TH”, plasmaférisis, leucoférisis, o eritroférisis - “TP”. Se reconocerán TH a partir de la 3ra unidad salvo en el módulo específico de transfusiones que se reconocerá a partir de la 1ra. Todo lo anterior se facturará como adicional de módulos clínicos o quirúrgicos.

Las resonancias magnéticas nucleares, están fuera de los módulos.

Cada módulo tiene un mínimo de consumo en días, en el contexto de patología resuelta. La reinternaciones inmediatas no deben ser facturadas como adicionales. Los insumos biomédicos (elementos



ortésicos y protésicos de todo tipo) están excluidos y serán provistos por ella CSS.

**a. Prácticas:**

Cuando las circunstancias excedan el marco de un módulo se podrá:

- Aplicar módulo adicional contemplado
- Otorgar un nuevo módulo
- Considerar la internación dentro de módulos especiales.

Los “módulos especiales” se pagan por día de internación, siempre convalidados por el médico auditor de terreno – MAT - y no podrán adicionarse otros módulos clínicos, transformando toda la internación clínica en “fuera de módulo”.

Las intervenciones o prácticas menores (drenaje de acceso, traqueotomía, canalización venosa, colocación de PIC, etc.) no se podrán facturar ni dentro ni fuera de los módulos solo aquellas que son adicionales por ej. Drenaje terapéuticos guiados por tomografía computada.

Nunca se otorgarán sumatoria de quirúrgicos, siempre se otorgará el de mayor valor.

**b. Módulos Adicionales:**

En ningún caso se otorgarán por retraso en diagnóstico y/o tratamiento.

Solo pueden acompañar al módulo de origen.

El módulo adicional “espera de prótesis” – ESPROP - se adjudicará en urgencias por fracturas con demoras no imputables al PRESTADOR.

El adicional “acompañante” – ACOP – en mayores de 14 años de edad tiene su fundamentación médica sólo en paciente con discapacidad

### c. Módulos Pediátricos:

Son internaciones pediátricas hasta los 14 años de edad inclusive.

Los módulos pediátricos clínicos tienen incorporado un porcentaje por acompañantes.

El módulo adicional ACOP incluye cama y desayuno, los mismos no se podrán adicionar en internaciones quirúrgicas de un día.

De no existir un módulo pediátrico clínico se otorgará su homologado de adultos más adicional ACOP por la cantidad de días de estar.

### d. Medicación Excluida de los Módulos

Las drogas que quedan excluidas de los módulos de internación son las listadas a continuación, en todos los casos requieren autorización de la auditoría en terreno para la facturación:

- Abciximab
- Aciclovir amp
- Alprostadil (cardiopatía congénita)
- Alteplase
- Anfotericina Liposomal
- Azatiopina
- Basiliximab
- Busufan
- Caspofungin
- Ciclofosfamida amp
- Ciclosporina
- Citostáticos
- Complejo protrombínico
- Eritropoyetina
- Ertapenem
- Estreptoquinasa
- Factor antihemofílico
- Filgrastim
- Fluconazol amp.
- Foscarnet
- Fosfolípidos+asociación
- Ganciclovir

- Imipenem
- Inmunoglobulina anti Rho
- Inmunoglobulina anti hepatitis B
- Inmunoglobulina Humana
- Interferon
- Levosimandan
- Linezolid
- Meropenem
- Metilprednisolona
- Octreotida
- Pralidoxina
- Somatostatina
- Teicoplanina
- Timoglobulina
- Tegeciclina
- Tirofiban
- Voriconazol

**DISPENSA DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO PARA USO HOSPITALARIO EN ONCOLOGIA, ONCOHEMATOLOGIA Y HOSPITAL DE DIA EN GENERAL.**

A modo de propuesta se adjunta el listado de medicamentos de Alto Costo destinados a pacientes con diagnóstico oncológico, oncohematológico, y otros grupos de enfermedades que los requieran asistidos en el PRESTADOR. Estos medicamentos serán provistos por ella CSS. Deberán ser tramitados en forma institucional a través de la Auditoría de la CSS para su autorización y, en caso de ser aprobada, posterior provisión a la farmacia del PRESTADOR para administración al paciente.

El Listado será actualizado con altas, bajas y modificaciones – ABM.

**Drogas Oncológicas:**

LENALIDOMIDA	25 MG CAPS X 21
LENALIDOMIDA	5 MG CAPS X 21
NILOTINIB	200 MG CAPS X 120
NIMOTUZUMAB	50
mg iny x 4 PACLITAXEL ALBUMINA	10
0 mg iny PANITUMUMAB	10

0 MG INY	
PAZOPANIB	400 mg comp x 30
PEMETREXED	500 mg iny x 1
PERTUZUMAB	420 mg iny x 1
RACOTUMOMAB	1 mg fco amp
REGORAFENIB	40 mg comp x 28 caja x3
RITUXIMAB	100 mg amp
RITUXIMAB	500 mg amp
SORAFENIB	200 mg comp x 112
SUNITINIB	12.5 mg comp x 28
SUNITINIB	25 mg comp x 28
SUNITINIB	50 mg comp x 28
TEMSIROLIMUS	25 MG INY
TRABECTIDINA	1 mg iny
TRASTUZUMAB	440
mg fco amp.	TRASTUZUMAB
EMTANSINA	100
mg iny	
TRIOXIDO DE ARSENICO (varif)	10
mg amp x 10	VINFLUNINA 250
mg vial	
VINFLUNINA	50 mg vial

### Drogas No Oncológicas

Monodroga	Presentación
ABATACEPT	125 mg iny jga x 4
ABATACEPT	250 mg iny
ADALIMUMAB	40
mg iny ADEFOVIR	DIPIVOXIL
10 mg comp.x 30	
BOCEPREVIR	200 mg caps x 336
CERTOLIZUMAB	200 mg jga x 2
COPOLIMERO-1 Liof.	20 mg jga
prell x 28	COPOLIMERO-1 Liof.
40 mg jga prell x 12	DNASA HUM.
RECOMB.	iny x 6
ENTECAVIR	0.50 mg comp.x 30
ENTECAVIR	1 mg comp.x 30

ETANERCEPT	25 mg amp x 4
ETANERCEPT	50 mg iny x 4
FINGOLIMOD	0.5 mg comp x 28
GOLIMUMAB	50 mg iny
INFLIXIMAB	100 mg
amp x 1 INTERF ALFA2B PEG	120 mcg
iny INTERF ALFA2B PEG	180 mcg
iny INTERFERON BETA	22 mcg
(6m) x12 INTERFERON BETA	44 mcg
(12mui) x12 INTERFERON BETA	8 mui x
15 amp INTERFERON BETA	amp x 4
NATALIZUMAB	300 mg
iny x 1	
PALIVIZUMAB	100 mg iny
RILUZOL	50mg comp x 60
TELAPREVIR	375 mg comp x 42
TERIFLUNOMIDA	14 mg comp X 28
TOBRAMICINA	300 mg amp x 56
TOBRAMICINA	cáps.duras x
224+inh.x 5 TOBRAMICINA-Novartis	
300 mg amp x 56	TOCILIZUMAB
	200 mg vial
TOCILIZUMAB	400 mg vial
TOCILIZUMAB	80 mg vial
TOFACITINIB	5 mg comp x 60
USTEKINUMAB	45 mg
vial VALGANCICLOVIR	450mg
comp x 60	

#### 1.5. Procedimiento de “Denuncia” de Internaciones

- El PRESTADOR denunciará las internaciones no programadas dentro de las 48 hs. (corridas) de ocurridas. Las internaciones programadas se denunciarán como fecha límite hasta 72 hs. de anticipación.
- La CSS, a través de la correspondiente Gerencia -Gerencia Liquidación de Prestaciones-, se reserva el derecho de denegar las

autorizaciones de internaciones denunciadas fuera de término o cualquier otro incumplimiento del presente.

- Las "denuncias" se realizarán en la dependencia de la CSS que le corresponda de acuerdo con la zona de prestación, con los datos completos y su correspondiente validación electrónica.
- La "prórroga de internación" no será considerada dentro del Nomenclador modulado la CSS.
- El módulo se otorga al alta con la autorización de la auditoría de la CSS (Médico Auditor de Terreno - MAT).

El prestador deberá cumplimentar lo mencionado en el sistema informático cuando la CSS lo establezca para tal fin.

## NORMAS PARA AUDITORIA DE FACTURACIÓN

CAUSAL DEBITO	TIPO	OBSERVACIONES
---------------	------	---------------

### a. DE LA IDENTIFICACIÓN DE AFILIADOS

Verificación electrónica de afiliado (Validación)	Refacturable	<p>Los prestadores deben verificar a través del validador on line o Sistema Traditum la condición de afiliado.</p> <p>Las prestaciones crónicas como ser Internación Domiciliaria y Hemodiálisis crónica, se validarán en el momento del cierre mensual de la facturación. Así también aquellas por sesiones.</p>
---	--------------	---

### b. DE LA DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA DE LA CONSULTA

Consulta fuera de término	No Refacturable	Transcurridos los 90 días de su realización no se reconocerá la
---------------------------	-----------------	---

		prestación excepto que corresponda a una refacturación.
Exceso de consultas por especialidad (más de tres por mes)	No Refacturable	El exceso se debita, salvo presentación de historia clínica que lo justifique y sujeta a auditoria.
Dos o más consultas al mismo especialista y al mismo afiliado en igual fecha.	No Refacturable	Salvo presentación de historia clínica que lo justifique y sujeta a auditoria. Iguales consideraciones al punto anterior.
Consulta incluida en la Práctica	No Refacturable	Sobrefacturación
Falta de diagnóstico/ diagnóstico ilegible	Refacturable	El diagnóstico es requerido para su aplicación estadística en la elaboración de políticas de salud
Datos ilegibles o enmendados	Refacturable	Deberán ser salvados correctamente por el mismo profesional con la leyenda "Digo....." según corresponda.

### c. DE LAS ÓRDENES DE PRÁCTICA

Falta de la orden de prescripción de la Práctica	Refacturable	Los afilados tienen obligación de entregar orden de prescripción de la Práctica original. En caso de omisión involuntaria por parte del prestador se permitirá su refacturación con la OP original debidamente autorizada si correspondiere.
Orden de prescripción de la Práctica sin Autorización previa	No Refacturable	Deberán estar autorizadas, excepto el listado de prestaciones que no requieren autorización previa. En caso de urgencias debidamente justificadas se aceptarán autorizaciones gestionadas el 1° día hábil

		posterior a su realización.
Orden de prescripción de la Práctica vencida para su facturación	No Refacturable	Vigencia de la orden de prescripción de la Práctica para su realización desde su prescripción/ autorización (la que ocurra más tarde): 60 días. Total días autorizados desde la realización hasta su facturación: 60 días.

Facturación de una práctica distinta a la autorizada	No Refacturable	
--	-----------------	--

Falta fecha de realización de la prestación	Refacturable	La fecha de realización de la prestación está relacionada con la vigencia de la autorización para efectuarla (60 días). Además, establece la demora entre la solicitud / autorización de la prestación y la realización de la práctica que está a su vez relacionada con la disponibilidad de turnos del efector (Indicador de calidad)
Falta firma, sello y matrícula del Profesional que realiza la prestación	Refacturable	
Falta de firma de conformidad del beneficiario o huella dactilar	Refacturable	El empleo de la impresión dactilar queda limitado a pacientes impedidos de firmar. En el caso de pacientes no lúcidos, menores y/o incapaces legalmente declarados, la firma será de quien detente la tutela legal.



Orden de prescripción de la Práctica sin Diagnostico.	Refacturable	El diagnóstico es requerido para su aplicación estadística en la elaboración de políticas de salud.
Falta el informe/ protocolo del estudio o práctica realizada (excepto prácticas de laboratorio ambulatorio)	Refacturable	Se deberá adjuntar copia del informe o protocolo practicado, a fin que pueda ser sometida a controles de Calidad y proceso estadístico
Falta protocolo operatorio en cirugías ambulatorias	Refacturable	Se deberá adjuntar copia del informe o protocolo practicado a fin que pueda ser sometida a controles de Calidad y proceso estadístico.
Enmiendas no salvadas por quien corresponde	Refacturables	Deberán ser salvados correctamente por el mismo profesional con la leyenda "Digo ....." según corresponda.
Falta Fecha, firma o conforme de afiliado en prácticas que requieren varias sesiones (Psicología, FKT, etc)	Refacturable	Se liquidarán las prácticas correctamente conformadas. El resto de las Prácticas son refacturables cuando el prestador subsana la causal de débito, dentro de los plazos de refacturación.
Falta de stickers y Certificado de Implante	No Refacturable	Aquellas prestaciones médicas donde se incluyen elementos protésicos y/o implantables o cualquier otro producto, se deberá presentar la fotocopia del protocolo quirúrgico con los sticker correspondientes obrante en la Historia Clínica y el certificado de
		implante original con los correspondientes stickers originales de individualización. En caso de elementos de presentación múltiple se aceptará Fotocopia de los Stickers o Troqueles originales se aceptará la fotocopia de los mismos con la firma y sello del médico que realizó la Práctica.
Error de suma en factura		Se debitará la diferencia.
Error de cálculo en la liquidación		Se debitará la diferencia.
Liquidación de prestaciones con aranceles diferentes al acuerdo de valores.	Se liquidará de acuerdo a valores convenidos	Se realizará ajuste de valores
Refacturación de prestación debitada no	No	Se debitará

subsana	Refacturable	
Refacturación de prestación debitada fuera de los plazos contractuales	No Refacturable	Las prestaciones debitadas pasibles de refacturación tienen 30 días de plazo para su refacturación a partir de la recepción fehaciente de la comunicación (firma del aviso de retorno).  Los Prestadores pueden optar por retirar personalmente la documentación existente, en caso que lo considere conveniente, con personal debidamente acreditado.
Código incluido en módulo	No Refacturable	Sobrefacturación

Código incluido en otro módulo	No Refacturable	<u>Se procederá del siguiente modo:</u>  Si la prestación objetada está incluida en otro módulo del prestador y su realización obedece a una urgencia debidamente justificada se reconocerá el módulo + el código de la prestación. (no se reconocerán los 2 módulos completos)  Si la prestación objetada está incluida en otro módulo del prestador y su realización NO obedece a una urgencia no se reconocerá el código perteneciente a otro módulo. (Se reconocerá un solo módulo).  No se aplicará esta causal de débito, en caso de existir autorización por parte de Delegaciones de la C S S , aún en contra de lo expresado precedentemente.
Prestación vencida para su realización	No Refacturable	Las órdenes tendrán validez hasta SESENTA (60) días corridos desde la fecha de prescripción, inclusive. Las prácticas diagnósticas o terapéuticas que requieran autorización por parte de la C S S , tendrán validez hasta SESENTA (60) días corridos desde la fecha de autorización, inclusive.
Prácticas no convenidas y sin aprobación previa de presupuesto	No Refacturable	

**d. DE LA DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA DE LAS INTERNACIONES**

Orden de Internación de otra Obra social	No Refacturable	No requiere
Falta Orden de Internación de la Delegaciónla CSS	Refacturable	En caso de omisión involuntaria por parte del prestador se permitirá su refacturación con la Orden de Internación original debidamente autorizada por Delegación de la CSS.

Orden de Internación sin autorización previa	No Refacturable	Excepto urgencias debidamente justificadas, las que deberán ser autorizadas el 1er día hábil con posterioridad a la internación.
Realización de prácticas alta complejidad en internación, sin autorización previa y sin la debida justificación	No Refacturable	Excluye a las prestaciones incluidas en módulos.

Falta de autorización previa en medicamentos de alto costo o Catástrofe	No reconocidos serán	Requieren autorización previa del Departamento Prestaciones Salud (Formulario de Alto costo). En caso de urgencia debidamente justificada, el Médico Autorizador de la Delegación podrá autorizar 48 hs o primer día hábil de cobertura hasta la recepción de la ratificación o denegatoria de la CSS
---	----------------------	---

#### e. DE LAS PARTES CONSTITUTIVAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

La Historia Clínica es una prueba documental con connotaciones técnicas (médicas), económicas (administrativas) y jurídicas, que como tal no puede ser modificada.

Su adulteración dolosa puede configurar el ilícito penal previsto por el Cap III. Art. 292 del Código Penal. Bajo esta interpretación jurídica la CSS, solo acepta fotocopias completas y foliadas, no aceptando refacturaciones por débitos que surjan de la auditoría efectuada a las Historias Clínicas, en el entendimiento que nada puede ser agregado con posterioridad a su cierre.

Historia Clínica con letra ilegible	Refacturable	<p>La Historia Clínica ha de ser un instrumento objetivo y comprensible por terceros y no solo por quienes escriben en ella. En caso de ilegibilidad manifiesta el devolverá la documentación al prestador.</p> <p>El prestador remitirá como re-facturación la documentación con la aclaración solicitada, que debe estar firmada por el médico interviniente, sin modificar la Historia Clínica original en fojas separada haciendo referencia al folio de la Historia Clínica que aclara.</p>
Falta firma y/o sello del/ de los profesional/les interviniente/s en cada acto médico	No Refacturable	<p>La identificación del profesional interviniente es de suma importancia por tener carácter probatorio ante la ley.</p> <p>Asimismo, no se debitarán por falta de sello del profesional si la rúbrica esta aclarada de puño y letra con indicación de número de matrícula.</p>
Falta diagnóstico de ingreso	No Refacturable	<p>Indicador Básico de Calidad del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica.</p> <p>Se aceptan diagnósticos presuntivos los cuales podrán ser ratificados o rectificadas en base a la evaluación médica y a los tratamientos instaurados, pero debe consignarse un diagnóstico de ingreso.</p>
Falta de Epicrisis	Refacturable	<p>Indicador Básico de Calidad del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica.</p> <p>Se aceptará refacturación por falta de Epicrisis cuando el prestador presente fotocopia con foliación correlativa a la Historia Clínica original y firmada por el Director Médico de la Institución, como aval de la modificación de la Historia Clínica original.</p>
Falta de evolución diaria en Historia Clínica	No Refacturable	No se reconocerá el día no evolucionado

Falta de registraci3n en la evoluci3n diaria de la Historia Cl3nica de lo actuado por el especialista interconsultado.	No Refacturable	Cuando se realicen interconsultas con otros profesionales se deben registrar la fecha de solicitud, la causa que motiva la interconsulta y la fecha de recepci3n de la misma.
Falta de Informe de Interconsulta a especialista.	Refacturable	Se aceptar3 refacturaci3n por falta de Informe de Interconsulta a Especialista, cuando el prestador presente fotocopia con foliaci3n correlativa a la Historia Cl3nica original y firmada por el Director M3dico de la Instituci3n, como aval de la modificaci3n de la Historia Cl3nica original.
Falta de registro en Historia Cl3nica de estudio y/o an3lisis practicado.	No Refacturable	En la Historia Cl3nica se deber3 registrar la fecha de solicitud y la causa que motiva todos los estudios (Ej: Hemograma de control) como tambi3n la fecha de recepci3n de los mismos, independientemente de adjuntar el informe o protocolo correspondiente.
Falta de informe de pr3cticas diagnosticas en internaci3n.	Refacturable	Con la Historia Cl3nica se deber3 adjuntar fotocopia del informe o protocolo practicado.
Falta de Protocolo quir3rgico y/o Protocolo incompleto	No Refacturable	En la Historia Cl3nica se deber3 adjuntar copia del informe o protocolo practicado, independientemente del registro exacto que de los mismos se consigne en la hoja de evoluci3n cl3nica.
Falta de Protocolo anest3sico y/o Protocolo incompleto	No Refacturable	En la Historia Cl3nica se deber3 adjuntar copia del informe o protocolo practicado, independientemente del registro exacto que de los mismos se consigne en la hoja de evoluci3n cl3nica.

Falta de stickers y certificado de implante	No Refacturable	<p>Aquellas prestaciones medicas donde se incluyen</p> <p>elementos prot3sicos y/o implantables o cualquier otro</p> <p>producto, se deber3 presentar indefectiblemente la fotocopia del protocolo quir3rgico con los sticker</p> <p>correspondientes obrante en la Historia Cl3nica y el certificado de implante original con los</p>
---	-----------------	--

		<p>correspondientes stickers originales de individualización.</p> <p>En caso de elementos de presentación múltiple se aceptará Fotocopia de los Stickers o Troqueles originales se aceptará la fotocopia de los mismos con la firma y sello del médico que realizó la Práctica.</p>
Falta de Hoja Indicaciones Médicas	No Refacturable	<p>La Historia Clínica es uno de los elementos más relevantes en la relación médico-paciente. Adicionalmente es de suma importancia por tener carácter probatorio ante la ley y por razones económicos administrativas.</p>
Falta de Hoja de Enfermería	Refacturable	<p>La Historia Clínica es uno de los elementos más relevantes en la relación médico-paciente.</p> <p>Adicionalmente es de suma importancia por tener carácter probatorio ante la ley y por razones económicos administrativas.</p> <p>Se aceptará refacturación por falta de Hojas de Enfermería cuando el prestador presente fotocopias con foliación correlativa a la Historia Clínica original.</p>
Falta de consentimiento informado	No Refacturable	<p>El <b>consentimiento informado</b> constituye un presupuesto y elemento integrante de la lex artis para llevar a cabo la actividad médica.</p> <p>El código de Ética Médica en su Art. 22 establece: "Configura una grave falta ética que el miembro del equipo de salud indique tratamientos sin la aclaración pertinente y el consentimiento previo del paciente o responsable, salvo en circunstancias de peligro de vida o que limite los derechos del paciente a decidir libremente o promueva median te engaño la decisión de las personas a aceptar proposiciones conducentes al beneficio de cualquier tipo del propio médico".</p> <p>La legislación vigente determina la obligatoriedad del consentimiento del paciente y también contempla los casos especiales:</p> <p>-Ley 17.132/67 - Normas para el ejercicio profesional. Art. 19 (obligaciones de los médicos) Inc. 3 "Respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o delitos.</p> <p>Se ha establecido o determinado que:</p>

		"La obtención previa del consentimiento informado del paciente es condición de licitud del acto médico, impuesto por el derecho que tiene el paciente a disponer de su cuerpo y no está sujeto a formalidad alguna".
--	--	--

Impresión de Historia Clínica informatizada sin firma digital o sin firma avalatoria del Director Médico del nosocomio.	No Refacturable	Con firma digital: el firmante deberá presentar Certificado Digital  Con firma electrónica: por no cumplir los requisitos de firma digital el firmante deberá validar la firma.
Demoras injustificadas en Internación	No se reconocerán los días facturados en exceso	Serán consideradas Sobre prestación
Reinternaciones por Altas Médicas prematuras	Se reconocerán los gastos en insumos médicos	Guía de Indicadores Básicos de calidad para establecimientos de salud. Indicadores básicos Porcentaje de reingresos no programados por la misma patología dentro de las 72 horas de alta
Internaciones por complicaciones inherentes al Prestador	No Refacturable	En caso de no aceptación, por parte del prestador, de esta causal de débito se procederá a Auditoría conjunta.
Internaciones por estudios realizables en forma ambulatoria.	No Refacturable	Serán consideradas Sobre prestación
Carencia de fundamento científico para prácticas de mediana y alta complejidad	No Refacturable	Serán consideradas Sobre prestación

Internación sin definición diagnóstica y/o terapéutica	No Refacturable	Será considerada Sobre prestación
--	-----------------	-----------------------------------

## INSTRUCTIVO PARA LA FACTURACIÓN Y CARGA AUTOMÁTICA A TRAVÉS DE SOPORTE MAGNÉTICO

El presente documento brinda una orientación para los Prestadores la CSS, con el objeto de generar un CD que contenga los datos de facturación que deberán ser ingresados al Sistema de Auditoría.

**La información a proporcionar es la que se detalla en el cuadro que sigue y podrá ser presentada en formato WORD (.doc), EXCEL (.xls) o de texto (.txt).**

TIPO DE DATOS	CÓDIGO
Datos del Afiliado	DNI
Datos de la Prestación	Prestación
	Cantidad de prestaciones
	Tipo de unidad
	Importe unitario
	Importe total
	Fecha de prestación
	Numero de autorización
	C.I.E.
Datos del Profesional Efector	Sesiones (Sólo para prestaciones que requieran cantidad de sesiones)
	Matrícula Tipo
	Matrícula Código de provincia
Sólo para Internaciones	Matrícula Número
	Fecha de egreso
	Tipo de egreso
	Días piso
	Días UTI
	Días estadía



## REFERENCIAS

### **DATOS DE LA PRESTACIÓN**

#### Prestación

Nombre de la Prestación

#### Cantidad de prestaciones

Deberá constar la cantidad del código facturado.

#### Tipo de unidad

CÓDIGO	UNIDAD
H	Honorarios
G	Gastos
A	Anestesista
T	Todos

#### **Código**

Código de la Prestación la CSS según convenio.

#### Precio unitario

Es el precio convenido con la CSS para el código.

-

#### Importe total

Es el Importe unitario convenido por la cantidad de códigos facturados.

#### Fecha de prestación

Es la fecha en la que se efectuó la prestación.

#### Número de autorización

Es el número dado por la CSS para toda prestación que la requiera.

#### Código de CIE/ Diagnóstico

CÓDIGO CIE	DESCRIPCIÓN / DIAGNÓSTICO
En caso de contar con el padrón del CIE, será obligatorio enviar el código	De no contar con el padrón del CIE, se enviará el diagnóstico.

correspondiente.	
Si el prestador envía ambos datos y los mismos no coincidieran, el CIE tendrá prioridad en el ingreso de la prestación.	

## DATOS DEL PROFESIONAL EFECTOR

### Matrícula del Profesional

Tipo	NACIONAL o PROVINCIAL (N o P)
<b>Código de provincia</b>	Si el tipo es P se deberá agregar el código que identifica Provincia que expidió la matrícula, según listado adjunto
<b>Número</b>	Número de la matrícula

CODIGO	PROVINCIA
00	BUENOS AIRES
03	CATAMARCA
04	CORDOBA
05	CORRIENTES
06	CHACO
07	CHUBUT
08	ENTRE RIOS
09	FORMOSA
10	JUJUY
11	LA PAMPA
12	LA RIOJA
13	MENDOZA
14	MISIONES
15	NEUQUEN
16	RIO NEGRO
17	SALTA

18	SAN JUAN
19	SAN LUIS
20	SANTA CRUZ
21	SANTA FE
22	STGO. DEL ESTERO
23	TUCUMAN
24	TIERRA DEL FUEGO
25	CAPITAL FEDERAL

### SÓLO PARA INTERNACIONES

En el caso de las **internaciones** es obligatorio el siguiente detalle de datos:

<b>Fecha de egreso</b>	Fecha del día del alta.
<b>Tipo de egreso</b>	Característica del alta (ALTA, OBITO o CONTINUA).
<b>Días piso</b>	Cantidad de días que el Afiliado estuvo internado en piso.
<b>Días UTI</b>	Cantidad de días que el Afiliado estuvo en UTI/UCO.

### NOTAS

- En la Etiqueta del CD deberá constar los siguientes datos: Código y nombre del prestador, Nro de factura, mes de prestación y dirección de MAIL.
- Se recuerda que la presentación deberá hacerse preferentemente en formato de planilla tipo EXCEL.
- En caso que el archivo de transferencia de datos sea de estructura fija se deberá suministrar la información que contiene cada campo (CONTENIDO, TIPO, FORMATO, LONGITUD Y POSICION).
- En caso que el archivo sea de estructura variable deberá informar, además del contenido de cada campo, el tipo de separador.

### PRESTACIONES NO NOMENCLADAS

- En caso en que el prestador tenga en su Sistema una codificación diferente a la convenida con la CSS, deberá enviar un listado donde conste el código y descripciones propias y sus equivalentes convenidas.
- En caso en que el prestador no tenga convenio con la CSS, enviar un listado donde conste el código y descripción de las prestaciones.

## LISTADO DE PRÁCTICAS MÉDICAS Y BIOQUÍMICAS AMBULATORIAS QUE NO REQUIEREN AUTORIZACIÓN

### 1. LISTADO DE PRÁCTICAS MÉDICAS AMBULATORIAS QUE NO REQUERIRÁN AUTORIZACIÓN:

#### a. Listado prácticas médicas ambulatorias del Nomenclador Nacional (PMO): (\*)

##### ALERGIA: 14

NN 14 01 01 al 14 01 03

##### ANATOMÍA PATOLÓGICA: 15

NN 15.01.01 Biopsia x incisión o punción. Ganglio, lesión de piel, trozo de ovario, cilindro hígado, etc.

NN 15.01.02 Estudio macro y microscópico de pieza operatoria simple. Vesícula biliar, ovario, placenta, estómago, etc. Los cortes que fueran necesarios.

NN 15.01.03 Estudio macro y microscópico de pieza de resección oncológica ampliada. Órgano y sus ganglios regionales. Los cortes que fueran necesarios.

NN 15.01.04 Biopsia por congelación y estudio diferido del corte

NN 15.01.05 Estudio seriado y semiseriado mínimo 15. Con autorización previa de O.S.

NN 15.01.06 y 07

NN 15.01.10 y 11

##### CARDIOLOGÍA: 17

NN 17.01.01 y 02 ECG en consultorio y domicilio

NN 17.01.04 ECG de Holter (x 24 horas) un canal

NN 17.01.09 Monitoreo: para toda práctica incluida en el presente listado. Ej. videocolonoscopia.

NN 17.01.11 Ergometría

NN 17.01.18 Holter de 24 horas

NN 17.01.19 Tilt-Test

NN 17.01.20 Holter de Presión

##### ECOGRAFIAS y ECODOPPLER: 18

NN 18.01.01 a 18.01.18

NN 18.02.01 y 02 Ecodoppler periférico b/n color.

NN 18.02.03 Circulación suprahepática-cava

- NN 18.02.04 Esplénico-cava
- NN 18.03.01 Ecodoppler cardíaco
- NN 18.05.01 Ecodoppler cardíaco fetal color
- NN 18.06.01 Ecografía de partes blandas

#### ENDOCRINOLOGÍA y NUTRICIÓN: 19

- NN 19.01.01 Metabolismo basal
- NN 19.01.02 Régimen individual con preparación de menú dietético

#### GASTROENTEROLOGÍA: 20

- NN 20.01.11 Motilidad esofágica
- NN 20.01.20 Esofagofibroscofia SIN ANESTESIA
- NN 20.01.22 Esofagoduodenofibroscofia SIN ANESTESIA
- NN 20.01.24 Colonofibroscofia SIN ANESTESIA
- NN 20.01.25 Rectosigmoideoscopia SIN ANESTESIA
- NN 20.01.26 Rectosigmoideoscopia SIN ANESTESIA
- NN 20.01.27 Anoscopia

#### GINECOLOGÍA: 22

- NN 22.01.01 Colposcopia
- NN 22.01.04 Estudio del moco cervical
- NN 22.01.08 Cepillado de epitelio vaginal y cervical para HPV y Ca

#### OBSTETRICIA: 22

- NN 22.02.02 Monitoreo fetal
- NN 22.02.03 Psicoprofilaxis del parto

#### MEDICINA NUCLEAR: 26

- NN 26.01.01 Curva de captación tiroidea
- NN 26.01.12 Radiorenograma con clearance renal
- NN 26.02.11 Centellograma de tiroidea
- NN 26.02.14 Centellograma de paratiroides
- NN 26.02.15 Centellograma de glándulas salivales

#### NEUMONOLOGÍA: 28

- NN 28.01.01 Espirometría
- NN 28.01.02 Espirometría antes y después de broncodilatadores

- NN 28.01.07 Curva flujo volumen con o sin esperometría
- NN 28.01.08 Determinación de volúmenes pulmonares
- NN 28.01.09 Estudio de mecánica pulmonar: comprende distensibilidad pulmonar estática y dinámica, compliance – resistencia de las vías aéreas – conductancia y coeficiente de retracción elástica
- NN 28.01.10 Análisis de gases en aire espirado y en sangre arterio venosa
- NN 28.01.11 Capacidad pulmonar total y volumen residual

#### NEUROLOGÍA: 29

- NN 29.01.02 Electroencefalografía con activación compleja
- NN 29.01.03 Nistagmografía electroretinografía
- NN 29.01.04 Electromiografía de MS o MI o faciales
- NN 29.01.05 Electromiografía de los 4 miembros
- NN 29.01.06 Electromiografía c/velocidad de conducción
- NN 29.01.11 Potenciales evocados de cualquier vía de conducción o sentido

#### OFTAMOLOGÍA: 30

- NN 30.01.01 Oftamodinamometría
- NN 30.01.02 Campo Visual
- NN 30.01.06 Tonometría en niños c/anestesia general
- NN 30.01.08 Gonioscopía
- NN 30.01.09 Curva tensional
- NN 30.01.10 Tonografía c/tonógrafo electrónico
- NN 30.01.11 Retinografía c/ 3 placas - unilateral
- NN 30.01.13 RFG (retinofluorescencia – unilateral)
- NN 30.01.16 Extracción CE en córnea
- NN 30.01.17 Depilación eléctrica del párpado de todos los elementos afectados
- NN 30.01.18 Dilatación de conducto lacrimonasal con intubación
- NN 30.01.19 OBI (oftalmoscopia indirecta binocular con esquema de FO)
- NN 30.01.20 Estudio de fijación en el estrabismo con visuscopio
- NN 30.01.22 Exoftalmología incluye prescripción de cristales, su control posterior, tonometría y FO
- NN 30.02.01 Campo visual Computarizado/Perimetría/Campimetría
- NN 30.02.02 Paquimetría
- NN 30.02.04 Topografía corneal en caso de sospecha de

Queratocono

NN 30.02.05 Angiografía c/indocianina

**O.R.L: 31**

NN 31.01.01 Examen funcional  
laberíntico

NN 31.01.02 Audiometría

NN 31.01.03 Logoaudiometría

NN 31.01.04 Pruebas supraliminales, cada  
una NN31.01.05 Selección de  
otoamplifonos

NN 31.01.07 Técnica de Proetz, hasta diez  
sesiones NN31.01.09 Impedanciometría

NN 31.01.10 Examen funcional de nariz – rinomanometría

NN 31.01.11 Extracción de cuerpo extraño en oído - extracción de cerumen. - uni o  
bilateral

NN 31.01.12 Taponamiento nasal anterior

NN 31.01.13 Taponamiento nasal anteroposterior

NN 31.01.15 Cauterización de nariz NN 31.01.22 Otomicroscopía

NN 31.01.23 Rinosinusofibroscopía  
diagnóstica

NN 31.01.24 Faringe laringe fibroscopía

**SALUD MENTAL:** NN33 atención ambulatoria. No se realizan cambios. Se mantiene  
lo

n  
o  
r  
m  
a  
d  
o  
.

**RADIOGRAFIAS:** NN 34.01.01 al 34.09.09

**TAC:**

NN 34.10.01 TAC de  
cerebro

NN 34.10.10 TAC de  
Tórax

**MARCACIÓN MAMARIA PREQUIRÚRGICA** NN 34.11.01

**DENSITOMETRÍA ÓSEA (CON LAS NORMAS DEL NOMENCLADOR)**

NN 34.12.01

#### UROLOGÍA: 19

NN 36.01.01 al 08 36.01.11 y 12

NN 36.01.02  
Uretrocistofibroscopía

NN 36.01.03 Sondaje vesical

NN 36.01.05  
Cistotonomanometría

NN 36.01.06 Dilatación  
uretral

NN 36.01.07 Uretroscopía

NN 36.01.12 Peneoscopía con biopsia

#### (\*) NOTA:

1. Rehabilitación en general Códigos 25 Nomenclador Nacional: requieren autorización. La autorización se realiza como máximo por 10 sesiones cada vez.
2. Rehabilitación del cardiópata Código 17.01.17 Nomenclador Nacional:

#### b. Listado Prácticas Médicas Ambulatorias del Nomenclador de la CSS determinado para ser cargado al Sistema Informático que determine el programa de Auditoría

##### ALERGIA: NN 14

145001 Alergia test de iodo -  
prolongada 145002 Prick test

145003 Test de fluoresceína

145004 Prueba de provocación controlada

##### ANATOMIA PATOLOGICA: NN 15

155005 Biopsia por congelación y estudio diferido del corte. Mínimo 4 tomas

155006 Revisión de tacos - hasta 2 por estudio

155010 Toma biopsia quirúrgica de tejido u órgano profundo y/o ganglios a cielo  
abierto o video asistida

155011 Módulo anatomía patológica - todo lo normatizado en el nn

155012 Citología exfoliativa oncológica+ hormonal+ colposcopia

155018 Biopsia medular análisis histopatológico

155019 Biopsia ganglionar análisis histopatológico



- 155029 Coloraciones especiales: Pas, Ziehl Nielsen, Grocott, Perls, Tricrómico, toros
- 155033 Módulo estudio anatomopatológico-citológico no ginecológico (incluye  
150101-02-03-150105-150110-11)
- 155034 Estudio de citología exfoliativa ginecológica-incluye  
150106-07
- 155037 Estudio anatomía patológica por biopsia-citologías complejas sin congelación
- 155039 Anatomía patológica. Estudio de material de biopsia renal con microscopia.

### **CARDIOLOGIA: NN 17**

- 175005 Ergometría  
computarizada 175006  
Marcapasos - control
- 175009 Marcapasos - reprogramación
- 175010 Holter 3 canal c/medición variabilidad frecuencia en 24  
hs 175011 Holter 3 canal c/canal sensor espiga  
marcapasos
- 175013 Holter electrocardiográfico
- 175021 Prueba ergometría graduada 12  
derivaciones 175022 Electrocardiograma con  
señal promediada 175023 Ergometría  
computarizada 3 canales
- 175024 Ergometría computarizada 12 canales
- 175028 electrocardiograma y riesgo quirúrgico
- 175029 Tilt test farmacológico
- 175031 Control de cardiodesfibriladores

### **ECOGRAFIA / ECODOPPLER: NN 18**

- 185001 Ecografía obstétrica 3d
- 185002 Ecografía neonatal transfontanelar
- 185003 Ecografía pediátrica (transfontanelar, cadera)
- 185004 Ecografía 2 d pediátrica
- 185008 Ecografía  
vesicoprostática
- 185009 Ecografía de cuello
- 185010 Ecografía glandulas salivales-  
parótida/submaxilar
- 185011 Ecografía de cordón espermático
- 185015 Ecografía de mama: marcación c/carbón

activado  
185019 Ecografía tiroídea  
185020 Ecografía de paratiroides  
185021 Ecografía transrectal  
185022 Ecografía con transductor vaginal  
185023 Ecografía musculotendinosa  
185024 Ecografía de cadera  
185025 Marcación mamaria prequirúrgica  
185026 Ecografía peneana  
185032 Ecografía de articulación  
185039 Ecografía de hombro  
185040 Ecografía de maxilar  
185057 Ecografía de órganos profundos y superficiales  
185058 Ecografía mamaria uni o bilateral color  
185059 Ecografía oftálmica unilateral  
185060 Ecografía oftálmica bilateral  
185201 Ecodoppler color - central o periférico o por zona o región  
185202 Ecodoppler color vasos de cuello  
185205 Ecodoppler de cordón umbilical y vasos placentarios  
185210 Ecodoppler modo m y b  
185211 Ecodoppler de órganos del abdomen  
185213 Ecodoppler color con contraste (solución salina)  
185233 Ecodoppler testicular  
185235 Ecodoppler vascular blanco y negro mmii  
185236 Ecodoppler vascular blanco y negro de cuello y otros  
185237 Ecodoppler de mmss o mmii  
185246 Ecodoppler tiroideo para evaluar perfusión  
185404 Scan fetal - ecografía tocoginecológica

ENDOCRINOLOGIA y NUTRICION: NN 19

195021 Control - antropometría - educación alimentaria nutricional

195027 Control nutricional programas especiales

195028 Módulo nutricional básico

#### GASTROENTEROLOGIA: NN 20

205001 Pediatría- biopsia rectal por aspiración

205024 Esofagogastroduodenofibroscofia c/video (VIDEO FEDA DIAGNOSTICA)

205025 Fibroscofia c/extracción cuerpo extraño alto

205026 Fibroscofia c/video c/extracción cuerpo extraño alto

205037 Rectosigmoideofibroscofia

#### GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA: NN 22

225001 Curso prenatal anterior al séptimo mes

225002 Método psicoprofiláctico del parto - curso completo

225003 Módulo de prevención de cáncer de cuello de útero

#### NEUMONOLOGIA: NN 28

285001 Espirometría forzada sin broncodilatadores computarizada

285002 Espirometría forzada con broncodilatadores  
Computarizada

285003 Máxima ventilación voluntaria

285004 Oximetría arter y oxicapnografía c/ aire  
espirado Permanente

285005 Curva flujo - volumen computarizada

285006 Capacidad residual funcional por lavado de nitrógeno  
con Calculo de la C.P.T. y vol.R.

285007 Resistencia y conductancia de la vía  
aérea

285008 Compliance y retracción elástica

285009 Presión de oclusión sin y con  
hipercapnia

285010 Saturación de oxígeno en reposo y  
esfuerzo

285011 Prueba de ejercicio cardiopulmonar con valoración del intercambio  
ventilatorio con dosaje de lacta

285012 Prueba de ejercicio de oximetría de pulso

285013 Determinación de la presión  
transdiafragmática

285014 Prueba de oxígeno al 100% para calculo de  
SHUNT

285015 Volumen minuto por el método de FICK indirecto

285016 Monitoreo oximétrico nocturno  
285017 Valorización nutricional y metabólica en pacientes ambulatorios y críticos  
285018 Consumo de oxígeno producción de anhídrido carbónico y cociente respiratorio  
285030 Curva de flujo volumen computarizada  
285031 Examen funcional respiratorio  
285032 Espirometría - determinación de volúmenes pulmonares  
285033 Capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO)  
285038 Espirometría computarizada con o sin bronco dilatadores  
285040 Medición pico flujo espiratorio  
285041 Adaptación y control de CPAP  
285048 Evaluación pre quirúrgica neumonológica

#### NEUROLOGIA: NN 29

295001 Electroencefalograma computado  
295003 Electroretinograma computado  
295004 Electromiografía para Miastenia Gravis  
295020 Reflejos acústicos  
295022 Electromiograma de los cuatro miembros p/niños  
295023 Electromiograma con velocidad de conducción p/niños  
295024 Electromiograma de los miembros superiores e inferiores o facial p/niños  
295029 Electromiograma de los 4 miembros  
295032 Electromiografía - velocidad sensitiva por nervio  
295033 Electromiografía - estudio de placa motora  
295034 Electromiografía computada con velocidad de conducción de los cuatro miembros con material descartable  
295042 Potenciales evocados por zona o region  
295043 Potencial evocado visual  
295044 Potencial evocado auditivo  
295046 Potencial evocado somato-sensitivo (m s/m i)  
295047 Potencial evocado somato-sensitivo (4 miembros)  
295048 Potencial evocado somato-sensitivo (nervio pudendo y/o trigémino)  
295049 Potenciales evocados - región adicional-  
295050 Potenciales evocados - 2 estudios  
295051 Potenciales evocados - 3 estudios  
295056 Velocidad de conducción por dos nervios

295057 Velocidad de conducción para cuatro miembros

### OFTALMOLOGIA: NN 30

- 305001 Ejercicios ortópticos computarizados
- 305002 Consulta vestida incl. examen de refracción prescripción de lentes por computación, fondo de ojo
- 305003 Campo visual computarizado/perimetría bilateral ambos ojos
- 305004 Perimetría estática de cada ojo
- 305005 Perimetría de cúpula/dos variables/ Golman cada ojo
- 305006 Ecometría bilateral
- 305007 Biomicroscopía ant-post/gonioscopía
- 305008 Estudio retina periférica
- 305009 Oftalmología estudio visión binocular
- 305010 Oftalmología paquimetría unilateral
- 305011 Pleóptica bilateral
- 305012 Examen oftalmológico
- 305013 Oftalmoscopia por fotografía 305014 Oftalmoscopia en prematuro
- 305015 Plombaje
- 305016 Sondaje
- 305017 Estudio estrabismo por fotometría 305018 Examen funcional del estrabismo
- 305019 Receta de anteojos por computación (refractometría computarizada /autorrefractometría)
- 305020 Autorrefractometría y queratometría 305021 Test estereoptosis (Rando test/House Fly)
- 305022 Test Farns-Worth/vis colores bi.
- 305023 Test de Lancaster
- 305024 Ofttest Lotmar
- 305025 Test de Schimer/Amsler bi.
- 305026 Visión de contraste bi.
- 305027 Prueba de Amberes bi.
- 305028 Consulta vestida oftalmológica
- 305029 Campo visual computarizado/perimetría unilateral
- 305030 Topografía corneal bilateral
- 305031 Consulta oftalmológica ulterior
- 305032 Interferometría bilateral
- 305033 Oft ecometría (bilateral)

305034 Oft biomicroscopía anterior/posterior-gonioscopía  
305035 Oft estudio de retina periférica  
305037 Oft paquimetría  
bilateral  
305038 Oft Pleóptica  
(bilateral)  
305042 Oft vía lagrimal:  
plombaje  
305043 Oft vía lagrimal:  
sondaje  
305044 Oft test de la mirada preferencial  
305045 Oft estudio del estrabismo  
p/fotometría  
305046 Oft examen funcional del  
estrabismo  
305047 Oft refractometría computarizada -  
autorrefractometría  
305048 Oft autorrefractometría y queratometría  
305050 Oft test de Farns-  
Worth  
305051 Oft test de  
Lancaster  
305052 Usar código 305024 - oft test de Lotmar  
305053 Oft test de Amsler (bilateral)  
305054 Oft test de visión de contraste  
(bilateral)  
305055 Oft prueba de Amberes (bilateral)  
305056 Oft test de Schimer (bilateral)  
305057 Oft test de visión de colores/test de Ishijara (bilateral)  
305058 OFT estudio infectología ocular y ojo seco  
305060 Oft retinofluoresceinografía ambos ojos  
305061 Oft Rx vías lagrimales con instilación de sustancia de contraste  
305064 Oft ecometría unilateral  
305068 Oft angiografía retinal computada  
bilateral  
305069 Oft test de Bult  
305070 Oft test de bengala  
305072 Oft prueba de permeabilidad lagrimal con anestesia  
general  
305073 Oft biometría  
305080 Oft angiografía digital con fluoresceína unilateral  
305081 Oft angiografía digital con fluoresceína bilateral  
305082 Oft angiografía digital con indocianina bilateral  
305089 Oft módulo glaucoma: conioscopía - tonometría aplanática bilateral-curva  
de presión-campo visual computada.  
305090 Oft módulo glaucoma: conioscopía - tonometría aplanática bilateral-curva

de presión-campo visual computada.

305092 Topografía de papila  
unilateral

305094 Agudeza visual

305095 Oft módulo glaucoma: gonioscopia - tonometría aplanática bilateral-curva  
de presión-campo visual computado.

305097 Oft módulo estrabismo: test de Hirshberg-Screem test con caja de  
prismas- convergencia-cover test-etc.

305101 Retinografía  
unilateral

305103 Oft retinografía color

305104 Oft interferometría  
unilateral

305105 Oft consulta oftalmología de urgencia fuera de horario de consultorio

305106 Oft topografía corneal computada bilateral

305108 Oft topografía corneal uni o  
bilateral

305110 Oft adaptación de ayudas ópticas

305113 Oft screening neonatal  
oftalmológico

305114 Oft consulta oftalmológica de urgencia fuera de horario-pasiva

305116 Examen oftalmológico del niño

305117 Exploración de vías lagrimales

#### OTORRINOLARINGOLOGIA: NN 31

315001 Selección de audífonos

315002 Consulta ORL vestida  
adultos

315003 Selección de audífonos computarizada

315004 Consulta vestida discapacitados  
neuromotrices

315005 Audiometría p/respuestas evocadas (ERA)

315007 Rinolaringofibroscofia

315011 Control de prótesis auditiva c/gananc inserc o evaluador audífono

315012 Otoemisiones acústicas

315013 Impedanciometría y  
timpanometría

315014 Audiometría y logo  
audiometría

315015 Audiometría, logo y pruebas supraliminales

315016 Audiometría, logo, tímpano e  
Impedanciometría

315017 Audiometría pediátrica

315018 Logo audiometría pediátrica

315019 Detección precoz audición del recién

nacido

315020 Reflejos acústicos

315021 Pruebas de función tubaria

315022 Fonoaudiología (audiometría-logoaudiometría-impedanciometría- timpanometría-acufenometría)

315023 Examen vestibular

315026 Impedanciometría

315027 Timpanometría

315030 Tratamiento de la hemorragia nasal posterior

315035 Lavaje de seno paranasal uni o bilateral.

315036 Acuametría-prueba con Diapasones-Weber-Rinne

315037 Audiometría tonal por juegos

315038 Audiometría – logoaudiometría - impedanciometría

315039 Examen otológico, acumetría, otomicroscopia, curaciones, extracción cerumen, abscesos, colobomas, micetomas

315040 Rinoscopia anterior, microscopia endonasal, tratamiento sinusal, tratamiento adenoideo, lavajes, proetz, curaciones, rinom

315041 Tratamiento faríngeo: electrocoagulación, crioterapia, cauterización química

315042 Módulo estudio de energía vocal

#### RADIOLOGIA: NN 34

34a202 SAMO: frente y perfil - cráneo, cara, senos paranasales o cavum

34a206 SAMO: a) 2 placas - ortopantomografía - panorámica de cráneo o cara

34a208 SAMO: a) 2 placas - telerradiografía de cráneo y/o perfil facial con cefalostato

34a210 SAMO: b) 2 placas - radiografía de raquis

34a212 SAMO: a) 2 placas - radiografía hombro, humero, pelvis, cadera, fémur

34a217 SAMO: a) 2 placas - artrografía con intervención de especialista

34a302 SAMO: a) 2 placas-telerradiografía de tórax c/s trazado de diámetros cardíacos c/s relleno esofágico

34a422 SAMO: radiografía simple de abdomen-a) 2 placas

34b202 SAMO: frente, perfil y oblicua - cráneo, cara, senos paranasales o cavum

34b206 SAMO: b) 3 placas - ortopantomografía- panorámica de cráneo o cara

34b208 SAMO: b) 3 placas - telerradiografía de cráneo y/o perfil facial con cefalostato

34b212 SAMO: b) 3 placas - radiografía hombro, humero, pelvis, cadera, fémur

34b302 SAMO: b) 3 placas-telerradiografía de tórax c/s trazado de diámetros cardíacos

c/s relleno esofágico

34c210 SAMO: c) 4 placas - radiografía de raquis



34c506 SAMO: por exposición subsiguiente. - c) 4 placas  
34d506 SAMO: pielografía ascendente (sin honorarios del especialista) d) 5 placas  
34e506 SAMO: pielografía ascendente (sin honorarios del especialista) - e) 6 placas  
345001 Radiografía de pieza operatoria  
345002 Examen mamográfico de la pieza quirúrgica  
345003 Proyección de mano con momógrafo  
345022 Medición de miembros inferiores con espinógrafo  
345601 Senografía unilateral de alta resolución técnica de magnificación-frente perfil prolongación axilar  
345603 Técnica de magnificación unilateral  
345619 Senografía con técnica Eklund unilateral  
345622 Técnica de Eklund digital  
346201 Densitometría ósea dos regiones

#### UROLOGIA: NN 36

365001 Uroflujometría  
365002 Uroflujometría computarizada  
365013 Uro urodinamia: estudio completo  
365015 Uro flujometría miccional  
365016 Uro penescopía  
365019 Uro test de erección farmacológica  
365020 Uro cavernosografía dinámica  
365023 Uro sondaje vesical evacuador o para instilación terapéutica, dilatación uretral  
365024 Uro uretrocistofibroscopía con cistotonomanometría  
365028 Determinación de volumen residual  
365030 Uro estudio urodinámico pediátrico  
365034 Penescopía con biopsia  
365035 Cavernosonografía / cavernosonometría

(\*\*) NOTA: los Códigos repetidos se encuentran en Nomenclador de la C S S del Sistema Informático a implementar y poner en vigencia.

## 2. LISTADO DE PRÁCTICAS BIOQUÍMICAS AMBULATORIAS QUE NO REQUERIRÁN AUTORIZACIÓN: (\*\*\*)

a. Listado Prácticas Bioquímicas Ambulatorias del Nomenclador Nacional (PMO):

NN 660001 al 660139

NN 660141 al 660999

NN 661000 al 661140

NN 661145 al 661200

b. Listado Nomenclador Bioquímico Único (NBU) versión 2012: Prácticas No Nomencladas de Alta Frecuencia.

(\*\*\*) NOTA:

SI REQUERIRÁN AUTORIZACIÓN:

1. Todas las Prácticas Bioquímicas de Baja Frecuencia correspondientes al NBU versión 2012.
2. Las siguientes Prácticas:
  - ✓ 660140 Cariotipo, mapa cromosómico.
  - ✓ 661105 HIV, carga viral.
  - ✓ 661110 HIV, WESTERN- BLOT
  - ✓ 661142 Preparación de sangre a transfundir (módulo transfusional)

**VADEMÉCUM DE LA CSS A SER PUESTOS VIGENCIA VIA WEB**

Los Vademécum de la CSS son:

- Ambulatorio Unificado.
- Ambulatorio Complementario.
- Contraceptivos.
- Crónicos.
- Diabetes.
- Plan Materno Infantil Hijo.
- Plan Materno Infantil Madre.
- Vacunas.

El PRESTADOR deberá acceder a los mismos mediante un link que brinde acceso directo al Vademecum de la CSS

**FORMULARIO DE ALTA COMPLEJIDAD**

SOLICITUD DE ESTUDIOS ESPECIALES DE ALTA COMPLEJIDAD

ESTUDIO DIAGNOSTICO ESPECIALES DE ALTA COMPLEJIDAD

1) ESTUDIO SOLICITADO.....  
.....

2) DERIVADO DEL SERVICIO O ESPECIALIDAD:.....

3) DATOS DE AFILIACION: IOSE Nº ...../.....  
TEL/CEL..... Apellido y Nombre:  
..... Edad:  
..... Dirección:  
.....

4) RESUMEN DE H. C.:  
.....  
.....

. Exámenes Complementarios:  
.....

. Tratamientos Realizados:  
.....

5) OPCIONES ALTERNATIVAS (DIAGNOSTICAS/TERAPEUTICAS).....  
.....

6) FUNDAMENTO Y JUSTIFICACION DE LO SOLICITADO:  
.....

Firma y Sello Médico Tratante

INFORME DE LA DELEGACION: CONVENIDO (tachar lo que no corresponda) SI - NO  
Valor \$.....

PRESUPUESTO 1:..... PRESUPUESTO 2:.....

PRESUPUESTO 3:..... PROPUESTA: ACEPTAR (Tachar

lo que no corresponda)

SI NO

URGENTE                      PREFERENTE DESPACHO                      TRÁMITE NORMAL  
DICTAMEN DEL MEDICO

AUDITOR:.....

.....  
.....

.....

.....                      Firma J. Delegación    Firma Médico Auditor

**INTERVENCION DEL DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES DE SALUD (para ser utilizado en los casos que requieran la participación de esta instancia)**

DICTAMEN MEDICO AUDITOR EQ.  
OPERATIVO.....

AUTORIZADO SI - NO

.....

.....                      Firma del J. Medico de Eq.

Operativo

Firma de

Medico Auditor

ORDEN DE PRÁCTICA / CONSULTA											
DNI o NÚMERO DE AFILIADO		EDAD	REALIZACIÓN HONORARIOS			REALIZACIÓN GASTOS			DNI o NÚMERO DE AFILIADO		EDAD
			PRÁCTICA INDICADA	CANT.	CÓDIGO	IMPORTE	CANT.	CÓDIGO	IMPORTE		
<input type="text"/>		<input type="text"/>								<input type="text"/>	
APELLIDO Y NOMBRES										APELLIDO Y NOMBRES	
ORDEN PARA: CONSULTA <input type="checkbox"/> PRÁCTICA <input type="checkbox"/>		Intern <input type="checkbox"/> Ambulat <input type="checkbox"/> Domic <input type="checkbox"/>	IMPORTE TOTAL			IMPORTE TOTAL			Intern <input type="checkbox"/> Ambulat <input type="checkbox"/> Domic <input type="checkbox"/>		
DIAGNÓSTICO*											
Firma y sello del afiliado		Firma y sello del profesional		Firma y sello del ector		Firma y sello del ector				Firma del afiliado	
Fecha	Fecha	Tit	Nombre	Fecha	Tit	Nombre	Fecha	Tit	Nombre		

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LAS  
ÓRDENES DE PRÁCTICAS Y CONSULTAS**  
Orden de consulta – Datos a completar por el profesional médico

Orden de práctica con facturación de honorarios y gastos

ORDEN DE PRÁCTICA / CONSULTA											
DNI o NÚMERO DE AFILIADO		EDAD	REALIZACIÓN HONORARIOS			REALIZACIÓN GASTOS			DNI o NÚMERO DE AFILIADO		EDAD
			PRÁCTICA INDICADA	CANT.	CÓDIGO	IMPORTE	CANT.	CÓDIGO	IMPORTE		
999999999		00									
APELLIDO Y NOMBRES										APELLIDO Y NOMBRES	
ORDEN PARA: CONSULTA <input type="checkbox"/> PRÁCTICA <input checked="" type="checkbox"/>		Intern <input type="checkbox"/> Ambulat <input type="checkbox"/> Domic <input type="checkbox"/>	IMPORTE TOTAL			IMPORTE TOTAL			Intern <input type="checkbox"/> Ambulat <input type="checkbox"/> Domic <input type="checkbox"/>		
DIAGNÓSTICO*											
Firma y sello del afiliado		Firma y sello del profesional		Firma y sello del ector		Firma y sello del ector				Firma del afiliado	
Fecha	Fecha	Tit	Nombre	Fecha	Tit	Nombre	Fecha	Tit	Nombre		

**NO SE COMPLETA**

**NORMAS DE AUDITORIA ODONTOLÓGICA**

1. Normativa General de Liquidación de Prestaciones Odontológicas.
2. Normativa de Odontología.
3. Resumen Mensual de Prestaciones Odontológicas.
4. Ficha Odontológica e Instructivo para completarla.

## NORMATIVA GENERAL DE LIQUIDACIÓN DE PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS

### 1. De las Fichas Odontológicas

- 1.1. Las Fichas Odontológicas del la CSS serán utilizadas por los afiliados para recibir la atención en los Prestadores convenidos o autorizados, en aquellos casos previstos en las presentes normas.
- 1.2. Las Fichas Odontológicas, deberán ser completadas en todos los casilleros en blanco, con letra clara y legible para permitir su procesamiento y acelerar las liquidaciones y pagos, en especial los correspondientes al nombre y apellido del beneficiario y DNI. La omisión de cualquiera de los ítems obligatorios consignados, es causal de invalidación de la Ficha Odontológica. Los errores, tachaduras o correcciones deberán ser salvados con la firma del Profesional interviniente de la Obra Social.
- 1.3. Las Fichas Odontológicas deberán ser firmadas por el Beneficiario y el Profesional actuante. El sello aclaratorio de los Profesionales con descripción de la especialidad y número de matrícula habilitante, es requisito indispensable para la validación de la misma.  
Si el Beneficiario estuviere impedido para firmar, lo hará la persona que lo represente, debiéndose dejar constancia de esta circunstancia en el reverso de la Ficha Odontológica.

### 2. De la facturación de las Prestaciones

- 2.1. El PRESTADOR contratado, autorizado a facturar a la CSS, emitirá mensualmente resúmenes conforme las Planillas correspondientes (Planilla Resumen de Prácticas Odontológicas), por las prestaciones realizadas en el mes inmediato anterior e incluirá las distintas modalidades asistenciales que brinde.
- 2.2. El PRESTADOR emitirá también un subtotal por cada una de ellas y un detalle individual por paciente (Ficha Odontológica, una ficha por afiliado).
- 2.3. El Resumen de Prestaciones Odontológicas para ser considerado válido deberá adjuntar toda la documentación soporte avalatoria solicitada por Auditoría Odontológica debidamente autorizada y conformada, firmada por el afiliado y los profesionales actuantes en los lugares especificados.

## NORMATIVA DE AUDITORIA DE ODONTOLOGÍA

### Capítulo I: Consultas

#### Código 0101:

Este código incluye examen, diagnóstico y plan de tratamiento, se considera como primera consulta y comprende la confección de la ficha Odontológica (deberá reflejar el estado actual de la boca, previo al tratamiento a efectuarse). Se reconocerá cada DOCE (12) meses cualquiera fuese el número de veces que en ese periodo el afiliado demande servicios con el mismo prestador, salvo para menores de 15 años cuyo tope será de DOS (2) consultas

por año – cada SEIS (6) meses-. Y de las embarazadas reconociéndose en estos casos una consulta cada TRES (3) meses – adjuntando el certificado correspondiente. En los casos de Clínicas, Centros, Institutos o Servicios con varios profesionales se considerara prestador al ente, contratado y no al o los profesiones intervinientes, a excepción de las especialidades de Periodoncia y Ortodoncia que se registrarán por los alcances de las indicaciones de cada Capítulo en particular.

Para su reconocimiento se deberá confeccionar el Odontograma completo.

Odontograma: el odontograma catastral es esencial para la facturación de las prestaciones. Se marcaran con rojo las prestaciones existentes y con azul las prestaciones a realizar. Las piezas que al momento de realizar el odontograma se encuentren extraídas se marcaran con un cruz en rojo (X) y las piezas que se deberán extraer con dos líneas en azul (=) en los adultos los terceros molares solo se marcaran como ausentes si el paciente asegura habérsela extraído, caso contrario no se deberá marcar pues si llegaran a erupcionar y se realizara una prestación sobre la misma el sistema registrara la pieza como ausente.

En los niños con dentición en periodo de exfoliación no se deberá marcar como ausente las piezas que no hayan erupcionado.

En el caso que el paciente no presente ninguna caries o restauración se deberá especificar en el cuadro de observaciones “sin patología o sin caries”. Siempre se debe indicar la cantidad de piezas existentes en boca. Se anotaran las prótesis removibles de acrílico, cromos, completas, pernos y coronas etc. Omitir la confección del diagrama dentario dará lugar el débito no solo de este código, sino de la totalidad de lo facturado en la ficha correspondiente.

En caso de que antes de transcurrir el plazo de DOCE (12) meses, el paciente presenta nuevas patologías se enviara una actualización del Odontograma, el que no será facturado indicando las nuevas prestaciones a realizar fundamentando cada una de ellas.

Tener muy presente la importancia Médico legal que la Historia Clínica Odontológica posee.

Código 0104: Consulta de urgencia.

Se considera urgencia, específicamente a toda prestación odontológica que no constituya un paso intermedio de tratamiento y o final del mismo, que resuelva la demanda espontánea. Se deberá especificar en todas las cosas el motivo de la misma y el tratamiento efectuado.

Ejemplo: pericoronaritis, estomatitis, drenaje de abscesos, hemorragias, alveolitis, apertura de urgencia (Extirpación de filetes), etc.

La extensión al certificado bucodental se reconocerá bajo este código a razón de uno por año calendario (12 meses). Para este caso además deberá adjuntarse el diagrama dentario completo. Quedan excluidas las consultas de urgencia generada por prácticas realizadas por un mismo profesional

## Capítulo II: Operación dental

Se auditará y se abonará por pieza independiente de las caras tratadas Solo se podrá facturar un código de este capítulo por pieza tratada.

Las obturaciones en la dentición Primaria deberán tener una duración mínima de doce meses

Código 0201: Restauraciones plásticas no fotopolimerizables.

Incluye las restauraciones simples compuestas y complejas en cualquier pieza dentaria con materiales plásticos no fotopolimerizable esto incluye entre otros: amalgama, ionómeros de restauración, resinas de auto curado, etc.

La duración mínima de la misma es de DOS (2) años, durante ese periodo no se reconocerá la repetición de la misma ni la extracción de la pieza dentaria.

Código 0208: Restauraciones con materiales plásticos fotopolimerizables.

Incluye entre otros ionómeros vítreos, compomeros, composites, etc. Realizados en cualquier sector de la boca Se reconocerá cada DOS (2) años. Durante ese periodo no se reconocerá la repetición de la misma ni la extracción pieza dentaria.

Código 0204: Reconstrucción con tornillo en conducto con materiales plásticos no fotopolimerizables y fotopolimerizables. El tiempo de permanencia en boca estará en relación con los periodos establecidos para las restauraciones precedentemente mencionadas. Requiere para su reconocimiento radiografías pre y postoperatorias

### Capítulo III: Endodoncia

Estos tratamientos se reconocerán cada CUATRO (4) años por pieza tratada no pudiendo ser repetido por el mismo profesional durante ese lapso. Se reconocerá como elemento multirradicular a aquellas piezas en las que se permita visualizar la presencia y tratamiento de dos o más conductos radiculares.

Las radiografías respaldatorias de los códigos de este capítulo, se facturaran por separados. (Se admiten hasta 2 rx periapical)

Código 0301: tratamiento unirradicular.

Código 0302: tratamiento multirradicular.

Código 0305: biopulpectomía parcial

Código 0306: necropulpectomía parcial.

La necropulpectomía parcial se reconocerá en piezas que por causas técnicamente justificadas no pueden ser tratadas por endodoncia convencional. Se reconocerán únicamente en molares adultos con conductos calcificados que se visualicen radiograficamente. No se reconocerán momificaciones en dientes con procesos apicales

### Observaciones Generales

No se aceptaran obturaciones con conductos que no sean completos aunque se trate de



preparaciones para perno. Los mismos deberán ser desobturados al confeccionar el mismo en los casos que correspondan.

Tampoco se reconocerán tratamientos endodónticos cuyo material de obturación no sea radiopaco y no llegue correctamente hasta el límite cemento dentinario. Toda obturación que sobrepase el ápice o llegue a ocupar la zona periapical a distancia del tratamiento efectuado y sea un material no reabsorbible por los tejidos periapical se consideran contraindicados.

La auditoria podrá solicitar los elementos de juicio que justifiquen los tratamientos difiriendo el pago hasta la prestación de los mismos.

Ejemplo: restos radiculares, piezas dentarias con gran destrucción coronaria, piezas con escaso soporte óseo.

No se reconocerán tratamientos endodónticos que no se acompañen de la radiografía previa, conductometría donde se visualice el clamp. (aislación absoluta) y radiografía posterior a la misma (ver presentación y corrección en el capítulo IX de radiología) las que serán enviadas para su auditoria y fiscalización

## Capítulo V: Odontología Preventiva

Código 0501: Consulta preventiva mayores de 18 años de edad. Incluye tartrectomía, cepillado mecánico, control de placa bacteriana y enseñanza de técnica de higiene dental.

Código 0502: Consulta preventiva periódica Se reconocerá cada SEIS (6) meses y hasta los

18 años de edad y cada TRES (3) meses en embarazadas, adjuntando el certificado correspondiente. Incluye Tartrectomía, cepillado mecánico, aplicación de flúor, control y enseñanza de técnica de higiene dental. Detección y control de placa bacteriana.

Código 0505: Sellado de fosas, surcos y fisuras. Esta práctica se reconoce cada DOS (2) años en premolares y molares permanente. No se reconocen cuando sean aplicados sobre obturaciones preexistentes.

Código 0506: Aplicación de carioestáticos por hemiarcada. No podrá facturarse la obturación definitiva de la pieza hasta pasado los seis meses del tratamiento.

## Capítulo VII: Odontopediatría

Se consideran practicas Odontopediatricas a las efectuadas en pacientes de hasta 14 años de edad inclusive. Las practicas indicadas en el presente capitulo se regirán por las normas particulares que en cada caso se especifica. No se reconoce incrementos en prácticas del capítulo II y III efectuado en pacientes menores de 14 años ni aranceles superiores a los aceptados para cada código en particular

Código 0701 consulta de motivación. Se reconocerá por única vez hasta los 14 años de edad, inclusive, consulta diagnostica, examen y plan de tratamiento comprende hasta TRES (3) visitas al consultorio se reconocerán por única vez cuando el afiliado requiera asistencia con el mismo profesional, incluye al código 0101-Fichado.

Código 0702 mantenedor de espacio fijo.

Se cubrirá por única vez por pieza dentaria, incluye corona o banda y ansa de alambre de apoyo o tornillo de expansión.

Código 0703 mantenedor de espacio removible se reconocerá cuando falten 2 o más dientes primarios contiguos o más de 2 dientes alternados en la misma arcada dental.

Código 0704 Tratamiento en dientes primarios con formocresol. Se reconoce con Rx pre y post operatoria y cuando el diente tratado no se encuentre en el periodo de exfoliación normal y tenga por lo menos 1/3 de la raíz. No se aceptaran formocresol en dientes permanentes.

Código 0705 corona metálica de acero o similares. Se reconocerá en piezas temporarias con tratamiento de formocresol o gran destrucción coronaria, cuando las piezas no se encuentran dentro del periodo de exfoliación En primeros molares permanentes hasta los 15 años de edad. Requiere radiografías pre y post operatorias para su reconocimiento.

Código 0706 reducción de luxación con inmovilización dentaria. Requiere para su reconocimiento: historia clínica y radiografías que justifiquen la práctica.

Código 0707 Reducción total (reimplante) e inmovilización dentaria. Requiere para su reconocimiento: historia clínica y radiografías que justifique la práctica.

Código 0708 Fractura amelo-dentaria. Protección pulpar con coronas provisorias. Incluye la corona provisoria requiere las radiografías pre y postoperatorias para su reconocimiento

## Capítulo VIII: Tratamientos Periodontales

Se consideran Tratamientos Especializados y como tal junto a la fichado periodontal correspondiente se deberán adjuntar las radiografías pertinentes para una mejor evaluación del caso

Código 0801: consulta de estudio, diagnostico y pronostico Se reconocerá cada DOS (2) años (24 meses). Incluye la confección de la ficha periodontal debiéndose marcar las profundidades de bolsa superior e inferior y el grado de movilidad dentaria en las piezas existentes.

Código 0802: Tratamiento de la gingivitis marginal crónica. Comprende todos los cuadros gingivales cualquiera fuere su etiología y en forma global. Incluye tartrectomía, raspaje, control de placa, enseñanza de cepillado y eventual gingivoplastía podrá reconocerse hasta UNA (1) vez cada DOCE (12) meses.

Código 0803: Tratamiento de periodontitis destructiva, leve, moderada y severa (con bolsa de hasta 6 mm o más).

Se reconocerá por sector, incluye desgaste selectivo y/o armonización oclusal alisado radicular, eventual gingivectomía y colgajo y cirugía mucogingival e injerto, se reconocerán cada 24 meses.

Código 0805: Consulta de mantenimiento Pos. Tratamiento Periodontal.

Se reconocerán UNA (1) vez cada SEIS (6) meses y siempre y cuando se encuentra terminado el tratamiento periodontal incluye el código 0501y 0502.

## Observación

A los efectos del reconocimiento del código 0803 se determina la división de las arcadas dentarias en seis sectores a saber:

### Maxilar superior.

Sector 1 – de pieza 18 a 14 inclusive = 5 piezas.

Sector 2 – de pieza 13 a 23 inclusive = 6 piezas.

Sector 3 – de pieza 24 a 28 inclusive = 5 piezas. Maxilar Inferior

Sector 4 – de pieza 38 a 34 inclusive = 5 piezas.

Sector 5 – de pieza 33 a 43 inclusive = 6 piezas.

Sector 6 – de pieza 44 a 48 inclusive = 5 piezas.

Se reconocerá un sector entero cuando las piezas dentarias existentes en el mismo excedan el 50 % de las piezas que lo componen en el caso de una dentición completa o sea cuando se contabilicen en el mismo TRES (3) o mas piezas dentales caso contrario se sumaran únicamente las fracciones menores TRES (3) piezas de sectores incompletos y se facturara de acuerdo al mismo criterio, es decir cada tres piezas aisladas de sectores incompletos que presente 1 a 2 piezas dentales y sumadas entre sí llegue a TRES (3), se reconocería UN (1) solo sector del código correspondiente.

Los ajustes de la oclusión, así como los desgastes selectivos de piezas tratadas no serán reconocidos por separado del correspondiente tratamiento periodontal, hallándose en consecuencia incluidos en cada uno de ellos y aun en el caso del código 0802.

## Capítulo IX: Radiología

Toda radiografía para su reconocimiento deberá presentarse abrochada a la ficha odontológica en plancha de acetato sin sobre en el que conste el nombre y apellido, numero de afiliado, fecha, e informe respectivo. En todos los casos, indicar el motivo; práctica asociada o diagnostico presuntivo. Incluye las impresiones por técnica de Rx Digital debiendo en estos casos tener una clara definición de las imágenes impresas para su control y auditoría.

- La corrección de la presentación-, la angulación, definición, centrado contraste revelado y fijado a objeto de su fácil interpretación serán requisitos obligatorios para su reconocimiento.
- Como algunos tratamientos también depende de la calidad de la toma radiográfica para su fiscalización por los sistemas de auditoría, la falta de cualquiera de los requisitos enumerados, precedentemente que no permitan auditar otras prácticas, dará lugar al no reconocimiento de esas prácticas ni por supuesto tampoco de las radiografías que se adjuntan con las mismas.

### Se admite como máximo:

- \* Hasta cuatro películas periapicales.
- \* De 5 a 7 películas se facturara como media seriada
- \* de 8 a 9 películas como media seriada más 1 o 2 periapicales.
- \* Código 09.01.01: Rx periapical con técnica de cono corto o cono largo
- \* Código 09.01.02 :Rx Bite Wing o de aleta mordible
- \* Código 090104: media seriada.

- \* Prácticas exclusivas para centros radiológicos.
- \* Código 090103 Rx oclusal de 6 por 8 cm.
- \* Código 090105 Seriada completa.
- \* Extraorales.

Para las radiografías que se indica a continuación se deberá indicar el motivo de la solicitud del estudio.

En todos los casos se deberá adjuntar el recibo de conformidad de recepción del estudio firmado por el paciente para su reconocimiento al facturarse en el caso de no adjuntarse la radiografía correspondiente

Código 090204: Pantomografía o Rx Panorámica.

Código 090205: Telerradiografía.

Código 090205.01: Estudio cefalométrico

Código 090205.02: Fotografías de frente y perfil

Código 090206: Sialografía cualquier glándula.

Código 09.10.06: TAC 1(un) área

Código 09.10.08: TAC 1 (un) maxilar

Código 09.10.09: TAC (dos) maxilares

La derivación a los centros radiológicos debe realizarse por escrito consignando la práctica solicitada, la pieza o sector y el motivo por el que la solicita y/ o practica asociada La CSS se reserva el derecho de rechazar prestaciones auto derivadas sin justificación aparente, como así también descontara el profesional derivante, las practicas realizadas por los centros radiológicos que no se encontrarán justificados o con la documentación respaldatoria incompleta.

## Capítulo X: Cirugía bucal

Para el reconocimiento de las practicas contempladas en presente Capitulo, la CSS podrá solicitar la documentación que estime necesaria.

Ejemplo: ficha dental, historia clínica, radiografía, biopsia, etc, que justifique la realización de las prácticas.

La falta de presentación de la documentación solicitada por la CSS facultará a la misma, para no reconocer la práctica efectuada.

La atención de estas prácticas por derivación será exclusiva para los especialistas de cartilla.

Código 1001: Extracción simple.

Para su reconocimiento deberá efectuarse la extracción completa sin que quede ningún remanente de resto radicular.

En el caso de extracciones múltiples o simples que requiera puntos de sutura se indicará tal procedimiento en el casillero observaciones de la ficha odontológica.

Dentro de los 7 días siguientes podrá también facturarse un código 0104 indicándose retiro de puntos de sutura, según corresponda.

Código 1002: plástica de comunicación bucosinusal como riesgo previsto simultaneo a la extracción. Para su reconocimiento deberá adjuntarse las Rx preoperatoria que justifique la posibilidad de la comunicación.

Código 1003: Biopsia por punción o aspiración o escisión. Se debe indicar el diagnostico presuntivo y las características de la lesión.

Código 1004: Alveolectomía estabilizadora por zona o sector. Para su reconocimiento al facturarse deberán adjuntarse las radiografías pre y post operatorias que permitan evaluar el tratamiento a realizado.

Código 1005: Reimplante dentario inmediato al traumatismo. Se reconocerá únicamente con la radiografía previa al reimplante que deberá adjuntarse al bono/ficha odontológica de facturación para su facturación.

Código 1006: Incisión y drenaje de abscesos por vía intrabucal.

Código 1008: Extracción de dientes en retención mucosa. Para su reconocimiento deben adjuntarse las radiografías pre y post operatorias.

Código 1009: Extracción de dientes en retención ósea se considerará que las 2/3 partes coronarias se encuentran en retención ósea caso contrario se consideraran como extracción simple.

Código 1010: Germectomía.

Acompañar la facturación con la indicación del ortodoncista o fundamento de la práctica y las radiografías pre y post operatorias.

Código 1011: Liberación de dientes retenidos, se acompañará la facturación con indicación del ortodoncista o fundamento de la práctica y las radiografías pre y post operatoria

Código 1012: Apicectomía.

Se reconocerá al facturarse con Rx pre y post operatoria.

Código 1013: Tratamiento de osteomielitis

Se reconocerán al facturarse con Rx pre y post operatoria.

Código 1014: Extracción de cuerpo extraño y restos radiculares en retención ósea. Se reconocerá al facturarse con Rx pre y post operatoria.

Código 1015: Alveolectomía correctiva (Por zona) (6

zonas) Se reconocerán al facturarse con Rx pre y post operatoria.

Código 1016: Frenectomía.

Se reconocerá al facturarse con Rx pre y post operatoria.

Se reconocerán cuando alteraciones producidas como consecuencia de accidentes traumáticos que involucren al paciente en general; Los restos radiculares deberán tener como mínimo 2/3 partes en retención ósea.

No se reconocerán más que como urgencias, las extracciones de cuerpos extraños en el espacio interdental, gingival y/o mucoso como consecuencia de accidentes de la masticación. En el caso de restos radiculares retenidos se reconocerá, cuando la extracción no haya sido efectuada por el mismo profesional.

Observaciones Generales

Se podrán facturar hasta cuatro prestaciones por mes por afiliado, quedando excluidas las consultas códigos 01.01 y 07.01, los tratamientos periodontales y las radiografías de apoyo obligatorias pudiendo en estos casos facturar una práctica más o sea una quinta prestación

**RESÚMEN MENSUAL DE PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS**

PA  
U:  
EXC  
IVO  
LA

<b>Razón Social:</b>		<b>Fact. N°</b> ..... .....	<b>N° Presta</b> .....
<b>Profesional:</b>	<b>Matr.N°:</b>		
<b>Domicilio:</b>		<b>Hoja N°</b> ..... ... .....	<b>Mes:</b>
<b>Localidad:</b>			
<b>Teléfono:</b> <b>N° de C.U.I.T.:</b>			
<b>Situación frente I.V.A.:</b>		<b>N° I.V.A.:</b>	<b>Año:</b>

N° de Afiliado	Apellido y Nombre	PRESTACIONES FACTURADAS				CORRECCION
		Código	Diente	Caras	Precio Unitario	



Respecto al primer punto, el cuestionario se formuló con las siguientes preguntas.

1. ¿Cantidad de afiliados derivados en los últimos 36 meses?
2. ¿Cuenta con un registro estadístico de lugares de derivación más frecuente por Provincia-prestadores-especialidad?
3. ¿Cuáles son las patologías que requieren derivación?
4. ¿Cuentan con algún procedimiento para las derivaciones?
5. ¿Tienen un sistema informático de soporte?, ¿Esta en red con las delegaciones?
6. ¿Cuentan con un sustento legal, ¿Ley, normativa para esta actividad?
7. ¿Con que recursos humanos disponen para esta actividad y cuál es su formación?

La respuesta a este primer cuestionario fue lo siguiente:

1. La fecha que se tiene en consideración es desde el 01 de marzo de 2011 al 11 de marzo del corriente año, total derivados 2216.
2. Sí.
3. Cardiología, cirugía general, dermatología, diabetología, diagnóstico por imágenes, endocrinología, flebología, gastroenterología, genética, hematología, hepatología, infectología, nefrología, neumología, neurocirugía, neurología, oncología, otorrinolaringología, pediatría, psiquiatría, reumatología, traumatología y urología.

Se debe tener en cuenta que se derivan desde el interior de la provincia, pueden ser a Río Gallegos u otro centro de mayor complejidad.

4. Sí. Las cuales son las siguientes: **A)** el afiliado presenta el certificado médico con pedido de derivación. **B)** Se eleva a auditoría médica para que informe si corresponde o no. **C)** Si se dice que corresponde, se procede a entregar formulario de derivaciones más los requisitos, para que complete el médico tratante. **D)** Deben acercar la documentación para que se ingrese en el sistema para que sea evaluada por la auditoría médica, la cual se le designa número de derivación, el cual le permite al afiliado verificar en nuestra página si se encuentra autorizada. **E)** El afiliado debe acercarse a la central para que la carpeta pase al sector de turnos. **F)** Una vez que se coordina todo el afiliado es derivado.
5. Sí, contamos con dicho soporte.
6. Si, la reglamentación interna de esta obra social.
7. Para las autorizaciones de derivaciones se cuenta con un profesional auditor. Cinco (5) administrativos que se encargan de la atención, coordinación, armado de expediente, etc. Un (1) jefe de departamento y una (1) directora provincial.



### Referente a las reuniones:

La primera se realizó el 16 de marzo bajo la modalidad virtual con los siguientes asistentes.

- Dr. Carlos Torres. Líder de proyecto UNTREF
- Dra. Sonia Gaviola. Consultora UNTREF
- Dr. Carlos Farcy. Consultor UNTREF
- Luciana Vera. Por la Gerencia Prestacional CSS.

De la misma surge que manejan actualmente unos 400 pacientes asistidos con la modalidad de derivación.

Disponen de circuitos administrativos y médicos para las derivaciones, aunque toda la organización carece de Información unificada y poco amigable. Carecen de reportes de la cuenta corriente por familia y tampoco codificarían las patologías por código internacional (CIE).

El circuito se maneja de la siguiente manera.

El paciente solicita la derivación en la oficina central de CSS calle Ayacucho 60 con un certificado médico. (El origen de la exigencia puede tanto a solicitud del médico como por pedido del paciente incluso de la familia). Se eleva a la auditoría médica quien emite opinión resolviendo la autorización, en caso de ser autorizada positivamente, se entrega al beneficiario “el Formulario de Derivación” que deberá llenar el profesional solicitante, junto con otros requisitos e historia clínica para ser presentado en una segunda visita a la oficina central.

Al concurrir nuevamente a la oficina de Ayacucho 60 con el “formulario de derivación” confeccionado y la historia Clínica, la auditoria medica escanea la totalidad de la documentación aportada y personal administrativo la ingresa al sistema y le asigna un número de trámite. El beneficiario solo puede consultar la asignación del número de tramite online.

A partir de la asignación del número de trámite, el afiliado debe concurrir a la oficina central para que la carpeta pase al sector de turnos. En la oficina central una vez autorizada la derivación el equipo de derivaciones se encarga de tramitar los turnos, horarios, reservas pasajes etc.

Refieren que los turnos en los prestadores de CABA (Clínica Bazterrica, por ejemplo) se toman en tiempo y lapso como si fueran pacientes “domiciliados en CABA” y tienen que aguardar largos periodos entre una y otra consulta o turnos de estudios y laboratorio teniendo que permanecer tiempos prolongados en CABA sin diagnóstico y sin acciones efectivas en función del motivo de la derivación médica. Es importante destacar que el equipo coordinador de CABA tampoco dispondría de información online ni participa del proceso hasta el momento en que el paciente llega a la Ciudad de Bs As.

Otra documentación que tramitan es el “formulario de alta médica”, el cual es utilizado entre otras cosas para tramitar el retorno a Santa Cruz.

Las derivaciones a CABA y Córdoba son lugares de considerable demanda de prestaciones oncológicas desde hace varios años, y a Comodoro Rivadavia para

oftalmología, en el Centro Oftalmológico Altamira y para tratamientos de radioterapia.

Las derivaciones Intra provinciales de la zona Sur de la Provincia de Santa Cruz se derivan a Rio Gallegos calle Chacabuco 60 y los de la Zona norte de la provincia a Caleta Olivia/Calafate.

Otra forma de prestación que se maneja es con médicos especialistas que viajan periódicamente a Rio Gallegos asistiendo a los pacientes en el Hospital de Rio Gallegos. Son un Oncólogo, Neurólogo infantil, Endocrinólogo infantil, Endocrinólogo que asiste a adultos y a niños, Neumólogo, Genetista, Nefrólogo infantil y Otorrinolaringólogo. Este último opera en Rio Gallegos en el hospital de la ciudad. Tienen la particularidad de “viajar una vez al mes por dos o tres días para el control de sus pacientes en evolución y en caso necesario indican el traslado de los pacientes a sus centros de referencia en caso de requerir tratamientos más complejos.

En Córdoba se realizan las modalidades de atención en tránsito (urgencias) derivaciones y evacuaciones sanitarias (generalmente en avión sanitario). En esta provincia las derivaciones se administran por medio de un convenio con la Obra Social GEA, asistiendo a los pacientes derivados desde la CSS con sus prestadores y facturando las prestaciones por prestación o previo presupuesto. Esta Obra Social (GEA) también tiene a su cargo coordinación administrativa de los afiliados y la auditoria la realizan con sus propios auditores. Para los pacientes que la CSS denomina en “tránsito” para urgencias disponen los servicios acordados.

En la casa de Santa Cruz de CABA; calle 25 de Mayo, disponen de servicios de atención de los beneficiarios de C.S.S y auditores médicos propios, que una vez llegado el paciente con las reservas efectuadas por Rio Gallegos toma el caso y sin existir información previa se hace cargo de las prestaciones del paciente. El equipo de auditores gestiona internamente los casos sin conexión sistémica con la Central de Rio Gallegos. Ante la pregunta: ¿Los médicos auditores disponen de normas estandarizadas para autorizar o denegar de forma contrastable, entre casos derivaciones similares para evitar inconsistencias en las resoluciones? La respuesta es que los auditores resuelven “aplicando el criterio médico”, aunque esto era un tema controvertido y que provocaba en ocasiones conflictos.

En caso que los beneficiarios cambien de domicilio a la provincia de Bs As tienen acordado la cobertura con IOMA. Carecen de derivaciones a la Provincia de Bs As.

La **segunda reunión se realizó el día 28 de marzo**, en forma presencial en la casa de Santa Cruz de CABA, dirección Av. 25 de mayo 437.

Asistieron,

- Dr. Carlos Torres. Líder de proyecto UNTREF
- Dra. Sonia Gaviola. Consultora UNTREF
- Dr. Carlos Farcy. Consultor UNTREF
- Dr. Oscar Bater. Consultor UNTREF
- Fabio Vázquez. Interventor de la CSS.
- Cesar Caucarman. Gerente de información.CSS
- Equipo de auditores. Obra social.

Dra. Marina Longo

Dra. Verónica Szchrager

Dra. Maria Sanchez Serrano  
Consuelo Carrio  
Dr. Francisco Propato

Se comentaron problemáticas cotidianas entorno del proceso en sí mismo.  
En la reunión surge la identificación de dos grupos claramente diferenciados  
Derivados: con una prevalencia de 400-500 personas de los cuales la mitad son los pacientes y mitad acompañantes. Cobertura teórica hasta 180 días en Buenos Aires.  
Residentes: Aproximadamente 1000 beneficiarios estables en CABA. No se aborda la temática de los beneficiarios residentes en este proceso.

En el relato sobre las derivaciones por parte de los integrantes de la reunión, se evidencia una desarticulación del proceso en lugar de origen, lo cual produce,

- Trastornos en las estancias, turnos que no se reservaron correctamente o con especialistas apropiados.
- Reservas en alojamientos no apropiados por ejemplo para discapacitados o lejanos.
- Derivaciones innecesarias que podrían haberse resuelto con video llamadas: por ejemplo, evaluaciones cardiológicas para cirugías cardiacas que se deben realizar meses más tarde.
- Problemas que deben resolverse sobre la marcha ya que CABA no tiene información con la antecedencia operativa apropiada.
- Aprovechamiento o maximización de los beneficiarios durante la estadía en Buenos Aires para realizar otras consultas.
- Dificultades en la articulación Auditoría- Servicio Social y Direcciones provinciales.
- Proceso integral de derivación centralizada en Santa Cruz y con dificultades en la comunicación, lo que impide a Buenos Aires poder anticipar eventuales requerimientos o incidir previo al viaje.
- No hay “previsualización o conocimiento” de auditoria CABA para conocer la derivación (prestador medico)
- Criterio de Derivación: carecen de un procedimiento claro para comprender los casos o patologías que se derivan y un manejo apropiado de las excepciones.
- Poco conocimiento de la Red de Complejidad de CABA, selección por parte de los pacientes.
- Generación de problemas por prestadores con convenio (tipo de contrato, dificultades financieras, categorización) Prestadores que solicitan pago anticipado por ejemplo en Fertilidad.
- Dificultades entre Interconsultores y quienes realizan tratamiento. El beneficiario permanece más tiempo que el acordado porque el medico no otorga el alta para el retorno a Santa Cruz
- Carecen de un software integral de todas las delegaciones para comprender el Tablero de control de esas derivaciones.
- Es complejo prever el gasto estimado frente a la derivación.
- No es claro el concepto de segunda opinión de diagnóstico y tratamiento en Buenos Aires.

**El día 21 y 22 de abril se** realizó reunión presencial en la Provincia de Santa Cruz.Chacabuco.60 Rio Gallegos. Se mantuvo reuniones con:  
Fabio Vaquez.

Dra. Olga Pinza. Directora Médica

Mirta Fernández. Gerenta Prestacional.

Leticia Calcagno. Auditora de Farmacia Farmacéutica

Cesar Caucaman. Sistemas.

Diego Sánchez, Carlos Farcy. Consultores UNTREF.

Se confirman por referencia de área informática que la cantidad de afiliados fluctúan por periodos entre 125.000 y 130.000.

Se obtienen el Organigrama y Reglamento general de la obra social vigente Resolución Provincial 11409/19. Describe coberturas y es toda la referencia prestacional y normativa; se usa en reemplazo de los manuales de procedimientos.

Si bien carecen de un Programa equivalente al Programa Médico Obligatorio (Resolución MS 201/02,) manifiestan tomarlo como referencia. Al igual que adhieren a los Disposiciones del Ministerio de Salud.

En cuanto a las derivaciones, en la delegación **Córdoba** la directora médica refiere estimar que hay un promedio 10/15 pacientes ambulatorios y 2 o 3 internados.

En la delegación **Capital Federal** estima 350/400 por mes desconociendo la relación ambulatorio/internación, aunque son mayormente ambulatorios. No disponen de información ni apertura de la misma.

Sobre el mismo punto la gerente de prestaciones hace referencia a la gran cantidad de paciente con patología de alto costo incluyendo discapacitados que presionan para el traslado a CABA inclusive familias que exigen a la Caja establecer domicilio en CABA.

En la provincia los **Hospitales públicos** son el mayor prestador de servicios médicos de la CSS. Carecen de la opción privada. Hay una clínica solamente **Clínica Medisur** pero de baja complejidad clínico quirúrgica UTI polivalente de 7 camas, realizan cirugías de baja y mediana y bajo riesgo, también partos, pero sin neonatología (trasladan el Recién Nacido a la Unidad de Cuidados Neonatales del Hospital público si se complicara).

La CSS tiene un convenio intermediado por el Ministerio de Salud Provincial con todos los Hospitales Públicos de la Provincia con un modelo por prestación y con valores preferenciales. No obstante, por referencia de la Gerencia de Prestaciones el nomenclador hospitalario es deficiente, realizado sobre conceptos poco metodológicos, no habituales como “prestaciones de enfermería por prestación” no se asemeja a ningún otro de mercado como ejemplo el nomenclador nacional por prestación del PMO o el modulado como los hospitales de autogestión. (se trataría de una agrupación de prácticas no convencional).

Los Hospitales de máxima complejidad de la provincia son: el Hospital Regional de Rio Gallegos, Hospital Zonal de Caleta Olivia Padre José Tardivo y el SAMIC Hospital Cepernic -Kischner de Calafate. Este último tiene dependencia municipal, provincial y nacional y tienen todas las complejidades clínico quirúrgico hasta neurocirugía, pero no trasplantes, tienen UTI y neonatología. El resto de los Hospitales son de baja complejidad y carecen de internación. Comentan que los hospitales públicos están instalando historia clínica informatizada.

### **Farmacia**

Se usan recetas manuales y electrónicas, en el caso de estas últimas se acordó adherir a la implementación del ministerio de Salud de la Provincia para todos los hospitales, pero a pesar haberse vencido varios plazos de prórroga para su aplicación no lo lograron especialmente por la resistencia del cuerpo médico ante la exigencia ministerial de confeccionarlas únicamente con el genérico, motivo por el cual aún predomina la receta manual.

Para la cobertura de medicamentos usan los criterios de la Resolución de la Superintendencia de Servicio de Salud 310/04 con la variante que amplían la cobertura al 50% para el ambulatorio, 90% para enfermedades prevalentes y jubilados.

En cuanto a la alta complejidad compran en varias droguerías y seleccionan del listado de cada droguería el de menor precio. No obstante, carecen de protocolos clínicos para la autorización efectuada por la auditoría médica. Para el ambulatorio disponen de la empresa Preserfar. La auditoría de consumo se hace con el código Anatómico Terapéutico Químico (ATC). Otra Gerencia Administrativo Financiera audita las recetas con un médico auditor de su dependencia.

La auditoría médica usa “Mis Validaciones” una plataforma de Google para la carga de medicación donde se carga todos los datos de la receta autorizada y por el plazo autorizado. Las recetas al 50% ambulatoria concurren directamente a la farmacia (Preserfar). Las de 90 y 100 de las prevalentes y jubilados se cargan en el sistema informático SIOS (en adelante SIOS) y en una aplicación de Google “mis validaciones” que se carga manualmente y funciona como una cuenta corriente. Se prescriben 2 de las que se entrega 1 quedan pendiente 1 envase. También ingresan los programas especiales obesidad diabetes etc. Los que son crónicos se cargan en el sistema por “el lapso por que puede consumir dicha medicación mensualmente por 2 años de no mediar ningún cambio, y se entregan mensualmente.

### **Autorizaciones**

Las validaciones se realizan por el sistema Traditum desde 2011 y también la facturación desde junio 2020.

El circuito consiste en el ingreso de la receta por la red What´s app o personalmente, luego se carga en SIOS y luego se confirma que tipo de consumos y planes tiene registrado previamente en Mis Validaciones (hay casos que carecen de alguna información por lo que pasa de un sector a otro Auditoría Médica a Auditoría de Farmacia a pesar de la proximidad física de los auditores). Se cargan los plazos y se

autoriza y el paciente en ese momento puede concurrir a la farmacia.

**En cuanto a Medicación de Alto costo** el circuito es el mismo con la excepción que una vez autorizado e identificado el menor precio del listado de cada una de las droguerías, se informa al paciente que puede seguir el trámite con un QR asignado para conocer cuando está disponible en la farmacia que la droguería selecciona. La droguería llama al teléfono del paciente cargado en el sistema SIOS para dicho trámite.

No hay ningún manual ni norma escrita para el área de farmacia.

Los profesionales tienen contrato con la CSS sin embargo firman un poder por el cual autorizan al colegio de médicos de Santa Cruz el cobro de sus honorarios. Por lo que la mayoría pasa por el colegio de Médicos, siendo muy difícil, realizar una auditoria la sobre prescripción.

En la CSS coexisten varios nomencladores, el propio de la CSS, el de hospitales públicos, nomenclador por cada especialidad y para los copagos convenidos.

Como validador utilizan el sistema Traditum desde 2011 con pos net con credencial electrónica que se usa escasamente y el manual (cargada desde el teclado de una PC) en apariencia es la que predomina por falta de adhesión de la tarjeta/pos net. Incluye las prestaciones de odontología. Actualmente también se realiza la facturación con este validador. Con el sistema validan y autorizan prácticas ambulatorias. Utilizan algunas funciones la más destacada son los topes del sistema con los que la auditoria médica detecta y analiza y rectifica. Este método es muy inconveniente porque obliga al beneficiario a concurrir con el ticket del rechazo del pos net o debe enviar por Whats App.

Carecen de Tableros de control unificado y efectivo, en cuanto a indicadores de salud están en condiciones de confeccionarlo siendo una necesidad.

### **Respecto a los Recursos humanos disponibles para el proceso de derivaciones.**

Cuentan con la directora, la Sra. Rosa Soto y 2 médicos auditores. Se entrevistó a uno de ellos, el Dr. Paneque Marco médico generalista y fisiatra.

Refiere que cargan las derivaciones en el SIOS. El ingreso es en general vía telefónica y las recibe el Medico Auditor. Se escanea toda la documentación y carga en SIOS. En este punto informan la carencia de capacitación de las Delegaciones de la Caja por la cual envían a Delegación central escasa documentación. Las delegaciones intraprovinciales están comunicadas por el SIOS excepto CABA con la que se carece de vinculación electrónica.

Para las **evacuaciones aero médicas**, disponen de unas guardias es 24hs con un celular para el seguimiento de las evacuaciones Aero médicas hasta confirmar la llegada del paciente a CABA.

Tiene contacto con tres empresas aéreas Vital, Ader y Aeroruta. En cuanto al costo estimado desde Rio Gallegos a Caba \$ 2.100.000 a Córdoba \$ 2.500.000 desde Puerto Deseado a Caba y Córdoba aproximadamente \$2.000.000. Desde Comodoro Rivadavia a Caba \$1.700.000 y a Córdoba \$1.800.000. Tienen entre 11 y 13

evacuaciones Aero médicas mensuales.

El seguimiento es realizado en una planilla Word y la Directora administraba un Excel. Carecen de manual y protocolización de los diagnósticos ni de las condiciones clínicas de las evacuaciones aero médicas que deben ser aceptadas o rechazadas.

**Las derivaciones Interzonales.** Se dividen por zonas norte 8 delegaciones que incluye Comodoro Rivadavia y 7 delegaciones en zona Sur. Como única norma refieren a la 11409 resaltan que esta resolución no invalida la anterior y que en la anterior deja en claro que cualquier derivación fuera de la provincia debe autorizarse un acompañante (la Resolución 11409 no lo deja claro, pero refieren que estarían vigentes ambas resoluciones).

El seguimiento de las derivaciones se efectúa con el código de ingreso que asigna el SIOS.

Las ciudades que son destino de las derivaciones: Caleta Olivia, Comodoro Rivadavia, El Calafate y Rio Gallegos.

Respecto de los insumos como sillas de rueda, elevadores hidráulicos para discapacidad, etc. son adquiridos patrimonialmente por la CSS y se entregan al paciente en comodato, pero no logran recuperarlo por carecer de un mecanismo eficiente ante cese de la prestación por fallecimiento del beneficiario u otra causa. Se debe a que los sectores responsables están desconectados la Auditoria Medica, Servicios Sociales y Logística

El día **26 de abril en CABA**, se realiza visita a la casa de Santa cruz en CABA, con el propósito de ampliar y complementar el proceso de derivaciones.

Nos reunimos con líderes de la CSS y el cuerpo de auditores.

Es de destacar la excelente disposición y colaboración de las auditoras y del equipo de gestión en general.

El alcance de la Auditoría estuvo enfocado al análisis del proceso de derivaciones a CABA.

En relación a los criterios de Auditoria la Ley 364 de la Provincia de Santa Cruz, particularmente en su artículo 4 y su reglamentación a través de la Resolución 11409 del 2 de diciembre de 2019, rigen para el sistema prestacional bajo estudio. Esta legislación involucra la base operativa e incluye y refiere a otras legislaciones que otorgan derechos específicos como la Ley 3603 para Veteranos de Malvinas, Ley 1772, Estudiantes, Ley 1869, de Vejez Desamparada, Ley 26427 sobre la condición de beneficiarios “adjuntos”.

[http://www.saij.gob.ar/legislacion/ley-santa\\_cruz-364-creacion\\_caja\\_servicios\\_sociales.htm](http://www.saij.gob.ar/legislacion/ley-santa_cruz-364-creacion_caja_servicios_sociales.htm)

Actualmente la sede CABA de la CSS se encuentra en un periodo excepcional en la gestión debido a los efectos persistentes de la Pandemia Covid 19 que motiva esquemas de asistencia o presencialidad del personal en un formato reducido de 3 días presenciales y 2 en home office, que se conoce como 3 x2, afectando la atención de la demanda presencial de los pacientes y las visitas a los beneficiarios

internados.

Normalmente, según describen hay una alta demanda de tramites presenciales (alrededor de 100-150/ día) para todos los servicios tanto de derivaciones como para autorizar prestaciones y medicación o traslados. Refieren que es una importante carga de trabajo para el área de Auditoría médica.

Por diferentes razones que deberán analizarse oportunamente, se observa que las derivaciones auditadas, desde Santa Cruz a Buenos Aires, no cumplen con los requerimientos de manera integral según lo requerido por la Resolución 11409. Se tomaron muestras de Historias Clínicas y se analizaron al azar de modo tal de comparar contra el criterio. Se adjunta evidencia

Caso Barletta Tomas

Caso Cordero Macarena

Caso Moreno Aguilar Lorenzo

Etc.

Requisito vulnerado: Artículos 38 al 42 del Capítulo VI de la Resolución 11409

Impacto: la auditoría médica se entera tardíamente de la derivación (inciso 257, 265, 266), así como la remisión de estudios, Historia Clínica, objetivos de la derivación (inciso 262).

Con estas referencias fue necesario comprender que las dificultades que se generan producto del diseño de este proceso impactan en la atención y la calidad médica y percibida, de la atención médica, como así en el seguimiento del paciente y la eficiencia prestacional requerida.

Se detectaron, además.

1- No todos los entrevistados conocen la Resolución 11409 por su nombre, algunos lo hacen por fecha o año o no la conocen.

2- Hay diferentes sistemas informáticos que no conversan entre sí para la gestión

**Google mail:** Autorizaciones de

- a) Practicas
- b) Farmacia
- c) Internación Domiciliaria
- d) Servicio Social
- e) Turnos

Si bien tienen password personalizado para el ejecutor, hay una oportunidad de mejora en la seguridad informática y en la gestión, ya que no permite priorizar las urgencias y no permite realizar análisis de la misma que además depende del funcionario a cargo. Es información confidencial, en un sistema público basado en el funcionario.

Se utilizan grupos de What's app en celulares personales, no provistos por la CSS. Es información confidencial en un sistema público basado en el funcionario.

No se utilizan otros sistemas informáticos disponibles en la CSS como Traditum o Preserfar.

El Sistema vigente SIOS no parece tener una performance confiable y/o actualizada del padrón de beneficiarios. Los errores en la carga inicial no se pueden modificar



desde CABA y se cargan como Observaciones. Se asume cierta obsolescencia del software. No es un sistema de comunicación entre delegaciones eficiente.

Se utilizan sistemas alternativos de comunicación para la gestión de los pacientes, algunos basados en papel, otros escaneados no analizables por ser pdf., print de pantallas, tablas Excel, etc.

Los profesionales no conocen todos los recursos informáticos disponibles de la CSS, aunque de hecho la información clínica cargada en SIOS no es útil para a gestión de seguimiento, autorizaciones y facturación de las prestaciones.

Carecen de sistemas informáticos interconectados hacia adentro o hacia afuera de la Organización.

El Dr. Propatto está a cargo de los casos de alta complejidad y nos comenta, como las otras auditoras, que no cuentan con un Tablero de Control Prestacional o Tablero de Comando.

Hay un sistema de Referencia- Contrarreferencia y autorizaciones basado en un libro o cuaderno que sirve de comunicación entre el Prestador, el paciente y la CSS. El mismo no se está utilizando y es poco confiable, no aporta datos de gestión por estar basado ese sistema en papel, documento que resulta finalmente en un proceso artesanal personalizado.

Una fortaleza detectada se da en el conocimiento del equipo de auditoria médica donde las medicas con gran esfuerzo personal y habilidad resuelven problemáticas surgidas de las dificultades de coordinación entre delegaciones. Si bien no cuentan con herramientas de gestión modernas y/o apropiadas se comunican con referentes de los Prestadores para efficientizar la gestión de turnos, información médica pronostica, o las extensiones de Internación. Prevalece el juicio médico independiente y criterioso en el manejo de los pacientes. No se profundizo en el tema de Alta Complejidad.

Se detectan dificultades en el manejo de casos judicializados que permanecen en bases de datos y requieren prestaciones, así como dificultades en temas de radicación en pacientes derivados crónicos.

Por algunos conflictos de pago de prestaciones, se evidencia dificultades en la gestión de derivaciones.

No cuentan de proceso formal de quejas desde las delegaciones frente a la Coordinación de Derivaciones, lo cual genera reiteraciones de reclamos que se resuelven de manera artesanal desde la "Control de Gestión". No habría un procedimiento de identificación y resolución de desvíos para su tramitación, corrección e implementación de acciones correctivas.

Las respuestas a las demandas de los pacientes parecen ser reactivas.

## **Conclusiones en el proceso de derivaciones**

1. Proceso integral de derivación centralizado en Santa Cruz. Esto produce trastornos en la estadía, derivaciones innecesarias.
2. CABA y otros lugares no tienen información anticipada para resolver los inconvenientes con antelación.
3. Desarticulación del proceso en el lugar de origen, entre casa central y delegaciones provinciales. Carencia de una modalidad integrada.
4. Las autorizaciones de las derivaciones se basan en criterios médicos, sin marco de referencia.
5. Carencia de un Software integral de todas las delegaciones que permita evaluar la trazabilidad de los trámites y hacer un seguimiento.
6. Sistema de gestión de turnos: están centralizados en Santa Cruz con falta de una articulación y seguimiento entre casa central- prestador- afiliado. Como resultado emergen múltiples dificultades como asignación de turnos incorrectos sea con especialistas no apropiados, o fechas no supervisadas donde el profesional no fue informado, o turnos innecesarios que se podrían resolver sea en instancias preliminares de acuerdo a la complejidad de la organización de los prestadores.
7. Estadías prolongadas: la mayor cantidad de derivaciones son a prestadores de CABA, y hasta que no llegan a destino el área de auditoría de la casa de Santa Cruz (CABA) desconocen la causa de la derivación, es decir no hay un sistema de pre visualización o conocimiento que permita hacer un seguimiento sobre la calidad de atención, así como los desvíos. Esto conduce a estadías más prolongadas.
8. Prestadores: la selección se basa en convenios, servicios por tipo de contrato, con dificultades en la prestación del servicio por el tipo de financiación.
9. Documentación del proceso: no hay un soporte unificado. La documentación está en distintos formatos, papel, otro digital, sin integración de los mismos.
10. Carencia de registro e indicadores que permitan controlar desvíos, gastos, evolución de la prestación, análisis de riesgos, entre otros indicadores.
11. Comunicación: la red comunicacional es heterogénea entre los distintos actores para el seguimiento de las derivaciones. Se utiliza distintos medios sin contar con un registro unificado, celular, chat, correo electrónico, presencia física.
12. Logística de los traslados sanitarios: [carecen de manual y protocolización de los diagnósticos ni de las condiciones clínicas de las evacuaciones Aeromedicas.](#)
13. La organización se observa muy segmentada con necesidad de capacitación y motivación.

## **Recomendaciones**

Es muy importante la implementación de un proceso de transformación, es decir que se tenga en cuenta la creación de un equipo facilitador de todo el proceso dentro del contexto de la cultura de la organización, sus valores y su historia.

Es factible que el cambio de diversos esquemas pueda generar ciertas resistencias, este factor previsible debe ir acompañado de un plan estratégico de comunicación, que motive a las personas involucradas y pueda movilizarlas, así como reconocer las buenas acciones en este contexto de renovación. Esto implica crear un ambiente de contención, dentro de un espacio donde se pueda plantear cuestiones difíciles o conflictivas y ofrecer prácticas de dialogo dentro del enfoque técnico y adaptativo. Este diagnóstico requiere un desarrollo del manual del proceso con una mirada sistémica, integrada de manera que los beneficiarios que reciban el servicio lo vivencien como optimo y satisfechos.

En la secuencia del mismo se pretende:

Articular el proceso de derivación, desde el lugar de origen con las distintas delegaciones y prestadores de servicios.

Definir red de prestadores guardando criterios de acuerdo al lugar de procedencia y complejidad: red local, Provincia, red nacional.

Mejorar los recursos tecnológicos, es decir unificar los sistemas informáticos para contar con una gestión integrada (Google, SIOS.)

Vincular la base operativa a la normativa vigente, la Resolución 11 409.

Unificar la documentación de utilidad requerida para cada trámite que implique derivación (prácticas ambulatorias, consultas programadas, internaciones)

Lo mencionado permitirá contar con registros codificados y unificados que permitan construir un tablero de control y seguimiento de las derivaciones y evitar desvíos, analizar seguimiento de las prestaciones de derivación, evaluar los gastos.

Reformular las funciones y roles de los recursos humanos asignado al proceso de derivaciones.

Definir planes y acciones de comunicación concretas hacia una gestión armónica respetando los canales, niveles de comunicación, con manejo de la escucha y empatía.

Contar con un canal de Voz del cliente donde pueda ser ágil, gratuita donde el beneficiario pueda trasladar un reclamo, queja, sugerencia.

Establecer un programa de capacitación, destinado a difundir la importancia del cumplimiento del procedimiento operativo específico (derivaciones), así como entender y asumir la responsabilidad de la mejora del servicio integral del beneficiario y de su familia.

## **Introducción Manual de derivaciones**

Con la información obtenida en las distintas reuniones se elabora el manual de procedimientos del proceso de derivaciones médicas.

A partir del modelo inicial se realizan varios intercambios para lograr el consenso con el equipo de trabajo por parte de la CSS, la gerente a cargo y los consultores UNTREF.

Participaron Olga Pinza, Mirta Fernández, Néstor kamu, Rosana Laudonio, Belén Corso, Mariano Montesorio, y de parte de la Untref Carlos Farcy, Oscar Bater, Sonia Gaviola.

Los profesionales de la CSS expresaron sus opiniones. Hicieron referencia a carecer de clínicas privadas y la baja complejidad de los hospitales provinciales aún los regionales, la inexistencia de algunas especialidades médicas en la provincia y la idiosincrasia de la población beneficiaria tendiente a considerar que “Dios está en todas partes, pero atiende en Buenos Aires” que los impulsa a exigir los servicios distantes a su domicilio. También hicieron referencia al marco legal de la administración pública. Se hicieron referencias a las numerosas prestaciones de obstetricia, neonatología, urología y de los traslados aero médicos aportando cifras informales de cada una. Sobre las cifras estadísticas, informan que existen y son registradas en el sistema de la obra social, pero que ellos no contaban con las mismas.

Además, se trató la importancia del costo de las prestaciones y de la posibilidad de contar con registros de calidad en salud.

Se resaltó la necesidad de contar con un manual como una herramienta, que organiza las actividades y define los roles de cada persona, y permite contar con información sistematizada, con el objeto de generar tableros de controles de gestión y generación de circuitos administrativos dinámicos bajo normas establecidas.

Del análisis en conjunto se obtiene el consenso el cual se informa a continuación.

Ilustra el procedimiento en general, generando información útil, que contiene información detallada, ordenada, sistemática e integral de las distintas actividades que se realizan en el respectivo proceso, para que pueda ser aplicado a partir de la capacitación del personal involucrado en el mismo.

## CAJA SERVICIOS SOCIALES

## SANTA CRUZ

# PROCEDIMIENTO DE DERIVACIONES

## GERENCIA DE ASISTENCIA AL AFILIADO

Consensuado

2022

### CONTENIDO

1. OBJETIVO
2. ALCANCE Y ÁMBITO DE APLICACIÓN
3. DIRECTRICES GENERALES
4. DERIVACIÓN DE EMERGENCIA
5. DERIVACIÓN PROGRAMADA
6. CONTRAREFERENCIA
7. ESTRATEGIAS DE APLICACIÓN
8. INDICADORES DE GESTION
9. RESPONSABILIDADES DE LA GESTIÓN DE RED
10. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO
11. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS
12. FUNCIONES O ROLES
14. ANEXOS

- I. NORMAS GENERALES DE TRABAJO
- II. SUBPROCESO DE DERIVACIÓN DE EMERGENCIA
- III. SUBPROCESO DE DERIVACIÓN PROGRAMADA

### **1. OBJETIVO**

Establecer los procedimientos de derivaciones de pacientes con patologías que no pueden diagnosticarse o recibir tratamiento o rehabilitación en el Nivel Local con un criterio de Red de Complejidad ascendente para la población bajo programa de cobertura de la Caja de Servicio Social con el objetivo de facilitar el acceso oportuno de las y los usuarios a prestaciones de salud que requieran referencia o derivación por emergencia, programada, así como derivaciones prolongadas enmarcados en la normativa vigente que regula las prestaciones en la materia.

### **2. ALCANCE Y ÁMBITO DE APLICACIÓN**

2. a. Responsable del proceso

El responsable de este proceso es la Gerencia de Asistencia al Afiliado

2.b. Alcance

El proceso diagnóstico- terapéutico comienza y finaliza en las delegaciones de Rio Gallegos y/o Caleta Olivia.

Su alcance se inicia con la solicitud de derivación, generada por el profesional médico

a cargo del paciente de acuerdo con sus competencias y finaliza cuando se obtienen los resultados esperados para el diagnóstico o tratamiento del paciente.

El presente proceso de derivaciones es de ámbito nacional, de aplicación obligatoria para la Red de Prestadores que tiene convenio con la CSS.

El tipo de derivación requerida se la puede establecer en:

- **Emergencia:** por demanda espontánea por una condición de emergencia que no pueda ser resuelta en el nivel local con las capacidades disponibles y pongan en riesgo la vida del paciente. La solicita y coordina el profesional a cargo del paciente y se tramita vía auditoría médica de la CSS, según condiciones de traslado y derivación al Centro de complejidad apropiado.

Las Urgencias son aquellas condiciones clínicas o quirúrgicas en la que la intervención médica puede diferirse según la evolución, sin poner en riesgo la vida de la víctima, pero requiere atención médica a la mayor brevedad una vez estabilizado el cuadro. También las tramita el Centro asistencial local en coordinación con Auditoría Médica CSS, según condiciones de traslado y derivación al Centro de complejidad apropiado.

- **Programada:** solicitada por el médico responsable del paciente para el apropiado diagnóstico o tratamiento en el ámbito nacional. Se tramita a Nivel Local con Auditoría Médica según condiciones de traslado y derivación al Centro de complejidad apropiado.

- Cualquier atención fuera de la provincia debe entenderse como excepcional y requiere la intervención de la Gerencia de Prestaciones, quien tiene las potestades e incumbencias pertinentes.

### **3. DIRECTRICES GENERALES**

#### **a. Causales para la derivación:**

- **Accesibilidad geográfica:** se refiere a la falta de disponibilidad de recursos asistenciales apropiados en la región de residencia.
- **Falta de “plaza o cama”** en el sitio de atención, especialmente para alta complejidad.
- **Capacidad resolutive:** referida al nivel de respuesta del Centro asistencial a la demanda de atención que comprende las prestaciones necesarias, el recurso humano calificado, la infraestructura y el equipamiento, en acuerdo con el nivel de atención y complejidad asistencial requerido.

- **Insuficiencia de profesionales**

- **Problemas de infraestructura**

- **Problemas de equipamiento y/o abastecimiento**

b. La decisión de referir o derivar un paciente de un Centro asistencial a otro, es un acto médico, por lo tanto, es responsabilidad del médico solicitar la activación del procedimiento, respaldando su decisión en guías y protocolos médicos que deberán ser registrados en la historia clínica.

c. Los prestadores de servicios de salud brindarán atención integral garantizando la atención, diagnóstica o terapéutica, de la patología por la que fue derivado. En el caso que aparecieran patologías concurrentes crónicas mientras se encuentra ingresado, el profesional a cargo enviará a la entidad financiadora (CSS) un informe técnico que incluya la copia de Historia Clínica, epicrisis, justificación del procedimiento y atención requerida, con firma de responsabilidad del médico/a tratante, para su autorización, previa de una nueva consulta o derivación.

d. Como así, en el caso de la derivación para el tratamiento, deben realizarse las prácticas o terapéuticas requeridas para el tratamiento de la patología en cuestión y

sus comorbilidades relacionadas y sus externalidades negativas. Se requerirá autorización previa de auditoría el diagnóstico o tratamiento de otras dolencias o hallazgos.

e. Alternativa: art. 38 punto 266 . para aquellas derivaciones que por su patología deban realizarse con carácter urgente, la solicitud ingresara a través de la delegación correspondiente, solicitando esta la debida autorización a nivel central. De no ser factible la comunicación y autorizaciones en tiempo y forma, se deberá regularizar la documentación dentro de la próximas 24 hs si excepción y ser remitidas a nivel central.

f. Para proceder a la derivación de pacientes, los Centros asistenciales o médicos de cabecera que derivan buscarán primero utilizar los servicios locales que puedan ofrecer respuesta a las necesidades del paciente, al no encontrar recursos o disponibilidad en el nivel asistencial local, se recurrirá a la Auditoría de la CSS para su derivación.

Se deberá registrar y documentar lo actuado en los correspondientes formularios y/o sistema de información vigente a la fecha-

g. La selección del servicio de salud se ajustará a la exploración de servicios de igual o mayor Nivel de Complejidad, en la red Prestadores, guardando el siguiente orden de precedencia:

- Red local
- Red provincial-zonal
- Red nacional
- Red Complementaria o Centros Asistenciales regionales sin contrato vigente en general privados o de gestión social

h. La selección del Prestador se sujetará al Nivel de Complejidad de este, con un criterio ascendente según Habilitación / Acreditación del establecimiento.

• Instituciones o Profesionales de la Red Prestacional de la CSS (convenios estables) provinciales o nacionales.

• Instituciones o Profesionales que conforman la Red Prestacional con convenios específicos y que requieren coordinación con auditoría medica del sitio receptor.

i. El proceso de selección del prestador debe registrarse en el sistema informático correspondiente, para garantizar que se realizó la gestión de acuerdo con el orden de prelación establecida.

j. La puerta de entrada para la atención en la red de servicios de salud, son las unidades del primer nivel de atención (establecimiento de Salud, médicos de cabecera, Centros de Especialidades, Centro Clínico-Quirúrgico-Hospital). En el caso del Primer nivel de atención se deberá obtener al menos una consulta especializada en el Centro de mayor complejidad de la Provincia solicitando o recomendando dicha derivación. El acceso se realiza a través del sistema de agendamiento de la CSS exceptuando los casos de emergencia.

#### **4. DERIVACIÓN DE EMERGENCIA**

a. La referencia o derivación de pacientes de emergencia localmente o de un territorio a otro (de una provincia a otra), guardará el mismo orden de prelación, es decir, en los Prestadores de la Red Asistencial de la CSS y de no encontrar disponibilidad o la capacidad resolutive requerida, se recurrirá a unidades de la Red Complementaria.

b. El trámite para efectuar una referencia o derivación de **emergencia o urgencia**, se realizará a través del sistema de conformidad con la normativa vigente, la solicitud se canalizará a través de la delegación correspondiente, solicitando esta la autorización a nivel central. En el caso de documentación faltante, se deberá regularizar dentro de las 24 hs, sin excepción y remitidas a nivel central.

c. Será aprobada por el máximo responsable de auditoria médica (**responsable de Emergencias** y coordinada administrativamente por la dirección Central de



Coordinación de derivaciones. **(art.38 inciso 268).**

d. Esa derivación deberá ser solicitada y firmada por el médico tratante, el jefe de Emergencia o Jefe de Guardia y debe constar la causa o dolencia que motiva esa derivación, el motivo, el tipo de clasificación de Triage y un resumen de historia clínica y medios diagnósticos – terapéuticos empleados junto a la recomendación de medio de transporte para la derivación. Ese documento puede ser una copia o realizarse vía digital.

e. En los casos de autorreferencia a un servicio de emergencia de un establecimiento de salud de la Red (cuando un usuario/a consulta directamente en un servicio de emergencia), siendo estos de convenio o no, el establecimiento de salud receptor deberá notificar a la Auditoría médica de la CSS para su oportuna derivación al Prestador según los criterios de Emergencia, Urgencia o Programada (ver punto c.)

f. En los casos de atención por emergencia en Prestadores Externos sin contrato, la Auditoría médica de la CSS, procurará el traslado del paciente hacia un Prestador de la Red asistencial propia, y de no existir la factibilidad evaluará lo conveniencia o no del traslado en las siguientes 24 hs, si por circunstancias de la condición de salud del paciente, el traslado no es factible, entonces, el costo de la atención se negociará con base a los valores de mercado para el sistema de la Seguridad Social o Medicina Prepaga para la categoría del Centro asistencial y la región.

## **5. DERIVACIÓN PROGRAMADA**

Derivación programada: comprende la consulta externa de especialidad, hospitalización, exámenes o procedimientos ambulatorios.

a. Los Prestadores o Centros Asistenciales de la Red de Prestadores de la CSS que no dispongan de la capacidad resolutive y/o disponibilidad para atender las necesidades de salud de los beneficiarios, podrán derivar a los pacientes a unidades de igual o mayor nivel de complejidad acreditadas y/o contratadas (en el caso de la red complementaria), de conformidad con la normativa vigente.

b. No se puede realizar derivaciones entre entidades de la red complementaria, dado que la atención debe ser integral y requiere siempre de la intervención de la Auditoría médica.

c. El proceso de selección del prestador debe registrarse en el sistema informático correspondiente, para garantizar que se realizó la gestión de acuerdo con el orden de prelación establecido.

d. La Referencia o Derivación de pacientes de un territorio a otro (de una provincia a otra), requiere la autorización de la Auditoría médica de la CSS correspondientes. La coordinación a la que hubiere lugar para el traslado del paciente se hará entre la unidad referente y la unidad receptora.

En caso de derivación, las coberturas de los pasajes serán por vía terrestre o aérea, según las circunstancias específicas de cada caso en particular.

Se limitarán a Rio Gallegos, localidades de la Provincia de Santa Cruz, Comodoro Rivadavia y Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Córdoba.

f. Los documentos requeridos para referencia o derivación de atenciones programadas en hospitalización y consulta externa como para realización de exámenes o procedimientos ambulatorios programados son:

- Solicitud de Derivación con firma y sello del profesional responsable del caso. La correcta elaboración de este documento (letra clara, sin siglas) es responsabilidad del médico y del director del establecimiento de salud solicitante.

- Copia de Historia Clínica y Epicrisis en el que conste firma y sello del médico responsable de la atención y del responsable del servicio en sobre cerrado o vía email dirigido a Auditoría médica. El contenido mínimo debe ser:

- Datos generales del paciente, y familiares que permitan un contacto

- efectivo,
  - N° de historia clínica,
  - Diagnóstico codificado según la CIE-10, o cuando sea operativa CIE 11,
  - Laboratorio, imágenes y/o estudios complementarios que hayan sido realizados.
  - Procedimientos realizados, resultados,
  - Tratamientos realizados,
- g. La Historia Clínica es un documento que no se puede utilizar para procesos administrativos de derivación sin autorización expresa del paciente
- h. Para la derivación en caso de procedimientos o cirugías ambulatorios/as, se utilizará el pedido específico de la historia clínica del servicio requerido, debidamente validado por el médico responsable de la atención y autorizado por auditoría médica referente, luego de la coordinación con el prestador y auditoría medica receptora.
- i. En el caso de pacientes que requieren estancia prolongada, cuidados mínimos o paliativos, o en proceso de trasplantes de órganos, o con enfermedades raras o huérfanas y catastróficas se deberá acordar con la familia y el prestador el mejor momento de retorno al lugar de origen, su medio de regreso, los medios necesarios para su tratamiento en origen, intervención del Servicio social si fuere necesario y la provisión de medidas y soportes terapéuticos para la atención. El auditor encargado del seguimiento del caso debe ser proactivo en obtener los soportes y tratamientos que hagan este proceso más eficiente. (análisis costo / beneficio)
- j. En todos los casos que las necesidades de atención superen las obligaciones legales de cobertura para la CSS se deberá presentar un informe de auditoría médica (referente, receptora o mixta) junto a un Informe del Servicio Social y una propuesta asistencial de resolución del caso, a los 30 a 60 días corridos anteriores al vencimiento del plazo de cobertura a la máxima autoridad de la Gerencia de Prestaciones para su análisis, previsión económica y dictamen.

*La **Auditoría médica** referente realizará los trámites y coordinación pertinente con la Auditoría médica receptora correspondiente, para la asignación del prestador y emisión del código de validación.*

*La **Auditoría médica** referente informa al prestador vía correo electrónico quien confirmará la recepción del email. El prestador asignado informará a la auditoría médica referente vía electrónica o telefónica fecha y hora del turno para la atención. Toda esta información debe registrarse en el sistema informático.*

*La **auditoría medica** informa vía email al paciente y a la auditoría medica receptora el resultado de la gestión*

## **6. CONTRAREFERENCIA**

a. Una vez terminado el evento que motivó la referencia o derivación, el prestador que recibió y atendió al afiliado, obligatoriamente realizará la contrarreferencia al médico o centro de referencia inicial indicado por el afiliado o solicitará a auditoría medica local la asignación de un profesional para el seguimiento y continuidad del tratamiento en caso de ser necesario.

En todos los casos enviará el alta a auditoría médica en el momento de otorgarse la misma y solicitará a auditoría y/o al paciente la tramitación del regreso a origen

indicando si hubiese requerimientos especiales para ese traslado.

Una vez finalizado el proceso que originó la derivación, el afiliado, debe regresar a su lugar de origen, no pudiendo permanecer en lugar de derivación a cargo de la CSS.

El prestador de salud, adjuntará con la Historia Clínica, el plan de seguimiento y las necesidades resultantes de su intervención. La auditoría médica referente (en origen del afiliado) coordinará con el médico de cabecera o quien ella asigne el seguimiento del caso y los arreglos necesarios para eventuales controles ulteriores.

De ser posible los controles deben realizarse en el nivel local y/o con apoyo telemático del especialista consultado.

b. En los casos de referencia o derivación para auxiliares de diagnóstico, obligatoriamente se realizará la contrarreferencia al establecimiento de salud de procedencia, adjuntando los resultados de los exámenes para continuidad del tratamiento (vía correo electrónico y/o registro en sistema informático). La Auditoría médica que generó la referencia o derivación a través del gestor del caso debe garantizar la cita o turno subsecuente e informar al paciente.

## **7. ESTRATEGIAS DE APLICACIÓN**

### **a. Estructura de la coordinación de derivaciones**

- **Gerencia de Prestaciones con su directorio y asesores**
- **Subgerencia de Auditoría Médica y gestión de pacientes y equipo**
- **Dirección central de coordinación de derivaciones -11409. Inc268.**
  - **Médico (pueden ser una posición rotativa) en Centro Coordinador de Emergencias 24 x 7 para manejo de derivaciones programadas y emergencias.**

En contacto con la máxima autoridad de la Gerencia de Prestaciones para los casos que lo ameriten.
  - **Médico de seguimiento de casos complejos e internados.**
    - Coordina el seguimiento con Auditoría médica de receptora central y de terreno.
    - El médico audita todos los casos.
    - Resuelve cualquier eventualidad con el Prestador.
    - Autoriza las solicitudes de prácticas.
    - Realiza las reservas económicas para futuros gastos a través de las autorizaciones.
  - **Médicos tramitadores de casos:**
    - Seguimiento de casos no complejos ni internados.
    - Autorización de prácticas.
    - Da soporte a delegaciones, regiones o Prestadores.
    - Genera respuestas médicas proactivas para una atención eficiente.
  - **Profesional de la salud para el seguimiento de:**
    - la atención domiciliaria.
    - centros de rehabilitación.
    - manejo de soportes como Ortopedia o equipamientos.
  - **Médicos auditores para facturación de Prestaciones**

- **Administrativo responsable de tramitar viajes y alojamientos**
- **Administrativo o gestor de casos (case mánager)** cada 80 pacientes derivados activos.
  - Punto de contacto y apoyo de los profesionales.
  - Sacar reportes e indicadores de gestión para elevarlos a la Gerencia o Subgerencia.
  - Seguimiento de la calidad de los registros

b. Equipamiento básico (área física, computadores, escáner, conectividad) y el sistema de información definida por la institución.

## **8. INDICADORES DE GESTION**

El Subgerente médico presentará mensualmente informes consolidados de derivaciones a la Gerencia de prestaciones médicas basados en indicadores:

- N° de Derivaciones
  - Casos abiertos a la fecha
  - Casos cerrados a la fecha
  - Delegaciones de Origen
  - Tipo de derivación: /programada /urgencia
  - Causas/ nivel de respuesta/falta de infraestructura/equipamiento/ falta de profesionales
  - Lugar de destino. / localidad/ provincia
  - Prestador/ nombre-
  - Motivo: Consulta externa- hospitalización- exámenes- procedimientos ambulatorios.
  - Días permanecidos en lugar de derivación abiertos por paciente.
  - Duración media por código de OMS
  - Autorizaciones emitidas y gasto estimado en prestaciones médicas (en dinero)
  - Traslados. Tipo de traslado, Autorizaciones emitidas y gasto estimado en prestaciones No médicas
  - Alojamientos. Autorizaciones emitidas y gasto estimado en prestaciones No médicas
  - Cantidad de casos de larga estancia, complejos o especiales.
  - N° de rechazos de solicitudes de derivación, sus causas y resolución de conflictos o quejas

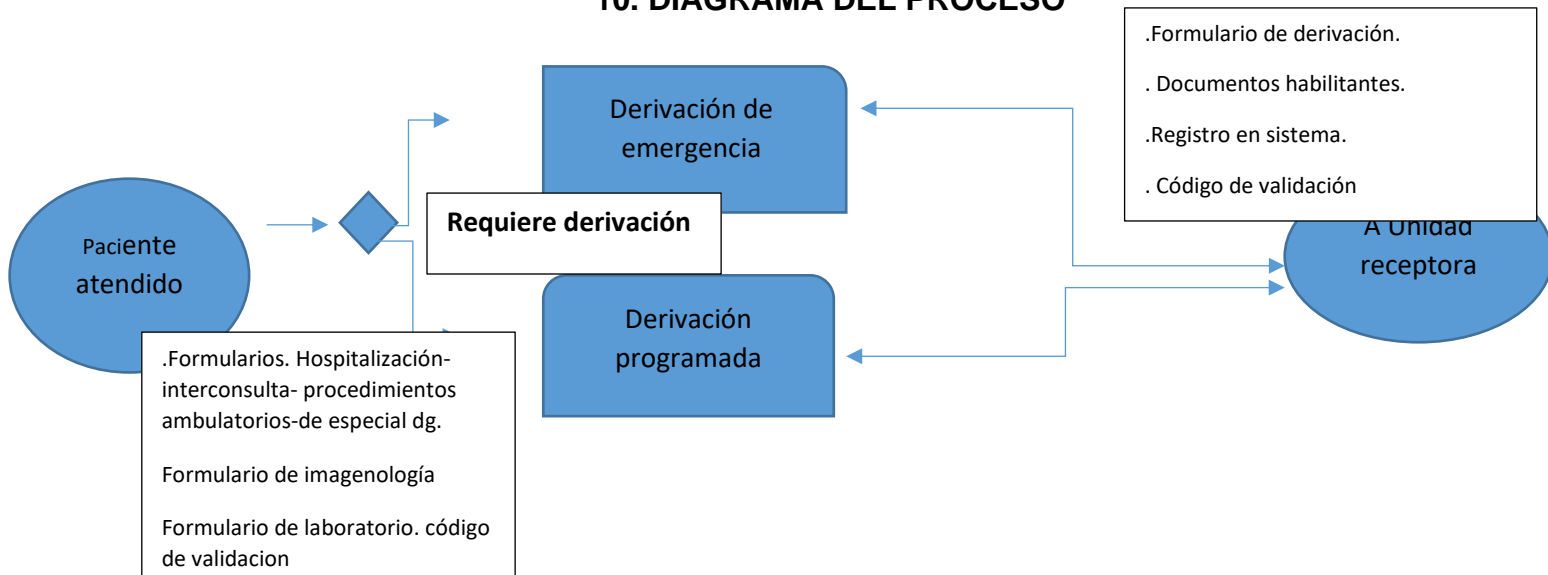
## **9. RESPONSABILIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE PRESTADORES**

- a. Implementar el Sistema informático para la Gestión prestacional unificado y que permita la identificación de afiliados activos.
- b. Actualizar la cartera de servicios de los Prestadores de Salud contratados y “de la Red Complementaria” con una periodicidad trimestral.
- c. Publicar y mantener actualizado el Listado de Prestadores y sus referentes (geo-referenciación) frente a una derivación, criterio de red de complejidad ascendente y especialización para el diagnóstico y tratamiento.

d. Coordinar, la subgerencia de Prestaciones de manera continua con los equipos de Calidad y Acreditación de Prestadores, control y seguimiento de pacientes y el Centro de Atención Telefónica.

e. Instalar buzón de quejas físicas y vía web para la utilización del usuario, como así un medio de resolución de conflictos con el paciente personal.

## 10. DIAGRAMA DEL PROCESO



## 11. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

**Agendamiento de citas médicas:** Proceso mediante el cual se registra una cita (turno) en el Sistema Médico Informático, para acceder a la atención médica en los prestadores de servicios de salud de la Red Interna o Complementaria.

**Capacidad Resolutiva:** Es el nivel de respuesta que tiene un establecimiento de salud a la demanda de atención o solución inmediata a cuadros complejos de salud de una persona o grupo de personas, con acciones integrales, inmediatas y oportunas haciendo uso de los recursos físicos y humanos debidamente calificados, quienes harán diagnóstico y tratamiento oportuno.

La Capacidad Resolutiva se expresa en:

- La Oferta de Servicios del establecimiento;
- El Talento Humano calificado que dispone;
- La infraestructura; y,
- El equipamiento.

**Oferta o Cartera de Servicios:** La definición de la Oferta o Cartera de Servicios caracteriza al establecimiento y refleja su misión, en términos simples, es lo que hace a partir de sus diferentes procesos productivos, clasificados en: clínicos, quirúrgicos y de apoyo diagnóstico y tiene su expresión concreta en un listado de los servicios/productos específicos que provee el establecimiento y lo diferencia de otro.

En consecuencia, la Cartera de Servicios del establecimiento está conformada sólo por los servicios/productos específicos provistos por los procesos clínicos, quirúrgicos y de apoyo clínico, de acuerdo con el Nivel de Atención y de Complejidad del establecimiento.

**Cita médica o "turno":** Procedimiento administrativo que se establece cuando el

establecimiento de salud otorga al usuario/a una fecha, hora y especialidad para ser atendido.

Código de validación: Es el número de registro de la autorización de una Derivación que se otorga por parte de la Auditoría médica

Derivación: Es el procedimiento estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un establecimiento de salud de menor Nivel de Atención o Complejidad a otro de igual o mayor Nivel de Atención y/o Complejidad de la Red Prestacional o la Red Complementaria, cuando la capacidad instalada del establecimiento o de la entidad de origen no permite resolver el problema de salud, por la que se le envía, buscando la complementariedad de los servicios previa la autorización correspondiente.

Derivación injustificada: Es cuando una Derivación no ha sido realizada conforme a las Normas de Atención, Guías de Práctica Clínica, Protocolos y otras normativas emitidas por la Auditoría médica y requiere una investigación del proceso que motivó el desvío. Es un proceso de Auditoría interna.

Diagnóstico: Es el juicio clínico sobre el estado de psicofísico de una persona. Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad o la condición de salud-enfermedad de una persona. Para esta Normativa se establece que enfermedad en una categoría Clínica, de laboratorio o imágenes que produzca síntomas o signos que puedan beneficiarse con una intervención terapéutica.

Emergencia: Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requieren de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

Estancia prolongada: Es la hospitalización destinada a la atención de pacientes con patologías agudas o crónicas con reagudizaciones frecuentes, generalmente con patologías sobre añadido, deterioro funcional y cognitivo asociados y que requieren un tratamiento médico continuado durante un largo período de tiempo. Puede implicar la prolongación de estadía sobre lo previsto, externalidad negativa, o bien casos que superen los periodos de cobertura.

En muchos casos estos pacientes presentan un problema socio familiar añadido. Debe considerarse la atención integral del paciente y las posibilidades reales de retorno a lugar de origen y el costo /beneficio en la prolongación de la estancia.

Entidad receptora: Establecimiento de salud de igual o mayor Nivel de Atención y/o de la Referencia o Derivación, Complejidad, con la capacidad resolutive requerida, que recibe al paciente y procede a brindar la atención.

Historia Clínica Única: La Historia Clínica, es un documento que registra la experiencia médica con el paciente y representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro, que requiere de un sistema de metodología de registro y análisis que reúna la información para análisis posteriores dentro de un contexto médico legal.

El expediente único para la historia clínica es el documento en el que se registra la historia de salud de una persona y los conocimientos científicos y la experiencia del equipo de salud.

Representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro de la salud. Los formularios del expediente varían según el servicio donde se lo aplique (emergencias, consulta, prácticas y medios de diagnóstico y terapéutica)

La auditoría médica cuenta en formato digital o físico con los registros remitidos por los Prestadores para ser auditados para su pago.

Nivel de Atención: Conjunto de establecimientos de salud organizados bajo un marco jurídico, legal y normativo; con niveles de atención (ambulatorio y Hospitalario) y capacidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia las necesidades sentidas

de salud de la población.

Los Niveles de Atención se clasifican en:

- I Nivel de Atención (Ambulatorio);
- II Nivel de Atención (Hospitalario);
- III Nivel de Atención (Rehabilitación)
- IV Nivel de Atención (Domiciliario);

Nivel de Complejidad: Es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, en relación con el Nivel de Atención al que corresponde, alcanzado mediante la especialización y tecnificación de sus recursos. Es la capacidad resolutoria que se define por los siguientes elementos: talento humano, equipamiento e infraestructura. Guarda relación directa con la categorización de establecimientos de salud.

Oportunidad de la atención. Es el tiempo de respuesta del prestador de servicios de salud para brindar la atención requerida, sin que corra peligro la vida del paciente.

Plan de Tratamiento: Es la respuesta de resolución de forma integral de los problemas de salud identificados durante el diagnóstico. Es el conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas. Debe presentarse de manera secuencial, lógica y ordenada.

Proveedores o Prestadores de servicios de salud: Son las unidades médicas, las entidades médico-asistenciales públicas y privadas, y los profesionales de salud en libre ejercicio acreditados y contratados por la CSS.

Red Complementaria del CSS: Es la red de servicios de salud conformada por unidades médicas externas (proveedores externos) de cualquier Nivel de Atención y Complejidad.

Red Pública de Salud: Es la red conformada por las unidades médicas dependientes del Ministerio de Salud Pública o entidades de Gestión pública (Ej.: Hospitales militares).

Referencia: Es el procedimiento estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un establecimiento de salud de menor Nivel de Atención o Complejidad a otro de mayor o igual Nivel de Atención o de Complejidad de la de una misma entidad del sistema

Sistema de Aportes y Beneficiarios: Herramienta tecnológica para el registro del pago de aportes de los afiliados que genera derecho a las prestaciones.

Sistema Médico Informático del CSS: Herramienta tecnológica para la gestión Integral de las Prestaciones de Salud.

Sistema de Derivación: Conjunto ordenado de procesos asistenciales y administrativos, que contribuye a garantizar la continuidad, integralidad y complementariedad de la atención de salud, con oportunidad, eficacia y eficiencia para las derivaciones dentro de la Red de Complejidad ascendente

Transferencia o Traslado: Se considera al traslado físico de un paciente de un establecimiento de salud a otro, en transporte institucional y con acompañamiento de un servidor de salud.

Auditoría Médica Receptora: Es la unidad que recibe información de los pacientes que son enviados de las diferentes unidades de la red de servicios. Tramita todas las gestiones en el sitio de derivación.

Auditoría Médica Referente: Es la unidad que envía información de los pacientes a las diferentes unidades de la red de servicios. Tramita todas las gestiones en el sitio de origen.

Urgencia: Enfermedad o problema de salud que podría convertirse en una emergencia si es que el cuidado médico dado por una condición que, sin tratamiento en su debido

tiempo, se podría esperar resulte en emergencia.

## 12. DESCRIPCIÓN DE ROLES

- 1- Medico Coordinador de Emergencias: Medico a cargo del Centro Coordinador de Emergencias que responde a las necesidades de derivación de cualquier paciente ya sea en Emergencia o urgencia o programado. Es la puesta de entrada al sistema de derivaciones. Puede tener un rol presencial o telemático. Coordina al equipo de administrativo y medico de seguimiento.
- 2- Medico de Seguimiento o tramitador: Puede ser el mismo Coordinador y estará a cargo de las temáticas médicas favoreciendo la eficiencia y calidad de la atención del paciente y apoyará al Case mánager en el seguimiento. Es el responsable de las autorizaciones solicitadas por el Prestador. Puede tener un rol presencial o telemático.
- 3- Case mánager o administrativo. Reúne toda la información administrativa del caso y puede coordinar sólo o en conjunto con el área de traslados y alojamientos los requerimientos del paciente en destino. Tendrá 80 casos activos en seguimiento y tramitará junto al médico tramitador las autorizaciones requeridas. Dará seguimiento al caso para lograr eficiencia en el sistema en equipo con los auditores de terreno y Prestadores. Su misión es la resolución en el menor tiempo posible y con la mejor calidad de atención del caso, en ese orden. Reporta al médico tramitador.
- 4- Auditor de Terreno: Auditor que sigue en terreno (destino) el caso e informa al Sistema para su seguimiento. Puede autorizar prestaciones si fuere necesario. Reporta a su Jefatura local e Informa al médico Tramitador y Coordinador. Reúne la información necesaria para la auditoría y manejo eficiente del caso, asistencia social, facturación y calidad asistencial

## 14. ANEXOS

### I. Normas generales de trabajo

NORMA	TEMA
Ley N° 3677 Normativa de la caja de servicios sociales de la Provincia de Santa Cruz	Marco regulatorio de la acción medico asistencial y las acciones de logística y acción social destinadas a los trabajadores activos y/o pasivos del Gobierno de la Provincial ; otorgándole para ello la potestad de funcionar como entidad autárquica tanto en el ámbito público y como privado.
DECRETO N° 0252 de fecha 11 de Marzo de 2020	Reglamentación de la Ley N° 3677 como así también el Régimen Electoral para la elección de los vocales representantes de los afiliados activos y pasivos que integran el Directorio de la Caja de Servicios Sociales; e instruir a la Caja de Servicios Sociales a celebrar los convenios tendientes a regular los derechos y obligaciones derivados de la cobertura y demás prestaciones relativas a los afiliados voluntarios de acuerdo a los considerandos del presente y facultar a la Caja de Servicios Sociales a dictar las normas aclaratorias.
Resolución 11409-2019	Reglamentación de la Caja de Servicios Sociales de la provincia de Santa Cruz
RESOLUCIÓN SSS 201/2002 PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO	El PMO comprende un conjunto de prestaciones muy amplio y los medicamentos respectivos. Este programa cubre 95% de las causas de consulta ambulatoria,



(PMO). Dispuesto por el Ministerio de Salud, cuyo cumplimiento es supervisado por la Superintendencia de Servicios de Salud dependiente de dicho Ministerio	atención quirúrgica y hospitalaria, atención odontológica, salud mental, rehabilitación y cuidados paliativos.
Ley 24901 Resolución Conjunta 10/2021. Ministerio de Salud y Agencia Nacional de Discapacidad.	Actualización valor aranceles del Sistema de Prestaciones de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad.
RESOLUCIÓN SSS 310/2002	Cobertura de medicamentos.
Resolución 428/1999 Ministerio de Salud y Acción Social.	Prestaciones médicas. Apruébese el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. Normativa General. Niveles de atención y tratamiento.
LEY 26529	Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Sancionada: Octubre 21 de 2009
Resolución SSS 1048/2014	Procedimiento que los agentes de salud deberán complementar para solicitar los reintegros ante el Sistema Único de Reintegros -S.U.R -
Código de Ética	Asociación Médica Argentina. Código de Ética Para el Equipo de Salud con La Cooperación de la Sociedad Argentina de Ética Médica. 2001. <a href="https://www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/Capitulo%2010.pdf">https://www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/Capitulo%2010.pdf</a> Capítulo 10 segunda opinión.
Régimen de Cobertura de Enfermedades poco Frecuentes: establecido partir de la adhesión a la Ley Nacional N° 26.689, mediante Ley Provincial N°3238	Régimen de Cobertura de Enfermedades poco Frecuentes.
Régimen de Adecuación de Genitalidad a la Identidad de Género Auto Percibida adhesión a la Ley Nacional N° 26.743, mediante Ley Provincial N° 3.298	Régimen de Adecuación de Genitalidad a la Identidad de Género Auto Percibida.
Ley 24754. MEDICINA PREPAGA COBERTURAS - SERVICIOS -Fecha de	Establece que las empresas de medicina prepaga deben cubrir como mínimo determinadas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales.

sanción 28-11-1996.	
Ley 23661	Seguro Nacional de Salud.

## Anexo II: SUBPROCESO DE DERIVACIÓN DE EMERGENCIAS

### 1. Centro coordinador de emergencia

#### **Función: médico del centro de coordinador de emergencias**

#### Acciones a ejecutar

- Se recibe vía telefónica la necesidad de derivación de un afiliado atendido en un centro asistencial, por falta de capacidad resolutive o falta de disponibilidad a un prestador médico de la red.
- Se registra y se verifica datos del afiliado y tipo de cobertura.
- El médico del centro coordinador de emergencias, se comunica con el médico de la unidad receptora.
- Evalúa causales, diagnostico, estabilización del afiliado y tipo de traslado.

En caso de autorizarse:

Ver derivación intraprovincial

Soporte: mail

- Envía **FORMULARIO DE DERIVACION en vuelo sanitario (N°..)** al responsable de la unidad receptora vía correo electrónico.
- Se envía con los siguientes datos: fecha, nombre completo del afiliado, DNI, numero de credencial, lugar de residencia y se adjunta al formulario **modelo de Historia clínica para derivación.**
- Por parte del médico de la unidad receptora se recibe el formulario vía correo electrónica (derivaciones@css.org.ar) (con un resumen de la historia clínica, enfermedad actual, antecedentes, resultados de

exámenes complementarios, tratamientos efectuados, Dg (CIE10), motivo de la derivación (..) tipo de traslado (ambulancia, con medico /con enfermero). Traslado aéreo.

- El medico asignado de emergencia, recepción y verifica la documentación (si está completa, legible).
- Ingresa y registra toda la documentación al sistema.
- Indica al gestor de casos de emergencia (gestor de Buenos Aires) vía..... la búsqueda del prestador.

### **Función: gestor de casos de emergencias**

Acciones a ejecutar

- Verifica la cartera de servicios y disponibilidad de los prestadores respetando la orden de prelación.
- El gestor hace la comunicación al prestador de referencia.
- El medico coordinador de emergencias autoriza esa derivación.
- Se registra nombre del prestador, dirección completa, Localidad, provincia.
- El médico del centro de coordinador de emergencias realiza la comunicación y coordinación entre el médico responsable de la unidad receptora y con el medico de referencia.
- Se registra en el aplicativo, lugar de derivación, el tipo traslado.
- Se comunica el tipo de traslado al administrativo encargado de gestionar viaje y alojamiento para acompañante en caso de necesidad.

### **Función: administrativo de gestionar viajes y traslados**

Acciones a ejecutar:

- Gestiona traslado, pasaje y alojamiento de acompañante.
- Registra en el aplicativo.
- Informa al médico del centro de coordinador de emergencias.
- Comunica al familiar del afiliado el lugar de derivación y gestión y lo registra en el sistema.
- El familiar da conformidad del traslado, mediante firma....
- 

### **Función: médico del centro de coordinador de emergencias.**

Acciones a ejecutar:

- Envía vía correo electrónico la documentación médica al médico responsable de la unidad médica de referencia.
- Deja registro de lo actuado.
- Se comunica con el medico que recibe al paciente para corroborar su estado de salud.
- Se comunica vía correo electrónico (gestionderivaciones @CSS.gob.ar ) y por sistema, con el medico auditor de terreno o seguimiento de

casos complejos o internados.

**Función: auditor de terreno o seguimiento de casos complejos o internados**

Acciones a ejecutar:

- Continúa con el seguimiento y registra en el sistema aplicativo.
- Comunica y solicita al prestador el resumen medico de egreso (alta) y tramita su envío a auditoria mediante correo electrónico.
  
- Solicita la tramitación del regreso a origen al administrativo de gestión de viajes y alojamiento y registra en el aplicativo, indicando si hubiere requerimientos especiales.
  
- **Función: Auditoría médica local**
- Asigna un profesional para el seguimiento y continuidad del tratamiento en caso de ser necesario.
- 

**III: SUBPROCESO DE DERIVACIÓN PROGRAMADA**

**1- Objetivo**

Describir las actividades que involucran la solicitud y el registro de las derivaciones programadas.

1.2 Síntesis y alcances

1.2.1 Responsable del proceso

**El responsable del proceso es la Gerencia de prestaciones.**

1.2.2

El alcance...

**2. Unidades organizacionales participantes**

- Administrativo/Case
- Médico tratante/solicitante
- Medico auditor
- Afiliado
- Gerencia

3. Vigencia

**4. Detalle del subproceso**

4.1- Delegación central o delegaciones del interior

**Función: administrativo de auditoría.**

Acciones a ejecutar:

Una vez requerida la necesidad de **derivación programada** por parte del afiliado o familiar, a solicitud del médico tratante

4.1.

- ✓ Verifica datos del afiliado y cobertura.
- ✓ Verifica si el certificado médico cumple con requisitos. Que sea legible, con membrete, fecha, firma del médico, matrícula.
- ✓ Ingresa el certificado médico al sistema, **AL MÓDULO DE DERIVACIÓN**

- PROGRAMADA**; escanea el mismo le da número de ingreso en el sistema.
- ✓ Se eleva la información al auditor médico mediante un mail automático (**gestionderivaciones @css.gob.ar**). *En esta instancia solo se verifica que la solicitud sea legible, con la firma del médico tratante matricula.*

El administrativo entrega al afiliado:

1. \* **FORMULARIO DERIVACIÓN PROGRAMADA**
2. \*\***MODELO DE HISTORIA CLINICA**\*\*

3. \* El administrativo antes de hacer la entrega al afiliado el **FORMULARIO DERIVACIÓN PROGRAMADA**

1. completa los datos siguientes:

- ✚ Numero derivación:
- ✚ Código de derivación: **T**) asistencia médica – **H** (hospitalización)- **EXC** (exámenes complementarios)- **DI** (dg por imágenes)- **FKT** - **O**(otros)
- ✚ Fecha de entrega: *parametrizar*
- ✚ Apellido y nombre del afiliado:
- ✚ DNI:
- ✚ Fecha de nacimiento: *parametrizar*
- ✚ Domicilio-localidad (*parametrizar localidad* )
- ✚ Teléfono de contacto
- ✚ Correo electrónico:
- ✚ N: de credencial
- ✚ Profesional solicitante.

2. \*\* El administrativo antes de hacer la entrega del **MODELO DE HISTORIA CLINICA** completa los siguientes datos

Numero derivación

- ✚ Apellido y Nombre del afiliado
- ✚ Credencial N°
- ✚ DNI
- ✚ Dirección: Localidad ((parametrizar localidad )
- ✚ Tel-cel
- ✚ Correo electrónico del afiliado o familiar de contacto.

- 2.1. **El médico tratante completa los datos pendientes:**

- ✚ Estado actual:
- ✚ Antecedentes
- ✚ Resultados de exámenes complementarios y tratamientos efectuados:
- ✚ DG: (CIE10-11).

**Motivo de derivación:**

- Asistencia médica: NO-SI (especialidad)
- Hospitalización: NO- SI ) (cirugía. Tratamiento ambulatorio)
- Exámenes complementarios: NO -SI ( cual..)
- Diagnóstico por imágenes: NO- SI (cual)
- FKT: NO- SI (de qué lugar )

- Otros (detallar)
  - Traslado: terrestre- aéreo de línea
  - Alojamiento: No- Si
  - Acompañante: No- SI
  - Firma , sello y matricula del profesional médico.
- 
- ✓ Una vez que el afiliado realizó los trámites con su médico tratante, ingresa la documentación a la Delegación regional o central, según corresponda (vía presencial o...)
  - ✓ El administrativo verifica que la documentación este completa y legible, escanea, y lo registra en el **MÓDULO DE DERIVACIÓN PROGRAMADA** con el número asignado y ese número le permite al afiliado hacer seguimiento.
  - ✓ Comunica vía mail (**gestionderivaciones @css.gob.ar**) al auditor de casa central para verificación y autorización.
  - ✓ El mail puede ingresar desde una delegación del interior o de casa central. En el asunto se debe colocar nombre completo del afiliado y DNI. y motivo: T/ HOSP/ EX / DI/ FKT/

**Función: medico auditor**

Acciones a ejecutar:

- ✓ Verifica la pertinencia de la derivación.
- ✓ Analiza el formulario el encabezado **del FORMULARIO DERIVACION PROGRAMADA** y el **FORMULARIO MODELO DE HISTORIA CLINICA.**
- ✓ Analiza la coherencia entre el diagnóstico y solicitud de derivación.
- ✓ Analiza el historial de la cuenta del afiliado en el sistema.  
**Si autoriza se sigue con el siguiente paso:**
- ✓ Envía un mail al case/ administrativo indicando autorización al mail ([gestionderivaciones@css.gob.ar](mailto:gestionderivaciones@css.gob.ar)).

**Sobre la autorización. (gestionderivaciones@css.gob.ar).**

- ✓ La autorización se registra en el **MÓDULO DE DERIVACIÓN PROGRAMADA”.**
- ✓ **Autorización Si/NO**
- ✓ **El medico auditor completa los datos faltantes del**

## FORMULARIO DERIVACIÓN PROGRAMADA

- + Tipo de derivación. **T**) asistencia médica – **H** (hospitalización)- **EXC** (exámenes complementarios)- **DI** (dg por imágenes)- **FKT** - **O**(otros)
- + Tipo de traslado: terrestre/aéreo / con acompañante/sin acompañante
- + Nombre y apellido de auditor médico autorizante:
- + Número de matrícula:
- + Fecha de autorización:

El médico auditor comunica por mail [gestionderivaciones@css.gob.ar](mailto:gestionderivaciones@css.gob.ar) al administrativo para que pueda continuar con la gestión de seleccionar el prestador de salud y solicitar turnos.

### En caso de no autorizar

Se registra en el **MÓDULO DE DERIVACIÓN PROGRAMADA**.

- + Fundamento de la no autorización: Por ej. No lo incluye la cobertura/ hay especialistas en la Provincia/
- + Registra: Nombre y apellido de auditor médico.
- + Número de matrícula.
- + Fecha:
- + Se comunica con el afiliado vía telefónica o correo y deja registrada la comunicación con el nombre completo de la persona que recibió el mensaje día, horario.

### Función: administrativo /CASE de auditoría

Acciones a ejecutar:

- ✓ Evalúa la red de prestadores de salud, por orden de prelación, especialidad y ubicación geográfica.
- ✓ Se comunica con el prestador, solicitará el turno, y lo registrará en el **MÓDULO DE DERIVACIÓN PROGRAMADA** del sistema aplicativo. Ingresara el nombre del prestador, cuit, lugar, nombre completo del profesional, especialidad, fecha y hora del turno. *\* toda la red de prestadores deben cargarse en el sistema, así como parametrizar fecha y hora del turno y especialidades.*
- ✓ De requerir traslado se enviará un mail ([viajesytraslados@css.gob.ar](mailto:viajesytraslados@css.gob.ar)) que le llegará en forma automática al administrativo encargado de viajes y traslados.
- ✓ El administrativo encargado de viajes y traslados, gestiona con los prestadores los pasajes o traslados desde el domicilio de origen/destino y tipo de traslado. .
- ✓ Registra en el **MÓDULO DE DERIVACIÓN**, los detalles del traslado. Tipo, terrestre o aéreo, fecha, empresa, horario. *\*parametrizar tipo de traslado y empresas contratadas, fecha y horario, cantidad de días de estancia programada.*
- ✓ Una vez gestionado los detalles del traslado envía un mail al encargado administrativo de derivaciones. [gestionderivaciones@css.gob.ar](mailto:gestionderivaciones@css.gob.ar), para su conocimiento.

- ✓ El administrativo se comunica con la afiliada/o vía telefónica o mail.
- ✓ El afiliado recibe las autorizaciones vía mail escaneadas o las retira de la delegación.
- ✓ El auditor médico de la Provincia o localidad (Comodoro Rivadavia, Calafate, Córdoba o C.a.b.a) recibe un mail automático sobre los detalles de la derivación para su seguimiento.

### **Función: auditor regional o de Provincia**

#### Acciones a ejecutar

- Recibe comunicación de la derivación a través del mail (**gestionderivaciones@css.gob.ar**)
- ✓ Audita la prestación. Esta acción debe estar orientada a evaluar la prestación ejecutada, corrobora la justificación de la práctica.
- ✓ La auditoría puede ser por sistema, vía telefónica o en terreno.
- ✓ Cualquier novedad (no asistió el afiliado, el prestador suspendió el turno, el prestador no se correspondía con el motivo de la derivación) comunica vía mail a derivación **central@css.gob.ar** y lo registra en el **MÓDULO DE DERIVACIÓN PROGRAMADA** ".\*parametrizar causales de la no atención/ no asistió el afiliado, prestador erróneo/el prestador suspendió e turno/problemas en el traslado
- ✓ Si hay una solicitud o requerimiento de otra prestación que surja de la derivación específica para la cual se autorizó, el auditor regional Informa a derivación **central@css.gob.ar** y se espera autorización central.
- ✓ El auditor debe completar en el **módulo SEGUIMIENTO AUDITORIA** , fecha de auditoría, si se cumple con la justificación de la derivación (si)
- ✓ En el caso del NO
- ✓ Siempre puede registrar recomendaciones de mejoramiento, por ej. evitar repeticiones innecesarias de exploraciones, demoras en entregas de informes.

### **Función. Gerencia**

#### Acciones a ejecutar

- ✓ Supervisara todas las tareas del área/sector de derivaciones.
- ✓ Resolverá casos de excepción.
- ✓ Analizará mejoras a los procedimientos actuales.
- ✓ Analizará indicadores de gestión en forma mensual.
- ✓ De los registros puede obtener: Cantidad de derivaciones programas por día-mes año.
- ✓ Cantidad de derivaciones por motivo.
- ✓ En cada motivo se puede sacar registro del prestador, tipo de práctica, cantidad de prácticas, días de para obtener el turno. **\*\*ver demoras en entregas de informes, cantidades de auditorías realizadas.**
- ✓ Indicadores de satisfacción del afiliado.
- ✓ Informará a su autoridad el análisis de gestión y propuesta de mejora.\**los indicadores se deben armar para poder sacar datos en forma automática y permitir hacer el seguimiento de*



*trazabilidad del proceso.*

## ANEXOS

### **I. FORMULARIO DERIVACIÓN PROGRAMADA**

### **II. MODELO DE HISTORIA CLINICA**

#### **Introducción Manual de derivaciones**

Con la información obtenida en las distintas reuniones se elabora el manual de procedimientos del proceso de derivaciones médicas.

A partir del modelo inicial se realizan varios intercambios para lograr el consenso con el equipo de trabajo por parte de la CSS, la gerente a cargo y los consultores UNTREF.

Participaron Olga Ipinza, Mirta Fernández, Nestor kamu, Rosana Laudonio, Belen Corso, Mariano Montesorio, y de parte de la Untref Carlos Farcy, Oscar Bater, Sonia Gaviola.

Los profesionales de la CSS expresaron sus opiniones. Hicieron referencia a carecer de clínicas privadas y la baja complejidad de los hospitales provinciales aún los regionales, la inexistencia de algunas especialidades médicas en la provincia y la idiosincrasia de la población beneficiaria tendiente a considerar que “Dios está en todas partes, pero atiende en Buenos Aires” que los impulsa a exigir los servicios distantes a su domicilio. También hicieron referencia al marco legal de la administración pública. Se hicieron referencias a las numerosas prestaciones de obstetricia, neonatología, urología y de los traslados aero médicos aportando cifras informales de cada una. Sobre las cifras estadísticas, informan que existen y son registradas en el sistema de la obra social, pero que ellos no contaban con las mismas.

Además, se trató la importancia del costo de las prestaciones y de la posibilidad de contar con registros de calidad en salud.

Se resaltó la necesidad de contar con un manual como una herramienta, que organiza las actividades y define los roles de cada persona, y permite contar con información sistematizada, con el objeto de generar tableros de controles de gestión y generación de circuitos administrativos dinámicos bajo normas establecidas.

Del análisis en conjunto se obtiene el consenso el cual se informa a continuación.

Ilustra el procedimiento en general, generando información útil, que contiene información detallada, ordenada, sistemática e integral de las distintas actividades que se realizan en el respectivo proceso, para que pueda ser aplicado a partir de la capacitación del personal involucrado en el mismo.

## **1.5 Diseño de Procedimientos y protocolos para la gestión de enfermedades de alta complejidad.**

Se relevaron las principales enfermedades de alto costo y sus indicadores epidemiológicos. Listadas en el Anexo III.

Se utilizaron distintas fuentes de información como los registros estadísticos de la gerencia de auditoría médica e información proveniente de informantes claves. El porcentaje de la población con consumos de enfermedades de Alto Costo fue durante 2021/2022 de 0,017% de la población total.

Se examinaron las normas de auditoría médica y los procedimientos utilizados por la misma. La cobertura de la CSS para las enfermedades de alta complejidad es mayor a otras Obras Sociales Provinciales.

Los procedimientos de auditoría médica se ajustan a la Resolución 11409.

La medicación se adquiere por concurso de precios (tres presupuestos) en las Droguerías contratadas a tal fin. La información recolectada, sus normas de procedimiento y criterios de manejo de enfermedades de alta complejidad permitió realizar el benchmarking de estas patologías con otros sistemas de salud similares.

Se realizó el análisis comparativo de las prácticas de funcionamiento de los sistemas de salud Larino América y Argentinos provinciales y la Obras Sociales (Superintendencia de Salud) respecto de la gestión, cobertura y financiamiento de las enfermedades de alta complejidad con la intención de facilitar la selección de las mejores prácticas en el manejo de estas patologías. Contrastando otros sistemas y teniendo en cuenta la amplitud de la cobertura para los medicamentos de Alto Costo de la CSS se confeccionaron los tres Módulos de Manual de Normas adjuntos. La base de referencia nacional establecida por la Superintendencia de Salud respecto de la Auditoría Médica requerida para dar cobertura a dichas patologías.

Se revisó el marco normativo que utiliza la CSS

La metodología de análisis utilizó un conjunto de indicadores que usan en los sistemas de salud de diferentes países o provincias que sean comparables con la situación de la CSS. Los indicadores utilizados:

1. Porcentaje de cobertura de este tipo de enfermedades. Entre 50% y 100% en registros 2021/2022.
2. Tipo de financiamiento. Directo a cargo de la entidad financiadora CSS.
3. Listado de patologías incluidas. Se identificaron 525 diagnósticos codificados de ICD10.
4. Porcentaje de la población de afiliados cubierta. 0,017 % (sobre 132.000).
5. Existencia de protocolos. El único protocolo de referencia utilizado es la Resolución 11409, usan Formularios y se tramitan por expediente.
6. Tecnologías médicas del sistema. Se adquirieron 265 principios activos de Alto Costo durante 2021/2022. Entre los cuales se encuentran las siguientes tecnologías entre otras: Inmunosupresores, inhibidor selectivo de CDK para CDK4 y CDk6. Hormonoterapia cáncer de próstata. inhibidores de factores necrotizantes. CPNM localmente avanzado o metastásico de histología escamosa. Factor recombinante con factor IX de la coagulación y albumina recombinante. inhibidor de la proteína tirosina kinasa. Tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar. ATB de alto costo. Nutrición enteral. Agentes antineoplásicos que reducen el desarrollo de las plaquetas. Inhibidores de la aromatasa no esteroide. Antifúngicos de alto costo. Anticoagulantes. Inhibidores de la fosfodiesterasa 4. Antieméticos llamados sustancias P antagonista. Atezolizumab inhibidor de punto de control de inmunitario del cáncer de pulmón.

Anticuerpo monoclonal humano de clase IgG1 dirigido contra el ligando proteico inmunomodulador de la superficie celular PD-L1 mediante tecnología de DNA recombinante. Agentes desmetiladores en las mielodisplasias. Antirretrovirales. Quimioterapia de las leucemias. Factores de crecimiento endotelial vascular. Antineoplásicos generales. Antineoplásicos para mieloma múltiple. Antagonista dual del receptor de la endotelina en la hipertensión pulmonar. Linfoma conjugado de anticuerpo (anticuerpo sumado a un medicamento que elimina las células unido a él) contra una proteína llamada CD3. Agentes antineoplásicos alquilantes. Eritropoyectina recombinante humana. Factores de coagulación.

7. Los mecanismos de gestión y pago se tramitan por medio de expediente.
8. Otros indicadores. Total, de beneficiarios que registran consumos 2350 (2021/2022)

La metodología de análisis consistió en la revisión de la literatura nacional e internacional (regional) sobre cobertura de enfermedades de alto costo identificando sus modos de financiamiento, criterios de cobertura, mecanismos de pago y gestión. A partir de ello se aplicaron conceptos sobre las normas generales aplicadas en nuestro país para todo el Sistema de Salud (Superintendencia de Salud), como la estructura y normas para efectuar la auditoría médica y el acceso al financiamiento de tal tipo de cuidados.

Los tres Anexos del Manual de Auditoria de Medicamentos de Alto costo están destinados a ser utilizados por la auditoria médica y otras áreas involucradas en su manejo y gestión. Debería pensarse en la instalación de software que a su vez permitan establecer pautas de alarmas y desvíos en la gestión y consumos que excedan las dosis máximas establecidas y podrán ser la referencia y acordarse futuros consensos con la comunidad médica de la Provincia para el mejor manejo de las enfermedades de alto costo.

## **ANEXO I**

### **ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS Y DE ALTA COMPLEJIDAD**

#### **Introducción**

Las enfermedades catastróficas son un conjunto limitado de patologías que no solo matan o incapacitan a quienes las padecen, sino que además empobrecen a estas personas y a sus familias. La investigación y el desarrollo tecnológico se centran en ellas y, hasta el momento, los avances en los tratamientos son importantes, pero, en general, se limitan a cuidados paliativos pero cada vez más caros.

Por lo que, las denominadas enfermedades catastróficas configuran un problema que no es solo médico y sanitario, sino un complejo desafío económico y social que requiere especial consideración y tratamiento desde las políticas públicas.

Diversos países brindan respuestas al desafío de disminuir la brecha existente entre los que acceden y los que no al tratamiento oportuno en enfermedades catastróficas. Pero aún no se hay un modelo satisfactorio y que cuente con una integra cobertura horizontal y vertical, refiriéndonos a la primera característica que cubra a las personas con una misma patología y la segunda que se cubran todas las enfermedades catastróficas y todos los gastos por ellas generados.

El abordaje de estas patologías es muy complejo teniendo en cuenta que, si el paciente no es tratado, se lo privaría del acceso al tratamiento y se lo condenaría a un deterioro

progresivo de su salud y de su calidad de vida. Pero si él o su familia deben costear este tratamiento, pueden encontrarse en una situación de pobreza.

Uno de los principales motivos que justifican encarar la problemática de estas enfermedades es su muy alto costo, el que está dado por la puja distributiva que se genera entre estas y las enfermedades prevalentes y del mayor impacto en la carga de enfermedad para la población. Teniendo en cuenta que el presupuesto es siempre finito, exige extremar la optimización del uso de los recursos para enfrentar el desafío financiero que representan las enfermedades crónicas.

La administración de estas enfermedades supone intervenir en la promoción de la cobertura, tratando de garantizar el acceso a los servicios esenciales, y generar una evaluación de riesgos, en términos que las respuestas más colectivas son más eficientes que las respuestas individuales. También es requerido garantizar una respuesta segura y adecuada en términos clínicos y en tanto se integre como parte del derecho a la salud, la respuesta frente a las enfermedades catastróficas debe ser de calidad homogénea.

Resumiendo, enumeramos algunas características especiales de este tipo de patologías, como:

- Alto costo económico
- Provocan severos daños en la salud de quienes las padecen
- Tienen bajo impacto sobre la carga de enfermedad
- Presentan una curva de gastos diferente a las enfermedades prevalentes.
- Su financiación desde el presupuesto de los hogares resulta insostenible
- La mayor parte del gasto se destina a los medicamentos
- Con frecuencia su cobertura es definida judicialmente.
- La protección social de la población frente a las enfermedades catastróficas plantea dilemas de puja distributiva en la financiación sanitaria.

Clasificar las enfermedades y obtener una aproximación al listado de patologías catastróficas al seleccionar entre miles de enfermedades conocidas a un reducido listado de menos de cien enfermedades catastróficas permiten realizar tratamientos con efectividad comprobada o validada y contar con un parámetro de gasto asistencial.

La Organización Mundial de la Salud tomó los estudios liderados por el Dr. Xu y, tras modificar el parámetro del 40%, propuso como convención que una enfermedad tiene un impacto catastrófico cuando se destina, a su atención, más del 30 % del presupuesto familiar. Este porcentaje fue ampliamente utilizado como criterio de corte en estudios realizados en la Argentina, entre los que se destacaron las estrategias sanitarias que priorizan la acción pública.

Asumiendo que el adjetivo catastrófico proviene de sus altos costos e impactos, resulta conveniente que los criterios de selección de las enfermedades a ser consideradas dentro de este conjunto, incluyan también otras consideraciones médico sanitarias. El deterioro de las condiciones de salud de quienes padecen estas enfermedades hace que resulte fundamental concentrar los esfuerzos organizativos para evitar que pacientes con la misma enfermedad y el mismo estado de avance reciban tratamientos diferentes o sean objeto de experimentos no controlados.

Al considerar el nivel de daño que ocasionan entre quienes las padecen y al tener una

curva de gasto diferente, los servicios médicos de alta complejidad requeridos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades catastróficas deben ser distribuidos en forma planificada. Es decir, generar iguales oportunidades de acceso para toda la población, para garantizar seguridad en los procedimientos y calidad en las prestaciones. Para eso, algunos de los sistemas de salud más avanzados instrumentaron mapas sanitarios para habilitar y acreditar prestadores que brinden respuestas garantizadas e iguales a la población.

Otro factor de trascendencia es que la mayor parte del gasto que se destina a medicamentos, y cuidados que tienden a ser paliativos. Una vez establecido el diagnóstico, la mayor parte de la asistencia se concentra en tratamientos químicos y biológicos. Para eso, se emplean medicamentos de alto costo (MAC), que por lo general tienen un único proveedor monopólico. Pero, además, dentro de esta categoría hay cada vez menos productos de síntesis química y más biotecnológicos. Esos últimos son productos elaborados con materiales de origen biológico, como microorganismos, órganos, tejidos, células o fluidos de origen humano o animal, o también por un proceso biotecnológico de ADN recombinante, a partir de una proteína o ácido nucleico. Las innovaciones biotecnológicas siempre encarecen el costo de la patología, aunque no en todos los casos generan un aumento de la esperanza de vida.

Otro componente es que su cobertura es definida muchas veces, por vía judicial, sobre esto la literatura especializada reconoce que en los últimos años se incrementó esta práctica que es sumamente preocupante para las autoridades sanitarias de países latinoamericanos: denominada “judicialización” del derecho a la salud (y a los medicamentos) mediante fallos judiciales en que se obliga a las instituciones a proveer ciertos fármacos, por lo general novedosos, de alto precio y cuyo uso no siempre se sustenta en evidencias científicas sólidas.

A su vez además del listado, y probablemente más importante aún que las enfermedades que lo integran, es fundamental determinar el tipo de abordaje. Es imprescindible unir al modelo de financiación los lineamientos bajo los cuales se llevará adelante la atención de los pacientes que presenten las patologías incluidas.

Buscar respuestas adecuadas frente al problema que configuran las enfermedades catastróficas requiere, en primer lugar, enfrentar el desafío de reducir la variabilidad de la práctica clínica.

### **Sobre los Manuales y Normas de Auditoría Médica de CSS**

Se examinaron las normas de auditoría médica de la CSS y los procedimientos utilizados por la misma. Resultando que la Auditoría de CSS, se ajusta a la Resolución 11409, pero esta carece de normas técnicas de auditoría médica que permitan evaluar y gestionar la cobertura durante el proceso de la auditoría técnica propiamente dicha.

En su práctica cotidiana, los auditores pueden carecer de una referencia técnica (orientador del proceso que comprueba la elegibilidad del procedimiento para el diagnóstico de que se trata) que les facilite estandarizar la documentación relevante necesaria y que asegure iguales resultados para los mismos diagnósticos, con la misma tecnología para todos los beneficiarios en las mismas condiciones, unificando los resultados de la gestión y reduciendo la variación del criterio médico de cada Médico Auditor.

En cuanto a las fortalezas de las Normas para la autorización realizada en base a lo establecido por un manual de normas en el proceso de Pre Auditoria, está fundamentado en el consenso existente en la comunidad médica, que en la práctica generalmente, los auditores disponen de entrenamiento y capacidades en algunas especialidades médicas, no en todas, por ello es relevante normatizar la gestión del auditor para tramitar la cobertura de las enfermedades catastróficas, o de Alto Costo y sus procedimientos de alto costo en la práctica de la auditoria médica.

Bajo estas condiciones, el manual de normas funcionará como un orientador , facilitando al auditor el seguimiento del resultado del procedimiento y favorecerá a la auditoria para su proceso de liquidación (protocolo quirúrgico, stickers de los insumos/prótesis y el informe de seguridad y complicaciones post quirúrgica inmediatas) y pago al prestador.

### Principales Enfermedades Catastróficas y Procedimientos de alto costo. Incluye Enfermedades Raras (Rare Disease)

#### Aneurisma de Aorta Abdominal/ de Aorta Torácica.

##### 1. Endoprótesis para tratamiento endovascular del Aneurisma de Aorta Abdominal o Aneurisma de Aorta Torácica.

Se autorizará su cobertura cuando esté contraindicada la cirugía a cielo abierto y cumpla con alguno de los criterios predictores de riesgo:

- Infarto de miocardio agudo o reciente con evidencia de riesgo isquémico determinado por síntomas y/o estudios no invasivos.
- Angina inestable (CF III o IV).
- Arritmias significativas: bloqueo AV de alto grado/arritmias ventriculares sintomáticas/arritmias supraventriculares con ritmo ventricular no controlado.
- Enfermedad valvular severa.
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC con FEV1 < 35% del valor de referencia, PaO2 < 60 mm Hg o PaCO2 > 45 mm Hg).
- Riñón en herradura (no para AAT).
- Insuficiencia renal crónica en plan de diálisis.
- Insuficiencia hepática.
- Trasplante de órganos.
- Abdomen Hostil (pacientes con cirugías abdominales previas, eventraciones, colostomías, ileostomías, etc. y/o abdomen irradiado).
- Tórax Hostil (con cirugía previas) o irradiado.

Tratamiento endovascular del aneurisma de aorta abdominal (AAA): Hay consenso en definir como aneurisma cuando la arteria alcanza un diámetro mayor a 30 mm.

- Fundamento diagnóstico Imagen demostrativa del aneurisma:
- Ecografía Abdominal

- Ecodoppler
- TAC abdomen, TACHelicoidal, TAC multicorte.
- RMN, Angioresonancia.

Condicionantes anatómicos para el tratamiento endovascular (TEV) en AAA:

- Cuellos proximales: iguales o menores a 32 mm de diámetro y al menos 10 mm de longitud.
- Angulación de la aorta a nivel del cuello proximal: menor a 60 grados
- Diámetros de las arterias ilíacas: deben ser de por lo menos 7 mm, para permitir el paso de los dispositivos.
- La presencia de aneurisma ilíaco, no contraindica el TEV.

Fundamento Terapéutico para el tratamiento endovascular del AAA:

- Pacientes con alto riesgo quirúrgico con un AAA de más de 5 cm de diámetro en el hombre o 4.5 cm en la mujer o con crecimiento rápido mayor o igual a 0,5 cm en 6 meses o sintomáticos y/o inflamatorios, con anatomía favorable para el implante de endoprótesis.
- Tratamiento endovascular del aneurisma de aorta torácica (AAT).

Fundamento diagnóstico: Imagen que confirma del aneurisma:

- Ecografía Abdominal.
- Ecodoppler.
- TAC abdomen, TAC Helicoidal, TAC multicorte.
- RMN ,
- Angioresonancia.

Condicionantes anatómicos que indican el procedimiento para el tratamiento endovascular del Aneurisma de Aorta Torácico:

- Cuello proximal y distal: deberán tener una longitud de 15 mm desde el origen de la arteria subclavia izquierda y proximal al origen del tronco celíaco, respectivamente.
- Los diámetros deben ser de 22 a 42 mm.
- Los diámetros de las arterias ilíacas deben ser de por lo menos 7 mm, para permitir el paso de los dispositivos.
- Fundamento para el tratamiento endovascular del AAT: Pacientes con alto riesgo quirúrgico, con anatomía favorable para el implante y la fijación de la endoprótesis con:

un AAT clínico sintomático.

- dolor torácico más hipertensión arterial.
- o signos de compresión de estructuras vecinas.
- o con diámetro en la aorta ascendente superior a 5,5 cm y en aorta descendente mayor de 6 cm.
- o aumento de más de 0.5 cm por año
- o aneurisma post-coartación.

Documentación médica a presentar (AAA y AAT) a la auditoría:

- Estudios complementarios que avalen los parámetros solicitados: (ecografías - ecodoppler - tomografía - resonancia - angiorenancia).
- Con firma y sello del profesional interviniente .
- Prescripción de la endoprótesis firmada y sellada por el médico tratante.
- Consentimiento informado.

Para la facturación se deberá presentar:

- Comprobante de implante de la endoprótesis.
- Protocolo del procedimiento.
- Mortalidad dentro de los 30 días.
- Tiempo de sobrevida. Capacidad funcional y/o calidad de vida Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria).
- De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados).
- Complicaciones peri procedimiento, Insuficiencia renal Infecciones, Obstructivos, Estenóticos, Aneurismáticos, Deformativos, Congénitos.
- Tratamiento Endovascular Periferico por procedimientos Hemodinámicos, insumos (Endoprotesis Autoexpandibles, Expandibles con Balón, o Cubiertos/No cubiertos).

## 2. Tratamiento endovascular Arterial Periférico:

Fundamento diagnóstico: Imagen confirmatoria de la Patología Arterial:

- Arteriografía.
- Ecodoppler.
- TAC abdomen. TAC Helicoidal -TAC multicorte.
- Ecografía Abdominal.
- Angioresonancia.



Fundamento Terapéutico para el tratamiento endovascular arterial periférico:

Pacientes con:

- riesgo quirúrgico aumentado.
- con anatomía favorable para el tratamiento endovascular por hemodinamia.

Documentación médica a presentar en auditoria médica:

- Estudios complementarios que avalen los parámetros solicitados: (Arteriografías, - ecodoppler - tomografía - resonancia - angioresonancia).
- Solicitud de procedimiento hemodinámico y endoprótesis firmada y sellada por el médico tratante.

Para la facturación se deberá presentar:

- Consentimiento informado.
- Comprobante de implante de endoprótesis.
- Protocolo del procedimiento.

3. Arritmias Cardíacas: Arritmias Ventriculares. Prevención de Muerte Súbita Cardíaca. Implantable uni o bicameral El cardiodesfibrilador implantable (CDI): es un dispositivo de estimulación cardíaca.

Fundamento diagnóstico:

- ECG
- Ecocardiograma Doppler.
- Estudio Electrofisiológico.
- Estudio de Holter.
- Cinecoronariografía (según corresponda)
- SPECT (según corresponda)
- Resonancia magnética (según corresponda)
- Estudio genético (según corresponda)
- Serología Chagas (según corresponda).

Fundamento terapéutico:

### Prevención Secundaria:

- Paciente reanimado de taquicardia ventricular sostenida (TVS)/fibrilación ventricular (FV).
- Con inestabilidad hemodinámica o Paro Cardiorrespiratorio (PCR), independientemente de la etiología, pero fuera del contexto de una causa reversible (Ej:-hipokalemia,-Infarto Agudo de Miocardio —IAM—, intoxicación medicamentosa).
- Enfermedad cardíaca estructural, independiente del grado de deterioro de la función sistólica ventricular izquierda (FSVI) y TVS espontánea, ya sea hemodinámicamente estable o inestable.
- Síncope de origen no determinado con TV o FV clínicamente relevante y sostenida y hemodinámicamente significativa inducida en el estudio electrofisiológico.

### Prevención Primaria:

- Fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) = 35% debido a infarto de miocardio previo, al menos 40 días antes o miocardiopatía dilatada (MCPD) no isquémica, clase funcional New York Heart Association (NYHA) II o III, bajo tratamiento médico óptimo (debe incluir salvo contraindicaciones inhibidores de enzima convertidora de angiotensina —IECA—, betabloqueantes, antialdosterónicos).
- Disfunción ventricular Izquierda debido a IAM previo por lo menos 40 días antes, FEVI = 30%, clase funcional NYHA I.
- Displasia del ventrículo derecho arritmogénica/cardiomiopatía, con uno o más factores de riesgo para la muerte súbita.
- Síndrome QT largo, experimentando síncope y/o TV mientras recibe beta bloqueantes.
- Pacientes no hospitalizados como puente a recibir un trasplante cardíaco.
- Síndrome de Brugada con síncope, TV sostenida u otros factores de riesgo asociados (muerte súbita familiar, inducción TV/FV en estudio electrofisiológico).
- TV polimórfica catecolaminérgica con síncope y/o TV sostenida documentada durante tratamiento con betabloqueantes.
- La enfermedad de Chagas recibirá CDI, siguiendo los mismos lineamientos de la miocardiopatía no isquémica.
- TV sostenida y sintomática en un niño o adulto con cardiopatía congénita.
- Síncope recurrente de origen desconocido en un niño o adulto con cardiopatía congénita en presencia de disfunción ventricular.

#### 4. Miocardiopatía hipertrófica definida y alguno de los siguientes antecedentes:

- Antecedente personal de muerte súbita o taquicardia ventricular sostenida.
- Historia de muerte súbita relacionada a la miocardiopatía hipertrófica (MCH) en al menos un familiar en primer grado.
- Haber experimentado al menos un episodio sincopal reciente.
- Hipertrofia masiva del ventrículo izquierdo (espesor parietal máximo igual o mayor de 30 mm).
- Detección de taquicardia ventricular sostenida (TVNS) en el registro ambulatorio de Holter.
- Respuesta hipotensiva o plana de la presión arterial durante el ejercicio (incremento de la presión arterial menor a 25 mm Hg).

Documentación médica específica para presentar en auditoría:

- Estudios complementarios realizados:
  - ECG.
  - Ecocardiograma Doppler.
  - Cinecoronariografía.
  - RMN,
  - SPECT.
  - Holter.
  - Estudios de laboratorio.
  - Aclarar si es prevención primaria o secundaria de muerte súbita. Debe llevar la firma del médico electrofisiólogo.
  - Solicitud del dispositivo con detalle técnico (Cardiodesfibrilador WIR o DDDR, doble o simple coil, potencia del generador, algoritmos especiales para control de fluidos o minimización de la estimulación ventricular, monitoreo remoto) y detalle del fundamento terapéutico (prevención primaria o secundaria).
- Firma y sello del médico tratante que lo indica.

Para la facturación se deberá presentar:

- Consentimiento informado.
- Comprobante de implante del dispositivo.
- Protocolo del procedimiento.

5. Arritmias Cardíacas Patología: Arritmias Cardíacas. Marcapasos compatible con Resonancia Nuclear Magnética Los marcapasos y electrodos aptos para Resonancia Nuclear Magnética (RNM).

Fundamento diagnóstico: anamnesis, examen físico, electrocardiograma, Holter de 24 horas, estudios electrofisiológicos.

Fundamento terapéutico: Pacientes con indicación de marcapasos definitivo que requieren un seguimiento con Resonancia Nuclear Magnética, (pacientes oncológicos y aquéllos con antecedentes de procedimientos en sistema nervioso central con colocación de dispositivos).

Documentación médica a presentar ante auditoria medica:

Estudios complementarios realizados:

- ECG.
- ecocardiograma doppler.
- Cinecoronariografía.
- RMN.
- SPECT.
- Holter.
- Estudios de laboratorio.
- Solicitud del dispositivo con detalle técnico donde conste el requerimiento de marcapasos y las circunstancias especiales por las cuales se indica un dispositivo apto para estudios de RNM.
- Firma y sello del médico tratante que lo indica.

Para la facturación se deberá presentar:

- Consentimiento informado.
- Comprobante de implante del dispositivo.
- Protocolo del procedimiento.

## 6. Arritmias Cardíacas Patología: Arritmias Supraventriculares.

Sistema de mapeo tridimensional no fluoroscópico para ablación por radiofrecuencia. (permiten visualizar en forma simultánea la secuencia de la activación eléctrica y el voltaje del miocardio en la cavidad explorada aurículas o ventrículos).

Fundamento diagnóstico:

- ECG,

- Ecocardiograma Doppler,
- Estudio Electrofisiológico,
- Estudio de Holter,
- Cinecoronariografía (según corresponda),
- SPECT (según corresponda).

Fundamentos terapéuticos:

Tratamiento de arritmias supraventriculares con alguna de las siguientes condiciones:

- Procedimientos fallidos con la ablación por radiofrecuencia convencional;
- Aleteos auriculares atípicos;
- Arritmias auriculares o ventriculares en pacientes con cardiopatías congénitas;
- Aislamiento de las venas pulmonares en pacientes con fibrilación auricular paroxística o persistente sintomática y refractaria al tratamiento farmacológico;
- Taquicardia del tracto de salida del ventrículo derecho.
- Taquicardia del tracto de salida del ventrículo izquierdo.

Documentación médica a presentar: Estudios complementarios realizados:

- ECG
- Ecocardiograma doppler
- Cinecoronariografía,
- RMN,
- SPECT,
- Holter.
- Estudios de laboratorio.
  
- Solicitud del procedimiento con detalle del fundamento terapéutico.
- Firma y sello del médico tratante.

Para la facturación se deberá presentar:

- Consentimiento informado.
- Informe detallado del procedimiento realizado.
- Comprobantes para el caso de los materiales utilizados durante el procedimiento con firma del profesional interviniente.

7. Insuficiencia Cardíaca Aguda/Shock Cardiogénico. Dispositivo de Asistencia Ventricular (DAV) o Corazón Artificial y Módulo de seguimiento. DAV: Dispositivo de asistencia ventricular, (sustituye la función de bomba de uno o ambos ventrículos, pueden ser implantables o poseer además una unidad extracorpórea. La indicación debe ser circunscripta a los casos en los cuales la función ventricular deteriorada tiene probabilidad de recuperación o como puente al trasplante cardíaco. Varios estudios demostraron que las asistencias ventriculares izquierdas se asocian a beneficios hemodinámicos, neurohormonales y electrofisiológicos.

Diagnóstico:

Exámenes complementarios ligados a la patología Cardíaca:

- ECG.
- Ecocardiograma doppler color.
- Laboratorio.
- RNM cardíaca (según corresponda).
- Angiotomografía (según corresponda).
- Estudios de perfusión miocárdica (según corresponda).

Fundamento Terapéutico:

- Indicado en Shock cardiogénico refractario al soporte inotrópico a dosis máximas y balón de contrapulsación (si no hay contraindicación) como puente transitorio al trasplante cardíaco.
- Indicado en Insuficiencia Cardíaca Aguda secundaria a Miocarditis aguda fulminante como puente a la recuperación miocárdica.

Documentación médica a presentar :

- Estudios complementarios que certifiquen el origen del cuadro de insuficiencia Cardíaca aguda/shock cardiogénico con firma y sello del profesional interviniente.
- Registro de las drogas utilizadas para el tratamiento del cuadro de base a dosis máximas documentando la refractariedad a las mismas con firma y sello del profesional interviniente y.
- En caso de puente al trasplante cardíaco deberá presentar la constancia de Inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI.
- Consentimiento informado.

- Solicitud del dispositivo firmado y sellado por el médico tratante.

Para la facturación se deberá presentar:

- Tiempo de sobrevida.
- Capacidad funcional y/o calidad de vida.
- Información de seguridad (Informará si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria.

De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados.

- Complicaciones peri procedimiento.
- Arritmias.
- Infecciones.
- Trombosis venosa.

8. Defectos congénitos y Adquiridos en el Sistema Cardiovascular: Dispositivo ocluser para cierre percutáneo de Defectos Cardíacos congénitos o adquiridos. Para la corrección de la Comunicación Inter auricular PCIA en niños o adultos y el ductus arterioso persistente. Ventajas No precisa esternotomía, ni circulación extracorpórea, disminuyendo la morbilidad asociada, los tiempos de hospitalización y la interrupción de la actividad cotidiana del niño, el adulto y su familia.

Fundamento diagnóstico:

- Ecocardiograma doppler color.
- Estudio hemodinámico.
- Estudio hemodinámico con medición de gradientes de presiones.

Fundamento Terapéutico:

- Cierre de Comunicación Interauricular tipo ostium secundum si:

CIA es < de 40mm - Fontanfenestrado con prueba de oclusión.

- Si las presiones pulmonares son menores del 50% de las sistémicas.

- Con bordes de por lo menos 4 mm hacia vena cava superior, vena cava inferior, vena pulmonar derecha superior, seno coronario y válvula A-V.
- Si hay sobrecarga volumétrica de cavidades derechas.
- Oclusión de ductus arterioso permeable.

#### Documentación médica a presentar :

- Estudios complementarios (ecocardiograma doppler, estudio hemodinámico) con firma y sello del profesional interviniente.
- Indicación del requerimiento de la práctica con firma y sello del médico tratante.

Para la facturación se deberá presentar:

- Consentimiento informado.
- Comprobante de implante del dispositivo.
- Protocolo del procedimiento.

9. Implante Percutáneo Reemplazo valvular aórtico percutáneo (RVAP) Consiste en la sustitución de la válvula aórtica nativa por una prótesis acoplada o no, a un stent, que se coloca por vía percutánea a través de vía transarterial o transapical.

#### Fundamento diagnóstico:

- Ecocardiograma transesofágico
- Ecodoppler color,
- Ergometría (si corresponde),
- Estudio de perfusión miocárdica (si corresponde),
- Estudio Hemodinámico (si corresponde).
- Determinación del riesgo quirúrgico por STS o Euroscore Logístico.

#### Fundamento terapéutico:

- Pacientes con estenosis aórtica severa, sintomática, con contraindicación del reemplazo valvular convencional, debido a un elevado riesgo quirúrgico (STS>10 % o Euroscore logístico >20%), o
- Pacientes en los cuales el reemplazo valvular aórtico



convencional se encuentre contraindicado por un equipo quirúrgico.

Condiciones clínico anatómicas:

- anillo aórtico entre 18 y 29 mm;
- expectativa de vida mayor a 1 año (ausencia de enfermedades terminales o severas sin posibilidad de curación);
- no presentar trombos en ventrículo izquierdo, endocarditis ni condiciones con alto riesgo de obstrucción del ostium coronario;
- no presentar válvula aórtica bicúspide;
- fracción de eyección mayor al 20%.

Documentación médica específica a presentar:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del diagnóstico, estadio evolutivo y requerimiento de reemplazo valvular aórtico con firma y sello del médico tratante.
- Estudios complementarios que avalen la indicación, con firma y sello del profesional interviniente.
- Consentimiento informado.
- Fundamentación médica del uso de la tecnología.

Para la facturación se deberá presentar:

- Protocolo quirúrgico con firma y sello del profesional interviniente.
- Parte quirúrgico y evolución postoperatoria, firmada y sellada por médico tratante.

Información de efectividad:

- Mortalidad periprocedimiento.
- Mortalidad dentro de los 30 días.
- Tiempo de sobrevida.
- Capacidad funcional o calidad de vida
- Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados).
- Complicaciones periprocedimiento.

- Mal posicionamiento del dispositivo.
- Necesidad de Colocación de marcapasos.
- Bloqueo AV completo.
- Accidente cerebrovascular.

10. Cardiopatías de causa Isquémica Valvular o Congénita: Módulo de Cirugía Cardiovascular Central con Circulación extracorpórea (CEC) o con Estabilizador Miocárdico (EM) CEC: consiste en la derivación de la sangre venosa que llega a la aurícula derecha (AD), hasta la bomba de CEC, que sustituye las funciones del corazón y son paso intermedio a través del oxigenador, que ejerce la función pulmonar, oxigenando la sangre, para luego re infundirla en el sistema arterial del paciente con determinadas condiciones de flujo y presión que aseguren la perfusión adecuada. Existen diferentes técnicas de abordaje, las que no utilizan CEC sino Estabilizadores Miocárdicos (EM) para confeccionar las anastomosis con suficientes garantías. Los EM consisten en cánulas multiperforadas en su parte distal que se adhieren al epicardio en forma paralela a la arteria lesionada. Allí se aplica una aspiración continua para permitir hacer las anastomosis.

Fundamento diagnóstico:

Exámenes complementarios:

- ECG.
- Ecocardiograma doppler color.
- Cinecoronariografía (según corresponda).
- Angiotomografía (según corresponda).
- Estudios de perfusión miocárdica (según corresponda).
- RNM cardíaca (según corresponda).

Fundamento Terapéutico: Patologías de diferente etiología que requieran tratamiento quirúrgico a cielo abierto.

- Cardiopatías Congénitas.
- Con cortocircuito de izquierda a derecha.
- Con cortocircuito de derecha a izquierda.
- Obstructivas.
- Cardiopatía Isquémica.
- Cardiopatías Valvulares.

Documentación médica la necesidad de la cirugía central convencional o a cielo abierto

con firma y sello del profesional interviniente.

- Protocolo de cirugía cardiovascular central firmado y sellado por equipo quirúrgico.

11. Enfermedad Cardiovascular Central Insuficiencia cardíaca/Insuficiencia respiratoria Insumo: dispositivo de oxigenación por membrana extracorpórea (Extra Corporeal Membrane Oxygenation - ECMO) La ECMO es un sistema de soporte vital, indicado en pacientes en estado crítico, con fallo pulmonar o cardiopulmonar reversible, que no responden a técnicas o tratamientos convencionales. Se define como soporte cardio respiratorio total o parcial durante un período suficiente, hasta que mejore la patología que ocasiona el cuadro. Existen dos tipos de ECMO: Veno-Venosa y Veno-Arterial.

Fundamento diagnóstico: Tener en cuenta la posibilidad de recuperación o no del enfermo para no realizar maniobras fútiles.

Fundamento terapéutico: Pacientes adultos y pediátricos con diagnóstico de:

- Falla cardíaca (falla de salida de circulación extracorpórea, síndrome post-cardiotomía, falla aguda post IAM, miocarditis, cardiomiopatías descompensadas, puente a asistencia ventricular, trasplante o resucitación cardiopulmonar.
- Falla respiratoria (síndrome de distrés respiratorio del adulto, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, síndrome de repercusión post trasplante pulmonar, crisis bronquial obstructiva severa intratable y disnea secundaria a trauma).

Documentación médica a presentar:

- Estudios complementarios que certifiquen el origen del cuadro de falla cardíaca o respiratoria con firma y sello del profesional interviniente.
- Registro de tratamientos previos instaurados con firma y sello del profesional interviniente.
- En caso de puente al trasplante, constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI.
- Solicitud del dispositivo con firma y sello del médico tratante.

Para la facturación se deberá presentar:

- Protocolo del procedimiento con detalle de resultados obtenidos.

12. Enfermedad Hepática Infecciosa Patologías: Hepatitis Crónica por Virus C  
Módulo de abordaje para paciente infectado con Virus de Hepatitis C.

Fundamento diagnóstico:

- Infección Aguda por Virus de la Hepatitis C (VHC): Cuadro caracterizado por el aumento de las transaminasas con o sin signos clínicos de daño hepático, sumado a IgM VHA, anti-HBcIgM y HBsAg negativos, y ARN del VHC detectable por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en el contexto de anticuerpos anti-VHC detectables o indetectables y documentación de pruebas negativas dentro de los seis meses anteriores.
- Se define infección crónica por VHC a la presencia de anti-VHC positivo sumado a ARN del VHC detectable.
- El diagnóstico de erradicación viral debe ser confirmado por dos determinaciones negativas del ARN VHC por PCR, separadas de un lapso de 12 semanas. Cabe destacar que el anti-VHC persistirá positivo independientemente de la curación.

Criterios de inclusión y priorización: todos los pacientes con diagnóstico de infección por virus de Hepatitis C son candidatos a tratamiento antiviral con nuevos antivirales de acción directa, independientemente de la gravedad de la afección.

Prestaciones Cubiertas:

- Módulo de Abordaje para Infección Crónica Hepatitis 'C'.
- Cobertura por esquemas completos de 8, 12 y 24 semanas en todos los estadios de fibrosis hepática. El módulo incluye el diagnóstico (laboratorio, anticuerpos, carga viral y genotipo, biopsia hepática fibroscan ) seguimiento (carga viral de fin de tratamiento y de RVS).

Fundamento terapéutico general: Todas las personas portadoras de VHC confirmado por ARN serán candidatas a tratamiento antiviral con nuevos antivirales de acción directa, independientemente de la gravedad de la fibrosis hepática.

Documentación médica para la auditoría:

Resumen de Historia Clínica para Hepatitis C que se presentará.

- Requerirá confirmar el grado de fibrosis hepática por Biopsia hepática, Fibroscan, Fibrotest, ARFI o APRI.
- Con informe respectivo deberá determinarse la carga viral inicial y el genotipo viral.

13. Inmunodeficiencia: Inmunodeficiencia Adquirida por virus (VIH-SIDA).

Módulo de tratamiento para paciente infectado con Virus de HIV .

- Fundamento diagnóstico: Se define infección por VIH la que presenta un paciente adulto o niño mayor a 18 meses en quien se determine al menos una prueba de tamizaje (por metodología ELISA, aglutinación de partículas o test rápido) positiva para VIH con un test confirmatorio por carga viral. El uso de Western Blot u otros estudios de tipo de los inmunoensayos de línea debe limitarse a situaciones puntuales. En niños menores de 18 meses se considera el diagnóstico con dos pruebas de PCR positivas para VIH.
- Fundamento terapéutico general: Debe ofrecerse el tratamiento antirretroviral a todas las personas con infección por VIH, independientemente del recuento de células CD4. El tratamiento antirretroviral debe iniciarse lo más pronto posible.

Prestaciones incluidas en el módulo: una vez tomada la decisión de iniciar el tratamiento antirretroviral, la elección del esquema a utilizar debe seguir las recomendaciones vigentes de las guías de práctica clínica. En el momento de la elección del esquema deben considerarse las comorbilidades del paciente, edad, estado HLA B5701 (solo cuando se utilice abacavir), embarazo, test de

resistencia cuando esté indicado, y/o contraindicaciones específicas de los medicamentos.

Para el inicio del Terapia Antirretroviral (TARV) se recomienda una combinación de uno o dos inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa inversa (INTI), asociados a otro antirretroviral de alguna de las siguientes clases, preferentemente utilizando combinaciones de dosis fijas una vez al día:

- Un inhibidor no nucleosídico de la transcriptasa inversa (INNTI).
- Un inhibidor de la proteasa potenciado con ritonavir (IP/r) o cobicistat (IP/c).
- Un inhibidor de la transferencia de cadena mediada por integrasa (INSTI).

Fallo de tratamiento: Se define como fallo virológico a la presencia de carga viral (CV) plasmática por encima del límite de detección después de al menos 24 semanas de tratamiento. Este dato debe ser confirmado en 2 muestras consecutivas. Si la carga viral plasmática es muy elevada antes del inicio del TARV puede requerirse más de 24 semanas para lograr que no sea detectable.

También constituye fallo virológico cuando la CV aumenta por encima del límite de detección luego de haber alcanzado que no sea detectable, dato que requiere también confirmación con una segunda muestra. Se considera fallo al valor de CV mayor a 200 copias/ml. El esquema utilizado después del primer fallo y subsiguientes, dependerá del test de resistencia y de la historia de drogas antirretrovirales utilizadas. Se considerará como fallo virológico a la situación clínica donde la carga viral y la historia clínica lo confirmen, aun sin la disponibilidad del test de resistencia, cuando dicha situación sea justificada por causales válidas.

- La condición de multifallo solo podría ser considerada a partir de un segundo fallo.
- El cambio de TARV en pacientes con Carga Viral suprimida (no detectable), puede ser realizado luego de objetivar al menos 6 meses de carga viral no detectable.

Puede responder a diferentes motivos incluyendo:

- Simplificación:
  - Utilización de un esquema de menos comprimidos o menor dosis.

- Intolerancia o toxicidad: Se modifica la droga a la que se atribuye la intolerancia o toxicidad y se la reemplaza.
- Interacciones medicamentosas.
- Embarazo.
- En todos estos casos, en los cuales el cambio se realiza con carga viral suprimida, no se requiere test de resistencia.
  
- Módulo A Drogas base del esquema.
  - Abacavir (ABC).
  - Emtricitabina (FTC)
  - Lamivudina (3TC).
  - Tenofovir alafenamida (TAF)
  - Tenofovir fumarato (TDF)
  
- Módulo B.1 Drogas base del esquema.
  - Atazanavir
  - Lopinavir/Ritonavir.
  - Bictegravir/Darunavir.
  - Dolutegravir.
  - Doravirina.
  - Elvitegravir
  - Raltegravir.
  - Rilpivirina.
  - Cobicistat \*
  - Ritonavir \*Para asociar con Inhibidores de la Proteasa.
  
- Módulo B.2 Drogas base del esquema.
  - Efavirenz.
  - Nevirapina.

Todo esquema de tratamiento debe incluir drogas del módulo A asociadas a las del módulo B.1 o B.2, por lo cual se cubrirá, independientemente de si las drogas están co-formuladas o no, exclusivamente la suma de los módulos (A + B.1) o (A + B.2).

- Módulo C: Multifallo Para el caso de esquemas de multifallo, se reconocerán las siguientes drogas, que deberán integrar adicionalmente a los módulos previamente descritos (A+B.1) o (A + B.2).

- Dolutegravir (doble dosis)
  - Etravirina (ETV)
  - Maraviroc (MRV).
- MÓDULO D: Transmisión Vertical. Se reconocerán las acciones implementadas durante el parto, periparto y seguimiento del recién nacido para evitar el contagio del mismo.

Prestaciones incluidas:

Antiretrovirales de administración en el parto y tratamiento del recién nacido.

Fundamento terapéutico:

- Intraparto: Iniciar AZT endovenoso en el inicio del trabajo de parto o desde 2 a 3 horas antes de la cesárea. Puede administrarse también según situación específica 3TC + NVP.
  - Neonato:
    - Bajo riesgo (Madre adherente en TARV, con CV < 50 copias/ml): AZT durante las primeras 4 semanas de vida.
    - Moderado riesgo (Madre en TARV con CV > 50 copias o desconocida): AZT por 6 semanas + NPV los días 0, 2 y 6 de vida + 3TC por 7 días.
    - Alto riesgo: (Madres sin TARV, que sólo recibieron profilaxis o con infección aguda intra embarazo): AZT + 3TC + NVP por 4 semanas 2- PCR de seguimiento del recién nacido.
- MODULO E: Enfermedades oportunistas.

El tratamiento y profilaxis que será reconocido tendrá una duración mínima de 30 (treinta) días y una máxima de 12 (doce) meses. Se cubrirán las siguientes drogas según presentación como unidad de medida:

- Anfotericinaliposomal
- Valganciclovir
- Foscarnet
- Rifabutina



### Documentación específica a presentar (para todos los módulos)

- Prescripción médica firmada y sellada por médico tratante, correspondiente al mes de la prestación.
- Documentación para trazabilidad de medicamentos según resoluciones vigente. Comprobante de dispensa donde figura la trazabilidad de los medicamentos.
- En caso de modificación del esquema de tratamiento, se deberá justificar la causa del mismo.
- En el caso del Módulo D, se deberá adjuntar Resumen de Historia Clínica del perinatal con datos de seguimiento del recién nacido, firmado y sellado por médico tratante.
- En el caso del Módulo E, se deberá adjuntar la documentación que acredite el compromiso de infección oportunista. Planilla donde se constate la justificación del uso de la medicación solicitada, con fecha de inicio, dosis en función de unidad de tiempo (semanal o mensual) y fecha de suspensión.

### 14. Trastorno Psicodependiente Drogodependencia 1.

#### MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA

- Admisión y orientación por equipo Multidisciplinario (Médico psiquiatra, psicólogo, asistente social y/u otros actores que se requieran para establecer diagnóstico (según DSM IV debiendo considerarse los Ejes para diagnóstico en Adicciones F11.2x F12.2x F13.2x - F14.2x - F15.2x - F16.2x - F18.2x y 19.2x), Con un mínimo de 4 consultas y 6 como máximo.
- Tratamiento ambulatorio de control y seguimiento de la evolución y prevención de recaídas por Equipo Multidisciplinario: para aquellos pacientes que ya han recibido atención previa (En las modalidades 1.3; 1.4; 2.1 y 2.2) y seguirán en tratamiento en esta modalidad hasta el alta definitiva. Período de otorgamiento: hasta 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a evaluación profesional.
- Hospital de Medio Día (4 hs.) Criterios de admisión: conciencia de situación y enfermedad, red de contención familiar, actividades laborales o escolares en curso. Período de otorgamiento: hasta 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a evaluación profesional.
- Hospital de Día (8 hs.) Criterio de Admisión: conciencia de

situación y enfermedad, escasa red de contención familiar y sin actividades laborales y/o escolares. Período de Otorgamiento: 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a evaluación profesional.

- Hospital de Noche Criterio de Admisión: se constatará mediante análisis profesional de la Historia Clínica y evolución que el paciente ha cumplido con algún tratamiento previo para llegar a esta instancia de prestación. Deberán acreditar que el paciente trabaja efectivamente en forma estable como mínimo de 4 a 8 horas. En este caso el paciente cumplido el horario de trabajo regresa a la comunidad terapéutica para un grupo de cierre y sólo reside allí para dormir. Período máximo de otorgamiento: 2 meses.

### MODULOS TRATAMIENTOS CON INTERNACION

- Internación Psiquiátrica para Desintoxicación: intoxicación severa, aguda, con descompensación clínico-psiquiátrica por uso indebido de sustancias psicoactivas. Período máximo de otorgamiento: 30 días con posibilidad de renovación por 30 días más, sujeto a la evaluación profesional.
- Internación en Comunidad Terapéutica Residencial: en casos de intoxicación crónica, severa con falta de contención familiar y cuando no sostiene actividades laborales ni educativas. Deberán presentar informes evolutivos mensuales por profesional tratante perteneciente al equipo profesional de la Institución prestadora. Período máximo de otorgamiento: 12 meses El período máximo que se reconocerá en concepto de cobertura para tratamiento de Drogodependencia será de 36 meses, sumadas todas las modalidades requeridas para un mismo paciente. En caso de abandono de tratamiento, se podrá renovar la prestación, por el término que reste del módulo solicitado originalmente para ese paciente.

Documentación médica específica a presentar: Las solicitudes específicas para tratamientos de adicciones deberán contener la siguiente documentación:

- Para cada módulo se deberá presentar prescripción médica emitida por médico tratante que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento prescripto. Dicha prescripción deberá especificar módulo indicado (y su modalidad en el caso de los módulos ambulatorios) y diagnóstico presuntivo según DSM IV, debiendo considerarse los Ejes para el diagnóstico en adicciones especificados en el modelo de Resumen de Historia Clínica en Drogodependencia. Asimismo, explicitar su derivación de la

Institución prestadora.

En el caso de derivaciones por vía judicial: el diagnóstico presuntivo y la Indicación del tratamiento debe ser indicado por un profesional competente (psicólogo, médico) para evaluar un diagnóstico referente a salud mental, es decir no solo indicado por un juez.

- Informe/s evolutivo/s mensual/es. En el caso de abandono del tratamiento deberá figurar esta información en el Resumen de Historia Clínica e informe de auditoría considerando la posibilidad de otorgarse en otra oportunidad, con justificación de profesional tratante, el período restante de otorgamiento (en caso de que el beneficiario retomase el tratamiento).
- En el caso de la solicitud del módulo hospital de noche: Presentar el certificado de trabajo del beneficiario que acredite esta actividad entre 4 y 8 hs.
- Copia de la resolución completa de habilitación de la Institución (donde consta el tipo de categorización de la Institución según el tipo de tratamiento de Drogodependencia que puede brindar).

15. Enfermedad de Parkinson refractaria al tratamiento. Neuroestimulador Neuroestimulación Cerebral Profunda: Tratamiento quirúrgico por el que implanta el neuroestimulador, el que envía señales eléctricas a las áreas del cerebro que controlan el movimiento, bloqueando las señales nerviosas anómalas que originan el temblor y otros síntomas invalidantes de la Enfermedad de Parkinson.

Indicación en pacientes cuyos síntomas no son controlados con tratamiento medicamentoso adecuado y en dosis óptimas.

El tratamiento o no es curativo.

Fundamento diagnóstico de la enfermedad de Parkinson: El diagnóstico es clínico bradicinesia y, al menos, uno de los siguientes criterios:

- Rigidez
- Temblor de reposo
- Inestabilidad postural no relacionada con déficits visuales, cerebrales, vestibulares o alteraciones propioceptivas.

Presencia de al menos tres de los siguientes datos clínicos:

- temblor de reposo,
- de inicio unilateral,
- afectación asimétrica,

- afectación asimétrica con mayor afectación unilateral desde el inicio,
- trastorno progresivo,
- excelente respuesta a la levodopa.

#### Fundamento Terapéutico:

- Pacientes con Enfermedad de Parkinson avanzada en quienes el tratamiento farmacológico a dosis óptimas resulte insuficiente para el control de las variables motoras o cuando los fenómenos de fluctuación resulten en un importante impacto en la calidad de vida.
- No debe existir otro diagnóstico que explique la insuficiente respuesta al tratamiento clínico.
- Complicaciones motoras que no puedan ser manejadas con la medicación.

#### No se cubrirá en los siguientes casos:

- Pacientes con severo déficit cognitivo, demencia, atrofia cerebral o depresión que sería empeorado por la ECP.
- Psicosis, abuso de alcohol o abuso de drogas.
- Edad mayor de 85 años.
- Pacientes con Enfermedad de Parkinson Estadio V de Hoehn y Yahr que es un estadio terminal caracterizado por caquexia, invalidez, imposibilidad de pararse o caminar, que requiere constantes cuidados de enfermería.
- Lesiones estructurales como ACV de los ganglios basales, tumores, o malformaciones vasculares como etiología de los trastornos del movimiento.
- Cirugía previa por trastornos del movimiento en los ganglios basales afectados.
- Discrasias sanguíneas.
- Comorbilidades médicas, quirúrgicas, neurológicas que contraindiquen la ECP.

#### Documentación médica específica a presentar:

- Indicación médica fundamentada con solicitud del tipo de neuroestimulador y detalles técnicos, firmada y sellada por médico tratante.
- Consentimiento informado.

Para la facturación se deberá presentar:

- Protocolo del procedimiento.
- Comprobante de implante del dispositivo.

16. Dolor Crónico Intratable: Neuroestimulador Espinal I: El sistema de estimulación de los cordones posteriores de la médula, consta de un generador de impulsos eléctricos que se implanta en un bolsillo del tejido celular subcutáneo de la región abdominal y de electrodos que se disponen en el espacio epidural que están unidos por un cable de conexión con el generador de impulsos eléctricos.

Fundamento diagnóstico:

- Evaluación multidisciplinaria previa por equipo conformado por: Neurólogo, Psiquiatra, Neurocirujano y Psicólogo.
- Demostrar en todos los casos mediante Historia Clínica que los pacientes padecen dolor crónico y se les ha efectuado tratamiento analgésico según escalera analgésica de la OMS a dosis máxima y/u otras técnicas sin respuesta satisfactoria.
- No son considerados de alto riesgo quirúrgico en su evaluación anestésica.
- Tuvieron alivio efectivo durante la estimulación de prueba por vía percutánea con la que se obtuvo una reducción del dolor del 50% o más, al menos durante 7 días. Su evaluación psiquiátrica/psicológica no contraindica el procedimiento.
- Valoración previa del dolor por escala Visual analógica o cuestionario de Oswestry etc. para documentar el nivel de intensidad o el grado de discapacidad por dolor previo.

Fundamento Terapéutico:

- Dolor Neuropático Crónico: se deberá demostrar dolor durante un tiempo establecido y el antecedente de ser refractario a por lo menos cuatro (4) fármacos indicados para el dolor neuropático, de no existir contraindicaciones, durante un tiempo no menor a tres 3 meses, no habiendo disminuido el dolor más del 30% manteniéndose con una intensidad no menor de 5 en la escala de 0 a 10 y generando una mala calidad de vida.

- Dolor Lumbar: por lo menos 6 meses previos de dolor. Procedimiento indicado en aquellos pacientes que han recibido varias cirugías y en especial en aracnoiditis adhesivas o en el Síndrome de la Cola de Caballo.
- Síndrome post-laminectomía.
- Síndrome de columna fallida en esta patología la evidencia científica es de fuerte nivel para alivio a corto término (menos de 1 año) y moderado nivel para alivio de largo término (1 año o más).
- Síndrome doloroso regional complejo (SDRC) tipo lo tipo II. En SDRC discriminar el componente simpático por bloqueo diagnóstico/pronóstico previo al implante definitivo ya que tiene mejor respuesta en aquellos pacientes en los que el SDRC es medido de forma independiente del sistema simpático (en esta patología la evidencia científica es de fuerte nivel para alivio a corto término).
- menos de 1 año y moderado nivel para alivio de largo término — 1 año o más).

Documentación médica específica a presentar:

- Indicación médica fundamentada con solicitud del tipo de neuroestimulador y detalles técnicos, firmada y sellada por médico tratante.
- En el Resumen de Historia Clínica en la que conste la valoración postoperatoria del nivel del dolor por escala visual analógica o cuestionario de Oswestry con firma y sello del médico tratante.
- Consentimiento informado.

Para la facturación se deberá presentar.

- Protocolo del procedimiento.
- Comprobante de implante del dispositivo.

17. Epilepsia refractaria al tratamiento médico Neuroestimulador Neuroestimulación vagal: El sistema de estimulación del nervio vago, consta de un generador de impulsos eléctricos que se implanta en un bolsillo del tejido celular subcutáneo de la región infraclavicular y de un electrodo helicoidal bipolar que se dispone alrededor del tramo cervical del nervio vago izquierdo, y que está unido por un cable de conexión con el generador.

Fundamento diagnóstico:

- Electroencefalograma de 12 derivaciones en adultos con sospecha de epilepsia y en niños y jóvenes, en casos de

- diagnóstico incierto.
- RMN (en especial en casos de epilepsia en < 2 años o en adultos, ante indicios de un comienzo focal, por Historia Clínica, examen físico o el electroencefalograma (a menos que haya una clara evidencia de epilepsia focal benigna) o persistencia de crisis a pesar de la medicación de primera línea.

Fundamento Terapéutico: Condición primaria: Diagnóstico de epilepsia confirmado.

- Edad 12 a 65 años
- Crisis parciales o generalizadas idiopáticas o de origen estructural.
- Período interictal < 3 semanas.
- Fallo de la medicación tras 1 mes de tratamiento comprobable con una o tres drogas con niveles estables y máximos tolerados.
- Cumplimiento adecuado del tratamiento farmacológico, documentando debidamente su fracaso.
- Convulsiones parciales que permanecen refractarias al tratamiento óptimo con medicación antiepiléptica o tienen contraindicación o intolerancia a todo tratamiento antiepiléptico, incluyendo el tratamiento quirúrgico.

**No se cubrirá e los siguientes casos:**

- Vagotomía cervical previa.
- Enfermedad neurológica progresiva o enfermedad sistémica.
- Arritmias cardíacas.
- Asma o EPOC.
- Diabetes insulino-dependiente.
- Embarazo.
- Historia de crisis no epiléptica.

Documentación médica a presentar:

- EEG de doce derivaciones,
- RNM
- historia clínica con registro destacado de fallo de

- medicación con firma y sello del profesional interviniente.
- Indicación médica fundamentada con solicitud del tipo de neuroestimulador y detalles técnicos, firmada y sellada por el médico tratante.
- Consentimiento informado.

Para la facturación se deberá presentar:

- Protocolo del procedimiento.
- Comprobante de implante del dispositivo.

18. Epilepsia refractaria al tratamiento médico

Módulo de cirugía para la epilepsia refractaria. La cirugía de la epilepsia comprende todos los procedimientos quirúrgicos que potencialmente son útiles para el cese de crisis convulsivas en pacientes que padecen epilepsia y no responden al tratamiento farmacológico. Epilepsia Refractaria: Se considera como epilepsia refractaria al tratamiento farmacológico de aquella epilepsia diagnosticada correctamente que presenta un control insatisfactorio de las crisis (con impacto sobre la calidad de vida del paciente) con la utilización de fármacos antiepilépticos, tanto en monoterapia como en las combinaciones posibles, y en dosis máximas que no ocasionen efectos secundarios incapacitantes, y durante un tiempo suficiente para asegurar su ineficacia, entendiéndose como falta de control cuando aparecen crisis a lo largo de un año o se presenten en un tiempo inferior a tres veces el intervalo que mostraba antes de iniciar el tratamiento. (Liga Internacional contra la Epilepsia ILAE).

El módulo de cirugía para la epilepsia comprende los estudios invasivos prequirúrgicos, el procedimiento quirúrgico propiamente dicho y el material quirúrgico.

Se reconocen como procedimientos para la cirugía de la epilepsia refractaria los siguientes:

- Hemisferectomía,
- Callostomía y
- Lobectomía Temporal.

Fundamentos diagnósticos:

- Electroencefalograma de 12 derivaciones en adultos con sospecha de epilepsia y en niños y jóvenes, en casos de diagnóstico incierto.
- RMN en especial en casos de epilepsia en niños < 2 años o en



adultos, ante indicios por Historia Clínica, examen físico o el electroencefalograma de un comienzo focal, (a menos que haya una clara evidencia de epilepsia focal benigna) o de la persistencia de crisis a pesar de la medicación de primera línea.

- Historia Clínica donde consten detalladamente los tratamientos farmacológicos instituidos, la respuesta a los mismos y la evolución de las crisis.

Fundamentos terapéuticos: diagnóstico definido de epilepsia y el cumplimiento de todas las siguientes condiciones:

- Se ha descartado otra fuente de ataques no epilépticos como los síncope y las convulsiones psicógenas.
- Se documenta el diagnóstico de epilepsia claramente definido.
- En general, son candidatos los pacientes que presenten convulsiones incapacitantes o toxicidad inaceptable por fármacos.
- La cirugía mejorará significativamente la calidad de vida.
- La frecuencia de las convulsiones interfieren la actividad diaria de la persona.
- Debe haber pasado un periodo de tiempo adecuado con un uso correcto de fármacos anticonvulsivantes en dosis adecuadas, con monitoreo de los mismos en sangre y con la constancia de la adherencia al tratamiento.

Documentación médica a presentar:

- EEG de doce derivaciones, RNM, registro de fallo de medicación con firma y sello del profesional interviniente.
- Indicación médica fundamentada con solicitud del tipo de cirugía, insumos a utilizar y detalles técnicos, firmada y sellada por médico tratante.
- Consentimiento informado

Para la facturación se deberá presentar:

- Protocolo del procedimiento.
- Información de efectividad: Mortalidad peri procedimiento Tipo y frecuencia de convulsiones detalle de medicación anticonvulsivante posterior al procedimiento Capacidad funcional.

19. Aneurismas, Malformaciones Arteriovenosas o Tumores vascularizados cerebrales).Módulo de Terapia Endovascular Neurológica (Neuroembolización)  
La terapia endovascular neurológica (TEV) o neuroembolización es el tratamiento mínimamente invasivo que puede utilizarse como terapia única o complementaria de otro tratamiento, que se aplica en diversas patologías vasculares o tumores vascularizados cerebrales, a través de un procedimiento de navegación intravascular selectiva, se utilizan catéteres guiados por fluoroscopia desde un acceso vascular periférico.

Fundamento diagnóstico: Imágenes confirmatorias del diagnóstico:

- RMN/TAC
- Angioresonancia
- TAC Multicorte
- Angiografía
- Biopsia (si corresponde)

Fundamento Terapéutico:

- Aneurismas de la circulación posterior (en especial tronco de la arteria basilar): Cuando hay alto riesgo operatorio (predictor más importante: edad avanzada);
- Edema cerebral y escala de Hunt y Hess avanzado.
- Aneurismas de tamaño intermedio y en circulación anterior.
- Malformaciones arteriovenosas (MAV): (según Escala de Spetzler modificada por Oliveira).
- Tipo III a (MAV grandes de la convexidad): terapia endovascular previa a la microcirugía.
- Grado IV y V embolización previa a la cirugía sólo si hay hemorragias a repetición: si existe déficit fijo ya instalado o si hay deterioro progresivo de la capacidad funcional.
- MAV dural: la embolización preoperatoria puede facilitar el tratamiento quirúrgico.
- En lesiones de alto flujo identificado por angiografías considerar la embolización preoperatoria
- Fístulas Arteriovenosas durales

intracraneales.

- En los pacientes con Hemorragia subaracnoidea (HSA) con menos de 48 horas de evolución y escala de Hunt y Hess grados I y II.

Tumores vascularizados cerebrales:

- hemangioblastomas
- metástasis intracraneales
- meningiomas.

Tumores neurogénicos:

- hemangiopericitomas (por ejemplo, los schwannomas)
- paragangliomas
- angiofibromas nasofaríngeos juveniles
- Emangiomas

El Módulo de Neuroembolización, incluye:

- Honorarios de todos los integrantes del equipo de Neurointervencionismo: neurocirujanos, radiólogos, anestesistas, técnicos y/u otros involucrados en el procedimiento.
- Estudios de laboratorio e imágenes (TAC - RMN-angiografías) que se necesiten durante y después del procedimiento.
- Internación en UTI por 24 hs. y 48hs. en piso clínico o quirúrgico.
- Todos los materiales que sean necesarios para la neuroembolización (coils.- balones Stents- , micropartículas, ónix- metacrilatos – etc-).
- Todo el material descartable necesario durante el procedimiento y la internación.
- Toda la medicación necesaria vinculada al procedimiento incluida anticoagulación.

Documentación médica a presentar:

- Estudios por imágenes donde se constate la presencia de la lesión a tratar con firma y sello del profesional interviniente.
- Indicación médica fundamentada firmada y sellada por el médico tratante.
- Consentimiento informado.

Para la facturación se deberá presentar.

- Protocolo del procedimiento.

20. Traumatismo craneoencefálico y otras patologías craneanas: Lesión de la Calota Craneana Insumo - Reconstrucción en 3D de calota craneana + prótesis bajo modelo y procedimiento de implante. La prótesis con utilización de materiales plásticos especiales se confeccionan a partir de un modelo computarizado en 3-D.

Fundamento diagnóstico:

- Imágenes confirmatorias del diagnóstico (TAC, RMN).
- Fundamento Terapéutico:
- Fracturas de cráneo complejas.
- Craneosinostosis.
- Encefalocele fronto-nasal.
- Deformidades faciales.
- Secuelas deformantes pos-traumáticas o post cirugía oncológica.
- Tumores invasores con grandes destrucciones de tejido óseo.

El Módulo de reconstrucción en 3D de la calota incluye:

- Internación en la complejidad que se requiera.
- Hotelería.
- Procedimiento de confección del modelo computarizado sobre las imágenes de TAC y RMN, confección de la prótesis definitiva.
- Procedimiento quirúrgico de Implante.
- Todo el material de osteosíntesis necesario para la fijación de la prótesis.
- Honorarios del equipo médico de especialistas-

anestesiista instrumentadora y técnicos que se requieran para para llevar a cabo el procedimiento.

- Todo el material descartable que se requiera para el acto quirúrgico, en internación y hasta el alta.
- Todos los medicamentos y drogas anestésicas necesarias.
- Derecho quirúrgico.
- De anestesia y de internación.

#### Documentación médica a presentar:

- Estudios por imágenes donde se constate el diagnóstico (TAC, RMN) con firma y sello del profesional interviniente.
- Indicación del jefe de neurocirugía de la entidad como la única opción terapéutica para el paciente con firma y sello del mismo .
- Protocolo de confección de la prótesis bajo modelo computarizado en 3D con firma y sello del profesional interviniente.

#### 21. Hipoacusia de diferentes Orígenes Práctica e Insumo - Prótesis Implantable Coclear y Módulo de Procedimiento Quirúrgico de Implante.

Es un dispositivo que proporciona o restablece la audición en personas que padecen hipoacusia de diferentes etiologías. Consta de un dispositivo interno que se coloca bajo anestesia general en el hueso temporal y ejerce la función de transductor del cual emergen dos finos cables uno de masa, que queda anclado en el músculo temporal y otro que lleva electrodos que se insertan en la rampa timpánica de la cóclea. El dispositivo externo consta de un procesador de sonidos y una bobina. El procesador capta los sonidos a través de un micrófono, los trasmite a un microprocesador que ejerce la función de codificar la información sonora recibida y la trasmite a la bobina. Esta última se mantiene en relación con el dispositivo interno a través de un campo magnético y trasmite por radiofrecuencia los sonidos codificados por el microprocesador produciéndose así la estimulación del nervio auditivo.

#### Fundamento diagnóstico:

Estudios preimplante.

- Estudios audiológicos.
- Otoemisiones acústicas.

- B.E.R.A (Potenciales Evocados de Tronco Cerebral).
- Audiometría tonal a campo libre sin audífonos.
- Audiometría tonal a campo libre con audífonos (oídos por separado).
- Timpanometría y reflejos estapediales.
- Test de percepción de los sonidos del habla (oídos por separados sin audífonos y con audífonos).
- Logaudiometría en adultos y evaluación de bisílabos y frases.
- Selección de audífonos.

### Estudios médicos.

- Examen otológico
- Estudios por imágenes (TAC y, eventualmente, RMN).

### Examen pre-quirúrgico:

- Estudios psicológicos.
- Estudios neurolingüísticos.
- Estudios psicopedagógicos que incluyan profesionales en contacto con el paciente, docentes y rehabilitadora a los fines de evaluar pronóstico y expectativas con devolución familiar.

### Seguimiento y control:

- Calibraciones.

Evolución: debe evaluarse la evolución lingüística a los tres meses y los niveles de umbral auditivo en cada calibración. Los datos obtenidos deben ser consignados adecuadamente y cotejados con pronósticos y expectativas, conjuntamente con la rehabilitadora.

### Fundamento Terapéutico:

#### Prelinguales:

- Desde los doce meses de edad con

- hipoacusia perceptiva (neurosensorial) profunda: pérdida de más de 90 db bilateral en las frecuencias del habla (500 a 2000 cps).
- Desde los veinticuatro meses de edad con hipoacusia perceptiva (neurosensorial) severa a profunda: pérdida de entre 60 y 90 db bilateral en las frecuencias del habla (500 a 2000 cps).
  - El uso de audífonos específicos (selección de audífonos) y estimulación auditiva adecuada (respuesta a los audífonos) durante seis meses, son requisitos previos necesarios, salvo casos de urgencia como osificación coclear postmeningitis. Esta última sustituye al primer requisito.

#### Prelinguales de más de seis años:

- Los resultados dependerán de las adquisiciones lingüísticas previas al implante, es decir del grado de oralización alcanzado. Evaluación según Categorías de Geers y Moog.

#### Postlinguales:

- A cualquier edad hasta los sesenta años según condición física adecuada, sin contraindicaciones médicas ni psicológicas, con hipoacusias severas a profundas con porcentajes de discriminación de oraciones de hasta 50% con audífonos en el oído a implantar y con audición residual de hasta 60% con audífonos en el oído contralateral.
- En hipoacusias progresivas el implante se indicará cuando la evolución de las adquisiciones lingüísticas se vean limitadas de acuerdo a la edad y la discriminación auditiva descienda de los valores mencionados.

#### Particularidades:

- La presencia de discapacidades concomitantes requieren evaluaciones particulares para el Implante Coclear, algunas como la visual y sordera puede ser prioridad uno, en otros casos con discapacidades motoras o sensoriales asociadas el implante puede también ser prioritario. A pesar de

mejorar la discapacidad global, en algunos casos el aprovechamiento del implante es reducido.

- Todo niño a implantar debe tener posibilidad de rehabilitación a cargo de profesionales con capacitación adecuada, en su lugar de residencia, rehabilitación que debe estar realizando, previamente al implante, con audífonos.

### Módulos para implantes de prótesis cocleares:

Módulo preimplante: comprende al menos los siguientes estudios:

- Audiometría.
- B.E.R.A.
- Entrenamiento en lectura labial en los casos que la requieran.
- Estimulación eléctrica del promontorio.
- Evaluación psicológica.
- Examen vestibular.
- Impedanciometría.
- Logaudiometría.
- Otoemisiones acústicas.
- Selección de otoamplifonos.
- Timpanometría.

Módulo Quirúrgico: comprende al menos las siguientes prestaciones:

- Internación de adultos o pediátrica.
- Honorarios (de todo el equipo profesional) y derechos operatorios, de anestesia, de monitoreo, de oximetría de pulso, clínicos y de monitoreo del facial.
- Medicamentos y materiales descartables y quirúrgicos.

Módulo de Seguimiento: comprende las siguientes prestaciones, durante 3 (tres) meses postquirúrgicos.

- Calibraciones (las necesarias), incluyendo evaluación audiológica, de percepción del habla y orientación familiar. Incluye supervisión del profesional rehabilitador.
- Rehabilitación y adiestramiento auditivo.



- Eventualmente evaluación psicológica y apoyo psicoterapéutico.

Documentación médica específica a presentar.

- Todos los estudios del módulo preimplante con firma y sello del profesional interviniente.
- Solicitud del implante coclear firmada y sellada por el médico tratante.
- Consentimiento informado.

Para la facturación se deberá presentar:

- Protocolo del procedimiento.
- Registro de calibraciones con firma y sello del profesional interviniente.

22. Enfermedad Auditiva. Hipoacusia de diferentes Orígenes. Práctica e Insumo - Recambio del procesador de la palabra

El procesador de la palabra es el componente externo necesario para el funcionamiento del Implante Coclear. Consta de: micrófono (recoge los sonidos) - microprocesador (procesa los sonidos codificándolos), bobina (recibe los sonidos codificados por el microprocesador) y cable (por el cual se conecta con la parte interna del implante) permitiendo que las señales sonoras codificadas lleguen a los electrodos implantados y así se pueda estimular el nervio auditivo.

Documentación médica específica a presentar.

- Estudios audiológicos necesarios para comprobar la disfunción del procesador con firma y sello del profesional interviniente. No podrá invocarse el recambio del procesador en forma anticipada por defectos de fabricación.

23. Enfermedad auditiva: Hipoacusia de diferentes orígenes Práctica e Insumo - Audífono de implantación ósea (BAHA).

Los audífonos de implantación ósea (BoneAnchoredHearingAid) cuentan con un componente implantable, un tornillo de titanio, el cual se coloca por medio

de una cirugía en la cortical de la mastoides y que necesita ser osteointegrado. se coloca en el exterior una terminación externa y un procesador de la palabra, este trasmite el sonido amplificado a través de conducción ósea a la cóclea.

### Fundamentos diagnósticos:

#### Estudios preimplante.

- Estudios audiológicos
- Otoemisiones acústicas.
- B.E.R.A (Potenciales Evocados de Tronco Cerebral).
- Audiometría tonal a campo libre (oídos por separado sin audífonos y con audífonos).
- Timpanometría y reflejos estapediales.
- Test de percepción de los sonidos del habla (oídos por separados sin, audífonos y con audífonos).
  
- Logaudiometría en adultos y evaluación de bisílabas y frases.

#### Selección de audífonos.

- Estudios médicos.
  - Examen otológico
  - Estudios por imágenes (TAC y, eventualmente, RMN).
  - Examen pre-quirúrgico.

Fundamento terapéutico: Pacientes con indicación de audífonos en los cuales no pueden ser utilizados los convencionales:

- Malformación del pabellón auricular (microtia, agenesia) y del oído medio.
- Infecciones a repetición.
- Dermatitis ocasionada por audífonos convencionales que no responde al tratamiento médico;
- Cualquier condición médicamente justificada que contraindique el uso de audífonos externos.

Documentación médica específica a presentar.

- Todos los estudios del módulo preimplante con firma y sello del profesional interviniente.
- Solicitud del dispositivo firmado y sellado por el médico tratante
- Consentimiento informado.

Para la facturación se deberá presentar.

- Protocolo del procedimiento.
- Registro de calibraciones con firma y sello del profesional interviniente.

#### 24. Módulo Cirugía de Adecuación de Genitalidad a la Identidad de Género Auto percibida.

Requisitos:

- Mayoría de edad. En el caso de menores, se debe acreditar conformidad judicial;
- Consentimiento informado
- Se explicitarán las condiciones de salud concomitante si las hubiere y del mismo modo en casos de haberse realizado terapia hormonal.

Para la facturación se deberá presentar:

- Protocolo quirúrgico de los procedimientos efectuados con firma y sello del profesional interviniente.
- Consentimiento informado.

#### 25. Gran quemado Módulo de Paciente Quemado.

En la evaluación de todo paciente quemado se debe determinar la profundidad, la extensión y la gravedad y el tratamiento se debe abordar por equipo multidisciplinario con la inclusión del especialista en Terapia Intensiva.

Fundamentación Diagnóstica:

- Nivel de extensión de la quemadura y % de la superficie corporal comprometida por regla de los 9. Describir

- localización.
- Nivel de gravedad por Índice de Garcés.

Fundamentación Terapéutica: La cobertura deberá ajustarse a las siguientes condiciones clínicas:

- Índice de gravedad de Garcés mayor o igual a 70 puntos o con quemaduras AB o B en más del 20% de la superficie corporal.
- Pacientes pediátricos menores de 2 años o adultos mayores de 65 años con más del 10% de quemadura AB o B.
- Pacientes con quemadura respiratoria o con inhalación de humo Módulo de paciente quemado:
- Internación en sala común, Terapia Intensiva, aislamiento, o en el nivel de complejidad que corresponda.
  - Honorarios del equipo clínico-quirúrgico del anestesista-instrumentadora-enfermería. - Honorarios de todos los especialistas que se requieran.
  - Todas las curaciones en quirófano con o sin anestesia general.
  - Materiales de curación y material descartable.
  - Medicación para las curaciones locales y medicación general de todo tipo incluida albúmina, cristaloides y hemoderivados.
  - Sustitutos de piel.
  - Alimentación enteral o parenteral según corresponda.
  - Exámenes complementarios y todas las prácticas diagnósticas o terapéuticas que se necesiten.
  - Medicina transfusional.
  - Oxigenoterapia.

Documentación médica a presentar:

- Historia Clínica, donde conste estadía en los diferentes niveles (Terapia Intensiva, Aislamiento, Sala común Registro de prácticas realizadas incluyendo protocolos de toilette quirúrgica) y tratamiento instituido, firmado por médico tratante.

26. Enfermedad Oncológica Módulo de Radioterapia Tridimensional Conformada (RTC 3D) y Radioterapia de Intensidad Modulada (IMRT). La radioterapia conformacional de haz externo de alta energía, se usa tecnología de avanzada para adaptar la radioterapia a las estructuras anatómicas de cada paciente. Con la ayuda de imágenes tridimensionales computarizadas, es posible moldear el haz de radiación para que se ajuste a la forma de los tumores. De esta manera llega menos radiación a los tejidos normales circundantes.

Hay dos niveles de radioterapia conformacional:

- la radioterapia conformacional tridimensional y
- la radioterapia de intensidad modulada (IMRT).

Ambas permiten administrar mayores dosis de radiación al tumor mientras se protegen los órganos normales circundantes. La diferencia entre la Radioterapia Tridimensional Conformada (RTC 3D) y la IMRT es que, en la IMRT el campo de tratamiento se divide en múltiples pequeños campos, cada uno de ellos con distintas intensidades de radiación según la planificación propuesta. Igualmente, ambas modalidades son menos tóxicas a dosis iguales que la radioterapia convencional.

Módulo de Radioterapia de Intensidad Modulada (IMRT): para Cáncer de próstata y cánceres de cabeza y cuello Los criterios para utilizar la IMRT en distintas localizaciones anatómicas tumorales se fundamentan en: mejorar la adaptación al volumen tumoral con formas cóncavas, convexas o con invaginaciones. Conseguir dosis heterogéneas en el volumen tratado, adaptadas a la distinta prescripción sobre zonas tumorales o ganglionares.

CANCER DE PROSTATA.

Fundamento diagnóstico:

- Anatomía Patológica
- PSA
- Ecografía Prostática
- Centellograma óseo corporal total
- TAC abdomino-pelviana.

Indicaciones terapéuticas de la IMRT :

- Tumor localizado (ausencia de extensión del tumor a ganglios linfáticos o metástasis a distancia) T1 N0 M0.
- Buen estado general del paciente.
- Edad no mayor a 65 años.

Documentación médica específica a presentar:

- Informe de Anatomía Patológica,
- PSA,

- Ecografía Prostática,
- Centellograma óseo corporal total y
- TAC abdomino-pelviana
- con firma y sello del profesional interviniente.
- Protocolo de IMRT con dosis total aplicada firmado y sellado por el profesional interviniente.

## CANCER DE CABEZA Y CUELLO

Los condicionantes anatómicos de la región hacen que el tipo de radioterapia a utilizar en esta región para el tratamiento de diferentes tipos de neoplasias, ofrece la posibilidad de cubrir una mejor irradiación del tumor con la menor toxicidad de los órganos vecinos.

### Fundamento diagnóstico:

- Anatomía Patológica.
- TAC de cabeza y cuello
- Resonancia Magnética Nuclear de cabeza y cuello

### Indicaciones terapéuticas de la IMRT:

- Cáncer de cavidad oral y labios
- Cáncer de laringe, hipofaringe, orofaringe, nasofaringe.
- Cáncer de senos paranasales y de cavidad nasal.
- Cáncer de glándulas salivales.
  
- Cáncer primario oculto en cabeza y región del cuello.

### Documentación médica específica a presentar:

- Resumen de Historia Clínica con estudios complementarios y fundamentación de solicitud de la IMRT con firma y sello del médico tratante.
- Protocolo de IMRT con dosis total aplicada firmado y sellado por el profesional interviniente.

Módulo de Radioterapia Tridimensional Conformada: A partir de la toma de imágenes de TAC y RMN se puede valorar el tumor en 3 dimensiones y

diseñar que los haces de radiación sigan la forma del tumor y eviten el tejido sano en la medida TC 3D). Existe consenso entre los oncólogos radioterapeutas y los físicos médicos en reconocer a la radioterapia conformacional 3D como una técnica más precisa y elaborada que la radioterapia convencional. La comparación de los planes dosimétricos mostrando una disminución de las dosis de radiación en los tejidos sanos.

#### Fundamento diagnóstico:

- Anatomía Patológica
  - Laboratorio con marcadores tumorales (según corresponda)
  - Estudios Endoscópicos (según corresponda)
  - Estudios por imágenes: ecografía, TAC y/o RMN (según corresponda)
  - Centellograma (según corresponda)
- 
- Indicaciones terapéuticas:
    - Cáncer de cabeza y cuello.
    - Tumores cerebrales
    - Cáncer de laringe
    - Cáncer de esófago
    - Cáncer de mama
    - Cáncer de pulmón
    - Cáncer de páncreas
    - Cáncer de hígado
    - Cáncer de vejiga
    - Cáncer de recto
    - Cáncer de próstata
    - Otros tipos de tumores oncológicos.

#### Documentación médica específica a presentar:

- Resumen de Historia Clínica con estudios complementarios y fundamentación de solicitud de la RTC 3D con firma y sello del médico tratante y .
- Protocolo de RTC 3D con dosis total aplicada firmado y sellado por el profesional interviniente.

.27). Módulo de internación domiciliaria Pediátrica de alta complejidad con requerimiento permanente de Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM).

Fundamento terapéutico: Pacientes menores de 21 años de edad cuya condición clínica justifique la condición de internación domiciliaria con requerimiento de ARM continúa en cualquiera de sus modalidades, con soporte nutricional y asistencia de enfermería continua.

Documentación médica a presentar:

- Resumen de Historia Clínica donde se consignen antecedentes personales del paciente, tratamientos instituidos y resultados obtenidos con firma y sello del médico tratante y .
- Detalle del módulo de internación domiciliaria donde conste: requerimiento y modalidad de ARM, esquema de seguimiento por parte de profesionales con detalle de prestaciones realizadas contextualizadas en tiempo (diario, semanal, mensual) requerimiento nutricional, medicamentos que se administran. Firma y sello del profesional a cargo.
- Indicación del requerimiento de internación domiciliaria con firma y sello del médico tratante .
- Consentimiento informado de los padres, tutores o responsables legales.

27. Insuficiencia con riesgo de vida de uno o más órganos o tejidos Patología: Enfermedad con insuficiencia orgánica grave. Tecnología: Módulo de Trasplante de Órganos.

MODULO PRE TRASPLANTE DE ORGANOS.El módulo comprende la realización de los estudios necesarios para decidir un trasplante. En este marco, debe quedar establecido el criterio que, en la evaluación del paciente, se deberán efectuar todos los exámenes complementarios racionales y necesarios, así como también las interconsultas especializadas (y los estudios y/o prácticas de ellas derivadas), adecuados para una correcta evaluación de la condición de receptor. Asimismo, igual criterio en caso del donante vivo relacionado se deberán efectuar en el candidato a donar, todos los estudios necesarios para una correcta evaluación de su condición de donante. Deberá incluirse el Informe psico-social producido por el Centro de Trasplante, a fin de evaluar el contexto socio-ambiental para garantizar las condiciones para una mejor evolución del trasplante.

Documentación médica a presentar :

- Resumen de Historia Clínica, con antecedentes que justifiquen la inclusión en el módulo pre trasplante con firma



- del médico tratante.
- Consentimiento informado.

## MODULO TRASPLANTE DE ORGANOS

Este módulo es abarcativo a todos los trasplantes de órganos. Composición del módulo Incluye:

- Ablación del órgano: en todos los órganos salvo en riñón que la ablación la efectúa el INCUCAI. En los restantes órganos sólidos la ablación está a cargo del Equipo de trasplante.
- Internación en los diferentes sectores acorde a necesidad.
- Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico, de anestesia, interconsultores y técnicos intervinientes en la cirugía y durante la internación.
- Gastos quirúrgicos, derechos quirúrgicos, de anestesia.
- Estudios complementarios necesarios relacionados con el procedimiento, de cualquier nivel de complejidad, que requieran ser efectuados estando el paciente internado.
- Medicamentos y material descartable utilizados durante la cirugía y en la internación.
- Medicina transfusional.
- Estudios endoscópicos necesarios.
- Estudios hemodinámicos.
- Estudios de anatomía patológica (biopsias de todo tipo).
- Todas las reoperaciones por complicaciones propias de la cirugía original.

**NORMAS GENERALES DE TRASPLANTE** Para las de prácticas de Pre-Trasplante y Trasplante de órganos,deberá tener en cuenta que:

- Los prestadores, sean públicos o privados, deberán estar habilitados (tanto la Institución como el Equipo de Trasplante) por el INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACION E IMPLANTE (INCUCAI).
- La solicitud de cobertura del módulo pre-trasplante se gestiona en expediente aparte.
- Será abonado por única vez y
- contempla para todos los estudios de histocompatibilidad requeridos para ese trasplante según Indicación del INCUCAI.
- En caso de donante vivo se dará cobertura al Estudio Pre-Trasplante del dador seleccionado, único de los probables dadores estudiados.
- En toda presentación relacionada con pre-trasplante se deberá adjuntar:
- Constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI.
- Para poder acceder a la cobertura del Módulo Pre-trasplante se deberá demostrar fehacientemente que el tiempo que medie entre el diagnóstico

de insuficiencia orgánica con indicación de trasplante y la finalización del estudio que defina la condición de candidato o no al mismo, no deberá superar los tres (3) meses para los trasplantes de órgano único, salvo riñón, que será de seis (6) meses. Para los trasplantes combinados este período será de seis (6) meses.

- Para el caso específico de trasplante de riñón o reno páncreas este período se contará desde la fecha Alta en el Registro Nacional de Insuficiencia Renal Crónica Terminal del INCUCAI o bien desde el diagnóstico e indicación de trasplante para aquellos casos en los que el paciente no ingresa nunca en hemodiálisis.
- Respecto de trasplantes se liquidarán y abonarán una vez acreditada la efectivización de la práctica, adjuntándose a la presentación el Protocolo Quirúrgico, el Certificado de Implante y el informe de Auditoría.
- Para la gestión de la medicación Inmunosupresora se deberá presentar la constancia de seguimiento inmediato (30 días) o seguimiento anual del INCUCAI (según corresponda) acorde al tiempo de evolución del trasplante.

#### Documentación médica específica a presentar.

- Resumen de Historia Clínica, con detalle del cuadro que justifica el trasplante con firma y sello del médico tratante .
- Consentimiento informado.
- Protocolo del trasplante.

28. Módulo de Trasplante de Precusores Hematopoyéticos Bajo este nombre se engloba al Trasplante de Precusores Hematopoyéticos (Células Madre) la fuente de origen y extracción de las células madre puede ser la médula ósea o bien la sangre periférica.

La sangre del cordón umbilical que se encuentra en el cordón y la placenta después del parto, es otra fuente de células madre progenitoras utilizadas en la práctica clínica en el ámbito de los trasplantes alogénicos.

Si las células proceden del propio paciente, se denomina trasplante autólogo, si provienen de un donante celular distinto del paciente se denomina trasplante alogénico.

El trasplante alogénico tiene a su vez variedades según el donante y la similitud del sistema de Antígenos Leucocitarios Humanos (Human LuekocyteAntigens - HLA).

Si el donante es un hermano gemelo univitelino se denomina trasplante singénico.

Cuando el donante es un familiar HLA idéntico (en general, un hermano), se denomina trasplante alogénico de hermano HLA idéntico.

En el caso de que el donante sea un familiar que comparte un solo haplotipo del sistema HLA se denomina trasplante haploidéntico, y el donante puede ser un familiar cualquiera (padre, madre, primos) que comparte sólo la mitad de los genes implicados en el sistema HLA.

En el caso de un donante no emparentado se denomina trasplante de donante no emparentado y en este caso se procede a la activación de la Búsqueda Internacional y a la procuración de un donante a través del INCUCAI.

El procedimiento del trasplante consta de diferentes etapas sucesivas a saber: selección del dador, administración de agentes de movilización celular, extracción y aféresis, preparación del producto obtenido para su conservación, criopreservación, administración del régimen preparatorio al paciente, trasplante por infusión de las células madre obtenidas, arraigo del injerto y recuperación.

#### Fundamento Terapéutico:

- Módulo de Trasplante de Precusores Hematopoyéticos con o sin criopreservación. Este módulo es aplicable indistintamente a las tres variedades de trasplante: Autólogo Alogénico con donante emparentado o Alogénico con donante no emparentado- Difieren por la fuente de obtención de las células precursoras hematopoyéticas.

#### Composición del Módulo Incluye:

- Honorarios médicos de la totalidad del equipo de trasplante, incluyendo todas las especialidades médicas que se requieran durante la internación.
- Internación en habitación individual con aire filtrado y climatizada, con baño privado, en la Unidad de Trasplante de Médula Osea.
- Medidas de aislamiento. Personal de enfermería especializado para el cuidado de pacientes neutropénicos y trasplantados. Alimentación balanceada y descontaminada bajo supervisión de Nutricionista. Eventual alimentación parenteral.
- Derechos asistenciales y de quirófano, colocación de catéteres, prácticas y estudios necesarios inherentes a la patología de base durante el procedimiento (análisis de laboratorio clínico, hematológicos, bacteriología y virología).
- Anatomía Patológica, Inmunología.
- Diagnósticos por Imágenes: Radiología, Ecografía, TAC y RMN.
- Hemoterapia: Procesamiento y Transfusión de Glóbulos rojos,

- Plaquetas y Hemoderivados, irradiación de los Hemoderivados.
- Medicamentos y material descartable: Citostáticos e Inmunosupresores, Antibióticos, Soluciones parenterales, antifúngicos y antivirales, Kits para separación celular, Set de infusión para Alimentación parenteral y enteral y todo otro material necesario para los procedimientos.
- Implementación de técnicas específicas para la recolección de células progenitoras del propio paciente (trasplante autólogo) o de dador relacionado (trasplante alogénico con donante relacionado) —Aféresis celular— Recuentos celulares del producto obtenido por citometría de flujo para determinar el número de células progenitoras (CD34) Procesamiento de las células previo a la preservación. Criopreservación y conservación de Nitrógeno líquido. - Drogas y factores estimulantes que se requieran para el procedimiento de movilización de células progenitoras de sangre periférica.

Documentación médica específica a presentar:

- Protocolo de la infusión celular (etapa del trasplante) con firma y sello del profesional interviniente.
- Constancia del Registro de Trasplantes de Precursores Hematopoyéticos del INCUCAI.

2. Eventos médicos que ponen en riesgo la vida, que no pueden ser asistidos en el lugar, por la complejidad o por falta de estructura medico asistencial acorde a la patología. Patología: Eventos o patologías graves con riesgo de vida que necesitan ser trasladados vía aérea por su extrema urgencia, dentro de los límites de la República Argentina: Módulo de Traslado Aéreo Sanitario en Territorio Nacional Bajo este nombre se engloba todas aquellas situaciones medicas graves que ponen en juego la vida, y que por la localización geográfica del paciente o por la falta de estructura medico asistencial para resolver la misma in sito, se deba requerir Traslado Aéreo Sanitario, mediante el cual se resuelva la llegada del paciente, en el menor tiempo posible, al Centro Medico acorde y capacitado para resolver la patología.

- Fundamento del Traslado: Indicar motivos, patología, gravedad de la misma y urgencia.

Documentación médica específica a presentar :

- Historia Clínica que demuestre la necesidad y motivo del traslado, Prescripción Médica con diagnostico con firma y sello del profesional interviniente.

30. Osteo-Músculo-Esquelético: Enfermedad ósea congénita y/o traumática y/o degenerativa Patología: Enfermedad Osteo-articular o sistémica Tecnología: Insumo-: Prótesis de Cadera (Nacional/Mercosur/FDA/EMA).

o

Prótesis de Cadera Primaria.

- Cementada.
- Híbrida.
- No Cementada Prótesis Primarias Especiales (Prótesis de superficie, Prótesis con tallos de micro-fijación - superficie cerámica-cerámica - cerámica- polietileno o metal- metal- grandes cabezas: 32mm - 36 mm -40 mm).
- Prótesis de Cadera de Revisión - Cementada - Híbrida - No Cementada
- Prótesis Especiales de Revisión (Incluyen: Modulares - Superficies cerámica- cerámica / cerámica - polietileno o metal - metal/ de cabezas grandes 32mm / 36 mm/ 40 mm / superficie metal trabeculadas).
- Prótesis de Cadera Oncológicas o No Convencionales.

Fundamento terapéutico: Dentro de las patologías que pueden requerir la utilización de prótesis se encuentran: Osteoartritis primaria sintomática, Osteoartritis, Artritis reumatoidea del adulto o juvenil, Fracturas confirmadas no resolutivas, Tumores Óseos benignos o malignos, Enfermedad de Paget, Luxaciones recidivantes, Necrosis Avasculares, Alojamiento Séptico o mecánico, Otras causas médicamente documentadas y fundamentadas.

Documentación médica específica a presentar :

- Solicitud del tipo de Prótesis especificada por los detalles técnicos, sin marcas ni modelos, con firma y sello del médico tratante.
- Consentimiento informado.
- Protocolo quirúrgico firmado y sellado por el profesional interviniente.
- Certificado de implante original que contenga los stickers correspondientes.
- Para la solicitud de cobertura o en caso de prótesis no convencionales o especiales se deberá presentar toda la Documentación médica que fundamente y justifique la utilización de la prótesis cuyocobertura se solicita.

- En los casos de beneficiarios con enfermedades reumáticas se deberá acompañar, además, un informe médico confeccionado por un Especialista en Reumatología, avalando la indicación de la artroplastia:

Los módulos de artroplastias deben contemplar la cobertura de:

- cemento quirúrgico en cantidades y tipo que el cirujano utilice.
- asistencia técnica en quirófano
- Set de colocación y extracción.
- Set completo en préstamo, incluidas las sierras.
- Set de descartables: Steri-Drape, U-Drape, hemosuctores y otros).

### 31. Insumo Prótesis de Rodilla (Nacional/Mercosur/FDA/EMA)

- Prótesis de Rodilla Primaria
- Prótesis de Rodilla de Revisión
- Prótesis de Rodilla Oncológicas o No Convencionales

Fundamento terapéutico: Dentro de las patologías que pueden requerir la utilización de prótesis se encuentran: Osteoartrosis primaria sintomática, Artritis reumatoidea del adulto o juvenil, Fracturas, Tumores Oseos benignos o malignos, Luxaciones recidivantes, Osteólisis localizadas, Aflojamiento séptico o mecánico, Otras causas debidamente fundamentadas médicamente.

Documentación médica específica a presentar:

- Solicitud del tipo de Prótesis especificada por los detalles técnicos, sin marcas ni modelos, firmada y sellada por el médico especialista interviniente.
- Consentimiento informado.

Para la facturación:

- Protocolo quirúrgico firmado y sellado por el médico especialista interviniente.
- Certificado de implante original que contenga los

stickers correspondientes.

- Para la solicitud de cobertura en caso de prótesis no convencionales o especiales se deberá presentar toda la Documentación médica que fundamente y justifique la utilización de la prótesis cuya cobertura se solicita.
- En los casos de beneficiarios con enfermedades reumáticas se deberá acompañar, además, un informe médico confeccionado por un Especialista en Reumatología, avalando la indicación de la artroplastia.

Los Módulos por todo concepto e incluyen:

Cemento quirúrgico en cantidades y tipo que el cirujano utilice

- asistencia técnica en quirófano
- Set de colocación y extracción
- Set completo en préstamo, incluidas las sierras
- Set de descartables: Steri-Drape, U-Drape - hemosuctores y otros).

32. Insumo-: Prótesis Total Traumatológica Oncológica o No Convencional (FDA/EMA) La prótesis incluye la articulación de la cadera, el fémur completo y la articulación de la rodilla. En este tipo de prótesis al momento de elaboración de la normativa no existen opciones de origen Nacional.

Documentación médica específica a presentar :

- Solicitud del tipo de Prótesis especificada por los detalles técnicos, sin marcas ni modelos, con firma y sello del médico tratante.
- Consentimiento informado.

Para la facturación se deberá presentar;

- Protocolo quirúrgico firmado y sellado por el profesional interviniente .
- Certificado de implante original que contenga los stickers correspondientes.

Los valores del Modulo son por todo concepto e incluyen: cemento quirúrgico en cantidades y tipo que el cirujano utilice - asistencia técnica en quirófano - Set de colocación y extracción - Set completo en préstamo, incluidas las sierras -

Set de descartables: Steri-Drape, U-Drape - hemosuctores y otros).

### 33. Insumo- Prótesis de Hombro Primaria (FDA - EMA) .

Fundamento terapéutico: Dentro de las patologías que pueden requerir la utilización de prótesis se encuentran: Osteoartrosisglenohumeral primaria o postraumática , Osteoartrosisglenohumeral primaria o postraumática asociada a rotura del manguito de los rotadores, Artritis reumatoidea del adulto o juvenil, Fracturas Fractura/luxación, Tumores Óseos benignos o malignos, Hombro pseudoparalítico asociado a rotura masiva de manguito de los rotadores, Aflojamiento séptico o mecánico, Lesiones secuelares, Otras causas debidamente fundamentadas médicamente.

#### Documentación médica específica a presentar:

- Solicitud del tipo de Prótesis especificada por los detalles técnicos, sin marcas ni modelos, con firma y sello del médico tratante
- Consentimiento informado.

#### Para la Facturación

- Protocolo quirúrgico firmado y sellado por el profesional interviniente .
- Certificado de implante original que contenga los stickers correspondientes.
- Para la solicitud de cobertura en caso de prótesis no convencionales o especiales se deberá presentar toda la Documentación médica que fundamente y justifique la utilización de la prótesis cuya cobertura se solicita. - En los casos de beneficiarios con enfermedades reumáticas se deberá acompañar, además, un informe médico confeccionado por un Especialista en Reumatología, avalando la indicación de la artroplastia.

Los módulos de artroplastia incluyen por todo concepto:

- Cemento quirúrgico en cantidades y tipo que el cirujano utilice
- Asistencia técnica en quirófano
- Set de colocación y extracción



- Set completo en préstamo, incluidas las sierras
- Set de descartable: .Steri-Drape, U-Drape - hemosuctores y otros).

34. Insumo-: Materiales para Cirugía de Columna Vertebral (Nacional, Mercosur, FDA, EMA).

- Prótesis de Reemplazo de Discos Vertebrales.
- Sistema de Instrumentación para Fijación de Columna: Incluye barras, casquillos de cierre, tornillos pediculares mono y poliaxiales, conectores laterales, etc.
- Sistema de Instrumentación de Columna para Escoliosis: Evolutivas de más de 30° (instrumentación por vía anterior o posterior) en pacientes adultos o pediátricos.
- Sistema de Instrumentación de Columna para Fijación Cervical Mínimamente Invasiva (MIS).
- Sistema de Instrumentación de Columna para Fijación Lumbar Mínimamente Invasiva (MIS).

Fundamento terapéutico: Dentro de las patologías que pueden requerir la utilización de prótesis se encuentran:

Discopatía degenerativa, Espondilolistesis, Escoliosis, Traumatismos (p. ej., fractura o luxación), Tumores, Estenosis del canal, Seudoartrosis, Fracaso de una fusión previa, Deformidades (es decir, escoliosis, cifosis, lordosis o todas ellas), otras patologías debidamente fundamentadas médicamente.

Documentación médica específica a presentar:

- Solicitud de los materiales sólo los detalles técnicos, sin marcas ni modelos, con firma y sello del médico tratante.
- Consentimiento informado.

Para la facturación se deberá presentar:

- Protocolo quirúrgico firmado y sellado por el profesional interviniente y
- Certificado de implante que contenga los stickers correspondientes.

35. Insumo.- Prótesis Mandibular Completa.

Fundamentación Terapéutica:

- Traumatismos.
- Tumores con destrucción importante del maxilar.

Documentación médica específica a presentar :

- Solicitud de los materiales sólo los detalles técnicos, sin marcas ni modelos, con firma y sello del médico tratante
- Consentimiento informado.

Para la facturación se deberá presentar:

- Protocolo quirúrgico firmado y sellado por el profesional interviniente
- Certificado de implante que contenga los stickers correspondientes.

36. Insumo-: Prótesis para Amputaciones de los Miembros.

Fundamentación Diagnóstica y Terapéutica y Documentación a Presentar:

- Prescripción por médico especialista.
- Diagnóstico que incluya antecedentes de equipamientos, si los tuviera.

Criterios Generales:

- Descripción del estado funcional general del paciente que justifique la utilización de los elementos protésicos.
- Conformidad del afiliado en cuanto a la utilización del elemento provisto.

37. Prótesis para desarticulación de cadera con unidades de cadera y de rodilla con sistemas de propulsión hidráulicos y/o neumáticos.

Fundamento terapéutico:

Pacientes hasta 60 años de edad con amputación de miembro inferior, activos que ya hayan cumplido el tratamiento pre-protésico con buenos resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica o que hayan utilizado equipamiento previo con resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica.

38. Prótesis para amputación de miembro inferior sobre rodilla con rodillas controladas por microprocesadores:

Fundamento terapéutico:

Pacientes hasta 50 años de edad con amputación supracondilea de miembro inferior, activos que ya hayan cumplido el tratamiento pre-protésico con buenos resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica o que hayan utilizado equipamiento previo con resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica.

39. Prótesis para amputación supracondilea de miembro inferior con unidades de rodilla con sistemas de propulsión hidráulicos y/o neumáticos:

Fundamento terapéutico:

Pacientes hasta 50 años de edad con amputación supracondilea de miembro inferior, activos que ya hayan cumplido el tratamiento pre-protésico con buenos resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica o que hayan utilizado equipamiento previo con resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica.

40. Prótesis para amputación bajo rodilla con módulos y pie en fibra de carbono, conos de siliconas, sistemas de vacío mediante bomba expulsora:

Fundamento terapéutico:

Pacientes hasta 50 años de edad con amputación de miembro inferior, activos que ya hayan cumplido el tratamiento pre-protésico con buenos resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica o que hayan utilizado equipamiento previo con resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica.

41. Prótesis para amputación de miembro superior bajo codo con mano mioeléctrica:

#### Fundamento terapéutico:

Amputación o pérdida del miembro a nivel de la muñeca o más arriba; imposibilidad de utilizar la prótesis estándar o insuficiencia de ésta para satisfacer las necesidades funcionales del paciente en la realización de actividades de la vida diaria; preservación, en el muñón, de un umbral de microvoltios suficiente para permitir el correcto funcionamiento de la prótesis; función neurológica, miocutánea y cognitiva suficiente para manejar el dispositivo; ausencia de comorbilidades que podrían interferir con el mantenimiento de la función de la prótesis; desempeño de actividades en un entorno que no inhiba la función de la prótesis (por ejemplo, un ambiente húmedo o descargas eléctricas puedan afectar el aparato); superación de una prueba de control para ser considerado candidato.

#### 42. Prótesis para amputación de miembro superior sobre codo con codo y mano mioeléctrica:

##### Fundamento terapéutico:

Amputación o pérdida del miembro con imposibilidad de utilizar la prótesis estándar o insuficiencia de ésta para satisfacer las necesidades funcionales del paciente en la realización de actividades de la vida diaria.

##### Documentación médica específica a presentar:

- Resumen de Historia Clínica donde se detalle la patología del paciente, su estado clínico general y su estado funcional con firma y sello del médico tratante.
- Solicitud del tipo de Prótesis especificada por los detalles técnicos, sin marcas ni modelos, firmada y sellada por el médico tratante.
- Consentimiento informado.

#### 43. Órganos Reproductivos: Fertilidad Tecnología: Fecundación Medicamente Asistida de Alta Complejidad.

##### Requisitos:

- Persona Mayor de edad;
- Consentimiento Informado.

Módulos: Cada módulo comprenderá:

- Estudios de imágenes u otros estudios de diagnóstico complementarios.
- Medicamentos utilizados para la inducción y/o preparación de la gestación.
- Las drogas podrán incluir cualquiera de las siguientes: Estrógenos; Derivados del Pregнено; Gonadotropina Coriónica Humana; Hormona Foliculoestimulante (FSH); Coriogonadotropina alfa; Corifolitrópina alfa; FSH- + Hormona Luteinizante; FSH + Lupotrina Alfa; Clomifeno y los análogos de la GnRh (agonistas y antagonistas).
- Consultas profesionales de la totalidad del equipo interviniente y procedimientos efectuados. Sólo se dará curso a las solicitudes de cobertura presentadas por los beneficiarios de la CSS y que tengan por beneficiario a la mujer receptora o potencial receptora de los embriones, debiendo ser personas mayores de edad en los términos que determina la Ley N° 26.862. Requisitos generales para acceder a la cobertura:

Las solicitudes de cobertura de Procedimientos de Reproducción Médicamente Asistida de Alta Complejidad deben cumplir con lo estipulado debiendo presentar la siguiente información:

- Resumen de Historia Clínica en el cual deberá constar de corresponder antecedentes personales, firmada por médico tratante con firma y sello.
- Listado completo de procedimientos, diagnósticos y terapéuticos realizados, firmada por médico tratante con firma y sello.
- Constancia de administración de las drogas con detalle del esquema (dosis y número de aplicaciones) firmada por médico tratante con firma y sello.
- Consentimiento informado en el cual se asesore en detalle a los beneficiarios acerca de las técnicas de Reproducción Médicamente Asistida en lo concerniente al procedimiento, así como a las consecuencias, efectos y posibles complicaciones de conformidad con lo previsto en la Ley 26.529 y normas complementarias.
- Constancia de inscripción de los prestadores en el Registro Federal de Establecimientos de Salud — REFES— del Ministerio de Salud de la Nación.

44. Enfermedad Hereditaria: Fenilcetonuria Tecnología: Módulo de apoyo al tratamiento de la Fenilcetonuria

La fenilcetonuria es un error innato del metabolismo de los aminoácidos originado por un defecto hereditario de la enzima hepática deficiencia fenilalanina hidroxilasa. La fenilcetonuria se encuentra dentro de las enfermedades para las cuales se realiza tamizaje neonatal.

Fundamento diagnóstico:

Niveles de fenilalanina en plasma superiores a los 6 mg/dl, descartando otras causas de fenilalaninemia.

Fundamento terapéutico: Pacientes con diagnóstico confirmado de Fenilcetonuria Documentación médica a presentar:

- Resumen de Historia Clínica con detalle evolutivo y fundamentos diagnósticos con firma del médico tratante.
- Consentimiento informado.
- Detalle del tratamiento dietario y suplementario con firma y sello del médico tratante.

45. Diabetes Tipo 1 Insumo - Bomba de Insulina — Insumos Bomba de Insulina Subcutánea Bombas de Insulina y sus insumos: Son dispositivos que permiten la infusión de insulina en forma continuada en el tejido subcutáneo con el objetivo de mantener un mejor control metabólico, minimizando el número y riesgo de episodios de hipoglucemia.
- Son considerados insumos: cánulas, reservorios, depósitos, catéteres, pacht / set de infusión, sensores, guías y agujas.

Fundamento diagnóstico:

Diabetes lábil definida como todo estado de inestabilidad glucémica impredecible y de una severidad tal que conlleva a un significativo e importante compromiso en su calidad de vida frecuentemente asociado a recurrentes y/o prolongadas hospitalizaciones.

Fundamento Terapéutico: Paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1. Considerando como condición excluyente que el paciente (o sus padres o tutores o cuidadores) deberán estar capacitados sobre la necesidad de mantener el automonitoreo habitual de la glucemia, cumplir con las medidas básicas de higiene y bioseguridad para cambios adecuados de catéteres y depósitos, respetar la dosificación adecuada de insulina, controlar el régimen nutricional y la actividad física, además de contar con un adecuado

asesoramiento y apoyo del médico tratante que ha indicado el uso de la bomba y el apoyo de enfermería, porque de lo contrario el control metabólico fracasará. Si no se cumplen estos requisitos no se justifica de ninguna manera esta terapia.

### Criterios generales.

#### Deberá reunir los siguientes requisitos (todos):

- Tener suficiente capacidad intelectual para leer, retener la información y realizar los ajustes necesarios en la dosis de insulina, habida cuenta que su mal uso conlleva un grave riesgo, en tal sentido vale destacar que las bombas no siempre son sistemas inteligentes que modifiquen automáticamente la velocidad y/o cantidad de insulina a administrar.
- Haber realizado un programa educativo sobre el cuidado en la diabetes.
- Haber mantenido un programa de inyecciones múltiples (como mínimo tres diarias), con autoajustes frecuentes de la dosis de insulina y haber realizado autocontroles de glucemia, con una frecuencia media de cuatro controles diarios, durante los dos meses previos a la indicación de la bomba, experimentando durante el mismo algunas de las siguientes circunstancias:
  - Hemoglobina glicosilada (HbA1c) > 7,0%
  - Historia de hipoglucemia recurrente
  - Amplias variaciones en la glucemia preprandial
  - Fenómeno del alba con glucemias que superen los 200 mg/dl
  - Historia de variaciones glucémicas severas.

### Criterios específicos:

- Adultos o niños > 12 años con diabetes tipo I:
- Episodios de hipoglucemia frecuentes o de aparición súbita que originan en el paciente un estado de inestabilidad y preocupación constante ante la posibilidad de ocurrencia de otro episodio, y, consecuentemente un impacto negativo en su calidad de vida; o hipoglucemias silentes.
- Niveles de hemoglobina glicosilada que se mantienen elevados (8,5% o más) a pesar de múltiples inyecciones diarias, incluyendo el uso de análogos de insulina de acción prolongada.
- Evolución acelerada de las complicaciones crónicas.
- Niños < 12 años con diabetes tipo I: Como alternativa terapéutica si el tratamiento con múltiples inyecciones diarias no es práctico o se considera inapropiado.
- Mujer con diabetes tipo 1, cursando embarazo o planificando embarazo con mal control de glucemia a pesar del tratamiento intensivo.

### Documentación médica específica a presentar

- Indicación médica fundamentada con solicitud del tipo de bomba y detalles técnicos, y/o insumos solicitados, firmada

- y sellada por el médico tratante.
- Consentimiento informado.

46. Práctica terapéutica - Módulo de Radioneurocirugía Cerebral La Radioneurocirugía Cerebral Consiste en la administración de una dosis elevada de radiación focalizada. Es una técnica de alta precisión, utilizada en numerosas patologías que por su tamaño o localización son de difícil abordaje por las técnicas neuroquirúrgicas convencionales. El perfeccionamiento de las técnicas de imagenología (TAC - RMN) ha colaborado para un mayor desarrollo y uso de esta técnica, al mejorar y simplificar su manejo, facilitando y asegurando la localización y tratamiento de pequeñas lesiones. Su fundamento biológico es la producción de radionecrosis en los tejidos tratados. En la radiocirugía estereotáxica participan diferentes disciplinas médicas tales como la neurocirugía, radioterapia, radiología, física médica e ingeniería.

Fundamento diagnóstico:

- Imágenes diagnósticas de la lesión
  - TAC-
  - RMN -
  - Angioresonancia
  - TAC multicorte.
  - Angiografía
  - PET).
- En Aneurisma roto estudios confirmatorios de hemorragia subaracnoides y localización anatómica de la lesión.

Fundamento Terapéutico: Lesiones ocupantes que por su tamaño, localización, características anatómicas o estado clínico del paciente no permitan ser abordadas por las técnicas quirúrgicas convencionales.

- Aneurisma intracerebral roto
- Malformaciones arteriovenosas del cerebro, < 3 cm, sintomáticas.
- Tumores primarios de cerebro (glioma, meningioma, tumores hipofisarios, hemangioblastomas, neurinomas acústicos, craneofaringiomas) si los mismos son irresecables dada su localización o condiciones del paciente.
- Tumores gliómicos de abordaje riesgoso.
- Tumores metastáticos del cerebro.
- En forma fraccionada, en tumores de difícil llegada, como los del nervio óptico o hipotálamo.
- Tumores de Base de cráneo.



Documentación médica específica a presentar:

- Estudios por imágenes donde se constate la presencia de la lesión a tratar con firma y sello del profesional interviniente y.
- Protocolo de la radioterapia con dosis total administrada, con firma y sello de profesional interviniente.

47. Lesiones Ocupantes Intracraneales Práctica terapéutica - Módulo de Cirugía Estereotáctica Cerebral La Cirugía Estereotáctica o Estereotáctica. Técnica neuroquirúrgica que permite localizar exactamente un punto dentro de la cavidad craneal. En la radiocirugía estereotáctica participan diferentes disciplinas médicas tales como la neurocirugía, radioterapia, radiología, física médica e ingeniería. El procedimiento requiere la colocación de una estructura externa (halo de estereotaxia) que se fija a la cabeza del paciente y constituye un marco de referencia para las coordenadas ortogonales. Es útil para la toma de biopsias o para la resección de lesiones profundas de pequeño tamaño. Es una técnica, utilizada en numerosas patologías que por su tamaño o localización son de difícil abordaje por las técnicas neuroquirúrgica convencionales.

Fundamento diagnóstico:

- Imágenes diagnósticas de la lesión (TAC- RMN - Angioresonancia-TAC multicorte - Angiografía — PET).

Fundamento Terapéutico:

- Lesiones ocupantes que por su, localización, características anatómicas o estado clínico del paciente no permitan ser abordadas por las técnicas quirúrgicas convencionales.
- Tumores primarios de cerebro
- Tumores metastáticos del cerebro.

Documentación médica específica a presentar:

- Estudios por imágenes donde se constate la presencia de la lesión a tratar con firma y sello del profesional interviniente

Para la facturación se deberá presentar:

- Protocolo quirúrgico, con firma y sello de profesional interviniente.

## ANEXO II.

### PROCEDIMIENTO y PROTOCOLO DE GESTIÓN PARA COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE ENFERMEDADES DE ALTA COMPLEJIDAD.

#### ARTRITIS REUMATOIDEA

La enfermedad se asocia con la presencia de autoanticuerpos (particularmente el factor reumatoideo -FR- y los anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados Anti CCP).

Existen dos grupos de fármacos para el control de la Artritis Reumatoidea:

1. Los fármacos antiinflamatorios-analgésicos (AINES y corticoides), y
2. Los Fármacos Antirreumáticos Moduladores de la Enfermedad (FAME). Este subgrupo se divide en:

- **FAME sintéticos convencionales:**

- Metotrexato,
- Hidroxicloroquina,
- Sulfazalazina,
- Leflunomida.

- **FAME sintéticos específicos:**

- Baricitinib
- Tofacitinib;

- **FAME biológicos:**

- Abatacept,
- Adalimumab,
- Certolizumab,
- Etanercept,
- Golimumab,
- Infliximab,
- Rituximab,
- Tocilizumab,
- Sarilumab.

Se recomienda el inicio precoz de tratamiento con FAME, hay mayores probabilidades de conseguir la remisión de la enfermedad, iniciando con corticoides asociados con un FAME convencional (metotrexato, hidroxicloroquina o sulfazalazina) y de acuerdo a la evolución clínica puede agregarse un FAME sintético específico o biológico.

#### DROGAS INCLUIDAS EN COBERTURA

## 1. Droga: Abatacept

Fundamento terapéutico: Indicación pacientes adultos para el tratamiento de artritis reumatoide activa, moderada a grave, en combinación con metotrexato, que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), los cuales pueden incluir también uno o más tratamientos con inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF: infliximab, etanercept, adalimumab).

### Fundamento para Cobertura:

Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas/tiempo, dosis y asociaciones utilizadas.
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- Deberá presentarse la fundamentación médica correspondiente del medicamento sobre el cual se solicita Cobertura, con detalle de dosis utilizada, tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista.
- Consentimiento informado.

**Droga: Adalimumab.** Fundamento terapéutico: Como monoterapia o en combinación con metotrexato en pacientes adultos con enfermedad activa, moderada o severa, cuando la respuesta a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (ARME), incluido el metotrexato, ha sido inadecuada.

### Fundamento para Cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico.
- Estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando Dosis diaria/frecuencia/ tiempo/ respuesta/controles previstos, firmada y sellada por el médico especialista.
- Consentimiento informado.
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune

señaladas, siempre deberá demostrarse el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.

- Deberá presentarse la fundamentación médica del medicamento sobre el cual se solicita el cobertura, con detalle de dosis diaria, frecuencia, *tiempo*, *respuesta*, controles previstos, firmada y sellada por el médico especialista.
- Consentimiento informado y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista.

2.

3.

Fundamento terapéutico: Como monoterapia o en combinación con metotrexato en pacientes adultos con enfermedad activa, moderada o severa, cuando la respuesta a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (ARME), incluido el metotrexato, ha sido inadecuada.

Fundamento para Cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico.
- Estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando Dosis diaria/frecuencia/ *tiempo*/ *respuesta*/controles previstos, firmada y sellada por el médico especialista.
- Consentimiento informado.
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre deberá demostrarse el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- Deberá presentarse la fundamentación médica del medicamento sobre el cual se solicita el cobertura, con detalle de dosis diaria, frecuencia, *tiempo*, *respuesta*, controles previstos, firmada y sellada por el médico especialista.
- Consentimiento informado y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista.

#### 1. Droga: Baricitinib

Fundamento Terapéutico: Tratamiento artritis reumatoidea activa, moderada o severa, en pacientes adultos con respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMEs), en monoterapia o asociado a metrotexate.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando dosis diaria/frecuencia/ *tiempo/ respuesta/* controles previstos, y asociaciones utilizadas.
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- Deberá presentarse la fundamentación médica correspondiente del medicamento sobre el cual se solicita el cobertura, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista.
- Consentimiento informado.

**1. Droga: Certolizumab Pegol**

Fundamento terapéutico: Pacientes adultos para el tratamiento de artritis reumatoide activa, moderada o grave, que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME).

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas/tiempo/dosis y asociaciones utilizadas.
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- Deberá presentarse la fundamentación médica del medicamento sobre el cual se solicita el cobertura, con detalle de dosis diaria/frecuencia/ *tiempo/ respuesta/* controles previstos, utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista.

- Consentimiento informado.

## 1. Droga: Etanercept

Fundamento terapéutico: Como monoterapia o en combinación con metotrexato en pacientes adultos con enfermedad activa, moderada o severa, cuando la respuesta a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMEs), incluido el metotrexato, ha sido inadecuada.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza.

- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas, tiempo, dosis y asociaciones utilizadas.
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- Deberá presentarse la fundamentación médica del medicamento sobre el cual se solicita el cobertura, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista .
- Consentimiento informado.

## 1. Droga: Golimumab.

Fundamento terapéutico: Pacientes adultos para el tratamiento de artritis reumatoide activa, moderada o severa, que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME).

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas /tiempo/ dosis y asociaciones utilizadas.
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune

señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.

- Deberá presentarse la fundamentación médica del medicamento sobre el cual se solicita la cobertura, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista.
- Consentimiento informado.

## 1. Droga: Infliximab

Fundamento terapéutico:

- 1) En combinación con metotrexato en pacientes adultos con enfermedad activa, cuando la respuesta a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (ARME), incluido el metotrexato, ha sido inadecuada.
- 2) Pacientes adultos con enfermedad grave, activa y progresiva no tratados previamente con metotrexato u otros fármacos modificadores de la enfermedad, también en combinación con metotrexato.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínica y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas /tiempo/ dosis y asociaciones utilizadas.
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- Deberá presentarse la fundamentación médica del medicamento sobre el cual se solicita el cobertura, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista.
- Consentimiento informado.

## 1. Droga: Rituximab

Fundamento terapéutico: En combinación con metotrexato, está indicado en pacientes adultos para el tratamiento de artritis reumatoide activa grave que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), los cuales pueden incluir también uno o más tratamientos con inhibidores

del factor de necrosis tumoral (TNF: infliximab, etanercept, adalimumab).

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas/tiempo/dosis y asociaciones utilizadas. Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. Deberá presentarse la fundamentación médica del medicamento sobre el cual se solicita la cobertura, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista .
- Consentimiento informado.

#### 1. Droga: Sarilumab

Fundamento terapéutico: Tratamiento artritis reumatoidea activa de moderada a severa, en pacientes adultos con respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMEs), en monoterapia o asociado a metrotexate.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas/tiempo/dosis y asociaciones utilizadas.
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- Deberá presentarse la fundamentación médica del medicamento sobre el cual se solicita la cobertura, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista.
- Consentimiento informado.

#### 1. Droga: Tocilizumab



Fundamento terapéutico: Paciente adulto para el tratamiento de artritis reumatoide activa moderada o severa, que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), los cuales pueden incluir también uno o más tratamientos con inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF: infliximab, etanercept, adalimumab) en combinación con metotrexato o en monoterapia cuando el uso de metotrexato no sea posible. Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas /tiempo /dosis y asociaciones utilizadas.
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- Deberá presentarse la fundamentación médica del medicamento sobre el cual se solicita la cobertura, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista.
- Consentimiento informado.

## 1. Droga: Tofacitinib

Fundamento terapéutico: Paciente adulto para el tratamiento de artritis reumatoide activa grave que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME). Puede utilizarse en monoterapia o asociado a metotrexate, no pudiendo administrarse en forma conjunta con fármacos biológicos o inmunosupresores potentes.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas/ tiempo/ dosis y asociaciones utilizadas.
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune

señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.

- Deberá presentarse la fundamentación médica del medicamento sobre el cual se solicita la cobertura, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista.
- Consentimiento informado.

Se ha determinado con carácter mensual, independientemente de la tecnología utilizada, el cual comprenderá todas las tecnologías listadas.

Para aquellas que se utilizan con una pauta posológica que no requiere administraciones mensuales, se requerirá que la misma sea conforme lo aprobado por la ANMAT. por mes de tratamiento.

### ARTRITIS PSORIÁSICA.

El compromiso varía desde la sinovitis leve hasta la artropatía erosiva progresiva severa. Se presenta entre el 20 y 40% de los pacientes con psoriasis en placa. Los criterios diagnósticos más utilizados son los de CASPAR: (CIASsification criteria for Psoriatic ARthritis), que incluye la presencia de enfermedad inflamatoria articular (periférica, espinal) con 3 o más puntos en cualquiera de las 5 categorías siguientes:

- 1) Psoriasis actual o historia personal o familiar de psoriasis;
- 2) Distrofia psoriática ungueal;
- 3) Test negativo para el factor reumatoide determinado por cualquier método, excepto por látex;

- Historia actual de dactilitis.
- Evidencia radiológica de neoformación ósea yuxtaarticular.
- La presencia de psoriasis actual suma 2 puntos, el resto suma 1 punto.
- Tratamiento de la Artritis Psoriásica. Tanto el diagnóstico como el tratamiento inicial de la Artritis Psoriásica deben ser realizados por profesionales médicos especialistas en reumatología. El objetivo del tratamiento es controlar la inflamación y preservar la capacidad funcional de los pacientes, alcanzando la remisión clínica o la mínima actividad de la enfermedad. Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad (FAME) indicados en al Artritis Psoriásica:
  - **Convencionales:** Metrotrexato, Sulfasalazina o Leflunomida
  - **Biológicos inhibidores del Factor de Necrosis Tumoral-alfa (FNTa)** Adalimumab, Certolizumab, Etanercept, Golimumab e Infliximab.
  - **Biológicos inhibidores de la interleukina 17 A (IL-17):** el

**Secukinumab; o inhibidores de la IL-12/23:** Ustekinumab

- **FAME específicos:** Apremilast (inhibidor de la Fosfodiesterasa-4), Tofacitinib (inhibidor de la JAK). Recomendación: el inicio precoz con un FAME convencional, preferentemente Metotrexato (también se pueden utilizar la Sulfazalazina o Leflunomida) y en caso de intolerancia o inadecuada respuesta utilizar alguno de los otros FAMEs. No hay estudios cabeza a cabeza que comparen los diferentes FAMEs.

Fármacos incluidos en el módulo Droga:

**12. Droga: Adalimumab**

Fundamento terapéutico: En monoterapia o asociado a metotrexato en artritis psoriásica activa y progresiva cuando la respuesta a la terapia previa con Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) no ha sido adecuada.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas.
- Adjuntar biopsia que confirme diagnóstico.
- Score PASI
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- Deberá presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita la cobertura con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista.
- Consentimiento informado.

**13. Droga: Apremilast**

Fundamento terapéutico: En monoterapia o asociado a metotrexato en artritis psoriásica activa y progresiva cuando la respuesta a la terapia previa con Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) no ha sido adecuada.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas.

- Adjuntar biopsia que confirme diagnóstico..
- Score PASI
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- Deberá presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita la cobertura con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista.
- Consentimiento informado.

### 13. Droga: Certolizumab pegol

Fundamento terapéutico: En monoterapia o asociado a metotrexato en artritis psoriásica activa y progresiva cuando la respuesta a la terapia previa con Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) no ha sido adecuada.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas.  
\*Adjuntar biopsia que confirme diagnóstico.
- Score PASI Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- Deberá presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita la cobertura con detalle de dosis utilizada/ tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista.
- Consentimiento informado.

### 13. Droga: Golimumab

Fundamento terapéutico: En monoterapia o asociado a metotrexato en artritis psoriásica activa y progresiva cuando la respuesta a la terapia previa con Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) no ha sido adecuada.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas.

- Adjuntar biopsia que confirme diagnóstico..
- Score PASI
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- Deberá presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita la cobertura con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista.
- Consentimiento informado.

### 13. Droga: Etanercept

Fundamento terapéutico: En monoterapia o asociado a metotrexato en artritis psoriásica activa y progresiva cuando la respuesta a la terapia previa con Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) no ha sido adecuada.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas /tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas.
- Adjuntar biopsia que confirme diagnóstico.
- Score PASI
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- Deberá presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita la cobertura con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista.
- Consentimiento informado.

### 13. Droga: Infliximab

Fundamento terapéutico: En monoterapia o asociado a metotrexato en artritis psoriásica activa y progresiva cuando la respuesta a la terapia previa con Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) no ha sido adecuada.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas

- utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas.
- Adjuntar biopsia de piel.
- Score PASI
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- Deberá presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita el cobertura con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista .
- Consentimiento informado.

### 13. Droga: Secukinumab

Fundamento terapéutico: En monoterapia o asociado a metotrexato en artritis psoriásica activa y progresiva cuando la respuesta a la terapia previa con Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) no ha sido adecuada.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/ tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas.
- Adjuntar biopsia que confirme diagnóstico.
- Score PASI
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- Deberá presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita la cobertura con detalle de dosis utilizada/ tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista.
- Consentimiento informado.

### 13. Droga: Tofacitinib

Fundamento terapéutico: En monoterapia o asociado a metotrexato en artritis psoriásica activa y progresiva cuando la respuesta a la terapia previa con Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) no ha sido adecuada.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.

- Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas.
- Adjuntar biopsia que confirme diagnóstico.
- Score PASI
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- Deberá presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita la cobertura con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista.
- Consentimiento informado.

### 13. Droga: Ustekinumab

Fundamento terapéutico: En monoterapia o asociado a metotrexato en artritis psoriásica activa y progresiva cuando la respuesta a la terapia previa con Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) no ha sido adecuada.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas.
- Adjuntar biopsia que confirme diagnóstico.
- Score PASI
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- Deberá presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita la cobertura con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista.
- Consentimiento informado.

### PSORIASIS EN PLACA

La mayoría de los pacientes presenta una evolución benigna, sin embargo, en el 30% de los casos puede manifestarse en forma moderada o grave y llegar a producir discapacidad física e importante alteración de la calidad de vida. Se describen dos picos de incidencia entre los 30 y 39 años y entre los 50 y 59 años. Se presenta en una variedad de formas clínicas. Las principales categorías clínicas incluyen:

- 1) Psoriasis en placa crónica (o psoriasis vulgar),

- 2) psoriasis guttata,
- 3) psoriasis pustulosa,
- 4) Psoriasis eritrodérmica,
- 5) psoriasis inversa.
- Psoriasis en placa crónica es por mucho, la variante más común de la psoriasis, representando casi el 80 al 90% de los tipos de psoriasis. El diagnóstico es clínico y se realiza con el clásico raspado metódico y la realización de biopsia para la confirmación histopatológica.

Tratamiento El tratamiento puede ser tópico y/o sistémico. La enfermedad cutánea leve a menudo puede tratarse con agentes tópicos, mientras que los pacientes con enfermedad moderada a grave pueden necesitar fototerapia o terapia sistémica. Se define psoriasis moderada a grave como una afectación de más del 5 al 10 por ciento de la superficie corporal o afectación de la cara, la palma o planta.

Tratamiento sistémico de la enfermedad moderada o grave incluye

- Convencionales (Metrotrexato, Acitretina, Ciclosporina, Retinoides),.
- Moléculas pequeñas (Apremilast, Tofacitinib),
- Anticuerpos anti FNT-alfa (Etanercept, Infliximab, Adalimumab, Certolizumab),
- Anti Interleukinas (IL) 12/13 (Ustekinumab) ,
- Anti IL-17 (Secukinumab, Ixekizumab),
- Anti IL-23 (Guselkumab)
- Otros agentes biológicos.

**13. Droga: Adalimumab**

Fundamento terapéutico: Pacientes adultos con psoriasis en placa moderada a severa, con respuesta inadecuada o intolerancia a terapias sistémicas convencionales (como por ejemplo metrotrexato o ciclosporina).

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico,
- Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (clínica de las lesiones, distrofia ungueal, historia familiar positiva y biopsia),
- Esquema terapéutico previo instituido con detalle de drogas utilizadas/ dosis/ tiempo y respuesta,
- Justificación médica de la utilización del agente biológico sobre el cual se solicita la cobertura informando: dosis utilizada, tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista tratante.
- Consentimiento informado. La cobertura sólo será reconocida ante el fracaso de otras terapias ensayadas previamente.

**13. Droga: Apremilast**

Fundamento terapéutico: Pacientes adultos con psoriasis en placa



moderada a severa, con respuesta inadecuada o intolerancia a terapias sistémicas convencionales (como por ejemplo metrotrexato o ciclosporina).

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico,
- Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (clínica de las lesiones, distrofia ungueal, historia familiar positiva y biopsia), esquema terapéutico previo instituido con detalle de drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta,
- Justificación médica de la utilización del agente biológico sobre el cual se solicita la cobertura informando: dosis utilizada, tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista tratante.
- Consentimiento informado. La cobertura sólo será reconocida ante el fracaso de otras terapias ensayadas previamente.

### **13. Droga: Certolizumab Pegol**

Fundamento terapéutico: Pacientes adultos con psoriasis en placa moderada a severa, con respuesta inadecuada o intolerancia a terapias sistémicas convencionales (como por ejemplo metrotrexato o ciclosporina).

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico,
- Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (clínica de las lesiones, distrofia ungueal, historia familiar positiva y biopsia),
- Esquema terapéutico previo instituido con detalle de drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta,
- Justificación médica de la utilización del agente biológico sobre el cual se solicita la cobertura informando: dosis utilizada, tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista tratante.
- Consentimiento informado. La cobertura sólo será reconocida ante el fracaso de otras terapias ensayadas previamente.

### **13. Droga: Etanercept**

Fundamento terapéutico: Pacientes adultos, y niños desde 6 años en adelante con psoriasis en placa moderada a severa, con respuesta inadecuada o intolerancia a terapias sistémicas convencionales (como por ejemplo metrotrexato o ciclosporina).

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico,
- Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (clínica de las lesiones, distrofia ungueal, historia familiar positiva y biopsia),
- Esquema terapéutico previo instituido con detalle de drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta, Justificación médica de la

utilización del agente biológico sobre el cual se solicita la cobertura informando: dosis utilizada, tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista tratante.

- Consentimiento informado. La cobertura sólo será reconocida ante el fracaso de otras terapias ensayadas previamente.

### **13. Droga: Guselkumab**

Fundamento terapéutico: Pacientes adultos con psoriasis en placa moderada a severa, con respuesta inadecuada o intolerancia a terapias sistémicas convencionales (como por ejemplo metotrexato o ciclosporina).

Fundamento para cobertura:

- Documentación médica específica:
- Historia clínica con detalle del cuadro clínico, Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (clínica de las lesiones, distrofia ungueal, historia familiar positiva y biopsia),
- Esquema terapéutico previo instituido con detalle de drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta,
- Justificación médica de la utilización del agente biológico sobre el cual se solicita la cobertura informando: dosis utilizada, tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista tratante.
- Consentimiento informado. La cobertura sólo será reconocida ante el fracaso de otras terapias ensayadas previamente.

### **13. Droga: Infliximab**

Fundamento terapéutico: Pacientes adultos con psoriasis en placa moderada a severa, con respuesta inadecuada o intolerancia a terapias sistémicas convencionales (como por ejemplo metotrexato o ciclosporina).

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico,
- Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (clínica de las lesiones, distrofia ungueal, historia familiar positiva y biopsia),
- Esquema terapéutico previo instituido con detalle de drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta,
- Justificación médica de la utilización del agente biológico sobre el cual se solicita la cobertura informando: dosis utilizada, tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista tratante
- Consentimiento informado.

La cobertura sólo será reconocida ante el fracaso de otras terapias ensayadas previamente.

### **12. Droga: Ixekizumab**

Fundamento terapéutico: Pacientes adultos con psoriasis en placa moderada a severa, con respuesta inadecuada o intolerancia a terapias sistémicas convencionales (como por ejemplo metrotrexato o ciclosporina).

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico,
- Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (clínica de las lesiones, distrofia ungueal, historia familiar positiva y biopsia),
- Esquema terapéutico previo instituido con detalle de drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta,
- Justificación médica de la utilización del agente biológico sobre el cual se solicita la cobertura informando: dosis utilizada, tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista tratante
- Consentimiento informado.

La cobertura sólo será reconocida ante el fracaso de otras terapias ensayadas previamente.

## 12. Droga: Secukinumab

Fundamento terapéutico: Pacientes adultos con psoriasis en placa moderada a severa, con respuesta inadecuada o intolerancia a terapias sistémicas convencionales (como por ejemplo metrotrexato o ciclosporina).

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico,
- Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (clínica de las lesiones, distrofia ungueal, historia familiar positiva y biopsia),
- Esquema terapéutico previo instituido con detalle de drogas utilizadas/ dosis/ tiempo y respuesta,
- Justificación médica de la utilización del agente biológico sobre el cual se solicita la cobertura informando: dosis utilizada, tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista tratante
- Consentimiento informado. La cobertura sólo será reconocida ante el fracaso de otras terapias ensayadas previamente.

## 13. Droga: Ustekinumab

Fundamento terapéutico: Pacientes adultos con psoriasis en placa moderada a severa, con respuesta inadecuada o intolerancia a terapias sistémicas convencionales (como por ejemplo metrotrexato o ciclosporina).

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico,
- Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza (clínica de las lesiones, distrofia ungueal, historia familiar positiva y biopsia),
- Esquema terapéutico previo instituido con detalle de drogas utilizadas/dosis/tiempo y respuesta,
- Justificación médica de la utilización del agente biológico sobre el cual se solicita la cobertura informando: dosis utilizada, tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista tratante
- Consentimiento informado.

## **HEMOFILIA A B**

**Tratamiento a demanda de eventos** Esta modalidad de tratamiento está destinada a pacientes con hemofilia A, B y enfermedad de Von Willebrand de cualquier gravedad que presenten sangrado de cualquier localización (articular o extrarticular), se encuentren o no bajo otra modalidad de tratamiento (profilaxis primaria, secundaria o inmunotolerancia). A tales fines se aceptará la provisión de stock para hacer frente a dicha demanda si los pacientes sufrieran eventos frecuentes o la reposición si el evento requiera tratamiento urgente, a fin de no demorar el tratamiento.

### **Medicamentos en el módulo**

#### **12. Factor VIII con doble inactivación viral o recombinante.**

##### **Requerimientos:**

- Consentimiento informado bilateral,
- indicación médica con detalle del tipo de factor,
- concentración,
- dosis indicada en términos unitarios,
- cantidad de envases,
- dosis/kg usada y peso del paciente,
- Constancias de uso indicando localización del sangrado y esquema usado en términos de UI por día.
- Dosaje de factor VIII que sea demostrativo de la patología y que puede corresponder al momento del diagnóstico.
- En caso de administración domiciliaria, constancia de entrenamiento en venopunción, sea del paciente o de un familiar

#### **13. Factor IX con doble inactivación viral o recombinante.**

##### **Requerimientos para la cobertura:**

- Consentimiento informado bilateral,
- indicación médica con detalle del tipo de factor,
- concentración,
- dosis indicada en términos unitarios,
- cantidad de envases,

- dosis/kg usada y peso del paciente,
- Constancias de uso indicando localización del sangrado y esquema usado en términos de UI por día.
- Dosaje de factor IX que sea demostrativo de la patología y que puede corresponder al momento del diagnóstico.
- En caso de administración domiciliaria, constancia de entrenamiento en venopunción, sea del paciente o de un familiar

### **13. Factor VIII con factor VW.**

#### Requerimientos para cobertura:

- Consentimiento informado bilateral,
- indicación médica con detalle del tipo de factor,
- concentración,
- dosis indicada en términos unitarios,
- cantidad de envases,
- dosis/kg usada y peso del paciente,
- Constancias de uso indicando localización del sangrado y esquema usado en términos de UI por día.
- Dosaje de factor VW que sea demostrativo de la patología y que puede corresponder al momento del diagnóstico.

### **13. Factor VII: Requerimientos:**

- Consentimiento informado bilateral,
- indicación médica con detalle del tipo de factor,
- concentración,
- dosis indicada en términos unitarios,
- cantidad de envases,
- dosis/kg usada y peso del paciente,
- Constancias de uso indicando localización del sangrado y esquema usado en términos de UI por día.
- Dosaje de factor VW que sea demostrativo de la patología y que puede corresponder al momento del diagnóstico, así como demostración de un dosaje de inhibidor circulante mayor a 5 Unidades Bethesda (UB). Este último tampoco requiere ser del momento del sangrado, pudiendo corresponder al momento en que se establece el diagnóstico.
- En caso de administración domiciliaria, constancia de entrenamiento en venopunción, sea del paciente o de un familiar.
- En casos debidamente justificados, y ante la urgencia, se aceptará el uso cuando a pesar de no tener antecedentes de inhibidor circulante, la hemorragia no pueda ser debidamente controlada y se presuponga el desarrollo de inhibidor.

### **14. Complejo protrombínico activado.**

#### Requerimientos para la cobertura.

- Consentimiento informado bilateral,
- indicación médica con detalle del tipo de factor,
- concentración,
- dosis indicada en términos unitarios,
- cantidad de envases,

- dosis/kg usada y peso del paciente,
- Constancias de uso indicando localización del sangrado y esquema usado en términos de UI por día.
- Dosaje de factor VW que sea demostrativo de la patología y que puede corresponder al momento del diagnóstico, así como demostración de un dosaje de inhibidor circulante mayor a 5 UB. Este último tampoco requiere ser del momento del sangrado, pudiendo corresponder al momento en que se establece el diagnóstico.
- En casos debidamente justificados, y ante urgencia, se aceptará el uso cuando a pesar de no tener antecedentes de inhibidor circulante, la hemorragia no pueda ser debidamente controlada y se presuponga el desarrollo de inhibidor.

**B- Profilaxis primaria o secundaria:** Se trata de una modalidad de tratamiento para pacientes entre 2 y 21 años de edad en quienes se hubiera sido establecido el diagnóstico de Hemofilia A o B severa (dosaje de factor VIII o IX, respectivamente menor al 1%), que hayan tenido o no dos o más hemartrosis (secundaria o primaria respectivamente).

## 12. Factor VIII con doble inactivación viral o recombinante.

### Requerimientos para la cobertura:

- Consentimiento informado bilateral,
- indicación médica con detalle del tipo de factor,
- concentración,
- dosis indicada en términos unitarios,
- cantidad de envases,
- dosis/kg usada,
- peso del paciente y
- frecuencia de uso (cantidad de administraciones semanales),
- Constancias de uso indicando unidades administradas.
- Dosaje de factor VIII que sea demostrativo de la patología.
- Asimismo, se requerirá dosaje de factor e inhibidor anual.
- Constancia de entrenamiento en venopunción del paciente o familiar en caso de administración domiciliaria.
- Historia clínica como mínimo de periodicidad anual, con detalle de eventos en el período si los hubiera tenido, órganos blancos, tratamientos de rehabilitación si los requiriera y estado general del paciente, así como adherencia al tratamiento.
- Constancia de vacunación contra hepatitis A y B.

## 13. Factor IX con doble inactivación viral o recombinante.

### Requerimientos:

- Consentimiento informado bilateral,
- indicación médica con detalle del tipo de factor,
- concentración,
- dosis indicada en términos unitarios,
- cantidad de envases,

- dosis/kg usada,
- peso del paciente y frecuencia de uso (cantidad de administraciones semanales), Constancias de uso indicando dosis administrada.
- Dosaje de factor IX que sea demostrativo de la patología. Asimismo, se requerirá dosaje de factor e inhibidor anual.
- Constancia de entrenamiento en venopunción del paciente o familiar, en caso de administración domiciliaria.
- Historia clínica con periodicidad mínima anual, con detalle de eventos en el período si los hubiera tenido, órganos blancos, tratamientos de rehabilitación si los requiriera y estado general del paciente, así como adherencia al tratamiento.
- Constancia de vacunación contra hepatitis A y B.
- Planillas de administración mensual.

**13. Factor VII: La utilización de profilaxis con factor VII** se reservará a pacientes con inhibidor circulante mayor a 5 UB que luego de 33 meses de tratamiento de inmunotolerancia no hubieran alcanzado desensibilización. y que por la severidad de la patología no se considerara adecuado el tratamiento a demanda.

Requerimientos para la cobertura:

- Consentimiento informado bilateral,
- indicación médica con detalle concentración,
- dosis indicada en términos unitarios,
- cantidad de envases,
- dosis/kg usada y peso del paciente,
- Constancias de uso indicando miligramos por día Dosaje de factor VIII que sea demostrativo de la patología y dosaje de inhibidor circulante mayor a 5 UB, del momento en que se hubiera detectado la sensibilización ya que el uso de agentes by-passeantes podría disminuir los niveles del inhibidor al no exponer al paciente. Asimismo, se requerirá dosaje de factor e inhibidor anual.
- Constancia de entrenamiento en venopunción del paciente o familiar en caso de administración domiciliaria.
- Historia clínica como mínimo anual, donde se indiquen tratamientos previos, así como detalle de eventos en el período si los hubiera tenido, órganos blancos, tratamientos de rehabilitación si los requiriera y estado general del paciente, así como adherencia al tratamiento.
- Constancia de vacunación contra hepatitis A y B. Planillas de administración mensual.

**13. Complejo protrombínico activado (CCPA).** La utilización de profilaxis con CCPA se reservará a pacientes con inhibidor circulante mayor a 5 UB que luego de 33 meses de tratamiento de inmunotolerancia no hubieran alcanzado desensibilización y que por el compromiso articular no se considerara adecuado el tratamiento a demanda. Requerimientos para la cobertura:

- Consentimiento informado bilateral,
- indicación médica con detalle del tipo de factor,
- concentración,

- dosis indicada en términos unitarios,
- cantidad de envases,
- dosis/kg usada y peso del paciente,
- Constancias de uso indicando localización del sangrado o motivo por el que se indica prevención y esquema usado en términos de UI por día.
- Dosaje de factor VIII que sea demostrativo de la patología y dosaje de inhibidor circulante mayor a 5 UB, del momento en que se hubiera detectado ya que el uso de agentes by-paseantes podría disminuir los niveles del inhibidor al no exponer al paciente. Asimismo, se requerirá dosaje de factor e inhibidor anual.
- Constancia de entrenamiento en venopunción del paciente o familiar en caso de administración domiciliaria.
- Historia clínica como mínimo anual, donde se indiquen tratamientos previos, así como detalle de eventos en el período si los hubiera tenido, órganos blancos, tratamientos de rehabilitación si los requiriera y estado general del paciente, así como adherencia al tratamiento.
- Constancia de vacunación contra hepatitis A y B.
- Planillas de administración mensual.

14. **Emicizumab** será reconocido como tratamiento de pacientes con hemofilia A y presencia de inhibidores, que hubieran fallado a inmunotolerancia.

Requerimientos para la cobertura:

- consentimiento informado bilateral,
- indicación médica con detalle del esquema utilizado y
- peso del paciente.
- Para las presentaciones se deberá detallar la fecha de inicio de la terapia, sangrados nuevos y eventos adversos relacionados con la terapia.
- Historia clínica como mínimo anual, donde se indiquen tratamientos previos, así como detalle de eventos en el período si los hubiera tenido, órganos blancos, tratamientos de rehabilitación si los requiriera y estado general del paciente, así como adherencia al tratamiento.
- Planillas de administración mensual.

**Profilaxis intermitente.** Esta modalidad de tratamiento está destinada a pacientes que:

- Fueran a someterse a intervenciones quirúrgicas menores o mayores o procedimientos menores (extracciones dentarias, intervencionismo diagnóstico, etc) con la intención de prevenir sangrados.
- Hayan padecido una hemorragia grave y se utilizara para prevenir re-sangrado
- Presenten hemartrosis a repetición cuando hubiera compromiso articular demostrable por métodos imagenológicos Esta modalidad será autorizada por un plazo de hasta 2 meses, prorrogable otros dos meses contra actualización de resumen de



HC y nuevas imágenes.

**13. Factor VIII con doble inactivación viral o recombinante.**

Requerimientos para la cobertura

- Historia clínica en que se indique motivo de uso.
- Imágenes demostrativas de compromiso articular en caso que se realice por este motivo.
- Consentimiento informado bilateral,
- indicación médica con detalle del tipo de factor,
- concentración,
- dosis indicada en términos unitarios,
- cantidad de envases,
- dosis/kg usada y peso del paciente,
- Constancias de uso indicando motivo por el que se indica prevención y esquema usado en términos de UI por día.
- Dosaje de factor VIII que sea demostrativo de la patología y que puede corresponder al momento del diagnóstico.
- En caso de administración domiciliaria, constancia de entrenamiento en venopunción, sea del paciente o de un familiar.

**13. Factor IX con doble inactivación viral o recombinante.** Requerimientos para la cobertura :

- Historia clínica en que se indique motivo de uso.
- Imágenes demostrativas de compromiso articular en caso que se realice por este motivo
- Consentimiento informado bilateral,
- indicación médica con detalle del tipo de factor,
- concentración,
- dosis indicada en términos unitarios,
- cantidad de envases,
- dosis/kg usada y peso del paciente,
- Constancias de uso indicando localización del sangrado o motivo por el que se indica prevención y esquema usado en términos de UI por día.
- Dosaje de factor IX que sea demostrativo de la patología y que puede corresponder al momento del diagnóstico.
- En caso de administración domiciliaria, constancia de entrenamiento en venopunción, sea del paciente o de un familiar.

**14. Factor VIII con factor VW.**

Requerimientos para la cobertura:

- Historia clínica en que se indique motivo de uso.
- Imágenes demostrativas de compromiso articular en caso que se realice por este motivo.
- Consentimiento informado bilateral,
- indicación médica con detalle del tipo de factor,
- concentración,
- dosis indicada en términos unitarios, cantidad de envases, dosis/kg usada y peso del paciente,
- Constancias de uso indicando localización del sangrado o motivo

por el que se indica prevención y esquema usado en términos de UI por día.

- Dosaje de factor VW que sea demostrativo de la patología y que puede corresponder al momento del diagnóstico.

### 13. Factor VII.

Requerimientos para la cobertura:

- Historia clínica en que se indique motivo de uso.
- Imágenes demostrativas de compromiso articular en caso que se realice por este motivo.
- Consentimiento informado bilateral, indicación médica con detalle del tipo de factor, concentración, dosis indicada en términos unitarios, cantidad de envases, dosis/kg usada y peso del paciente,
- Constancias de uso indicando localización del sangrado o motivo por el que se indica prevención y esquema usado en términos de UI por día.
- Dosaje de inhibidor circulante mayor a 5 Unidades Bethesda (UB). Este último tampoco requiere ser del momento de la solicitud, pudiendo corresponder al momento en que se establece el diagnóstico.
- En caso de administración domiciliaria, constancia de entrenamiento en venopunción, sea del paciente o de un familiar. En casos debidamente justificados, y ante casos de urgencia, se aceptará el uso cuando a pesar de no tener antecedentes de inhibidor circulante, la hemorragia no pueda ser debidamente controlada y se presuponga el desarrollo de inhibidor.

### 13. Complejo protrombínico activado. Requerimientos para la cobertura:

- Historia clínica en que se indique motivo de uso.
- Imágenes demostrativas de compromiso articular en caso que se realice por este motivo.
- Consentimiento informado bilateral,
- indicación médica con detalle del tipo de factor, concentración, dosis indicada en términos unitarios, cantidad de envases, dosis/kg usada y peso del paciente,
- Constancias de uso indicando localización del sangrado o motivo por el que se indica prevención y esquema usado en términos de UI por día.
- Dosaje de inhibidor circulante mayor a 5 UB. Este último requiere ser del momento de la solicitud, pudiendo corresponder al momento en que se establece el diagnóstico. En casos debidamente justificados, y ante casos de urgencia, se aceptará el uso cuando a pesar de no tener antecedentes de inhibidor circulante, la hemorragia no pueda ser debidamente controlada y se presuponga el desarrollo de inhibidor.

**Inmunotolerancia** Se trata de una modalidad de exposición intensiva (tratamiento con altas dosis de factores) reservada a pacientes con hemofilia A o B severa que hubieran desarrollado título alto de inhibidor y de alta respuesta (documentada por

recuperación plasmática de factor y su vida media) durante el tratamiento con factores VIII o IX, Esta modalidad no excederá los 33 meses de tratamiento, y está destinada a desensibilizar al paciente a fin de que pueda recibir luego profilaxis.

Su uso en mayores de 12 años. Salvo en casos debidamente justificados, el inicio se demorará hasta que el título de anticuerpos sea inferior a 10 UB.

## **12. Factor VIII con doble inactivación viral o recombinante.**

Requerimientos para la cobertura:

- Historia clínica en que se indique momento de desarrollo de inhibidor, dosis que requiere para control de hemorragias, frecuencia de hemorragias y articulaciones blanco,
- Grado de morbilidad.
- Protocolo propuesto de tratamiento.
- Consentimiento informado bilateral,
- indicación médica con detalle del tipo de factor, concentración, dosis indicada en términos unitarios, cantidad de envases, dosis/kg usada y peso del paciente,
- Constancias de uso.
- Dosaje de factor VIII que sea demostrativo de la patología Dosaje de inhibidor y estudio farmacocinético para evidenciar nivel de respuesta.
- En caso de administración domiciliaria, constancia de entrenamiento en venopunción, sea del paciente o de un familiar.
- Se deberá presentar asimismo dosaje mensual de inhibidor durante al menos los primeros 12 meses de tratamiento.
- Se requerirán, asimismo, con carácter semestral estudios de cinética del factor.

## **13. Factor IX con doble inactivación viral o recombinante.**

Requerimientos para la cobertura:

- Historia clínica en que se indique momento de desarrollo de inhibidor,
- dosis que requiere para control de hemorragias, frecuencia de hemorragias y articulaciones blanco, grado de morbilidad y
- protocolo propuesto de tratamiento.
- Consentimiento informado bilateral,
- indicación médica con detalle del tipo de factor, concentración, dosis indicada en términos unitarios, cantidad de envases, dosis/kg usada y peso del paciente,
- Constancias de uso. Dosaje de factor IX que sea demostrativo de la patología Dosaje de inhibidor y estudio farmacocinético para evidenciar nivel de respuesta.
- En caso de administración domiciliaria, constancia de entrenamiento en venopunción, sea del paciente o de un familiar.
- Se deberá presentar asimismo dosaje mensual de inhibidor

durante al menos los primeros 12 meses de tratamiento.

- Se requerirán, asimismo, con carácter semestral estudios de cinética del factor.

### 13. Factor VIII + Factor VW

Requerimientos para la cobertura:

- Historia clínica en que se indique momento de desarrollo de inhibidor,
- dosis que requiere para control de hemorragias,
- frecuencia de hemorragias y articulaciones blanco,
- grado de morbilidad y protocolo propuesto de tratamiento.
- Consentimiento informado bilateral,
- indicación médica con detalle del tipo de factor, concentración, dosis indicada en términos unitarios, cantidad de envases, dosis/kg usada y peso del paciente,
- Constancias de uso. Dosaje de factor VIII que sea demostrativo de la patología Dosaje de inhibidor y estudio farmacocinético para evidenciar nivel de respuesta.
- En caso de administración domiciliaria, constancia de entrenamiento en venopunción, sea del paciente o de un familiar.
- Se deberá presentar asimismo dosaje mensual de inhibidor durante al menos los primeros 12 meses de tratamiento. Se requerirán, asimismo, con carácter semestral estudios de cinética del factor.

### Hemoglobinuria Paroxística Nocturna.

#### 12. Droga: Eculizumab

Fundamento terapéutico: Pacientes mayores de 18 años de edad, con diagnóstico de Hemoglobinuria Paroxística Nocturna, con antecedentes de por lo menos cuatro transfusiones en los últimos 12 meses, que no se encuentren cursando infección aguda por Neisseria meningitidis, y cuenten con vacunación para Neisseria meningitidis al menos 2 semanas previas al inicio del tratamiento.

Fundamento para cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de antecedentes, estadio evolutivo y tratamiento utilizados.
- Estudios complementarios para arribar al diagnóstico (ver detalle de fundamento diagnóstico).
- Fundamentación médica del uso del agente biológico sobre el cual se solicita el cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otros tratamientos, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado (dejar constancia del consejo genético y/o inscripción del paciente en programa de trasplante de médula ósea).
- Para la auditoria de seguimiento del paciente, el profesional

prescriptor deberá confeccionar la Información de efectividad: - Número de transfusiones - Niveles de LDH, hemoglobina y reticulocitos - Eventos tromboembólicos, con detalle del número y localización - Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados) Infección por meningococo - Neoplasias - Reacciones infusionales.

### **Síndrome Urémico Hemolítico atípico (SUHa)**

Fundamento diagnóstico: Cuadro clínico de insuficiencia renal aguda, anemia hemolítica microangiopática y trombocitopenia grave, con microangiopatía selectiva a nivel renal y manifestaciones isquémicas en otros órganos blancos (sistema nervioso central, páncreas, miocardio).

- Exámenes complementarios:
- determinación de infección por E. Coli O157: H7,
- alteraciones del complemento (C3, C4, FH, FI, FB),
- determinación de mutaciones (FH, FI, MCP, C3, FB +/- THBD).

#### **49. Droga: Eculizumab**

Fundamento terapéutico: Pacientes adultos y pediátricos con diagnóstico de SHU atípico, con manifestaciones microangiopáticas, que no se encuentren cursando infección aguda por Neisseria meningitidis, y cuenten con vacunación para Neisseria meningitidis al menos 2 semanas previas al inicio del tratamiento.

Fundamento para cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de antecedentes, estadio evolutivo y tratamiento utilizados.
- Estudios complementarios para arribar al diagnóstico (ver detalle de Fundamento diagnóstico).
- Fundamentación médica del uso del agente biológico sobre el cual se solicita el cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otros tratamientos, firmada y sellada por médico tratante y por Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.
- Consentimiento informado (dejar constancia de la inscripción del paciente en programa de trasplante renal si fuera necesario).
- Para la auditoria del seguimiento de paciente el profesional prescriptor deberá enviar Información de efectividad: Información de efectividad: - Manifestaciones tromboangiopáticas - Utilización de plasmaféresis - Función renal y recuento plaquetario - Sobrevida libre de progresión y/o hasta recurrencia - Sobrevida global Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o

no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados) Infección por meningococo - Neoplasias Reacciones infusionales.

### **Sobrecarga crónica de hierro.**

#### **49. Droga: Deferasirox**

Fundamento diagnóstico: Concentración de hierro en sangre mayor a 100 mg/dL Fundamento terapéutico:

1) Tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes ( $\geq 7$  ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes mayores de 2 años, cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o haya fallado,

2) Tratamiento de la sobrecarga férrica crónica que requiere tratamiento quelante cuando el tratamiento con deferoxamina está contraindicado o haya fallado en pacientes con síndromes talasémicos no dependientes de transfusiones de edad igual o superior a 10 años.

- Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:
- Resumen de Historia Clínica con cuadro clínico, y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico (ver detalle en fundamentos diagnósticos).
- Tratamientos instituidos previamente (droga o procedimiento/dosis/tiempo y respuesta).
- Fundamentación del médico especialista del medicamento sobre el cual se solicita la cobertura, dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y el sellada por el médico tratante
- Consentimiento informado.

### **Angioedema Hereditario.**

#### **49. Droga: Inhibidor del C1 Esterasa.**

Fundamento diagnóstico:

- Cuadro clínico compatible,
- sumado a niveles bajos de C4.
- Otras pruebas del complemento son necesarias para diferenciar cuadros (C1q, nivel y funcionalidad del C1-INH, anticuerpos anti C1-INH, etc).
- En determinadas situaciones pueden requerirse estudios genéticos.
- Fundamento terapéutico: Tratamiento de episodios agudos de Angioedema Hereditario tipos I y II. Fundamento de cobertura: Documentación específica:
- Resumen de Historia Clínica.
- Estudios complementarios para arribar al diagnóstico.

- Esquemas terapéuticos instituidos previamente.
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado.

### **Enfermedad de Guillain Barré.**

#### **49. Droga: Inmunoglobulina humana inespecífica.**

Fundamento diagnóstico: Características requeridas:

- a) Debilidad progresiva en brazos y piernas,
- b) arreflexia (o hiporreflexia).

Características de soporte al diagnóstico: Progresión de los síntomas durante algunos días a 4 semanas, simetría relativa, síntomas o signos sensitivos leves, compromiso de nervios craneales, especialmente debilidad facial bilateral, recuperación a partir de 2 a 4 semanas después que cesa la progresión, disfunción autonómica, ausencia de fiebre al inicio, LCR típico (disociación albumino-citológica), EMG/estudios de conducción nerviosa (signos característicos de un proceso de desmielinización en los nervios periféricos).

- Características que ponen en duda el diagnóstico: Debilidad asimétrica, Disfunción persistente vesical o intestinal, Disfunción vesical o intestinal en el inicio, Presencia > 50 leucocitos mononucleares/mm<sup>3</sup> o de leucocitos polimorfonucleares en el LCR, compromiso a distinto nivel sensitivo. endovenosa

Fundamento terapéutico: Pacientes con síntomas grado 3 de severidad o más (incapaces de deambular sin ayuda), o con síntomas de menor severidad, pero rápidamente progresivos, dentro de las dos semanas de iniciada la enfermedad.

- Fundamento para la cobertura: Documentación médica específica:
- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico.
- Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza.
- Esquema terapéutico instituido con detalle dosis/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico tratante.
- Consentimiento informado.

### **Enfermedad de Wegener.**

Fundamento diagnóstico: Al menos dos de los siguientes criterios presentes:

- Inflamación nasal u oral, desarrollo de úlceras orales dolorosas,

emisión hemorrágica o purulenta nasal.

- Radiografía de tórax anormal: presencia de nódulos, infiltrados fijos o cavidades.
- Sedimento urinario anormal: microhematuria (más de 5 hematíes por campo) o presencia de hematíes en el sedimento urinario.
- Inflamación granulomatosa en biopsia: cambios histológicos que muestran inflamación granulomatosa dentro de la pared de una arteria o en el área peri o extra vascular (arteria o arteriola).

#### **50. Droga: Rituximab**

Fundamento terapéutico: En combinación con glucocorticoides para el tratamiento de la enfermedad severa o refractaria.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico y estudios complementarios que fundamenten (ver detalle en fundamentos diagnósticos).
- Tratamientos instituidos previamente (droga/dosis/tiempo y respuesta).
- Fundamentación del agente biológico sobre el cual se solicita la cobertura, dosis utilizada, tiempo y respuesta (asociación con otras drogas), con firma y sello del médico tratante y del firmada además por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.
- Consentimiento informado.

#### **Poliangeitis Microscópica.**

#### **49. Droga: Rituximab**

Fundamento diagnóstico: Vasculitis pauci inmunitaria de pequeños vasos con anticuerpos contra Mieloperoxidasa-ANCA o Proteinasa-3- ANCA, determinados por ELISA o por IFI.

Fundamento terapéutico: En combinación con glucocorticoides para el tratamiento de la enfermedad severa o refractaria.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con cuadro clínico y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico de certeza (ver detalle en fundamentos diagnósticos).
- Tratamientos instituidos previamente del agente biológico (droga/dosis/tiempo y respuesta).
- Fundamentación sobre la medicación de la cual se solicita el cobertura, dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico tratante
- Consentimiento informado.

#### **Púrpura Trombocitopénica Idiopática**



Fundamento diagnóstico: Deben estar presentes los cuatro requisitos siguientes:

- Síndrome purpúrico con trombocitopenia (recuento plaquetario menor de 150.000);
- Ausencia de enfermedad infecciosa aguda concomitante (por ejemplo: mononucleosis infecciosa, hepatitis);
- Ausencia de patología sistémica de base (por ejemplo: lupus eritematoso sistémico, síndrome de inmunodeficiencia adquirido, linfoma);
- Megacariocitos normales o aumentados en médula ósea (este criterio puede ser remplazado por la ocurrencia de remisión espontánea completa en aquellos pacientes a los que no se les hubiera realizado punción de médula ósea).

**50. Droga: Inmunoglobulina humana inespecífica endovenosa**

Fundamento terapéutico: Pacientes con cifras de plaquetas inferiores a 20.000 por dl, donde se requiera una respuesta rápida por hemorragia severa/vital aguda o alto riesgo de la misma; o se hubiera programado una intervención quirúrgica y sea necesario incrementar el número de plaquetas.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con cuadro clínico y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico (ver detalle en fundamento diagnóstico), descartando otras causas de trombocitopenia.
- Tratamientos instituidos previamente (droga/dosis/tiempo y respuesta).
- Fundamentación de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura, dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico tratante.
- Consentimiento informado.

**50. Droga: Romiplostim.**

Fundamento terapéutico: Tratamiento de la trombocitopenia en adultos con Púrpura Trombocitopénica Idiopática Crónica en quienes el tratamiento con inmunoglobulinas y corticoides o la esplenectomía no lograron respuesta.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con cuadro clínico y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico (ver detalle en fundamento diagnóstico), y se descarten causas secundarias de trombocitopenia.
- Tratamientos instituidos previamente (droga/dosis/tiempo y respuesta).
- Constancia de realización de esplenectomía (si ha sido realizada).

- Fundamentación de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura, dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico tratante.
- Consentimiento informado.

Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad: Recuento de plaquetas Realización de esplenectomía Calidad de Vida. Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respiratoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados).

### **Síndrome de Kawasaki.**

Fundamento diagnóstico: Se deben cumplir 5 de los siguientes criterios:

- 1) Fiebre persistente durante 5 días o más,
- 2) extremidades periféricas, en su fase inicial presenta enrojecimiento de palmas y plantas y edema indurado, en su fase de convalecencia presenta descamación membranosa en la punta de los dedos,
- 3) exantema polimorfo.
- 4) congestión conjuntiva) bilateral,
- 5) labios y cavidad oral: enrojecimiento de los labios y lengua de fresa con inyección difusa de la mucosa oral y faríngea,
- 6) linfadenopatía cervical aguda no purulenta.

### **49. Droga: Inmunoglobulina humana inespecífica endovenosa**

Fundamento terapéutico: Confirmación de certeza del diagnóstico.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con cuadro clínico, y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico de certeza (ver detalle en Fundamento diagnóstico).
- Tratamientos instituidos previamente (droga/dosis/tiempo y respuesta).
- Fundamentación médica sobre el medicamento del que se solicita la cobertura, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico tratante
- Consentimiento informado

### **Enfermedad de Fabry.**

Fundamento diagnóstico: Varones (homocigotas): actividad disminuida de la alfa galactosidasa en leucocitos. Mujeres (heterocigotas): actividad disminuida de la alfa galactosidasa en leucocitos o confirmación diagnóstica molecular (mutación para el gen agalsidasa alfa).

#### 49. Droga: Agalsidasa Beta

Fundamento terapéutico:

- a) Pacientes con manifestaciones renales;
- b) Pacientes con manifestaciones severas no renales;
- c) Hombres homocigotas, asintomáticos, con Enfermedad de Fabry clásica.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con inclusión de estudios complementarios que certifiquen el diagnóstico (basado en la disminución de la actividad de la enzima alfa galactosidasa en sangre).
- Fundamentación médica del uso de la medicación específica sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis utilizada, firmada y sellada por médico tratante.
- Consentimiento informado.

#### Enfermedad de Gaucher Tipo I.

#### 59. Droga: Imiglucerasa.

Fundamento diagnóstico: Disminución en la actividad de la enzima glucocerebrosidasa. Fundamento terapéutico: Terapia de sustitución enzimática a largo plazo en pacientes pediátricos y adultos con diagnóstico confirmado de enfermedad de Gaucher no neuropática (tipo 1) o neuropática crónica (tipo 3) que presenten además manifestaciones no neurológicas clínicamente importantes de la enfermedad. Las manifestaciones no neurológicas de la enfermedad de Gaucher incluyen una o más de las siguientes afecciones:

- 1) Anemia tras exclusión de otras causas, tales como déficit de hierro;
- 2) Trombocitopenia;
- 3) Enfermedad ósea tras exclusión de otras causas, tales como déficit de Vitamina D;
- 4) Hepatomegalia o esplenomegalia. Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico de certeza (basado en la disminución

de la actividad enzimática específica en sangre) y las circunstancias clínicas (2 o más) detalladas en fundamentos terapéuticos.

- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la que se solicita la cobertura, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, con firma y sello del médico tratante.
- Consentimiento informado.

#### **60. Droga: Velaglucerasa alfa.**

Fundamento terapéutico: Terapia de sustitución enzimática a largo plazo en pacientes pediátricos y adultos con diagnóstico confirmado de enfermedad de Gaucher no neuropática (Tipo 1). Las manifestaciones no neurológicas de la enfermedad de Gaucher incluyen una o más de las siguientes afecciones:

- 1) Anemia tras exclusión de otras causas, tales como déficit de hierro;
- 2) Trombocitopenia;
- 3) Enfermedad ósea tras exclusión de otras causas, tales como déficit de Vitamina D;
- 4) Hepatomegalia o esplenomegalia. Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico de certeza (basado en la disminución de la actividad enzimática específica en sangre) y las circunstancias clínicas (2 o más) detalladas en fundamentos terapéuticos.
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la que se solicita la cobertura, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, con la firma y sello del médico tratante
- Consentimiento informado.

#### **Enfermedad de Pompe.**

#### **59. Droga: Alglucosidasa alfa**

Fundamento diagnóstico: Actividad disminuida de la enzima alfa glucosidasa en sangre, o por biopsia compatible.

Fundamento terapéutico: Pacientes adultos y pediátricos con diagnóstico confirmado de Enfermedad de Pompe, tanto en su variante temprana como tardía.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con inclusión de estudios complementarios que certifiquen el diagnóstico (ver fundamentos diagnósticos).

- Fundamentación médica del uso de la medicación específica sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis utilizada, firmada y sellada por médico tratante.
- Consentimiento informado.

## **ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA DEL PANCREAS.**

### Fundamento diagnóstico:

- 1) Test del sudor anormal (Cloro > 60 mEq/L), con una segunda prueba que lo confirme
- 2) Estudio molecular que documente la presencia de mutaciones del Factor Regulador de la Conductancia Transmembrana (CFTR) o
- 3) Demostración de diferencia de potencial nasal transepitelial anormal. Existen casos atípicos en los cuales el test de sudor puede estar dentro de los límites normales o con valores limítrofes y se debe confirmar el diagnóstico sólo con el estudio molecular. En este último caso deben estar presente 2 mutaciones para arribar al diagnóstico.

### **59. Droga: Enzima pancreática Sinónimo: Pancreatina**

Fundamento terapéutico: Como complemento nutricional en todos los pacientes con Fibrosis Quística. Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con inclusión de estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza (ver detalles en Fundamentos diagnósticos) y evaluación del grado de severidad de la Fibrosis Quística, firmada y sellada por médico tratante.
- Consentimiento informado.

### **63. Droga RNAsa humana Sinónimo: Dnasa Recombinante Humana - Dornasa Alfa**

Fundamento terapéutico:

- 1) Indicado en pacientes con diagnóstico de fibrosis quística para mejorar la función pulmonar.
- 2) En pacientes con una CVF = de 40% del valor teórico reduce el riesgo de infecciones del tracto respiratorio graves.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con inclusión de estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza (ver detalles en fundamentos diagnósticos) y evaluación del grado de severidad de la Fibrosis Quística,

- firmada y sellada por médico tratante.
- Consentimiento informado.

#### 64. Droga Tobramicina.

Fundamento terapéutico: Infecciones pulmonares crónicas por Pseudomonas aeruginosa en pacientes con fibrosis quística mayores de 6 años. Para su demostración se deberá adjuntar el resultado del cultivo y antibiograma del esputo y/o lavado y/o cepillado bronquial.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

63. Historia clínica con inclusión de estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza (ver detalles en Fundamentos diagnósticos) y evaluación del grado de severidad de la Fibrosis Quística, firmada y sellada por médico tratante.
- Consentimiento informado.
  - En caso de neumonía por Pseudomona Aeruginosa presentar cultivo de esputo y/o lavado y/o cepillado bronquial con identificación del germen y antibiograma correspondiente.

### **Mucopolisacaridosis tipo I.**

#### 63. Droga: Laronidasa.

Fundamento diagnóstico: Actividad disminuida de la enzima a-L-iduronidasa. Fundamento terapéutico:

- Pacientes con Subtipo Hurler
- Pacientes con Subtipo HurlerScheie
- Pacientes con Subtipo Scheie y síntomas moderados a severos.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con inclusión de estudios complementarios que certifiquen el diagnóstico (basado en la disminución de la actividad de la enzima específica en sangre tal como se detalla en los fundamentos terapéuticos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación específica sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis utilizada, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado.

### **Mucopolisacaridosis tipo II.**

#### 63. Droga Idursulfasa – Idursulfase.

Fundamento terapéutico: Pacientes con fenotipo leve.

- No se otorgará tratamiento en los siguientes casos:

- Formas graves o avanzadas, en las que no se observa beneficios significativos.
- Pacientes con daño neurológico o cognitivo severo.
- Fundamento diagnóstico: Actividad disminuida de la enzima Iduronato sulfatasa.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con inclusión de estudios complementarios que certifiquen el diagnóstico (basado en la disminución de la actividad de la enzima específica en sangre tal como se detalla en los fundamentos terapéuticos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación específica sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis utilizada, firmada y sellada por médico tratante.
- Consentimiento informado.

**Mucopolisacaridosis tipo VI.**

Fundamento diagnóstico: Actividad disminuida de la enzima N-acetilgalactosamina 4- sulfatasa.

**68. Droga Galsulfasa – Galsulfase.**

Fundamento terapéutico: Pacientes con diagnóstico confirmado de Mucopolisacaridosis tipo VI. Se sugiere especialmente el tratamiento en pacientes con daño de órgano blanco, los cuales deben cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- apneas del sueño: más de 1 evento/hora en menores de 18 años o más de 5 eventos/hora en mayores de 18 años.
  - saturación de oxígeno nocturna: < 92% en menores de 18 años o < 85% en mayores de 18 años, con capacidad vital forzada (CVF) < 80% del predictivo para la edad.
  - caminar menos de 350 m en test de caminata de 6 minutos;
  - deterioro de función sistólica del ventrículo izquierda (VI).
- Fundamento para cobertura: Documentación específica:
- Resumen de Historia Clínica con detalle de antecedentes, estadio evolutivo y tratamiento utilizados.
  - Estudios complementarios para arribar al diagnóstico.
  - Fundamentación médica del uso del agente biológico sobre el cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, firmada y sellada por médico tratante
  - Consentimiento informado (dejar constancia del consejo genético).
  - Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento, la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad: Recuento de plaquetas Realización de esplenectomía, Calidad de Vida. Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación

respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados)

- Información de efectividad: Test de caminata de 6 minutos.
- Capacidad vital forzada.
- Función sistólica del ventrículo izquierdo.
- Determinación de glicosaminoglicanos en orina. Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados)
- Reacción alérgica grave.
- Hipoacusia.
- Hipertensión arterial.

### **Glioma de alto grado (Astrocitoma Anaplásico - Glioblastoma Recidivante).**

#### **68. Droga: Temozolomida.**

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica.

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes con Glioblastoma de alto grado (Glioblastoma Multiforme o Astrocitoma Anaplásico) recurrente inoperable, con buen estado funcional (ECOG menor a 2), que se calcule tengan una expectativa de vida mayor a 1 año al momento de iniciar el tratamiento.

Fundamento para cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Informe de Anatomía Patológica.
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia(droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado.
- Patología: Glioblastoma.

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica. En caso de localizaciones inabordables se deberá presentar imágenes e historia clínica detallada que explique cómo se arriba al diagnóstico.

#### **68. Droga: Temozolomida**

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes adultos con Glioblastoma Multiforme recientemente diagnosticado, en forma concomitante con radioterapia y luego como tratamiento de mantenimiento.



Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico.
- Estadificación.
- Informe de Anatomía Patológica.
- Protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).

Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante.

- Consentimiento informado.

**69. Droga: Bevacizumab.**

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes con diagnóstico de glioblastoma multiforme, en su primera o segunda recidiva, luego de un tratamiento con temozolomida y radioterapia, como monoterapia o en combinación con irinotecan, con una expectativa de vida mayor a 12 semanas y con estado funcional ECOG 0-1. Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Informe de Anatomía Patológica. Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento Informado.

**Cáncer de Colon.**

**68. Droga: Bevacizumab**

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica.

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes con diagnóstico de carcinoma colorrectal (CCR) avanzado o metastásico, en combinación con quimioterapia citotóxica convencional clínicamente probada para CCR, con estado funcional ECOG entre 0-2, mayores de 18 años.

Fundamento para cobertura Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo, que

indique si ha sido intervenido quirúrgicamente, si ha recibido radioterapia, quimioterapia previa,

- Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Si hubiera realizado: o quirúrgico, protocolo de radioterapia.

Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante.

- Consentimiento Informado.
- Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad: Información de efectividad: Tiempo de supervivencia Tiempo de supervivencia libre de progresión Modificación en la calidad de vida (según escala ECOG o Karnofsky) Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados) Hemorragia gastrointestinal Perforación gastrointestinal Neutropenia.

#### **69. Droga: Cetuximab**

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes con diagnóstico de carcinoma colorrectal metastásico, con gen KRAS no mutado, mayores de 18 años, y que presenten estado funcional ECOG 0-2 en las siguientes situaciones:

- a) en combinación con quimioterapia basada en Irinotecan perfusión continua con 5fluoracilo, ácido folínico + oxaliplatino;
- b) como monoterapia, en pacientes que fracasaron con oxaliplatino e Irinotecan, o que no toleren el Irinotecan.

Fundamento para cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Estado de KRAS.
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia.

Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante

- Consentimiento Informado.
- Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento

la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad Tiempo de sobrevida Tiempo de sobrevida libre de progresión Modificación en la calidad de vida (según escala Karnofsky) Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados). Hepatotoxicidad Neutropenia Trombosis.

#### **69. Droga: Panitumumab**

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes adultos con carcinoma colorrectal metastásico con KRAS no mutado (tipo salvaje) en las siguientes circunstancias:

- a) en primera línea en combinación con FOLFOX;
- b) en segunda línea en combinación con FOLFIRI en pacientes que han recibido primera línea con quimioterapia basada en fluoropirimidinas (excepto irinotecán);
- c) en monoterapia tras el fracaso de regímenes de quimioterapia que contengan fluoropirimidina, oxaliplatino e irinotecán.

Fundamento para cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Estado de KRAS.
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia.

Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante

- Consentimiento Informado.
- Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad: Tiempo de sobrevida Tiempo de sobrevida libre de progresión Modificación en la calidad de vida (según escala ECOG o Karnofsky) Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados) Trombosis venosa profunda Citopenias Enfermedad pulmonar intersticial.

#### **Cáncer de Hígado (CHC).**

#### **68. Droga: Sorafenib**

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica.

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes con carcinoma hepatocelular en estadios avanzados (CHC), inoperable, sin quimioterapia previa, con estado funcional Child-Pugh A, mayores de 18 años.

Fundamento para cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Informe de Anatomía Patológica.
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico o embolizaciones.

Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante.

- Consentimiento informado.
- Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad:Tiempo de sobrevida Tiempo de sobrevida libre de progresión Modificación en la calidad de vida (según escala ECOG o Karnofsky) Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados) Hipertensión arterial severa Perforación gastrointestinal Eventos cardiovasculares y/o tromboembólicos.

## **Cáncer de Mama.**

### **68. Droga: Trastuzumab.**

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica. Trastuzumab (Endovenoso- Subcutáneo) Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes con cáncer de mama precoz con HER2 positivo:

- a) Después de cirugía, quimioterapia (adyuvante o neoadyuvante) y radioterapia (si corresponde).
- b) Después de quimioterapia adyuvante con doxorubicina y ciclofosfamida, en combinación con paclitaxel o docetaxel.
- c) En combinación con quimioterapia adyuvante consistente en docetaxel y carboplatino.
- d) En combinación con quimioterapia neoadyuvante seguido de

tratamiento en adyuvancia para enfermedad localmente avanzada (incluyendo enfermedad inflamatoria) o tumores mayores de 2 cm de diámetro. El tratamiento con Trastuzumab NO debe exceder 1 año (doce meses).

Tratamiento de pacientes con cáncer de mama metastásico (CMM):

- a) Como monoterapia para el tratamiento de pacientes que hayan recibido, por lo menos, dos regímenes quimioterápicos para su enfermedad metastásico. La quimioterapia previa debe haber incluido, por lo menos, una antraciclina y un taxano, excepto que los mismos no estén indicados en tales pacientes.
- b) En combinación con paclitaxel para el tratamiento de pacientes que no hayan recibido quimioterapia para su enfermedad metastásico y en los cuales no este indicado un tratamiento con antraciclinas.
- c) En combinación con docetaxel para el tratamiento de pacientes que no hayan recibido quimioterapia para su enfermedad metastásico.
- d) En combinación con un inhibidor de la aromatasa para el tratamiento de pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico y receptor hormonal positivo, que no hayan sido previamente tratadas con trastuzumab.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica a presentar:

- Resumen de Historia Clínica efectuada por médico especialista, actualizada, firmada y sellada por médico tratante donde conste:
- a) Esquema utilizado: dosis-tiempo y asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia.
- b) Tratamientos previos quimioterapia u hormonoterapia: con detalle de droga/dosis/ciclos.
- Prescripción médica con firma del médico especialista tratante avalada por el Auditor médico del Agente del Seguro de Salud.
- Estadificación
- Biopsia, expresión del receptor HER2 neu y receptores hormonales.
- Protocolos de estudios complementarios que avalen el estadio tumoral
- Cirugía: protocolo quirúrgico si hubiera realizado.
- Radioterapia: protocolo de radioterapia.
- Consentimiento informado.

#### **69. Droga: Trastuzumab Emtansina (TDMI-1)**

Fundamento terapéutico: Como monoterapia para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama no resecable, localmente avanzado o metastásico, HER2 positivo, que han recibido previamente tratamiento con trastuzumab y un taxano.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica a presentar:

- Resumen de Historia Clínica efectuada por médico especialista, actualizada, firmada y sellada por médico tratante donde conste:
- a) Esquema utilizado: dosis-tiempo y asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia.
- b) Tratamientos previos quimioterapia u hormonoterapia: con detalle de droga/dosis/ciclos.
- Prescripción médica con firma del médico especialista tratante.
- Estadificación
- Biopsia, expresión del receptor HER2 neu y receptores hormonales.
- Protocolos de estudios complementarios que avalen el estadio tumoral
- Cirugía: protocolo quirúrgico si hubiera realizado.
- Radioterapia: protocolo de radioterapia.
- Consentimiento informado.

#### **69. Droga: Lapatinib**

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama mayores de 18 años, en las que se presuma una supervivencia mayor a los 4 meses al momento de iniciar el tratamiento y que no presenten metástasis cerebrales sintomáticas en los siguientes casos:

1) En combinación con capecitabina para cáncer de mama avanzado o en estado metastásico cuyos tumores sobreexpresan ErbB2 y con terapia previa incluyendo una antraciclina, un taxano y trastuzumab.

2) En combinación con Letrozol para mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama metastásico con receptor hormonal positivo que sobreexpresa el receptor ErbB2 para las cuales está indicado el tratamiento hormonal.

3) En combinación con trastuzumab en pacientes con enfermedad metastásica y receptor hormonal negativo que han progresado durante tratamientos previos de trastuzumab en combinación con quimioterapia.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica a presentar:

- Resumen de Historia Clínica efectuada por médico especialista, actualizada, firmada y sellada por médico tratante y por Auditor médico del Agente del Seguro de Salud donde conste:
- a) Esquema utilizado: dosis-tiempo y asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia.
- b) Tratamientos previos quimioterapia u hormonoterapia: con detalle de droga/dosis/ciclos.
- Prescripción médica con firma del médico especialista tratante.
- Estadificación.

- Biopsia, expresión del receptor HER2 neu y receptores hormonales.
- Protocolos de estudios complementarios que avalen el estadio tumoral
- Cirugía: protocolo quirúrgico si hubiera realizado.
- Radioterapia: protocolo de radioterapia.
- Consentimiento informado.

**69. Droga: Pertuzumab.**

Fundamento terapéutico: En combinación con trastuzumab y docetaxel para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de mama localmente recidivante irreseccable o metastásico HER2 positivo, que no han recibido tratamiento previo antiHER2 o quimioterapia para la enfermedad metastásica.

No se reconocerá en esquemas de adyuvancia.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica a presentar:

- Resumen de Historia Clínica efectuada por médico especialista, actualizada, firmada y sellada por médico tratante y por Auditor médico del Agente del Seguro de Salud donde conste:
  - a) Esquema utilizado: dosis-tiempo y asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia.
  - b) Tratamientos previos quimioterapia u hormonoterapia: con detalle de droga/dosis/ciclos.
- Prescripción médica con firma del médico especialista tratante avalada por el Auditor médico del Agente del Seguro de Salud
- Estadificación
- Biopsia, expresión del receptor HER2 neu y receptores hormonales.
- Protocolos de estudios complementarios que avalen el estadio tumoral
- Cirugía: protocolo quirúrgico si hubiera realizado.
- Radioterapia: protocolo de radioterapia.
- Consentimiento informado.

**69. Droga: Fulvestrant**

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes postmenopáusicas con cáncer de mama localmente avanzado o metastásico y con receptor estrogénico positivo (actualizado si realizó tratamientos previos) cuya enfermedad ha recidivado durante o después del tratamiento adyuvante con antiestrógenos, o bien, cuya enfermedad ha progresado pese a un tratamiento antiestrogénico.

Fundamento para cobertura: Documentación medica específica a presentar:

- Resumen de Historia Clínica efectuada por médico especialista, actualizada, firmada y sellada por médico tratante donde conste:

- a) Esquema utilizado: dosis-tiempo y asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia.
- b) Tratamientos previos quimioterapia u hormonoterapia: con detalle de droga/dosis/ciclos.
- Prescripción médica con firma del especialista tratante,
- Estadificación
- Biopsia. Receptores hormonales.
- Protocolos de estudios complementarios que avalen el estadio tumoral.
- Cirugía: protocolo quirúrgico
- Radioterapia: protocolo de radioterapia.
- Consentimiento informado.

### **Cáncer de ovario epitelial, de Trompa de Falopio o Peritoneal Primario.**

#### **68. Droga: Bevacizumab**

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica.

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes con cáncer de ovario epitelial, trompa de Falopio o peritoneal primario avanzado (estadios FIGO IIIB, IIIC y IV), en combinación con carboplatino y paclitaxel o gemcitabina, en primera línea luego de cirugía o ante la primera recurrencia, en pacientes que presenten buen estado funcional (ECOG 0-2) y una expectativa de vida mayor a 1 año al momento de iniciar el tratamiento. Fundamento para cobertura:

Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo. \*Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Informe de Anatomía Patológica.
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado.
- Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad: Tiempo de sobrevida Tiempo de sobrevida libre de progresión Modificación en la calidad de vida (según escala ECOG o Karnofsky) Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados) Hemorragia gastrointestinal Perforación gastrointestinal Neutropenia Patología: Cáncer de Páncreas Fundamento diagnóstico:



## Anatomía patológica.

### 69. Droga: Erlotinib

- Fundamento terapéutico: Tratamiento de primera línea en pacientes con cáncer de páncreas localmente avanzado, no resecable o metastático, en combinación con gemcitabina.
- Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:
- Resumen de Historia Clínica efectuada por el médico especialista.
- Estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico de certeza.
- Estadificación.
- Informe de Anatomía Patológica.
- Detalle de tratamientos previos, si fueron realizados.
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis-tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado.

### 70. Droga: Sunitinib

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes con tumores neuroendócrinos pancreáticos bien diferenciados, no resecables, localmente avanzados o metastásicos, con progresión de la enfermedad.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor.
- Detallar los exámenes complementarios que avalan el diagnóstico de certeza.
- Estadificación.
- Informe de Anatomía Patológica.
- Tratamientos previos efectuados con detalle de droga/dosis/tiempo y respuesta.
- Protocolo quirúrgico si se efectuó cirugía y protocolo de radioterapia si fue efectuada.
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis-tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado.

### 69. Droga: Everolimus

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de tumor neuroendócrino de origen pancreático (PNET), bien o moderadamente diferenciado, irreseccable, localmente avanzado o metastásico, con una sobrevida estimada mayor a los 4 meses al momento de iniciar el tratamiento, que no presenten metástasis cerebrales sintomáticas.

Fundamento para cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Informe de Anatomía Patológica.
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado.

#### **69. Droga: Nab Paclitaxel**

Fundamento terapéutico: Tratamiento de primera línea de pacientes adultos con adenocarcinoma de páncreas metastásico en combinación con gemcitabina.

Fundamento de cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia.
- Esquemas terapéuticos instituidos previamente (droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita el cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante.
- Consentimiento informado.

#### **Cáncer de Próstata.**

#### **68. Droga: Cabazitaxel**

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica.

Fundamento terapéutico: En combinación con prednisona o prednisolona para el tratamiento de pacientes con cáncer de próstata metastático hormono-resistente, tratados anteriormente con una pauta terapéutica conteniendo docetaxel.

Fundamento de cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Niveles de testosterona
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de

- radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita el cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante.
- Consentimiento informado.
- Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del medico tratante la Información periódica de efectividad: Información de efectividad: Tiempo de sobrevida Tiempo de sobrevida libre de progresión Modificación en la calidad de vida (según escala ECOG o Karnofsky) Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados) Citopenias Hematuria Fibrilación auricular.

### **Cáncer de próstata metastásico resistente a la castración.**

#### **68. Droga: Enzalutamida**

**Fundamento terapéutico:** Tratamiento de hombres adultos con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración cuya enfermedad ha progresado durante o tras el tratamiento con docetaxel.

**Fundamento de cobertura:** Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Niveles de testosterona.
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado.
- Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad: Información de efectividad: Tiempo de sobrevida Tiempo de sobrevida libre de progresión Modificación en la calidad de vida (según escala ECOG o Karnofsky) Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados). Neutropenia Fracturas Crisis epilépticas.

#### **69. Droga: Abiraterona**

**Fundamento terapéutico:** En combinación con prednisona o prednisolona para el tratamiento del cáncer de próstata metastásico resistente a la castración en hombres adultos cuya enfermedad ha progresado durante

o tras un régimen de quimioterapia basado en docetaxel. Fundamento de cobertura:

Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Niveles de testosterona.
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita el cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante y por Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.
- Consentimiento informado.
- Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del medico tratante la Información periódica de efectividad: Información de efectividad: Tiempo de sobrevida Tiempo de sobrevida libre de progresión Modificación en la calidad de vida (según escala ECOG o Karnofsky) Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados) Sepsis Hepatotoxicidad Rabdomiolisis.

**Cáncer de Pulmón.**

**68. Droga: Bevacizumab**

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica.

Fundamento terapéutico: Tratamiento de primera línea en pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón no microcítico irresecable, mayores de 18 años, con estado funcional ECOG menor a 2, expectativa de vida mayor a 3 meses, ausencia de metástasis cerebrales, estadios avanzados de la enfermedad (estadio 111b, IV o recurrente), tipo histológico en el que no predomine la celularidad escamosa, en un esquema basado en platino que asocie dos agentes quimioterápicos, carboplatino y paclitaxel.

Fundamento para cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Informe de Anatomía Patológica.
- Si hubiera realizado: protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se

solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante.

- Consentimiento informado. Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad: Tiempo de sobrevida Tiempo de sobrevida libre de progresión Modificación en la calidad de vida (según escala ECOG o Karnofsky) Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados) Hemorragia gastrointestinal Perforación gastrointestinal Neutropenia.

### **Carcinoma de pulmón no microcítico avanzado.**

#### **68. Droga: Crizotinib**

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes con carcinoma de pulmón no microcítico avanzado, positivo para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK), progresado a un esquema de quimioterapia basada en platino.

Fundamento de cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios donde debe incluir la mutación del gen ALK por método validado.
- Estadificación.
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia.
- Esquemas terapéuticos instituidos previamente (droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita el cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado.
- Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del medico tratante la Información periódica de efectividad::: Tiempo de sobrevida Tiempo de sobrevida libre de progresión Modificación en la calidad de vida (según escala ECOG o Karnofsky) Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados) Hepatotoxicidad Infecciones vía área Neuropatías.

#### **69. Droga: Erlotinib**

Fundamento terapéutico: Cualquiera de las siguientes indicaciones:

1) tratamiento de primera línea de pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) localmente avanzado o metastático con mutaciones activadoras de la proteína quinasa del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGF);

2) monoterapia de mantenimiento para el tratamiento de pacientes con CPCNP avanzado o metastático con enfermedad estable después de 4 ciclos de quimioterapia estándar basada en platino;

3) Tratamiento de pacientes con CPCNP localmente avanzado o metastático después de falla de al menos un régimen de quimioterapia previo.

Fundamento para cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Informe de Anatomía Patológica.
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento Informado.
- Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad: Tiempo de sobrevida Tiempo de sobrevida libre de progresión Modificación en la calidad de vida (según escala ECOG o Karnofsky) Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados) Insuficiencia renal Toxicidad pulmonar Hepatotoxicidad.

#### **69. Droga: Gefitinib**

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes con diagnóstico de cáncer no microcítico de pulmón en estadios avanzados de la enfermedad (estadio IIIb, IV o recurrente), ausencia de metástasis cerebrales activas que presenten mutaciones activadoras de la proteína quinasa del receptor del factor de crecimiento epidérmico (TK-EGFR) en los siguientes casos:

a) como primera línea de tumor localmente avanzado o metastático

b) como segunda línea en tumor localmente avanzado o metastático, en quienes han recibido previamente quimioterapia.

Fundamento para cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Informe de Anatomía Patológica.
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado.
- Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad: Tiempo de sobrevida libre de progresión Modificación en la calidad de vida (según escala ECOG o Karnofsky) Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados) Enfermedad pulmonar intersticial Eventos cerebrovasculares Hepatotoxicidad.

## **Cáncer de Riñón.**

### **68. Droga: Axitinib**

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica.

Fundamento terapéutico: Tratamiento del carcinoma de células renales avanzado luego del fracaso del tratamiento con sunitinib o citoquinas.

Fundamento de cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación. Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia.
- Esquemas terapéuticos instituidos previamente (droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado.
- Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad: Tiempo de sobrevida Tiempo de sobrevida libre de progresión Modificación en la calidad de vida (según escala ECOG o Karnofsky) Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de

importancia, los mismos deben ser notificados) Hemorragia  
Citopenia Hepatotoxicidad.

#### 69. Droga: Sorafenib

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes con diagnóstico de cáncer de células renales avanzado, estadio IV, con histología predominante de células claras que han progresado en el tratamiento previo de primera línea con estado funcional ECOG entre 0-2.

Fundamento para cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Informe de Anatomía Patológica.
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado.
- Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad: Tiempo de sobrevida Tiempo de sobrevida libre de progresión Modificación en la calidad de vida (según escala ECOG o Karnofsky) Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respiratoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados) Hipertensión arterial severa Perforación gastrointestinal Eventos cardiovasculares.

#### 69. Droga: Sunitinib

Fundamento terapéutico:

- Tratamiento de primera línea en pacientes con diagnóstico de carcinoma de células renales pacientes con diagnóstico de cáncer de células renales avanzado o metastásico, mayores de 18 años, con estado funcional ECOG entre 0-2)
- Tratamiento de cáncer de células renales avanzado, estadio IV, con histología predominante de células claras en pacientes que han progresado en el tratamiento previo de primera línea.
- Fundamento para cobertura: Documentación específica:
  - Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
  - Estudios complementarios.
  - Estadificación.
  - Informe de Anatomía Patológica.
  - Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a



otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante

- o Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad: Tiempo de sobrevida Tiempo de sobrevida libre de progresión Modificación en la calidad de vida (según escala ECOG o Karnofsky) Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados) Hepatotoxicidad Disfunción ventricular Eventos hemorrágicos.

#### **69. Droga: Pazopanib**

Fundamento terapéutico: Tratamiento en pacientes con diagnóstico de carcinoma de células renales avanzado, que han recibido tratamiento previo con citoquinas, con 4, estado funcional ECOG entre 0-2.

Fundamento para cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Informe de Anatomía Patológica.
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado.
- Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad: Información de efectividad: Tiempo de sobrevida Tiempo de sobrevida libre de progresión Modificación en la calidad de vida (según escala ECOG o Karnofsky) Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados) Hepatotoxicidad Eventos vasculares Eventos hemorrágicos.

#### **69. Droga: Temsirolimus**

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes con diagnóstico de carcinoma de células renales metastásico como primera línea de tratamiento con, por lo menos, 3 de los siguientes factores de mal pronóstico:

- a) Niveles de LDH más de 1,5 veces lo normal;
- b) Niveles de hemoglobina menor a lo normal para edad y sexo;
- c) Calcio corregido mayor a 10 mg/dl (2,5 mmol/litro);
- d) Tiempo desde el diagnóstico menor al año;
- e) Score de Karnofsky entre 60 y 70;

- f) Metástasis en múltiples órganos.

Fundamento para cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios que demuestren factores de mal pronóstico (ver fundamento terapéutico).
- Estadificación.
- Informe de Anatomía Patológica.
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado.
- Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad: Tiempo de sobrevida Tiempo de sobrevida libre de progresión Modificación en la calidad de vida (según escala ECOG o Karnofsky) Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados) Reacción a la infusión Enfermedad pulmonar intersticial Hemorragia cerebral.

**69. Droga: Everolimus**

Fundamento terapéutico: Tratamiento de segunda línea en pacientes con diagnóstico de carcinoma de células renales avanzado, en los que la enfermedad ha progresado luego del tratamiento con sunitinb o Sorafenib, con estado funcional ECOG entre 0-2. Fundamento para cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Informe de Anatomía Patológica.
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante.
- Consentimiento informado.
- Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad: Tiempo de sobrevida Tiempo de sobrevida libre de progresión Modificación en la calidad de vida (según escala ECOG o Karnofsky) Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de

importancia, los mismos deben ser notificados) Mielosupresión  
Hipercolesterolemia Hepatotoxicidad.

## **Cáncer en región de Cabeza y Cuello.**

### **68. Droga: Cetuximab**

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica.

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes adultos con tumores de células escamosas (epiteliales) de cabeza y cuello en estadios avanzados (enfermedad irreseccable), con buen estado funcional:

a) en combinación con radioterapia para la enfermedad localmente avanzada;

b) en combinación con quimioterapia basada en platino para la enfermedad recurrente y/o metastásica;

c) como agente único ante el fracaso de la quimioterapia previa.

Fundamento para cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Informe de Anatomía Patológica.
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por profesional tratante,
- Consentimiento informado.
- Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad: Tiempo de sobrevida Tiempo de sobrevida libre de progresión Modificación en la calidad de vida (según escala ECOG o Karnofsky) Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados) Hepatotoxicidad Neutropenia Trombosis.

## **Tumores del estroma gastrointestinal (GIST) malignos.**

### **68. Droga: Imatinib**

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes adultos con tumores del estroma gastrointestinal (GIST) malignos no reseccables y/o metastásicos Kit (CD 117) positivos y en adyuvancia luego de resección

completa del tumor.

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor.
- Detallar los exámenes complementarios que avalen el diagnóstico.
- Estadificación.
- Informe de Anatomía Patológica.
- Marcador CD117.
- Intervenciones efectuadas: cirugía de resección parcial o total: protocolo quirúrgico-informe de criterios de irresecabilidad o contraindicación quirúrgica.
- Tratamiento sistémico previo: droga/dosis/tiempo y respuesta.
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis-tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante.

### **Adenocarcinoma gástrico o de la unión gastroesofágica.**

#### **68. Droga: Trastuzumab**

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes con adenocarcinoma gástrico o de la unión gastroesofágica metastásico, HER2 positivo, que no hayan recibido tratamiento previo para las metástasis, en combinación con capecitabina o 5-fluorouracilo y cisplatino.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor. Detallar los exámenes complementarios que avalan el diagnóstico de certeza.
- Estadificación.
- Anatomía Patológica.
- Expresión del receptor HER2 neu.
- Intervenciones efectuadas: cirugía de resección parcial o total: parte quirúrgico-informar criterios de irresecabilidad o contraindicación quirúrgica.
- Tratamiento sistémico previo: droga/dosis/tiempo y respuesta. Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis-tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado.

#### **GIST.**

## 68. Droga: Sunitinib

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de GIST, con:

- 1) progresión de la enfermedad durante el tratamiento con imatinib o ante imposibilidad de recibir el mismo;
- 2) buen estado funcional (ECOG menor a 2).

Fundamento para cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Informe de Anatomía Patológica.
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante.
- Consentimiento informado.

## Cáncer Hipofisario productor de Somatotrofina.

### 103. Droga: Octreotida Sinónimo: Octreotide

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica.

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes con cáncer hipofisario productor de somatotrofina para el control de síntomas leves a moderados.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor.
- Detallar los exámenes complementarios que avalan el diagnóstico de certeza.
- Estadificación y Biopsia.
- Niveles de somatostatina.
- Tratamientos previos efectuados.
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis-tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante.
- Consentimiento informado.

## Cáncer hipofisario productor de somatotrofina.

103. **Droga: Lanreotida Sinónimo: Lanreotide**

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes con cáncer hipofisario productor de somatotrofina para el control de síntomas leves a moderados.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro de presentación y localización del tumor.
- Detallar los exámenes complementarios que avalan el diagnóstico de certeza. Estadificación y Biopsia.
- Niveles de somatostatina.
- Tratamientos previos efectuados.
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis-tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante.
- Consentimiento informado.

**Tumores Endocrinos Gastro-Entero-Pancreáticos Funcionales. (incluyen a los tumores carcinoides con características de síndrome carcinoide: VIPomas, Glucagonomas, Gastrinomas/Síndrome de Zollinger-Ellison, Insulinomas, GRFomas).**

103. **Droga: Octreotida**

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica

Fundamento terapéutico: Para el control de síntomas leves a moderados en pacientes con síndrome carcinoide.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica.
- Exámenes complementarios que avalan el diagnóstico.
- Estadificación. Anatomía Patológica.
- Tratamientos previos instituidos (cirugía de resección en casos localizados/caso contrario fundamentar irresecabilidad).
- Fundamentación médica donde detalle la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con dosis utilizada/tiempo/respuesta, firmada y sellada por el médico tratante. Consentimiento informado.

**Para el control de síntomas leves a moderados en pacientes con síndrome carcinoide.**

103. **Droga: Lanreotida**

Fundamento terapéutico: control de síntomas leves a moderados en pacientes con síndrome carcinoide

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica.
- Exámenes complementarios que avalan el diagnóstico.
- Estadificación.
- Anatomía Patológica.
- Tratamientos previos instituidos (cirugía de resección en casos localizados/caso contrario fundamentar irresecabilidad).
- Fundamentación médica donde detalle la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con dosis utilizada/tiempo/respuesta, firmada y sellada por médico tratante.
- Consentimiento informado.

### **Dermatofibrosarcoma protuberans.**

103. **Droga: Imatinib**

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica.

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes con dermatofibrosarcoma protuberans irresecable, recidivante y/o metastático.

Fundamento para cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Traslocación cromosoma 17; 22
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante.
- Consentimiento informado.

### **Leucemia de células vellosas como primera línea.**

103. **Droga: Cladribine**

Fundamento terapéutico: **Tratamiento** de pacientes con leucemia de células vellosas como primera línea.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico, estadio y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico.
- Tratamientos previos instituidos con detalle de esquema y

- asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos).
- En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el cobertura se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos).
- Prescripción con firma y sello del médico tratante.
- Consentimiento informado.

### **Leucemia Linfática Crónica.**

#### 103. **Droga: Rituximab**

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica. Droga: Rituximab

Fundamento terapéutico: En combinación con quimioterapia en el tratamiento de pacientes con leucemia linfática crónica (LLC), CD 20+, que no hayan sido tratados previamente o que estén en recidiva o refractarios a un tratamiento previo.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico.
- Debe constar además en este documento, el estadio, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos. En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita la cobertura se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos).
- Prescripción con firma y sello del médico tratante
- Consentimiento informado.

### **Leucemia linfática crónica (LLC).**

#### 103. **Droga: Cladribine**

Fundamento terapéutico: En combinación con quimioterapia en el tratamiento de pacientes con leucemia linfática crónica (LLC) que hayan sido tratados previamente o que estén en recidiva o refractarios a un tratamiento previo con por lo menos un régimen conteniendo un agente alquilante.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza.
- Debe constar además en este documento, el estadio, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado



drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos.

- En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita la cobertura se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos).
- Prescripción con firma y sello del médico tratante
- Consentimiento informado.

### **Leucemia linfática crónica (estadio de Binet B o C).**

#### **103. Droga: Bendamustina**

Fundamento terapéutico: Primera línea en pacientes con leucemia linfática crónica (estadio de Binet B o C), en pacientes para los que no es apropiada una quimioterapia combinada con fludarabina.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico.
- Debe constar además en este documento, el estadio, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos.
- En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita la cobertura se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos).
- Prescripción con firma y sello del médico tratante y del Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.
- Consentimiento informado.

### **Leucemia Linfoblástica Aguda.**

#### **103. Droga: Clofarabina**

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica.

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes menores de 21 años con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda que han presentado una recidiva o son refractarios luego de un mínimo de dos regímenes previos.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico.
- Estadio de la enfermedad.
- Tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado

drogas/dosis/cantidad de ciclos).

- Esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos) y respuesta. Prescripción con firma y sello del médico tratante Consentimiento informado.

## **LLA .**

### 103. **Droga: Dasatinib**

Fundamento terapéutico: LLA con cromosoma Filadelfia positivo y crisis blástica linfoide procedente de LMC con resistencia o intolerancia al tratamiento previo. Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico
- y de los estudios complementarios efectuados,
- inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico de certeza.
- Debe constar además en este documento, el estadio, los tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos.
- En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita la cobertura se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos).
- Prescripción con firma y sello del médico tratante
- Consentimiento informado.

## **Leucemia linfoblástica aguda (LLA).**

### 103. **Droga: Pegasparaginasa**

Fundamento terapéutico:

1) Primera línea en pacientes pediátricos y adultos, con leucemia linfoblástica aguda (LLA) como componente de un régimen de poliquimioterapia.

2) En combinación con otros agentes quimioterápicos, para el tratamiento de pacientes con leucemia linfoblástica aguda (LLA), pediátricos y adultos, con hipersensibilidad conocida a la L-asparaginasa.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico.
- Estadio.
- Tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos).

- En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita el cobertura se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos).
- Prescripción con firma y sello del médico tratante
- Consentimiento informado.

### **Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) con mutación del cromosoma de Filadelfia.**

#### 103. **Droga: Imatinib**

Fundamento terapéutico: Pacientes con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) con mutación del cromosoma de Filadelfia, en fase de recaída o refractaria a tratamientos quimioterápicos previos, en monoterapia o como parte de esquema de quimioterapia en LLA de reciente diagnóstico.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico.
- Estadio.
- Tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos).
- En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita la cobertura se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos).
- Prescripción con firma y sello del médico tratante
- Consentimiento informado.

### **Leucemia Mieloide Crónica.**

#### 103. **Droga: Imatinib**

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica Fundamento terapéutico:

1) Pacientes adultos y pediátricos con leucemia mieloide crónica (LMC), cromosoma Filadelfia positivo (Ph +) (bcr-abl) de diagnóstico reciente para los que no se considera como tratamiento de primera línea el trasplante de médula ósea

2) Pacientes adultos y pediátricos con LMC Ph + en fase crónica tras el fallo del tratamiento con interferón-alfa, o en fase acelerada o crisis blástica.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico y de los

estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico.

- Estadio.
- Tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos).
- En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita la cobertura se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos).
- Prescripción con firma y sello del médico tratante
- Consentimiento informado.

**Leucemia Mieloide Crónica cromosoma Filadelfia positivo (Ph+) en fase crónica acelerada.**

103. **Droga: Dasatinib**

Fundamento terapéutico:

1) Pacientes con diagnóstico de Leucemia Mieloide Crónica cromosoma Filadelfia positivo (Ph+) en fase crónica acelerada, mieloblástica o linfoblástica con resistencia o intolerancia al tratamiento previo, en el que debe haber estado incluido el imatinib.

2) Pacientes con diagnóstico de Leucemia Mieloide Crónica (LMC) en fase crónica de reciente diagnóstico, cromosoma Filadelfia positivo (Ph+). Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico y de los estudios complementarios efectuados, inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico.
- Estadio.
- Tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos).
- En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita la cobertura se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos).
- Prescripción con firma y sello del médico tratante.
- Consentimiento informado.

**Leucemia Mieloide Crónica cromosoma Filadelfia positivo (LMC Ph+) de reciente diagnóstico en fase crónica.**

103. **Droga: Nilotinib**

Fundamento terapéutico:

1) Tratamiento de pacientes adultos con Leucemia Mieloide Crónica cromosoma Filadelfia positivo (LMC Ph+) de reciente diagnóstico en fase crónica;

2) Tratamiento de la LMC Ph+ en fase crónica o en fase acelerada en pacientes adultos con resistencia o intolerancia a por lo menos un tratamiento previo, incluido el tratamiento con imatinib.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico
- y de los estudios complementarios efectuados,
- inmunofenotipo y
- genotipo con los que se arribó al diagnóstico.
- Estadio.
- Tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizadodrogas/dosis/cantidad de ciclos).
- En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita la cobertura se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos).
- Prescripción con firma y sello del médico tratante.
- Consentimiento informado.

**Leucemia Pro Mielocítica.Droga:**

103. **Trióxido de Arsénico.**

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica

Fundamento terapéutico: Inducción de la remisión y consolidación en pacientes adultos con Leucemia Promielocítica aguda, refractaria o recidivante, caracterizada por la presencia de translocación (15; 17) y/o la presencia del gen alfa (PML /RAR alfa). El tratamiento anterior debe haber incluido un retinoide y quimioterapia.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico
- los estudios complementarios efectuados,
- inmunofenotipo y
- genotipo con los que se arribó al diagnóstico.
- Estadio.
- Tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos).
- En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita la cobertura se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos).
- Prescripción con firma y sello del médico tratante
- Consentimiento informado.

**Linfoma Cutáneo.**

103. **Droga: Bexaroteno**

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica

Fundamento terapéutico: Tratamiento de las manifestaciones cutáneas de pacientes en estadios avanzados de linfoma cutáneo de células T (LCCT) en pacientes adultos resistentes, al menos, a un tratamiento sistémico.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico
- los estudios complementarios efectuados,
- inmunofenotipo
- genotipo con los que se arribó al diagnóstico.
- Estadio.
- Tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos).
- En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita la cobertura se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos). Prescripción con firma y sello del médico tratante.
- Consentimiento informado.

**Linfoma de Células del Manto.**

103. **Droga: Bortezomib**

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica

Fundamento terapéutico: Pacientes con Linfoma de Células del Manto, cuya enfermedad ha progresado luego de un esquema de tratamiento quimioterápico.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico
- los estudios complementarios efectuados,
- inmunofenotipo
- genotipo con los que se arribó al diagnóstico.
- Estadio.
- Tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos).
- En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita la cobertura se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos).
- Prescripción con firma y sello del médico tratante.
- Consentimiento informado.

## **Linfoma No Hodgkin Folicular**

### 103. **Droga Rituximab (Endovenoso - Subcutaneo)**

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica

Fundamento terapéutico: En cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) En combinación con quimioterapia en el tratamiento de pacientes con linfoma no-Hodgkin folicular estadios IIIIV que no hayan sido tratados previamente;
- b) Tratamiento de mantenimiento de pacientes con linfoma folicular que hayan respondido al tratamiento de inducción;
- c) Tratamiento de pacientes con linfoma no-Hodgkin folicular estadios III-IV que son quimiorresistentes o están en su segunda o posterior recidiva tras la quimioterapia;
- d) en combinación con quimioterapia CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisolona) en el tratamiento de pacientes con linfoma no-Hodgkin difuso de células B grandes CD20 positivas.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico
- los estudios complementarios efectuados,
- inmunofenotipo y
- genotipo con los que se arribó al diagnóstico.
- Estadio.
- Tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/ dosis/ cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos.
- En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita la cobertura se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/ dosis/ ciclos) y respuesta.
- Prescripción con firma y sello del médico tratante.
- Consentimiento informado.

## **Linfomas indolentes no Hodgkin de células B.**

### 103. **Droga Bendamustina**

Fundamento terapéutico: Monoterapia en linfomas indolentes no Hodgkin de células B, que hayan progresado durante un lapso de 6 meses luego del tratamiento con Rituximab o un régimen que contenga Rituximab.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico
- de los estudios complementarios efectuados,
- inmunofenotipo y
- genotipo con los que se arribó al diagnóstico.
- Estadio.
- Tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos) y demostración el fracaso de los mismos.
- En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita la cobertura se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ ciclos) y respuesta.
- Prescripción con firma y sello del médico tratante
- Consentimiento informado.

### **Mastocitosis Sistémica Agresiva**

#### 103. **Droga Imatinib**

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica

Fundamento terapéutico: Pacientes adultos con diagnóstico de Mastocitosis Sistémica Agresiva, sin la mutación del D816V o c-Kit o con estado mutacional del c-Kit desconocido.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico
- los estudios complementarios efectuados,
- Inmunofenotipo y genotipo con los que se arribó al diagnóstico.
- Estadio.
- Tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos).
- En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita la cobertura se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ ciclos).
- Prescripción de especialista con firma y sello del médico tratante
- Consentimiento informado.

### **Mielofibrosis.**

#### 103. **Droga: Ruxolitinib**

Fundamento diagnóstico: Criterios diagnósticos elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para mielofibrosis. Dicha combinación de criterios clasifica a la mielofibrosis como:

- Primaria,
- secundaria a Policitemia Vera y



- secundaria a Trombocitemia Esencial.

Fundamento terapéutico: Tratamiento de la esplenomegalia o los síntomas relacionados con la enfermedad en pacientes adultos con mielofibrosis primaria o secundaria a policitemia vera o trombocitemia esencial con riesgo intermedio-2 o alto del Sistema IPSS, resistente o refractaria a otros tratamientos o no candidatos a trasplante de médula ósea.

Fundamento de cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios para arribar al diagnóstico.
- Estadificación del riesgo IPSS

Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, firmada y sellada por médico tratante.

- Consentimiento informado.

### **Síndrome Hipereosinófilico.**

#### 103. **Droga: Imatinib**

Fundamento diagnóstico: Presencia en sangre de hipereosinofilia (1,5 x 10<sup>9</sup> eosinófilos/l) durante más de 6 meses, sin causas explicables, sumado a la presencia del gen de fusión de dos genes: el FIP1-Like 1 (FIP1L1) y el Receptor Alfa del Factor de Crecimiento derivado de Plaquetas (PDGFRA, por sus siglas en inglés), denominada FIP1L1-PDGFR.

Fundamento terapéutico: Pacientes con diagnóstico de Síndrome Hipereosinófilico o Leucemia Eosinófila Crónica, con reordenación FIP1L1-PDFGR positiva.

Fundamento para cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica.
- Laboratorio donde se demuestre hipereosinofilia.
- Estudios complementarios realizados:
- determinación de reordenación FIP1L1-PDFGR,
- punción aspiración de médula ósea.
- Detalle de tratamientos previos realizados
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otros agentes terapéuticos, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado.

### **Síndrome Mielodisplásico.**

103. **Droga: Decitabina**

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes como primera línea o segunda línea de todos los subtipos (anemia refractaria, anemia refractaria con sideroblastos anillados, anemia refractaria con exceso de blastos, anemia refractaria con exceso de blastos en transformación y leucemia mielomonocítica crónica) y los grupos internacionales del sistema de puntuación pronóstica intermedio 1, intermedio 2 y de alto riesgo. Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico
- de los estudios complementarios efectuados,
- inmunofenotipo y
- genotipo con los que se arribó al diagnóstico.
- Estadio.
- Tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos).
- En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita la cobertura se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos).
- Prescripción con firma y sello del médico tratante
- Consentimiento informado.

**Síndrome mielodisplásico asociado a la presencia de re arreglos del receptor de factor de crecimiento de plaquetas.**

103. **Droga: Imatinib**

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes adultos con diagnóstico de síndrome mielodisplásico asociado a la presencia de rearreglos del receptor de factor de crecimiento de plaquetas.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico
- de los estudios complementarios efectuados,
- inmunofenotipo y
- genotipo con los que se arribó al diagnóstico.
- Estadio.
- Tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/dosis/cantidad de ciclos).
- En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita la cobertura se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos).
- Prescripción con firma y sello del médico tratante
- Consentimiento informado.

**Síndrome mielodisplásico de riesgo bajo o intermedio-1 asociados a una anomalía citogenética de delección 5q aislada.**

103. **Droga: Lenalidomida**

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes con síndrome mielodisplásico de riesgo bajo o intermedio-1 asociados a una anomalía citogenética de delección 5q aislada, con requerimiento transfusional y cuando otras opciones terapéuticas son insuficientes o inadecuadas.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico
- los estudios complementarios efectuados,
- inmunofenotipo.
- genotipo con los que se arribó al diagnóstico.
- Estadio.
- Tratamientos previos instituidos (con detalle del esquema utilizado drogas/ dosis/ cantidad de ciclos).
- En los casos en que la medicación sobre la cual se solicita la cobertura se deba utilizar en primera línea de tratamiento, detallar esquema y asociaciones medicamentosas efectuadas (drogas/dosis/ciclos).
- Prescripción con firma y sello del médico tratante
- Consentimiento informado.

**Mieloma Múltiple.**

103. **Droga: Bortezomib**

Fundamento diagnóstico: El diagnóstico de Mieloma Múltiple incluye las siguientes características:

- a) Células plasmáticas clonales en biopsia de médula ósea o en biopsia de otros tejidos (plasmacitoma).
- b) proteína monoclonal en el suero o en la orina (paraproteína)
- c) evidencia de una lesión en un órgano o tejido: hipercalcemia; insuficiencia renal atribuible al mieloma; anemia; lesiones óseas; infecciones graves frecuentes; amiloidosis en otros órganos; síndrome de hiperviscosidad.

Fundamento terapéutico: Pacientes con mieloma múltiple, como monoterapia o en combinación con otros fármacos, como tratamiento de pacientes en primera o segunda línea de tratamiento.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de las manifestaciones y

del tipo de mieloma.

- Hallazgos de laboratorio que avalen el diagnóstico: proteinograma, dosaje de inmunoglobulinas, proteinuria de BenceJones, hipercalcemia, insuficiencia renal, medulograma con biopsia y punción aspiración de médula ósea con estudio citogenético para evaluar carga tumoral y pronóstico.
- Tratamiento inicial instituido con detalle de droga/dosis/tiempo/respuesta.
- Debe presentarse la certificación del diagnóstico y su forma clínica con firma y sello del médico especialista en Hematología.
- La solicitud del medicamento sobre el cual se solicita cobertura debe contener el detalle de la dosis utilizada/tiempo/respuesta firmada y sellada por el médico tratante
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Lenalidomida**

Fundamento terapéutico: En combinación con dexametasona está indicado para el tratamiento de pacientes con mieloma múltiple que han recibido por lo menos una terapia anterior y no han respondido al tratamiento.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de las manifestaciones y del tipo de mieloma.
- Hallazgos de laboratorio que avalen el diagnóstico: proteinograma, dosaje de inmunoglobulinas, proteinuria de BenceJones, hipercalcemia, insuficiencia renal, medulograma con biopsia y punción aspiración de médula ósea con estudio citogenético para evaluar carga tumoral y pronóstico.
- Tratamiento inicial instituido con detalle de droga/dosis/tiempo/respuesta. \*Debe presentarse la certificación del diagnóstico y su forma clínica con firma y sello del médico especialista en Hematología.
- La solicitud del medicamento sobre el cual se solicita cobertura debe contener el detalle de la dosis utilizada/tiempo/respuesta firmada y sellada por el médico tratante
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Bendamustina**

Fundamento terapéutico: Terapia de primera línea en mieloma múltiple (estadio II de DurieSalmon con progresión o estadio III), en combinación con prednisona, en pacientes mayores de 65 años, no candidatos apropiados para un trasplante autólogo de células madre y que ya presentan una neuropatía clínica al momento del diagnóstico, con lo que se excluye el tratamiento con talidomida o bortezomib.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de las manifestaciones y del tipo de mieloma.

- Hallazgos de laboratorio que avalen el diagnóstico: proteinograma, dosaje de inmunoglobulinas, proteinuria de Bence-Jones, hipercalcemia, insuficiencia renal, medulograma con biopsia y punción aspiración de médula ósea con estudio citogenético para evaluar carga tumoral y pronóstico.
- Tratamiento inicial instituido con detalle de droga/dosis/tiempo/respuesta.

Debe presentarse la certificación del diagnóstico y su forma clínica con firma y sello del médico especialista en Hematología.

- La solicitud del medicamento sobre el cual se solicita cobertura debe contener el detalle de la dosis utilizada/tiempo/respuesta firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado.

### **Melanoma.**

#### 103. **Droga: Ipilimumab.**

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de melanoma cutáneo avanzado, irreseccable y/o metastásico, que hubieran recibido tratamiento previo sistémico, que se calcule tengan una sobrevida mayor a los 4 meses al momento de iniciar el tratamiento, y que no presenten metástasis cerebrales sintomáticas.

Fundamento para cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Informe de Anatomía Patológica.
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado.
- Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad: Información de efectividad: Tiempo de sobrevida Tiempo de sobrevida libre de progresión Modificación en la calidad de vida (según escala ECOG o Karnofsky) Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados) Reacción mediada por respuesta inmunitaria que obliguen a la suspensión. Reacción infusional fatal.

## **Tratamiento adyuvante del melanoma cutáneo con compromiso ganglionar.**

### 103. **Droga: Peginterferón alfa-2b.**

Fundamento terapéutico: Tratamiento adyuvante del melanoma cutáneo con compromiso ganglionar dentro de los 84 días de resección quirúrgica definitiva.

Fundamento para cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación. protocolo quirúrgico.
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado.

## **Melanoma cutáneo avanzado, irreseccable y/o metastásico.**

### 103. **Droga: Vemurafenib**

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de melanoma cutáneo avanzado, irreseccable y/o metastásico, con mutación BRAF V600 positiva, que se calcule tengan una sobrevida mayor a los 4 meses al momento de iniciar el tratamiento, y que no presenten metástasis cerebrales sintomáticas.

Fundamento para cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Mutación del BRAF V600.
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado.
- Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad: Información de efectividad: Tiempo de sobrevida Tiempo de sobrevida libre de progresión Modificación en la calidad de vida (según escala ECOG o Karnofsky) Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros

efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados)  
Carcinoma basocelular Neuropatía Toxicidad en médula ósea.

### **Sarcoma de Partes Blandas.**

103. **Droga: Trabectedina**

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica.

Fundamento terapéutico: Tratamiento en pacientes adultos con leiomiomasarcoma o liposarcoma en estadios avanzados, donde haya fracasado la terapia con antraciclinas e ifosfamida o tengan contraindicación para recibir estos agentes.

- Fundamento para cobertura: Documentación específica:
- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico Consentimiento informado.

### **Sarcoma de Tejidos Blandos (STB).**

103. **Droga: Pazopanib**

Fundamento terapéutico: Pacientes adultos con Sarcoma de Tejidos Blandos (STB) avanzado que hayan recibido previamente tratamiento con quimioterapia para enfermedad metastásica o cuya enfermedad ha progresado en los 12 meses siguientes tras recibir tratamiento neoadyuvante y/o adyuvante.

Fundamento para cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación.
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado.

### **Prevención de Recidiva del Carcinoma de Vejiga.**

103. **Droga: Inmunocianina**

Fundamento diagnóstico: Anatomía patológica.

Fundamento terapéutico: Pacientes adultos con diagnóstico cáncer de vejiga no invasivo de músculo (p Ta/1 grado 2 o 3) comprobado histológicamente y posterior a la resección transuretral completa, cuando hubieran fracasado otras terapias.

Fundamento para cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios.
- Estadificación. Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otro agente antineoplásico y/o radioterapia, firmada y sellada por médico tratante.
- Consentimiento informado.

### **Hipogamablobulinemia secundaria.**

#### **103. Droga: Inmunoglobulina humana inespecífica endovenosa / subcutánea**

Fundamento diagnóstico: Pacientes con infecciones recurrentes severas que requieran tratamientos antibióticos endovenosos, en los cuales se demuestre alguna alteración en la inmunidad a través de exámenes de laboratorio (hemograma, recuento de glóbulos blancos, proteinograma, dosaje de inmunoglobulinas, CD19, CD4, CD8, células naturales killer, o alteraciones en la citometría de flujo).

Fundamento terapéutico: Pacientes con diagnóstico de inmunodeficiencia secundaria tales como el mieloma múltiple o la leucemia linfática crónica con hipogamaglobulinemia severa y recidivas de infecciones bacterianas, infección de HIV por transmisión perinatal con recidivas de infecciones bacterianas.

Fundamento de cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con cuadro clínico, y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico.
- Tratamientos instituidos previamente (droga/dosis/tiempo y respuesta).
- Fundamentación médica de la medicación sobre la cual se solicita el cobertura con detalle en dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada
- Consentimiento informado.

### **Inmunodeficiencia primaria.**



103. **Droga: Inmunoglobulina humana inespecífica endovenosa/ subcutánea.**

Fundamento diagnóstico: Pacientes pediátricos con infecciones severas recurrentes y/o disminución en la curva de crecimiento, en los cuales se demuestre alguna alteración en la inmunidad a través de exámenes de laboratorio (hemograma, recuento de glóbulos blancos, proteinograma, dosaje de inmunoglobulinas, CD19, CD4, CD8, células natural killer, o alteraciones en la citometría de flujo).

Fundamento terapéutico: Pacientes con inmunodeficiencias primarias como consecuencia de hipogamaglobulinemia o agamaglobulinemia o disfunción de la inmunidad humoral.

Fundamento de cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con cuadro clínico y estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico.
- Fundamentación médica de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle en dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por médico tratante.
- Consentimiento informado.

**Rechazo de órgano o tejido en pacientes trasplantados.**

103. **Droga: Belatacept**

Fundamento terapéutico: Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización del trasplante de riñón, en pacientes adultos con serología positiva para el virus Epstein-Barr (EBV+) de por vida del paciente.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico que culminó en el Trasplante.
- Detalle del esquema inmunosupresor con droga/dosis.
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Ciclosporina**

Fundamento terapéutico: Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los trasplantes, de por vida del paciente. Para cualquier órgano o tejido, y como agente único o asociado a corticoide.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico que culminó en el Trasplante.
- Detalle del esquema inmunosupresor con droga/dosis.

- Consentimiento informado.
104. **Droga: Micofenolato Sinónimo: Micofenolato Mofetil o Micofenolato Sódico**

Fundamento terapéutico: Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los trasplantes, de por vida del paciente. Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico que culminó en el Trasplante.
- Detalle del esquema inmunosupresor con droga/dosis.
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Sirolimus**

Fundamento terapéutico: Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los trasplantes, de por vida del paciente.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico que culminó en el Trasplante. Detalle del esquema inmunosupresor con droga/dosis.
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Tacrolimus**

Fundamento terapéutico: Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los trasplantes, de por vida del paciente. Para trasplante de riñón, hígado o corazón.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico que culminó en el Trasplante.
- Detalle del esquema inmunosupresor con droga/dosis.
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Everolimus**

Fundamento terapéutico: Drogas inmunodepresoras en la etapa posterior o concomitante a la realización de los trasplantes, de por vida del paciente. Para cualquier órgano o tejido, y como agente único o asociado a corticoide.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico que culminó en el Trasplante.
- Detalle del esquema inmunosupresor con droga/dosis.
- Consentimiento informado.

### **Tratamiento del rechazo agudo vascular.**

103. **Droga: Inmunoglobulina humana inespecífica endovenosa.**

Fundamento terapéutico: Tratamiento del rechazo agudo vascular.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico que culminó en el Trasplante.
- Detalle del esquema inmunosupresor con droga/dosis.
- Consentimiento informado.
- 

104. **Droga: Timoglobulina Sinónimo: Inmunoglobulina Antitimocito Humana.**

Fundamento terapéutico: Tratamiento de la enfermedad injerto contra huésped aguda corticorresistente.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de historia clínica con detalle del cuadro clínico que culminó en el Trasplante.
- Detalle del esquema inmunosupresor con droga/dosis.
- Consentimiento informado.

### **Enfermedad por citomegalovirus (CMV).**

103. **Droga: Valganciclovir**

Fundamento terapéutico: Prevención de la enfermedad por citomegalovirus (CMV) en pacientes receptores de trasplantes de órganos sólidos, tejidos o células, que se encuentran en condiciones de riesgo de contraer dicha enfermedad.

Fundamento de cobertura:

- Constancia de trasplante.
- Fundamentación médica de la medicación que se solicita, detallando las dosis utilizadas/tiempo /respuesta /asociaciones a otras drogas firmada y sellada por el médico tratante
- Serologías para CMV del donante y del receptor.
- Consentimiento informado.

### **Trastorno del Crecimiento-Afecciones hipofisarias Acromegalia.**

103. **Droga: Pegvisomant**

Fundamento diagnóstico:

1) Niveles de factor de crecimiento tipo insulina-I (IGF-I) o somatomedina C;

2) Curva de tolerancia a la glucosa con falta de supresibilidad de los niveles de hormona de crecimiento a  $<1$  ng/ml, o la presencia de una elevación paradójica de ésta. Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes con acromegalia que no hayan respondido de forma adecuada a tratamiento con cirugía y/o radiación y que el tratamiento con octreotida o lanreotida no haya normalizado los valores del factor de crecimiento I tipo insulina (IGFI), o no pueda ser tolerado.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro. \*Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza.
- Esquema terapéutico previo instituido en detalle, incluyendo parte quirúrgico, plan de radioterapia.
- Justificación médica de la utilización del agente medicamento sobre el cual se solicita la cobertura informando dosis utilizadas, tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico tratante
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Octreotida**

Fundamento terapéutico: Pacientes en que la cirugía o radioterapia son inadecuados o ineficaces, así como el período interino hasta que la radioterapia sea eficaz.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico.
- Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza.
- Esquema terapéutico previo instituido en detalle, incluyendo parte quirúrgico, plan de radioterapia.
- Justificación médica de la utilización del agente sobre el cual se solicita la cobertura informando dosis utilizadas, tiempo y respuesta firmada y sellada por el médico tratante
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Lanreotida**

Fundamento terapéutico: Pacientes en que la cirugía o radioterapia son inadecuados o ineficaces, así como el período interino hasta que la radioterapia sea eficaz.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico.

- Estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza.
- Esquema terapéutico previo instituido en detalle, incluyendo parte quirúrgico, plan de radioterapia.
- Justificación médica de la utilización del agente sobre el cual se solicita el cobertura informando dosis utilizadas, tiempo y respuesta firmada y sellada por el médico tratante
- Consentimiento informado.

**Insuficiencia renal Crónica en la infancia Droga: Hormona de crecimiento Sinónimo: Sinónimo Somatotrofina**

103. **Droga: Hormona de crecimiento.**

Fundamento diagnóstico: Filtrado glomerular menor a 90 ml/min

Fundamento terapéutico: No se reconocerá la cobertura solicitado en los siguientes casos:

- 1) Niños con baja estatura idiopática.
- 2) Niños que están recibiendo Hormona de Crecimiento y que presenten:
  - a) edad ósea igual o mayor a 14 años en niñas y 16 años en varones.
  - b) incremento de velocidad de crecimiento menor a 2 cm. por año luego de un año de tratamiento.
  - c) cierre de los cartílagos de crecimiento.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia clínica firmado y sellado por médico tratante
- Constancia de diagnóstico de Insuficiencia Renal, con detalle de tratamiento dialítico, si correspondiere.
- Tabla de crecimiento pondoestatural.
- Edad ósea.
- Consentimiento informado firmado por padres o tutor.

**Retardo del Crecimiento Intrauterino.**

103. **Droga: Hormona de crecimiento Sinónimo: Somatotrofina**

Fundamento diagnóstico: Niño con peso o talla al nacer que se encuentre por debajo de los 2 desvíos estándares (debajo del percentil 3) de la media.

Fundamento terapéutico: Niños nacidos pequeños para edad gestacional (desvío estándar: más de 2,25) con el subsecuente déficit de crecimiento a los 2 años o más que no hayan realizado un crecimiento

compensatorio.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica firmado y sellado por médico tratante y por Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.
- Percentil al nacimiento.
- Tabla de crecimiento ponderoestatural.
- Edad ósea.
- Consentimiento Informado firmado por padres o tutor.

### **Síndrome de Prader Willi.**

Fundamento diagnóstico:

a) hipotonía central neonatal) e infantil con pobre succión; mejora gradualmente con la edad;

b) problemas de alimentación en la infancia, con necesidad de técnicas especiales de alimentación y una pobre o nula ganancia de peso;

c) ganancia de peso excesiva o rápida entre los 12 meses y los 6 años de edad; obesidad central en ausencia de intervención;

d) fenotipo facial característico con dolicocefalia en la infancia, diámetro bifrontal disminuido, ojos en forma de almendra, boca pequeña con labio inferior muy fino, comisuras labiales curvadas hacia abajo (se requieren 3 o más de estos síntomas);

e) hipogonadismo, con alguna de las siguientes características en función de la edad:

1) hipoplasia genital (hombres: hipoplasia del escroto, criptorquidia, pene y/o testículos pequeños para la edad [ $<$  percentil 5]; mujeres: ausencia o severa hipoplasia del labio menor y/o del clítoris)

2) retraso o maduración gonadal incompleta con retraso en signos puberales en ausencia de intervención después de los 6 años de edad (hombres: gónadas pequeñas, disminución del pelo en cara y cuerpo, ausencia de cambio de voz; mujeres: amenorrea/oligomenorrea después de los 16 años).

f) retraso en el desarrollo global en niños menores de 6 años de edad; retraso mental ligero o moderado, o problemas de aprendizaje en niños de más edad;

g) hiperfagia, obsesión con la comida;

h) deleción del cromosoma 5q11- 13 en alta resolución u otros defectos citogenéticos o moleculares, incluida la disomía materna.

103. **Droga: Hormona de crecimiento Sinónimo: Somatotrofina**

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica firmado y sellado por médico tratante.
- Nivel sérico de Hormona de Crecimiento (HC): (ausente o disminuido en el comienzo del tratamiento o normal durante el tratamiento y/o para la continuidad del mismo).
- Estudio Genético.
- Tabla de crecimiento pondo estatural.
- Edad ósea.
- Consentimiento Informado firmado por padres o tutor.

**Déficit de Hormona de Crecimiento.**

103. **Droga: Hormona de Crecimiento Sinónimo: Somatotrofina**

Fundamento diagnóstico: Niveles inferiores a los normales de Hormona de Crecimiento, que ocasionen repercusión clínica, de etiología congénita o adquirida.

Fundamento terapéutico: No se reconocerá la cobertura solicitado en los siguientes casos:

- 1) Niños con baja estatura idiopática.
- 2) Niños que están recibiendo Hormona de Crecimiento y que presenten:
  - a) edad ósea igual o mayor a 14 años en niñas y 16 años en varones.
  - b) incremento de velocidad de crecimiento menor a 2 cm. por año luego de un año de tratamiento.
  - c) cierre de los cartílagos de crecimiento.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica firmado.
- Nivel sérico de Hormona de Crecimiento (HC): (ausente o disminuido en el comienzo del tratamiento o normal durante el tratamiento y/o para la continuidad del mismo).
- Estudio Genético (si correspondiere).
- Tabla de crecimiento pondoestatural.
- Edad ósea.
- Consentimiento Informado firmado por padres o tutor.

**Síndrome de Turner.**

103. **Droga: Hormona de Crecimiento Sinónimo: Somatotrofina**

Fundamento diagnóstico: Niñas con baja talla, linfedema de manos y

pies, cuello alado, línea de implantación del cabello baja en el cuello y cúbito valgo. Se confirma mediante un cariotipo (el genotipo más común es el 45 X).

Fundamento terapéutico: No se reconocerá la cobertura solicitada en los siguientes casos:

- 1) niños con baja estatura idiopática;
- 2) niños que están recibiendo Hormona de Crecimiento y que presenten:
  - a) edad ósea igual o mayor a 14 años;
  - b) incremento de velocidad de crecimiento menor a 2 cm. por año luego de un año de tratamiento;
  - c) cierre de los cartílagos de crecimiento.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica firmado y sellado por médico tratante y por Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.
- Nivel sérico de Hormona de Crecimiento (HC): (ausente, disminuido o normal en el comienzo del tratamiento o normal durante el tratamiento y/o para la continuidad del mismo).
- Estudio Genético.
- Tabla de crecimiento pondo estatural.
- Edad ósea.
- Consentimiento informado firmado por padres o tutor.

### **Tratamiento y profilaxis de micosis sistémicas.**

#### **103. Droga: Posaconazol**

Fundamento terapéutico: Pacientes mayores de 13 años con alguna de las siguientes condiciones:

- a) aspergilosis invasiva en pacientes con enfermedad resistente a anfotericina B, itraconazol, o voriconazol o en pacientes que son intolerantes a estos medicamentos;
- b) candidiasis esofágica, orofaríngea o candidemia en pacientes con enfermedad resistente a la anfotericina B, fluconazol o itraconazol o pacientes que no toleren estos medicamentos;
- c) fusariosis, zygomycosis, criptococosis, cromoblastomicosis y micetoma en pacientes con enfermedad resistente a otras terapias o intolerantes a las mismas;
- d) Coccidiomicosis;
- e) profilaxis en pacientes que estén recibiendo quimioterapia de remisión-inducción para leucemia mieloide aguda (LMA) o síndromes



mielodisplásicos (SMD), que se espera que desarrollen neutropenia prolongada y que presentan alto riesgo de desarrollar infecciones fúngicas invasivas;

f) profilaxis en receptores de trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH) que están recibiendo dosis altas de terapia inmunosupresora para la enfermedad injerto contra huésped, y que presentan alto riesgo de desarrollar infecciones fúngicas invasivas.  
Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del proceso infeccioso o contexto clínico que fundamente el uso del medicamento. Esquemas terapéuticos ensayados previamente con respuesta obtenida.
- Justificación del medicamento cuyo cobertura se solicita firmada y sellada por médico tratante.
- Consentimiento informado.

### **Artritis Idiopática Juvenil Sistémica (AIJS).**

103. **Droga: Abatacept**

Fundamento diagnóstico: Criterios generales:

a) artritis persistente de por lo menos 6 semanas de duración en una o más articulaciones, de inicio antes de los 16 años;

b) exclusión de otras causas de artritis.

Fundamento terapéutico: Pacientes pediátricos de 6 años de edad o mayores con artritis idiopática juvenil poliarticular activa de grado moderado a grave, como monoterapia o asociado a metotrexato.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica.
- Estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo/dosis y asociaciones medicamentosas.
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- Deberá presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita el cobertura con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico tratante
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Adalimumab**

Fundamento terapéutico: Niños y adolescentes de entre 2 y 17 años de edad que hayan presentado una respuesta insuficiente a uno o más agentes antirreumáticos modificadores de la enfermedad (ARME) como monoterapia o combinado con metrotexato. Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica.
- Estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo/dosis y asociaciones medicamentosas.
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- Deberá presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita la cobertura con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico tratante
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Canakinumab**

Fundamento terapéutico: Niños mayores de 2 años de edad que hayan presentado una respuesta insuficiente a uno o más agentes antirreumáticos modificadores de la enfermedad (ARME).

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica.
- Estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo/dosis y asociaciones medicamentosas.
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.

Deberá presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita el cobertura con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico tratante.

- Consentimiento informado.
- Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad: Información de efectividad: Fiebre (número de episodios y magnitud) Respuesta por store ACR Uso de dosis de corticoides concomitante Información de seguridad

(Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados) Infecciones  
Proteinuria  
Citopenia.

104. **Droga: Etanercept**

Fundamento terapéutico: Pacientes a partir de 2 años y adolescentes con poliartritis y oligoartritis extendida que han tenido una respuesta inadecuada, o que tienen una intolerancia probada al metotrexato.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica.
- Estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo/dosis y asociaciones medicamentosas.
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- Deberá presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita la cobertura con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico tratante
- Consentimiento informado.

**Artritis Idiopática Juvenil Sistémica (AIJS).**

103. **Droga: Tocilizumab**

Fundamento terapéutico: Pacientes pediátricos a partir de los 2 años y adolescentes con Artritis Idiopática Juvenil Sistémica (AIJS) activa con respuesta inadecuada a terapias anteriores con AINEs y corticoides sistémicos, en monoterapia o asociado a metotrexato. Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica.
- Estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza.
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo/dosis y asociaciones medicamentosas.
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de la patología señalada, siempre que no se trate de aquellos casos en que corresponde como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- Deberá presentarse la fundamentación médica del uso del medicamento sobre el cual se solicita la cobertura con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico

- tratante
- Consentimiento informado.

### **Artritis gotosa**

#### 103. **Droga: Canakinumab.**

##### Fundamento diagnóstico:

- a) Presencia de cristales de urato monosódico monohidrato, característico en el líquido sinovial.
- b) Un tofo que contenga los cristales de urato, comprobados por procedimientos químicos o microscopia de luz polarizada.
- c) Presencia de 6 de los siguientes fenómenos clínicos de laboratorio o radiológicos:

- 1) Más de un ataque de artritis aguda.
- 2) Inflamación extrema desarrollada en un día.
- 3) Ataque de artritis monoarticular.
- 4) Enrojecimiento articular.
- 5) Dolor o hinchazón de la articulación metatarsofalángica.
- 6) Ataque unilateral de la 1 articulación metatarsofalángica.
- 7) Ataque unilateral de la 1 articulación del tarso.
- 8) Sospecha de tofo.
- 9) Hiperuricemia.
- 10 Hinchazón de una articulación.

Fundamento terapéutico: Tratamiento sintomático de pacientes con ataques frecuentes de artritis gotosa (mínimo de 3 ataques en los últimos 12 meses) en los cuales el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y colchicina se encuentra contraindicado o no es tolerado, o no proveen la respuesta a demanda y no se encuentren posibilitados de recibir corticoesteroides en forma frecuente.

##### Fundamento de cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.  
\*Estudios complementarios para arribar al diagnóstico.
- Tratamientos previos instituidos donde se detalle el fracaso, intolerancia o contraindicación.

- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otros agentes, firmada y sellada por médico tratante. Consentimiento informado.
- Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad Información de efectividad: Ataque agudo de gota (número y localización) Dolor medido mediante escala analógica visual (EAV) Calidad de vida Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados) Infecciones Proteinuria Citopenia.

### **Espondiloartritis (Espondilitis anquilosante y Espondilitis axial no radiográfica)**

Fundamento diagnóstico: Tres criterios clínicos o un criterio radiológico sin otra causa que explique la patología.

#### Criterios clínicos:

- a) dolor lumbar mayor a 3 meses que mejora con el ejercicio y no cede con el reposo;
- b) limitación de la movilidad de la columna lumbar en los planos frontal y sagital;
- c) reducción de la expansión torácica corregida por edad y sexo.

#### Criterios radiológicos:

- a) sacroilitis grado mayor a grado 2 bilateral;
- b) sacroilitis grado 3-4 unilateral.

La espondilitis axial no radiológica se considera un estadio previo a la espondilitis anquilosante, para su diagnóstico no es necesario demostrar sacroilitis radiológica.

### 103. **Droga: Adalimumab**

Fundamento terapéutico: Espondilitis anquilosante activa, con evidencia radiológica o sin ella, en pacientes adultos que han respondido inadecuadamente al tratamiento convencional.

#### Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas/tiempo/dosis

y asociaciones utilizadas.

- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- Deberá presentarse la fundamentación médica correspondiente del medicamento sobre el cual se solicita la cobertura, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Certolizumab Pegol**

Fundamento terapéutico: Espondilitis anquilosante o espondilitis axial no radiográfica activa, grave, en pacientes adultos que han respondido inadecuadamente al tratamiento convencional.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas/tiempo/dosis y asociaciones utilizadas.
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- Deberá presentarse la fundamentación médica del medicamento sobre el cual se solicita la cobertura, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por médico tratante.
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Etanercept**

Fundamento terapéutico: Espondilitis anquilosante activa, grave, en pacientes adultos que han respondido inadecuadamente al tratamiento convencional.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico
- estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico (de siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas).
- Deberá presentarse la fundamentación médica correspondiente del medicamento sobre el cual se solicita la cobertura, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico tratante.
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Golimumab**

Fundamento terapéutico: Espondilitis anquilosante, grave, en pacientes

adultos que han respondido inadecuadamente al tratamiento convencional.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas/tiempo/dosis y asociaciones utilizadas.
- para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas. Deberá presentarse la fundamentación médica correspondiente del medicamento sobre el cual se solicita la cobertura, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por médico tratante.
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Infliximab**

Fundamento terapéutico: Espondilitis anquilosante activa, grave, en pacientes adultos que han respondido inadecuadamente al tratamiento convencional.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza.
- Tratamientos previos efectuados detallando drogas/tiempo/dosis y asociaciones utilizadas.
- Para la solicitud de cobertura de cualquiera de los agentes biológicos en el contexto de las patologías de estirpe autoinmune señaladas, siempre se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- Deberá presentarse la fundamentación médica correspondiente del medicamento sobre el cual se solicita la cobertura, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico tratante.
- Consentimiento informado.

**Síndrome autoinflamatorio asociado a criopirinas (CAPS).**

103. **Droga: Canakinumab**

Fundamento diagnóstico: Los CAPS constituyen patologías de muy baja frecuencia, por lo que el diagnóstico se basa en una combinación de signos y síntomas propios de la enfermedad, los cuales pueden estar asociados a mutaciones genéticas detectables. Fundamento terapéutico: Tratamiento de los CAPS, los cuales incluyen tres entidades:

a) Síndrome autoinflamatorio familiar por frío (FCAS);

b) Síndrome de Muckle-Wells (MWS);

síndrome crónico infantil neurocutáneo articular (CINCA) o enfermedad multisistémica de comienzo neonata) (NOMID).

Fundamento de cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios para arribar al diagnóstico.
- Estudios genéticos realizados.
- Tratamientos previos instituidos.
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, asociación a otros agentes, firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado.
- Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad: Información de efectividad: Niveles de marcadores inflamatorios: PCR, eritrosedimentación, etc. Respuesta a la medicación según valoración global del profesional tratante Recidiva/rebote de la enfermedad. Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados) Infecciones Proteinuria Citopenia.

### **Tirosinemia hereditaria tipo I**

Fundamento diagnóstico:

1) Exámenes bioquímicos:

- a) Niveles plasmáticos elevados de tirosina ( $> 200 \mu\text{mol/l}$ ), metionina y de fenilalanina, b) Hiperaminoaciduria generalizada,
  - c) Niveles aumentados en orina de los ácidos 4-hidroxifenilderivados, Niveles aumentados de succinilacetona en plasma,
  - d) Medida de la actividad PBG-S o d-ALAD en sangre total heparinizada
  - e) Medida de la actividad FAH en linfocitos, fibroblastos de piel cultivados, biopsia hepática y/o eritrocitos, que se encuentra muy disminuida.
- 2) Estudios genéticos, sobre los cuales pueden presentarse una gran variabilidad de mutaciones.

104. **Droga: Nitisinona**

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes con diagnóstico confirmado de tirosinemia hereditaria tipo I (TH-1) en combinación con dieta restrictiva de tirosina y fenilalanina. Documentación médica específica:



- Resumen de Historia Clínica con estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico de certeza. Detalle de tratamiento dietario.
- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la que se solicita la cobertura, con detalle de dosis utilizada/tiempo y respuesta y sello del médico tratante
- Consentimiento informado.
- Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad: Información de efectividad: Tiempo de sobrevida global Niveles plasmáticos o urinarios de succinilacetona Calidad de vida Información de seguridad (Informar si el evento ocurrió o no, adjuntando documentación respaldatoria. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados) Citopenia Tirosinemia Opacidad corneal.

**Esclerosis Múltiple (EM)** Se encuentran comprendido en los pacientes con diagnóstico establecido de Esclerosis Múltiple, la cual se diagnostica mediante los criterios de McDonald modificados (2017):

a. Al menos dos ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de al menos dos lesiones o evidencia clínica de una lesión con constatación de historia clínica razonable de un ataque previo. No se necesitan datos adicionales para el diagnóstico.

b. Al menos dos ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de una lesión. Se necesita demostrar diseminación en espacio (DIS), por al menos una lesión sintomática o asintomática típica de EM en T2 como mínimo en dos áreas típicas del SNC: periventricular, yuxtacortical, médula espinal o infratentorial o esperar un ataque clínico adicional en un sitio diferente del SNC.

c. Un ataque clínico: evidencia clínica objetiva de al menos dos lesiones. Se necesita demostrar uno de estos criterios: Diseminación en tiempo (DIT) mediante la presencia de lesiones sintomáticas o asintomáticas gadolinio (Gd) positivas y no Gd positivas simultáneas o nueva lesión en T2 ó Gd positiva en el seguimiento por RMN, en comparación con la RMN basal (independientemente del tiempo transcurrido del estudio basal), o espera de un segundo ataque clínico; o Bandas Oligoclonales en LCR (negativas en suero).

d. Un ataque clínico: evidencia clínica objetiva de una lesión (síndrome clínico aislado). Se necesita demostrar DIT y DIS descritos anteriormente.

e. Progresión neurológica insidiosa sugestiva de EM.

También será criterio diagnóstico, demostrar un año de progresión de la discapacidad (prospectivo o retrospectivo) y dos de estos criterios: al

menos una lesión, sintomática o asintomática típica de EM en T2: periventricular, yuxtacortical, médula espinal o infratentorial o dos o más lesiones en médula espinal o bandas oligoclonales en LCR (negativas en suero). En el año 2017 se revisaron los criterios y la presencia de un síndrome clínicamente aislado típico y una demostración clínica o de RM de diseminación en el espacio, la presencia de bandas oligoclonales específicas de LCR y negativas en el suero permite un diagnóstico de Esclerosis Múltiple.

Terapia modificadora de la enfermedad La elección de fármacos en el tratamiento de la EM debe ser realizado en base al mejor perfil de riesgo y mecanismo de acción terapéutica, el cual se deberá ajustar de acuerdo a los requerimientos específicos del paciente, tanto desde el punto de vista clínico, como teniendo en cuenta sus preferencias. El tratamiento debe mantenerse en tanto y en cuanto el mismo no presente un perfil de toxicidad inadecuado, o presente falta de actividad sobre la enfermedad.

**Agentes modificadores de la Enfermedad Copolímero (Glatiramer Acetato) Fingolimod Interferón beta 1a Interferon beta 1 b Teriflunomida Natalizumab Dimetilfumarato Cladribine Peginterferon beta 1 a Alemtuzumab**

Las tecnologías listadas previamente pueden ser utilizadas de manera individual como tratamiento modificador de la enfermedad en pacientes con EM. La posología de los mismos debe ser realizada conforme lo establecido en los respectivos prospectos aprobados por la Autoridad regulatoria local (ANMAT).

103. **Droga: Copolímero (Glatiramer Acetato).**

Fundamento terapéutico:

1) Pacientes que han experimentado un primer episodio clínico bien definido de Esclerosis Múltiple (EM) o un síndrome clínico aislado sugestivo de EM, y están considerados como de alto riesgo para el desarrollo de EM clínicamente definida

2) Pacientes con EM remitente y recurrente (EMRR) para reducir la frecuencia de recaídas.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica.
- Exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico de certeza.
- Estado evolutivo y forma clínica.
- Fundamentación médica de la medicación sobre la cual se solicita el cobertura, detallando las dosis utilizadas y el tiempo, firmada y sellada por el neurólogo .
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Fingolimod .**

Fundamento terapéutico: Según los siguientes criterios: Forma remitente recurrente muy activa para los siguientes grupos de pacientes:

a) Pacientes con elevada actividad de la enfermedad a pesar del tratamiento con un interferón beta;

b) Pacientes con Esclerosis Múltiple remitente recurrente grave de evolución rápida definida por 2 o más brotes discapacitantes en un año, y con 1 o más lesiones realizadas con gadolinio en la RM craneal o un incremento significativo de la carga lesional en T2 en comparación con una RM anterior reciente.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica.
- Exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico de certeza.
- Estado evolutivo y forma clínica.
- Fundamentación médica de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura, detallando las dosis utilizadas y el tiempo, firmada y sellada por el neurólogo.
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Interferón beta 1a**

Fundamento terapéutico: Según los siguientes criterios:

a) Forma remitente recidivante.

b) Pacientes con un único acontecimiento desmielinizante con un proceso inflamatorio activo, si es lo bastante grave como para justificar el tratamiento con corticoesteroides intravenosos, si se han excluido diagnósticos alternativos y si resultan tener un riesgo elevado para el desarrollo de esclerosis múltiple definida clínicamente.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica.
- Exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico de certeza.
- Estado evolutivo y forma clínica.
- Fundamentación médica de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura, detallando las dosis utilizadas y el tiempo, firmada y sellada por el neurólogo.
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Interferón beta 1b**

Fundamento terapéutico: Según los siguientes criterios:

1) Forma remitente recidivante y dos o más recaídas en los dos últimos años

2) Forma secundaria progresiva clínicamente activa

3) Pacientes con un único acontecimiento desmielinizante con un proceso inflamatorio activo, si es lo bastante grave como para justificar el tratamiento con corticoesteroides intravenosos, si se han excluido diagnósticos alternativos y si resultan tener un riesgo elevado para el desarrollo de esclerosis múltiple definida clínicamente.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica.
- Exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico de certeza.
- Estado evolutivo y forma clínica.
- Fundamentación médica de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura, detallando las dosis utilizadas y el tiempo, firmada y sellada por el neurólogo.
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Teriflunomida**

Fundamento terapéutico: Según los siguientes criterios: Forma remitente recidivante y dos o más recaídas en los dos últimos años.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica.
- Exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico de certeza.
- Estado evolutivo y forma clínica.
- Fundamentación médica de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura, detallando las dosis utilizadas y el tiempo, firmada y sellada por el neurólogo.
- Consentimiento informado.

104. **Droga Natalizumab**

Fundamento terapéutico: Pacientes con enfermedad muy activa a pesar de haber recibido un tratamiento completo y adecuado con al menos un tratamiento modificador de la enfermedad, o pacientes con esclerosis múltiple remitente recidivante grave de evolución rápida definida por 2 o más brotes discapacitantes en un año, y con 1 o más lesiones realzadas con gadolinio en la RM craneal o un incremento significativo de la carga lesional en T2 en comparación con una RM anterior reciente.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica.
- Exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico de certeza.
- Estado evolutivo y forma clínica.
- Fundamentación médica de la medicación sobre la cual se solicita

la cobertura, detallando las dosis utilizadas y el tiempo, firmada y sellada por el neurólogo.

- Consentimiento informado.

104. **Droga Alemtuzumab**

Fundamento terapéutico: Esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) con enfermedad activa definida por manifestaciones clínicas o detectadas por resonancia magnética.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica.
- Exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico de certeza.
- Estado evolutivo y forma clínica.
- Fundamentación médica de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura, detallando las dosis utilizadas y el tiempo, firmada y sellada por el neurólogo.
- Consentimiento informado.
- Con el fin del realizar seguimiento de la evolución del tratamiento la auditoria medica exigirá del médico tratante la Información periódica de efectividad: Información de efectividad deberá presentarse un informe detallado del caso, con la justificación clínica correspondiente. Se deberá presentar de manera trimestral información de seguridad de eventos adversos.

104. **Droga Dimetilfumarato.**

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes adultos con esclerosis múltiple remitente y recurrente.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica.
- Exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico de certeza.
- Estado evolutivo y forma clínica.
- Fundamentación médica de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura, detallando las dosis utilizadas y el tiempo, firmada y sellada por el neurólogo.
- Consentimiento informado.

104. **Droga Cladribibe**

Fundamento terapéutico: pacientes adultos con esclerosis múltiple recurrente muy activa definida mediante características clínicas o de imagen

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica.
- Exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico de certeza.

- Estado evolutivo y forma clínica.
- Fundamentación médica de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura, detallando las dosis utilizadas y el tiempo, firmada y sellada por el neurólogo.
- Consentimiento informado.

Se deberá presentar un informe detallado del caso, con la justificación clínica correspondiente. Se deberá presentar a la auditoria medica de manera trimestral información de seguridad de eventos adversos.

103. **Peginterferon beta 1 a**

Fundamento terapéutico: Según los siguientes criterios:

- a) Forma remitente recidivante.
- b) Pacientes con un único acontecimiento desmielinizante con un proceso inflamatorio activo, si es lo bastante grave como para justificar el tratamiento con corticoesteroides intravenosos, si se han excluido diagnósticos alternativos y si resultan tener un riesgo elevado para el desarrollo de esclerosis múltiple definida clínicamente.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica.
- Exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico de certeza. Estado evolutivo y forma clínica.
- Fundamentación médica de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura, detallando las dosis utilizadas y el tiempo, firmada y sellada por el neurólogo.
- Consentimiento informado.
- Se ha determinado para Esclerosis Múltiple, en base a la periodicidad mensual, independientemente de la tecnología utilizada. Para acceder a la cobertura, deberá acreditarse la afiliación del beneficiario. Los tratamientos solo serán reconocidos como monoterapia. En el caso que se haya realizado un cambio de esquema durante el mes. Para el caso de las tecnologías que se aplican de manera mensual.

**Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).**

103. **Droga: Alfa 1 antitripsina**

Fundamento diagnóstico: Presencia de un FEV1 post-broncodilatador menor de 80% del valor teórico normal, en combinación con una relación FEV1/FVC x 100 menor de 70%. Fundamento terapéutico: Tratamiento de sustitución crónico en pacientes con déficit congénito de alfa -1-antitripsina (fenotipos: Pi ZZ, PiZ (nuil), Pi (null) (null), PiS Z) con enfisema para acinar.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle del cuadro.
- Dosaje de la concentración sérica de alfa1 antitripsina.
- Determinación del fenotipo AAT confirmatorio del diagnóstico.
- Fundamentación médica de la solicitud de la medicación para tratamiento sustitutivo sobre la que se solicita el cobertura firmada y sellada por médico tratante.
- Consentimiento informado.

### **Hipertensión Pulmonar .**

103. **Droga: Ambrisentan**

Fundamento terapéutico: Pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar (grupo 1) con clase funcional grado II - III de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico especificando Clase funcional de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Ecocardiograma doppler color.
- Estudio hemodinámico de cavidades derechas con medición de presiones que certifiquen el diagnóstico.
- Justificación médica de la utilización del fármaco sobre el cual se solicita la cobertura, informando dosis utilizada, tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista tratante
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Bosentan**

Fundamento terapéutico: Pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar (grupo 1) con clase funcional grado II a III de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico especificando Clase Funcional de la OMS.
- Ecocardiograma doppler color.
- Estudio hemodinámico de cavidades derechas con medición de presiones que certifiquen el diagnóstico.
- Justificación médica de la utilización del fármaco sobre el cual se solicita la cobertura, informando dosis utilizada, tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista tratante
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Macitentan**

Fundamento terapéutico: Pacientes adultos con hipertensión arterial pulmonar (grupo 1), con clase funcional grado II - III de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico especificando clase funcional según clasificación de la OMS.
- Ecocardiograma doppler color.
- Estudio hemodinámico de cavidades derechas con medición de presiones que certifiquen el diagnóstico.
- Justificación médica de la utilización del fármaco sobre el cual se solicita la cobertura, informando dosis utilizada, tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista tratante
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Treprostinil**

Fundamento terapéutico: Pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) del grupo 1, que se encuentren en clase funcional grado III – IV de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico especificando Clase Funcional de la OMS.
- Ecocardiograma doppler color.
- Estudio hemodinámico de cavidades derechas con medición de presiones que certifiquen el diagnóstico.
- Justificación médica de la utilización del fármaco sobre el cual se solicita la cobertura, informando dosis utilizada, tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista tratante
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Epoprostenol**

Fundamento terapéutico: Pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP) del grupo 1 en clase funcional grado III - IV de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico especificando clase funcional según clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Ecocardiograma doppler color.
- Estudio hemodinámico de cavidades derechas con medición de presiones que certifiquen el diagnóstico.
- Justificación médica de la utilización del fármaco sobre el cual se solicita la cobertura, informando dosis utilizada, tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista tratante.
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Iloprost**

Fundamento terapéutico: Pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar del grupo 1, con clase funcional grado III - IV de la clasificación de la



Organización Mundial de la Salud (OMS).

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico especificando Clase Funcional de la OMS.
- Ecocardiograma doppler color.
- Estudio hemodinámico de cavidades derechas con medición de presiones que certifiquen el diagnóstico.
- Justificación médica de la utilización del fármaco sobre el cual se solicita la cobertura, informando dosis utilizada, tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista tratante
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Selexipag**

Fundamento terapéutico: Pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) del grupo 1 con clase funcional grado II - III de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico especificando clase funcional según clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Ecocardiograma doppler color.
- Estudio hemodinámico de cavidades derechas con medición de presiones que certifiquen el diagnóstico.
- Justificación médica de la utilización del fármaco sobre el cual se solicita la cobertura, informando dosis utilizada, tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista tratante
- Consentimiento informado.

104. **Droga: Riociguat**

Fundamento terapéutico:

a) Pacientes adultos con Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) del grupo 1, con clase funcional grado II - III de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

b) Pacientes con Hipertensión Pulmonar Secundaria a Enfermedad Tromboembólica Crónica, con contraindicación debidamente justificada para la endarterectomía pulmonar o con hipertensión pulmonar persistente o recurrente luego de la endarterectomía pulmonar, con clase Funcional II a III de la OMS.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico especificando clase funcional según clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Ecocardiograma doppler color.

- Estudio hemodinámico de cavidades derechas con medición de presiones que certifiquen el diagnóstico. Para el caso específico de enfermedad tromboembólica crónica, se deberá presentar centellograma v/q y/o arteriografía/angiotomografía pulmonar que certifique el diagnóstico de enfermedad tromboembólica y evaluación de operabilidad del paciente, , firmada y sellada por el médico especialista.
- Justificación médica de la utilización del fármaco sobre el cual se solicita la cobertura, informando dosis utilizada, tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista tratante
- Consentimiento informado.

### **Atrofia Muscular Espinal.**

#### 103. **Droga: Nusinersen**

Fundamento terapéutico: Pacientes con diagnóstico confirmado de Atrofia Muscular Espinal (AME), tipo I o II, sin comorbilidades, que puedan interferir con el proceso de administración de la tecnología. Se sugiere, en pacientes que no presenten respuesta al fármaco, evaluar su suspensión.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro clínico especificando tipo de AME.
- Estudio genético que corrobore diagnóstico genético de Atrofia Muscular Espinal
- Prescripción por parte de Médico Neurólogo, certificado en dicha especialidad. Justificación médica de la utilización del fármaco sobre el cual se solicita el cobertura, informando dosis utilizada, tiempo y respuesta, firmada y sellada por el médico especialista tratante.
- Consentimiento informado.
- Inscripción y dictamen favorable del caso ante la Comisión Nacional de Atrofia Muscular Espinal (CONAME) del Ministerio de Salud de la Nación.

### **Prevención de infección severa por Virus Sincicial Respiratorio (VSR) Droga: Palivizumab**

Fundamento terapéutico: Criterios de cobertura (cualquiera de los siguientes):

- 1) Niños nacidos a las 35 semanas o menos de gestación y menores de 6 meses de edad al inicio de la estación de riesgo de infección por VRS;
- 2) Niños menores de 2 años de edad que hayan requerido tratamiento para la displasia broncopulmonar durante los últimos 6 meses;
- 3) Niños menores de 2 años de edad y con cardiopatía congénita

hemodinámicamente significativa. Se utilizará durante los meses de alta prevalencia del VSR (hasta el mes de septiembre y no más de 5 dosis).

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica con antecedentes neonatales y/o antecedentes de utilización de oxígeno o displasia broncopulmonar.
- Justificación del uso del agente biológico cuya cobertura se solicita firmada y sellada por médico tratante y por Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.
- Consentimiento informado.
- Sólo se cubrirá las aplicaciones del producto durante los meses de alta prevalencia del VSR (abril a septiembre).

### **Arteriopatía periférica.**

#### 103. **Droga: Alprostadil.**

Fundamento diagnóstico: Cuadro compatible con insuficiencia vascular periférica en base a sintomatología y examen físico, sumado a la realización de estudios de imágenes no invasivos (doppler continuo, eco doppler, presiones segmentarias, etc.) o invasivos (arteriografía).

Fundamento terapéutico: Tratamiento de la arteriopatía periférica oclusiva en estadios III y IV de Fontaine, cuando no es posible un tratamiento para expandir la luz vascular o el mismo resulta ineficaz.

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Historia clínica con detalle del cuadro, y estudios complementarios efectuados para arribar al diagnóstico.
- Justificación del medicamento cuyo cobertura se solicita firmada y sellada por médico tratante.
- Consentimiento informado.

### **Enfermedad Visual Patología: Maculopatía.**

#### 103. **Droga: Ranibizumab**

Fundamento diagnóstico: El diagnóstico se realiza mediante interrogatorio y fondo de ojo y se confirma mediante estudios complementarios, que son la retinofluoresceinografía (RFG) y la tomografía de coherencia óptica (OCT). Fundamento terapéutico: Cualquiera de las siguientes situaciones:

- 1) Tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) neovascular exudativa;
- 2) Compromiso visual por edema macular diabético;

3) Pérdida de visión por edema macular secundario a oclusión venosa retiniana (OVRR u OVR central)

4) Alteración visual debida a la neovascularización coroidea (NVC) secundaria a la miopía patológica (MP).

Fundamento para cobertura: Documentación médica específica:

- Resumen de Historia Clínica oftalmológica que consigne agudeza visual.
- Examen de fondo de ojo e informe de la RFG y OCT.
- Justificación del uso del agente biológico cuya cobertura se solicita firmada y sellada por médico tratante
- Consentimiento informado.
- Sólo se considerará cobertura, hasta un máximo de tres aplicaciones por ojo y por año.

### **Enfermedad de Cushing.**

103. **Droga: Pasireotide Sinónimo: Pasireotida :**

Fundamento diagnóstico: El diagnóstico de síndrome de Cushing se realiza por la detección de cortisol elevado por pruebas en orina, saliva o sangre. Una vez confirmada la elevación de cortisol, se debe determinar el nivel de ACTH para orientar el motivo de la sobreproducción de cortisol. Si el nivel de ACTH es elevado, se recomienda realizar una RMN cerebral para detectar un posible adenoma hipofisario productor de ACTH.

Fundamento terapéutico: Tratamiento de pacientes adultos con enfermedad de Cushing en los que la cirugía ha fracasado o no es una opción.

Fundamento de cobertura: Documentación específica:

- Resumen de Historia Clínica con detalle de estadio evolutivo.
- Estudios complementarios para arribar al diagnóstico.
- Constancia de cirugía,

Anatomía patológica o fundamentación del motivo por el cual no puede realizarse una cirugía.

- Fundamentación médica del uso de la medicación sobre la cual se solicita la cobertura con detalle de dosis/tiempo, respuesta, firmada y sellada por médico tratante.
- \*Consentimiento Informado.

## ANEXO III

<p>LISTADO DE ENFERMEDADES DE ALTA COMPLEJIDAD, CATASTRÓFICAS. PROCEDIMIENTOS. Prevalencias e incidencias. Fuentes (1)(2)(3).</p>
<p>Hemofilia (© World Federation of Hemophilia, 2021)</p> <p>Total de enfermedades hemorrágicas 347.026,</p> <p>Total hemofilias 209.614 (60%). hemofilia severa 33% del total.</p> <p>Hemofilias tipo A 165.379 (78%).</p> <p>Hemofilias tipo B 33.076 (16%),</p> <p>Hemofilias tipo desconocido 11.159 (5%)</p>
<p>Hemofilia A (incluye el riesgo de mortalidad 17.1/100,000 males for All hemophilia A 6.0/100,000 males hemophilia A severa )</p>
<p>Hemofilia B (3,8/100,000 males for All hemophilia B, 1.1/100,000 males hemophilia B severa)</p>
<p>Enfermedad de Von Willebrand Total de enfermedades hemorrágicas 347.026. Sind Von Willebrand 24% del total de las enfermedades hemorrágicas del reporte 2020.</p>
<p>Déficit hormona de crecimiento (GH) Deficiencia aislada no adquirida de la hormona de crecimiento Prevalencia: 1-5 / 10 000 (Fuente Orphanet). Existen 13 variantes de la enfermedad.</p>
<p>Insuficiencia renal crónica en la infancia.</p>
<p>Retardo de crecimiento intrauterino Pcia de Buenos Aires, la tasa de RCIU es del 8,7% y la de P del 9,3%</p>
<p>Síndrome de Prader Willi Prevalencia: 1-9 / 100 000 (Fuente Orphanet).</p>
<p>Síndrome de Turner. Prevalencia: 1-5 / 10 000 Fuente Orphanet).</p>
<p>Prótesis, Ortesis, Material descartable</p>
<p>Artroplastia de cadera</p>
<p>Artroplastia de rodilla</p>
<p>Artroplastia de hombro</p>
<p>Prótesis de revisión de tobillo</p>
<p>Endo prótesis no convencionales para tratamiento tumores óseos 0 .02% de todos</p>

los tumores son óseo
Materiales para Cirugía de Columna
Material de estabilización de columna (varios niveles)
Disco intervertebral artificial (Maverick)
Disco artificial para reemplazo discal con conservación de la movilidad
Tornillos pediculares
Cages intersomáticos para columna cervical
Celdas para Corporectomía (tipo Mesh)
Cifoplastia
Placas cervicales con tornillos de bajo perfil bloqueadas
Mini placas de maxilofacial para laminoplastia
Sistema de fijación occipito-cervical
Interespinosos: Peeck y Titanio
Set para vertebroplastía percutánea
Prótesis para desarticulación de cadera
Prótesis para amputación de miembro inferior
Prótesis para amputación de miembro superior
Trasplantes Fuente 2020 Incucaí/100.000(población del país estimada para 2021 45.376.763)
Módulos pretrasplante para todos los órganos
Módulo de perfusión de órganos para trasplante
Trasplante de médula osea 0,15/100.000
Médula Ósea Autólogo.
Médula Ósea Alogénico con Donante Relacionado.
Criopreservación de Medula Ósea.
Médula Ósea Alogénico con Donante No Relacionado.
Búsqueda Internacional de Donante Medula Ósea.
Médula Ósea Alogénico de Cordón Umbilical.
Trasplante renal 2,565/100.000.
Trasplante cardíaco 0,236/100000

Trasplante cardio-renal 0,011/100000
Trasplante cardiopulmonar 0,004/100000
Trasplante pulmonar 0,0077/100000
Trasplante hepático 0,921/100000
Trasplante hepato-renal 0,035/100000
Trasplante renopancreático 0,079/100000
Trasplante de páncreas 0,007/100000
Trasplante de intestino 0,002/100000
Trasplante masivo de hueso prevalencia desconocida.
Embolización selectiva de vasos, coils y clipado de aneurismas cerebrales
Radioneurocirugía cerebral
Grandes quemados
Enfermedades congénitas metabólicas
Enfermedad de Gaucher existen 7 variantes Gaucher Prevalencia:1-9 / 100 000 tipos 1, 2 y 3. juvenil no cerebral , aguda neuronopática , <u>forma fetal</u> .(Fuente Orphanet).
Enfermedad de Fabry Prevalencia: 1-5 / 10 000.(Fuente Orphanet).
Enfermedad de Pompe Prevalencia: 1-9 / 100 000 existen 2 subtipos de inicio infantil y otro tardio.(Fuente Orphanet).
Mucopolisacaridosis tipo 1 Prevalencia: 1-9 / 1 000 000. 57% corresponde al síndrome de Hurler, un 23% al síndrome de Hurler-Scheie y un 20% al síndrome de Scheie.(Fuente Orphanet).
Mucopolisacaridosis tipo 2 Prevalencia: 1-9 / 1 000 000.(Fuente Orphanet).
Mucopolisacaridosis tipo 6 Prevalencia: 1-9 / 1 000 000. La prevalencia al nacimiento es de entre 1/43.261 y 1/1.505.160 nacimiento vivos. (Fuente Orphanet).
Esclerosis múltiple Prevalencia: <1 / 1 000 000. La variante Pediátrica carece de prevalencia.(Fuente Orphanet).
Esclerosis lateral amiotrófica Prevalencia: 1-9 / 100 000. Variante juvenil. Tipo 4 Prevalencia: <1 / 1 000 000. Miopatía por cuerpos de inclusión con enfermedad ósea de Paget y demencia frontotemporal. Prevalencia: <1 / 1 000 000.(Fuente Orphanet).
Reconstrucción 3D de Calota

Reconstrucción maxilofacial
Cirugía bariátrica.
Cirugía reparadora post bariátrica
Fertilización asistida fuentes entre el 15 y 20% de las parejas en edad reproductiva presentan infertilidad/esterilidad.
Injerto de miembros con microcirugía
Implante coclear
Internación prolongada del recién nacido
Valvuloplastia cardíaca
Cierre de comunicación interventricular con dispositivo Amplatzer
Embolización de grandes vasos
Implantación de esfínter urinario externo
Respirador externo de presión positivo-negativo
Implantación de filtro de protección cerebral
Implantación de filtro de vena Cava
Colocación de Grapa de Coventry
Extracción de ateromas con aterómetro
Cardiodesfibrilador implantable
Procedimiento de Neuronavegación
Abordaje mínimamente invasivo de Nuss para pectus excavatum Se presenta en el 0,05-0,1% de la población, siendo más frecuente en la raza blanca y en los orientales Fuente Variaciones Anatómicas Alteraciones anatómicas en la inserción de los cartílagos costales inferiores en la etiología de la deformidad torácica variedad pectus excavatum Araujo-Cuauro, Juan Carlos Profesor Titular de la Catedra de Anatomía Humana. Facultad de Medicina. Escuela de Medicina Universidad del Zulia (LUZ). Maracaibo. Revista Argentina de Anatomía Online 2019; 10 (3): 118 - 125
Implantación de prótesis biliares (stents)
Implantación de stent en coartación aórtica
Tratamiento endovascular de aneurismas intracerebrales
Derivación ventrículo-peritoneal
Implantación valvular percutánea
Discapacidad mayor a 6 años fuente INDEC para todo el país 10%, para los



hogares 22 y 28% de los mismos. Región Patagónica 9%.
Atención ambulatoria-centro de día
Atención ambulatoria-centro de día doble jornada
Atención ambulatoria en institución especializada-hospital de día
Atención ambulatoria-hospital de día doble jornada
Atención ambulatoria-centro educativo terapéutico
Atención ambulatoria-centro educativo terapéutico doble jornada
Atención ambulatoria-centro de estimulación temprana
Atención ambulatoria integral simple o intensiva
Atención ambulatoria domiciliaria con prestación educativa
Atención ambulatoria domiciliaria sin prestación educativa
Escuela de educación especial
Educación general básica
Equipo de integración escolar o maestra de apoyo
Formación laboral o rehabilitación profesional
Internación en rehabilitación
Internación con requerimiento de UTI
Internación sin requerimiento de UTI
Hogar
Hogar con alojamiento permanente
Hogar con centro educativo terapéutico
Hogar con centro educativo terapéutico con alojamiento permanente
Hogar con educación inicial
Hogar con educación inicial con alojamiento permanente NO SI
Hogar con educación general básica
Hogar con educación general básica con alojamiento permanente
Hogar con formación laboral
Hogar con formación laboral con alojamiento permanente
Pequeño hogar
Pequeño hogar permanente

Residencia
Residencia permanente
Transporte
Cirugía de reasignación sexual
Reemplazo valvular percutáneo en estenosis aórtica con alto riesgo quirúrgico. Prevalencia en EEUU 2.5% de la población y el compromiso de múltiples válvulas (20% de los pacientes). No existen el dato en el país
Tratamiento sustitutivo de la función renal (IRC terminal) Referencia INCUCAI. 2021 Prev IRCT = Tasa de prevalencia en diálisis. Se calculado con el cociente de Total IRCT por millón de habitantes, en Santa Cruz (N°Total paciente en insuf renal 176)
Hemodialisis Prevalencia 470/1.000.000 (en Santa Cruz).
Diálisis peritoneal continua ambulatoria
Diálisis peritoneal automatizada
Accesos vasculares
Neuroestimulación en dolor crónico
Artritis reumatoidea (agentes biológicos) mayor frecuencia entre los 40 y 60 años, con un pico para mujeres entre los 45 y 54 años.  Mexico 0,68/100.000.  Colombia 0,01/100000. <a href="https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/reumatologia/vol-722/reuma722000-epidemiologia/">https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/reumatologia/vol-722/reuma722000-epidemiologia/</a> .Epidemiologia e impacto de la artritis reumatoide / Epidemiology of rheumatoid arthritis. <u>Abello Banfi, Mauricio</u> . <u>Rev. colomb. reumatol</u> ; 7(2): 82-88, jun.2000. Tab Artigo em Espanhol   LILACS   ID: lil-300427.Biblioteca responsável: <a href="#">CO176.1</a>
Hepatitis virales Boletín sobre las Hepatitis Virales en la Argentina. Publicación fue realizada con el apoyo técnico - Financiero de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Argentina, 2019
Hepatitis B crónica últimos 3 años (2018) las tasas se ubican alrededor de 1/100000.
Hepatitis C aguda y crónica tasas nacionales oscilan entre 0,74 (en 2010) y 1,60 (en 2015) casos cada 100.000 habitantes
Tratamiento farmacológico exclusivamente
Enfermedad Fibroquística del Páncreas (Fuente Orphanet).incidencia de la

<p>enfermedad es de 1/6700 recién nacidos y de estos, el 60.4% tienen diagnóstico antes del primer año de vida, e la pesquisa neonatal (Ley nacional 26279). La Gaceta de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria sept 2020.</p>
<p>Fenilcetonuria (Fuente Orphanet).Prevalencia: 1-5 / 10 000</p>
<p>Tratamiento con teicoplanina</p>
<p>Factores estimulantes de colonias granulocíticas</p>
<p>Tratamiento para pacientes HIV positivos Boletín N° 37 Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina 7 AÑO XXIII – DICIEMBRE DE 2020.</p> <p>Prevalencia en Mujeres trans 34%</p> <p>Prevalencia en: Hombres que tienen sexo con otros hombres 12 a 15% .</p> <p>Personas en contexto de encierro 2,7%.</p> <p>Jóvenes y adultos/as 0,4% de toda la población</p>
<p>Fibromialgia GUÍAS ARGENTINAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA. Con más frecuencia en mujeres. Proporción aproximada de 8:1. Se considera que afecta entre el 2 al 5%. Prevalencia 1,8% de la población adulta, y prevalencia que aumenta con la edad.</p>
<p>Estudio hemodinámico por cateterismo derecho.</p>
<p>Cateterismo en cardiopatías congénitas en niños en recién nacidos es del 3% al 5% .fuente <u>Archivos argentinos de pediatría</u>.versión impresaISSN 0325-0075. Arch. argent. pediatr.vol.111no.6 Buenos Aires dic. 2013.<a href="http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.484">http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.484</a>.ARTICULO ORIGINAL <a href="http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.484">http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.484</a> RENAC: Registro Nacional de Anomalías Congénitas de Argentina <i>RENAC: National Registry of Congenital Anomalies of Argentina</i>. Dr. Boris Groisman<sup>a</sup>, Dra. María Paz Bidondo<sup>a</sup>, Dr. Pablo Barbero<sup>a</sup>, Lic. Juan A. Gili<sup>b</sup>, Dra. Rosa Liascovich<sup>a</sup> y Grupo de Trabajo RENAC<sup>c</sup>.</p>
<p>Cirugía de revascularización miocárdica</p>
<p>Cirugía valvular</p>
<p>Cirugía en cardiopatías congénitas en adultos</p>
<p>Cirugía Endoprotesis de Aorta</p>
<p>Cirugía en cardiopatías congénitas en niños recién nacidos es del 3% al 5%de RN .fuente <u>Archivos argentinos de pediatría</u>.versión impresaISSN 0325-0075. Arch. argent. pediatr.vol.111no.6 Buenos Aires dic. 2013.<a href="http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.484">http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.484</a>.ARTICULO ORIGINAL <a href="http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.484">http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.484</a> RENAC: Registro Nacional de Anomalías Congénitas de Argentina <i>RENAC: National Registry of Congenital Anomalies of</i></p>

Argentina. Dr. Boris Groisman <sup>a</sup> , Dra. María Paz Bidondo <sup>a</sup> , Dr. Pablo Barbero <sup>a</sup> , Lic. Juan A. Gili <sup>b</sup> , Dra. Rosa Liascovich <sup>a</sup> y Grupo de Trabajo RENAC <sup>c</sup> .
Angioplastia coronaria transluminal percutánea
Dispositivo de asistencia ventricular (corazón artificial)
Endoprótesis para aneurisma de aorta. La prevalencia de los aneurismas de aorta infrarrenal(AAA) en la población general es del 1-1,5% .Fuente <a href="https://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00076">Angiología</a> <a href="https://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00076">https://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00076</a> . versión On-line ISSN 1695-2987versión impresa ISSN 0003-3170 Angiología vol.72 no.3 Madrid may./jun. 2020 Epub 02-Nov-2020 Prevalencia de aneurismas de aorta abdominal en una población de riesgo en una consulta de cirugía vascular Estrella Blanco Cañibano <sup>1</sup> Pilar Caridad Morata Barrado <sup>1</sup> , Miguel Muela Méndez <sup>1</sup> , Beatriz García Fresnillo <sup>1</sup> Mercedes Guerra Requena <sup>1</sup> Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.
Anemia en IRC
Diabetes (bomba de insulina)
Enfermedad de Crohn REV ARGENT COLOPROCT   2017   VOL. 28, Nº 1 : 1-3 En España la prevalencia de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal es 1.5 - 2.5/1000 .En Estados Unidos el CDC - Centers Disease Control <sup>2</sup> informa prevalencia de 2.6 a 199/100.000 para enfermedad de Crohn.
Colitis ulcerosa REV ARGENT COLOPROCT   2017   VOL. 28, Nº 1 : 1-3 En España la prevalencia de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal es 1.5 - 2.5/1000 . En Estados Unidos el CDC - Centers Disease Control <sup>2</sup> informa prevalencia para colitis ulcerosa de y 37 a 246 /100.000.
Neoplasias, Fuentes Orphanet, International Agency for Research on Cancer OMS 2020
Astrocitoma anaplásico (Orphanet) Prevalencia: 1-9 / 100 000
Cáncer de colon Prop (per 100 000) 74,14
Cáncer de hígado Prop. (per 100 000) 5,15
Cáncer de mama Prop. (per 100 000) 360,38
Cáncer de ovario, trompa de falopio Prop. (per 100 000) 26,75
Cáncer de páncreas Prop. (per 100 000) 8,01
Cáncer de pulmón Prop. (per 100 000) 31,2
Cáncer de riñón Prop. (per 100 000) 31,47
Cáncer gastrointestinal Prop. (per 100 000) 13,58
Cáncer hipofisario productor de somatostatina Intramed <a href="#">Artículos</a> Una revisión

imprescindible. 20/JUL/19. Islandia y Malta reportaron una prevalencia de >13/100.000. Suecia, España y Dinamarca. Reportan prevalencia más baja 3,6 a 3,9/100.000.
Cáncer de próstata Prop. (per 100 000) 195,33
Radioterapia de intensidad modulada
Cáncer de cabeza y cuello y Maxilo Facial Prop. (per 100 000)
Labio y cavidad oral 8,2
Orofaringe 2,33
Glandula Salivales 2,22
Nasofaringe 1
Hippofaringe 0,3
Prótesis mandibular completa
Dermatofibrosarcoma
Glioblastoma Orphanet Prevalencia: 1-9 / 100 000.
Leucemia <u>International Agency for Research on Cancer OMS 2020</u> Prop. Todas las leucemias (per 100 000) 21,33
Leucemia de células vellosas
Leucemia linfática crónica
Leucemia linfoblástica aguda
Leucemia mieloide crónica
Leucemia promielocítica
Linfomas
Linfoma cutáneo primario Consenso Sociedad Argentina de Dermatología (2019) La incidencia de LCP en la Argentina se desconoce. En Europa es de 0-4/100.000 y, de acuerdo con la base de datos SEER del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, es aprox 7,7/1.000.000 para todos los linfomas cutáneos y de 4/1.000.000 para la Micosis Fungoide.
Linfoma de células del manto Guías de diag y tratamiento Sociedad Argentina de Hematología 2021 Incidencia: 1-2/100.000 Representa 6-9% de todos los linfomas no Hodgkin.
Linfoma No Hodgkin folicular( Per/100 000) 23,97
Linfoma de Hodgkin Prop. (per 100 000) 8,36
Mastocitosis sistémica agresiva (Fuente Orphanet).Prevalencia: 1-9 / 1 000 000.

Mieloma múltiple Prop. (per 100 000) 6,27
Carcinoma de vejiga Prop. (per 100 000) 2,14 (para prevención del inmunocianina)
Síndrome carcinoide: American Family Physician Tumores carcinoides. Impresión RUSSELL G. ROBERTSON, MD, WILLIAM J. GEIGER, MD, Y NANCY B. DAVIS, MD información <i>Am Fam Médico</i> . 2006;74(3):429-434. Entre el 0,002 por ciento al 0,015%.
Síndrome hiper eosinofílico (orphanet) enf rara . Prevalencia desconocida
Síndrome mielodisplásico Guías clínicas de diagnostico y tratamiento sociedad Argentina de hamatologia 2021 edad mediana entre 65-70 años al momento del diagnóstico y una incidencia de 3-5/ 100.000/año, la cual aumenta con la edad, siendo de 20/100.000 en los mayores de 70 años. Menos del 5% de los casos pueden ser diagnosticados en edades pediátricas y presentar características especiales.
Acromegalia (Fuente Orphanet).Prevalencia: 1-9 / 100 000
Artritis idiopática juvenil Artritis psoriácica (Fuente Orphanet) Prevalencia: 1-9 / 100 000
Hemoglobinuria paroxística nocturna (Fuente Orphanet).Prevalencia: 1-9 / 100 000.
Síndrome urémico hemolítico atípico (Fuente Orphanet).Prevalencia: 1-9 / 100 000.
Sobrecarga crónica de hierro
Melanoma Prop. (per 100 000) 12,13
Sarcoma de partes blandas. 0213-8573/17/32.1/9-16 Revisiones en Cáncer Copyright © 2018 Arán ediciones , s . I. Rev. Cáncer (Madrid) Vol. 32. N.º 1, pp. 9-16, 2018 Epidemiología y estudio de extensión de los sarcomas de partes blandas y de los huesos M. A. VAZ 1, S. RESANO 2, I. PÉREZ 3, C. SAAVEDRA 1 Servicios de 1Oncología Médica, 2Radiodiagnóstico y 3Cirugía Ortopédica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. representan el 1% de los tumores del adulto. La incidencia estimada es de 5,6 por 100.000 al año. El 84% son sarcomas de partes blandas y el 15% sarcomas óseos. La incidencia de los sarcomas de partes blandas es de 4,7 por cada 100.000 habitantes al año y 0,8 para sarcomas óseos
Úlcera de pie diabético. prevalencia de diabetes es del 12,7% fuente 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgos realizada por la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. <a href="#">Sitio Principal</a> > <a href="#">Vol 53, No 1 (2019)</a> > <a href="#">Carro</a> ESTUDIO DE DIABETES MELLITUS Y PIE DIABÉTICO EN LA INTERNACIÓN: DATOS DE ARGENTINA. <i>Gabriela Verónica Carro, Rubén Saurral, Francisco Salvador Sagüez, Érica L. Witman, Luisa Mabel Carrió, Claudio F. Duturo, María Victoria Dicatarina Losada, José D.</i>

*Braver, Gabriela Illuminati, Julio C. Torres, Raúl A. David, Natacha Maldonado. Sociedad Argentina de diabetología. Se presenta del 15 al 25% de los pacientes con diabetes mellitus (DM) a lo largo de su vida. La prevalencia de PD 14,11%. La tasa de pie diabético con lesiones Wagner 1 o mayor fue de 4,47%. El pie diabético fue el motivo de internación en el 3,16% del total de internados y al 17,85% de los diabéticos internados.*

Asma severo ASMA SEVERA EN ADULTOS: ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SEVERE ASTHMA IN ADULTS: DIAGNOSIS AND TREATMENT APPROACH. El asma severa constituye aproximada Según estudios extranjeros el asma severa afectaría el 5 a 10% de la población total de pacientes asmáticos, aproximadamente el 5% de la población de asmáticos, sin embargo representa un desafío clínico y una carga sanitaria importante.

RESUMEN EJECUTIVO ARGENTINA 2015 Primera Encuesta de Prevalencia de Asma en población de 20 a 44 años en Argentina entre 6% y 14% de la población en este rango.

Módulo CCV central con circulación extracorpórea (cec) o con estabilizador miocárdico

Enfermedad de Parkinson-neuroestimulación (Fuente Orphanet).Prevalencia: 1-9 / 100 000

Epilepsia refractaria-neuroestimulación (Fuente Orphanet).Prevalencia: <1 / 1 000 000

Hipoacusia recambio del procesador de la palabra

Enfermedad de Guilláin Barré (Fuente Orphanet). Prevalencia: 1-9 / 100 000 y 13 variantes.

Enfermedad de Wegener (Fuente Orphanet). Prevalencia: 1-9 / 100 000

Poliangeítis microscópica(Fuente Orphanet). Prevalencia: 1-9 / 100 000

Enfermedad de Gaucher.(Fuente Orphanet).Prevalencia: 1-9 / 100 000, y (Subtipo de trastorno) Enfermedad de Gaucher tipo 1,2 y 3, Forma fetal, perinatal letal y atípica x deficiencia de saposina C.

Púrpura trombocitopénica idiopática (Fuente Orphanet). Prevalencia: 1-5 / 10 000

Síndrome de Kawasaki (Fuente Orphanet). Prevalencia: Desconocido

Espondilitis Anquilosante(Fuente Orphanet). Prevalencia: 1-9 / 100 000

EPOC fuente EPOC en Argentina. Fue coordinado por el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) 11% de los adultos de entre 35 y 74

Prevención de infección por virus sincicial respiratorio. Hasta la fecha predomina en primera infancia en bronquiolitis aunque variando con los años desde 2015.

Maculopatía
Evacuaciones aeromédicas.

(1) Respuestas a las enfermedades catastróficas” Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y Crecimiento Coordinador Federico Tobar, Autores: María Teresa Bürgin Drago, Gabriela Hamilton, Federico Tobar, Esteban Lifschitz, Roberto Daniel Yjiloff – Fundación CIPECC 2014.

(2) Fuente: Normativa del Sistema Unico de Reintegros y Sistema de Tutelaje de Tecnologías Emergentes de APE y SSS. Resolución 1408/2004 Resolución N° 1561/2012 Resolución

(3) Fuente 465/2021 ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS: ESTRATEGIAS DE SELECCIÓN DE CARA A UN SEGURO NACIONAL Autor Dr. Esteban Lifschitz Tutor Dr. Federico Tobar.

## 1.6 Diseño de auditorías técnicas médicas y capacitación Segunda opinión

### Notas preliminares y conceptos

**Se trabajará en el diseño de las redes de consulta que incluyan prestadores, especialistas y equipos de salud.**

Se deja escrito en el Manual la necesidad de una Red de complejidad ascendente con sus correspondientes contratos. Se propone a partir del análisis de la demanda de consultas las necesidades de oferta regional, pero basados en la Red prestacional de la CSS. Se toma nota de la necesidad de especialistas infantiles, Urólogos, oncólogos, etc. Dadas las carencias de ofertas detectadas se hace necesaria una solución telemática para aumentar esa Red Prestacional **como así también los circuitos de gestión administrativa, rol del auditor médico de la CSS y normas éticas de funcionamiento.**

Se desarrollan en el Manual los aspectos éticos, normativos, de rol y responsabilidades de Gestión.

Auxiliamos con la segunda opinión a los Profesionales asistentes y auditores para realizar interconsultas especializadas de alto nivel

Se establece como referencia ética en el Manual el Código de ética de AMA para el Equipo de Salud (Cap.10 art 140 al 147, segunda Opinión)

**Se relevará una muestra de casos para evaluar los procedimientos utilizados por**



## **la auditoría médica.**

No se obtuvieron evidencias durante las entrevistas ya que se carece del sistema, basado en las derivaciones de atención ambulatoria

**Se mantendrán encuentros virtuales con la gerencia de prestaciones y al área de auditoría médica para obtener información detallada acerca de la estructura formal y los procesos que efectúan las auditorías internas y externas tanto en la provincia como fuera de ella.**

Se realizaron reuniones con el Equipo de Salud donde se obtuvieron datos sobre las necesidades de Derivación y Traslados para Interconsultas y consultas especializadas, pero no, bajo el concepto de 2da opinión. Proceso inexistente actualmente y que será la herramienta propuesta a través del Manual para evitar los traslados innecesarios eficientizando el sistema

**La información a solicitar comprende, principalmente, los procesos de trabajo, la disponibilidad de RRHH afectados a estas tareas, los recursos materiales, los procesos de soporte tecnológicos y la población de referencia. Asimismo, se evaluará su capacidad de gestión, las fuentes de información disponible y la metodología utilizada.**

El nuevo Directorio, en su reunión del 27/10/2022, solicitó la implementación de una Plataforma para este Proceso y servicios profesionales al respecto para una etapa ulterior. Queda clara la necesidad de entendimiento de este Proceso, sus indicadores y generar los recursos apropiados.

**La evaluación de las auditorias permitirá identificar y valorar los controles establecidos en los sistemas o procedimientos de trabajo para alcanzar económica y eficientemente los objetivos, e informar sobre hallazgos, conclusiones y recomendaciones.**

Este punto es propio del desarrollo del Proceso. Se dejan referencia propuestas en el Manual

**Se trabajará en conjunto con la Gerencia de prestaciones y la auditoria medica en la definición de los criterios de inclusión a utilizar por un sistema de Segunda opinión.**

Este punto es propio del desarrollo del Proceso. Se dejan referencia propuestas en el Manual

## **Indicadores**

Población de referencia y causas de consulta

Pacientes de 2da opinión que resolvieron con la consulta a nivel local vs los que requirieron derivación

N° de consultas ambulatorios / Telemáticas realizadas (pacientes que hacen la consulta con un consultor)

N° de Consultas en internación (consultores que van a la internación)

N° de Consultas por vía telemática totales

Diagnósticos prevalentes que requirieron 2da opinión

¿Causas?

Médicos que solicitan 2da opinión, o pacientes de y las localidades a las que pertenecen

Costos del Servicio según facturación

Derivaciones por causas ambulatorias entre períodos

**Se elaborarán recomendaciones sobre las tecnologías disponibles para un sistema de Segunda opinión.**

No se han propuesto aun proveedores del Sistema, se propuso utilizar y escalar los sistemas actuales e incorporar complejidad en un sistema modular según la evolución de la demanda

Los conceptos siguientes se vuelcan en el Manual como una referencia procedimental

Esta consiste en una revisión del diagnóstico y de las recomendaciones de procedimientos del médico tratante por parte de un médico independiente. Es una práctica extendida entre profesionales de la medicina, y generalmente es otorgada por un médico o un equipo de médicos con una relación estrecha con el doctor responsable del paciente que puede ofrecer otra perspectiva y otras opciones de tratamiento. El objetivo es mejorar el servicio a través de una plataforma, que establezca el vínculo entre especialistas de muy alto nivel, tanto académico como humano, y pacientes que padecen de alguna enfermedad de alta complejidad como por ejemplo una enfermedad neurológica o cáncer, que desean o necesitan una nueva opinión médica con un menor costo y que no implique traslados.

**Se trabajará en el diseño de un programa de capacitación destinado a promover las habilidades de comunicación y la utilización de un sistema de segunda opinión.**

Se realiza la primera Capacitación basada en el Manual de 2da Opinión y se vuelcan las pautas generales de criterio sobre el Procedimiento.

**Propuesta de Manual**

Con el fin de respetar la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, reconociendo el derecho del paciente a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles, después de recibir información adecuada; se señala que la libre elección es la facultad del paciente o usuario de optar libre y voluntariamente entre dos o más alternativas asistenciales, entre dos o más facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud disponibles en cada caso.

**El objetivo es mejorar el servicio** a través de una plataforma, que establezca el vínculo entre especialistas de muy alto nivel, tanto académico como humano, y pacientes que padecen de alguna enfermedad de alta complejidad como por ejemplo una enfermedad neurológica o cáncer, que desean o necesitan una nueva opinión médica con un menor costo y que no implique traslados, poniendo en juego todos los recursos de la CSS para solucionar esta demanda con un criterio de resolución costo – efectiva, ya sea esta una consulta inicial o de seguimiento.

De acuerdo con algunos criterios; se considera la segunda opinión médica como una segunda consulta, mediante la cual se obtiene la opinión de un segundo médico, sobre un problema diagnóstico o terapéutico, que ha recibido previamente la atención de otro facultativo.

Este es un recurso directamente relacionado con la mayor disposición de información, las Tics, la vigencia de los derechos del paciente y sigue siendo motivo de fricciones en muchos casos.

La Ley reconoce expresamente el derecho de los ciudadanos, en el conjunto del sistema prestacional a disponer de una segunda opinión facultativa sobre su proceso en la que se encomienda a las instituciones asistenciales velar por la adecuación de su organización para facilitar la libre elección de facultativo y una segunda opinión en los términos que reglamentariamente se establezcan.

Los Derechos de Información sobre la Salud y la autonomía del paciente, se refieren al derecho a la información clínica y epidemiológica y su alcance. Por tanto, la segunda opinión se plantea desde el “principio de confianza” presente en la relación médico-paciente y con el fin de avanzar en la garantía del derecho a la autonomía del paciente y en el respeto a su voluntad tras una decisión informada.

Entre las ventajas de la segunda opinión, los expertos señalan que el derecho a una segunda opinión aumenta la calidad, la confianza y la credibilidad del afiliado en el sistema sanitario, disminuye la ansiedad y la preocupación del paciente y sus familiares, aumenta la transparencia del sistema sanitario y permite contrastar las opiniones.

La consulta puede tener carácter presencial, o por telemedicina (interconsultas vía Internet), o limitarse a la opinión sobre un resultado o examen de forma directa o virtual, cubriendo los lineamientos de formalidad para una interconsulta médica.

La CSS a través de sus prestadores ofrecen el servicio al médico tratante del afiliado, respetando la referencia del caso y sin conflictos de interés o dicotomías que contaminen esta relación, que busca la mejor alternativa para un caso clínico en

particular. Para esto dispone de todas las facilidades para que se proceda, dentro de un marco de referencia científico, bioético y de respeto a todas las partes involucradas.

La práctica de la segunda opinión médica habitualmente revelará una concordancia y congruencia entre las propuestas del primer consultor y el segundo. En todo caso las diferencias técnicas, dependen de la experiencia en particular de quien emita su opinión, sin descalificar otras alternativas validadas para ello. En todo momento debe prevalecer el proceder de acuerdo con las normas éticas vigentes y el respeto.

Es considerada como una estrategia sana en la búsqueda razonada de alternativas científicamente validadas para las propuestas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación de casos específicos.

Entre otras consideraciones, también implica pensar que estas consultas pueden ser ambulatorias o durante la internación, deben dirimir sensibilidades por parte de colegas médicos o paramédicos que se sientan cuestionados por una propuesta de segunda opinión, puede requerir confidencialidad por parte del paciente quien no quiere compartir que está solicitando una segunda opinión; por eso la recomendación, es que el auditor médico, quien debe decidir con un criterio basado en el paciente y no sólo en proveedor, ofrezca alternativas dentro del sistema y con los recursos disponibles o proponiendo otros que faciliten la resolución del problema.

Finalmente, esto pone foco en:

Paciente y necesidades: Cartilla de servicio ofrecidos en forma presencial y por localidad y aquellos servicios de Telemedicina.

Red Profesional: Acceso a interconsultas con especialistas, ya sea en forma presencial o en ateneos o vía telemática. Esto implica una red de consultores que puedan estar disponibles para la consulta y seguimiento de pacientes que hayan sido atendidos en otro prestador y requieran seguimiento a nivel local. Auditoría médica es quien conoce los recursos y sus niveles de complejidad para dar respuesta a las necesidades del paciente.

Todo esto implica conocer indicadores de solicitudes de segunda opinión y sus causas, comprendiendo las necesidades del derivador como así su perfil conductual relacionado al sistema de salud como un todo y también a la calidad de servicios ofrecidos y su aprobación por la comunidad. De hecho, el reclutamiento de proveedores que conceptualmente están alineados con los valores de la CSS y la inversión en educación en esos mismos proveedores es una tarea que debe realizarse. Esto requiere el desarrollo de perfiles de calidad, un rating de pacientes y entender las causas íntimas de derivación.

En determinados casos el médico tratante lo promoverá como parte de una búsqueda de eficiencia y calidad en la atención médica propuesta.

Deber ser considerada como una estrategia sana en la búsqueda razonada de alternativas científicamente validadas para las propuestas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación de casos específicos.

## **Disposiciones generales**

### **Objetivo**

1. Este Manual de Procedimientos tiene por objeto la regulación del ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en el ámbito de la CSS.

2. La emisión de la segunda opinión médica tendrá la finalidad de facilitar al paciente o a quien la haya solicitado una mayor información que afiance la seguridad de su decisión informada, consciente, participativa y autónoma, en el mantenimiento y cuidado de su salud y a efectos de prestar una mejor asistencia sanitaria.

#### **Definiciones.**

1. Segunda opinión médica: Emisión de un diagnóstico completo o una propuesta terapéutica mediante un informe facultativo, con el fin de contrastarlos y como consecuencia de la solicitud realizada por los usuarios o un facultativo de la CSS.
2. Enfermedad rara: Aquella potencialmente mortal o debilitante a largo plazo, con alto nivel de complejidad y que tiene una prevalencia inferior a cinco casos por diez mil habitantes.
3. Proceso asistencial: conjunto de actividades realizadas al paciente encaminadas a diagnosticar o tratar un problema de salud, enfermedad o patología concreta.
4. Procedimientos Invasivos: es aquel en el cual el cuerpo es "invadido" o penetrado con una aguja, una sonda, un dispositivo o un endoscopio o un evento quirúrgico
5. Interconsulta Médica: mecanismo de consulta entre profesionales médicos.
6. Telemedicina y Consulta telemática: consulta médica no presencial por vía de Tics.
7. Consulta médica: la consulta médica es un proceso centrado en la relación médico-paciente que busca brindar apoyo a las necesidades de salud-enfermedad, sufrimiento e incertidumbre que tiene el paciente cuando se ve afectada su integridad física, humana y emocional.

#### **Ámbito de aplicación.**

1. El ejercicio del derecho a la segunda opinión médica se garantiza a través de la organización y de los medios personales y materiales incluidos en la normativa regulatoria de la CSS y alcanza a todos los beneficiarios activos de la CSS (sujetos de derecho, ver abajo)
2. Podrá requerirse la emisión de una segunda opinión médica a centros o facultativos, pertenecientes a la Cartilla de Prestadores de la CSS, cuando así se considere necesario por las especiales circunstancias diagnósticas o terapéuticas que concurren en el caso, o sólo exista un centro o servicio con disponibilidad en la especialidad correspondiente, que además haya emitido la primera opinión médica.
3. Los requerimientos de 2da opinión fuera de la Provincia o de Prestadores fuera de Cartilla requiere de la intervención y autorización de la Auditoría médica o la Gerencia de prestaciones y siempre requiere de una opinión especializada local.
4. El médico de cabecera o en su defecto los médicos auditores explicarán al solicitante las modalidades más recomendadas para obtener esa segunda opinión ya sea ésta presencial o telemática.

#### **Sujetos del derecho.**

1. Podrán ejercitar el derecho a la segunda opinión médica los beneficiarios activos.
2. Para poder ejercer este derecho se precisará que el usuario tenga capacidad jurídica y de obrar suficiente, pudiendo también ejercitar el derecho su representante legal o persona expresamente autorizada.
3. En el supuesto de que el usuario estuviera imposibilitado para solicitar la segunda opinión médica y no tuviera representante legal o no hubiera conferido expresamente autorización a otra persona, podrán solicitar la segunda opinión médica:
  - Los familiares hasta tercer grado de afinidad o consanguinidad.
  - Su pareja de hecho, en las parejas estables no casadas. (evaluar si requiere legalmente que sea Unión estable)
  - En defecto de los anteriores, quienes justifiquen un interés legítimo en su obtención.

#### **Condiciones del ejercicio del derecho**

### Supuestos clínicos incluidos.

Los sujetos del derecho previstos podrán solicitar una segunda opinión médica, una vez que:

El proceso diagnóstico se haya completado, siempre que no requiera tratamiento urgente y su situación corresponda a alguno o algunos de los siguientes supuestos:

- a) Confirmación diagnóstica de enfermedad degenerativa progresiva sin tratamiento curativo o con tumoración del sistema nervioso central o de una enfermedad neoplásica maligna, incluido el melanoma. Se exceptúan los cánceres de piel.
- b) Confirmación diagnóstica de enfermedad inflamatoria intestinal, cuando el tratamiento propuesto sea inmunosupresor o quirúrgico.
- c) Confirmación de alternativas terapéuticas de neoplasias malignas, excepto los cánceres de piel que no sean el melanoma.
- d) Propuesta terapéutica para enfermedad coronaria avanzada de angioplastia simple o múltiple frente a cirugía cardíaca coronaria convencional.
- e) Propuesta de cirugía coronaria convencional en situación de riesgo, con o sin circulación extracorpórea, frente a otras técnicas de revascularización o trasplante.
- f) Cardiopatía congénita con indicación de cierre o ampliación de defecto congénito por técnica de cardiología intervencionista frente a cirugía convencional.
- g) Necesidad de trasplante
- h) Propuesta de tratamiento quirúrgico en escoliosis de grado mayor, idiopática o no idiopática
- i) Confirmación de diagnóstico de enfermedad rara o catastrófica.
- j) Enfermedades de origen genético
- k) Enfermedades autoinmunes con algún fallo orgánico activo.
- l) Enfermedades crónicas en tratamiento con evolución desfavorable por parámetros objetivos de laboratorio o imágenes.
- m) Intervenciones mutilantes programadas
- n) Necesidad de Equipamientos o implantes protésicos permanentes
- o) Necesidad de Ingreso al Programa de cuidados paliativos.
- p) Preparación previa a una eventual Derivación Programada
- q) Estudios que puedan realizarse técnicamente a nivel local y pueden informarse por especialista de otra localidad.

Aquellas condiciones que requieran una Derivación programada se acogerán a la Normativa de Derivaciones

Las consultas ambulatorias como cualquier práctica ambulatoria son pasibles de resolución telemática ya sea privada del paciente con el consultor o con apoyo profesional del médico de cabecera o un médico asignado para esa oportunidad por parte de la CSS.

### Límites al ejercicio del derecho.

1. El derecho a la segunda opinión médica sólo podrá ejercitarse una vez en cada proceso asistencial.

2. Las solicitudes de información que precisen los Juzgados y Tribunales, así como otras Administraciones Públicas en ejercicio legítimo de sus competencias deberán fundamentarse en el ordenamiento jurídico aplicable en cada caso y no en el derecho cuyo ejercicio regula este procedimiento.

3. El ejercicio del derecho regulado por este procedimiento no amparará las pretensiones destinadas a la aportación de informes o certificados médicos a

compañías aseguradoras de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (ART), u otras personas físicas o jurídicas, con fines distintos a los puramente asistenciales mencionados en el artículo anterior.

4. La libre elección de profesionales de cartilla debe basarse en la capacidad de resolución local según criterio médico y la evaluación de la calidad correspondiente. El deseo del paciente como motivo de segunda opinión podrá canalizarse, opcionalmente, vía telemática, ya que hay prestadores locales capacitados para resolver esa demanda, más el derecho a otra consulta por deseo, no implica el trámite de Derivación Programada.

#### Derecho de información

Los servicios de información y atención al usuario y los profesionales o Centros sanitarios de la CSS en los que se realice el diagnóstico o se prescriba el tratamiento sobre alguno de los supuestos mencionados arriba, informarán al usuario del derecho a una segunda opinión médica y del procedimiento regulado en este decreto y la forma de tramitarlo.

#### **Procedimiento**

##### Solicitud

1. Las solicitudes de una segunda opinión médica se ajustarán al modelo normalizado que figura como anexo a este Procedimiento, y su firma implica la autorización del paciente o del responsable solicitante, para que los profesionales puedan acceder a los datos de carácter personal contenidos en la historia clínica de aquél, de conformidad con lo previsto en la normativa reguladora de la protección de datos de carácter personal y de acceso a la historia clínica de los pacientes.

2. Las solicitudes se dirigirán a la Gerencia de Atención al Usuario, al mail [segundaopinion@css.org.ar](mailto:segundaopinion@css.org.ar) quien las derivará a Auditoría médica quien obtendrá la Historia Clínica del centro sanitario que haya diagnosticado la enfermedad o prescrito el tratamiento que pueda originar el derecho a una segunda opinión médica.

También se podrá presentar la solicitud en cualquiera de los lugares a los que se designen en forma física con una nota manuscrita que fundamente el pedido.

##### Tramitación y resolución.

1. Recibida la correspondiente solicitud, Auditoría médica, a través del médico asistente, previo informe del servicio sanitario que emitió el primer diagnóstico dictará resolución, que será notificada al beneficiario en el plazo máximo de 5 días hábiles a contar desde el siguiente a la presentación de la solicitud.

2. En el supuesto de aprobación de la solicitud, la resolución contendrá nominalmente el Centro sanitario y modalidad en el que se deberá emitir la segunda opinión y será notificada al solicitante.

La resolución señalará el Centro que el paciente haya escogido, respetando el orden de preferencia manifestado por el paciente o su responsable a cargo, pero siempre de acuerdo con los requisitos señalados en el artículo 2 y 3 de este procedimiento (ámbito de aplicación).

3. En el supuesto de desestimación de la segunda opinión, se notificará la resolución al interesado, ofreciendo una explicación satisfactoria y una alternativa de consulta para evacuar los motivos del pedido. Contra la mencionada resolución se podrá interponer un Recurso ante la Gerencia de Prestaciones de la CSS, la cual deberá ser respondida dentro de los 30 días posteriores a la solicitud.

4. Transcurrido el plazo máximo para resolver la solicitud de segunda opinión ésta se entenderá aprobada o aceptada y se procederá, sin más trámite, por parte del órgano competente, a designar el centro sanitario que elaborará el informe facultativo correspondiente a la segunda opinión.

5. Auditoría médica asigna Centro Sanitario, turno y profesional y tramita lo necesario

para su efectivización, ya sea en formato presencial, tomando cuenta del traslado y alojamiento como si fuera una derivación o bien por vía telemática con o sin asistencia profesional e indicando que debe contar con todos los elementos de consulta a mano, aun cuando se haya enviado previamente, por parte de auditoría médica, la información necesaria para una consulta exitosa por parte del consultor.

#### Emisión de segunda opinión.

La segunda opinión médica se emitirá siempre atendiendo a los informes y pruebas diagnósticas y terapéuticas contenidas en la historia clínica realizadas por el servicio que haya emitido el primer diagnóstico o propuesta terapéutica. No obstante, el paciente podrá ser citado si el centro que vaya a emitir la segunda opinión, considerase la necesidad de valorar presencialmente o de solicitar nuevas pruebas.

En todo caso, el informe de segunda opinión médica se emitirá en el plazo máximo de los 15 días siguientes a aquel en que se haya recibido la documentación clínica del paciente en el centro que vaya a emitir la segunda opinión, o, en su caso, a partir de aquel en que se haya practicado el reconocimiento o las nuevas pruebas al paciente.

En el informe de segunda opinión se indicará:

- a) Si se confirma o no el diagnóstico o tratamiento. En caso de que no se confirme el diagnóstico o tratamiento inicial, se emitirá el nuevo diagnóstico, con indicación del tratamiento propuesto o la nueva alternativa terapéutica.
- b) Propuestas de seguimiento a nivel local o recomendaciones para el médico tratante diferente del que emitió el dictamen.
- c) Programa terapéutico y de controles futuros, prevaleciendo en todos los casos el seguimiento local con supervisión telemática.

El informe de segunda opinión médica se comunicará al paciente, y se remitirá al servicio médico que emitió la primera opinión, para que se incorpore a la historia clínica del mismo.

En el caso de la consulta ambulatoria telemática el profesional adjuntará además un informe para auditoría de facturación como cierre de proceso.

Por tratarse de un acto médico el informe emitido es parte integral de la Historia clínica del paciente y requiere

#### Garantía de la atención sanitaria tras la segunda opinión médica.

1. La Gerencia de asistencia al afiliado garantizará al paciente la atención clínica precisa para el diagnóstico o el tratamiento propuesto en el informe final, siempre que esté incluida dentro de las prestaciones comprendidas en la cartera de servicios o prestaciones que obliga la Normativa vigente y tenga consenso profesional basado en la evidencia, estando prohibida la prestación de prácticas o tratamientos experimentales o no aprobados en el país.

2. Cuando el paciente reciba el informe de segunda opinión coincidente con el diagnóstico o con el tratamiento propuesto inicialmente, continuará recibiendo la atención sanitaria en el Centro Sanitario o por el profesional de la salud donde venía siendo atendido. Salvo que por razones personales desee elegir otro profesional de Cartilla portando la Historia clínica que le pertenece.

3. Cuando la segunda opinión médica difiera del diagnóstico o tratamiento propuesto inicialmente, el usuario, paciente o solicitante en su caso, una vez que haya sido informado, podrá elegir entre las diferentes alternativas diagnósticas o terapéuticas.

4. El informe de segunda opinión médica habrá de incorporarse a la historia clínica del paciente.

#### Gastos por desplazamiento, manutención y hospedaje.

Cuando para la emisión de la segunda opinión médica, o para la atención clínica derivada de ella, sea preciso el desplazamiento del paciente a un centro o servicio



distinto a aquél que emitió el primer diagnóstico o propuesta terapéutica, deberá evaluarse como si fuera una Derivación Programada con el criterio de complejidad ascendente.

## **Indicadores**

Población de referencia y causas de consulta

Pacientes de 2da opinión que resolvieron con la consulta a nivel local vs los que requirieron derivación

Nº de consultas ambulatorios / Telemáticas realizadas (pacientes que hacen la consulta con un consultor)

Nº de Consultas en internación (consultores que van a la internación)

Nº de Consultas por vía telemática totales

Diagnósticos prevalentes que requirieron 2da opinión

¿Causas?

Médicos que solicitan 2da opinión, o pacientes de y las localidades a las que pertenecen

Costos del Servicio según facturación

Derivaciones por causas ambulatorias entre períodos

## **Procedimientos de Auditoría:**

Rol del auditor médico de la CSS

Normas de funcionamiento, procedimientos, protocolos, criterios, etc.

Estructura formal y los procesos que efectúan las auditorías de la CSS (internas) y externas tanto en la provincia como fuera de ella.

Procesos de trabajo

Disponibilidad de RRHH afectados a estas tareas,

Recursos materiales.

Procesos de soporte tecnológicos: Software para análisis de casos y Tablero de control. Facturación de consultores

## Redes de consulta

Prestadores, especialistas y equipos de salud. Especialidades, Categorizaciones por especialidad o calidad o formas de pago

Circuitos de gestión administrativa.

## 2. Desarrollo de un Plan de Comunicación para mejorar la relación con los afiliados

### • INTRODUCCIÓN

La CSS cuenta con una Dirección de comunicación estratégica que comenzó su actividad en enero del 2021, con un plan de acción basado en tres puntos: redes sociales, medios de comunicación (que incluye entrevistas y gacetillas propias que impulsa la Secretaría de Medios del Gobierno de Santa Cruz) y comunicación interna (que consiste en un sistema de mailing que está discontinuado, meets abordando temas específicos en el personal y grupos de whatsapp).

La dirección está integrada por 2 personas: Constanza Ryan (dirección) y Emiliano Nuñez (diseño). No posee mapa de flujo comunicacional, públicos internos ni públicos externos.

### 1 DIAGNÓSTICO COMUNICACIÓN CON AFILIADOS

El diagnóstico de situación se compone de la observación y análisis de los métodos, canales e información pública disponible, de los resultados del informe solicitado en el primer cuestionario y de los intercambios mediante entrevistas con la Directora de Comunicación de la Caja, Constanza Ryan.

A continuación, se listan los puntos diagnosticados en los respectivos apartados:

- Atención presencial en delegaciones (18): Río Gallegos, Caleta Olivia, CABA, 28 de Noviembre, Río Turbio, El Calafate, El Chaltén, Tres Lagos, Piedra Buena, Pto. Santa Cruz, Pto. San Julián, Gdor. Gregores, Puerto Deseado, Jaramillo, Pico Truncado, Las Heras, Perito Moreno, Los Antiguos.
- WhatsApp: cuentas personales y/o business bajo números y equipos de la organización. No hay unificación en cuanto tipo de cuenta, descripciones, imagen de perfil, estructura de armado, respuestas automáticas, estilo de redacción. Este

formato de atención surgió con la pandemia y la organización brindó equipos y números por área para resolver las necesidades de los afiliados dentro de dicho marco.

- Mails: canal no regulado. Cada área posee mail oficial y casillas que se abren aleatoriamente según criterio/necesidad de cada empleado. No hay registro ni control de estas casillas.
- Redes Sociales: interacción vía Facebook, Instagram, YouTube y Twitter, de escaso alcance.
- Sitio Web: presenta desarrollo de contenidos por tema no observándose un criterio de prioridades y navegación por objetivos del usuario (UI/UX).

Se observa gestión de contenido y desarrollo de imagen institucional. No se observa una estrategia de comunicación integral adaptada por canal y usabilidad de los mismos.

### 1.1 Circuito de la comunicación con el afiliado

Dentro de las dos oficinas principales: dependencia Sur Río Gallegos y dependencia Norte Caleta Olivia, existen seis áreas de atención al afiliado:

- Afiliaciones
- Auditoría farmacéutica
- Auditoría médica
- Derivaciones
- Convenios interprovinciales
- Auditoría bioquímica

Cada área tiene su propio canal de comunicación con el afiliado

- atención presencial
- número de whatsapp
- casilla de mail

En las restantes (15) dependencias de toda la provincia la atención es presencial y vía teléfono fijo. El empleado toma la solicitud del afiliado y luego:

- Lo envía mediante los canales mencionados al personal en la delegación central que corresponda (norte o sur).
- Resuelve trámites presenciales en la propia delegación: reintegros y afiliaciones.
- Intenta resolverlo utilizando canales informales. En estos casos el tiempo de respuesta es mayor, genera que el trámite se extienda en tiempo, se desgasten recursos y no siempre el caso se resuelve de forma positiva.

Notas y observaciones:

- Hay trámites que pueden realizarse 100% de forma virtual y otros que requieren la presentación documentación en original por lo que son rigurosamente de resolución presencial en delegación.
- Dependiendo del tipo de consulta, el afiliado debe contactarse con números y mails correspondientes al área específica. Por lo que si el afiliado posee una consulta de farmacia y otra de reintegros, por ejemplo, debe realizar los trámites por dos vías separadas. Esto afecta a la optimización de recursos de la CSS y repercute en la imagen que el afiliado construye de la CSS. Se muestra parcelada, dividida y con altos niveles de burocracia perceptibles.
- Los agentes de salud que atienden y responden las consultas de los afiliados no tienen acceso a un reporte histórico. No hay registro ni seguimiento de trámites, pedidos y/o consultas. Denota una despersonalización, desgaste de la imagen, desgaste de recursos: debe rastrearse en caso de que se pueda la situación y/o el agente de salud pedir toda la información completa en cada nuevo contacto.
- No cuentan con manual de inducción o guía sobre flujos de comunicación: mapeo de consulta sobre responsables por área, tema y medio de contacto que permita a los agentes de salud identificar cómo y a quién derivar un caso según la necesidad, ubicación, etc.

#### Recomendaciones:

Frente a dichas observaciones se recomienda crear un documento que establezca el listado de trámites presenciales y digitales para incluir en las futuras campañas de comunicación interna.

Con respecto a los puntos 2, 3 y 4, prevén ser solucionados con la creación de la APP que comenzará a registrar las solicitudes del afiliado, historial y documentos pudiendo ser una base de consulta para el área necesaria.

### 1.2 Identidad Visual, tono y discurso

La CSS cuenta con Manual de Marca establecido donde se registran los puntos necesarios para llevar adelante la imagen institucional. En cuanto a constitución (colorimetría, tipografías e imagen general) se alinea con los objetivos que persigue la institución.

El tono del mensaje y discurso es claro, simple y cercano.

En cuanto a este ítem se consideran recomendaciones de aplicación en la construcción de piezas:

Contraste: se observa la necesidad de reforzar el uso de contraste en los colores de fondo y tipografía en las piezas donde el texto supera el 30% del espacio.

Reducir la cantidad de texto, aumentar el contraste entre el texto y fondo para

potenciar una mejor lectura sobre todo en versión digital y celular. <sup>1</sup>

### 1.3 Comunicación con el afiliado canales digitales

Al ingresar a la página web de la CSS un pop-up le indica al afiliado las vías de contacto y horarios para agilizar sus trámites. El relevamiento de las cuentas allí mencionadas arroja el siguiente resultado:

#### 1.3.1 Whatsapp

##### 1. Afiliaciones

Número: 2966-639256

Cuenta de empresa

“DIRECCIÓN AFILIACIONES C. S. S.”

Foto de perfil: Logo de la caja y bajada “Afiliaciones CSS”

Catálogo: tienen dos placas, una informando sobre la atención al público y dónde obtener un turno y sobre la cobertura para hijos”

En la descripción indica la dirección de la sede, la web y el mail de contacto.<sup>2</sup>

##### 2. Auditoría Médica

###### a) Zona Sur

Número: 2966-748122

Cuenta particular

Foto de perfil: Logo de la caja y bajada “Auditoría Médica Zona Sur”

Estado: “SOLO MSJ.. NO SE RECIBEN AUDIOS NI LLAMADAS.. HORARIOS DE 8:00 HASTA 13.30.”<sup>3</sup>

###### b) Zona Norte

Número: 297-4371240

Cuenta particular

Foto de perfil: tiene una foto de una hoja impresa con vías de comunicación muy poco legibles.<sup>4</sup>

##### 3. Derivaciones

###### a) Zona Sur

Número: 2966-343976

Cuenta particular

Foto de perfil: Logo de la caja y bajada “Derivaciones CSS”

---

<sup>1</sup> Ver anexo 1; figura 1.1-1.2

<sup>2</sup> Ver anexo 2; figura 2.1-2.4

<sup>3</sup> Ver anexo 2; figura 2.5

<sup>4</sup> Ver anexo 2; figura 2.6

Estado: “Disponible”<sup>5</sup>

b) Zona Norte

Número: 297-4371240

Cuenta particular

Foto de perfil: Información sobre la Delegación de Caleta Olivia - mails de contacto de Afiliaciones, derivaciones, compras, administración, farmacia, servicios sociales, auditoría bioquímica.

Estado: “Derivaciones CSS CO- URGENCIAS. Consultas: [derivacionescaletaolivia@gmail.com](mailto:derivacionescaletaolivia@gmail.com)”<sup>6</sup>

4. Auditoría Farmacéutica

a) Zona Sur

Número: 2966-626026

“Auditoría Farmacéutica”

Cuenta de empresa

Foto de perfil: Logo de la caja y bajada “Auditoría Farmacéutica Zona Sur CSS”

Estado: “NO SE RECIBEN LLAMADAS NI AUDIOS”

Catálogo: tienen dos placas, una sobre la ley de genéricos y otra sobre recomendaciones para comunicarse por whatsapp”

En la descripción indica el horario de atención de whatsapp.<sup>7</sup>

b) Zona Norte

Número: 297-6236137

Cuenta particular

Foto de perfil: Logo no actualizado de la CSS

Estado: “En el trabajo”<sup>8</sup>

5. Bioquímica

Número: 2966-690143

Cuenta de empresa

“AUDITORÍA BIOQUÍMICA”

Foto de perfil: Logo de la caja y bajada “Auditoría Bioquímica CSS”

Estado: “No puedo hablar, solo WhatsApp”

Catálogo: no tienen información

En la descripción indica el horario de atención por whatsapp.<sup>9</sup>

---

<sup>5</sup> Ver anexo 2; figura 2.7

<sup>6</sup> Ver anexo 2; figura 2.8

<sup>7</sup> Ver anexo 2; figura 2.9-2.12

<sup>8</sup> Ver anexo 2; figura 2.13

<sup>9</sup> Ver anexo 2; figura 2.14-2.15

## 6. Convenios Interprovinciales

Número: 2966-626181

Cuenta particular

“CONVENIOS CSS”

Foto de perfil: Logo de la caja y bajada “Convenios Interprovinciales”<sup>10</sup>

### Recomendaciones

Todas las cuentas de WhatsApp de atención deben ser categoría empresa, contar con foto de perfil con el logo actualizado de la CSS con la bajada del área particular de atención, en el catálogo debe incluir información relevante del área de atención (campañas, accesos a diversos enlaces, etc.) incluir el link a la web, el horario de atención y localización.

#### 1.3.2 Sitio Web: [www.css.gov.ar](http://www.css.gov.ar)

Implementado en 2016, realizado bajo el constructor Wordpress.

Se releva que el sitio no cuenta con estadísticas de medición de navegación como volumen de visitantes, segmentos o rutas más consultadas.

Se recomienda instalar métodos analíticos, cookies y/o píxeles de conversión que permitan recolectar información estadística para ser utilizada posteriormente en decisiones estratégicas de formato y estructura de las comunicaciones basadas en el requerimiento real del afiliado. Conocer estadísticamente cómo el usuario navega y utiliza la web permite tomar decisiones basadas en requerimientos reales.

Se observa la necesidad de establecer un sistema de links donde el usuario pueda dirigirse a la información bajo una navegación fluida e intuitiva, deben actualizarse link de accesos directos (teléfonos, emails y WhatsApp), mapas.

Se recomienda una reestructuración del contenido y estructura de navegación de la web bajo estrategia de experiencia de usuario como prioridad y considerando un canal de open data una vez establecida la App. De esta forma el sitio cumplirá una función intermedia entre los afiliados y la App. El sitio debe contener toda la información necesaria que redirija al afiliado a la App y/o brindar información de contacto y apoyo al afiliado mediante uso de links.

### Recomendaciones de diseño:

Se respeta el manual de marca enviado por la correspondiente dirección, no amerita menciones.

Cuidar la calidad de los PGJ, PNJ o similares utilizados como pop-up. Se

---

<sup>10</sup>Ver anexo 2; figura 2.16

observa material despixelado.<sup>11</sup>

Recomendaciones de estructura:

Menús: menú principal, secundario y display del buscador.

- Menú principal priorizar ítems con mayor volumen de consultas respondiendo a la necesidad del afiliado: ej. turnos, farmacia, afiliaciones.
- Menú inferior utilizar un footer con menú completo fijo (mapa completo del sitio) donde el usuario pueda encontrar el link directo al tipo de información que busca.
- Buscador: colocar en los patrones de búsqueda los ítems que se identifiquen como de mayor consulta (turnos, farmacia, afiliaciones, por ejemplo) y arrojar los links de interés. Actualmente el buscador remite a notas de la página blog. Se recomienda dejar el blog como apartado de "novedades" sin que este contenido interfiera en la búsqueda de una solución ante un problema, consulta o urgencia de un afiliado.
- Links de contacto: En lo que refiere a medios de contacto se recomienda establecer un sistema de links para que el afiliado logre un enlace directo y rápido con el área que desea comunicarse. Actualmente los datos se muestran como una imagen dentro de la web, no permitiendo realizar acciones de acceso directo o copiar para llevar la información a otro espacio.<sup>12</sup>

Se sugiere aplicar estos cambios ya que permiten una conexión directa del afiliado con la acción que desea resolver. Se sugiere el uso de emoticones, flechas, indicaciones visuales que indiquen el tipo de canal. A su vez, redactar los textos centrados izquierda- derecha, con mayor espacio entre líneas, para favorecer la lectura y entendimiento de la información. Asimismo, sería importante revisar que mapas y enlaces carguen correctamente. En la sección de Delegaciones, hay error al cargar mapa<sup>13</sup>. En el caso de El Chaltén se incluyen fotos de la delegación. Se recomienda unificar colocando material fotográfico de la totalidad de las delegaciones.

En la sección de contacto el mapa no carga correctamente.<sup>14</sup>

Al ingresar a la web aparece un pop-up que indica "Esperamos tu whatsapp", pero no en todas las secciones hay un número de whatsapp como medio de contacto. En Odontología, Consultorios Externos, Operativa y Fonoaudiología se ofrece únicamente una dirección de e-mail.<sup>15</sup>

---

<sup>11</sup> ver anexo 3; figura 3.1

<sup>12</sup> ver anexo 3; figura 3.2-3.3

<sup>13</sup> ver anexo 3; figura 3.4

<sup>14</sup> ver anexo 3; figura 3.5

<sup>15</sup> ver anexo 3; figura 3.6



- Nube de palabras: se realizó un análisis del contenido textual concluyendo que, la información textual en sí misma, compone un acierto homogéneo y certero de temas. Posicionando a la web dentro de los objetivos buscados. Por lo que, esto nos permite concluir que el material en sí mismo es correcto, debiendo realizarse ajustes de criterios de navegación, diseño de la información y prioridades de la misma, entre otros puntos nombrados anteriormente.<sup>16</sup>
- Evaluación de construcción/programación: el sitio presenta la evaluación más baja en cuanto relación: tiempo de carga, estructura, respuestas, etc. Siendo A una evaluación óptima y F la evaluación más baja. Se recomienda revisar antivirus, tamaños de imágenes, plugs, cache, hosting, etc. y toda cuestión relativa a la construcción de un WP que solo puede ser relevada teniendo acceso al CPanel del admin del constructor mencionado.<sup>17</sup>

### 1.3.3 Redes sociales

El contenido de los canales se produce desde la Dirección de Comunicación que ejecuta una planificación de material bajo los conceptos antes mencionados: calendario de salud, actualidad de la Obra Social y gacetillas.

Actualmente la CSS posee cuentas activas en las siguientes redes sociales<sup>18</sup>:

- Instagram <https://www.instagram.com/csasantacruz>
- Facebook <https://www.facebook.com/csasantacruz>
- Twitter [https://twitter.com/css\\_santacruz](https://twitter.com/css_santacruz)
- YouTube

<https://www.youtube.com/channel/UCskIRdotWu67YEnPXC6wqXg>

Red Social	Primer Post	Seguidores	Posts/Archivos Totales	Tasa engagement <sup>19</sup> (alcance)
Instagram	21 julio 2020	1396	499	2.4%

<sup>16</sup> ver anexo 3; figura 3.7

<sup>17</sup> ver anexo 3; figura 3.8-3.10

<sup>18</sup> ver anexo 4; figura 4.1-4.4

<sup>19</sup> Tasa de engagement: promedio de likes de últimas 10 publicaciones/seguidores de c/ plataforma (likes/seguidores) x100.

Facebook	13 enero 2021	5278	798	1.4%
Twitter	8 febrero 2021	134	68	0%
YouTube	12 abril 2021	71	19	26.7%

\*20

#### Diagnóstico de situación:

De acuerdo a los datos analizados y la observación de las plataformas se obtienen los siguientes resultados.

- Configuración técnica: correcta.
- Imagen y diseño: manual de marca aplicado. Ver recomendaciones.
- Contenido textual: completo, correcto. La información en sí misma es completa.
- Estructura de copys: no se observa una estructura de escritura establecida. Emoticones: uso esporádico. No se observa estructura estratégica continua. Ver recomendaciones.

#### Elementos de alcance:

- Historias diarias: uso de historias de forma diaria en el período relevado (febrero - marzo 2022)
- Historias destacadas: existentes, se pueden optimizar. Ver recomendaciones.
- Enlaces: no se observa uso de enlaces en historias y en posteos de forma intermitente que permitan linkear con los sitios de interés. Ver recomendaciones.
- Hashtags: no se observa aplicación estratégica.
- Interacción: comentarios, seguidores por parte de la CSS, correcto. Se responden los comentarios y la tasa de seguidores/seguidos es correcta.
- Engagement: según criterios de aceptación académica sobre mediciones en canales digitales el engagement rate arriba del 10% se cuenta como bueno/aceptable para cubrir con los objetivos en canales digitales.
- Omnicanalidad: todas las redes envían al usuario al sitio web. Si el objetivo de la CSS es encauzar a sus afiliados a dicho canal, el redireccionamiento es correcto. (Ver recomendaciones de mejora del sitio web).

#### Recomendaciones:

---

<sup>20</sup> Números y enlaces diagnosticados al 3 de marzo de 2022 a las 12.25hs.

- Imagen y diseño: en posteos alinear textos siempre a izquierda para favorecer la lectura, respetar márgenes y tamaños recomendados para cada red social y tipo de contenido. En igual caso que la recomendación realizada para el sitio web, se sugiere que el diseño pase a segundo plano focalizando la importancia en la información. Se recomienda no utilizar el logo en cada posteo, salvo portadas o cierres, ya que el usuario ya sabe que está dentro de una red social de la institución. Esto solo provoca una reducción de espacios y saturación visual.

Se recomienda aplicar un mayor contraste entre letras y fondos para favorecer la lectura. En posteos realizados anteriormente,<sup>21</sup> se observa un trabajo de diseño más sencillo pero una lectura más favorable, viéndose el resultado en la interacción de la publicación.

- Estructura de copys: en cuanto al contenido puro de la información se considera que es correcto ya que brinda datos necesarios, informa y educa sobre los distintos temas tratados. Se recomienda trabajar sobre la gestión del formato de presentación de dicho contenido adaptando su estructura a la modalidad efectiva de su uso en redes sociales.

Estructura sugerida: título gancho (espacio) descripción (espacio) beneficio/alivio/posibilidad (espacio) call to action (espacio) estructura de hashtags correspondiente.

Utilizar emoticones ya que remiten directamente como lenguaje no verbal y potencian el alcance del texto. Se recomienda utilizar emoticones que sean de referencia directa (gestos de manos, caras con expresiones) y siempre que sea posible en positivo.

Este formato de presentación también pretende generar contenido "guardable" lo que potencia el crecimiento, mejora el alcance y genera un sentido de utilidad y pertinencia del usuario con la institución.

Crear estructuras estables de escritura y elementos visuales para aumentar el reconocimiento y posicionamiento de la Institución en la mente de los usuarios por identificación y repetición. Se sugiere crear esta estructura y adaptar el contenido a la misma.

Elementos de alcance:

- Historias diarias: además de compartir la información actual se recomienda crear una planificación diaria para utilizar un ideal de cinco (5) historias diarias. Este número favorece el alcance y crecimiento. Aplicar siempre y cuando exista contenido de valor para compartir y pueda establecerse en una matriz de publicaciones planificadas. EJ: lunes: información de turnos / martes:

---

<sup>21</sup> ver anexo 4; figura 4.5-4.6

encuestas sobre servicio XX / miércoles: novedades de la semana / jueves: recomendaciones sobre campañas activas, etc.

- Historias destacadas: se recomienda utilizar una menor cantidad de destacadas, ideal cinco, ya que es la cantidad de burbujas visibles en la mayoría de los dispositivos móviles. Dentro de cada destacada no sobrepasar las diez (10) ya que el tiempo estimado de visita total de un usuario a un canal es de un minuto y medio (1.30) minutos, en ese lapso el usuario debe revisar: datos en biografía + historias destacadas. De esta forma se maximiza su uso y cumplen la función de ser canales de información donde el usuario puede acceder rápidamente a las dudas/consultas más frecuentes. Utilizar enlaces en las mismas.

- Uso de enlaces: se recomienda maximizar su uso en: historias, historias destacadas, post de facebook y descripción de YouTube (se observan insertos pero no activos, esto puede deberse a errores de tipeo, se recomienda utilizar doble espacio cuando se escriben enlaces para activarlos). No deben utilizarse enlaces en espacios donde no se puede clicar, ya que solo genera frustración en el usuario por no poder llevar adelante una acción propuesta. Resumen: usar enlaces en cada espacio posible y evitarlos en espacios nulos (copsys de Instagram, diseños dentro de placas, etc).<sup>22</sup>

- Hashtags: se observa el uso de # propios de posicionamiento, se recomienda continuar con dicha estrategia y sumar # de posicionamiento de nicho según el tema tratado. Establecer un criterio de # altos (+1M), medios (+100.000) y bajos (- 10.000). Utilizar entre 20/25. Medir y evaluar.

- Engagement: se recomienda trabajar sobre la estructura de contenido y recomendaciones arriba enunciadas para aumentar esta tasa de forma orgánica. Considerar que es un punto recomendable apalancar los crecimientos con pautas pagas en caso de que se considere. Un engagement equilibrado se construye con 50% de trabajo realizado de forma orgánica y un 50% de apalancamiento de forma paga respetando la construcción del algoritmo que así se conforma.

#### 1.4 Conclusiones generales sobre comunicación con afiliados

El diagnóstico sobre la CSS arroja las siguientes conclusiones finales en cuanto a canales, procedimientos, información e imagen de la Institución en su relación vincular con afiliados y la comunidad.

##### **Contenido: calidad de contenido óptimo.**

Entendiendo por contenido a las redacciones textuales y materiales audiovisuales, información dura, necesaria, datos, explicaciones de utilidad para el

---

<sup>22</sup> ver anexo 4; figura 4.7-4.9

afiliado, se considera que toda la información necesaria se encuentra al alcance del afiliado. Se observa una línea estratégica de creación de material alineadas a los objetivos planteados por la Institución.

**Usabilidad: establecer nuevo criterio de presentación del contenido.**

Se observa que el contenido está presente de forma reactiva: es colocado a disposición y espera de la reacción/respuesta del afiliado. La información se presenta con nivel de escritura que incluye especificaciones y lenguaje técnico que podría ser simplificado para favorecer el proceso de identificación con el afiliado. Se recomienda reducir la cantidad de caracteres utilizados. Se recomienda la reubicación del contenido, re diseñar la ruta y accesos de comunicación bajo perspectiva de experiencia de usuario, priorizando temas de interés/necesidades del afiliado.

**Diseño:**

Las piezas y canales relevados, en general, respetan los lineamientos de marca. Se observa que el diseño está por sobre la información, por ello recomendamos rotar la estrategia de foco sobre la información. El diseño debe ser funcional a la información.

En resumen, se observa una estructura comunicacional interna y externa mixta compuesta por estrategias y canales formales e informales surgidos en la sinergia natural del crecimiento institucional y costumbres devenidas de las necesidades de atención y resolución donde cada área de atención al afiliado ha generado sus propios criterios. Para alcanzar los objetivos propuestos en el presente trabajo se recomienda aplicar una estrategia compuesta por dos segmentos. En primer lugar, comenzar con una estrategia transversal de comunicación mediante un plan de acciones que llamaremos "puente" ya que unirán los momentos entre la presencialidad actual y la digitalización esperada. Esta primera etapa se focaliza en establecer vínculos, reforzar sentido de pertenencia, cercanía y basarse en contenido educacional segmentado por público objetivo. En segunda instancia, se aplicará un modelo de digitalización que aportará transparencia y rapidez focalizando el contenido en procesos, calidad de atención y respuesta.

## 2 COMUNICACIÓN CON LA COMUNIDAD

El objetivo de esta sección es profundizar en el entendimiento del proceso de comunicación con el afiliado, lo cual implica, entre otras cosas, ahondar en el diagnóstico. Por tal razón se realizaron dos encuestas: la primera, dirigida a los afiliados y la segunda, dirigida a los empleados que tienen contacto directo con los afiliados.

La primera encuesta tiene como finalidad conocer la percepción que los afiliados tienen de la Institución en general y sobre los puntos de conflicto. Esto permitirá evaluar oportunidades de mejora. En este sentido, se considerará la información cualitativa y

cuantitativa recolectada como fuente de análisis a la hora de plantear acciones y tareas dentro del nuevo plan de comunicación. Cabe destacar que conocer la opinión del afiliado fortalece los vínculos y genera nuevos espacios de interacción, además, si se complementa con prácticas posteriores, refuerza el sentido de pertenencia y escucha.

La herramienta está compuesta por nueve preguntas cerradas (cuantitativas) y una pregunta abierta de caracteres limitados (cualitativa). Se compone de tres bloques de preguntas: 1) de estructura; 2) de procesos y 3) de percepción.

Roberto Hernández Sampieri explica en “Metodología de la Investigación” (1) que el enfoque cuantitativo es secuencial y probatorio. El investigador plantea un problema de estudio delimitado y concreto sobre el fenómeno, aunque en evolución. Las preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas, en este caso sobre el proceso de comunicación con el afiliado.

Una vez planteado el problema de estudio, el investigador considera lo que se ha investigado anteriormente, en este caso en el capítulo anterior de diagnóstico, del cual derivan una o varias hipótesis (cuestiones que va a examinar si son ciertas o no) y las somete a prueba mediante el empleo de diseños de investigación apropiados. Si los resultados corroboran las hipótesis o son congruentes con éstas, se aporta evidencia a su favor. Si se refutan, se descartan en busca de mejores explicaciones y nuevas hipótesis. Al apoyar las hipótesis se genera confianza en la teoría que las sustenta. Si no es así, se rechazan las hipótesis y, eventualmente, la teoría.

Lo que se busca corroborar en este trabajo es que los afiliados conocen y utilizan todos los canales de comunicación existentes de la CSS. Por otro lado, se busca comprender si actualmente la atención vía whatsapp es el medio utilizado en mayor medida por los afiliados. Finalmente, se intenta reconocer la percepción que los afiliados tienen de la atención recibida, si es buena o muy buena.

Además, se incluye una pregunta cualitativa con el objetivo de explorar comentarios y sugerencias de los afiliados. En este caso, el diseño de la investigación es abierto y flexible. La idea de la pregunta cualitativa no es probar sino generar una hipótesis una vez que se analicen las respuestas recibidas. El enfoque se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados ni predeterminados completamente. Tal recolección consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos más bien subjetivos).

La recolección de los datos está orientada a proveer de un mayor entendimiento de los significados y experiencias de las personas y la recolección cuantitativa de los datos se fundamenta en la medición (se miden las variables o conceptos contenidos en las hipótesis). Esta recolección se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados. Para que una investigación sea creíble, debe demostrarse que se siguieron tales procedimientos. Como en este enfoque se pretende medir, los fenómenos estudiados deben poder observarse o referirse al “mundo real”. En este caso, la encuesta se hará en un formulario de google form y será enviada mediante redes sociales, canales de WhatsApp y listado de mails que cuenta la Dirección de Comunicación de la CSS con el fin de llegar a la mayor cantidad de afiliados posibles.

La segunda encuesta será enviada a los empleados que cumplen la función de atención al afiliado con el objetivo de captar cómo el empleado percibe la atención que brinda, el grado de capacitación y las herramientas con las que cuenta para llevar a cabo su trabajo satisfactoriamente.

La herramienta en este caso está compuesta por diez preguntas cerradas (cuantitativas), una pregunta abierta de caracteres limitados (cualitativa). Se compone de tres bloques de preguntas: 1) de estructura; 2) de procesos y 3) de percepción.

Se busca corroborar que los empleados cuentan con la capacitación y herramientas adecuadas para llevar adelante una atención al cliente satisfactoria. Por otro lado, la pregunta cualitativa busca recabar información sobre oportunidades de mejora que los empleados hayan detectado gracias a la interacción permanente con los afiliados.

La misma se realizará en formato de google form y será enviada por mail a todos los empleados de la CSS que tengan un rol de atención al afiliado.

Finalmente, sobre la base de la información recabada en esta instancia, se sugiere seguir profundizando el análisis y realizar un seguimiento de potenciales cambios que vayan surgiendo a través de futuras encuestas.

## 2.1 Análisis de resultados de las encuestas

### 2.1.1 Comunicación con afiliados

A continuación se presenta el análisis de la encuesta enviada a los afiliados de la CSS. Se obtuvieron 276 respuestas cuantitativas y 176 respuestas cualitativas. El lapso de distribución del instrumento de recolección comprende el período desde el 25/07/2022 al 11/11/2022, fecha seleccionada de corte para la realización del presente análisis.

#### 2.1.1.1 Análisis de datos cuantitativos

Hipótesis:

- Los afiliados conocen y utilizan todos los canales de comunicación existentes de la CSS.
- Actualmente la atención vía WhatsApp es el medio utilizado en mayor medida por los afiliados.
- Los afiliados tienen una buena percepción de la CSS.

Datos recolectados de 276 respuestas recibidas, de las cuales se observa:

- Población, segmentación etaria  
44.6% de 45 a 65 años  
30.4% de 36 a 44 años



15.9% de 27 a 35 años

6.9% de +65 años

1.4% de 21 a 26 años

0.7% menor de 21 años

- Género

Con respecto al género, el 72.1% se identifica como femenino y el 27.9% como masculino.

- Delegaciones requeridas por los afiliados

El orden de las Delegaciones mencionadas con las cuales los afiliados se comunican mayor frecuencia son:

57.2% Río Gallegos

13% Caleta Olivia

4% Puerto Deseado

3.3% El Chaltén, Pto. San Julián, Río Turbio

2.9% Calafate

1.8% CABA, Las Heras, Perito Moreno, Los Antiguos, Gdor. Gregores

1.4% Pico Truncado

1.1% 28 de Noviembre

0.7% Piedra Buena, Pto. Santa Cruz

El restante de las delegaciones no respondieron la encuesta.

- Medios de comunicación usados por los afiliados

45.7% acude en persona a la delegación

40.9% utiliza whatsapp

4.7% redes sociales; otros medios

4% mail

- Frecuencia en la realización de trámites

El 65.2% mayoritario se reparte en los siguientes trámites, que los afiliados indican realizan con mayor frecuencia:

23.9% consultorios externos; derivaciones

17.4% auditoría médica

Canales de Comunicación:

- Conocimiento del sitio web

65.9% si lo conoce

34.1% no lo conoce

- Conocimiento de las redes sociales

61.6% si las conoce

38.4% no las conoce



#### Valoraciones / Percepciones:

- Percepción de facilidad y usabilidad de la información: "¿Encontrás fácil nuestra información cuando la necesitás?"

59.1% a veces

26.1% nunca

14.9% siempre

- Percepción de calidad: "¿Cómo evaluarías nuestra atención? En una escala de 1 a 5 donde 5 es muy bueno y 1 es muy mala."

27.2% buena (4/5 puntos)

23.2% regular (3/5 puntos)

20.3% muy mala (1/5 puntos)

15.9% muy buena (5/5 puntos)

13.4% mala (2/5 puntos)

### **Conclusiones cuantitativas de encuesta a afiliados**

#### Hipótesis

- Los afiliados conocen y utilizan todos los canales de comunicación existentes de la CSS. Estado: refutada.
- Actualmente la atención vía WhatsApp es el medio utilizado en mayor medida por los afiliados. Estado: refutada
- Los afiliados tienen una buena percepción de la CSS. Estado: correcta

La mayoría de los afiliados que accedieron a la encuesta se encuentran entre los 36 y 65 años de edad. Se observa poca participación del segmento etario menor a 27 años. Es importante resaltar este punto ya que es un segmento nativo que utiliza medios digitales pudiendo ser los enlaces informativos y funcionales entre sus padres/abuelos/adultos mayores a cargo y sus necesidades relacionadas a la CSS.

Con respecto al género, se observa mayoritaria participación del público femenino. Se sugiere comparar esta tasa con los registros de afiliados de la CSS para conocer si el porcentaje es acorde o, en tal caso, existe una mayor participación y compromiso del público femenino. Esta información permitirá tomar decisiones en cuanto a campañas y formas de comunicación de las mismas (tono y mensaje).

En cuanto a las delegaciones a las que acuden los afiliados, las que poseen mayor afluencia se corresponden a las casas principales (Río Gallegos, Caleta Olivia y C.A.B.A.), siendo Río Gallegos la que acumula la mayor cantidad de visitas. Esta relación se observa nuevamente en cuanto al tipo de contacto indicado por los afiliados con la CSS donde la mayoría respondió que acuden en forma presencial a las

delegaciones.

Con respecto a la tasa de conocimiento de los canales digitales se observa que la mitad de los encuestados afirman conocerlos. En relación a la "facilidad y usabilidad" de la información disponible en los canales digitales, la mitad de dichos afiliados indican que presentan problemas a la hora de encontrar información necesaria.

Con respecto a la tasa de "percepción de calidad", la CSS posee una imagen positiva del 43.1%<sup>23</sup>, imagen negativa del 33.7%<sup>24</sup> y una tasa neutral<sup>25</sup> de un 23.2% por parte de los afiliados.

Se presentan propuestas de mejora y optimización de estrategias comunicacionales en el punto 2.1.3. "Propuestas de mejora finales".

#### 2.1.1.2 Análisis de datos cualitativos

Como se mencionó anteriormente, la pregunta cualitativa tiene como objetivo explorar comentarios y sugerencias de los afiliados. Una gran cantidad de comentarios se centran en la falta de información y falta de respuesta que perciben de parte de la CSS. Algunos de los comentarios que demuestran este punto son:

*"No responden en tiempo y forma. Hay que pedirles por favor que te den una solución y aun así no lo hacen enseguida."; "no hay info actualizada sobre prestadores ni buena comunicación sobre beneficios y formas de acceder a ellos o referente a los trámites que se deben realizar"; "Actualizar contactos, números correos etc, de los profesionales o prestadores."*

Es importante entender la razón por la que los empleados de atención al cliente no responden rápidamente a las consultas de los afiliados. Una de las causas puede ser por el hecho de que los empleados no cuentan con la información y tienen que consultar la respuesta internamente a otra área y el proceso no es rápido. En ese caso, sería bueno revisar el proceso interno de derivación de respuestas para intentar hacerlo más fluido.

En lo que refiere a la actualización de la información, es importante actualizar la información en todos los canales y, en caso de que haya cambios sustanciales en la información, poder comunicar proactivamente a los afiliados la nueva información, ya sea por mail o whatsapp. A su vez, es importante que los afiliados tengan acceso

---

<sup>23</sup> Para la imagen positiva se consideran las respuestas que indican que la atención es buena y muy buena.

<sup>24</sup> Para la imagen negativa se consideran las respuestas que indican que la atención es mala y muy mala.

<sup>25</sup> Para la imagen neutral se consideran las respuestas que indican que la atención es regular.

rápido y claro a los canales de atención.

Otro punto que muchos afiliados mencionan en la pregunta abierta es la atención por whatsapp. Según los resultados de la encuesta cuantitativa, whatsapp es el segundo canal más utilizado por los usuarios, luego de la atención en las delegaciones. Las respuestas cualitativas indican que muchos usuarios reciben una mala atención por este medio: *“Por whatsapp hemos enviado estudios para autorizar y demoran ni te dan las respuestas en pandemia fue terrible la mala atención”*; *“Te clavan el visto en el WhatsApp no te dan la info completa”*; *Contesten whatsapp porque sino no sirve que lo pongan como medio de comunicación”*

Teniendo en cuenta que whatsapp es uno de los medios principales de atención al cliente, es importante brindar un buen servicio por este medio. Además, si se brinda un buen servicio, será posible descongestionar la atención presencial en las sedes y que mayor cantidad de consultas se resuelvan a través de este canal.

Con respecto a la atención, muchos afiliados expresan que la atención que reciben en la sucursal es mala. Entre las respuestas que explicitan las causas de esta mala atención percibida, en gran medida se debe a la falta de respuesta. Esto coincide con el primer punto mencionado: *“Malísima la atención de la sucursal de los antiguos tengo derivaciones del año pasado pedidas urgentes que no me las realizan ya están autorizadas y nada que sacan turno”*. Por lo tanto, es muy importante poner foco en el proceso de respuestas que se le brinda a los afiliados para mejorar el nivel de satisfacción.

#### 2.1.2 Comunicación con empleados

A continuación se presenta el análisis de la encuesta sugerida a los empleados de la CSS. Se obtuvieron 66 respuestas cuantitativas y cualitativas. El lapso de distribución del instrumento de recolección comprende desde el 25/07/2022 al 11/11/2022, fecha seleccionada de corte para la realización del presente análisis.

##### 2.1.2.1 Análisis de datos cuantitativos

El objetivo es analizar si los empleados cuentan con la capacitación y herramientas adecuadas para llevar adelante una atención al cliente satisfactoria y evaluar la percepción del afiliado de acuerdo a su experiencia propia. Se recibieron 66 respuestas sobre un total de 14 sedes.

- Delegaciones que participaron:  
62.1% Río Gallegos  
12.1% 28 de Noviembre  
4.5% Pto. San Julián y Perito Moreno

3% CABA

1.5% Las Heras, Jaramillo, Puerto Deseado, Gdor. Gregores, Pto. Santa Cruz, Piedra Buena, Tres Lagos, Río Turbio, El Chaltén.

Sin respuestas: Caleta Olivia, Calafate, Los antiguos, Pico Truncado, Tres Lagos.

- Medios utilizados para la atención de los afiliados:

81.8% atención presencial en delegación

72.7% WhatsApp

60.6% mail

7.6% redes sociales

10.6 % otros medios

- Trámites que atienden con mayor frecuencia

57.6% Derivaciones

51.5% Auditoría médica

42.4 % Auditoría farmacéutica

39.4% Afiliaciones

31.8% Operativa

25.8% Convenios interprovinciales

24.2% Consultorios externos

22.7% Fonoaudiología

18.2% Bioquímica

15.2%

Odontología

- Trámites que suelen generar mayor conflicto con los afiliados.

78.8% Derivaciones

47% Auditoría médica

21.2% Auditoría farmacéutica

13.6% Operativa

9.1% Odontología, Consultorios externos y Fonoaudiología

6.1% Conv. Interprovinciales

3% Afiliaciones

0%

Bioquímica

- Consideran que poseen todas las herramientas necesarias para hacer su trabajo:

68.2% si

31.8%

no

- Consideran que poseen la suficiente información para hacer su trabajo eficazmente:

65.2% si

34.8%

no

- Ante un problema: ¿saben adónde acudir para encontrar una solución?  
93.9% si  
6.1% no
- Consideran que existe una comunicación fluida entre áreas:  
75.8% no  
24.2% si
- Consideran que los afiliados están informados sobre los servicios de la CSS:  
65.2% no  
34.8% si
- Percepción de calidad de los empleados sobre la percepción de los afiliados:  
"En una escala de 1 a 5 donde 5 corresponde a muy buenos y 1 a muy malos, ¿qué puntaje crees le colocan los afiliados a los servicios brindados por la CSS?"  
51.5% regular (3/ 5 puntos)  
24.2% buenos (4/ 5 puntos)  
16.7% malos (2/ 5 puntos)  
6.1% muy malos (1/ 5 puntos)  
1.5% muy buenos (5/5 puntos)  
Conclusión: imagen positiva: 25.7% | imagen neutra 51.5 % | imagen negativa: 22.8 %

### **Conclusiones cuantitativas de encuesta interna**

En cuanto a las respuestas por delegación se observa una disparidad en la cantidad de participación. El mayor caudal de respuesta se obtuvo de las sedes Río Gallegos y 28 de Noviembre.

Vale remarcar que cinco sedes no emitieron respuestas, por lo que se prevé que los resultados serán tendenciosos hacia las problemáticas de las sedes participantes.

En cuanto a canales de comunicación más utilizados para la atención de los afiliados son, en primer lugar, la presencialidad, en segundo lugar whatsapp y, en tercer lugar, emails.

Con respecto al trámite más atendido en primer lugar se encuentra derivaciones (57.6%). Le siguen auditoría médica, afiliaciones y auditoría farmacéutica.

En la misma línea y siendo un resultado congruente la mayor tasa de conflicto se corresponde con el trámite más atendido (derivaciones) el que tiene la tasa de conflicto más elevada y en marcada diferenciación (78.8% derivaciones vs. 47% de auditoría médica que le sigue en porcentaje).

En cuanto a las herramientas de trabajo la mayoría refiere que posee las herramientas necesarias, vale mencionar que un marcado 31.8% negativo denota la necesidad de desarrollar, educar y/o acercar métodos, herramientas, capacitaciones que permitan reducir este índice de percepción de falta de instrumentos y analizar en profundidad si este indicativo es de carácter perceptual/cultural y/o real/físico.

El mismo caso se presenta con la disponibilidad de información. Se sugiere ahondar sobre los detalles de la investigación, que en esta primera aproximación indican que un 34.8% indica no contar con la información necesaria para realizar sus labores.

La comunicación entre áreas indica una fuerte necesidad de trabajar en estrategias que permitan un mejor flujo de comunicación. El 75.8% indicó que esta comunicación no es fluida.

Con respecto a la información que poseen los afiliados, los participantes respondieron mayoritariamente (65.2%) que observan que no cuentan con la información correcta sobre los servicios y prestaciones que la CSS ofrece.

En relación a la tasa de "percepción de calidad" de la CSS, según los empleados los afiliados poseen una imagen positiva del 25.7%, una imagen negativa del 22.8% y una tasa neutral de un 51.5%. La tasa de neutralidad es la mayoritaria. Se recomienda realizar un trabajo inmersivo sobre la cultura interna y percepción interna.

Se presentan propuestas de mejora y optimización de estrategias comunicacionales en el punto 2.1.3. "Propuestas de mejora finales".

#### *2.1.2.2 Análisis de datos cualitativos*

Como se explicó anteriormente, la pregunta cualitativa busca recabar información sobre oportunidades de mejora y conflictos recurrentes que los empleados hayan detectado gracias a la interacción permanente con los afiliados.

El análisis cuantitativo indica que los empleados consideran que los trámites que suelen generar mayor conflicto con los afiliados son en mayor medida derivaciones y auditoría médica. Al preguntarle si pueden detallar las principales quejas que reciben, la mayoría hace referencia a demoras en los tiempos de respuesta.

Acerca de la causa de la demora en la respuesta brindada a los afiliados, hay un testimonio que indica que hay falta de comunicación entre el equipo directivo y los empleados de atención al cliente: *"Ninguno de arriba lo que genera mayor conflictos con los afiliados es la falta de comunicación entre los directivos y personal que atendemos a los afiliados, no nos informan los cambios de cobertura, baja de prestadores, las cosas que están y no nombradas, etc,.. entonces a la hora de poder darle una solución rápida y eficaz al afiliado se nos hace súper difícil porque no*

*estamos al tanto de nada somos los últimos en enterarnos todo.”*

Un punto interesante sería entender las causas de la demora en los tiempos de respuesta, ya que es el principal problema que sale explicitado tanto en la encuesta a afiliados como en la encuesta interna. Si una de las causas principales es la mala comunicación, se recomienda trabajar en mejorar este aspecto. Esta mejora podría tener gran impacto en la percepción del servicio brindado. En el caso puntual de las derivaciones, que es uno de los principales puntos de fricción, se recomienda analizar todo el proceso de derivaciones para detectar cuáles son los principales cuellos de botella y buscar soluciones para acelerar el proceso de respuesta.

Además, otra queja muy frecuente es la “poca disponibilidad de turnos”. En este caso, se podría revisar si este punto está vinculado con un sistema de turnos ineficiente o con la falta de personal médico disponible.

### 2.1.3 Diseño metodológico de la encuesta online

#### **Diseño metodológico de la encuesta online**

A continuación se detallarán los criterios tenidos en cuenta para el diseño metodológico de la encuesta enviada a los afiliados y la encuesta enviada a los empleados de atención al público.

Población:

Se refiere a población como un conjunto definido, limitado y accesible del universo que forma el referente para la elección de la muestra. Es el grupo al que se intenta generalizar los resultados del estudio. Comprende todos los elementos que presentan características comunes que se definen a través de criterios establecidos para el estudio, siendo en este caso afiliados y personal de atención al público de la CCS.

Tamaño (nivel de confianza)

Según indica la teoría metodológica, el tamaño de una muestra para poblaciones mayores a 100.000 es la obtención del número 385 (aplica a poblaciones de 500.000, 5.000.000, etc.) Se considera que es el número que llega a la saturación de recolección de variables posibles que aporta resultados altamente confiables.

El número 385 se obtiene al considerar, para un nivel confianza de 95%, la desviación media de 1.96, y un margen de error de 5%, mediante el siguiente cálculo:

$$n = (1.96^2 \cdot .96 \cdot 0.5 \cdot 0.5) / (0.05^2) = 0.9604 / 0.0025 = 384.16$$

Como resultado, obtenemos que con una muestra aleatoria de 385 individuos se pueden alcanzar resultados con un alta precisión para el nivel de confianza y el margen de error previamente establecido. Esto aplica sin importar el tamaño de la población. En el presente caso se toma como población A a los afiliados de la CSS y población B



a los empleados de atención al público de la CSS:

- Tamaño total población afiliados (A) 127.675<sup>26</sup> <sup>27</sup>, tamaño total población empleados (B) 205.
- Tamaño representativo población A 385; tamaño representativo población B 135
- A la fecha de corte del presente informe y análisis (25/07/2022 al 11/11/2022) se recolectaron 276 respuestas de afiliados y 66 respuestas del personal de atención al público de la CSS.

De todas formas, el consenso científico sobre la teoría de la probabilidad muestral indica que, en la praxis, con una muestra superior a los 100 individuos, se considera que el nivel de confianza es óptimo.

### Muestra

Es una colección de individuos extraídos de la población a partir de un procedimiento específico para su estudio o medición directa. Una muestra es una fracción o segmento de una totalidad que constituye la población. La muestra es una réplica en menor escala de la población.

### Muestra representativa

Una muestra representativa es una pequeña cantidad, parte o subconjunto que posee las mismas propiedades que la población mayor de la que es representante.

Una muestra representativa refleja, con la mayor precisión posible, a los grupos mayores.

Se considera que la muestra de la presente investigación es representativa ya que los instrumentos se enviaron por medios oficiales de comunicación de la CSS tanto a afiliados como a empleados de atención al público por lo que se considera que los resultados representan la opinión de ambos grupos mayores propios de la CSS.

Técnica de muestreo no probabilístico, tipo casual o incidental.

La muestra está conformada por sujetos fácilmente accesibles y presentes en un lugar determinado, y en un momento preciso. Los sujetos se incluyen en el estudio a medida que se presentan hasta que la muestra alcance el tamaño deseado.

El muestreo casual o incidental es un método que permite conocer de manera rápida algunos aspectos relevantes sobre los usuarios utilizando a las personas que se encuentran disponibles en un momento dado. Es una forma de muestreo no probabilístico que consiste en tomar una muestra de la población que está disponible y al alcance, en lugar de determinarla y obtenerla a través de un cálculo.

Este método de muestreo permite recoger opiniones, sugerencias, críticas y comentarios de forma fácil y rápida. Es recomendado cuando las poblaciones no pueden ser medidas o en casos de primeras aproximaciones investigativas, como es

---

<sup>26</sup> ref. Datos detallados en II Informe presentado por el área económico-financiero

<sup>27</sup> Se utilizó la calculadora de tamaño y margen de error de QuestionPro para corroborar el tamaño de la muestra en la aplicación de las encuestas.



el presente, siendo que se trata del primer caso de investigación de este estilo dentro de la CSS.

Este método toma muestras de personas que son fuentes de datos accesibles para los investigadores. La muestra casual incluye personas que están al alcance en el momento y proximidad del investigador, en este caso mediante canales digitales oficiales utilizados por la población investigada.

El muestreo casual proporciona datos desde la perspectiva de la audiencia sobre la imagen y la reputación de la institución y obtener opiniones sobre productos/servicios y proyectos. Este tipo de método muestral es conveniente cuando se quiere tener una idea de cuál es la opinión de la gente respecto a algún producto o tema de actualidad. Se recurre al muestreo casual debido a que no siempre es posible reunir muestras de toda la población. Incluso puede llegar a ser el único método viable cuando no se puede conseguir o procesar una lista de encuestados o población grande.

Generalmente este tipo de muestreo es acompañado por una muestra no representativa por no poder identificarse claramente a la población encuestada, en cambio, en este caso si se identifica a la población (contemplando el margen de error correspondiente) indicando que la muestra es representativa debido a la forma implementación del instrumento de medición utilizando canales oficiales de la CSS tanto con afiliados como a empleados para su difusión.

El muestreo casual:

- Proporciona resultados rápidamente

Es conveniente cuando el tiempo es limitado y se necesitan recoger datos rápidamente. El factor de simplicidad de este muestreo no probabilístico lo convierte en un procedimiento rápido y fácil, a diferencia de otros muestreos no probabilísticos.

- Facilidad de aplicación

Los encuestados son elementos que se presentan de forma accesible en tiempo y espacio determinado por lo que resultan accesibles para el investigador y la recolección de datos.

- Proporciona información de valor para la institución.

Es útil para obtener resultados orientativos sobre la opinión, imagen, satisfacción lo que aporta información para la toma de decisiones a la hora de impulsar una estrategia institucional.

## 2.2 Propuestas de mejora

### 2.2.1 Propuesta de comunicación externa

Se recomienda aplicar campañas de comunicación digital dirigidas al segmento etario menor a 27 años, acompañadas de campañas de comunicación físicas que indiquen a segmentos etarios mayores cómo solicitar la ayuda de sus familiares/amigos/vecinos de natividad digital. De esta forma construir un puente comunicativo entre ambos extremos y facilitar el proceso de digitalización pretendido.

La participación de un amplio porcentaje de público femenino, demuestra su atención y compromiso, esta cuestión podría potenciarse sumando a la estrategia campañas y/o pautas de comunicación enfocadas en las problemáticas afines de este público atendiendo estratégicamente tono y discurso de las mismas. Actualmente se observa que las campañas de comunicación son generales, se recomienda continuar con esta estrategia y a su vez, sumar segmentos por nicho con pautas comunicativas concretas para cada sector.

En relación a la afluencia de visitas presenciales que reciben las delegaciones, se recomienda utilizar proactivamente el espacio físico de las mismas para aplicar pautas de comunicación físicas y digitales (carteleras, pantallas informativos), como así asignar personal que colabore con los tres grandes objetivos comunicacionales brindando: información, capacitación y educación a los afiliados en las temáticas digitales necesarias: uso y beneficios de la web, canales de contacto, dudas y consultas en general.

En este punto de gran afluencia física, establecer estrategias de comunicación en las sedes físicas acompañan a la inducción de los afiliados sobre el uso de los canales digitales y medios de contacto a distancia generando un doble beneficio: reducir paulatinamente la afluencia presencial en sedes y comenzar con la inducción hacia los medios digitales.

Esta afluencia también puede utilizarse para optimizar bases de datos (emails, teléfonos) que posteriormente sean utilizadas para envíos de información y campañas de comunicación sobre temáticas necesarias; lanzamiento, uso, beneficios, tutoriales y dudas sobre los nuevos canales (app, web como sitio informativo, números de WhatsApp), etc.

Este tipo de estrategia permite inducir a los afiliados hacia el uso amigable de los canales digitales como fuente de información y contacto aplicando una estrategia de "migración" del flujo de las comunicaciones.

En relación a la usabilidad de los canales digitales se recomienda una reestructuración de la preponderancia de la información. Rediseñar la estructura informativa en base a la teoría de "experiencia de usuario", otorgando una ruta de información que brinde los datos que los afiliados necesitan en orden de importancia de uso.

Vale remarcar la importancia de mantener actualizada esta información incluyendo elementos que permitan copiar, linkear, redireccionar, usar links de acceso directo o posibilidad de "copiar y pegar" en el caso de teléfonos, frente a la opción actual que requiere copiado manual ya que la información se sube en formato JPG.

En conclusión, se recomienda una reestructuración del orden de la información y el formato en que es compartida bajo el objetivo de facilitar su uso a los afiliados y establecer un protocolo de actualización de la información.

### 2.2.2 Propuesta de comunicación interna

En cuanto a canales de comunicación más utilizados por los empleados para la atención de los afiliados es también en primer lugar la presencialidad y WhatsApp y, en segundo lugar, emails. Por lo que se recomienda establecer una estrategia y ruteo claro y oficial de estos canales (whatsapp y emails) donde, en el informe preliminar, se observó una proporción de uso informal de los mismos.

Con respecto a los trámites más atendidos, el primer lugar, con la mayoría de los votos, se coloca derivaciones, en la misma línea, la mayor tasa de conflicto se corresponde con este trámite con la tasa de conflicto más elevada y en marcada diferenciación. Se recomienda, en caso que sea necesario segmentar el trabajo en períodos temporales y asignar prioridades de trabajo para crear métodos de comunicación efectivos en atención y resolución de problemáticas (manuales de atención, capacitación y desarrollo de herramientas necesarias) por área de incidencia.

### 2.2.3 Propuesta bidireccional

Con respecto a la percepción de calidad por parte de los afiliados, se considera que poseer una imagen general positiva mayor al 40% es un punto positivo a resaltar. En relación a la tasa de "percepción de calidad" de la CSS de los afiliados, según la percepción de los empleados y en comparación con los resultados de la encuesta a afiliados, los empleados consideran que los afiliados perciben a la CSS de una forma más negativa que lo que ellos opinan. La tasa de neutralidad en este caso es mayoritaria.

Se recomienda realizar un trabajo bidireccional: por un lado inmersivo sobre la cultura y percepción interna de la institución para convertir la mayoría neutra en primera instancia, y el porcentaje negativo, en positividad proactiva que sea emitida desde la CSS y repercuta en la atención al afiliado y ambiente laboral general y, la aplicación de las recomendaciones realizadas colaborarán en lograr un objetivo de convertibilidad del porcentaje neutral de los afiliados hacia un incremento del porcentaje positivo proyectando superar el 65% de imagen positiva.

La descripción de las propuesta de mejora enunciadas en este apartado serán incluidas dentro de la propuesta de Plan de Comunicación contenido en el siguiente informe.

## 3 DESARROLLO DE ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN INTEGRAL

1. Análisis de identidad visual
2. Análisis de percepción e imagen institucional

### 3. Plan de acción

En el presente trabajo se realizó el análisis de la identidad visual de la CSS en sus diversos canales de comunicación mediante un relevamiento de la identidad de la CSS en los principales buscadores, artículos de prensa, redes sociales, entre otros.

Luego se presenta la evaluación de la consistencia en materia de colores, tipografías, imágenes, elementos visuales y la homogeneidad discursiva de los mensajes, en los diferentes soportes.

En el último punto se desarrolla el plan de acción con la hoja de ruta y cronograma sugerido que lleve a ejecutar mejoras en la comunicación integral de la institución.

#### 3.1 Análisis de identidad visual

Se observa una estructura comunicacional interna y externa mixta compuesta por estrategias y canales formales e informales surgidos en la sinergia natural del crecimiento institucional devenida de las necesidades de atención y resolución donde cada área de atención al afiliado ha generado sus propios criterios.

En primer lugar se presenta un resumen sobre el diagnóstico realizado de la identidad visual en su conjunto: colores, imágenes, tipografías, elementos discursivos y homogeneidad y usabilidad de la información y recomendaciones para los canales actuales de comunicación.

#### Identidad Visual:

- Redacciones textuales: El tono del mensaje y discurso es claro, simple y cercano.  
Se observa una línea estratégica de creación de material alineadas a los objetivos planteados por la Institución. La comunicación es homogénea y se encuentra alineada con los valores y objetivos de la CSS. Se incluye una observación sobre uso de vocabulario técnico.
- Colores y Tipografías: los colores utilizados así como las tipografías que conforman el manual de marca institucional son acordes y están correctos.
- Imágenes y elementos visuales: las piezas y canales relevados respetan los lineamientos de diseño del manual de marca.  
En cuanto a estructura de composición final de los elementos se observa una oportunidad de mejora relacionada al uso de contrastes y estructuras de textos.

Actualmente el diseño está por sobre la información en cuanto a prioridad; se recomienda rotar la estrategia colocando el foco en la información, el diseño debe ser funcional a la información.

Usabilidad: se recomiendan mejoras en cuanto a la diagramación y reubicación del contenido.

Canales digitales:

- WhatsApp: se observa una alta tasa de informalidad en cuanto a presentación y formas de uso, a su vez su uso puede optimizarse incluyendo posibilidades comunicacionales que brinda esta herramienta.
- Sitio Web: [www.css.gov.ar](http://www.css.gov.ar): dentro del sitio oficial de la institución se observan puntos que pueden optimizarse como por ejemplo implementar analíticas que permitan tomar decisiones de comunicación colocando en el foco del contenido al afiliado, mejoras estructurales ( tiempos de respuesta, links, calidad de imágenes), entre otros.

Redes sociales

De acuerdo a los datos analizados y la observación de las plataformas (YouTube, Instagram, Facebook y Twitter) se observa la posibilidad de crear estructuras estables de escritura y elementos visuales para potenciar el reconocimiento y posicionamiento de la Institución en la mente de los usuarios por identificación y repetición. A su vez potenciar el uso de herramientas disponibles en las mismas como el uso de enlaces, hashtags, iconografías e historias destacadas. Se sugiere crear la estructura mencionada en el apartado de mejoras.

Canales tradicionales

La aparición de la CSS en medios tradicionales es en su mayoría en los medios regionales del Sur, como ser, Tiempo Sur, Ahora Calafate, el Diario Nuevo Día, La Opinión Austral.

En cuanto a los temas, se comunican hay notas informativas sobre el funcionamiento del organismo en las que se transmiten novedades, temas de interés ( actualizaciones, credenciales, etc.) números de contacto, temas de interés como así también se comunican eventos/fechas vinculados a la organización de la CSS, las elecciones son un punto que recibe una alta tasa de difusión. El tono de las notas es positivo o neutro.

### 3.2 Análisis de percepción e imagen institucional

Con respecto a la instancia de evaluación sobre la imagen y percepción de la CSS tanto interna como externa se realizaron encuestas online a empleados de atención al público y afiliados con el objetivo de profundizar en la comprensión del proceso y situación de la comunicación actual.

Las encuestas tienen como finalidad conocer la percepción que los involucrados

poseen de la Institución en general y sobre los puntos de conflicto.

Las preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas vinculadas al proceso de comunicación. Además, se incluye en cada una una pregunta cualitativa con el objetivo de explorar comentarios y sugerencias.

Tal recolección consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes: sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos más bien subjetivos.

La recolección de datos se orientó a proveer de un mayor entendimiento de los significados y experiencias de las personas y la recolección cuantitativa se fundamentó en la medición de las variables o conceptos contenidos en las hipótesis.

El objetivo de ambas encuestas fue identificar y evaluar oportunidades de mejora. En este sentido, se consideró la información cualitativa y cuantitativa recolectada como fuente de análisis a la hora de plantear acciones y tareas dentro del nuevo plan de comunicación.

Cabe destacar que conocer las opiniones de los involucrados a su vez, fortalece los vínculos y genera nuevos espacios de interacción, que, si se complementa con prácticas posteriores, refuerza el sentido de pertenencia y escucha.

### **Conclusiones de encuesta a afiliados**

La mayoría (porcentaje mayor a 75%) de los afiliados que accedieron a la encuesta se encuentran entre los 36 a los 65 años de edad, con escasa participación del segmento etario menor a 27 años. Es importante resaltar este punto ya que el último es un segmento nativo que utiliza medios digitales pudiendo ser los enlaces informativos y funcionales entre sus padres/abuelos/adultos mayores a cargo y sus necesidades relacionadas a la CSS.

Con respecto al género se observa mayoritaria participación del público femenino. Se sugiere comparar esta tasa con los registros de afiliados de la CSS para conocer si el porcentaje es acorde o, en tal caso, existe una mayor participación y compromiso del público femenino. Esta información permitirá tomar decisiones en cuanto a campañas y formas de comunicación de las mismas (temas, tono y mensaje).

En cuanto a las delegaciones a las que acuden los afiliados, las que poseen mayor afluencia se corresponden a las casas principales: Río Gallegos, Caleta Olivia y C.A.B.A. Esta relación se observa nuevamente en cuanto al tipo de contacto indicado por los afiliados con la CSS donde la mayoría respondió que acuden en forma presencial a las delegaciones.

Tasa de conocimiento de los canales digitales: la mitad de los encuestados afirman conocerlos. En relación a la "facilidad y usabilidad" de la información disponible en los canales digitales, la mitad de dichos afiliados indican que presentan problemas a la hora de encontrar información necesaria.

Tasa de "percepción de calidad": la CSS posee una imagen positiva del 43.1% , imagen negativa del 33.7% y una tasa neutral de un 23.2% por parte de los afiliados.

Con respecto a la pregunta cualitativa: una gran cantidad de comentarios se centran en la falta de información y falta de respuesta que perciben de parte de la CSS. Algunos de los comentarios que demuestran este punto son:

*"No responden en tiempo y forma. Hay que pedirles por favor que te den una solución y aun así no lo hacen enseguida."; "no hay info actualizada sobre prestadores ni buena comunicación sobre beneficios y formas de acceder a ellos o referente a los trámites que se deben realizar"; "Actualizar contactos, números correos etc, de los profesionales o prestadores."*

Otro punto es la atención por whatsapp. Según los resultados, whatsapp es uno de los principales canales que el afiliado utiliza. Las respuestas indican que muchos usuarios reciben una mala atención por este medio: *"Por whatsapp hemos enviado estudios para autorizar y demoran ni te dan las respuestas en pandemia fue terrible la mala atención"; "Te clavan el visto en el WhatsApp no te dan la info completa"; Contesten whatsapp porque sino no sirve que lo pongan como medio de comunicación"*

Calidad de atención: alta tasa de percepción de mala atención. Entre las respuestas que explicitan las causas de esta mala atención percibida en gran medida se debe a la falta de respuesta, por lo que coincide con el primer punto mencionado: *"Malísima la atención de la sucursal de los antiguos tengo derivaciones del año pasado pedidas urgentes que no me las realizan ya están autorizadas y nada que sacan turno"*

### **Conclusiones de encuesta interna**

En cuanto a las respuestas por delegación se observa una disparidad en la cantidad de participación. El mayor caudal de respuesta se obtuvo de las sedes Río Gallegos y 28 de Noviembre.

Vale remarcar que cinco sedes no emitieron respuestas, por lo que se prevé que los resultados serán tendenciosos hacia las problemáticas de las sedes participantes.

En cuanto a canales de comunicación más utilizados para la atención de los afiliados son, en primer lugar, la presencialidad, en segundo lugar, whatsapp y, en tercer lugar, emails.

Trámites más atendidos: 1) Derivaciones; 2) auditoría médica y 3) auditoría farmacéutica y afiliaciones.

En la misma línea y siendo un resultado congruente la mayor tasa de conflicto se corresponde con el trámite más atendido (derivaciones) que tiene la tasa de conflicto más elevada y en marcada diferenciación.

Herramientas de trabajo: la mayoría refiere que posee las herramientas necesarias, vale mencionar que un marcado 31.8% negativo denota la necesidad de desarrollar, educar y/o acercar mejores métodos, herramientas y capacitaciones.

Disponibilidad de información: un 34.8% indica no contar con la información necesaria para realizar sus labores.

La comunicación entre áreas indica una fuerte necesidad de trabajar en estrategias que permitan un mejor flujo de comunicación. El 75.8% indicó que esta comunicación no es fluida.

Con respecto a la información que poseen los afiliados, los participantes respondieron mayoritariamente (65.2%) que observan que no cuentan con la información correcta sobre los servicios y prestaciones que la CSS ofrece.

En relación a la tasa de "percepción de calidad" de la CSS, según los empleados los afiliados poseen una imagen positiva del 25.7%, una imagen negativa del 22.8% y una tasa neutral de un 51.5%. La tasa de neutralidad es la mayoritaria. Se recomienda realizar un trabajo inmersivo sobre la cultura interna y percepción interna.

El análisis cuantitativo indica que los empleados consideran que los trámites que suelen generar mayor conflicto con los afiliados son en mayor medida derivaciones y auditoría médica. Al preguntarle si pueden detallar las principales quejas que reciben, la mayoría hace referencia a demoras en los tiempos de respuesta.

Acerca de la causa de la demora en la respuesta brindada a los afiliados, hay un testimonio que indica que hay falta de comunicación entre el equipo directivo y los empleados de atención al cliente: *"Ninguno de arriba lo que genera mayor conflictos con los afiliados es la falta de comunicación entre los directivos y personal que atendemos a los afiliados, no nos informan los cambios de cobertura, baja de prestadores, las cosas que están y no nombradas, etc,.. entonces a la hora de poder darle una solución rápida y eficaz al afiliado se nos hace súper difícil porque no estamos al tanto de nada somos los últimos en enterarnos todo."*

Un punto interesante sería entender las causas de la demora en los tiempos de respuesta. Esta mejora podría tener gran impacto en la percepción del servicio brindado. En el caso puntual de las derivaciones, que es uno de los principales puntos de fricción, se recomienda analizar todo el proceso de derivaciones para detectar cuáles son los principales cuellos de botella y buscar soluciones para acelerar el proceso de respuesta.

Además, otra queja muy frecuente es la "poca disponibilidad de turnos". En este caso,



se podría revisar si este punto está vinculado con falencias en los procesos de comunicación, un sistema de turnos ineficiente o con la falta de personal médico disponible, entre otras opciones.

En el apartado correspondiente se traducen dichas conclusiones en actividades y tareas específicas que colaboran a transformar el presente feedback en acciones concretas de mejora sobre la comunicación, fortalecimiento de vínculos, imagen y sentido de pertenencia hacia ambos públicos.

De esta manera quedan expresados los resultados y recomendaciones de cada punto (desarrollados en profundidad en los informes I y II y sus respectivos anexos de referencia) referidos a la mejora y optimización de la comunicación integral dentro de la institución.

A continuación se presenta el detalle de las mejoras y desarrollos sugeridos dentro del pertinente plan de acción, hoja de ruta y cronograma sugerido para su ejecución basado en lo anteriormente presentado.

### 3.3 Desarrollo de la estrategia de comunicación integral

Definición de lineamientos para la propuesta de mejora con el afiliado y la comunidad dentro de un Plan Estratégico de Comunicación Integral.

La siguiente propuesta estratégica de mejora y acciones se plantea organizada dentro de un plan integral que contempla la creación y el fortalecimiento de los vínculos dentro de la CSS con el objetivo de humanizar, mediante una imagen proyectada con una voz cálida, colectiva, cercana, a la vez de acercar y explicitar el trabajo realizado por la CSS en donde garantizar y agilizar el acceso a la salud es el principal pilar.

El plan propuesto se enfoca en establecer un sistema simple y unificado de comunicación interna y externa que permita brindar información, acceso, soporte y visibilidad, es decir que los afiliados conozcan los programas, beneficios, accesos y visibilizar el trabajo de los agentes de salud bajo el desarrollo paralelo de un sentido de contención y sostén al ofrecer canales claros de comunicación y respuestas alineadas.

El plan es fundamentado por acciones de posicionamiento basadas en reafirmar los atributos permanentes de la identidad de la CSS: cercanía, calidez, accesibilidad y transparencia lo que resulta no solo en mayor información, claridad y cercanía sino que replica de forma directa sobre la creación y fortalecimiento del sentido de pertenencia entre empleados, el afiliado y la comunidad con la Institución.

Para llevar adelante y concretar los lineamientos arriba descritos se consideró crear una estrategia de comunicación proactiva y educativa en formato puente que

permita establecer los lazos entre segmentos poblacionales y el fortalecimiento buscado en el paso cultural-institucional entre los procesos tradicionales y lo digital actualmente pretendido.

La presente estrategia otorga a la institución el rol central como elemento emisor de información, comunicación y sostén proactivo.

De esta forma colaborar en el desarrollo del comportamiento organizacional (hoy reactiva) a un rol protagonista-guía logrando mayor penetración de los mensajes basados en pilares de educación y pregnancia por repetición didáctica bajo una estrategia proactiva.

### **Objetivo general**

Desarrollar una estrategia de comunicación integral proactiva alineada con las necesidades de la CSS, sus afiliados y comunidad con el fin de crear y fortalecer lazos, potenciar y mejorar la comunicación entre las partes estableciendo el paso hacia la transición digital de forma inclusiva a todos los segmentos.

Para ello, internamente se definirán los canales de comunicación y externamente se llevará adelante un plan de acciones puente, con el objetivo de que los afiliados conozcan los canales y las formas de contacto con la CSS. En este sentido, se posicionarán los canales digitales y la imagen institucional y se llevará adelante una inducción al uso de la App.

### **Objetivos específicos**

De acuerdo a los lineamientos técnicos y prácticos, la estructura del plan se presenta de la siguiente manera: comunicación interna y comunicación externa, ambas con sus respectivos subelementos indicando mejoras y desarrollos.



Estructura del plan de comunicación integral

### 3.3.1 Comunicación interna

La comunicación interna debe estar alineada con la estrategia global de la organización. Una comunicación interna transversal y adecuadamente articulada por una estrategia conseguirá transmitir los valores, la misión y la visión organizacionales a todos los trabajadores, buscando su consecuente identificación, compromiso y motivación.

Cabe destacar que, en la medida en la que la cultura se origina desde dentro para proyectarla hacia el afuera, la comunicación interna debe ser la base y fundamento de la comunicación externa.

En un sentido figurado, puede decirse que la primera herramienta de comunicación externa ha de ser la propia comunicación interna.

La función de la comunicación interna ya no solo está orientada a facilitar la información y la comunicación entre los miembros de la organización, sino que impulsa el trabajo colaborativo entre los diferentes equipos y áreas. También tiene un gran impacto en aspectos como la motivación y el compromiso de los trabajadores con la organización.

La propuesta de mejora está basada en tres áreas principales: primero se deberán determinar cuáles son los canales de comunicación interna formales, luego se deberá trabajar en un manual de inducción, y finalmente se trabajará en fortalecer los vínculos internos.

1. Determinar canales de comunicación formales
2. Crear Manual de inducción
3. Fortalecer vínculos internos (comunidad)

#### 3.3.1.1.1 Determinar canales de comunicación formales

Es importante lograr una combinación de canales mediante el cual se logre llegar a todos los miembros de la organización. El mensaje a emitir debe adecuarse al público para que el mensaje sea breve y claro.

Los canales formales u oficiales son aquellos elegidos para reproducir y transmitir información estable y fiable de acuerdo con los objetivos, pautas, normas y necesidades de la institución, en los cuales todos los participantes correspondientes pueden confiar, enviar y recibir la información necesaria para el normal desarrollo de las actividades de forma fluida y segura.

#### **Mejoras:**

Establecer una estrategia de comunicación interna. En primer lugar, se debe realizar un relevamiento exhaustivo, orden y selección. Posteriormente desarrollar un documento que indique cuáles son los canales oficiales y que detalle cuándo priorizar cada medio de contacto, evitando así el uso informal de los mismos.

El documento luego debe ser enviado a todo el personal correspondiente solicitando su firma como aprobación del mismo y a su vez otorgado espacio para dudas o consultas facilitando así la inserción del mismo en el mapa de flujo laboral.

Se recomienda organizar en primera instancia las comunicaciones vía email y whatsapp, definiendo objetivos y usos para cada una.

#### WhatsApp:

Se recomienda realizar un mapa que incluya todas las áreas que poseen números de atención por este medio.

Luego definir si existe algún área faltante o la existencia de números privados/personales y asignar a toda aquella área o persona necesaria un número de whatsapp bajo la metodología *business*.

En tercer lugar actualizar y alinear toda la información que esta versión permite maximizando así el uso de la herramienta gratuita: unificar foto de perfil, información que brinda en su descripción, enlaces de interés, respuestas automáticas de bienvenida y ausencia, horarios de atención, ubicación en el mapa.

#### Email:

Se recomienda realizar un mapa ideal por áreas y necesidades. Luego, corroborar la existencia de mails oficiales para dichas áreas y asignar/crear casillas que fueran necesarias.

Los mails deben contar con firmas oficiales donde figure nombre, cargo y área de quién firma, de esta forma evitar confusiones a la hora de recibir/enviar correos.

Se recomienda que el documento de medios de contacto esté disponible en un espacio

accesible para todos los empleados y su difusión sea masiva dentro de la CSS. El mismo se puede organizar en orden alfabético por áreas o sedes o temáticas indicando mail y whatsapp de cada una, responsable y temáticas que dicha persona/área resuelve y su nivel de atención: atención al público y/o consultas internas.

A la vez dicho documento debe ser publicado en los sitios oficiales de la CSS incluyendo solo los medios de contacto que correspondan a atención al público como únicos medios válidos y formales de comunicación.

#### **Desarrollos:**

Crear un canal interno en el que se puedan hacer consultas a diferentes equipos sobre procedimientos y manejo de la información. Puede asignarse una central de consultas vía telefónica o una casilla de email o formulario en línea bajo el formato de tickets soporte.

#### 3.3.1.1.2 [Crear manual de Inducción](#)

#### **Mejoras:**

Herramienta no disponible.

#### **Desarrollos:**

Creación de manual de inducción.

El objetivo es tener una herramienta clara y concisa para que los empleados puedan evacuar dudas, conozcan los objetivos de cada puesto, su importancia, valores y aporte a la motivación e involucramiento con la organización.

El manual es una pieza clave en materia de comunicación interna, útil para que el empleado conozca la misión, visión, objetivos, valores, normas, lenguaje y cultura de la organización y para prevenir errores en los canales de comunicación respecto a sus funciones, procedimientos, entre otros. Asimismo ayuda a mejorar el rendimiento de los trabajadores; disminuye dudas y facilita el aprendizaje.

Con respecto a la estructura, el mismo deberá incluir información sobre la historia de la organización; misión, visión, valores de la organización; el organigrama; presentación de los servicios que brinda, los medios de contacto con los afiliados, y el reglamento interno. Se recomienda resaltar la importancia humana de la labor realizada, efectos y logros que impactan en otros la actividad que se realiza cada día. Visibilizar situaciones permite fomentar el sentido de empatía y pertenencia que luego se verá reflejado en la impronta del conjunto.

Dicha herramienta debe estar al alcance de todos los trabajadores y presentarse como parte del proceso de inducción a los nuevos trabajadores que ingresan a la CSS.

**Mejoras:**

Realizar una línea editorial y cronograma de planificación de las noticias a publicar en la cartelera y newsletters:

Newsletters

En primer lugar, se debe definir envíos masivos de un mismo newsletter a toda la organización y aquellos diversos dirigidos a distintos segmentos como ser atención al afiliado, esta división temática surge de la decisión de línea editorial de temas de interés totales y por áreas. Luego, se debe definir la periodicidad del envío de esta comunicación. Finalmente, definir quién estará a cargo del contenido. Se recomienda que la periodicidad sea constante (ej. día 10 de cada mes) para internalizar el uso, el contenido debe ser de valor para lograr una incorporación del mismo por parte de los empleados. Ej. novedades del mes, números de atención, feedback de las encuestas a afiliados, reuniones de equipos.

Carteleras

Primero se deberá definir el contenido de la cartelera. Se puede dividir en distintas secciones, como por ejemplo, avisos importantes, actividades del mes, frases motivadoras, y dejar un espacio para que las distintas áreas propongan publicaciones y hacer públicos los logros conseguidos por los distintos sectores y la organización en general creando un espacio de escucha e intercambio inclusivo.

**Desarrollos:**

Se recomienda realizar encuestas periódicas para conocer el estado de satisfacción de los empleados y escuchar sus propuestas de mejora.

Asimismo, coordinar reuniones periódicas por área, semanales o mensuales, dependiendo del tiempo posible entre los diferentes equipos, para que funcione como un espacio para consultas, sugerencias en las que el personal se reúna en torno a una temática, un portavoz guía la misma compartiendo un breve status de los proyectos, tareas, etc.. También funciona como un espacio para que se puedan hacer preguntas y recomendaciones. Esta simple reunión tiene un valor e impacto absoluto puesto que la comunicación personal es eficaz y garantiza espacios de escucha, reconocimiento y horizontalidad de la comunicación al integrar en igualdad de condiciones a todos los miembros del equipo.

Por último se recomienda colocar en un espacio común un buzón de sugerencias anónimo, es importante establecer una metodología de recolección de los mensajes y que las consultas aquí recibidas se visualicen para que las personas confíen en la herramienta y motivar su uso. De estos comentarios, posterior análisis, también tomar los puntos relevantes para implementar cambios o mejoras donde fuera necesario.

### 3.3.2 Comunicación externa

Una comunicación externa efectiva construye pertenencia, confianza, imagen, facilita el flujo de actividades y logro de objetivos a corto, mediano y largo plazo. La comunicación externa construye el vínculo con la comunidad (afiliados y vecinos) medios de comunicación, entidades intermedias (farmacias, centros de salud, empresas vinculadas ) y opinión pública en general.

A su vez, la comunicación brinda confianza al público, permite la participación del mismo a través de diversos soportes y estrategias y evita ruidos, rumores y confusiones. La no comunicación genera un espacio silente que brinda la oportunidad de que terceros hablen por la organización o que cada segmento participante en el mapa comunicacional establezca creencias incorrectas pudiendo afectar los objetivos de la entidad.

La propuesta consta de tres temas áreas principales: primero se deberá trabajar en que el afiliado conozca los canales de atención con los que cuenta, luego optimizar el contenido que la CSS emite para lograr mayor alcance, y finalmente generar un espacio donde los afiliados posean participación activa en pos de fortalecer el sentido de pertenencia, imagen institucional y grado de satisfacción.

De esta forma los agentes externos se transforman en voceros positivos replicando los valores y objetivos de la CSS hacia sus entornos siendo fundamental a la hora de potenciar la imagen institucional y fortalecer los lazos con su comunidad.

1. Generar conocimiento de canales digitales
2. Optimizar el contenido y lograr mayor alcance
3. Brindar espacios para recibir la opinión del afiliado (comunidad y pertenencia)

#### 3.3.2.1.1 Generar conocimiento de canales digitales

**Mejoras:** en primer punto como prioridad se sugiere establecer los canales de comunicación externa formales arriba mencionados ( whatsapp, email, sedes), mapearlos y trasladarlos a documentos y formatos de contenido apropiados para difundir posteriormente a los afiliados: historias, posteos, folletería, cartelería, campañas de mailing.

La mitad de los afiliados indicaron conocer algunos canales digitales, ciertos medios de contacto y en primer y preponderante lugar las visitas presenciales a las diversas sedes.

Cada uno de estos espacios debe utilizarse para la difusión de los canales formales de contacto y las plataformas digitales indicando de forma breve y clara los beneficios de utilizar estos medios incentivando a los afiliados a visitarlos y crear comunidad

mediante dichos espacios.

**Desarrollo:** se recomienda unificar las bases de datos de emails de afiliados y determinar una estrategia de control y actualización<sup>28</sup>. En caso que sea posible, también segmentarlos en listas por criterios establecidos (ej, edad, zona, tipo de servicio que utilizan, etc).

Una vez creada la base y las listas correspondientes en el soporte elegido<sup>29</sup> se deben programar campañas donde se comuniquen los medios de contacto formales y las plataformas digitales (redes sociales/web/app) utilizando sistemas de links para facilitar el acceso a los mismos. Se recomienda el formato tutorial en video y formato imagen descargable para que así cada usuario pueda hacer uso activo de la información.

Luego de crear los mapas de canales y unificar bases de datos, es transmitir de forma amena, gráfica y sencilla los medios de contacto y sus beneficios en los todos los espacios donde existe comunicación con el afiliado:

- campañas de mailing
- carteleras y folletería de forma presencial
- información en la descripción de los canales de whatsapp business
- post, historias y tutoriales en redes sociales

El segundo paso es determinar responsables y procedimiento para que dicha base de datos se mantenga actualizada y se nutra de nuevos correos. En la app este punto se podrá resolver en la opción de datos personales y en la presencialidad debe determinarse un sistema para que, por ejemplo, los empleados de atención al público área recepción tengan acceso a dichas bases para poder ingresar/modificar los datos necesarios.

Una vez realizado esto, se recomienda realizar bloques de campañas de comunicación digital en redes sociales al segmento etario 30/50 y menor a 27 años, que motiven a la ayuda de sus mayores y colaboren con el traspaso digital. Comunicaciones emotivas y prácticas que detallen beneficios del uso de los canales, deben incluir pautas tutoriales para ingresar el uso de nuevas herramientas de forma paulatina, a su vez siempre se puede colocar la información total en un link para quien esté interesado.

En el caso de los usuarios que todavía no tienen acceso a los canales digitales, se los deberá contactar en los espacios físicos que visitan para transmitir estas posibilidades y colaborar con la educación digital sobre los beneficios del uso de los canales digitales trabajando desde los espacios de contacto ( sedes, farmacias, puntos de atención de

---

<sup>28</sup> Por ej. el empleado de atención al público área recepción puede consultar los mails a cada afiliado que entra a la sede y chequear el estado del mismo, otra opción es colocar un popup en la web y solicitar que la persona deje su mail, redirigir ese mail a la lista de difusión y en caso que sea duplicado se elimina el más antiguo de la lista

<sup>29</sup> Plataformas similares a Mailchimp, Sendinblue, ActiveCampaign, HubSpot, etc. para envíos de mails.



salud, etc.). Estas acciones se deben acompañar con piezas de comunicación físicas folleteria, carteleras, pantallas LED colocadas en los espacios donde las personas circulen y/o aguarden cuidando el discurso simple y coloquial, manteniendo como objetivo de estas comunicaciones a los segmentos etarios mayores o con menor digitalización.

Se sugiere que estas acciones se acompañen con personal capacitado y disponible a tal fin. Las sedes de la CSS son el principal lugar a considerar. En caso que sea posible se recomienda extender esta propuesta a otros espacios vinculados como farmacias, centros de atención de salud, bancos, espacios públicos (plazas) que pueden desarrollarse a modo de campañas en días y horas determinadas.

Esta estrategia crea un proceso inductivo y dirigido a los distintos segmentos de afiliados sobre el uso de los canales digitales y medios de contacto, crea lazos de confianza basados en una comunicación proactiva donde el afiliado se percibe reconocido.

Combinar las actividades digitales y presenciales crea un puente unificador entre segmentos a fin de facilitar el proceso de digitalización pretendido a la vez que repercute de forma positiva en la imagen y reputación de la CSS.

#### 3.3.2.1.2 Optimizar el contenido y lograr mayor alcance

**Mejoras:** en el presente constan las mejoras segmentadas por ítem y/o herramienta a fin de favorecer la aplicación práctica. Las recomendaciones vinculadas a la teoría pueden encontrarse desarrolladas en las entregas I y II.

- Redacciones textuales: en ciertos casos esporádicos, se observa la utilización de un nivel de escritura que incluye especificaciones y lenguaje técnico, este punto podría ser simplificado utilizando palabras coloquiales para favorecer el proceso de identificación con la totalidad de los afiliados. Se recomienda que el lenguaje, siempre que sea posible, sea simple y sencillo, ofreciendo un solo tema por comunicado.
- Imágenes y elementos visuales: se consideran recomendaciones de aplicación en la construcción de piezas con el objetivo de facilitar la lecto-comprensión:
  - contraste: se observa la necesidad de reforzar el uso de contraste en los colores de fondo y tipografía en las piezas donde el texto supera el 30% del espacio. Aumentar el contraste entre el texto y fondo para potenciar una mejor lectura sobre todo en versión digital celular.
  - reducir la cantidad de texto y caracteres a la máxima posibilidad en cada caso. Se recomienda colocar sobre imágenes frases breves o ítems disparadores con la información fundamental, el resto de la información

debe ir en el cuerpo textual que acompañe ( post en redes sociales o nota en sitio web por ejemplo).

- se sugiere redactar los textos centrados izquierda- derecha para favorecer la lectura y entendimiento de la información
- cuidar la calidad de los PGJ, PNJ o similares utilizados como pop-up. Se observa material despixelado en el sitio web.
- se recomienda no utilizar el logo en cada pieza de imagen ya que el usuario ya sabe que está dentro de una red social o sitio de la institución. Esto solo provoca una reducción de espacios y saturación visual.

Nota: en posteos realizados anteriormente en redes sociales se observa un trabajo de diseño más sencillo pero una lectura más favorable, viéndose el resultado en la interacción de la publicación. Se recomienda revisión.

- Usabilidad: se recomienda rediseñar la ruta y accesos de comunicación bajo perspectiva de experiencia de usuario, priorizando temas de interés/necesidades del afiliado. para ello es útil colocar herramientas de medición estadística dentro del sitio lo que arroja de forma certera qué sitios son más visitados, posteriormente otorgarles mayor preponderancia. El sitio web debe ser una herramienta útil para el afiliado ( foco user experience).

A continuación se detallan propuestas:

- WhatsApp: este punto fue mencionado en la sección de mejoras de canales formales, se reiteran los puntos a remarcar por su importancia relevante:
  - todas las cuentas de WhatsApp de atención deben ser categoría empresa, contar con foto de perfil con el logo actualizado de la CSS con la bajada del área particular de atención, en el catálogo debe incluir información relevante del área de atención (campañas, accesos a diversos enlaces, etc.) incluir el link a la web, el horario de atención y localización y uso de mensajes claros de bienvenida y ausencia.
- Sitio Web: [www.css.gov.ar](http://www.css.gov.ar):
  - Se recomienda instalar métodos analíticos, cookies y/o píxeles de conversión que permitan recolectar información estadística para ser utilizada posteriormente en decisiones estratégicas de formato y estructura de las comunicaciones basadas en el requerimiento real del afiliado. Conocer estadísticamente cómo el usuario navega y utiliza la web permite tomar decisiones basadas en requerimientos reales.
  - Construcción/programación: el sitio presenta una baja evaluación en tiempo de carga, estructura, respuestas, etc. Se recomienda revisar antivirus, tamaños de imágenes, plugs, cache, hosting, etc. y toda

cuestión relativa a la construcción de un WP que solo puede ser relevada teniendo acceso al CPanel del admin del constructor mencionado.

- Establecer un sistema de links donde el usuario pueda dirigirse a la información bajo una navegación fluida e intuitiva, deben actualizarse link de accesos directos (teléfonos, emails y WhatsApp), mapas.
- Mapas: revisar que mapas y enlaces carguen correctamente. En la sección de Delegaciones, hay error al cargar mapa. En el caso de El Chaltén se incluyen fotos de la delegación. Se recomienda unificar colocando material fotográfico de la totalidad de las delegaciones.
- En la sección de contacto el mapa no carga correctamente.
- PopUps: pop-up que indica “Esperamos tu whatsapp”, pero no en todas las secciones hay un número de whatsapp. Resolver dicha discordancia discursiva.
- Reestructurar los criterios de navegación: tal como se mencionó anteriormente, la web bajo estrategia de experiencia de usuario hoy en día es una prioridad en materia de comunicación y más aún, al considerarla un canal de open data una vez establecida la App. De esta forma el sitio cumplirá una función intermedia entre los afiliados y la App. El sitio debe contener toda la información necesaria que redirija al afiliado a la App y/o brindar información de contacto y apoyo al afiliado mediante uso de links.

Recomendaciones de estructura de menús:

- Menú principal priorizar ítems con mayor volumen de consultas respondiendo a la necesidad del afiliado: ej. turnos, farmacia, afiliaciones, derivaciones.
- Menú inferior utilizar un footer con menú completo fijo (mapa completo del sitio) donde el usuario pueda encontrar el link directo al tipo de información que busca.
- Buscador: colocar en los patrones de búsqueda los ítems que se identifiquen como de mayor consulta (turnos, farmacia, afiliaciones, por ejemplo) y arrojar los links de interés. Actualmente el buscador remite a notas de la página blog. Se recomienda dejar el blog como apartado de “novedades” sin que este contenido interfiera en la búsqueda de una solución ante un problema, consulta o urgencia de un afiliado.
- Links de contacto: En lo que refiere a medios de contacto se recomienda establecer un sistema de links para que el afiliado logre un enlace directo y rápido con el área que desea comunicarse. Actualmente los datos se muestran como una imagen dentro de la web, no permitiendo realizar acciones de acceso directo o copiar para llevar la información a otro espacio

- Redes sociales: YouTube, Instagram, Facebook y Twitter
  - Imagen y diseño: ver recomendaciones página 42.
  - Estructura de descripciones: el contenido de la información se considera correcto, brinda datos necesarios, informa y educa sobre los distintos temas tratados. Se recomienda trabajar sobre la gestión del formato de presentación de dicho contenido adaptando su estructura a la modalidad efectiva de su uso en redes sociales.

Estructura sugerida:

- título gancho (espacio)
- descripción (espacio)
- beneficio/alivio/posibilidad (espacio)
- call to action (espacio)
- estructura de hashtags estratégicos
- emoticones<sup>30</sup>

Este formato de presentación también pretende generar contenido “guardable y/o compartible” lo que potencia el crecimiento, mejora el alcance de las plataformas y genera un sentido de utilidad y pertinencia del usuario con la institución.

**Desarrollos:** se recomienda establecer una línea editorial de temas y calendarización de contenidos de redes sociales enfocados en las respuestas, consultas, reclamos de los afiliados. El contenido debe partir de las necesidades del afiliado y no solamente de la agenda de la institución, este trabajo mixto potencia y mejora la creación de autoridad, imagen, reputación y comunidad. Se recomienda desarrollar la mayor parte posible del material en formato video / reel / short.

Elementos de alcance Instagram, Facebook y YouTube ( utilizar como shorts transformar las historias en reels):

- Historias diarias: además de compartir la información actual se recomienda crear una planificación diaria para utilizar un ideal de tres historias diarias o la cantidad que permita subir contenido de calidad e interés para el afiliado ( la calidad debe priorizarse por sobre la cantidad). Aplicar este criterio siempre y cuando exista contenido de valor para compartir y pueda establecerse en una matriz de publicaciones planificadas.

Ejemplo de línea editorial de historias:

---

<sup>30</sup> Utilizar emoticones remite directamente como lenguaje no verbal y potencian el alcance del texto. Se recomienda utilizar aquellos que sean de referencia directa (gestos de manos, caras con expresiones) y siempre que sea posible en positivo.

- lunes: información de turnos
- martes: encuestas/preguntas sobre servicio X
- miércoles: novedades de la semana
- jueves: recomendaciones sobre campañas activas.
- viernes: consejos sobre salud

- Historias destacadas Instagram: se recomienda utilizar una menor cantidad de destacadas, ideal cinco, ya que es la cantidad de burbujas visibles en la mayoría de los dispositivos móviles. Dentro de cada destacada no sobrepasar las diez (10) ya que el tiempo estimado de visita total de un usuario a un canal es de un minuto y medio (1.30) minutos, en ese lapso el usuario debe revisar: datos en biografía + historias destacadas. De esta forma se maximiza su uso y cumplen la función de ser canales de información donde el usuario puede acceder rápidamente a las dudas/consultas más frecuentes. Utilizar enlaces de accesos directos en las mismas.

- Uso de enlaces: se recomienda maximizar su uso en: historias, historias destacadas, post de facebook y descripción de YouTube (se observan enlaces insertos pero no activos, esto puede deberse a errores de tipeo, se recomienda utilizar doble espacio cuando se escriben enlaces para activarlos). No deben utilizarse enlaces en espacios donde no se puede clicar, ya que solo genera frustración en el usuario por no poder llevar adelante una acción propuesta. Resumen: usar enlaces en cada espacio posible y evitarlos en espacios nulos (cops de Instagram, diseños dentro de placas, etc.).

- Hashtags: se observa el uso de # propios de posicionamiento, se recomienda continuar con dicha estrategia y sumar # de posicionamiento de nicho según el tema tratado. Establecer un criterio de # altos (+1M), medios (+100.000) y bajos (- 10.000). Utilizar entre 20/25. Medir y evaluar. una estrategia de # eficaz aumenta hasta un 20% el alcance de una publicación y ayuda a posicionar el posteo en lugares específicos de búsqueda.

- Engagement: se recomienda trabajar sobre la estructura de contenido y recomendaciones arriba enunciadas para aumentar esta tasa de forma orgánica. Considerar que es un punto recomendable apalancar los crecimientos con pautas pagas en caso de que se considere posible. Un engagement equilibrado se construye con 50% de trabajo realizado de forma orgánica y un 50% de apalancamiento de forma paga respetando la construcción del algoritmo que así se conforma.

### 3.3.2.1.3 Brindar espacios para recibir la opinión del afiliado

El espacio de escucha activa es fundamental para construir y reforzar lazos de

confianza con la comunidad. En este punto el afiliado no posee un espacio donde se sienta escuchado y a su vez que vea reflejado su comentario en hechos. Vale remarcar que una escucha vacía ( sin retorno) no es aconsejable ya que solo genera frustración, es importante diseñar la metodología de escucha y respuesta a la misma. Se recomienda que se debe abrir un espacio de escucha oficial y comunicarlo si realmente la institución puede cumplir con el feedback que este amerita.

**Mejoras:** el primer gran espacio de escucha actualmente son las redes sociales. En este punto recomendamos:

- utilizar llamados a la acción claros en las descripciones textuales y al final de cada post en formato carrusel (la última placa debe ser un llamado a la acción) ej: dejanos tu comentario, comparte esta información con tus amigos, etc., potenciando de esta forma la interacción con indicaciones precisas.
- revisar el sistema de respuestas automáticas, se observaron comentarios con respuestas no acordes, este punto debe ser cuidado ya que una respuesta no relacionada al comentario que se deja repercute de forma negativa. Este punto puede mejorarse asignando personal a tal fin y/o insertando un sistema de asistencia virtual, se detalla en desarrollos.
- mensajes directos: los mensajes directos deben ser respondidos en su totalidad con la información solicitada con la mayor celeridad posible, caso que no sea posible por temas estructurales / de personal, recomendamos nuevamente el sistema de asistencia virtual guiado con preguntas.

En caso que se utilice un sistema de asistencia virtual, este debe ser explícitamente aclarado para que el usuario sepa que está interactuando con un sistema automatizado. El sistema automatizado debe ofrecer como ultima opcion un medio contacto donde responda una persona física (número de teléfono, email, etc)

**Desarrollo:** en este punto se presentan tres recomendaciones.

Asistencia virtual: para brindar respuestas de forma automática a las principales consultas recurrentes se recomienda configurar una cuenta de whatsapp business + app autoresponder o, contratar un sistema de chat boot. Esta herramienta es un paso previo al centro de atención, permite resolver dudas concretas y generales y reducir los llamados que recibe el centro de atención o las áreas de atención al público. El enlace puede compartirse en las respuestas automáticas de redes sociales ( comentarios e inbox) e insertarlo en el sitio web como botón flotante.

Vale remarcar que el mayor punto positivo de incluir este sistema consta en su atención 24/7 transformándose en un espacio donde el afiliado puede concurrir los 7 días de la semana en el horario que desee/necesite.

Ej: Hola soy Bot. Bienvenido al asistente virtual de la CSS. A continuación verá las opciones que dispongo para ayudarlo con su consulta, por favor responda a este

mensaje con el número de respuesta que desea:

1. como obtener turnos con/para xx
2. cómo realizar un trámite de derivación
3. cómo obtener un reintegro
4. donde obtener recetas
5. cual es la dirección de la sede xx
6. para recibir nuestros números de contacto.

Centro de atención: en el modelo ideal se sugiere que, posterior a un asistente virtual o de forma directa, exista un centro de atención al afiliado donde se puedan resolver las dudas generales y a su vez derivarse llamados a las áreas correspondientes. Esta herramienta permite dirigir los llamados de forma proactiva, reducir el tiempo y aumentar la eficiencia a su vez que mejora la imagen de la institución.

El ideal indica que el número debe ser gratuito en modalidad 0800 o números de acceso rápido ej \*123.

El personal asignado a estos espacios debe poseer alta tasa de empatía, amabilidad y conocimiento absoluto de las rutas de comunicación para poder brindar al afiliado respuestas que resuelvan sus consultas de forma concreta.

Esta herramienta será fundamental también para resolver dudas de la APP como así de todo trámite que comience a digitalizarse, debe considerarse un espacio de atención y educación al afiliado. Unificar todos los llamados en un centro posee los siguientes beneficios:

- mejora la experiencia del afiliado (mejor y más rápida atención)
- reduce tiempos
- derivaciones correctas
- reduce el nivel de quejas y reclamos (existiendo información directa a la cual acudir)
- mejora la imagen y reputación
- mejora el clima laboral (los empleados no están presionados por las quejas)
- fideliza a los usuarios creando sensación de pertenencia y escucha

Realizar encuestas en línea: pueden realizarse luego de visitar una sede ( en formato digital mediante tótems), de forma planificada vía link en redes sociales y vía email con las bases de datos creadas en el punto anteriormente nombrado. Las encuestas son fundamentales para obtener información directa y opiniones de la comunidad lo que permite revisar estrategias, evaluar resultados y tomar decisiones de comunicación enfocadas en la necesidad del afiliado.

En primera instancia pueden utilizarse los canales utilizados en el presente trabajo en formato casillas de mails y google forms. En una segunda etapa se recomienda la contratación de un sistema que ofrezca estas soluciones.

### 3.3.3 Evaluación y seguimiento

*Un punto clave es el de establecer un sistema de evaluación o seguimiento de las acciones de comunicación puestas en funcionamiento. Es muy importante supervisar si se han logrado los objetivos establecidos y comprobar cómo son los resultados obtenidos. Este seguimiento permitirá continuar planificando acciones de comunicación con mayor realismo y precisión. Asimismo, posibilitará evidenciar en mayor medida la necesidad de ir desarrollando nuevas acciones y tácticas para lograr la estrategia que ha sido definida en concordancia con los objetivos de la organización.*

## 4 CONCLUSIÓN FINAL

El presente Desarrollo de estrategia de Comunicación Integral se basa en una propuesta de trabajo bidireccional bajo la utilización de herramientas de comunicación disponibles y conocidas por la CSS lo que permite aplicar las mejoras y desarrollos de forma natural en esta primera etapa.

Las actividades y desarrollos propuestos tienen como objetivo mejorar la imagen, reputación de la CSS, fortalecer lazos con la comunidad interna y externa y colaborar en el flujo de las tareas diarias lo que se verá directamente reflejado en una mejor y más rápida atención de los afiliados.

El plan trabaja de forma inmersiva sobre la cultura y percepción de la institución, el ambiente laboral, la capacidad de respuesta y la uniformidad en los mensajes emitidos. Sus bases se asientan en una estrategia puente entre segmentos, por un lado, y de comunicación proactiva por otra. De esta forma presentar información de forma adecuada a cada segmento respetando el entorno y lenguaje en el cual hoy se desenvuelve y desarrolla sus vínculos con la CSS y por otro lado permite facilitar el traspaso y el conocimiento de las herramientas digitales bajo una perspectiva donde el afiliado y empleado se coloca en el centro al momento de tomar decisiones vinculadas con la creación y difusión de contenidos comunicacionales.

Se considera y aconseja, una vez aplicados dichos cambios, evaluar en cada medio correspondiente (redes sociales, sitio web, presencialidad) su impacto mediante encuestas para continuar perfeccionando los puntos que se identifiquen necesarios. Una estrategia de comunicación efectiva y evolutiva se basa en un proceso continuo de investigación, planificación, comunicación/acción y evaluación, de esta forma retroalimentar las decisiones estratégicas con información relevante que potencie de cara al futuro la presente propuesta.



## Anexo 1



Figura 1.1. Posteo de instagram de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de <https://www.instagram.com/csssantacruz/?hl=es>



Figura 1.2. Posteo de instagram de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de <https://www.instagram.com/csssantacruz/?hl=es>

## Anexo 2



Figura 2.1. Perfil de whatsapp de Afiliaciones. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.

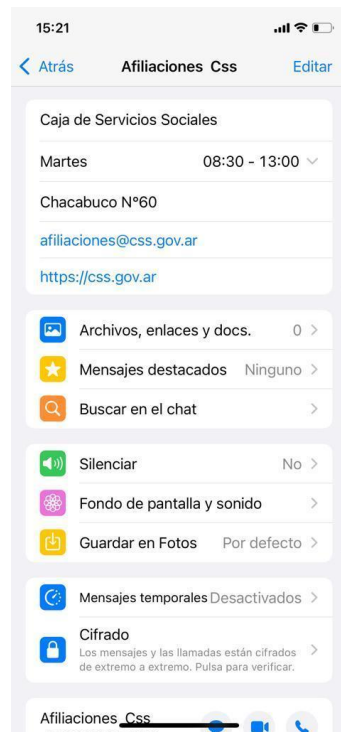


Figura 2.2. Perfil de whatsapp de Afiliaciones. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.3. Catálogo de whatsapp de Afiliaciones. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.

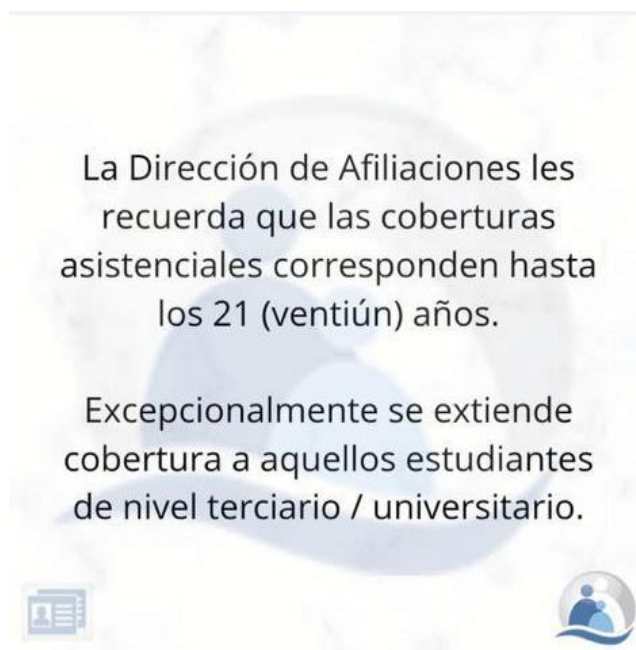


Figura 2.4. Catálogo de whatsapp de Afiliaciones. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.5. Perfil de whatsapp de Auditoría Médica Zona Sur. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.6. Perfil de whatsapp de Auditoría Médica Zona Norte. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.7. Perfil de whatsapp de Derivaciones Zona Sur. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.8. Perfil de whatsapp de Derivaciones Zona Norte. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.9. Perfil de whatsapp de Auditoría Farmacéutica Zona Sur. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.10. Perfil de whatsapp de Auditoría Farmacéutica Zona Sur. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.





Figura 2.11. Catálogo de whatsapp de Auditoría Farmacéutica Zona Sur. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.12. Catálogo de whatsapp de Auditoría Farmacéutica Zona Sur. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.13. Perfil de whatsapp de Auditoría Farmacéutica Zona Norte. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.14. Perfil de whatsapp de Bioquímica. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.





Figura 2.15. Perfil de whatsapp de Bioquímica. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.16. Perfil de whatsapp de Convenios Interprovinciales. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.

### **Anexo 3**



Figura 3.1. Pop-up de la versión web de CSS. Recuperado el 4 de mayo de 2022 de [css.gov.ar](http://css.gov.ar)



Figura 3.2. Información de contacto de la versión web de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de [css.gov.ar/infoturnos/](http://css.gov.ar/infoturnos/)

## INFORMACIÓN IMPORTANTE

La sede central Río Gallegos de la Caja de Servicios Sociales atenderá sólo de manera remota hasta nuevo aviso debido a la situación epidemiológica actual y sus consecuencias en nuestro personal. La institución recuerda las líneas de atención remota y guardias:

**Servicios Sociales - Guardia**  
2966 449733 ssriogallegos@hotmail.com

**Derivaciones - Guardia**  
2966 343976

**Auditoría Médica**  
2966 748122 auditoriamedica2021@gmail.com

**Auditoría Farmacéutica**  
2966 626026 cssfarmaciarg@gmail.com

**Convenios interprovinciales**  
2966 626181 interprovinciales@css.gov.ar

**Afiliaciones**  
2966 639256 afiliaciones@css.gov.ar

**Consultorios Externos**  
2966 645853 consultorios.css@hotmail.com

**Auditorías especializadas**  
**Fonoaudiológica:** consultasfono@css.gov.ar  
**Odontológica:** cssodontologia736@gmail.com

**Bioquímica**  
2966 690143

**Reintegros**  
reintegros@css.gov.ar /  
reintegros\_discapacidad@css.gov.ar



Figura 3.3. Información de contacto de la versión mobile de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de [css.gov.ar/infoturnos/](https://css.gov.ar/infoturnos/)

🏠
**Delegaciones**

Río Gallegos
Capital Federal
28 de Noviembre
Río Turbio
El Calafate
El Chaltén
Tres Lagos
Piedra Buena
Pto. Santa Cruz

**Google**

This page can't load Google Maps correctly.

Do you own this website?

**Horario de atención:**  
De 08:30 a 13:00 hs

**Dirección:**  
Centro Cívico L1 (CP 9303)

Figura 3.4. Información de delegaciones de la versión web de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de [css.gov.ar/delegaciones/](https://css.gov.ar/delegaciones/)

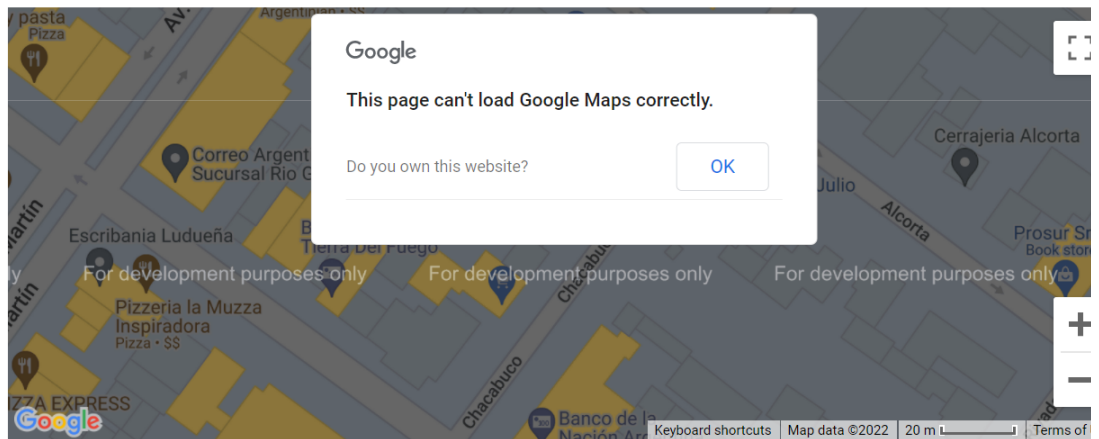


Figura 3.5. Información de contacto de la versión web de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de [css.gov.ar/contacto/](http://css.gov.ar/contacto/)

**Esperamos tu Whatsapp**  
Escribinos de lunes a viernes de 8:30 a 13:30 y agiliza tus trámites

<p><b>Afiliaciones</b> Para saber si sos parte de la obra social, adherir a tu familia, reimprimir tu carnet, asegurarte de tenerla cuando viajes y que los estudiantes no pierdan las coberturas. <b>2966 - 639256</b> <a href="mailto:afiliaciones@css.gov.ar">afiliaciones@css.gov.ar</a></p> <p><b>Audioría Médica</b> En esta área evaluarán sistemáticamente cada una de tus solicitudes un equipo de profesionales de salud de acuerdo a la reglamentación de la CSS. <b>Zona Sur 2966 - 748122</b> <b>Zona Norte 297 - 4371240</b></p> <p><b>Derivaciones</b> Para solicitar una derivación cuando no se pueda tratar o controlar tu diagnóstico en tu ciudad, ya sea por falta de profesionales o complejidad adecuada. <b>Zona Sur 2966 - 343976</b> <b>Zona Norte 297 - 4937291</b></p> <p><b>Odontología</b> <a href="mailto:cssodontologia736@gmail.com">cssodontologia736@gmail.com</a></p>	<p><b>Auditoría Farmacéutica</b> Si necesitás autorizar medicación. <b>Zona Sur 2966 - 626026</b> <b>Zona Norte 297 - 6236137</b></p> <p><b>Bioquímica</b> Autoriza estudios de laboratorio. <b>2966 - 690143</b></p> <p><b>Consultorios Externos</b> Gestioná tus turnos con profesionales itinerantes <a href="mailto:consultoriosexternos@css.gov.ar">consultoriosexternos@css.gov.ar</a></p> <p><b>Convenios Interprovinciales</b> Para renovación o solicitud de coberturas a residentes fuera de Santa Cruz. <b>2966 - 626181</b></p> <p><b>Operativa</b> Para gestionar tu documentación en reintegros y expedientes. <a href="mailto:reintegros@css.gov.ar">reintegros@css.gov.ar</a> <a href="mailto:reintegros_discapacidad@css.gov.ar">reintegros_discapacidad@css.gov.ar</a></p> <p><b>Fonoaudiología</b> <a href="mailto:consultasfono@css.gov.ar">consultasfono@css.gov.ar</a></p>
---	--

Figura 3.6. Pop-up de la versión web de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de [css.gov.ar/](http://css.gov.ar/)



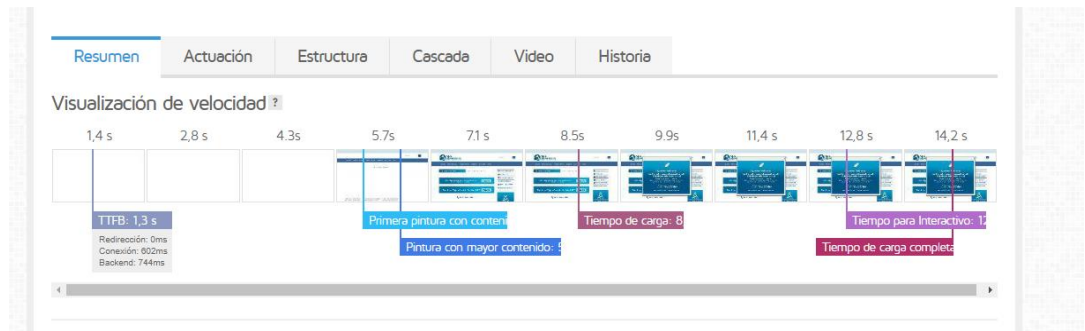


Figura 3.10. Visualización de velocidad para la web css.gov.ar. Herramienta utilizada: GTmatrix.

## Anexo 4



Figura 4.1. Perfil de youtube de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.





Figura 4.2. Perfil de facebook de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



Figura 4.3. Perfil de twitter de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



Figura 4.4. Perfil de instagram de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



Figura 4.5. Posteos de instagram de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.





Figura 4.6. Posteo de instagram de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



Figura 4.7. Publicación de youtube de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



Figura 4.8. Publicación de la web de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.

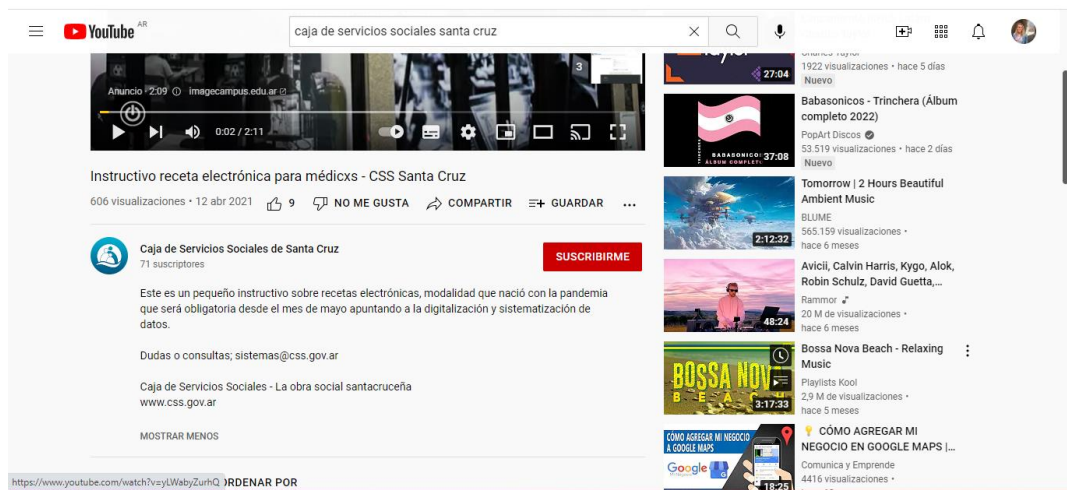


Figura 4.9. Publicación de youtube de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.

## Anexo 5

### Cuestionario Afiliados

Con el objetivo de mejorar la atención, te pedimos que respondas este breve cuestionario que te llevará menos de 3 minutos. Tus respuestas son muy importantes para nosotros.

1. Edad
  - Menos de 21 años
  - De 21 a 26 años
  - De 27 a 35 años
  - De 35 a 44 años
  - + 65 años
  
2. Género
  - Masculino
  - Femenino
  - Otro
  
3. ¿Con cuál Delegación te comunicás con mayor frecuencia para realizar tus trámites?
  - Río Gallegos

- Caleta Olivia
- CABA
- 28 de Noviembre
- Río Turbio
- El Calafate
- El Chaltén
- Tres Lagos
- Piedra Buena
- Pto. Santa Cruz
- Pto. San Julián
- Gdor. Gregores
- Puerto Deseado
- Jaramillo
- Pico Truncado
- Las Heras
- Perito Moreno
- Los Antiguos

4. ¿Cómo te comunicás con nosotros? Elegí la opción que más usás

- Voy en persona a la delegación
- Whatsapp
- Mail
- Redes sociales
- Otro

5. ¿Cuál es el trámite que realizás con mayor frecuencia?

- Auditoría médica
- Derivaciones
- Odontología
- Auditoría farmacéutica
- Bioquímica
- Consultorios externos
- Convenios interprovinciales
- Operativa
- Fonoaudiología

6. ¿Conocés nuestra página web?

- Si
- No

7. ¿Conocés nuestras redes sociales?

- Si
- No

8. Encontrás fácil nuestra información cuando la necesitás?

- Nunca
- A veces
- Siempre

9. ¿Cómo evaluarías nuestra atención? En una escala de 1 a 5 donde 5 es muy bueno y 1 es muy mala.

- 5. Muy buena
- 4. Buena
- 3. Regular

- 2. Mala
- 1. Muy Mala

10. Comentarios / sugerencias

Muchas gracias por responder!

Te recordamos nuestra web y redes sociales: [www.css.gov.ar](http://www.css.gov.ar)

Instagram y Facebook: @csssantacruz

**Anexo 6**

**Respuestas cuantitativas**

Edad

276 responses

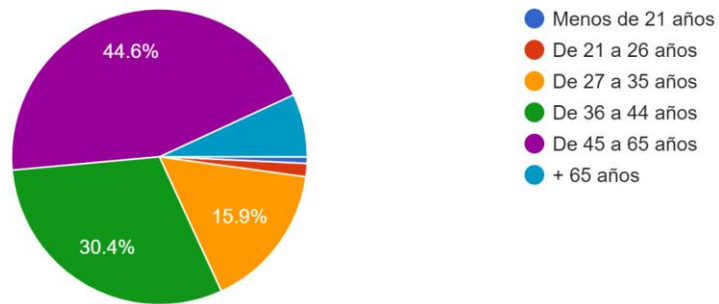


Figura 6.1. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 1 de la encuesta enviada a afiliados

Género

276 responses

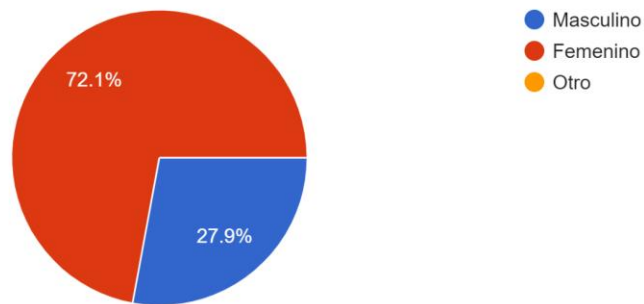


Figura 6.2. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 2 de la encuesta enviada a afiliados

¿Con cuál Delegación te comunicás con mayor frecuencia para realizar tus trámites?

276 responses

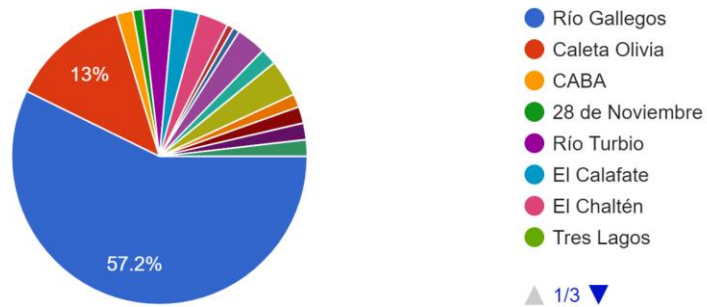


Figura 6.3. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 3 de la encuesta enviada a afiliados

¿Cómo te comunicás con nosotros? Elegí la opción que más usás.

276 responses

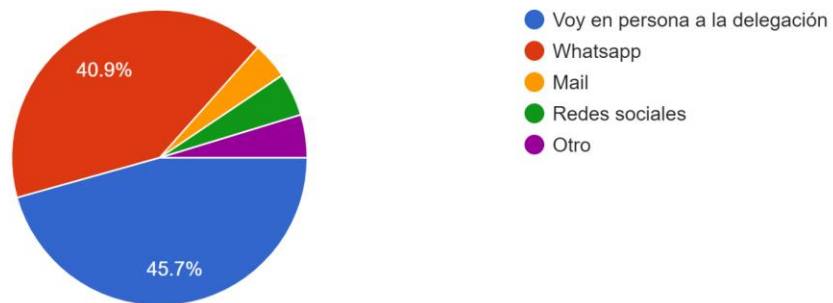


Figura 6.4. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 4 de la encuesta enviada a afiliados

¿Cuál es el trámite que realizás con más frecuencia?

276 responses

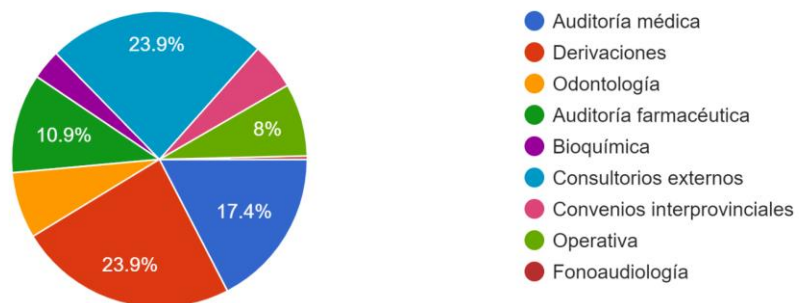


Figura 6.5. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 5 de la encuesta enviada a afiliados

¿Conocés nuestra página web?

276 responses

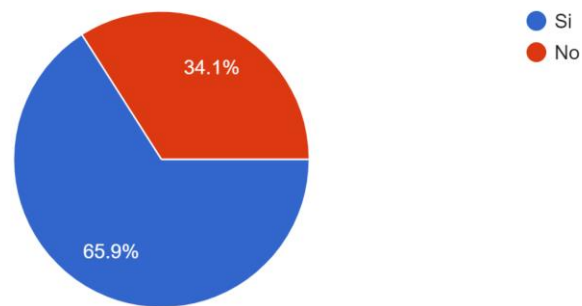


Figura 6.6. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 6 de la encuesta enviada a afiliados

¿Conocés nuestras redes sociales?

276 responses

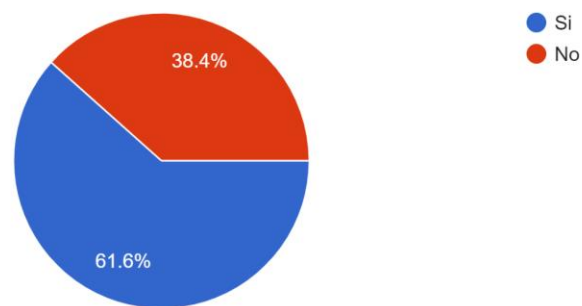


Figura 6.7. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 7 de la encuesta enviada a afiliados

¿Encontrás fácil nuestra información cuando la necesitás?

276 responses

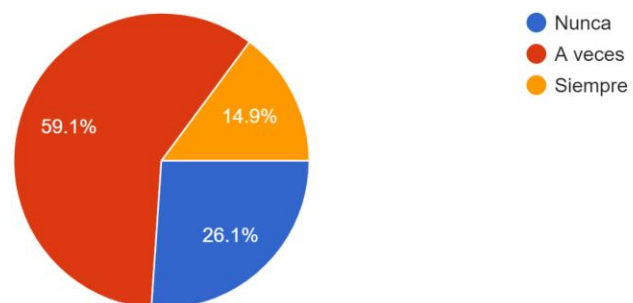


Figura 6.8. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 8 de la encuesta enviada a afiliados

¿Cómo evaluarías nuestra atención? En una escala de 1 a 5 donde 5 es muy bueno y 1 es muy mala.

276 responses

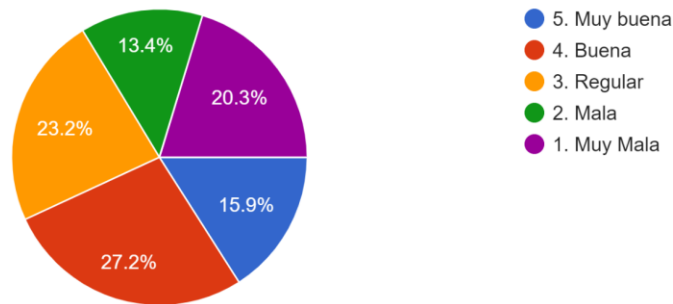


Figura 6.9. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 9 de la encuesta enviada a afiliados

## Anexo 7

### Respuestas a pregunta cualitativa

Pregunta 10: Comentarios / sugerencias

- Que los prestadores que ustedes dicen que trabajan para la caja no humos de sus teléfonos atiende y odontología uno solo atiende nomás .muchas gracias.
- Iviertan y dejen de mirar a otro lado. Las enfermedades no esperan. A veces no dan tiempo!!se han perdido muchas vidas por negligencia de la caja.
- Deben tener más y mejor información
- Preferí x WhatsApp ya que personalmente me atendieron mal ni buen día me dijeron es una pena más cuando se realizan trámites x porblemas de salud
- Te clavan el visto en el WhatsApp no te dan la info completa
- Tener un WhatsApp actualizado para responder rápidamente, que la información sea accesible y fácil de encontrar, que en la web se busque la info que se necesita.
- Mejorar lax condiciones de derivados en bs as..aumento de importe tarjeta alimentos
- no hace poco me acerque y no encontraban la carpeta de la derivacion de mi hijo ..en su momento hoy me comuniqué via mensajes y me dijeron que ya la encontraron p
- Me parece innecesario que hagan sacar turnos presenciales en los consultorios externos cuando tienen tantas formas (y buenas) de comunicación.
- Fui personalmente a pedir los requisitos para planilla enfermo crónico por diabetes y me dieron otras planillas. Cuando ya tenía todo realizado por el médico envió fotos por WhatsApp. Pasaron semanas y no tenía respuesta. Y resulta que si no fuese por mi insistencia no me enteraba que las planillas no eran las correctas. Fallaron personalmente y por Whatsapp
- hay muchos medicos que estando inscriptos en nuestra obra social cobran un plus que

llaman coseguro . Cuando uno les pide un recibo por lo que pago dicen que no lo pueden dar . la unica alternativa que te dejan es ...NO TE ATIENDO .

- Sugerencia, capaciten mejor a su personal, atiende a personas con enfermedades que muchas de ellas necesitan un atencion inmediata, muchos de los errores pueden ser evitados si se inculca al personal al atencion que se requiere cuando de salud trata. Espero que mis casos sean aislados porque deja mucho que desear su atención. Saludos
- Mala atención presencial. Mala predisposición y las pocas veces que me apersono nunca salí con solución. Ahora pago otra obra social porque me cansaron
- Cuando te contestan un wsapp parece un boot, si preguntas nombre no te contestan mas
- Mejor atencion..mejoren los servicios
- No responden en tiempo y forma
- Hay q pedirles por favor q te den una solución y aun así no lo opte es enseguida
- Bs tardes q nos brinden atención médica y de farmacia cuando no vivimos en la provincia, por que descontarnos si lo hacen y eso es una estaf en cubierto y abandono de persona
- Extender el horario de atencion como en la mayoría de los entes por la mañana y media tarde.
- Controlar a los prestadores, los afiliados no tenemos la culpa si ellos cobran a des-tiempo
- Espero que cuando conformen el directorio realicen una buena auditoría externa para que alguien los guíe en optimización de recursos, como vienen trabajando no hay caja que aguante.
- Pésimo servicio la obra social es un bodrio.
- Falta compromiso y seriedad de parte de la caja en los reintegros.. pesimo
- Hay mucha espera y no te atienden con mucha educacion
- Deberian ampliar cobertura de enfermedad cronica, me cubre solo un medicamento de tres distintos que debo tomar todos los días y me salen caros \$.
- Hola derivación son malas cuando vas a provincia Chubut los hoteles dejan mucho que desear
- es una vergüenza que mi hija pague un arancel de 13 mil pesos por afiliado voluntario, tendría que ser discriminado, los que no son familiares directos un valor y familiar directo otro, aca ponen a todos en la misma bolsa, para eso le conviene una privada que es mas económica, se que esto nunca le van a dar pelota, pero gracias igual
- La atención del personal de la delegación de los antiguos es muy mala no soluciona nada, derivaciones con turnos mal dados no cohinciden los horarios que dan con el turno, dan tarde los papeles para confirmar pasajes, muchas veces no consigo lugar para viajar, tardan en sacar derivaciones tengo de mí hijo esperando hace más de 4 años más de hace dos años debo realizar lo mío de nuevo xq se vencieron los plazos ya están autorizadas desde caleta pero acá no sacan turno malísima la atención
- Contesten whatsapp porque sino no sirve que lo pongan como medio de comunicacion



- Estaría bueno, que tengan actualizada constantemente la página de prestadores, ya que buscas y te salen algunos profesionales que ya no trabajan con nosotros!!alergistas no hay en la zona, vienen cada tanto y no te responden el teléfono los sres!!
- Falta mas atencion personalizada por los mayores no saben de las redes sociales
- Que el trato de los administrativos sea mucho mejor
- Nunca tienen respuesta, hace falta cursos de atención al afiliado, falta mas empatía por parte de los empleados y profesionales estos últimos ni bola siempre encerrados en la oficina, todos en general el staff de empleados debieran conocer la norma y reglamentación de la misma, para por lo menos orientar
- Cambien todo el personal cumplan con las prestaciones que requiere cada afiliado, respeten, capacitece, tengan empatia, y hagan lo que corresponde
- Necesitamos más prestadores de odontología ,y endocrinología
- Hay extensa falta de profesionales y de turnos disponibles para los afiliados de la caja. Las prestaciones y gastos que hay que realizar para poder pagar ademas de lo que ya nos descuentan por recibo es el colmo.
- Deben mejorar las prestaciones odontologicas de todas las edades al igual que las oftalmologicas con mas abanicos de opciones para costear vidrios, marcos, tratamientos conductos, implantes, ortodoncia, etc.
- Las derivaciones deberian ser mejor gestionadas, para que los viajes sean cortos y eficaces cuando sea por estudios o consultas.
- Espero que todos los comentarios de los afiliados sean escuchados, analizados y puestos en practica.
- Tendria que ser mas agil para agregar personas adherentes, y no te den tantas vueltas que nunca las poder tener a cargo
- La credencial virtual No sirve, atención pesima
- Ningún odontólogo atiende tratamiento de conducto ,tardan meses en devolver el porcentaje,kinesiología privada ,muy pocos ya que nunca hay turnos en el hospt y no menos importante no tiene alquiler de bota ni muletas .con lo cual se puede solicitar tarda 10 días en llega si autorizan y el descuento altísimo
- No te dan bola
- En El Calafate necesitamos profesionales privados que trabajen con la obra social, como odontología, oftalmólogo, etc.
- Nunca pude lograr una asistencia de mi obra Social, hace dos años y medio.y apporto \$20.000 mensual, en pandemia opte por pedir transferencia de aportes sobre Corrientes, presente certificado de domicilio por estar cerrado el puente al Chaco, y me dijeron que cruce el Puente, mi domicilio era Chaco. Pero volvieron a decirme que cruce el Puente, por la Pandemia no se podia cruzar, no me dijeron, le dije que no hay avión sanitario ni helicóptero para cruzar, no me dieron bolilla, le dije que tenia una discapacidad motora, a los que vivimos afuera de la Provincia, nos dejan morir, sin atención medica.
- No estanos de la mejor manera

- A veces viajamos derivados y tenemos que pagar la consulta del médico
- Capacitación para atención a los afiliados por parte de los EMPLEADOS de la institución, de la cual reciben su salario como tales, en virtud de no ser dueños de la misma.
- no hay cobertura en odontología lo que se debería revisar porque es algo primordial para la salud en general
- Deberían cubrir un poco más los medicamentos, y los anticonceptivos TODOS deberían ser al 100% están carísimos... Y empiecen a pagarle a los médicos porque no puede ser que no haya una psicóloga que atienda niños con la caja. Ni hablar de odontopediatras u ortodoncista
- no hay info actualizada sobre prestadores ni buena comunicación sobre beneficios y formas de acceder a ellos o referente a los trámites que se deben realizar
- No sirve para nada.
- Sugiero ampliar el porcentaje que cubre los medicamentos y a su vez la cantidad de doctores que trabajan por la caja. El descuento que se realiza por mes amerita tal petición. Gracias.
- No dan respuestas
- Es excesivo el costo y no cubre absolutamente nada.
- Desde el año pasado pedí mi derivación para turno con un corneólogo y hasta ahora nunca tuve respuesta, quisiera saber cuantos años más debo esperar la derivación, hay un total silencio por parte de la obra social. Espero tener alguna vez una respuesta, esta obra social tiene muchísimas falencias.
- Von lo que descuentan se podría estar mejor...derivaciones en colectivos rotos . Hopedajes de cuarta...todos se tiene que pagar porque la caja no reconoce nada...donde esta la plata de los afiliados? Y lo peor que no se puede hacer el traspaso a otra obra social somos rehenes del sistema para financiarles la campaña, la verdad un asco esta obra social
- controlar coseguros de prestadores
- Actualizar contactos, números correos etc, de los profesionales o prestadores.
- Faciliten las cosas
- Por watsapp hemos enviados estudios para autorizar y demoran ni te dan las respuestas en pandemia fue terrible la mala atención
- Falta cobertura en Odontología, Odontología infantil, y diferentes especialidades fuera del Hospital zonal, que hay q ir a las 3 de la mañana a hacer fila por un turno. Cada vez q pedís un turno te dan de un mes para otro porque somos de CSS, o dan un solo turno para CSS en algunas especialidades. No hay claridad en los montos q nos cobran los profesionales.
- Hace varios dias estamos gestionando la derivacion de mi padre que fue solicitada en caracter de urgente ,auditoria medica un desastre ,burocracia absoluta y cero empatia con el paciente.Sin contar que jamaz dan la cara y son los empleados quienes por ventanilla te solicitan muchisimos papeles innecesarios. Uno entiende que es una obra social y se dede justificar todo pero es una vergüenza como a cuenta gotas te piden lo que precisaa en una derivación urgente.SIEMPRE FUE LO MISMO

- deberían renovar los convenios con las reparticiones de salud, la css tiene mas afiliados que cualquier otra obra social del pais y no puede ser que no brinde una buena cobertura medica a sus afiliados y a la hora de cubrir los gastos medicos no te cubra nada, siendo la obra social mas grande a nivel nacional es un desastre. si no fuera obligacion que debemos tenes esta obra social no la eligiria para cubrir la salud de mi familia...
- No se ocupan de las derivaciones ni de los turnos. El alojamiento que otorgan a los derivados de Chalten a El Calafate es malisimo para alguien con dolencias, y la comida son bandejas de cocina ilegal que las hace la señora que limpia y las trae en el baúl de su auto. Sin frío. Horrible
- Un poco de empatia con los afiliados que cubran más porcentaje en lentes marcos etc que las personas que son derivadas las envíen a un hotel en buenas condiciones ya que no van de vacaciones sino por enfermedad y depende el lugar donde lo alojan es deprimente y eso creo empeora estado de salud por algo pagamos una cuota bastante alta que actualicen algunas coberturas que están hace mucho y bueno no me alcanzaría para escribir todo lo que veo mal y tampoco sé si van a leer esto
- No dan repuestas en el caso de los reintegros mandas la información de los reclamos y nadie da repuestas
- Deberían tener más prestaciones particulares ya que contamos con un solo hospital y eso dificulta la atención por la poca cantidad de turnos.
- Ejemplos ginecología, odontología, kinesiologia, estimulacion temprana y fonoudiologia
- Necesitamos más cobertura fuera del hospital. También soy prestadora de la CSS y los montós son una burla para quien da sus servicios y tampoco responden los mail para negociar aranceles
- Hace más de 5 años q solicite derivación para un tratamiento y jamás de los jamaces me lo dieron tuve q viajar x mis propios medios a buenos aires ,y tenía q volver para seguir el tratamiento y no pude x falta de dinero, falta seriedad compromiso y que el dinero q me descuentan me beneficie
- Estoy esperando una derivación de mi hijo, para hacerle un estudio bajo a anestesia , hace como 4 años le isimos el mismo estudio y la derivación tardó 1 año y ahora vamos x al mismo camino.
- Soy obesa, y no puedo acceder al sistema para la bariátrica, ya que debo pagar aparte por la nutricionista y la psicologa, lo que me demandan muchísimo dinero que no puedo pagar. Por favor, incluyan a dichos profesionales para que pueda operarme, estoy desesperada
- Malísima la atención de la sucursal de los antiguos tengo derivaciones del año pasado pedidas urgentes que no me las realizan ya están autorizadas y nada que sacan turno
- Hotel en Perito Moreno para los habitantes de Lago Posadas ,es una VERGÜENZA AÑOS SIN DAR SOLUCIÓN
- Capaciten mas la atencion al publico
- Los planes y pedidos de ortopedia deberian ser presencial es la mejor info q puede tener el afiliado ,porq los msajes no siempre se interpretan como debe ser y el afiliado termina en la obra social
- Para comunicarse y reclamar protesis la verdad que deberían mejorar el afiliado espera

meses las prótesis la verdad pésimo deberían mejorar el tema de los expedientes de reintegros igual la verdad se toman demasiado tiempo y el afiliado no tiene el mismo tiempo

- Todas las áreas no manejan el mismo sistema de respuesta inmediata eso dificulta la gestión de cualquier trámite. El registro de prestadores está desactualizado y los teléfonos en su mayoría son personales del prestador, los cuales desconocen que su número está en la cartilla. Debería corroborar que sean los correctos para el afiliado pueda acceder a ellos de forma efectiva y no tener que explicar cosas que no corresponde como lo mencione anteriormente.

- Buenas Noches sugiero que vean dónde mandan a la gente cuando se va derivada, que traten del sector de derivaciones que se fijen en dónde se atiende cada paciente y busque algo cerca, muchos andamos en silla de ruedas o con cansancio para caminar por el mismo problema al corazón no todos los pacientes pueden movilizarse en autobús taxis. Que recorran algunos hoteles tienen cucarachas o chinches. Muchas gracias

- Hola, desde el 28/12/'21 estoy esperando el turno para una resonancia .... Hace menos de dos meses me autorizaron la derivación ..... Pero nada del turno .....

- Sería bueno las auditoras atiendan personalmente al afiliado en Río Gallegos, coordinar los hoteles en las derivaciones que sean acordes a cada derivado y cerca de donde se atienden, que tengan frigobar para medicamentos, que se recorran los hoteles para ver el servicio, se coordinen los turnos en CABA para no estar muchos meses, capacitar al personal en atención al público, crear la planilla de enfermedades poco frecuentes, ser derivados a centros específicos, solucionar los problemas para no llegar a un recurso de amparo, agradecemos a: el de interventor, Néstor Marquéz, Eliana Talone, Oscar de imprenta, quienes siempre nos dan soluciones dentro de sus posibilidades y quienes escuchan al afiliado.

- Capacitar al personal en la atención..en derivación mejorar la coordinación en hoteles, turnos, que el afiliado vaya a la clínica u hospital que corresponda por su patología, tener cobertura p' psicólogos ..cardiólogo infartil, Neumonólogo infantil, alergista infantil, ortodoncista ..

- Mejoren atención

- Empiecen de 0 lo q hay es un desastre!!!

- MALISIMA NO TIENEN RESPUESTA NO TIENEN COMPROMISO NI EMPATIA ASIA EL AFILIADO AÑOS TENIENDO CSS MUY POCO LA E USADO AHORA MIS HIJAS ESTAN EN CHUBUT ESTUDIANDO Y NO TIENEN COBERTURA EN NINGUN LABORATORIO NI EN CONSULTORIOS PRIVADOS NI CLINICAS MI HIJA DEBE HACERSE TRATAMIENTO DE CONDUCTO CON ODONTOLOGO Y AL NO TENER COBERTURA DE OBRA SOCIAL DEBE ABONAR \$ 17.500 PESOS TUBO QUE COMPAR REMEDIOS PARA BAJAR INFLAMACION \$ 3.500 PESOS TODO POR NO TENER COBERTURA EN OTRA PROVINCIA Y YO ESTO LO LLAMO ABANDONO DE PERSONA FALTA A DERECHOS HUMANOS Y DERECHOS DE COBERTURA OBRA SOCIAL POR QUE COBRARME TODOS LOS MESES ME COBRAN RELIGIOSAMENTE MAS DE \$ 4.500 PESOS MENSUAL AL PEDO POR QUE NI PARA QUE MIS HIJAS PUEDAN SER ATENDIDAS COMO CORRESPONDE NI COMPRAR MEDICAMENTOS HOY DEBE PAGAR ENTRE REMEDIOS Y ODONTOLOGO 21.000 PESOS UNA VERGUENZA SALUDOS

- Sugiero control con los derivados, la mayoría hace viajes para otros puntos del país. También controlar convivencia entre derivados y acompañante.

- Vivo en Chubut x razones personales. Hace 5 años sin obra social.no figuro ni como

afiliada.nunca un reintegro.espero nuevas autoridades para plantear mi tema.

- La página web brinda información desactualizada y las consultas desde allí no he podido realizarlas (me indica ""error"" y no me permite enviar el mensaje de consulta). Las leyendas ante algún error en la carga de datos, aparece en inglés.
- A LOS JUBILADOS NOS CUESTA USAR LA CREDENCIAL DIGITAL
- Más empatía con el interior , a veces tardan mucho en darnos respuestas
- Es la primera vez que ingreso. No sabía que había forma de comunicarme con CSS. En el pueblo la situación es cercana. Ahora cuando debes llegar a Río Gallegos o cuando te derivan fuera de la provincia la situación es de una soledad impresionante.
- Se necesita la especialidad de optometria
- Que se acorten los plazos en derivaciones nuevas
- En la parte de derivación siempre es el problema
- Los sanatorios a donde son derivados los pacientes deberían ser supervisados, ya que es mucho lo que nos descuentan cada mes, como para tener una atención tan poco profesional. Por otra parte, con todo el descuento que recibimos aún los convenios, no contemplan la comida. Qué hace una persona con largos tratamientos en una ciudad y con pocos insumos. Los asesores a cargo de la caja de la localidad, son los que deberían asesorar, informar, y colaborar facilitando los trámites, no el paciente estar pidiendo información extra porque no tienen idea de nada. Deben estar en el lugar de trabajo en el horario que está pautado. Para concluir, deberían haber agentes en las ciudades que colaboren con las dudas de las personas que vienen de tan lejos. Los trámites son muchos y la soledad en la que uno se encuentra con el extra de estar viviendo una situación compleja con algún familiar, desmoralizan a cualquiera.
- Mala atención y mal servicios para los afiliados que encima te obligan a pagar no puedes cambiarte de obra social una cagada
- Cuesta mucho conseguir derivaciones y si son consultas con Médicos privados te cobran coseguro
- Mejoren la atención al público y que hallan más servicios, como odontología, dermatología, neurología, mastologo, buen traumatólogo y no sino peso. Se paga 100mil pesos para una cirugía porque vienen de Córdoba y no hay aparatos para la cirugía. Vergüenza
- Una de las que me atiende, tiene pésima predisposición y atención.
- El afiliado no tendría que pagarle a los médicos un coseguro ni tener que esperar respuesta de urgencias cuando tiene una derivación de urgencia ya que la salud es todo hay muchas cosas que cambiar ya como afiliados estamos pagando por un buen servicio que no tenemos cada vez es peor tener que estar afiliado a un servicio de salud incompetentes que no se preocupan por sus afiliados y no tenemos soluciones
- Hace más de 20 días estoy derivada con mi hija en capital federal a la espera de un turno del cual se supone que ya tendría que estar, solo veníamos a un estudio médico y seguimos dando vueltas en esta ciudad rogando por un turno, mi hija tiene 5 años. Cero empatía hacia los pacientes, lo único que me responden es que tenga paciencia, que más paciencia puedo llegar a tener, espere dos meses la derivación y ahora sigo esperando un turno para el bendito estudio médico al cual se supone que veníamos. Por favor tomense en serio la

salud de sus afiliados es una vergüenza!!!!!!

- Si teníamos que seguir esperando podríamos haberlo echo en nuestro hogar no aca, con todo el gasto que esto implica no solo monetario y si no también mental. Es lamentable."
- me gustaria y creo que os afiliados merecemos que la Caja se ponga al dia con los profesionales de la salud asi nos podemos atender, dado que practicamente nadie atiende por la obra social a causa de la deuda que mantienen
- Nada funciona, falta de respeto
- Cambiar a la persona que atiende hace un montón de tiempo se llama Nancy y detiene todos los trámites
- En el Calafate no hay odontología privado que trabajen con css y en el hospital solo hacen extracciones
- mejorar en forma urgente la calidad de atencion al publico, informar con detalle los servicios que brinda la obra social y los que no brinda, cuando vamos a buscar soluciones siempre nos encontramos con mas problemas de los que tenemos y en cuanto a esta pregunta ¿Cuál es el trámite que realizás con más frecuencia? utilizo con frecuencia mas de un servicio ya sea por mis padres que son adultos mayores o por discapacidad de mi hijo mayor, falta muchisimo, ¿que pasa con los coseguros que son tan elevados en algunas especialidades para atenderse, y mas cuando son por discapacidad o adulto mayor?
- Me roco sacar turno con medico clinico me cobran 500
- Muchas trabas
- LAS RESPUESTAS POR WASSAP NO LLEGAN O LLEGAN DESPUES DE VARIOS DIAS EN DERIVACIONES. EN LOS OTROS SECTORES SIN DIFICULTAD.
- Sugiero por la presente mejorar el sistema en relacion a las recetas digitales, ya que al ingresar los datos del afiliado se encuentra los datos, pero al querer abrir la receta se tilda dicho progama, demorando la atencion del mismo.
- Buenas tardes. Quisiera saber que urgencia son válidas para reintegro. Una atencion de odontólogo con factura que dice URGENCIA no es válido??? Quisiera saber. Gracias
- Soy jubilada de la Pcia de Santa Cruz por haber sido caja otorgante. Resido en Chubut desde hace 12 años, donde ejercí como docente.
- NO tengo cobertura.
- Envié una nota al Sr. Interventor en el mes de mayo, solicitando una solución. Aún no tengo respuesta.
- Estoy SIN OBRA SOCIAL.
- Me expresaron en varias oportunidades que estaban trabajando para realizar un convenio con profesionales médicos en la ciudad de Trelew (lo que resolvería en forma parcial la situación, dado que vivo - desde hace 12 años- en la ciudad de Puerto Madryn.
- Estoy acumulando facturas de médicos a los que debo acudir porque espero que al menos me sean reintegrados los gastos.
- Solicito por favor ser recibida por una autoridad de la CSS cuando vaya a la ciudad de Río

Gallegos, en el mes de octubre.

- Espero que alguien se haga eco de la extrema necesidad que vivo, soy paciente crónica (síndrome metabólico: hipertensión e hipercolesterolemia) además por contar con antecedentes familiares de cáncer, realizo dos consultas anuales (mamografía y ecografía mamaria).
- Por la atención al presente pedido que reitero desde el mes de mayo, agradezco de antemano.
- Los únicos que responden son la gente del messenger, lo demás nunca saben nada, dan miles de vueltas y me siento como que tuviera que rogarles cuando la salud es un derecho.
- Hola en la página no se puede buscar los prestadores, No hay una sección de denuncias prestadores que cobran coseguros más elevados y no hay información sobre la ley de obesidad para la cirugía bariátrica es LEY NACIONAL OBESIDAD
- Por favor hagan algo respecto a los jubilados que viven en otra provincia. Ej. Chubut. vergonzoso
- se facilita mucho mejor que ir hasta la central a buscar información, algunos trámites estaría bien poderse hacer por vía web por ejemplo el de tránsito.-
- En MARZO envíe mail para anteojos y todavía estoy esperando
- Los turnos para profesionales que vienen de Buenos Aires deberían darlos por WhatsApp, como era antes, sin necesidad de ir al hospital un domingo a la mañana, tal como fue este último mes.
- Mejoren las prestaciones. Siguen restando beneficios y lo están adaptando al pmo. Es injusto
- Deben mejorar muchísimas cosas, pero sobre todo en la atención en CABA, no solucionan nada hacen la estadía del derivado muchísimo más estresante. Mejoren pronto y sean más empáticos. Y no se tiren la pelota entre delegaciones
- Tendrían que ver el sector de derivación y cuando viaja con un menor tendrían que reconocer al segundo acompañante aún que sea el 50 por ciento por que a veces son menores y no puede sola
- El cuestionario debería tener más de una opción como respuesta, en muchas oportunidades las respuestas se complican, por las fallas en la comunicación interna.
- La atención presencial requiere muchos ajustes y debe ser de excelencia, para el afiliado que trae consigo un problema de salud.
- Excelente y pronta solución.
- Excelente atención las chicas del whatsapp
- Las auditoras deben reforzar muchísimo la comunicación con afiliados y ser más predisuestas ya que para eso les pagan.
- Muy eficiente atención por parte de las empleadas que atienden el WhatsApp
- Buena atención

- Muy conforme con la atención
- Sin comentarios
- Tendrían que fijarse el tema de hoteles y comida cuando nos derivan a otra localidad(gallegos) para eso nos descuentan y los setvicios son pesimoss
- K no cobren el coseguro tan elevado
- Mejorar la presencia de los agentes
- Que haya más otorrinonaringologo que atiendan con la Caja.
- La verdad es que estoy muy mal porque tengo a mí esposo que es paciente diabético y también es paciente oncológico y en primer lugar por diabetes se tiene que medir 4 veces al día siempre...lógicamente si sacamos la cuenta al medirse la glucemia todos los días 4 veces nos da un resultado de 120 tiritas (siempre y cuando no venga ninguna fallada).. y solo me autorizan al 100xciento 2 cajas de 50 tiritas al mes...cuando pido que me autorizen más no lo hacen..debo pagar al100 x ciento el resto.....lo mismo pasa con las agujas.....y por ser paciente oncológico se realiza sesiones de quimioterapia en Caleta Olivia (nosotros somos de puerto san Julián) y solicito siempre con un lapso de treinta días la medicacion..y no es posible que llegue a tiempo...ensima como debo mandar los reclamos por wassap me contestan re mal y me dan el número de la droguería para que yo llame y reclame...al consultar me entero que si ya la hubieran pedido en un lapso de 72 horas estaría acá la medicación ...para esto tengo que cambiar los turnos sabiendo que las sesiones se deben realizar en fecha como te lo recomiendan los oncólogos para que puedan verse los resultados
- acelerar la entrega de medicación a enfermos crónicos gracias!
- Agilicen los trámites para reintegros por discapacidad y pagos a profesionales
- Faltaría reforzar más la parte de autorizaciones, de derivaciones y que las auditoras atiendan personalmente ya que mandan aún empleado y el pobre va y viene sin poder hablar directamente con las auditoras y así evitar aglomeracion de gente con horas de espera por una autorización
- me encanta poder googlear mis dudas , sigan asi
- En general fue muy buena siempre. Hoy denuncie ante esta CSS vía Instagram y WhatsApp que han violado la confidencialidad. Una sit horrible y denigrante. Se han disculpado y he recibido con mucho gusto esas disculpas. La persona responsable se ha puesto a mi disposición. Muchas gracias
- Deberi haber turnos más urgentes para derivados
- En el whatsapp no te dan ni bola siempre te patean
- En la delegación de picó truncado no hay buena atención al público
- Es muy lenta la atención. Sugerencia la encuesta podría dar más de una opción. Controlar más los coseguros de las atenciones médicas.
- No hay variedad de prestadores. Necesito neurólogo .. y dentista.
- Mejorar la atención a los pacientes oncológico



- Bajen la cuota del coseguro. Es casi lo mismo que pagar la consulta sin la obra social y hay muy pocos medicos que trabajen con la css
- Sr necesitaría medio contacto, reintegro y tesorería
- Me gustaria que den la posibilidad a desafiliacion... nunca la ocupo. Y cuando la necesito debo desembolsillar fortunas porque nada funciona. Prefiero pagar algo a mi eleccion y mas económico
- no puedo bajar la App en el celular, cual sería la direccion para esto ?. saludos cordiales

## **Anexo 8**

### **Cuestionario Interno CSS**

Con el objetivo de mejorar la atención y la forma de trabajo dentro de la CSS, te pedimos que respondas este breve cuestionario que te llevará menos de 3 minutos. Tus respuestas se utilizarán para aportar las herramientas necesarias que faciliten el trabajo diario y la resolución de casos.

1. ¿En cuál Delegación trabajás?

- Río Gallegos
- Caleta Olivia
- CABA
- 28 de Noviembre
- Río Turbio
- El Calafate
- El Chaltén
- Tres Lagos
- Piedra Buena
- Pto. Santa Cruz
- Pto. San Julián
- Gdor. Gregores
- Puerto Deseado
- Jaramillo
- Pico Truncado

- Las Heras
  - Perito Moreno
  - Los Antiguos
2. ¿Por qué medios le brindás atención a los afiliados?
- Atención personal en la delegación
  - Whatsapp
  - Mail
  - Redes sociales
  - Otro
3. ¿Cuáles son los trámites que atendés con mayor frecuencia?
- Afiliaciones
  - Auditoría médica
  - Derivaciones
  - Odontología
  - Auditoría farmacéutica
  - Bioquímica
  - Consultorios externos
  - Convenios interprovinciales
  - Operativa
  - Fonoaudiología
4. ¿Cuáles son los trámites que suelen generar mayor conflicto con los afiliados?
- Afiliaciones
  - Auditoría médica
  - Derivaciones
  - Odontología
  - Auditoría farmacéutica
  - Bioquímica
  - Consultorios externos
  - Convenios interprovinciales
  - Operativa
  - Fonoaudiología

Pregunta abierta:

5. De los arriba mencionados, ¿podrás detallar las principales quejas/reclamos que recibís?
6. ¿Tenés todas las herramientas necesarias para hacer tu trabajo?
- Si
  - No
7. ¿Tenés la suficiente información para realizar tus tareas eficazmente?
- Si
  - No
8. Si te encontrás con un problema o una situación inusual o de otra área ¿sabes a dónde acudir para encontrar una solución?
- Si
  - No
9. ¿Crees que existe una comunicación fluida entre áreas?

- Si
- No

10. ¿Considerás que los afiliados están informados sobre los servicios de la CSS?

- Si
- No

11. En una escala de 1 a 5 donde 5 corresponde a muy buenos y 1 a muy malos, ¿qué puntaje crees le colocan los afiliados a los servicios brindados por la CSS?

- 5. Muy buenos
- 4. Buenos
- 3. Regular
- 2. Malos
- 1. Muy malos

Muchas gracias por responder!

## Anexo 9

### Respuestas cuantitativas

¿En cuál Delegación trabajás?

66 respuestas

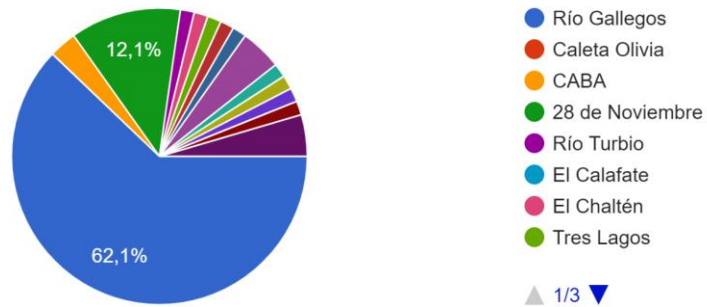


Figura 9.1. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 1 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

¿Por qué medios le brindás atención a los afiliados?

66 respuestas

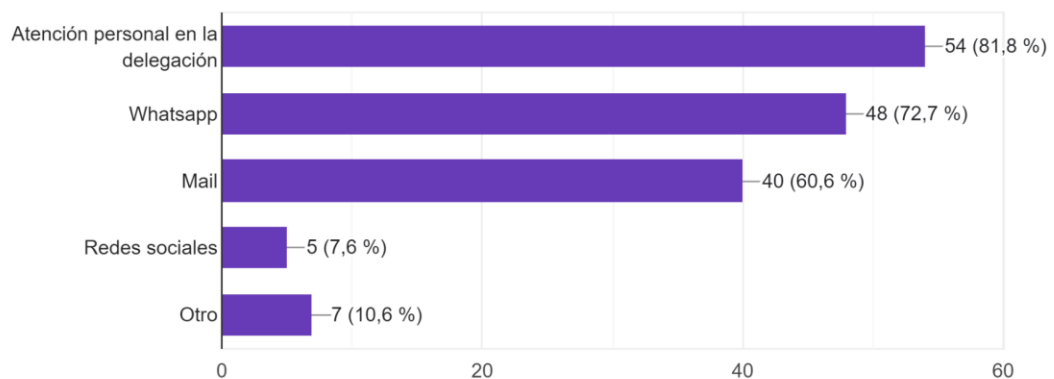


Figura 9.2. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 2 de la encuesta enviada a empleados de

atención al público de la CSS

¿Cuáles son los trámites que atendés con mayor frecuencia?

66 respuestas

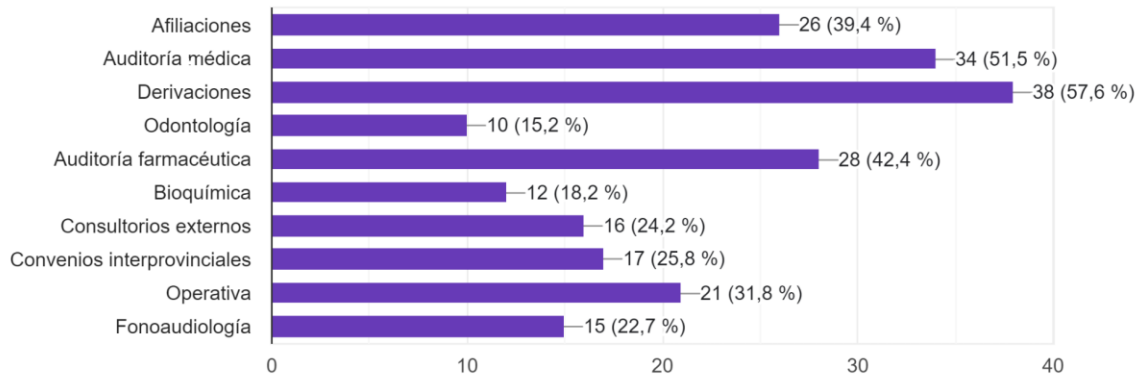


Figura 9.3. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 3 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

¿Cuáles son los trámites que suelen generar mayor conflicto con los afiliados?

66 respuestas

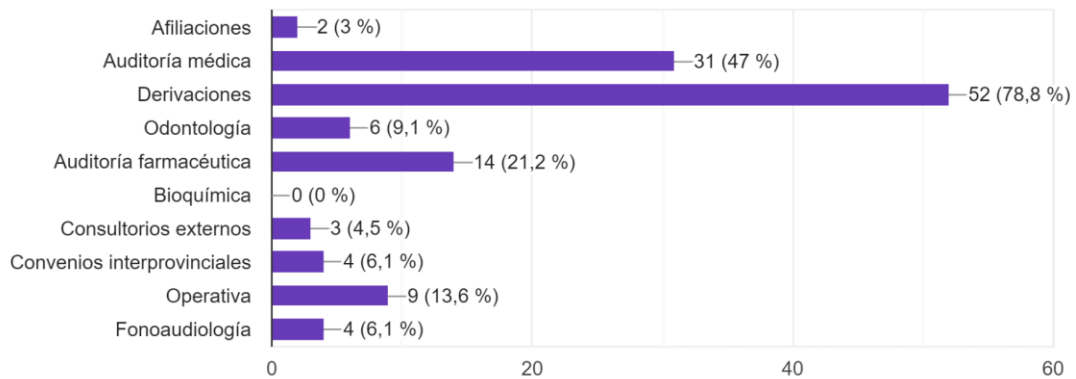


Figura 9.4. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 4 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

¿Tenés todas las herramientas necesarias para hacer tu trabajo?

66 respuestas

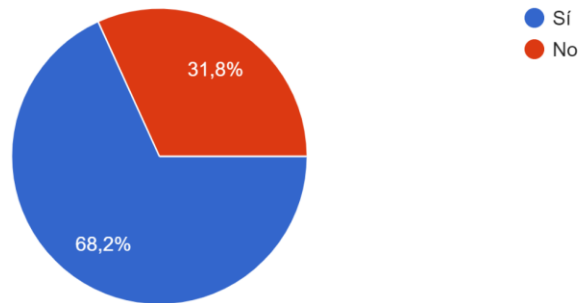


Figura 9.5. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 6 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

¿Tenés la suficiente información para realizar tus tareas eficazmente?

66 respuestas

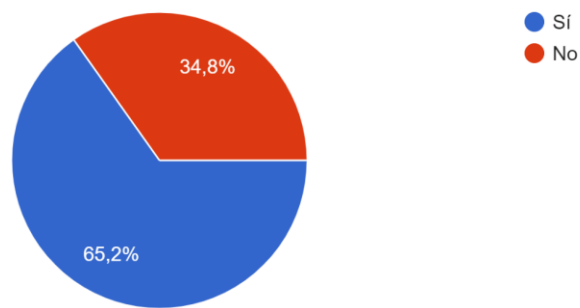


Figura 9.6. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 7 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

Si te encontrás con un problema o una situación inusual o de otra área ¿sabes adónde acudir para encontrar una solución?

66 respuestas

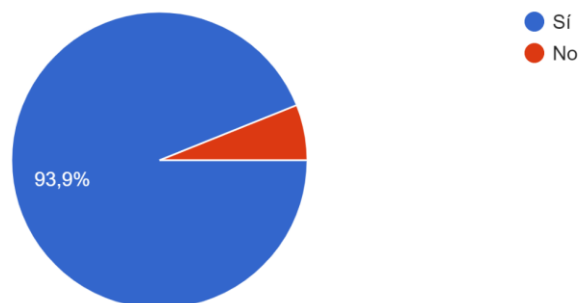


Figura 9.7. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 8 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

¿Crees que existe una comunicación fluida entre áreas?

66 respuestas

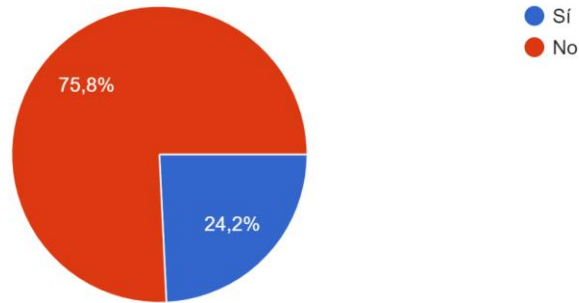


Figura 9.8. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 7 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

¿Consideras que los afiliados están informados sobre los servicios de la CSS?

66 respuestas

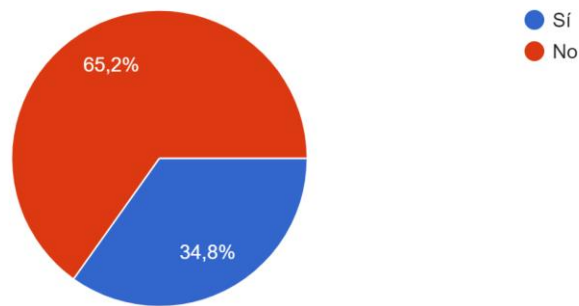


Figura 9.9. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 8 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

En una escala de 1 a 5 donde 5 corresponde a muy buenos y 1 a muy malos, ¿qué puntaje crees le colocan los afiliados a los servicios brindados por la CSS?

66 respuestas

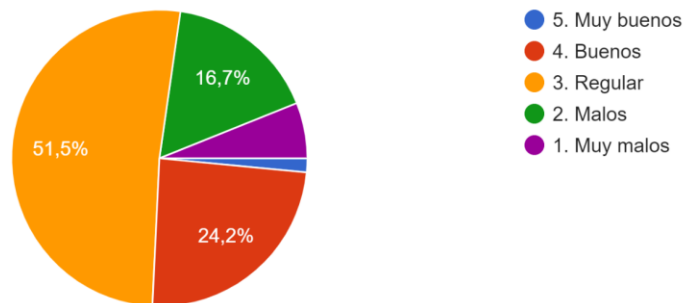


Figura 9.10. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 9 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

## **Anexo 10**

### **Respuestas cualitativas (35)**

Pregunta 5: ¿Podrás detallar las principales quejas/reclamos que recibís?

- La tardanza en las derivaciones y turnos
- La demora en los trámites y la falta de respuesta de las áreas ante una consulta por teléfono o mail.
- muchos protocolos y poco RESPUESTAS
- Demora en pagos de reintegros y pedido de documentación innecesaria. Poca información con respecto a las derivaciones, turnos, pasajes, etc...
- La demora en la adquisición de turnos-
- Que no confirman hotel antes de viajar, que no sacan turnos en tiempo y forma en cempenta, samic, garraham como así también una vez autorizada la derivación la dejan sin pedir turno y se vencen los pedidos .
- derivaciones: los afiliados dicen que son mal derivados y que tardan mucho en salir las derivaciones. reintegros/operativa: no es circuito que sea comodo y agil para los afiliados, solicitan mayor cantidad de prestadores
- demora en el inicio del tramite, repuesta ante un rechazo del auditoria medica
- FALTA DE PAGOS, NO REALIZAN DERIVACIONES A TIEMPO
- la falta de respuesta rápida a las consultas presentadas o las autorizaciones, se desconocen los profesionales que se cuenta en la provincia o los estudios que se realizan , por lo que se estan con demoras de mas de un mes para dar respuestas a turno o lugares donde se realizan las consultas.
- que informan mal al afiliado
- DISPONIBILIDAD DE HOTEL, Y DISPONIBILIDAD DE HORARIO DEL SPORTMAN QUE SOLO TENEMOS DE PTO DESEADO A OTRAS LOCALIDADES UN SOLO HORARIO DE IDA 17:30 Y DE REGRESO POR EJEMPLO DE CALETA 14:20. POR LO CUAL DOY UN EJEMPLO.
- SI OTORGO UN TURNO EN CALETA OLIVIA AL AFILIADO LO TENGO QUE DERIVAR UN DIA ANTES Y POR ESA RAZON YA DEBO DARLE 2 DIAS DE HOTEL. Y SI EL TURNO ES POR LA TARDE (15:00) TENGO QUE DARLE 3 DIAS DE HOTEL, UN DIA ANTES, EL DIA DEL TURNO Y AL OTRO DIA PARA REGRESAR PORQUE SOLO HAY UN SOLO HORARIO DISPONIBLE. QUE LAMENTABLEMENTE NO SON ACCESIBLES."
- datos no cargados en sistema de los afiliados sobre enfermedades cronicas
- Cuando los afiliados presentan tardes las derivaciones y no se llega con las autorizaciones o cuando los profesionales los dan turnos a largo plazo .
- la tardanza en autorizar las Derivaciones la mayoría de las veces se van sin derivación
- No responde nadie por los medios que utilizan y nos suelen llamar
- Problemas en farmacia!
- Falta de prestadores, demoras en los pagos y reintegros

- autorización de derivaciones, problemas en la farmacia al ir a comprar medicación.
- Con derivaciones el inconveniente es la autorización de las derivaciones, como los destinos, acompañantes, y la verificación del médico a la hora de evaluar. La condición o hc del afiliado. Si es psiquiátrico siempre necesitaría el acompañante así valla a realizarse una TAC .
- Con respecto a odontología la falta de prestaciones, en privado y en los hospi y es imposible conseguir turnos. Muchos reclamos por falta de cobertura en ortodoncia. Prácticamente el afiliado debe pagar todo.
- Derivaciones, es mucha la demanda solicitada al no tener médicos en la localidad
- Que tardan mucho tiempo los turnos
- Derivación porque no sale a tiempo
- cobertura de medicación
- Demoras en las autorizaciones
- Derivaciones
- La mayor queja es que no atienden el teléfono. Esto según los afiliados.
- Dedicación al explicar los motivos por el cual no se autoriza la derivación o porque se pide algo más antes de autorizar la misma. Muchas veces el afiliado necesita que se le explique bien las cosas para tranquilidad, ya que cada uno percibe con distinta sensibilidad la patología por la cual debe ser derivado. Para agregar una problemática, que no se menciona arriba, y se reciben muchas quejas es la falta de especialidades. Neurología, psicología y psiquiatría son los más consultados. Mayor cobertura en oftalmología y odontología.
- Buenos días el inconveniente es Derivaciones Yo estoy en Atención al público y la queja más usual es la información que se le dan en el Box 6 de derivadas y venidas x vuelo por bouch etc
- Demora en las respuestas en los trámites, poca disponibilidad de turnos ,falta de profesionales,
- Desde el sector derivación las respuesta a los pedidos de autorización de derivaciones no son rápidos ,aveces aut sin acompañante o a otro destino, es otro problema y suplicar que por favor realicen los cambio en las autorizaciones , muchas veces ni contestan a los pedidos lo que provoca q el afiliado se moleste y cambie un turno o tng que irse y reclamar personalmente x su deriv
- la cobertura o la falta de ella en cuanto a los convenios con otras provincias. En materia de derivaciones la negativa de las mismas, o la demora en brindar información al respecto turnos, hoteles pasajes etc
- el prestador cobra en forma particular con altos costos
- Ninguno de arriba lo que genera mayor conflictos con los afiliados es la falta de comunicación entre los directivos y personal que atendemos a los afiliados, no nos informan los cambios de cobertura, baja de prestadores, las cosas que están y no nombradas, etc,.. entonces a la hora de poder darle una solución rápida y eficaz al afiliado se nos hace super difícil porque no estamos al tanto de nada somos los últimos en enterarnos todo. Soy rocio tranajo en auditoría médica .
- Fallas de gestión en turnos. Falta personal en atención al público, la falta de transmitir mensajes, confusión en la información brindada
- La principal queja es la información incorrecta brindada por el agente que atiende al afiliado en las 3 áreas, también la cobertura en caso de discapacidad y derivaciones. En auditoría es el tiempo de respuesta.



- La demora
- Derivaciones
- Prestaciones y coberturas
- Los reclamos tienen que ver con el tiempo que lleva auditar indicaciones medicas
- En derivaciones hay mucha falta de información, desde el sector dicen que les falta gente y los afiliados dicen que no saben que fecha viajan, se quejan de la demora, de la condicion de los hoteles, de la info respecto a las direcciones y turnos. En odontologia la falta de profesionales y prestaciones. En operativa la demora en los reintegros, considerando que el afiliado debe para el servicio y despues realizar un engorroso proceso administrativo para recuperar una pequeña parte del dinero.
- TURNO, CONFIRMACIÓN DE HOTELES A ULTIMO MOMENTO, NO SE ACTIVA TARJETA ALIMENTARIA, DEMORAS ALTA PASAJES CABA
- no cargan los planes, ni saben que planillas entregar a los afiliados o que documentación solicitarle. CABA de buenos aires, no contesta los mails. Caleta firma las planillas y no carga nada en el sistema, ni siquiera evalúa el tratamiento.
- Problemas en farmacia y no tenemos perfil de consulta para ver que en que se excende o porque se caen las cobertura, la farmacia local muchas veces no tiene lo solicitado y piden cambiar la receta, que despues no pasa y quizas es un viernes y no tienen solucion hasta el lunes o martes.
- Demora de turnos y de confirmación de hotel y de altas
- La falta de respuesta y el tiempo de demora. Más la NO comunicación entre las áreas.
- la falta de respuesta por parte del personal, sobre los trámites de los afiliados.
- Reintegros
- no contamos con prestador
- BUROCRACIA
- tiempos de respuesta
- Muchas veces no hay lugar en los hoteles de CO o no autorizan a realizar estudios a CR cuando los medicos no reciben las imagenes de CO
- que siempre quieren más y siempre autorizan más
- En el caso de afiliaciones donde no se le puede dar de altas a nuevos municipales.
- En el caso de derivacion a no tener especialis en la localidad es mucha la demanda de derivacion
- Y en farmacia cuando la medicación de alto costo no llega a tiempo.
- Con respecto al sector afiliaciones los reclamos son de los empleados municipales a los que se le realizan los descuentos pero no pueden hacer uso de la Obra Social.
- En el sector Derivaciones los reclamos estan relacionados con la plaza hotelera, muy limitada.
- DERIVACIONES Y AUDITORIA MEDICA, FALTA DE PERSONAL Y CONGRUENCIA EN LOS TRAMITES, DE ATENCION, ETC.
- quejas por derivaciones: las derivaciones tardan o no se deriva a quien solicito el medico tratante.

reintegros por la falta de prestadores

- cobro indebido por parte de los prestadores
- derivaciones y también de informes
- La cantidad de requisitos que se lee piden
- La falta de respuesta
- COBERTURAS DEL ACOMPAÑANTE, DEMORAS DE TURNOS QUE SON AJENOS A LA DELEGACION DEPENDIENDO DE LOS CENTROS Y O ESPECIALISTAS A LOS CUALES SE DERIVAN.- EN CUANTO A FARMACIA CON COBERTURAS DEL 70% UNA VEZ INGRESADO A PLAN CRONICO, AFILIADO RECLAMA COBERTURA AL 70, PENSANDO QUE UNA VEZ INGRESADO A CRONICO TIENE EL DERECHO DE COBERTURA AL 70 Y SE LE EXPLICA QUE NO TODA LA MEDICACION QUE UTILIZAN LE CORRESPONDERIA AL 70 ..
- transportes para derivados, ya que no ingresan a la localidad
- falta de prestadores
- QUE NO LES DAN RTAS CLARAS

Nota: Están disponibles las respuestas en formato Excel y cada uno de los formularios que fueron respondidos.

## Hoja de Ruta - cronograma sugerido anual

	2023											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic
<b>ACCIÓN</b>												
<b>Determinar canales de comunicación formales internos</b>												
Relevar la cantidad de mails y whatsapps existentes												
Adaptar mails y whatsapp existentes al formato adecuado												
Crear los mails necesarios												
Solicitar las líneas de whatsapp necesarias												
Determina un canal área o persona para consulta de temas												
Elaborar un documento integral												
Difundir el documento												
<b>Crear un manual de inducción intermo</b>												
Relevar información y redactar												
Diseño de manual												
Coordinar reuniones con distintas áreas para su presentación												
<b>Fortalecer vínculos internos</b>												
Relevar carteleras existentes												
Relevar espacios para colocar carteleras/LEDs												
Definir línea editorial de carteleras y períodos de actualización												
Relevar base de datos de empleados												
Actualizar base de datos												
Definir línea editorial de newsletter interna												



### **3. Programa de Capacitación destinado al personal de la Institución**

#### **3.1. En el uso de manuales de procedimiento para el seguimiento y control de las derivaciones**

##### 3.1.1. Reuniones con responsables de auditoría médica

Reuniones mantenidas en el período:

**Fecha: 20-9-22**

**Modalidad:** Virtual

**Participantes:**

Sr. Néstor Márquez - Gerente de Asistencia al Afiliado- de la CSS Pcia de Sta Cruz  
Dra . Sonia Gaviola- Equipo UNTREF  
Arq. Fabiana Di Santo- Equipo UNTREF

**Objetivo:**

-Ultimar detalles sobre la organización y puesta en marcha del primer curso en el Uso del Manual de Procedimiento de Seguimiento y Control de las Derivaciones.  
-Comenzar a delinear aspectos relacionados con el curso sobre el Uso del Manual de Procedimiento para Segunda Opinión Médica y con el curso de Atención al beneficiario/a,

**Desarrollo:**

Durante la reunión se trataron aspectos relacionados al Programa del Curso sobre el "Uso del Manual de Procedimientos para el Seguimiento y Control de las Derivaciones", el cronograma establecido para dar comienzo los primeros días de octubre. Se acordaron fechas y horarios para los encuentros sincrónicos. Se profundizaron aspectos metodológicos y modalidad operativa del curso. Asimismo, se definieron la cantidad aproximada de participantes. A la fecha del presente la cantidad asciende a 91 participantes, empleados de la CSS de la Pcia de Sta Cruz de Rio Gallegos, Las Heras, Perito Moreno, 28 de Noviembre, Gobernador Gregores, Caleta Olivia, Rio Turbio, Jaramillo, El Chaltén, Tres Lagos y CABA (ver listado **anexo 1**)-

Si bien se comenzaron a tratar aspectos relacionados a las otras dos

capacitaciones previstas en el marco del Programa (Curso en el Uso del Manual de Procedimiento para Segunda Opinión Médica y Curso Atención al Beneficiario/a), el Sr Néstor Márquez, propuso continuar todas las gestiones correspondientes a las cuestiones relacionadas con Capacitación, con la nueva Directora de Capacitación de la CSS de la Pcia de Sta Cruz, Sra. Claudia Almonacid, facilitando los contactos para dicho fin. A partir de entonces, se han mantenido diversas reuniones por GMeet y conversaciones telefónicas que fueron encauzando, no sólo el curso en el Uso del Manual de Procedimiento para el Seguimiento y Control de las Derivaciones, sino además, anticipadamente los otros dos cursos a implementarse en el marco del Programa.

### **3.1.2. Preparación de recursos pedagógicos.**

Se adjuntan los recursos pedagógicos actualizados del Curso en el Uso del Manual de Procedimientos para el Seguimiento y Control de Derivaciones – **ver anexo 2-**

### **3.1.3. Apoyo en la articulación de la metodología de enseñanza-aprendizaje.**

Todos los cursos cuentan con un primer módulo llamado “familiarización con la plataforma”. En el mismo, los participantes cuentan con “el manual del alumno” y un tutorial de explicación del funcionamiento de la plataforma, las aulas, accesos y recursos disponibles para la interacción con los docentes (ver **anexo 3**). Asimismo, los docentes van realizando seguimiento de las inquietudes formuladas por los participantes.

Independientemente de ello, en cada primer encuentro sincrónico, se explica el funcionamiento de la plataforma, la metodología de enseñanza- aprendizaje propuesta, y en los demás encuentros se realiza un seguimiento de las inquietudes de los participantes que se han detectado desde la plataforma y/o que se formulan durante el mismo encuentro.

### **3.1.4. Implementación del curso.**

Cabe destacar que, a pedido de la CSS de la Pcia de Sta Cruz, el lanzamiento del curso se desfasó de la fecha prevista según cronograma. Entre otras cosas, la resistencia inicial al cambio propuesto desde el programa para establecer mejoras en el procedimiento de seguimiento y control de derivaciones, conllevó a una demora en el consenso de dicho procedimiento y por consiguiente a la culminación del manual propuesto por los expertos UNTREF. Ello también demoró la organización del curso y la elaboración de los recursos pedagógicos respectivos.

Por otra parte, los cambios Institucionales de la CSS de la Pcia de Sta Cruz, que se dieron en el mismo momento en que se intentaba avanzar con la propuesta del procedimiento y la organización del curso, (cambio de autoridades en la Gerencia, en el Directorio, creación de un área de capacitación con la asignación de la

Dirección de capacitación, entre otras), demoraron el proceso de inscripción de participantes (las listas de inscriptos fueron llegando paulatinamente hasta reunir una cantidad acorde a lo esperado).

Es loable señalar también que, este período de acomodamiento, permitió fortalecer el intercambio entre los consultores de la CSS de la Pcia de Santa Cruz y las nuevas autoridades y por consiguiente el trabajo que se viene llevando a cabo en el marco del presente Programa.

Finalmente, luego de dicho período de acomodamiento, el 25 de octubre del 2022, tuvo lugar el primer encuentro sincrónico del curso de capacitación en el Uso del manual de procedimiento para el seguimiento y control de las derivaciones. – Ver **anexo 4** Programa-

### **3.1.5. EVALUACION DEL CURSO EN EL USO DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS DERIVACIONES**

Dadas las circunstancias particulares explicadas en el ítem 3.1.4 (respecto de la demora en el lanzamiento e implementación del curso, las que siguen son aproximaciones de resultados que se completarán en el próximo informe, al finalizar la implementación del curso de referencia.

A partir del inicio de la capacitación, las actividades se desarrollan con normalidad y en los tiempos esperados. Se cuenta con más del 50% de implementación del curso (los tres primeros módulos: Módulo 0: Familiarización con la plataforma; Módulo I- Significado de los Manuales de Procedimiento y Módulo II- Principales contenidos.)

Los participantes expresan entusiasmo por las actividades y en cada encuentro se a ven predispuestos a interactuar con mayor soltura con los docentes, compartiendo experiencias laborales, inquietudes relacionadas a la temática tratada y aportando desde su saber enriquecimiento al intercambio mencionado.

Para ejemplificar lo anteriormente dicho se adjunta en anexo 4.a y 4.b intercambios de bienvenida al curso y recursos pedagógicos subidos en la plataforma de UNTREF Virtual correspondientes al Módulo I de curso en el Uso del Manual de Procedimiento para el seguimiento y control de las derivaciones.

La finalización del curso se prevé para el día 05 de diciembre del 2022, fecha en que se hará un balance de las actividades que denominamos “Evaluación de resultados”, conjuntamente con los participantes del curso y que luego, se informará oportunamente.-

### **3.2. En la utilización del Manual de procedimiento en Segunda Opinión Médica.**

A partir de la reunión mantenida el 20-9-22 con el Sr. Néstor Márquez - Gerente de Asistencia al Afiliado- de la CSS Pcia de Sta Cruz y las subsiguientes comunicaciones telefónicas y de intercambio vía correo electrónico con la Sra. Claudia Almonacid – Directora de capacitación CSS Pcia de Sta Cruz- se comenzaron a armar las listas de potenciales participantes para el Curso en el Uso del Manual de Procedimiento en Segunda Opinión Médica (como así también para el curso de Atención al Beneficiario/a).

En dichos intercambios, la Directora de capacitación de la CSS de la Pcia de Santa Cruz solicitó adelantar los dos últimos cursos (en el Uso del Manual de Segunda Opinión Médica y Atención a Beneficiarios/as). Entre otras razones, la fundamentalmente argumentada fue la baja actividad que habitualmente registra la Institución a partir de la segunda quincena del mes de diciembre y que se extiende durante todo el período vacacional. Paralelamente, se comprometió a reunir los inscriptos para ambas actividades.

En el curso Uso del Manual de Segunda Opinión Médica, a la fecha del presente la cantidad asciende a 98 participantes, empleados de la CSS de la Pcia de Sta Cruz de Rio Gallegos, Pico Truncado, Gobernador Gregores, Las Heras, Perito Moreno, Puerto San Julián, Caleta Olivia, 28 de Noviembre, Rio Turbio, Jaramillo, El Chaltén, Tres Lagos y CABA (ver listado **anexo 5**).

#### **3.2.2. Preparación de recursos pedagógicos**

Se adjunta los recursos pedagógicos elaborados para los primeros encuentros del curso en el Uso del Manual de Procedimiento de Segunda Opinión Médica. – Ver **anexo 6**-

#### **3.2.3. Apoyo en la articulación de la metodología de enseñanza informe de avance**

Para este ítem, vale lo informado en el ítem 3,1.4, dado que todos los cursos cuentan con un primer módulo llamado “familiarización con la plataforma”. En el mismo, los participantes cuentan con “el manual del alumno” y un tutorial de explicación del funcionamiento de la plataforma, las aulas, accesos y recursos disponibles para la interacción con los docentes (ver **anexo 3**). Asimismo, los docentes van realizando seguimiento de las inquietudes formuladas por los participantes.

Independientemente de ello, en cada primer encuentro sincrónico, se explica el funcionamiento de la plataforma, la metodología de enseñanza- aprendizaje propuesta, y en los demás encuentros se realiza un seguimiento de las inquietudes de los participantes que se han detectado desde la plataforma y/o que se formulan

durante el mismo encuentro.

### **3.3. Respeto de la atención al afiliado/beneficiario**

#### **3.3.1. Reuniones con responsable de atención de beneficiarios**

**Fecha:** 26\_10\_22

**Modalidad:** Virtual

#### **Participantes:**

Sr. Néstor Márquez - Gerente de Asistencia al Afiliado- de la CSS Pcia de Sta Cruz  
Sra. Claudia Almonacid – Directora de capacitación CSS Pcia de Sta Cruz-  
Prof . Susana Diosquez- Dpto de Salud- Equipo UNTREF-  
Arq. Fabiana Di Santo- Equipo UNTREF-

#### **Objetivo:**

- Agilizar el proceso de inscripción de los participantes a todos los cursos previstos en el Programa.
- Consensuar una dinámica de las capacitaciones y ajustes en función de las necesidades de la CSS de la Pcia de Sta Cruz.
- Organizar la capacitación destinada a los empleados del área Atención al Beneficiario/a.

#### **Desarrollo:**

Luego de las presentaciones pertinentes, se trabajaron aspectos relacionados a las inscripciones de los participantes a todos los cursos previstos en el Programa. Se reforzó la necesidad de contar con todos los datos completos de los mismos para poder darles ingreso a las aulas de los cursos. Se consensuó específicamente el abordaje del curso Atención a los Beneficiarios/as y la cantidad de participantes estimadas para dicho curso, tanto de la sede central como de las diferentes delegaciones.

También se reforzó la idea de que el curso destinado al Uso del Manual de Procedimiento para Segunda opinión médica, se abordaría complementariamente con el Curso sobre el Uso del Manual de Procedimiento para el Seguimiento y Control de las Derivaciones, por lo que sería apropiado que los participantes realicen ambos cursos.

La Sra Claudia Almonacid, mencionó que los cursos fueron presentados como “optativos” al personal de la Institución en todos los casos (Sede Central y



Delegaciones), pero que a medida que se iban difundiendo los Programas, los empleados comenzaban a demostrar interés (inclusive en aquellos casos en que en un principio se había manifestado cierta resistencia). Por tal razón, las listas de participantes se fueron incrementando progresivamente hasta completar la cantidad esperada. Muchos participantes eligen inscribirse en todos los cursos y otros tal vez optan por uno o dos cursos.

La Arq. Fabiana Di Santo comentó que paralelamente se estaba coordinando la incorporación en las aulas de los participantes para dar comienzo a los cursos. Se destaca que si bien los cursos destinados al uso de los manuales (tanto de derivaciones como de segunda opinión) tienen un perfil de destinatarios más emparentados, ello no impide que puedan interesarse por el otro curso (Atención al Beneficiario/a) y viceversa, dado que en muchas delegaciones (casi todas) los empleados cumplen diversas funciones que se solapan y entretajan en todas las temáticas.-

**Fecha:** 11\_11\_22

**Modalidad:** Virtual

**Participantes:**

Sra. Claudia Almonacid – Directora de capacitación CSS Pcia de Santa Cruz-  
Prof . Susana Diosquez- Dpto de Salud- Equipo UNTREF-  
Arq. Fabiana Di Santo- Equipo UNTREF-

**Objetivo:**

Evaluar la marcha de los cursos en general y particularmente la percepción de los participantes en cuanto al grado de satisfacción de los mismos y posibles ajustes de ser necesario.

**Desarrollo:**

Durante dicha reunión la Prof. Diosquez consultó sobre la percepción de los participantes de los cursos, sobre el grado de satisfacción de los mismos.

Al respecto, la Directora de Capacitación de la CSS de la Pcia de Santa Cruz, reiteró el entusiasmo de los participantes por los cursos. Señaló que, entre otras cosas, esto motivó a planificar actividades de formación bajo el Convenio Colectivo de Trabajo desde la flamante área de capacitación creada recientemente y que se impulsarán a la mayor brevedad posible. También señaló el interés de su Dirección de continuar con las presentes capacitaciones brindadas con la UNTREF.

La Arq. Fabiana Di Santo agradeció los comentarios, y destacó que es muy importante para la CSS impulsar acciones de capacitación siempre. Respecto al comentario sobre la continuidad de los cursos en marcha bajo el presente Programa, le recordó a la Directora de Capacitación que los mismos, forman parte

de un Convenio que tiene plazos de cumplimiento. Que independientemente de ello, finalmente se evaluarán los resultados obtenidos a partir del seguimiento que se viene haciendo de los mismos y se dejarán recomendaciones para la CSS de la Pcia de Santa Cruz.

A la fecha del presente, se cuenta con 98 participantes para el curso de Atención al Beneficiario/a, pertenecientes a Río Gallegos, Pico Truncado, El Chaltén, Río Turbio, Gobernador Gregores, Las Heras, Perito Moreno, Puerto San Julián, 28 de Noviembre, Tres Lagos, CABA- **Ver anexo 8-**

### **3.3.2. Preparación de recursos pedagógicos**

En el período se trabajó en la definición y consenso sobre los recursos pedagógicos para el curso Atención al Beneficiario/a. Se adjuntan los avances en **el anexo 9-**

Cabe destacar que los mismos fueron elaborados con el objetivo de impulsar mejoras en la calidad y calidez en la “función atención al beneficiario/a”, entendida ésta como un proceso integral que no se circunscribe específicamente al “área o sector” Atención al beneficiario/a. La cultura de una organización es un conjunto de valores, creencias, costumbres y recomendaciones no escritas y actitudes, aceptados o no por sus miembros, que se van transmitiendo de generación en generación a medida que esa organización se sostiene en el tiempo. Entre los elementos que integran la cultura de una organización se encuentran, entre otras cosas, los valores, la visión y el lenguaje que van dando curso a la misión de la misma. Para que la misión de la organización se lleve a cabo con calidad (y en este caso proponemos con calidez), es necesario que todos los miembros de la organización visualicen y reflexionen sobre todos estos aspectos para poder impulsar un sistema de gestión de la atención al beneficiario/a que se entrelace en cada una de las instancias por las que el beneficiario/a transita durante el proceso en que recibe atención y que la misma logre y mantenga calidad y calidez para una plena satisfacción del servicio recibido.

Muchas organizaciones circunscriben el concepto de atención a un solo sector o área, la que, muchas veces no logra vincularse con los demás estamentos de la organización, produciéndose un quiebre en dicho proceso de atención, donde los empleados quedan sin poder dar respuestas a los beneficiarios/as y/o, involuntariamente, duplican procesos de atención al dejar “dando vueltas por la organización” al beneficiario/a en la búsqueda de las respuestas que fue a buscar a la Institución. En el caso de la CSS de la Pcia de Santa Cruz, esta desvinculación entre estamentos, se visualiza en la sede central y entre la sede central y las delegaciones.

Finalmente, el lenguaje de la organización es el reflejo de la cultura en la que vive y se desarrolla y esto se percibe en todo el proceso de atención al beneficiario/a, por tal razón, se trabajarán estos aspectos para promover mejoras tanto en la comunicación interna como en la comunicación externa de la CSS de la Pcia de Santa Cruz.

### 3.3.3. Apoyo en la articulación de la metodología de enseñanza Informe de avance

Para este ítem, vale lo informado en los ítems 3,1.4 y 3.2.3, dado que todos los cursos cuentan con un primer módulo llamado “familiarización con la plataforma”. En el mismo, los participantes cuentan con “el manual del alumno” y un tutorial de explicación del funcionamiento de la plataforma, las aulas, accesos y recursos disponibles para la interacción con los docentes (ver **anexo 3**). Asimismo, los docentes van realizando seguimiento de las inquietudes formuladas por los participantes.

Independientemente de ello, en cada primer encuentro sincrónico, se explica el funcionamiento de la plataforma, la metodología de enseñanza- aprendizaje propuesta, y en los demás encuentros se realiza un seguimiento de las inquietudes de los participantes que se han detectado desde la plataforma y/o que se formulan durante el mismo encuentro.

## Anexo 1

### Listado de participantes Curso en el Uso del Manual de Procedimientos para el seguimiento y control de derivaciones.

	Tipo Documento	Nº DNI	Apellido	Nombres	Correo	Telefono	Localidad	Pcia
1	DNI	25026266	MARQUEZ	NESTOR GUSTAVO	<a href="mailto:nestorgmarquez@gmail.com">nestorgmarquez@gmail.com</a>	2966536079	Rio Gallegos	Sta Cruz
2	DNI	25854250	GARCIA	YAMILA LORENA	yamilalorenagarcia@gmail.com	2966561195	Rio Gallegos	Sta Cruz
3	DNI	30801218	PEREZ	MARIANELA SORAYA	<a href="mailto:Marianelasoraya.perez@hotmail.com">Marianelasoraya.perez@hotmail.com</a>	2966674701	Rio Gallegos	Sta Cruz
4	DNI	34237314	BAEZ	STELLA MARIS	<a href="mailto:stella88baez@gmail.com">stella88baez@gmail.com</a>	2966702920	Rio Gallegos	Sta Cruz
5	DNI	34294883	FRANZONE	KARINA GISELLE	<a href="mailto:Gigy2003_3@hotmail.com">Gigy2003_3@hotmail.com</a>	2966575995	Rio Gallegos	Sta Cruz

6	DNI	371605 49	RAMIREZ	SOFIA AIME	<a href="mailto:Sofiavalen407@gmail.com">Sofiavalen407@gmail.com</a>	296647630 7	Rio Gallegos	Sta Cruz
7	DNI	249064 63	RODRIGUEZ	ROSA CONCEPCION	<a href="mailto:Pocaspulgas2010@live.com.ar">Pocaspulgas2010@live.com.ar</a>	296664483 7	Rio Gallegos	Sta Cruz
8	DNI	263244 98	YBARRA	NATALIA FLORENCIA	nataliaibarra@live.com.ar	296672115 5	Rio Gallegos	Sta Cruz
9	DNI	204343 78	GUEVARA	ROXANA	<a href="mailto:Bufalin2012@hotmail.com">Bufalin2012@hotmail.com</a>	296650604 6	Rio Gallegos	Sta Cruz
10	DNI	355671 40	OPAZO	MARTIN RUBEN	<a href="mailto:martinopazo@hotmail.com">martinopazo@hotmail.com</a>	296657960 3	Rio Gallegos	Sta Cruz
11	DNI	250625 28	MERINO	MARCELA	<a href="mailto:merinomarce@hotmail.com">merinomarce@hotmail.com</a>	2966 410130	Rio Turbio	Sta Cruz
12	DNI	372026 48	MARTINEZ	YAMILE	<a href="mailto:emiliainostroza06@gmail.com">emiliainostroza06@gmail.com</a>	299667419 44	Rio Turbio	Sta Cruz
13	DNI	184087 70	FARIAS	OLGA IPINZA	<a href="mailto:olguitaipinza@hotmail.com">olguitaipinza@hotmail.com</a>	296647871 3	Rio Gallegos	Sta Cruz
14	DNI	342950 26	GALLI BERMUDEZ	ROCIO	<a href="mailto:rociogalli89@gmail.com">rociogalli89@gmail.com</a>	296669416 8	Rio Gallegos	Sta Cruz
15	DNI	231900 90	TEPSICH	LUIS SANTIAGO	<a href="mailto:santiagotepsich@gmail.com">santiagotepsich@gmail.com</a>	299662227 90	Rio Gallegos	Sta Cruz
16	DNI	323977 06	OYARZUM CARNEVARI	NOELIA DE LOS ANGELES	<a href="mailto:noetakis@hotmail.com">noetakis@hotmail.com</a>	297403442 0	Las Heras	Sta Cruz
17	DNI	325379 15	NEYRA	MONICA GABRIELA	<a href="mailto:monik_049@hotmail.com">monik_049@hotmail.com</a>	297492965 0	Perito Moreno	Sta Cruz
18	DNI	183079 94	PAYNE	SANDRA ELISABET	<a href="mailto:sandra_payne67@hotmail.com">sandra_payne67@hotmail.com</a>	297419438 2	Perito Moreno	Sta Cruz
19	DNI	188000 25	OYARZUN	JOSE ALEJANDRO	<a href="mailto:jaooyarzun@gmail.com">jaooyarzun@gmail.com</a>	296621730 7	28 de Nov	Sta Cruz
20	DNI	264182 63	SANDOVAL	MARIA ISABEL	<a href="mailto:marysabel_sh@hotmail.com">marysabel_sh@hotmail.com</a>	297625636 3	Perito Moreno	Sta Cruz

21	DNI	24125163	SUAREZ	MARIANA ANDREA	<a href="mailto:marianasuarez75@yahoo.com.ar">marianasuarez75@yahoo.com.ar</a>	2966479030	Perito Moreno	Sta Cruz
22	DNI	29508631	TALONE	ELIANA	<a href="mailto:eliana.talone@gmail.com">eliana.talone@gmail.com</a>	2966470568	Rio Gallegos	Sta Cruz
23	DNI	18224416	SASTRE	LAURA	<a href="mailto:laucanals@hotmail.com">laucanals@hotmail.com</a>	2966672668	Rio Gallegos	Sta Cruz
24	DNI	32086376	GOMEZ	NANCYA VIVIANA	<a href="mailto:gnan44423@gmail.com">gnan44423@gmail.com</a>	2975089393	Rio Gallegos	Sta Cruz
25	DNI	18803533	VIDAL	CAROLINA SILVA	<a href="mailto:miliylulu2016@GMAIL.COM">miliylulu2016@GMAIL.COM</a>	2966637359	Rio Gallegos	Sta Cruz
26	DNI	23956621	VAZQUEZ	NANCY ARGENTINA	<a href="mailto:Rapukira@HOTMAIL.COM">Rapukira@HOTMAIL.COM</a>	2966553857	Rio Gallegos	Sta Cruz
27	DNI	21737927	LEPICHEO	ESTER OLINDA	<a href="mailto:estherlepicheo2310@gmail.com">estherlepicheo2310@gmail.com</a>	2976239040	Los Antiguos	Sta Cruz
28	DNI	31440505	DIAZ	VALERIA ALEJANDRA	<a href="mailto:Valerixdx_85@hotmail.com">Valerixdx_85@hotmail.com</a>	2966586640	Rio Gallegos	Sta Cruz
29	DNI	33285935	CARAZO	MARIA LAURA	<a href="mailto:mlcaraso@hotmail.com">mlcaraso@hotmail.com</a>	2966409313	Rio Gallegos	Sta Cruz
30	DNI	20943448	ROBLED O	PATRICIA	<a href="mailto:robledopat@Hotmail.com">robledopat@Hotmail.com</a>	2966573972	Rio Gallegos	Sta Cruz
31	DNI	25602312	BAHAMONDE	GRACIELA	<a href="mailto:bahamondegraciela86@gmail.com">bahamondegraciela86@gmail.com</a>	2966278779	Rio Gallegos	Sta Cruz
32	DNI	23837215	RAPETTI	DANIELA PAOLA	<a href="mailto:paolataurina74@gmail.com">paolataurina74@gmail.com</a>	2976242917	Rio Gallegos	Sta Cruz
33	DNI	34711972	MIRANDA CALISTO	CRISTIAN MARCELO	<a href="mailto:c.m.m.csanty@gmail.com">c.m.m.csanty@gmail.com</a>	2966403709	28 de Nov	Sta Cruz
34	DNI	28813905	CAMPOS	VALERIA	<a href="mailto:valeria_campos_4@hotmail.com">valeria_campos_4@hotmail.com</a>	2966562800	28 de Nov	Sta Cruz
35	DNI	33924572	MUÑOZ	CARLA MARIBEL	<a href="mailto:munozcarlamaribel@gmail.com">munozcarlamaribel@gmail.com</a>	2966381120	Gob Gregores	Sta Cruz

36	DNI	35570745	RUIZ	SAMANTA AYELEN	<a href="mailto:ayelen_ruiz@hotmail.com.ar">ayelen_ruiz@hotmail.com.ar</a>	2966350790	Rio Gallegos	Sta Cruz
37	DNI	29512790	HERNANDEZ	JOSE DANIEL	<a href="mailto:dany.hernandez.rgl@gmail.com">dany.hernandez.rgl@gmail.com</a>	2966445113	Rio Gallegos	Sta Cruz
38	DNI	14880095	ECHAGUE	JOSEFINA	<a href="mailto:josefdelcarmenchague@gmail.com">josefdelcarmenchague@gmail.com</a>	2966-307521	Rio Gallegos	Sta Cruz
39	DNI	23032215	CASAS	PAOLA NADINA	<a href="mailto:cpoly72@gmail.com">cpoly72@gmail.com</a>	2966-211064	Rio Gallegos	Sta Cruz
40	DNI	33911314	ALMONACID	CLAUDIA - DIRECTORA DE CAPACITACIONES CSS-PCIA STA CRUZ	<a href="mailto:claudia_almonacid@outlook.com">claudia_almonacid@outlook.com</a>	2966314322	Rio Gallegos	Sta Cruz
41	DNI	<b>32.469.849</b>	OYARZUN	CARLOS	<a href="mailto:Oyarzuncarlosdavid@gmail.com">Oyarzuncarlosdavid@gmail.com</a>	2966508067	Rio Gallegos	Sta Cruz
42	DNI	<b>20.408.134</b>	GAUTIER	MARIA CRISTINA	<a href="mailto:Gautiercristina125@gmail.com">Gautiercristina125@gmail.com</a>	2966538131	Rio Gallegos	Sta Cruz
43	DNI	<b>36.719.922</b>	LESCANO	BARBARA MARIA	<a href="mailto:Barbi.l92@hotmail.com">Barbi.l92@hotmail.com</a>	2966668203	Rio Gallegos	Sta Cruz
44	DNI	<b>35.390.721</b>	CORDOBA	YANINA DEL CARMEN	<a href="mailto:Yaninacordoba1991@gmail.com">Yaninacordoba1991@gmail.com</a>	297558946	Caleta Olivia	Sta Cruz
45	DNI	<b>36.590.183</b>	AGUIRRES	RUT ANABEL	<a href="mailto:Anabel_aguirres@outlook.com">Anabel_aguirres@outlook.com</a>	2975155623	Caleta Olivia	Sta Cruz
46	DNI	<b>13.291.815</b>	QUIROGA	GRACIELA	<a href="mailto:Gracielaagbg@gmail.com">Gracielaagbg@gmail.com</a>	297-616679	Caleta Olivia	Sta Cruz
47	DNI	<b>37.337.544</b>	GORDILLO	MARIA MAGALI	<a href="mailto:Mago4725@hotmail.com">Mago4725@hotmail.com</a>	2975080423	Caleta Olivia	Sta Cruz
48	DNI	<b>26.855.894</b>	VELAZQUEZ	PATRICIA LORENA	Patinvelazquez99@gmail.com	297-4601018	Caleta Olivia	Sta Cruz
49	DNI	<b>34.075.519</b>	CELONE	LEONARDO DAVID	<a href="mailto:leonardocelone@gmail.com">leonardocelone@gmail.com</a>	2975139989	Caleta Olivia	Sta Cruz

50	DNI	<b>25.677.874</b>	ALMONA CID	CESAR RAMON	<a href="mailto:Cesaralmonacid37@gmail.com">Cesaralmonacid37@gmail.com</a>	2974277185	Caleta Olivia	Sta Cruz
51	DNI	<b>34.555.999</b>	DEL VALLE	OLMEDO SUSANA	<a href="mailto:su.-@live.com.ar">su.-@live.com.ar</a>	2975149541	Caleta Olivia	Sta Cruz
52	DNI	<b>24.790.097</b>	SOSA	SANDRA NOEMI	<a href="mailto:Kasandra1995@hotmail.com">Kasandra1995@hotmail.com</a>	2966508100	Rio Turbio	Sta Cruz
53	DNI	<b>30.578.225</b>	COPA	GLADYS MARGARITA	<a href="mailto:Gmarga-47@hotmail.com">Gmarga-47@hotmail.com</a>	2975210428	Perito Moreno	Sta Cruz
54	DNI	<b>38.051.641</b>	CALVO HERNANDES	ALEJANDRA NOELIA	<a href="mailto:Noecalvo.ale02@gmail.com">Noecalvo.ale02@gmail.com</a>	2972975008206	Jaramillo	Sta Cruz
55	DNI	<b>24.302.624</b>	MARTIN	MARIANA NATALIA	<a href="mailto:amorepepo@gmail.com">amorepepo@gmail.com</a>	2974716297	Jaramillo	Sta Cruz
56	DNI	29585891	Aguilar	Virginia Leonor	<a href="mailto:vlafisu@hotmail.com">vlafisu@hotmail.com</a>	2974663282	Rio Gallegos	Sta Cruz
57	DNI	<b>18.314.946</b>	MUÑOZ	INES DEL CARMEN	<a href="mailto:Ines_rg_06@hotmail.com">Ines_rg_06@hotmail.com</a>	2966586866	Rio Gallegos	Sta Cruz
58	DNI	<b>27.143.252</b>	CARRIZO	CARLA ISABEL	<a href="mailto:Carlitacarrizo1@hotmail.com">Carlitacarrizo1@hotmail.com</a>	2974236348	Caleta Olivia	Sta Cruz
59	DNI	<b>34294946</b>	GOMEZ	CARLA ANDREA	<a href="mailto:Carlagomez_14@hotmail.com">Carlagomez_14@hotmail.com</a>	2966488774	Rio Gallegos	Sta Cruz
60	DNI	<b>13941580</b>	LOPEZ	GLADIS ESTER	<a href="mailto:gladis61lopez@gmail.com">gladis61lopez@gmail.com</a>	<b>2975942113</b>	Caleta Olivia	Sta Cruz
61	DNI	<b>18083413</b>	Bengoec hea	ANA EMILIA	<a href="mailto:anaemiliabengo2012@hotmail.com">anaemiliabengo2012@hotmail.com</a>	<b>2974131449</b>	Caleta Olivia	Sta Cruz
62	DNI	<b>25062528</b>	MERINO	MARCELA	<a href="mailto:merinomarce@hotmail.com">merinomarce@hotmail.com</a>	<b>2966410130</b>	Rio Turbio	Sta Cruz
63	DNI	<b>35198314</b>	POSADAS	LUCIANO	<a href="mailto:joaquinposadas06@gmail.com">joaquinposadas06@gmail.com</a>	<b>2966242485</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
64	DNI	<b>16257459</b>	LAZCANO	ELBA	<a href="mailto:lazcanoelbahaydee@gmail.com">lazcanoelbahaydee@gmail.com</a>	<b>2966583637</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz

65	DNI	<b>33621169</b>	MARSHALL	JONATHAN	<b>marshall_169@hotmail.com</b>	<b>2966576517</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
66	DNI	<b>36107045</b>	ALMONACID	FRANCISCO	<b>falmonacidfotografia@gmail.com</b>	<b>2966-576517</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
67	DNI	<b>29825096</b>	OLIVERA	ALBA PAOLA	<b>poly_0704@hotmail.com</b>	<b>2966-636822</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
68	DNI	<b>29439970</b>	CUELLA	PAOLA VALERIA	<b>paocuella@gmail.com</b>	<b>2966575657</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
69	DNI	<b>35569518</b>	VIVAR	VICTORIA	<b>vicky.vivar@hotmail.com</b>	<b>2966353227</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
70	DNI	<b>46731553</b>	AGAPITO	MAILEN	<b>mailenagapito20@gmail.com</b>	<b>2966-270486</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
71	DNI	<b>36719876</b>	DIAZ	JORGE	<b>coyand082@gmail.com</b>	<b>2966-210256</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
72	DNI	<b>38793939</b>	TOLEDO	ANYELEN	<b>anyitoledo2018@gmail.com</b>	<b>2966-602366</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
73	DNI	<b>14901116</b>	CHIRICO	STELLA MARIS	<b>Bambu05@live.com.ar</b>	<b>2966617133</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
74	DNI	<b>23956854</b>	MULE	MARTA DANIELA	<b>marta.mule@gmail.com</b>	<b>2966726445</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
75	DNI	<b>32831522</b>	PAZ	MARIA BELEN	<b>mariabelenpazorono@gmail.com</b>	<b>2966-445098</b>	El Chalten	Sta Cruz
76	DNI	<b>31440115</b>	BERON	KARINA	<b>karinaberon76@hotmail.com</b>	<b>2966-622643</b>	El Chalten	Sta Cruz
77	DNI	<b>34592587</b>	CARMONA	ALFREDO NICOLAS	<a href="mailto:carmonaalfredonicolas89@gmail.com">carmonaalfredonicolas89@gmail.com</a>	<b>2994-288504</b>	El Chaltèn	Sta Cruz
78	DNI	<b>37048722</b>	HARRIS	NOELIA	<b>Noeharris23@hotmail.com</b>	<b>2966641269</b>	28-nov	Sta Cruz
79	DNI	<b>30856096</b>	CASTRO	ELIZABETH ABIGAIL	<a href="mailto:Castroea17@yahoo.com.ar">Castroea17@yahoo.com.ar</a>	<b>2966445057</b>	Caleta Olivia	Sta Cruz



80	DNI	25410003	GODOY	VICTORIA	<a href="mailto:Deleg_3lagos@outlook.com">Deleg_3lagos@outlook.com</a>	2966445057	Tres Lagos	Sta Cruz
81	DNI	35156588	LUONGO	MARINA JOHANNA	<a href="mailto:marinaluongo@hotmail.com">marinaluongo@hotmail.com</a>	1135123245	CABA	Bs As
82	DNI	32947770	MARCHETTI	FLORENCIA ROMINA	<a href="mailto:florenciam2@gmail.com">florenciam2@gmail.com</a>	1541568064	CABA	Bs As
83	DNI	26902718	CSIGO	NATALIA	<a href="mailto:snscigo@yahoo.com">snscigo@yahoo.com</a>	1126409346	CABA	Bs As
84	DNI	14301092	PROPATO	FRANCISCO VICENTE EDUARDO	<a href="mailto:franciscovepropato@gmail.com">franciscovepropato@gmail.com</a>	112302-2009	CABA	Bs As
85	DNI	18294435	COSTA	MONICA PATRICIA	<a href="mailto:lic.costa.css@gmail.com">lic.costa.css@gmail.com</a>	1163723768	CABA	Bs As
86	DNI	32246170	JONES	MELISA	<a href="mailto:jonesmelisa@hotmail.com">jonesmelisa@hotmail.com</a>	1138314135	CABA	Bs As
87	DNI	20956390	ARGONZ	SANTIAGO JOAQUIN	<a href="mailto:asesorialetradacsca@gmail.com">asesorialetradacsca@gmail.com</a>	1154180705	CABA	Bs As
88	DNI	37942529	MATUS	ANTONELLA	<a href="mailto:Antonellamatus301@gmail.com">Antonellamatus301@gmail.com</a>	2966-750149	28 de noviembre	Sta Cruz
89	DNI	20956390	ARGONZ	SANTIAGO JOAQUIN	<a href="mailto:asesorialetradacsca@gmail.com">asesorialetradacsca@gmail.com</a>	1154180705	CABA	Bs As
90	DNI	26061737	PERRINO	ANDREA	<a href="mailto:Lic.ts.andreaperri@gmail.com">Lic.ts.andreaperri@gmail.com</a>	1154651201	CABA	Bs As
91	DNI	20225696	Piazza	STELLA MARIS	<a href="mailto:estudiosmp@hotmail.com">estudiosmp@hotmail.com</a>	2966690925	CABA	Bs As

## Anexo 2

**Recursos pedagógicos Curso en el Uso del Manual de Procedimientos para el seguimiento y control de derivaciones.**

# Presentaciones.

## Procedimiento sobre seguimiento y control de las derivaciones

Presentación del manual elaborado en el marco del Contrato CFI- UNTREF

FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA CAJA DE SERVICIOS SOCIALES DE LA  
PROVINCIA DE SANTA CRUZ

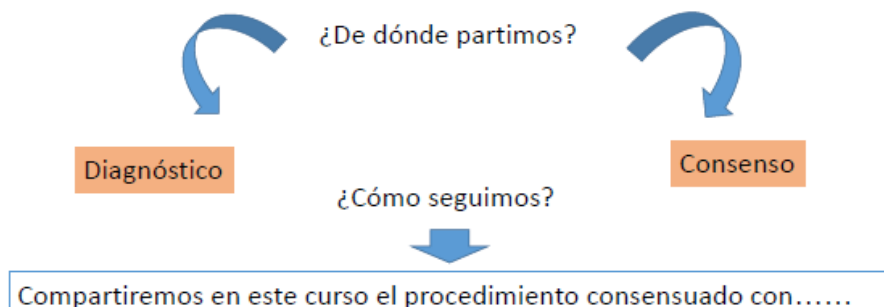
MODULO I



UNTREF UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE TRES DE FEBRERO

Caja de  
Servicios Sociales  
PROVINCIA DE SANTA CRUZ

## Manual sobre Procedimiento sobre seguimiento y control de las derivaciones



UNTREF UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE TRES DE FEBRERO

Caja de  
Servicios Sociales  
PROVINCIA DE SANTA CRUZ



## PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS DERIVACIONES

UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE TRES DE FEBRERO

PROYECTO  
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL  
CAJA DE SERVICIOS SOCIALES  
PROVINCIA DE SANTA CRUZ



Este procedimiento promueve la mejora del rendimiento de la organización y de cada integrante implicado en el proceso. Para ello se requiere que los mismos estén plenamente identificados con los objetivos trazados por la organización (que incluyen la aplicación del presente manual), ya que precisamente las personas constituyen la fuerza motriz en la conducción y ejecución de todo el proceso transformador.

Por tal razón, entendemos que el punto de partida es intentar que todos los vasos comunicantes, se nivelen, en pos de lograr un equilibrio flexible y a su vez dinámico siguiendo las tendencias actuales del entorno (que nos exigen estar atentos y promover indefectiblemente progresos)-.

Uno de los tantos indicadores que nos han solicitado tener presente para la redefinición de las mejoras en el procedimiento, es la productividad. Para lograr una mejora en este (como en tantos otros indicadores que trataremos más adelante) es necesario reformular y/o adoptar nuevos métodos de trabajo, que nos permitirán dar respuesta a los requerimientos de la organización y fundamentalmente a nuestros afiliados.



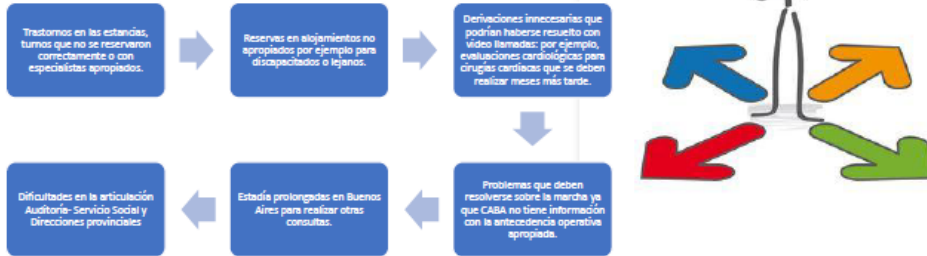
eluru



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE TRES DE FEBRERO

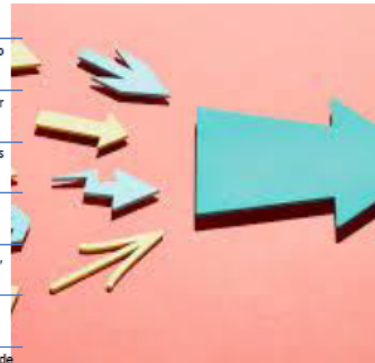


## Diagnóstico – situaciones detectadas a mejorar



## Diagnóstico – situaciones detectadas a mejorar

- Proceso integral de derivación centralizada en Santa Cruz y con dificultades en la comunicación, lo que impide a Buenos Aires poder anticipar eventuales requerimientos o incidir previo al viaje.
- No hay "previsualización o conocimiento" de auditoría CABA para conocer la derivación (prestador médico)
- Criterio de Derivación: carecen de un procedimiento claro para comprender los casos o patologías que se derivan y un manejo apropiado de las excepciones.
- Poco conocimiento de la Red de Complejidad de CABA, selección por parte de los pacientes.
- Generación de problemas por prestadores con convenio (tipo de contrato, dificultades financieras, categorización) Prestadores que solicitan pago anticipado por ejemplo en Fertilidad.
- Dificultades entre interconsultores y quienes realizan tratamiento: El beneficiario permanece más tiempo que el acordado porque el medico no otorga el alta para el retorno a Santa Cruz
- Carecen de un software integral de todas las delegaciones para comprender el Tablero de control de esas derivaciones



Cuales son los beneficios de contar con un manual de procedimiento....



# Contenido

## MANUAL DE PROCEDIMIENTO

- 1. OBJETIVO
- 2. ALCANCE Y ÁMBITO DE APLICACIÓN
- 3. DIRECTRICES GENERALES
- 4. DERIVACIÓN DE EMERGENCIA
- 5. DERIVACIÓN PROGRAMADA
- 6. CONTRAREFERENCIA
- 7. ESTRATEGIAS DE APLICACIÓN
- 8. INDICADORES DE GESTION
- 9. RESPONSABILIDADES DE LA GESTIÓN DE RED
- 10. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO
- 11. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS
- 12. FUNCIONES O ROLES
- 14. ANEXOS
  - I. NORMAS GENERALES DE TRABAJO
  - II. SUBPROCESO DE DERIVACIÓN DE EMERGENCIA
  - III. SUBPROCESO DE DERIVACIÓN PROGRAMADA

INTREF  
UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE TRES DE FEBRERO



### Objetivos

Herramientas para mejorar el seguimiento y control de las derivaciones en la CSS de la Pcia de Sta Cruz,

fortalezcan metodologías tanto en derivaciones programadas como en las de emergencia,

conozcan la normativa de aplicación, y

funciones, roles y responsabilidades en el proceso de seguimiento y control de las derivaciones.



## Modulo I

### USO DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS DERIVACIONES

### Objetivos y alcance

UNTREF UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRES DE FEBRERO



## Objetivo

Establecer los procedimientos de derivaciones de pacientes con patologías que no pueden diagnosticarse o recibir tratamiento o rehabilitación en el Nivel Local con un criterio de Red de Complejidad ascendente para la población bajo programa de cobertura de la Caja de Servicio Social,

con el objetivo de facilitar el acceso oportuno de las y los usuarios a prestaciones de salud que requieran referencia o derivación por emergencia, programada, así como derivaciones prolongadas enmarcados en la normativa vigente que regula las prestaciones en la materia.

UNTREF UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRES DE FEBRERO





# ALCANCE Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

UNIREF | UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE TRES DE FEBRERO

## 2. a. Responsable del proceso

El responsable de este proceso es la Gerencia de asistencia al afiliado

## 2.b. Alcance

El proceso diagnóstico- terapéutico comienza y finaliza en las delegaciones de Río Gallegos y/o Caleta Olivia.

Su alcance se inicia con la solicitud de derivación, generada por el profesional médico a cargo del paciente de acuerdo con sus competencias y finaliza cuando se obtienen los resultados esperados para el diagnóstico o tratamiento del paciente.

El presente proceso de derivaciones es de ámbito nacional, de aplicación obligatoria para la Red de Prestadores que tiene convenio con la CSS.



## ALCANCE Y ÁMBITO DE APLICACIÓN



doctor's office



UNIREF | UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE TRES DE FEBRERO



## Tipos de derivaciones

- **Emergencia:** por demanda espontánea por una condición de emergencia que no pueda ser resuelta en el nivel local con las capacidades disponibles y pongan en riesgo la vida del paciente. La solicita y coordina el profesional a cargo del paciente y se tramita vía auditoría médica de la CSS, según condiciones de traslado y derivación al Centro de complejidad apropiado.
- Las Urgencias son aquellas condiciones clínicas o quirúrgicas en la que la intervención médica puede diferirse según la evolución, sin poner en riesgo la vida de la víctima, pero requiere atención médica a la mayor brevedad una vez estabilizado el cuadro. También las tramita el Centro asistencial local en coordinación con Auditoría Médica CSS, según condiciones de traslado y derivación al Centro de complejidad apropiado.
- **Programada:** solicitada por el médico responsable del paciente para el apropiado diagnóstico o tratamiento en el ámbito nacional. Se tramita a Nivel Local con Auditoría Médica según condiciones de traslado y derivación al Centro de complejidad apropiado.



NOTA. • Cualquier atención fuera de la provincia debe entenderse como excepcional y requiere la intervención de la Gerencia de Prestaciones, quien tiene las potestades e incumbencias pertinentes

UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE TRES DE FEBRERO

## DIRECTRICES GENERALES

### a. Causales para la derivación:

- Accesibilidad geográfica: se refiere a la falta de disponibilidad de recursos asistenciales apropiados en la región de residencia.
- Falta de "plaza o cama" en el sitio de atención, especialmente para alta complejidad.
- Capacidad resolutoria: referida al nivel de respuesta del Centro asistencial a la demanda de atención que comprende las prestaciones necesarias, el recurso humano calificado, la infraestructura y el equipamiento, en acuerdo con el nivel de atención y complejidad asistencial requerido.
- Insuficiencia de profesionales
- Problemas de infraestructura
- Problemas de equipamiento y/o abastecimiento



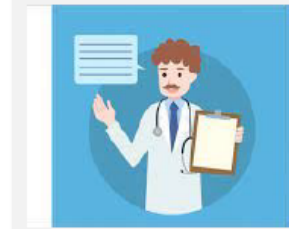
UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE TRES DE FEBRERO

 **Caja de  
Servicios Sociales**  
PROVINCIA DE SANTA CRUZ



## DIRECTRICES GENERALES

- b. La decisión de referir o derivar un paciente de un Centro asistencial a otro, es un acto médico, por lo tanto, es responsabilidad del médico solicitar la activación del procedimiento, respaldando su decisión en guías y protocolos médicos que deberán ser registrados en la historia clínica.
- c. Los prestadores de servicios de salud brindarán atención integral garantizando la atención, diagnóstica o terapéutica, de la patología por la que fue derivado.
- En el caso que aparecieran patologías concurrentes crónicas mientras se encuentra ingresado, el profesional a cargo enviará a la entidad financiadora (CSS) un informe técnico que incluya la copia de Historia Clínica, epicrisis, justificación del procedimiento y atención requerida, con firma de responsabilidad del médico/a tratante, para su autorización, previa de una nueva consulta o derivación.
- d. Como así, en el caso de la derivación para el tratamiento, deben realizarse las prácticas o terapéuticas requeridas para el tratamiento de la patología en cuestión y sus comorbilidades relacionadas y sus externalidades negativas. Se requerirá autorización previa de auditoría el diagnóstico o tratamiento de otras dolencias o hallazgos.



### Selección del servicio de salud

RED  
LOCAL

RED  
PROVINCIAL  
/ZONAL

RED  
NACIONAL



#### 4.DERIVACION DE EMERGENCIA

- a. La referencia o derivación de pacientes de emergencia localmente o de un territorio a otro (de una provincia a otra), guardará el mismo orden de prelación, es decir, en los Prestadores de la Red Asistencial de la CSS y de no encontrar disponibilidad o la capacidad resolutoria requerida, se recurrirá a unidades de la Red Complementaria.
- b. El trámite para efectuar una referencia o derivación de **emergencia o urgencia**, se realizará a través del sistema de conformidad con la normativa vigente, la solicitud se canalizará a través de la delegación correspondiente, solicitando esta la autorización a nivel central. En el caso de documentación faltante, se deberá regularizar dentro de las 24 hs, sin excepción y remitidas a nivel central.

Solicitud



Delegación regional o central

Solo autoriza nivel central

## 4.DERIVACION DE EMERGENCIA

- c. Será aprobada por el máximo responsable de auditoría médica (**responsable de Emergencias y coordinada administrativamente por la dirección Central de Coordinación de derivaciones. (art.38 inciso 268).**
- d. Esa derivación deberá ser: solicitada y firmada por el médico tratante, el jefe de Emergencia o Jefe de Guardia y debe constar:
- ✓ la causa o dolencia que motiva esa derivación,
  - ✓ el motivo,
  - ✓ el tipo de clasificación de Triage y
  - ✓ un resumen de historia clínica y
  - ✓ medios diagnósticos – terapéuticos empleados
  - ✓ junto a la recomendación de medio de transporte para la derivación.
  - ✓ Ese documento puede ser una copia o realizarse vía digital

#### 4. DERIVACION DE EMERGENCIA

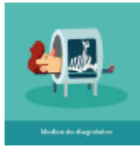




En los casos de autorreferencia

- e. En los casos de autorreferencia a un servicio de emergencia de un establecimiento de salud de la Red (cuando un usuario/a consulta directamente en un servicio de emergencia), siendo estos de convenio o no, el establecimiento de salud receptor deberá notificar a la Auditoría médica de la CSS para su oportuna derivación al Prestador según los criterios de Emergencia, Urgencia o Programada (ver punto c).

En los casos de prestadores externos sin contrato

- f. En los casos de atención por emergencia en Prestadores Externos sin contrato, la Auditoría médica de la CSS, procurará el traslado del paciente hacia un Prestador de la Red asistencial propia, y de no existir la factibilidad evaluará lo conveniencia o no del traslado en las siguientes 24 hs, si por circunstancias de la condición de salud del paciente, el traslado no es factible, entonces, el costo de la atención se negociará con base a los valores de mercado para el sistema de la Seguridad Social o Medicina Prepaga para la categoría del Centro asistencial y la región

### 5. DERIVACION PROGRAMADA






**QUE COMPRENDE:**

LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD, HOSPITALIZACIÓN, EXÁMENES O PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS.

ASISTENCIALES DE LA RED PRESTADORES DE LA CSS QUE NO DISPONGAN DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA Y/O DISPONIBILIDAD PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE SALUD DE LOS BENEFICIARIOS, PODRÁN DERIVAR A LOS PACIENTES A UNIDADES DE IGUAL O MAYOR NIVEL DE COMPLEJIDAD ACREDITADAS Y/O CONTRATADAS (EN EL CASO DE LA RED COMPLEMENTARIA), DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVA VIGENTE.

B. NO SE PUEDE REALIZAR DERIVACIONES ENTRE ENTIDADES DE LA RED COMPLEMENTARIA, DADO QUE LA ATENCIÓN DEBE SER INTEGRAL Y REQUIERE SIEMPRE DE LA INTERVENCIÓN DE LA AUDITORÍA MÉDICA.

**Auditoria medica**



Atención

## 5. DERIVACION PROGRAMADA

El proceso de selección del prestador **debe registrarse en el sistema informático** correspondiente, para garantizar que se realizó la gestión de acuerdo con el orden de prelación establecido.

d. La Referencia o Derivación de pacientes de un territorio a otro (de una provincia a otra), **requiere la autorización de la Auditoría médica de la CSS** correspondientes. La coordinación a la que hubiere lugar para el traslado del paciente se hará entre la unidad referente y la unidad receptora.

En caso de derivación, la cobertura de los pasajes serán por vía terrestre o aérea, según las circunstancias específicas de cada caso en particular.

Se limitarán a Río Gallegos, localidades de la Provincia de Santa Cruz, Comodoro Rivadavia y Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Córdoba.



UNTREF  
UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE TRES DE FEBRERO

 **Caja de Servicios Sociales**  
PROVINCIA DE SANTA CRUZ

Auditoría médica

### 5. DERIVACION PROGRAMADA

f. Los **documentos requeridos** para referencia o derivación de atenciones programadas en hospitalización y consulta externa como para realización de exámenes o procedimientos ambulatorios programados son:

- **Solicitud de Derivación** con firma y sello del profesional responsable del caso. La correcta elaboración de este documento (letra clara, sin siglas) es responsabilidad del médico y del director del establecimiento de salud solicitante.
  
- o **Copia de Historia Clínica y Epicrisis** en el que conste firma y sello del médico responsable de la atención y del responsable del servicio en sobre cerrado o vía email dirigido a Auditoría médica. El contenido mínimo debe ser:
  - o Datos generales del paciente, y familiares que permitan un contacto efectivo,
  - o N° de historia clínica,
  - o Diagnóstico codificado según la CIE-10, o cuando sea operativa CIE 11,
  - o Laboratorio, imágenes y/o estudios complementarios que hayan sido realizados.
  - o Procedimientos realizados, resultados,
  - o Tratamientos realizados,

UNTREF  
UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE TRES DE FEBRERO

 **Caja de Servicios Sociales**  
PROVINCIA DE SANTA CRUZ

# Historia Clínica

g. La Historia Clínica es un documento que no se puede utilizar para procesos administrativos de derivación sin autorización expresa del paciente.

LEY 26529  
Derechos del Paciente en su  
Relación con los  
Profesionales e Instituciones  
de la Salud.  
Sanción: 21/10/2009



## 5. DERIVACION PROGRAMADA

h. Para la derivación en caso de procedimientos o cirugías ambulatorios/as, se utilizará el pedido específico de la historia clínica del servicio requerido, debidamente validado por el médico responsable de la atención y autorizado por auditoría médica referente, luego de la coordinación con el prestador y auditoría medica receptora.

Solicitud  
procedimiento

Autoriza  
auditoria medica

Coordinación con  
el prestador, día,  
horario



## 5. DERIVACION PROGRAMADA

En el caso de pacientes que requieren estancia prolongada, cuidados mínimos o paliativos, o en proceso de transplantes de órganos, o con enfermedades raras o huérfanas y catastróficas se deberá acordar:

Con la familia y el prestador el mejor momento de retorno al lugar de origen, su medio de regreso,

los medios necesarios para su tratamiento en origen,

intervención del Servicio social si fuere necesario,

y la provisión de medidas y soportes terapéuticos para la atención.

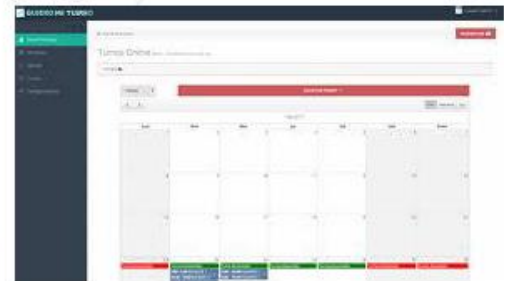


El auditor encargado del seguimiento del caso debe ser proactivo en obtener los soportes y tratamientos que hagan este proceso más eficiente. (análisis costo / beneficio)

La Auditoría médica referente realizará los trámites y coordinación pertinente con la Auditoría médica receptora correspondiente, para la asignación del prestador y emisión del código de validación.

La Auditoría médica referente informa al prestador vía correo electrónico quien confirmará la recepción del email. El prestador asignado informará a la auditoría médica referente vía electrónica o telefónica fecha y hora del turno para la atención. Toda esta información debe registrarse en el sistema informático.

La auditoría médica informa vía email al paciente y a la auditoría médica receptora el resultado de la gestión



## 6. CONTRAREFERENCIA

a. Una vez terminado el evento que motivó la referencia o derivación, el prestador que recibió y atendió al afiliado, obligatoriamente realizará la contrarreferencia al médico o centro de referencia inicial indicado por el afiliado o solicitará a auditoría médica local la asignación de un profesional para el seguimiento y continuidad del tratamiento en caso de ser necesario.

En todos los casos enviará el alta a auditoría médica en el momento de otorgarse la misma y solicitará a auditoría y/o al paciente la tramitación del regreso a origen indicando si hubiese requerimientos especiales para ese traslado.

## 6. CONTRAREFERENCIA

Una vez finalizado el proceso que originó la derivación, el afiliado, debe regresar a su lugar de origen, no pudiendo permanecer en lugar de derivación a cargo de la CSS.

El prestador de salud, adjuntará con la Historia Clínica, el plan de seguimiento y las necesidades resultantes de su intervención. La auditoría médica referente (en origen del afiliado) coordinará con el médico de cabecera o quien ella asigne el seguimiento del caso y los arreglos necesarios para eventuales controles ulteriores.

De ser posible los controles deben realizarse en el nivel local y/o con apoyo telemático del especialista consultado.

## 6. CONTRAREFERENCIA

b. En los casos de referencia o derivación para auxiliares de diagnóstico, obligatoriamente se realizará la contrarreferencia al establecimiento de salud de procedencia, adjuntando los resultados de los exámenes para continuidad del tratamiento (vía correo electrónico y/o registro en sistema informático).

La Auditoría médica que generó la referencia o derivación a través del gestor del caso debe garantizar la cita o turno subsecuente e informar al paciente.

## MODULO II

Estrategias de aplicación

- **Gerencia de asistencia al afiliado con su directorio**
- **Subgerencia de Auditoría Médica y gestión de pacientes y equipo**
- **Dirección central de coordinación de derivaciones -11409. Inc268.**



## Estructura del área

**Médico (pueden ser una posición rotativa) Coordinador de Emergencias** x 7 para manejo de derivaciones programadas y emergencias.

En contacto con la máxima autoridad de la Gerencia de Asistencia al Paciente para los casos que lo ameriten.

### Médico de seguimiento de casos complejos e internados

- Coordina el seguimiento con Auditoría médica de receptora central de terreno.
- El médico audita todos los casos.
- Resuelve cualquier eventualidad con el Prestador.
- Autoriza las solicitudes de prácticas.
- Realiza las reservas económicas para futuros gastos a través de las autorizaciones.

### Médico tramitadores de casos

- Seguimiento de casos no complejos ni internados.
- Autorización de prácticas.
- Da soporte a delegaciones, regiones o Prestadores.
- Genera respuestas médicas proactivas para una atención eficiente.

## Estructura del área

Facturación de Prestaciones

Administrativo responsable de tramitar viajes y alojamientos

Administrativo o gestor de casos (case manager) cada 80 pacientes derivados activos.

Equipamiento básico (área física, computadores, escáner, conectividad) y el sistema de información definida por la institución.

- Punto de contacto y apoyo de los profesionales.
- Sacar reportes e indicadores de gestión para elevarlos a la Gerencia o Subgerencia.
- Seguimiento de la calidad de los registros



## 8.INDICADORES DE GESTION

- N° de Derivaciones
- Casos abiertos a la fecha
- Casos cerrados a la fecha
- Delegaciones de Origen
- Tipo de derivación: /programada /urgencia
- Causas/ nivel de respuesta/falta de infraestructura/equipamiento/ falta de profesionales
- Lugar de destino. / localidad/ provincia
- Prestador/ nombre-
- Motivo: Consulta externa- hospitalizacion  
exámenes-procedimientos ambulatorios.



## 8.INDICADORES DE GESTION

- Días permanecidos en lugar de derivación abiertos por paciente.
- Duración media por código de OMS
- Autorizaciones emitidas y gasto estimado en prestaciones médicas (en dinero)
- Traslados. Tipo de traslado, Autorizaciones emitidas y gasto estimado en prestaciones No médicas
- Alojamientos. Autorizaciones emitidas y gasto estimado en prestaciones No médicas
- Cantidad de casos de larga estancia, complejos o especiales.
- N° de rechazos de solicitudes de derivación, sus causas y resolución de conflictos o quejas

El Subgerente médico presentarán mensualmente informes consolidado derivaciones a la Gerencia de asistencia al afiliado basados en indicadores

# RESPONSABILIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN



a. Implementar el Sistema informático para la Gestión prestacional unificado y que permita la identificación de afiliados activos.

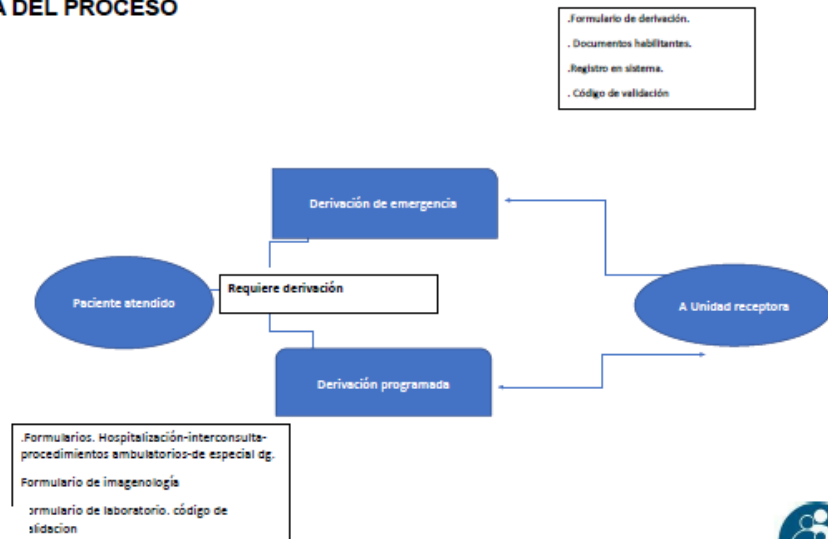
b. Actualizar la cartera de servicios de los Prestadores de Salud contratados y "de la Red Complementaria" con una periodicidad trimestral.

c. Publicar y mantener actualizado el Listado de Prestadores y sus referentes (geo-referenciación) frente a una derivación, criterio de red de complejidad ascendente y especialización para el diagnóstico y tratamiento.

d. Coordinar, la subgerencia de Prestaciones de manera continua con los equipos de Calidad y Acreditación de Prestadores, control y seguimiento de pacientes y el Centro de Atención Telefónica.

e. Instalar buzón de físicas y vía web para utilización del usuario así un medio de resolución de conflictos con el personal.

## DIAGRAMA DEL PROCESO



## Descripción de roles

1. **Medico Coordinador de Emergencias:** Medico a cargo del Centro Coordinador de Emergencias que responde a las necesidades de derivación de cualquier paciente ya sea en Emergencia o urgencia o programado. Es la puesta de entrada al sistema de derivaciones. Puede tener un rol presencial o telemático. Coordina al equipo de administrativo y medico de seguimiento.
2. **Medico de Seguimiento o tramitador:** Puede ser el mismo Coordinador y estará a cargo de las temáticas médicas favoreciendo la eficiencia y calidad de la atención del paciente y apoyará al Case mánager en el seguimiento. Es el responsable de las autorizaciones solicitadas por el Prestador. Puede tener un rol presencial o



Define roles

## Descripción de roles

3. **Case mánager o administrativo.** Reúne toda la información administrativa del caso en conjunto con el área de traslados y alojamientos los requerimientos del paciente en casos activos en seguimiento y tramitará junto al médico tramitador las autorizaciones al caso para lograr eficiencia en el sistema en equipo con el auditor. Su misión es la resolución en el menor tiempo posible y con la mejor calidad de orden. Reporta al médico tramitador.
4. **Auditor de Terreno:** Auditor que sigue en terreno (destino) el caso e informa al Case mánager. Puede autorizar prestaciones si fuere necesario. Reporta a su Jefatura local e Info Coordinador. Reúne la información necesaria para la auditoría y manejo eficiente del caso, asistencia social, facturación y calidad asistencial



Define roles

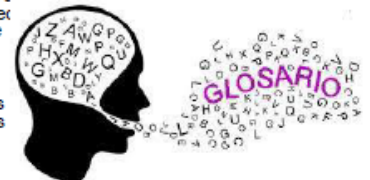
# GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

- **Agendamiento de citas médicas:** Proceso mediante el cual se registra una cita (turno) en el Sistema Médico Informático, para acceder a la atención médica en los prestadores de servicios de salud de la Red Interna o Complementaria.
- **Capacidad Resolutiva:** Es el nivel de respuesta que tiene un establecimiento de salud a la demanda de atención o solución inmediata a cuadros complejos de salud de una persona o grupo de personas, con acciones integrales, inmediatas y oportunas haciendo uso de los recursos físicos y humanos debidamente calificados, quienes harán diagnóstico y tratamiento oportuno. La Capacidad Resolutiva se expresa en:
  - La Oferta de Servicios del establecimiento;
  - El Talento Humano calificado que dispone;
  - La infraestructura; y,
  - El equipamiento
- **Oferta o Cartera de Servicios:** La definición de la Oferta o Cartera de Servicios caracteriza al establecimiento y refleja su misión, en términos simples, es lo que hace a partir de sus diferentes procesos productivos, clasificados en: clínicos, quirúrgicos y de apoyo diagnóstico y tiene su expresión concreta en un listado de los servicios/productos específicos que provee el establecimiento y lo diferencia de otro. En consecuencia, la Cartera de Servicios del establecimiento está conformada sólo por los servicios/productos específicos provistos por los procesos clínicos, quirúrgicos y de apoyo clínico, de acuerdo con el Nivel de Atención y de Complejidad del establecimiento.
- **Cita médica o "turno":** Procedimiento administrativo que se establece cuando el establecimiento de salud otorga al usuario/a una fecha, hora y especialidad para ser atendido.
- **Código de validación:** Es el número de registro de la autorización de una Derivación que se otorga por parte de la Auditoría médica.



# GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

- **Derivación:** Es el procedimiento estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un establecimiento de salud de menor Nivel de Atención o Complejidad a otro de igual o mayor Nivel de Atención y/o Complejidad de la Red Prestacional o la Red Complementaria, cuando la capacidad instalada del establecimiento o de la entidad de origen no permite resolver el problema de salud, por la que se le envía, buscando la complementariedad de los servicios previa la autorización correspondiente.
- **Derivación injustificada:** Es cuando una Derivación no ha sido realizada conforme a las Normas de Atención, Guías de Práctica Clínica, Protocolos y otras normativas emitidas por la Auditoría médica y requiere una investigación del proceso que motivó el desvío. Es un proceso de Auditoría interna.
- **Diagnóstico:** Es el juicio clínico sobre el estado de psicofísico de una persona. Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad o la condición de salud-enfermedad de una persona. Para esta Normativa se establece que enfermedad en una categoría Clínica, de laboratorio o imágenes que produzca síntomas o signos que puedan beneficiarse con una intervención terapéutica.
- **Emergencia:** Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requieren de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.





## GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS



- **Estancia prolongada:** Es la hospitalización destinada a la atención de pacientes con patologías agudas o crónicas con reagudizaciones frecuentes, generalmente con patologías sobre añadidas, deterioro funcional y cognitivo asociados y que requieren un tratamiento médico continuado durante un largo periodo de tiempo. Puede implicar la prolongación de estadia sobre lo previsto, externalidad negativa, o bien casos que superen los periodos de cobertura.
- En muchos casos estos pacientes presentan un problema socio familiar añadido. Debe considerarse la atención integral del paciente y las posibilidades reales de retorno a lugar de origen y el costo/beneficio en la prolongación de la estancia.
- **Entidad receptora:** Establecimiento de salud de igual o mayor Nivel de Atención y/o de la Referencia o Derivación, Complejidad, con la capacidad resolutoria requerida, que recibe al paciente y procede a brindar la atención.
- **Historia Clínica Única:** La Historia Clínica, es un documento que registra la experiencia médica con el paciente y representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro, que requiere de un sistema de metodología de registro y análisis que reúna la información para análisis posteriores dentro de un contexto medico legal.
- El expediente único para la historia clínica es el documento en el que se registra la historia de salud de una persona y los conocimientos científicos y la experiencia del equipo de salud.
- Representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro de la salud. Los formularios del expediente varían según el servicio donde se lo aplique (emergencias, consulta, prácticas y medios de diagnóstico y terapéutica)
- La auditoría médica cuenta en formato digital o físico con los registros remitidos por los Prestadores para ser auditados para su pago.



## GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

- **Nivel de Atención:** Conjunto de establecimientos de salud organizados bajo un marco jurídico, legal y normativo; con niveles de atención (ambulatorio y Hospitalario) y capacidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia las necesidades sentidas de salud de la población.

Los Niveles de Atención se clasifican en:

- I Nivel de Atención (Ambulatorio);
  - II Nivel de Atención (Hospitalario);
  - III Nivel de Atención (Rehabilitación)
  - IV Nivel de Atención (Domiciliario);
- **Nivel de Complejidad:** Es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, en relación con el Nivel de Atención al que corresponde, alcanzado mediante la especialización y tecnificación de sus recursos. Es la capacidad resolutoria que se define por los siguientes elementos: talento humano, equipamiento e infraestructura. Guarda relación directa con la categorización de establecimientos de salud.
- **Oportunidad de la atención:** Es el tiempo de respuesta del prestador de servicios de salud para brindar la atención requerida, sin que corra peligro la vida del paciente.
- **Plan de Tratamiento:** Es la respuesta de resolución de forma integral de los problemas de salud identificados durante el diagnóstico. Es el conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas. Debe presentarse de manera secuencial, lógica y ordenada.
- **Proveedores o Prestadores de servicios de salud:** Son las unidades médicas, las entidades médico-asistenciales públicas y privadas, y los profesionales de salud en libre ejercicio acreditados y contratados por la CSS.



---

## GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

- **Red Complementaria del CSS:** Es la red de servicios de salud conformada por unidades médicas externas (proveedores externos) de cualquier Nivel de Atención y Complejidad.
- **Red Pública de Salud:** Es la red conformada por las unidades médicas dependientes del Ministerio de Salud Pública o entidades de Gestión pública (Ej.: Hospitales militares).
- **Referencia:** Es el procedimiento estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un establecimiento de salud de menor Nivel de Atención o Complejidad a otro de mayor o igual Nivel de Atención o de Complejidad de la de una misma entidad del sistema.
- **Sistema de Aportes y Beneficiarios:** Herramienta tecnológica para el registro del pago de aportes de los afiliados que genera derecho a las prestaciones.
- **Sistema Médico Informático del CSS:** Herramienta tecnológica para la gestión Integral de las Prestaciones de Salud.



UNTRF | UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE TRES DE FEBRERO



## GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

- **Sistema de Derivación:** Conjunto ordenado de procesos asistenciales y administrativos, que contribuye a garantizar la continuidad, integralidad y complementariedad de la atención de salud, con oportunidad, eficacia y eficiencia para las derivaciones dentro de la Red de Complejidad ascendente.
- **Transferencia o Traslado:** Se considera al traslado físico de un paciente de un establecimiento de salud a otro, en transporte institucional y con acompañamiento de un servidor de salud.
- **Auditoría Médica Receptora:** Es la unidad que recibe información de los pacientes que son enviados de las diferentes unidades de la red de servicios. Tramita todas las gestiones en el sitio de derivación.
- **Auditoría Médica Referente:** Es la unidad que envía información de los pacientes a las diferentes unidades de la red de servicios. Tramita todas las gestiones en el sitio de origen.
- **Urgencia:** Enfermedad o problema de salud que podría convertirse en una emergencia si es que el cuidado médico dado por una condición que, sin tratamiento en su debido tiempo, se podría esperar resulte en emergencia.

UNTRF | UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE TRES DE FEBRERO





## MODULO III

### SUBPROCESO DERIVACIÓN DE EMERGENCIA

#### Centro coordinador de emergencia

**Función: médico del centro de coordinador de emergencias**

#### ACCIONES A EJECUTAR

Se recibe vía telefónica al numero tal... la necesidad de derivación de un afiliado atendido en un centro asistencial, por falta de capacidad resolutive o falta de disponibilidad a un prestador médico de la red.

Se registra y se verifica datos del afiliado y tipo de cobertura.

El médico del centro coordinador de emergencias, se comunica con el médico de la unidad receptora.

Evalúa causales, diagnostico, estabilización del afiliado y tipo de traslado.



**Función: médico del centro de coordinador de emergencias**

#### EN CASO DE AUTORIZARSE

Soporte: mail

Envía **FORMULARIO DE DERIVACION en vuelo sanitario (N°..)** al responsable de la unidad receptora vía correo electrónico.

Se envía con los siguientes datos:

- o fecha, nombre completo del afiliado, DNI, número de credencial, lugar de residencia y
- o se adjunta al formulario **modelo de Historia clínica para derivación**.
- o Por parte del médico de la unidad receptora se recibe el formulario vía correo electrónico ([derivaciones@css.org.ar](mailto:derivaciones@css.org.ar)), y completa el modelo (con un resumen de la historia clínica, enfermedad actual, Antecedentes, Resultados de exámenes complementarios, tratamientos efectuados, Dg (CIE10), motivo de la derivación (...)) tipo de traslado (ambulancia, con médico /con enfermero). Traslado aéreo.

#### Función: médico del centro de coordinador de emergencias

Recepiona y verifica la documentación (si está completa, legible).

Ingresa y registra toda la documentación al sistema.

Indica al gestor de casos de emergencia , vía..... la búsqueda del prestador

### **Función: gestor de casos de emergencias**

#### **Acciones a ejecutar**

- Verifica la cartera de servicios y disponibilidad de los prestadores respetando la orden de prelación.
- El gestor hace la comunicación al prestador de referencia.
- El medico coordinador de emergencias autoriza esa derivación.
- Se registra nombre del prestador, dirección completa, Localidad, provincia.
- El médico del centro de coordinador de emergencias realiza la comunicación y coordinación entre el médico responsable de la unidad receptora y con el medico de referencia.
- Se registra en el aplicativo, lugar de derivación, el tipo traslado.
- Se comunica el tipo de traslado al administrativo encargado de gestionar viaje y alojamiento para acompañante en caso de necesidad.

### **Función: administrativo de gestionar viajes y traslados**

#### **Acciones a ejecutar:**

Gestiona traslado, pasaje y alojamiento de acompañante.

- . Registra en el aplicativo.
- . Informa al médico del centro de coordinador de emergencias.

.Comunica al familiar del afiliado el lugar de derivación y gestión y lo registra en el sistema.

. El familiar da conformidad del traslado, mediante firma....donde\_

**Función: médico del centro de coordinador de emergencias**

**Acciones a ejecutar:**

Envía vía correo electrónico la documentación médica al médico responsable de la unidad médica de referencia.

Deja registro de lo actuado.

Se comunica con el medico que recibe al paciente para corroborar su estado de salud.

Se comunica vía correo electrónico (auditoriamedicacas.....) y por sistema, con el medico auditor de terreno o seguimiento de casos complejos o internados.

**Función: auditor de terreno o seguimiento de casos complejos o internados**

**Acciones a ejecutar:**

- o Continúa con el seguimiento y registra en el sistema aplicativo.
- o Comunica y solicita al prestador el resumen medico de egreso (alta) y tramita su envío a auditoria mediante correo electrónico.
- o Solicita la tramitación del regreso a origen al administrativo de gestión de viajes y alojamiento y registra en el aplicativo, indicando si hubiere requerimientos especiales.

**Plataforma AUDINET: listado de los pacientes internados, medico tratante, evolución, medico auditor**

**Función: Auditoría  
médica local**

- Asigna un profesional para el seguimiento y continuidad del tratamiento en caso de ser necesario.

*Muchas  
Gracias!*

## **Anexo 3**

### **Manual del alumno UNTREF Virtual**

**UNTREF**  
**VIRTUAL**

**MANUAL DEL CAMPUS PARA EL ALUMNO**

Haga click sobre el capítulo que desea consultar

<b>1</b>	Algunas consideraciones previas	3
<b>2</b>	Accediendo al aula	3
<b>3</b>	Secciones del aula	5
3.1	Presentación y contenidos	6
3.2	Actividades, Evaluaciones Autocorrectivas	6
3.3	Biblioteca	7
3.4	Foros	7
3.4.1	¿Cómo participar en los foros?	8
3.5	Contactos	9
3.6	Mail Interno	10
<b>4</b>	Actualizar datos personales	11
<b>5</b>	Cerrar sesión del campus	12

**1** Algunas consideraciones previas

Antes de comenzar con la plataforma, es necesario detenerse a explicar algunas cuestiones necesarias e importantes para acceder al material del curso:

Se recomienda para navegar el campus utilizar el navegador Mozilla Firefox. Puede descargarlo de manera gratuita desde la siguiente página:

<https://www.mozilla.org/es-ES/firefox/new/>

La mayor parte del contenido de las asignaturas se encuentra en formato .pdf. Para poder leer archivos .pdf debe tener instalado y actualizado en su computadora el programa Adobe Reader, el cual puede descargarse desde la siguiente página:

<http://get.adobe.com/es/reader/>

Por otro lado, es probable que al tratar de acceder a un material, éste se abra en una nueva ventana. Es posible que su navegador de Internet le avise que se bloqueó una "ventana emergente", por lo cual es importante desactivar el bloqueador de elementos emergentes. Puede visualizar el siguiente instructivo para desactivarlas:

<https://support.mozilla.org/es/kb/configuracion-excepciones-y-solucion-de-problemas->

**2** Accediendo al aula

Ingrese a sus cursos virtuales desde nuestro sitio web:

<https://www.untrefvirtual.edu.ar/>

Luego deberá hacer click en ACCESO AL CAMPUS/ALUMNOS.



Una vez en la página de login:

<https://www.u3fweb.com.ar/webu3f/web/loginalumnos.aspx> ingrese los datos recibidos por e-mail: su nombre de usuario (el cual se encontrará formado por su número de legajo) y su contraseña.

ALUMNOS | Iniciar sesión

Nombre de usuario: 10741

Contraseña: \*\*\*\*\*

Recordarme la próxima vez.

Inicio de sesión

[¿Olvidaste tus datos?](#)

De esta forma accederá a la **Plataforma Administrativa** (vea imagen siguiente) en donde verá sus datos y dos enlaces:

▶ Primer enlace a **Cuenta Corriente de Cuotas**, desde donde podrá descargar las cheques de pago y ver el estado de su cuenta corriente.

▶ Segundo enlace (en la imagen de ejemplo) **Licenciatura en Administración** es el acceso al aula virtual de la carrera que se encuentra cursando.

▶ También, desde esta pantalla podrá realizar otras acciones como **Inscripción a materias**, a **Exámenes Finales**, consultar su **Historia Académica** desde el botón **Materias Cursadas**, observar su **análisis** o solicitar **Certificado de Alumno Regular**.

Cuenta Corriente de Cuotas

Licenciatura en Administración

Materias Cursadas    Análisis de Materias    Ver Inscripciones a Materias

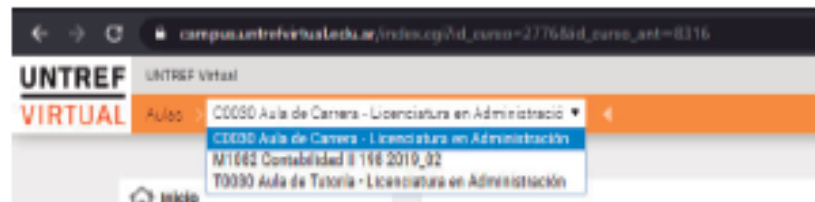
Consultar de Inscripciones    Cert Alumno Regular    Volver

Cuatrimestre    2021

Ver Inscripciones a Exámenes

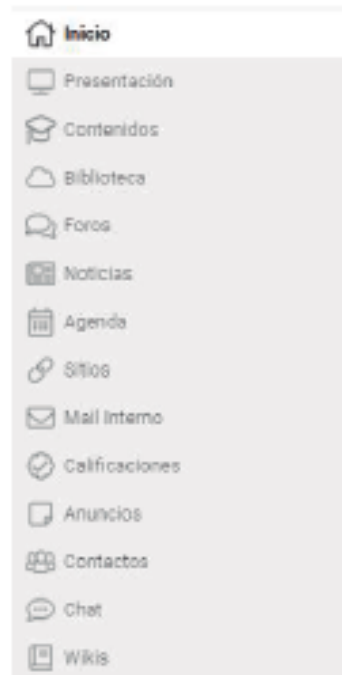


Una vez abierta el aula, desde la barra superior naranja podrá desplegar el menú para acceder a las diferentes aulas de las distintas materias.



### 3 Secciones del aula

Dentro del aula virtual podrá visualizar en el menú izquierdo las diferentes secciones.



**Secciones de almacenamiento de información:** en estas secciones se encuentran la presentación tanto de la materia como del docente y las unidades con los contenidos procesados de la asignatura.

Además cuenta con archivos Biblioteca y links a Sitios que complementen el material de estudio de la cursada.

**Secciones de comunicación:** compuestas principalmente por el foro, el cual emula a la clase presencial.

También se encuentra el listado de alumnos y profesores en la sección Contactos y el Mail Interno del aula en donde se reciben y envían mails a los usuarios de la misma.

### 3.1 Presentación y contenidos

 Presentación

 Contenidos

La sección "Presentación" normalmente contiene el programa y plan de estudios de la asignatura y la bitácora del docente.

En "Contenidos" se encuentran las unidades que componen la asignatura.

Dentro de esta sección haga clic en la carpeta de la Unidad/Módulo correspondiente para acceder al material subido en esa carpeta.

Unidad 1- Técnica contable, medición y exposición

Unidad 1-Técnica contable, medición y exposición

Unidad 1

CONTENIDO RELACIONADO

2 archivos

4 temas de debate

**|** [Unidad 2- Presentación de la información contable](#)

**|** [Unidad 3- Exposición de los estados contables](#)


**|** [Unidad 4- Estado de evolución del patrimonio neto](#)

**|** [Unidad 5- Estado de Resultados](#)

### 3.2 Actividades, Evaluaciones Autocorrectivas

Tanto las Actividades, Evaluaciones Autocorrectivas y Encuestas se encontrarán dentro de la sección **Contenidos**, en la carpeta correspondiente de la Unidad/Carpeta o en una carpeta creada específicamente para tal ítem.

### 3.3 Biblioteca

 Biblioteca

En esta sección se encuentra la bibliografía de la asignatura y algunos documentos extra. Para acceder, haga clic en la sección "Biblioteca" en el menú izquierdo del aula.

Seleccione la carpeta de la Unidad a la que desea acceder, para visualizar el contenido de la biblioteca correspondiente a esa unidad.



#### Unidad 01

Archivos de Unidad 1- Técnica contable, medición y exposición  
05/05/2019 - última actualización



#### Unidad 02

Archivos de Unidad 2- Presentación de la información contable  
05/05/2019 - última actualización



#### Unidad 03

Archivos de Unidad 3- Exposición de los estados contables  
nunca - última actualización

### 3.4 Foros

El profesor copiará o adjuntará la clase que acompaña los contenidos presentados en la sección "Contenidos" abriendo un tema de debate en el foro, y ese será el espacio para que el alumno plantee sus dudas en cuanto a la cursada. Por ejemplo la clase que acompaña los contenidos de la Unidad 1 se desarrollará en el Foro de la Unidad 1 y así sucesivamente. Cada tema de debate posee un título que indica su contenido, rogamos plantear sus consultas dentro del tema de debate correspondiente.

 Foros

**3.4.1** ¿Cómo participar en los foros?

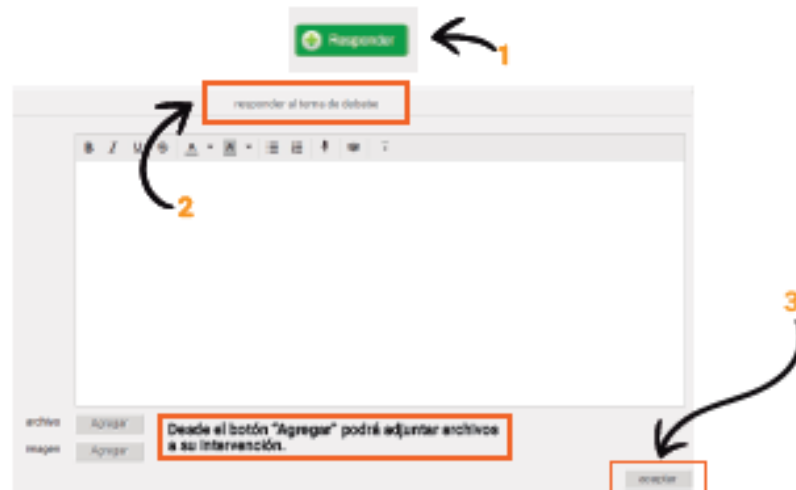
▶ Ingresando a la sección Foros del aula, visualizará una pantalla que nos muestra las Carpetas/Unidades del curso.

▶ Al abrir una carpeta (por ejemplo la Unidad 1) verá los temas de debate que se han abierto.



▶ Para responder un mensaje, es necesario ingresar en el tema de debate correspondiente.

▶ Haga clic en el botón "Responder", escriba su respuesta en el recuadro "Responder al tema de debate" y luego presione el botón "Aceptar" para publicarlo.



**3.5 Contactos**

Haga clic en la sección Contactos del menú izquierdo del aula.

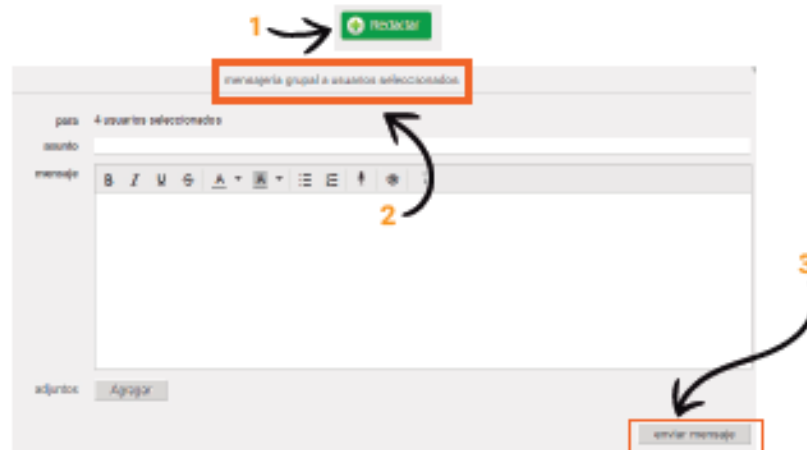


Accederá así a una lista con todos los integrantes del curso (incluyendo profesores y compañeros de curso) junto con la posibilidad de enviar un mensaje individual o grupal a los usuarios que desee.

Para elegir a qué participante o participantes pretende enviar el mensaje, deberá hacer clic en el casillero al lado del nombre, en la lista de usuarios.

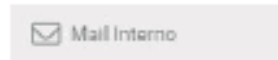


Haga clic en "Redactar", escriba el mensaje en el siguiente recuadro "Mensajería grupal a usuarios seleccionados" luego haga clic en el botón Enviar mensaje.



### 3.6 Mail Interno

Debajo del botón de Contactos se encuentra el de **"Mail Interno"**. Esta sección le permitirá leer, responder y eliminar los mails que haya recibido.



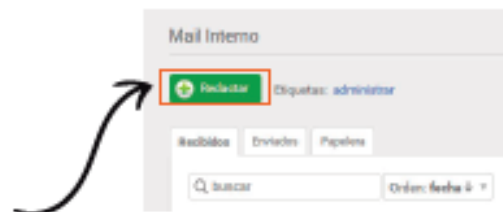
Seleccionando los mensajes (tildando el casillero correspondiente) podrá eliminarlos y marcarlos como no leídos.

MAILS   <a href="#">DESCARGAR LISTADO</a>		
<input type="checkbox"/>	Problema - Mensajería Interna 2	03-03-20
<input checked="" type="checkbox"/>	Problema - Mensajería Interna 1	03-03-20

Ingresando al mensaje, el mismo puede ser respondido, reenviado o eliminado.

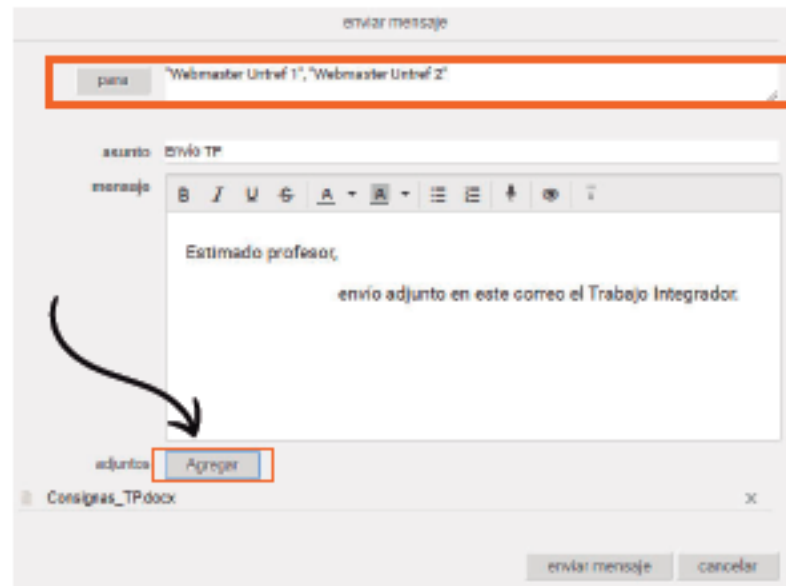


Desde el botón **"Redactar"** ubicado en la parte superior de la pantalla podrá crear y enviar nuevos mensajes.



Desde el botón **"Para"** seleccione/tilde los casilleros de los contactos a los cuales se les enviará el mail, luego haga clic en **"Aceptar"**. Los contactos seleccionados serán agregados al campo "para" del mail.

Para adjuntar una tarea/archivo debe hacer clic en "Agregar". Aparecerá a continuación un recuadro de los archivos y carpetas que están dentro de su computadora, busque el archivo correspondiente a adjuntar y haga clic en "abrir".



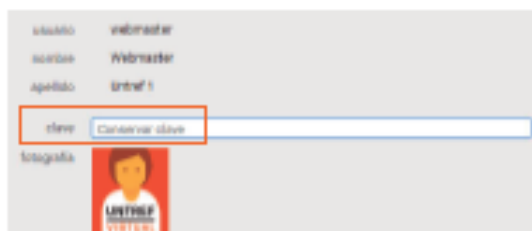
**4**

**Actualizar datos personales**

Desde la opción "Perfil y preferencias" de la barra superior, el usuario puede acceder a actualizar su información personal, pudiendo además elegir el idioma de la interfaz y suscribirse a los foros de debate, para recibir notificaciones de las nuevas participaciones. Además, desde esta pantalla podrá modificar su clave de acceso.



Una vez que haya accedido al menú indicado visualizará la siguiente pantalla, en la cual se mostrará un texto "Conservar Clave" que desaparecerá si coloca otra clave.



A screenshot of a user profile page. At the top, it shows fields for 'usuario' (username) with the value 'webmaster', 'nombre' (name) with 'Webmaster', and 'apellido' (surname) with 'untref 1'. Below these is a 'clave' (password) field containing the text 'Conservar clave', which is highlighted with a red box. Underneath is a 'foto' (photo) field with a small profile picture of a person with the UNTREF VIRTUAL logo.

Complete los campos y recuerde presionar el botón "guardar" para actualizar su clave.



A screenshot of a password change form. It contains three input fields: 'clave' (password) with the placeholder text 'Ingrese su nueva clave', 'repetir clave' (repeat password) with 'Repita su nueva clave', and 'clave actual' (current password) with 'Ingrese su clave actual'. Each field has a small eye icon to toggle visibility.

## 5

### Cerrar sesión del campus

Para cerrar su sesión haga clic en su foto de perfil ubicada en la parte superior derecha de la pantalla. Se desplegará un menú y deberá presionar "Salir".





## Tutorial

<https://youtu.be/SyZpYp7P2Ws>

## Anexo 4

### **CURSO DE CAPACITACION PARA EL PERSONAL DE LA CAJA DE SERVICIOS SOCIALES DE SANTA CRUZ Uso del manual de procedimientos para el seguimiento y control de las derivaciones**

#### **Introducción:**

El presente curso sobre el Uso del manual de procedimientos para el seguimiento y control de derivaciones, se implementa en el marco de un acuerdo entre la Caja de Seguridad Social de la Provincia de Santa Cruz –CSS- y la Universidad Nacional de Tres de Febrero con recursos financiados por el Consejo Federal de Inversiones -CFI-

El programa de trabajo incluye la capacitación del personal perteneciente a Gerencia de Prestaciones y Gerencia Operativa y es el resultado de un proceso previo de relevamiento y diagnóstico sobre las necesidades de fortalecimiento de la CSS que incluyó varios ejes de estudio, entre los cuales se encuentran las acciones de capacitación de la CSS

**Objetivo:** Garantizar la aplicación de los procedimientos y recomendaciones establecidas en el manual de procedimientos para el seguimiento y control de las derivaciones.

**Destinatarios:** Personal de CSS que gestione el proceso de derivación de afiliados.

**Modalidad:** Virtual.

**Duración:** Se brindará desde el 18 de octubre al 13 de diciembre. La primera semana asincrónica, está destinada a concluir el proceso de inscripción y a la familiarización de los participantes con la plataforma de UNTREF Virtual. Las clases sincrónicas se brindarán los días martes de 14hs a 16hs. Para éstas últimas, se comunicará con anticipación a los participantes, los datos de acceso por e-mail y por plataforma virtual. **El primer encuentro sincrónico es el día martes 25 de octubre a las 14hs. Los demás encuentros se realizarán a partir de las 18.30hs.**

**Material Didáctico:** Estará compuesto por los contenidos del manual, power point, videos, estos últimos a fin de poner a disposición permanente una guía de consulta sobre el uso de los manuales e implementación de los procedimientos y normas.

**Contenidos temáticos:** Se dictarán cuatro (4) módulos:

- I. Significado de los MP.
- II. Principales contenidos
- III. Normas de procedimientos y gestión de las derivaciones
- IV. Acciones, responsables y descripción de tareas. Flujogramas. Evaluación de resultados.

**NOTA:** La primera semana de inscripción y familiarización de la plataforma se denomina “Modulo 0” y permanecerá abierta durante toda la cursada para consultas específicas sobre el uso de la plataforma.

La realización de las capacitaciones se documentará con la entrega de todos los materiales utilizados, listado de participantes, fotografías y/o videos de corta duración, resumen resultados a partir de la interacción de los participantes con los capacitadores y tutoriales así como link para la recuperación de éstos.

**Cronograma.**

Módulo	Contenidos	Inicio y Cierre	Implementación	
			Asincrónica	Sincrónica
<b>Módulo 0</b>	<b>Familiarización con el campus, preguntas frecuentes.</b> Este período nos permitirá terminar el proceso de inscripción de los participantes. Esta unidad permanece abierta toda la cursada para consultas sobre el uso de la plataforma.	Comienza el 18 de octubre y permanece abierto durante todo el trayecto del curso.	Destinadas al seguimiento de las consignas que los docentes instrumentan en plataforma (por medio de foros y/o actividades) durante el período que	

<b>Módulo 1</b>	<b>Significado de los Manuales de Procedimiento-</b> El Manual de Procedimiento de Seguimiento y Control de las Derivaciones. Objetivos. Alcance y ámbito de aplicación. Derivaciones. Tipo. Emergencia. Programada. Directrices generales. Causales para la derivación.	Del 25 de octubre y hasta 7 de noviembre	transcurre entre clases sincrónicas.	<b>25 de octubre 14hs a 16hs</b>
<b>Módulo 2</b>	<b>Principales contenidos.</b> Derivación de emergencia- Derivación programada. Contrarreferencia.	Del 8 al 21 de noviembre.		<b>8 de noviembre 18.30hs a 20.30hs</b>
<b>Módulo 3</b>	<b>Normas de procedimientos y gestión de las derivaciones.</b> Estrategia de aplicación. Indicadores de gestión. Estructura de la coordinación de las derivaciones. Roles.	Del 22 de noviembre y hasta el 5 de diciembre.		<b>22 de noviembre de 18.30hs a 20.30hs</b>
<b>Módulo 4</b>	<b>Acciones, responsables, descripción de tareas, flujogramas.</b>	Del 5 al 12 de diciembre.		<b>6 de diciembre de 18.30hs a 20.30hs</b>
<b>Última etapa</b>	<b>Evaluación de Resultados.</b> Encuentro cierre de la actividad y consultas abiertas por plataforma.	13 de diciembre.		<b>13 de diciembre de 18.30hs a 20.30hs</b>

#### **Metodología de enseñanza-aprendizaje:**

El diseño del proceso de enseñanza –aprendizaje propuesto, comprende dos trayectos de trabajo diferentes: a) **Trayecto sincrónico:** espacios de interacción en línea a través de CHAT y Web Cam; b) **Trayecto asincrónico:** para las lecturas, estudios, realización de ejercicios, trabajos grupales, actividades y tutorías por correo electrónico.

#### **Evaluación:**

La evaluación se realizará en forma continua, por medio de la participación en las actividades propuestas por los docentes, tanto en las actividades asincrónicas como sincrónicas.

## Anexo 4.a. Intercambio de bienvenida el curso Uso del Manual de Procedimientos para el seguimiento y control de derivaciones.

18/11/22, 14:56

Campus (Foro)

Foros > Categoría > Tema de debate



**Bienvenidos!**

Fabiana Bisento - 21/10/2022 07:52

Estimados, les damos una cordial bienvenida a este curso. Les dejamos aquí un video que les orientará en el acceso y uso del campus.

<https://youtu.be/SyZp7pJ228k>

Saludos cordiales.

UNTREF Virtual

Debate



JOSÉ ALEJANDRO OYAZÓN - 11/11/2022 17:50

Hola buenas tardes , muchas gracias Fabiana por el video y la información. saludos !!!

responder



Fabiana Bisento - 11/11/2022 18:29

Hola José! De nada. Bienvenido y adelante!!

Saludos!

Fabiana

responder




Virginia Leonor Aguilera - 09/11/2022 14:48

gracias!!

[https://campus.untrefvirtual.edu.ar/foros.cgi?seccion=vertema&idForo=144837183\\_cursos11022](https://campus.untrefvirtual.edu.ar/foros.cgi?seccion=vertema&idForo=144837183_cursos11022)

1/3

**Anexo 4.b. Biblioteca Campus UNTREF Virtual \_  
Módulo 1 Uso del Manual de Procedimientos para el  
seguimiento y control de derivaciones.**

Biblioteca > Categoría 

-  [LEY\\_26529\\_Argentina.gob.html](#) (63.1 KB)  
Sonia Gaviola - 30/10/2022

---

-  [MODULO\\_I\\_derivaciones\\_25.10.22Sugerencias.pdf](#) (3.4 ...)  
Sonia Gaviola - 30/10/2022

---

-  [Reglamentacion\\_CSS\\_2019\\_OFICIAL\\_1.pdf](#) (640.6 KB)  
Sonia Gaviola - 30/10/2022

---

## Anexo 5

### Listado de participantes Curso en el Uso del Manual de Procedimientos para Segunda Opinión Médica.

	Tipo Documento	Nº DNI	Apellido	Nombres	Correo	Telefono	Localidad	Pcia
1	DNI	34295026	GALLI BERMUDEZ	ROCIO	<a href="mailto:rociogalli89@gmail.com">rociogalli89@gmail.com</a>	2966694168	Rio Gallegos	Sta Cruz
2	DNI	32537977	Farias	Adriana Paola	<a href="mailto:afarias297@gmail.com">afarias297@gmail.com</a>	2975262691	Pico Truncado	Sta Cruz
3	DNI	23032215	CASAS	PAOLA NADINA	<a href="mailto:cpoly72@gmail.com">cpoly72@gmail.com</a>	2966-211064	Rio Gallegos	Sta Cruz
4	DNI	25602312	BAHAMONDE	GRACIELA	<a href="mailto:bahamondegraciela86@gmail.com">bahamondegraciela86@gmail.com</a>	2966278779	Rio Gallegos	Sta Cruz
5	DNI	35179388	Rutte	Franco	<a href="mailto:francorutte06@gmail.com">francorutte06@gmail.com</a>		Rio Gallegos	Sta Cruz
6	DNI	20943448	ROBLEDO	PATRICIA	<a href="mailto:robledotat@hotmail.com">robledotat@hotmail.com</a>	2966573972	Rio Gallegos	Sta Cruz
7	DNI	34771790	Dittmar	Cintia Daiana	<a href="mailto:cintia.ditt@hotmail.com.ar">cintia.ditt@hotmail.com.ar</a>	2966500805	Rio Gallegos	Sta Cruz
8	DNI	17779989	Calcagno	Leticia	<a href="mailto:calcagnoleticia@gmail.com">calcagnoleticia@gmail.com</a>	2966665674	Rio Gallegos	Sta Cruz
9	DNI	33924572	MUÑOZ	CARLA MARIBEL	<a href="mailto:munozcarlamari@gmail.com">munozcarlamari@gmail.com</a>	2966381120	Gob Gregores	Sta Cruz

10	DNI	30266408	Andres	María Andrea	<a href="mailto:andreaandres20@gmail.com">andreaandres20@gmail.com</a>	2966319262	Rio Gallegos	Sta Cruz
11	DNI	27752469	Muñoz	Roxana	<a href="mailto:rochybea24@gmail.com">rochybea24@gmail.com</a>	2966744277	Rio Gallegos	Sta Cruz
12	DNI	32397706	OYARZUM CARNEVARI	NOELIA DE LOS ÁNGELES	<a href="mailto:noetakis@hotmail.com">noetakis@hotmail.com</a>	2974034420	Las Heras	Sta Cruz
13	DNI	33244940	Brizuela	Rebeca Noemi	<a href="mailto:Relu23@live.com">Relu23@live.com</a>	2974377477	Pico Truncado	Sta Cruz
14	DNI	33285864	Ojeda	Maria Belén	<a href="mailto:26.maria.belen@gmail.com">26.maria.belen@gmail.com</a>	2966487961	Rio Gallegos	Sta Cruz
15	DNI	14880095	ECHAGUE	Josefina del Carmen	<a href="mailto:josefinaechague@gmail.com">josefinaechague@gmail.com</a>	2966217307	Rio Gallegos	Sta Cruz
16	DNI	38325421	VAZQUEZ Suarez	Camila	<a href="mailto:Camila.vazquezsuarez@gmail.com">Camila.vazquezsuarez@gmail.com</a>	2966681886	Gob Gregores	Sta Cruz
17	DNI	24125163	SUAREZ	MARIANA ANDREA	<a href="mailto:marianasuarez75@yahoo.com.ar">marianasuarez75@yahoo.com.ar</a>	2966479030	Perito Moreno	Sta Cruz
18	DNI	24125143	Veronica	Leticia Beatriz	<a href="mailto:lvictoria@live.com.ar">lvictoria@live.com.ar</a>	2966644071	Puerto San Julián	Sta Cruz
19	DNI	32049308	Lugo	Araceli Maria Fernanda	<a href="mailto:aracelilu@hotmail.com">aracelilu@hotmail.com</a>	3794813237	Caleta Olivia	Sta Cruz
20	DNI	23190090	TEPSICH	LUIS SANTIA GO	<a href="mailto:santiagotepsich@gmail.com">santiagotepsich@gmail.com</a>	29966222790	Rio Gallegos	Sta Cruz
21	DNI	24125143	Victoria	Leticia Beatriz	<a href="mailto:lvictoria@live.com.ar">lvictoria@live.com.ar</a>	2966644071	Puerto San Julian	Sta Cruz
22	DNI	32049308	Lugo	Araceli Maria Fernanda	<a href="mailto:aracelilu@hotmail.com">aracelilu@hotmail.com</a>	3794813237	Caleta Olivia	Sta Cruz



2 3	DNI	379425 29	MATUS	ANTONE LLA	<a href="mailto:Antonellamatus301@gmail.com">Antonellamatus301@gmail.com</a>	2966- 750149	28 de Nov	Sta Cruz
2 4	DNI	295127 90	Hernández	Jorge	<b>Dany.hernandez.rgl@gmail.com</b>	2966- 445113	Rio Gallegos	Sta Cruz
2 5	DNI	368085 93	Elgueta	Cinthy	<b>Cinthy.nerea.e@gmail.com</b>	2966- 547245	Rio Gallegos	Sta Cruz
2 6	DNI	<b>174381 73</b>	Santucho	Sandra	<b>San123064@gmail.com</b>	2966467791	Rio Gallegos	Sta Cruz
2 7	DNI	<b>121748 51</b>	Rodriguez	Rosa	Rosarodriguezrg63@gmail.com	<b>2966548780</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
2 8	DNI	<b>230322 15</b>	Casas	Paola	<b>Cpoly72@gmail.com</b>	<b>2966211064</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
2 9	DNI	<b>148800 95</b>	Echague	Josefina	<b>josedelcarmenechague@gmail.com</b>	<b>2966307521</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
3 0	DNI	<b>305029 21</b>	Court	Florencia	<b>Florec2012@gmail.com</b>		Rio Gallegos	Sta Cruz
3 1	DNI	<b>210011 06</b>	Galvan	Norma	<b>As_galvan@hotmail.com</b>	<b>2966402910</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
3 2	DNI	<b>334474 46</b>	Dominguez	Daiana	<a href="mailto:Solyday1988@gmail.com">Solyday1988@gmail.com</a>	<b>2966756993</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
3 3	DNI	<b>309992 17</b>	Muñoz	Graciela	<b>Mugraciela1984@gmail.com</b>	<b>2966504603</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
3 4	DNI	<b>330231 83</b>	Marquez	Laura	<a href="mailto:Marquezlaura350@gmail.com">Marquezlaura350@gmail.com</a>	<b>2966569462</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
3 5	DNI	<b>284905 25</b>	Godoy	Verónica	<b>Verónica_godoy_18@hotmail.com</b>	<b>2966600314</b>	Tres Lagos	Sta Cruz

36	DNI	<b>39883949</b>	Colares	Ivone	<a href="mailto:Ivonecolares95@gmail.com">Ivonecolares95@gmail.com</a>	<b>2966599143</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
37	DNI	<b>33060841</b>	Guittard	Laura	<a href="mailto:Guittardlaura@gmail.com">Guittardlaura@gmail.com</a>	<b>2966510553</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
38	DNI	<b>21895331</b>	Jalil	Claudia	<a href="mailto:claudiajalil@hotmail.com">claudiajalil@hotmail.com</a>	<b>2966556931</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
39	DNI	<b>13810654</b>	Contantino	Beatriz	<a href="mailto:Betty_g_48@hotmail.com">Betty_g_48@hotmail.com</a>	<b>2966529062</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
40	DNI	<b>20225696</b>	PIAZZA	ESTELAMARIS	<a href="mailto:estudiosmp@hotmail.com">estudiosmp@hotmail.com</a>	<b>2966-690925</b>	CABA	Bs As
41	DNI	<b>14366498</b>	GORRY	GRACIELA	<a href="mailto:gracealgorry@gmail.com">gracealgorry@gmail.com</a>	<b>2966-553799</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
42	DNI	<b>35566337</b>	Vázquez	Fernanda	<a href="mailto:Fervazquez_91@hotmail.com">Fervazquez_91@hotmail.com</a>	<b>2215529232</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
43	DNI	<b>36719944</b>	Mansilla	Paola	<a href="mailto:mansillapaolac@gmail.com">mansillapaolac@gmail.com</a>	<b>2966471612</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
44	DNI	<b>23425660</b>	Jensen	Hugo	<a href="mailto:jensenhugoeduardo@hotmail.com">jensenhugoeduardo@hotmail.com</a>	<b>2966355116</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
45	DNI	<b>25602316</b>	Diaz	Silvana	<a href="mailto:silvanabdiaz@hotmail.com">silvanabdiaz@hotmail.com</a>	<b>2966468714</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
46	DNI	<b>36105598</b>	Gleadell	Melanie	<a href="mailto:melagleadell@gmail.com">melagleadell@gmail.com</a>	<b>2966756239</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
47	DNI	<b>32366051</b>	Corzo	silvana	<a href="mailto:dracorsobel@gmail.com">dracorsobel@gmail.com</a>	<b>2966693591</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
48	DNI	<b>21001106</b>	Galvan	Norma	<a href="mailto:As_galvan@hotmail.com">As_galvan@hotmail.com</a>	<b>2966402910</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz

49	DNI	18002942	Jerez	Hugo	hgjerez@yahoo.com.ar	2966644187	Rio Gallegos	Sta Cruz
50	DNI	18768871	Barrientos	Sivoney	<a href="mailto:Sivonney1974@gmail.com">Sivonney1974@gmail.com</a>		Rio Gallegos	Sta Cruz
51	DNI	32.469.849	OYARZUN	CARLOS	<a href="mailto:Oyarzuncarlosdavid@gmail.com">Oyarzuncarlosdavid@gmail.com</a>	2966508067	Rio Gallegos	Sta Cruz
52	DNI	20.408.134	GAUTIER	MARIA CRISTINA	<a href="mailto:Gautiercristina125@gmail.com">Gautiercristina125@gmail.com</a>	2966538131	Rio Gallegos	Sta Cruz
53	DNI	36.719.922	LESCANO	BARBARA MARIA	<a href="mailto:Barbi.192@hotmail.com">Barbi.192@hotmail.com</a>	2966668203	Rio Gallegos	Sta Cruz
54	DNI	35.390.721	CORDOBA	YANINA DEL CARMEN	<a href="mailto:Yaninacordoba1991@gmail.com">Yaninacordoba1991@gmail.com</a>	297558946	Caleta Olivia	Sta Cruz
55	DNI	36.590.183	AGUIRRES	RUT ANABEL	<a href="mailto:Anabel_aguirres@outlook.com">Anabel_aguirres@outlook.com</a>	2975155623	Caleta Olivia	Sta Cruz
56	DNI	13.291.815	QUIROGA	GRACIELA	<a href="mailto:Gracielaagbg@gmail.com">Gracielaagbg@gmail.com</a>	297-616679	Caleta Olivia	Sta Cruz
57	DNI	37.337.544	GORDILLO	MARIA MAGALI	<a href="mailto:Mago4725@hotmail.com">Mago4725@hotmail.com</a>	2975080423	Caleta Olivia	Sta Cruz
58	DNI	26.855.894	VELAZQUEZ	PATRICIA LORENA	Patinvelazquez99@gmail.com	297-4601018	Caleta Olivia	Sta Cruz
59	DNI	34.075.519	CELONE	LEONARDO DAVID	<a href="mailto:leonardocelone@gmail.com">leonardocelone@gmail.com</a>	2975139989	Caleta Olivia	Sta Cruz
60	DNI	25.677.874	ALMONACID	CESAR RAMON	<a href="mailto:Cesaralmonacid37@gmail.com">Cesaralmonacid37@gmail.com</a>	2974277185	Caleta Olivia	Sta Cruz
61	DNI	34.555.999	DEL VALLE	OLMEDO SUSANA	<a href="mailto:su.-@live.com.ar">su.-@live.com.ar</a>	2975149541	Caleta Olivia	Sta Cruz

62	DNI	<b>24.790.097</b>	SOSA	SANDRA NOEMI	<a href="mailto:Kasandra1995@hotmail.com">Kasandra1995@hotmail.com</a>	2966508100	Rio Turbio	Sta Cruz
63	DNI	<b>30.578.225</b>	COPA	GLADYS MARGARITA	<a href="mailto:Gmarga-47@hotmail.com">Gmarga-47@hotmail.com</a>	2975210428	Perito Moreno	Sta Cruz
64	DNI	<b>38.051.641</b>	CALVO HERNANDES	ALEJANDRA NOELIA	<a href="mailto:Noecalvo.ale02@gmail.com">Noecalvo.ale02@gmail.com</a>	2972975008206	Jaramillo	Sta Cruz
65	DNI	<b>24.302.624</b>	MARTIN	MARIANA NATALIA	<a href="mailto:amorepepo@gmail.com">amorepepo@gmail.com</a>	2974716297	Jaramillo	Sta Cruz
66	DNI	<b>18.314.946</b>	MUÑOZ	INES DEL CARMEN	<a href="mailto:Ines_rg_06@hotmail.com">Ines_rg_06@hotmail.com</a>	2966586866	Rio Gallegos	Sta Cruz
67	DNI	29585891	Aguilar	Virginia Leonor	<a href="mailto:vlafisu@hotmail.com">vlafisu@hotmail.com</a>	2974663282	Rio Gallegos	Sta Cruz
68	DNI	<b>27.143.252</b>	CARRIZO	CARLA ISABEL	<a href="mailto:Carlitacarrizo1@hotmail.com">Carlitacarrizo1@hotmail.com</a>	2974236348	Caleta Olivia	Sta Cruz
69	DNI	<b>34294946</b>	GOMEZ	CARLA ANDREA	<a href="mailto:Carlagomez_14@hotmail.com">Carlagomez_14@hotmail.com</a>	2966488774	Rio Gallegos	Sta Cruz
70	DNI	<b>13941580</b>	LOPEZ	GLADIS ESTER	<a href="mailto:gladis61lopez@gmail.com">gladis61lopez@gmail.com</a>	<b>2975942113</b>	Caleta Olivia	Sta Cruz
71	DNI	<b>18083413</b>	Bengoec hea	ANA EMILIA	anaemiliabengo2012@hotmail.com	<b>2974131449</b>	Caleta Olivia	Sta Cruz
72	DNI	<b>25062528</b>	MERINO	MARCELA	<a href="mailto:merinomarce@hotmail.com">merinomarce@hotmail.com</a>	<b>2966410130</b>	Rio Turbio	Sta Cruz
73	DNI	<b>35198314</b>	POSADAS	LUCIANO	<a href="mailto:joaquinposadas06@gmail.com">joaquinposadas06@gmail.com</a>	<b>2966242485</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
74	DNI	<b>16257459</b>	LAZCANO	ELBA	<a href="mailto:lazcanoelbahaydee@gmail.com">lazcanoelbahaydee@gmail.com</a>	<b>2966583637</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz

75	DNI	<b>33621169</b>	MARSHALL	JONATHAN	<b>marshall_169@hotmail.com</b>	<b>2966576517</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
76	DNI	<b>36107045</b>	ALMONACID	FRANCISCO	<b>falmonacidfotografia@gmail.com</b>	<b>2966-576517</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
77	DNI	<b>29825096</b>	OLIVERA	ALBA PAOLA	<b>poly_0704@hotmail.com</b>	<b>2966-636822</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
78	DNI	<b>29439970</b>	CUELLA	PAOLA VALERIA	<b>paocuesta@gmail.com</b>	<b>2966575657</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
79	DNI	<b>35569518</b>	VIVAR	VICTORIA	<b>vicky.vivar@hotmail.com</b>	<b>2966353227</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
80	DNI	<b>46731553</b>	AGAPITO	MAILEN	<b>mailenagapito20@gmail.com</b>	<b>2966-270486</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
81	DNI	<b>36719876</b>	DIAZ	JORGE	<b>coyand082@gmail.com</b>	<b>2966-210256</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
82	DNI	<b>38793939</b>	TOLEDO	ANYELEN	<b>anyitoledo2018@gmail.com</b>	<b>2966-602366</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
83	DNI	<b>14901116</b>	CHIRICO	STELLA MARIS	<b>Bambu05@live.com.ar</b>	<b>2966617133</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
84	DNI	<b>23956854</b>	MULE	MARTA DANIELA	<b>marta.mule@gmail.com</b>	<b>2966726445</b>	Rio Gallegos	Sta Cruz
85	DNI	<b>32831522</b>	PAZ	MARIA BELEN	<b>mariabelenpazono@gmail.com</b>	<b>2966-445098</b>	El Chaltén	Sta Cruz
86	DNI	<b>31440115</b>	BERON	KARINA	<b>karinaberon76@hotmail.com</b>	<b>2966-622643</b>	El Chaltén	Sta Cruz
87	DNI	<b>34592587</b>	CARMONA	ALFREDO NICOLAS	<a href="mailto:carmonaalfredonicolas89@gmail.com">carmonaalfredonicolas89@gmail.com</a>	<b>2994-288504</b>	El Chaltén	Sta Cruz

88	DNI	30856096	CASTRO	ELIZABETH ABIGAIL	<a href="mailto:Castroea17@yahoo.com.ar">Castroea17@yahoo.com.ar</a>	2966445057	Caleta Olivia	Sta Cruz
89	DNI	37048722	HARRIS	NOELIA	<a href="mailto:Noeharris23@hotmail.com">Noeharris23@hotmail.com</a>	2966641269	28-nov	Sta Cruz
90	DNI	25410003	GODOY	VICTORIA	<a href="mailto:Deleg_3lagos@outlook.com">Deleg_3lagos@outlook.com</a>	2966445057	Tres Lagos	Sta Cruz
91	DNI	35156588	LUONGO	MARINA JOHANN A	<a href="mailto:marinaluongo@hotmail.com">marinaluongo@hotmail.com</a>	1135123245	CABA	Bs As
92	DNI	32947770	MARCHETTI	FLORENCIA ROMINA	<a href="mailto:florenciam2@gmail.com">florenciam2@gmail.com</a>	1541568064	CABA	Bs As
93	DNI	26902718	CSIGO	NATALIA	<a href="mailto:snscigo@yahoo.com">snscigo@yahoo.com</a>	1126409346	CABA	Bs As
94	DNI	14301092	PROPATO	FRANCISCO VICENTE EDUARDO	<a href="mailto:franciscovepropato@gmail.com">franciscovepropato@gmail.com</a>	112302-2009	CABA	Bs As
95	DNI	18294435	COSTA	MONICA PATRICIA	<a href="mailto:lic.costa.css@gmail.com">lic.costa.css@gmail.com</a>	1163723768	CABA	Bs As
96	DNI	32246170	JONES	MELISA	<a href="mailto:jonesmelisa@hotmail.com">jonesmelisa@hotmail.com</a>	1138314135	CABA	Bs As
97	DNI	20956390	ARGONZ	SANTIA GO JOAQUIN	<a href="mailto:asesorialetradacsscaba@gmail.com">asesorialetradacsscaba@gmail.com</a>	1154180705	CABA	Bs As
98	DNI	26061737	PERRINO	ANDREA	<a href="mailto:Lic.ts.andreaperrino@gmail.com">Lic.ts.andreaperrino@gmail.com</a>	1154651201	CABA	Bs As

## Anexo 6

# Programa Curso en el Uso del Manual de Procedimientos para Segunda Opinión Médica

### CURSO DE CAPACITACION PARA EL PERSONAL DE LA CAJA DE SERVICIOS SOCIALES DE SANTA CRUZ Uso del manual de segunda opinión

#### **Introducción:**

El presente curso sobre el Uso del manual segunda opinión médica, se implementa en el marco de un acuerdo entre la Caja de Seguridad Social de la Provincia de Santa Cruz –CSS- y la Universidad Nacional de Tres de Febrero con recursos financiados por el Consejo Federal de Inversiones -CFI-

El programa de trabajo incluye la capacitación del personal perteneciente a Gerencia de Prestaciones y Gerencia Operativa y es el resultado de un proceso previo de relevamiento y diagnóstico sobre las necesidades de fortalecimiento de la CSS que incluyó varios ejes de estudio, entre los cuales se encuentran las acciones de capacitación de la CSS

**Objetivo:** Garantizar la aplicación de los procedimientos y recomendaciones establecidas en el manual de procedimientos para segunda opinión médica.

**Destinatarios:** Personal de CSS del área de auditoría médica y atención a beneficiarios.

**Modalidad:** Virtual.

**Duración:** Se brindará **desde el 27 de octubre al 1ro de diciembre**. La primera semana asincrónica, está destinada a concluir el proceso de inscripción y a la familiarización de los participantes con la plataforma de UNTREF Virtual. Las clases sincrónicas se brindarán los días viernes de 14hs a 16hs. Para éstas últimas, se comunicará con anticipación a los participantes, los datos de acceso por e-mail y por plataforma virtual. **El primer encuentro sincrónico es el día jueves 3 de noviembre a las 14hs.**

**Material Didáctico:** Estará compuesto por los contenidos del manual, power point, videos, estos últimos a fin de poner a disposición permanente una guía de consulta sobre el uso de los manuales e implementación de los procedimientos y normas.

**Contenidos temáticos:** Se dictarán cuatro (2) módulos:

- I. Fundamentos de la segunda opinión médica.
- II. Principales contenidos del Manual de Procedimiento.

**NOTA:** La primera semana de inscripción y familiarización de la plataforma se denomina “Modulo 0” y permanecerá abierta durante toda la cursada para consultas específicas sobre el uso de la plataforma.

La realización de las capacitaciones se documentará con la entrega de todos los materiales utilizados, listado de participantes, fotografías y/o videos de corta duración, resumen resultados a partir de la interacción de los participantes con los capacitadores y tutoriales así como link para la recuperación de éstos.

### Cronograma.

Módulo	Contenidos	Inicio y Cierre	Implementación	
			Asincrónica	Sincrónicas
<b>Módulo 0</b>	<b>Familiarización con el campus, preguntas</b> frecuentes. Este período nos permitirá terminar el proceso de inscripción de los participantes. Esta unidad permanece abierta toda la cursada para consultas sobre el uso de la plataforma.	Comienza el 27 de octubre y permanece abierto durante todo el trayecto del curso.	Destinada al seguimiento de las consignas que los docentes instrumentan en en plataforma (por medio de foros y/o actividades) durante el período que transcurre entre clases sincrónicas.	
<b>Módulo 1</b>	<b>Fundamentos de la segunda opinión médica-</b> Normativa nacional e internacional	Del 3 al 16 de noviembre		3 de noviembre de 18:30hs a 20:30hs
<b>Módulo 2</b>	<b>Principales contenidos del MP.</b> Normas de procedimiento Acciones y responsables y descripción de las tareas. Flujograma. Evaluación continua.	Del 17 al 30 de noviembre.		17 de noviembre 18:30hs a 20:30hs



<b>Última etapa</b>	<b>Evaluación de Resultados.</b> Encuentro cierre de la actividad y consultas abiertas por plataforma.	1ro de diciembre.		1ro de diciembre de 18:30hs a 20:30hs
---------------------	---	-------------------	--	---------------------------------------

**Metodología de enseñanza-aprendizaje:**

El diseño del proceso de enseñanza –aprendizaje propuesto, comprende dos trayectos de trabajo diferentes: a) **Trayecto sincrónico:** espacios de interacción en línea a través de CHAT y Web Cam; b) **Trayecto asincrónico:** para las lecturas, estudios, realización de ejercicios, trabajos grupales, actividades y tutorías por correo electrónico.

**Evaluación:**

La evaluación se realizará en forma continua, por medio de la participación en las actividades propuestas por los docentes, tanto en las actividades asincrónicas como sincrónicas.

## Anexo 7

### Recursos Pedagógicos del Curso en el Uso del Manual de Procedimientos para Segunda Opinión Médica

#### Procedimiento sobre Segunda opinión Médica

Presentación del manual elaborado en el marco del Contrato CFI- UNTREF

FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA CAJA DE SERVICIOS SOCIALES DE LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ

MODULO I



## Manual sobre Procedimiento sobre Segunda Opinión Médica.

### Propuesta de Manual

Con el fin de respetar la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, reconociendo el derecho del paciente a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles, después de recibir información adecuada; se señala que la libre elección es la facultad del paciente o usuario de optar libre y voluntariamente entre dos o más alternativas asistenciales, entre dos o más facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud disponibles en cada caso.

## Manual sobre Procedimiento sobre Segunda Opinión Médica.

El objetivo es mejorar el servicio a través de una plataforma, que establezca el vínculo entre especialistas de muy alto nivel, tanto académico como humano, y pacientes que padecen de alguna enfermedad de alta complejidad como por ejemplo una enfermedad neurológica o cáncer, que desean o necesitan una nueva opinión médica con un menor costo y que no implique traslados, poniendo en juego todos los recursos de la CSS para solucionar esta demanda con un criterio de resolución costo – efectiva, ya sea esta una consulta inicial o de seguimiento.

### Segunda opinión médica\_concepto

De acuerdo con algunos criterios; se considera la segunda opinión médica como una segunda consulta, mediante la cual se obtiene la opinión de un segundo médico, sobre un problema diagnóstico o terapéutico, que ha recibido previamente la atención de otro facultativo.



### Derechos de Información sobre la Salud y la autonomía del paciente

Los Derechos de Información sobre la Salud y la autonomía del paciente, se refieren al derecho a la información clínica y epidemiológica y su alcance. Por tanto, la segunda opinión se plantea desde el "principio de confianza" presente en la relación médico-paciente y con el fin de avanzar en la garantía del derecho a la autonomía del paciente y en el respeto a su voluntad tras una decisión informada.

## Ventajas de la segunda opinión

Entre las ventajas de la segunda opinión, los expertos señalan que el derecho a una segunda opinión aumenta la calidad, la confianza y la credibilidad del afiliado en el sistema sanitario, disminuye la ansiedad y la preocupación del paciente y sus familiares, aumenta la transparencia del sistema sanitario y permite contrastar las opiniones.

## Modalidad de la segunda opinión médica

La consulta puede tener carácter presencial, o por telemedicina (interconsultas vía Internet), o limitarse a la opinión sobre un resultado o examen de forma directa o virtual, cubriendo los lineamientos de formalidad para una interconsulta médica.



### Recomendaciones ...

Las consultas pueden ser ambulatorias o durante la internación, deben dirimir sensibilidades por parte de colegas médicos o paramédicos que se sientan cuestionados por una propuesta de segunda opinión, puede requerir confidencialidad por parte del paciente quien no quiere compartir que está solicitando una segunda opinión; por eso la recomendación, es que el auditor médico, quien debe decidir con un criterio basado en el paciente y no sólo en proveedor, ofrezca alternativas dentro del sistema y con los recursos disponibles o proponiendo otros que faciliten la resolución del problema.

### Definiciones.

1. **Segunda opinión médica:** Emisión de un diagnóstico completo o una propuesta terapéutica mediante un informe facultativo, con el fin de contrastarlos y como consecuencia de la solicitud realizada por los usuarios o un facultativo de la CSS.
2. **Enfermedad rara:** Aquella potencialmente mortal o debilitante a largo plazo, con alto nivel de complejidad y que tiene una prevalencia inferior a cinco casos por diez mil habitantes.
3. **Proceso asistencial:** conjunto de actividades realizadas al paciente encaminadas a diagnosticar o tratar un problema de salud, enfermedad o patología concreta.

#### Definiciones.

4. **Procedimientos Invasivos:** es aquel en el cual el cuerpo es "invadido" o penetrado con una aguja, una sonda, un dispositivo o un endoscopio o un evento quirúrgico

5. **Interconsulta Médica:** mecanismo de consulta entre profesionales médicos.

6. **Telemedicina y Consulta telemática:** consulta médica no presencial por vía de TICs.

7. **Consulta médica:** la consulta médica es un proceso centrado en la relación médico-paciente que busca brindar apoyo a las necesidades de salud-enfermedad, sufrimiento e incertidumbre que tiene el paciente cuando se ve afectada su integridad física, humana y emocional.

Continuaremos...

Muchas gracias!!!

## Anexo 8

### Listado de participantes Curso Atención al beneficiario/a.

	Tip o Do cu me nto	Nº DNI	Apellido	Nombres	Correo	Telefo no	Localidad	Pcia
1	DN I	3429502 6	Galli BERMUDEZ	Rocio Celeste	rociogalli89 @gmail.co m	2966 6941 68	Rio Gallegos	Sta Cruz
2	DN I	3253797 7	Farias	Adriana Paola	afarias297 @gmail.co m	2967 2626 91	Pico Truncado	Sta Cruz
3	DN I	2958589 1	Aguilar	Virginia Leonor	vlafisu@ho tmail.com	2974 6632 82	Rio Gallegos	Sta Cruz
4	DN I	2395662 1	VAZQUEZ	NANCY ARGENTI NA	Rapukira@ HOTMAIL.C OM	2966 5538 57	Rio Gallegos	Sta Cruz
5	DN I	3144050 5	DIAZ	VALERIA ALEJAND RA	Valerixdx _85@hotm ail.com	2966 5866 40	Rio Gallegos	Sta Cruz
6	DN I	2560231 2	BAHAMONDE	GRACIEL A	bahamond egraciela86 @gmail.co m	2966 2787 79	Rio Gallegos	Sta Cruz
7	DN I	3517938 8	Rutte	Franco	francorutte 06@gmail. com		Rio Gallegos	Sta Cruz
8	DN I	3144011 5	Beron	Karina Lorena	karinabero n76@hotm ail.com	2966 6226 43	El Chatén	Sta Cruz
9	DN I	3026640 8	Andres	María Andrea	andreaand res20@gm ail.com	2966 3192 62	Rio Gallegos	Sta Cruz
1 0	DN I	3720264 8	MARTINEZ	YAMILE	<a href="mailto:emiliainostroza06@gmail.com">emiliainost roza06@g mail.com</a>	2996 6741 944	Rio Turbio	Sta Cruz

11	DN I	20943448	ROBLEDO	PATRICIA	<a href="mailto:robledopat@Hotmail.com">robledopat@Hotmail.com</a>	2966 5739 72	Rio Gallegos	Sta Cruz
12	DN I	36105905	Zalazar	Valeria Alejandra	<a href="mailto:valeria_zalazar_92@hotmail.com">valeria_zalazar_92@hotmail.com</a>	2966 3343 79	Rio Gallegos	Sta Cruz
13	DN I	34771790	Dittmar	Cintia Daiana	<a href="mailto:cintia.ditt@hotmail.com.ar">cintia.ditt@hotmail.com.ar</a>	2966 5008 05	Rio Gallegos	Sta Cruz
14	DN I	33924572	MUÑOZ	CARLA MARIBEL	<a href="mailto:munozcarlaamaribel@gmail.com">munozcarlaamaribel@gmail.com</a>	2966 3811 20	Gob Gregores	Sta Cruz
15	DN I	27752469	Muños	Roxana	<a href="mailto:rochybea24@gmail.com">rochybea24@gmail.com</a>	2966 7442 77	Rio Gallegos	Sta Cruz
16	DN I	32397706	OYARZUM CARNEVARI	NOELIA DE LOS ÁNGELES	<a href="mailto:noetakis@hotmail.com">noetakis@hotmail.com</a>	2974 0344 20	Las Heras	Sta Cruz
17	DN I	20701299	Neculman	Monica Liliana	<a href="mailto:monicaneculman68@hotmail.com">monicaneculman68@hotmail.com</a>	2974 2617 14	Las Heras	Sta Cruz
18	DN I	33244940	Brizuela	Rebeka Noemi	<a href="mailto:Relu23@live.com">Relu23@live.com</a>	2974 3774 477	Pico Truncado	Sta Cruz
19	DN I	32537915	NEYRA	MONICA GABRIELA	<a href="mailto:monik_049@hotmail.com">monik_049@hotmail.com</a>	2974 9296 50	Perito Moreno	Sta Cruz
20	DN I	38325421	VAZQUEZ Suarez	Camila	<a href="mailto:Camila.vazquezsuarez@gmail.com">Camila.vazquezsuarez@gmail.com</a>	2966 6818 86	Gob Gregores	Sta Cruz
21	DN I	33285935	CARAZO	MARIA LAURA	<a href="mailto:mlcarazo@hotmail.com">mlcarazo@hotmail.com</a>	2966 4093 13	Rio Gallegos	Sta Cruz
22	DN I	32678587	Lopez	Maria Sol	<a href="mailto:m.sol.lopez@hotmail.com">m.sol.lopez@hotmail.com</a>	1164 3438 69	Rio Gallegos	Sta Cruz
23	DN I	24125143	Victoria	Leticia Beatriz	<a href="mailto:lvictoria@live.com.ar">lvictoria@live.com.ar</a>	2966 6440 71	Puerto San Julian	Sta Cruz
24	DN I	32049308	Lugo	Araceli Maria Fernanda	<a href="mailto:aracelilu@hotmail.com">aracelilu@hotmail.com</a>	3794 8132 37	Caleta Olivia	Sta Cruz
25	DN I	37942529	MATUS	ANTONELLA	<a href="mailto:Antonellamatus301@gmail.com">Antonellamatus301@gmail.com</a>	2966- 7501 49	28 de Nov	Sta Cruz
26	DN I	29512790	Hernández	Jorge	<a href="mailto:Dany.hernandez.rgl@gmail.com">Dany.hernandez.rgl@gmail.com</a>	2966- 4451 13	Rio Gallegos	Sta Cruz



27	DN I	36808593	Elgueta	Cinthy	Cinthy.nera.e@gmail.com	2966-547245	Rio Gallegos	Sta Cruz
28	DN I	17438173	Santucho	Sandra	San123064@gmail.com	2966467791	Rio Gallegos	Sta Cruz
29	DN I	12174851	Rodriguez	Rosa	Rosarodriguezrg63@gmail	2966548780	Rio Gallegos	Sta Cruz
30	DN I	23032215	Casas	Paola	Cpoly72@gmail.com	2966211064	Rio Gallegos	Sta Cruz
31	DN I	14880095	Echague	Josefina	josefdelcarmenechague@gmail.com	2966307521	Rio Gallegos	Sta Cruz
32	DN I	21001106	Galvan	Norma	As_galvan@hotmail.com	2966402910	Rio Gallegos	Sta Cruz
33	DN I	33447446	Dominguez	Daiana	<a href="mailto:Solyday1988@gmail.com">Solyday1988@gmail.com</a>	2966756993	Rio Gallegos	Sta Cruz
34	DN I	30999217	Muñoz	Graciela	Mugraciela1984@gmail.com	2966504603	Rio Gallegos	Sta Cruz
35	DN I	33023183	Marquez	Laura	<a href="mailto:Marquezlaura350@gmail.com">Marquezlaura350@gmail.com</a>	2966569462	Rio Gallegos	Sta Cruz
36	DN I	28490525	Godoy	Verónica	Verónica_godoy_18@hotmail.com	2966600314	Tres Lagos	Sta Cruz
37	DN I	39883949	Colares	Ivone	<a href="mailto:Ivonecolares95@gmail.com">Ivonecolares95@gmail.com</a>	2966599143	Rio Gallegos	Sta Cruz
38	DN I	33060841	Guittard	Laura	<a href="mailto:Guittardlaura@gmail.com">Guittardlaura@gmail.com</a>	2966510553	Rio Gallegos	Sta Cruz
39	DN I	21895331	Jalil	Claudia	claudiajalil@hotmail.com	2966556931	Rio Gallegos	Sta Cruz
40	DN I	13810654	Contantino	Beatriz	Betty_g_48@hotmail.com	2966529062	Rio Gallegos	Sta Cruz
41	DN I	20225696	PIAZZA	ESTELA MARIS	estudiosmp@hotmail.com	2966-690925	CABA	Bs As
42	DN I	14366498	GORRY	GRACIELA	gracealgorry@gmail.com	2966-553799	Rio Gallegos	Sta Cruz

43	DN I	35566337	Vázquez	Fernanda	Fervazquez_91@hotmail.com	2215529232	Rio Gallegos	Sta Cruz
44	DN I	36719944	Mansilla	Paola	mansillapalolac@gmail.com	2966471612	Rio Gallegos	Sta Cruz
45	DN I	23425660	Jensen	Hugo	<a href="mailto:jensenhugueduardo@hotmail.com">jensenhugueduardo@hotmail.com</a>	2966355116	Rio Gallegos	Sta Cruz
46	DN I	25602316	Diaz	Silvana	silvanabdiaz@hotmail.com	2966468714	Rio Gallegos	Sta Cruz
47	DN I	36105598	Gleadell	Melanie	<a href="mailto:melagleadell@gmail.com">melagleadell@gmail.com</a>	2966756239	Rio Gallegos	Sta Cruz
48	DN I	30502921	Court	Florencia	Florec2012@gmail.com		Rio Gallegos	Sta Cruz
49	DN I	32366051	Corzo	silvana	<a href="mailto:dracorsole@gmail.com">dracorsole@gmail.com</a>	2966693591	Rio Gallegos	Sta Cruz
50	DN I	21001106	Galvan	Norma	As_galvan@hotmail.com	2966402910	Rio Gallegos	Sta Cruz
51	DN I	18002942	Jerez	Hugo	hgjerez@yahoo.com.ar	2966644187	Rio Gallegos	Sta Cruz
52	DN I	18768871	Barrientos	Sivoney	<a href="mailto:Sivonney1974@gmail.com">Sivonney1974@gmail.com</a>		Rio Gallegos	Sta Cruz
53	DN I	32.469.849	OYARZUN	CARLOS	<a href="mailto:Oyarzuncarlosdavid@gmail.com">Oyarzuncarlosdavid@gmail.com</a>	2966508067	Rio Gallegos	Sta Cruz
54	DN I	20.408.134	GAUTIER	MARIA CRISTINA	<a href="mailto:Gautiercristina125@gmail.com">Gautiercristina125@gmail.com</a>	2966538131	Rio Gallegos	Sta Cruz
55	DN I	36.719.922	LESCANO	BARBARA MARIA	<a href="mailto:Barbi.192@hotmail.com">Barbi.192@hotmail.com</a>	2966668203	Rio Gallegos	Sta Cruz
56	DN I	35.390.721	CORDOBA	YANINA DEL CARMEN	<a href="mailto:Yaninacordoba1991@gmail.com">Yaninacordoba1991@gmail.com</a>	297558946	Caleta Olivia	Sta Cruz
57	DN I	36.590.183	AGUIRRES	RUT ANABEL	<a href="mailto:Anabel_aguirres@outlook.com">Anabel_aguirres@outlook.com</a>	2975155623	Caleta Olivia	Sta Cruz
58	DN I	13.291.815	QUIROGA	GRACIELA	<a href="mailto:Gracielaagg@gmail.com">Gracielaagg@gmail.com</a>	297-616679	Caleta Olivia	Sta Cruz
59	DN I	37.337.544	GORDILLO	MARIA MAGALI	<a href="mailto:Mago4725@hotmail.com">Mago4725@hotmail.com</a>	2975080423	Caleta Olivia	Sta Cruz

60	DN I	26.855.894	VELAZQUEZ	PATRICIA LORENA	Patinvelazquez99@gmail.com	297-4601018	Caleta Olivia	Sta Cruz
61	DN I	34.075.519	CELONE	LEONARDO DAVID	<a href="mailto:leonardocele@live.com">leonardocele@live.com</a>	2975139989	Caleta Olivia	Sta Cruz
62	DN I	25.677.874	ALMONACID	CESAR RAMON	<a href="mailto:Cesaralmonacid37@gmail.com">Cesaralmonacid37@gmail.com</a>	2974277185	Caleta Olivia	Sta Cruz
63	DN I	34.555.999	DEL VALLE	OLMEDO SUSANA	<a href="mailto:su-@live.com.ar">su-@live.com.ar</a>	2975149541	Caleta Olivia	Sta Cruz
64	DN I	24.790.097	SOSA	SANDRA NOEMI	<a href="mailto:Kasandra1995@hotmail.com">Kasandra1995@hotmail.com</a>	2966508100	Rio Turbio	Sta Cruz
65	DN I	30.578.225	COPA	GLADYS MARGARITA	<a href="mailto:Gmarga47@hotmail.com">Gmarga47@hotmail.com</a>	2975210428	Perito Moreno	Sta Cruz
66	DN I	38.051.641	CALVO HERNANDES	ALEJANDRA NOELIA	<a href="mailto:Noecalvo.ale02@gmail.com">Noecalvo.ale02@gmail.com</a>	2972975008206	Jaramillo	Sta Cruz
67	DN I	24.302.624	MARTIN	MARIANA NATALIA	<a href="mailto:amorepepo@gmail.com">amorepepo@gmail.com</a>	2974716297	Jaramillo	Sta Cruz
68	DN I	18.314.946	MUÑOZ	INES DEL CARMEN	<a href="mailto:Ines_rg_06@hotmail.com">Ines_rg_06@hotmail.com</a>	2966586866	Rio Gallegos	Sta Cruz
69	DN I	27.143.252	CARRIZO	CARLA ISABEL	<a href="mailto:CarlitaCarrizo1@hotmail.com">CarlitaCarrizo1@hotmail.com</a>	2974236348	Caleta Olivia	Sta Cruz
70	DN I	34294946	GOMEZ	CARLA ANDREA	<a href="mailto:Carlagomez14@hotmail.com">Carlagomez14@hotmail.com</a>	2966488774	Rio Gallegos	Sta Cruz
71	DN I	13941580	LOPEZ	GLADIS ESTER	<a href="mailto:gladis61lopez@gmail.com">gladis61lopez@gmail.com</a>	2975942113	Caleta Olivia	Sta Cruz
72	DN I	18083413	Bengoechea	ANA EMILIA	<a href="mailto:anaemiliabengo2012@hotmail.com">anaemiliabengo2012@hotmail.com</a>	2974131449	Caleta Olivia	Sta Cruz
73	DN I	25062528	MERINO	MARCELA	<a href="mailto:merinomarce@hotmail.com">merinomarce@hotmail.com</a>	2966410130	Rio Turbio	Sta Cruz
74	DN I	35198314	POSADAS	LUCIANO	<a href="mailto:joaquinposadas06@gmail.com">joaquinposadas06@gmail.com</a>	2966242485	Rio Gallegos	Sta Cruz
75	DN I	16257459	LAZCANO	ELBA	<a href="mailto:lazcanoelbahaydee@gmail.com">lazcanoelbahaydee@gmail.com</a>	2966583637	Rio Gallegos	Sta Cruz

76	DN I	33621169	MARSHALL	JONATHAN	marshall_169@hotmail.com	2966576517	Rio Gallegos	Sta Cruz
77	DN I	36107045	ALMONACID	FRANCISCO	falmonacidfotografia@gmail.com	2966-576517	Rio Gallegos	Sta Cruz
78	DN I	29825096	OLIVERA	ALBA PAOLA	poly_0704@hotmail.com	2966-636822	Rio Gallegos	Sta Cruz
79	DN I	29439970	CUELLA	PAOLA VALERIA	paocuella@gmail.com	2966575657	Rio Gallegos	Sta Cruz
80	DN I	35569518	VIVAR	VICTORIA	vicky.vivar@hotmail.com	2966353227	Rio Gallegos	Sta Cruz
81	DN I	46731553	AGAPITO	MAILEN	mailenagapito20@gmail.com	2966-270486	Rio Gallegos	Sta Cruz
82	DN I	36719876	DIAZ	JORGE	coyand082@gmail.com	2966-210256	Rio Gallegos	Sta Cruz
83	DN I	38793939	TOLEDO	ANYELEN	anyitoledo2018@gmail.com	2966-602366	Rio Gallegos	Sta Cruz
84	DN I	14901116	CHIRICO	STELLA MARIS	Bambu05@live.com.ar	2966617133	Rio Gallegos	Sta Cruz
85	DN I	23956854	MULE	MARTA DANIELA	marta.mulle@gmail.com	2966726445	Rio Gallegos	Sta Cruz
86	DN I	32831522	PAZ	MARIA BELEN	mariabelempazorono@gmail.com	2966-445098	El Chalten	Sta Cruz
87	DN I	31440115	BERON	KARINA	karinaberon76@hotmail.com	2966-622643	El Chalten	Sta Cruz
88	DN I	34592587	CARMONA	ALFREDO NICOLAS	<a href="mailto:carmonaalfredonicolas89@gmail.com">carmonaalfredonicolas89@gmail.com</a>	2994-288504	El Chaltèn	Sta Cruz
89	DN I	37048722	HARRIS	NOELIA	Noeharris23@hotmail.com	2966641269	28-nov	Sta Cruz
90	DN I	30856096	CASTRO	ELIZABETH ABIGAIL	<a href="mailto:Castroea17@yahoo.com.ar">Castroea17@yahoo.com.ar</a>	2966445057	Caleta Olivia	Sta Cruz
91	DN I	35156588	LUONGO	MARINA JOHANN A	<a href="mailto:marinaluongo@hotmail.com">marinaluongo@hotmail.com</a>	1135123245	CABA	Bs As

92	DN I	32947770	MARCHETTI	FLORENCIA ROMINA	<a href="mailto:florenciam2@gmail.com">florenciam2@gmail.com</a>	1541568064	CABA	Bs As
93	DN I	26902718	CSIGO	NATALIA	<a href="mailto:sncsigo@yahoo.com">sncsigo@yahoo.com</a>	1126409346	CABA	Bs As
94	DN I	14301092	PROPATO	FRANCISCO VICENTE EDUARDO	<a href="mailto:franciscovepropato@gmail.com">franciscovepropato@gmail.com</a>	112302-2009	CABA	Bs As
95	DN I	18294435	COSTA	MONICA PATRICIA	<a href="mailto:lic.costa.cs@gmail.com">lic.costa.cs@gmail.com</a>	1163723768	CABA	Bs As
96	DN I	32246170	JONES	MELISA	<a href="mailto:jonesmelisa@hotmail.com">jonesmelisa@hotmail.com</a>	1138314135	CABA	Bs As
97	DN I	20956390	ARGONZ	SANTIAGO JOAQUIN	<a href="mailto:asesorialetradacsscaba@gmail.com">asesorialetradacsscaba@gmail.com</a>	1154180705	CABA	Bs As
98	DN I	26061737	PERRINO	ANDREA	<a href="mailto:Lic.ts.andreaperrino@gmail.com">Lic.ts.andreaperrino@gmail.com</a>	1154651201	CABA	Bs As

#### 4. Desarrollo e implementación de una aplicación informática

A continuación, se hace una breve descripción sobre el estado de avance del producto.

#### **Análisis y desarrollo sobre APP de trámites de la CSS**

**Sistema de turnos Mobile / Sistema de seguimiento de trámites Mobile**

#### **A. Tareas específicas del equipo en esta etapa:**

1. Desarrollo del módulo de notificaciones:
  - a. Seteo de los estados que emiten una notificación.
  - b. Envío de email y generación de notificación cuando un trámite llega a un estado notificable.

- c. Bandeja de entrada en el backoffice y en la APP con indicador visual de mensajes no leídos.
  - d. Logger de fecha y hora de cuando la persona leyó la notificación.
- 2. Desarrollo de sincronizador de datos. Al contar con bases de datos para el padrón y los usuarios de trámites, y con motivo de regularizar las diferencias se generó un proceso que se corre a diario comprobando cambios de email, teléfono, entre otros, y asentando esos cambios en la base de trámites.
- 3. Desarrollo de un logger de actividades. Se implementó en cada función requerida por la CSS. Entre ellas están:
  - a. LOGIN
  - b. LOGOUT
  - c. ALTA, BAJA y MODIFICACIÓN
  - d. CONSULTA
  - e. EXPORTACIÓN
  - f. DESCARGA
- 4. Se desarrollaron herramientas que permiten ver la información mencionada arriba, pudiendo ver las interacciones de un trámite, o una pantalla dedicada a observar todas las actividades de un usuario.

## **B. Trayectoria del proyecto:**

Se realizaron reuniones con Ángel Guzmán, coordinador del proyecto desde la CSS, a lo largo de los siguientes períodos:

13/09/2022 - 20/09/2022 - 26/09/2022 - 30/09/2022

En cada una de ellas se fueron contemplando las tareas del plan de trabajo y los sprints acordados en las reuniones previas.

Se fueron agregando tareas y ajustes al Trello que se lleva en conjunto con la CSS.

Actualmente nos encontramos llevando en paralelo tareas de:

1. Diseño de un onboarding app para el primer acceso de los afiliados
2. Módulo de reportes
3. Ajustes y corrección de bugs (Errores)

**PROVINCIA DE SANTA CRUZ**

**CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES**

**CONTRATO DE OBRA: Ex-2021-00034349-CFI-GES # DCS  
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA CAJA DE SERVICIOS  
SOCIALES DE LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ**

**INSTITUCION: UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRES DE FEBRERO**

**INFORME DE PARCIAL III**

**Respuesta a las Observaciones del Consejo Federal de Inversiones**

**Diciembre 2022**



## CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES

Ref.: EX-2021-00034349- -CFI-GES#DCS. Proyecto “Fortalecimiento Institucional de la Caja de Servicios Sociales de la provincia de Santa Cruz”. Universidad Nacional Tres de Febrero (UNTREF). Evaluación Tercer Parcial - Buenos Aires, 16 de diciembre de 2022

El Informe se observa solicitándose adecuación según las siguientes consideraciones:

## CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES

### 1.3 Propuesta de un Plan de Auditoría administrativa de facturación de prestadores

Referenciar el texto incluido en pág. 20 a 70 casi idéntico al de las “Normas de auditoría de liquidación de prestaciones” del Instituto Obra Social de las Fuerzas Armadas y de Seguridad (IOSFA) e indicar los criterios para la propuesta del modelo en el sentido de su pertinencia para ser utilizado sin modificaciones por la Caja de Servicios Sociales de la provincia de Santa Cruz (CSS). Revisar la transcripción que se encuentra desfasada en algunos tramos, especialmente en los listados, por lo que el texto es confuso. ([https://prestadores.iosfa.gob.ar/descargas/normativa/Normas\\_de\\_Auditor%C3%ADa\\_de\\_Liquidaci%C3%B3n\\_de\\_Prestaciones\\_2020.pdf](https://prestadores.iosfa.gob.ar/descargas/normativa/Normas_de_Auditor%C3%ADa_de_Liquidaci%C3%B3n_de_Prestaciones_2020.pdf))

## RESPUESTA UNTREF

Respecto al texto incluido en las páginas 20 a 70, se tomó en consideración el modelo de la Obra Social de las Fuerzas Armadas y de Seguridad (IOSFA) dado que es una Obra Social que cuenta con más de 600.000 afiliados en distintas partes del país.

La distribución de los afiliados es de suma importancia porque si bien la mayoría de las prestaciones de la CSS se encuentra en Santa Cruz, más del 30% de las prestaciones se realizan en otras Provincias del país, mayormente Capital Federal. De hecho, IOSFA cuenta con delegaciones en la mayoría de las provincias y esto es de suma importancia dado que la CSS cuenta con una delegación en CABA.

Adicionalmente, luego del relevamiento realizado, este modelo permite implementar un sistema administrativo que contemple diferentes prestadores a lo largo del país y coincide con las recomendaciones realizadas de ampliar la cantidad de especialista e instituciones médicas que contrata la CSS a lo largo del país.

La idea es proporcionar un modelo amplio de auditoría administrativa para que las autoridades de la CSS tengan herramientas a futuro y no se vean limitados ante un incremento de los especialistas en el resto del país y/o nuevas delegaciones que abran a futuro.

Por otro lado, los distintos fundamentos que tiene el modelo de auditoría administrativa propuesto, han sido discutidos con las autoridades de la Caja de Servicios Sociales, quienes acuerdan en general con los métodos de control y supervisión sugeridos.

## CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES

### 1.4 Diseño de Procedimientos de gestión y control de las derivaciones con sus respectivos Manuales

Referenciar el texto incluido en el punto “Introducción Manual de derivaciones” indicando, a su vez, los criterios para la elección como propuesta para la CSS. El texto sigue el orden y los lineamientos prácticamente de manera idéntica al material incluido en el siguiente link: <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/7229101/MANUAL+DE+PROCESOS+DE+DERIVACIONES+DEL+SERVICIO+DE+SALUD+.pdf>.

### RESPUESTA UNTREF

Luego del proceso diagnóstico basado en reuniones y auditorías del material aportado por la CSS como así los relevamientos presenciales, se estimó conveniente ajustar o precisar algunas condiciones, por un lado que permitieran cumplir con la Normativa regulatoria la CSS (Resolución N° 11409), ajustarse a la legislación general del Ministerio Salud de la Nación, ya sea esta proveniente de la normativa ministerial como así de la Superintendencia de Salud y por otro lado, tener referencias claras que sean comparables.

Esto conformaría contar con un criterio de comparabilidad (benchmark en inglés) con otras organizaciones similares. Un ejemplo de esto sería la Resolución 310/04 modificatoria del PMO (programa médico obligatorio), respecto de la cobertura de medicamentos, que no coincide con los niveles de cobertura de la CSS y por ende permite obtener comparaciones que se traducirán en beneficios a los beneficiarios y permitirán comprender la diferencia de costos entre uno y otro sistema. Esto se lleva conceptualmente a las herramientas elegidas.

De hecho, como bien señala el revisor las estructuras lógicas propuestas son similares a modelos ya existentes y efectivos que tienen un componente rígido, como las definiciones o la estructura de cobertura propuesta en la legislación, caso medicamentos o prótesis o protocolos de enfermedades que son la referencia a los distintos subsistemas de salud nacional.

El modelo general de administración se basa en la propuesta de case management o en términos de otras disciplinas " cuenta corriente" no sólo para los casos complejos sino de todo el sistema, lo cual implica una integración general de todos los actores involucrados, en este caso en los procesos de Derivaciones, Segunda opinión y Patologías de alto costo y baja incidencia. (Essentials of Managed Health Care. Peter Kongstvedt (1997 2nd edition), Modelling in Health Care Finance Michel Cichon and cols. 1999).

De esta manera se ensamblan partes variables basadas en la bibliografía y en la experiencia de los consultores en Administración de los distintos subsistemas de salud de modo tal de diseñar

en "forma consensuada" con los actores de la CSS que utilizarán estas herramientas en el mundo real, basado en sus necesidades y expectativas junto a las posibilidades actuales del sistema ( por ejemplo no se cuenta actualmente con sistemas integrados e interoperables y se deben definir cuestiones contractuales con proveedores y algún sistema de clasificación o rating de calidad prestacional).

En síntesis, estas herramientas son el resultado de:

- Reuniones con personal de la Gerencia prestacional y directivos, a fin conocer los procesos de trabajo que se aplican ante la generación de solicitud de las derivaciones.
- Proceso diagnóstico telemático y presencial.
- Análisis de bibliografía y propuesta de herramientas validadas y adaptadas.
- Consenso con profesionales y futuros usuarios.
- Análisis y relevamiento de información de los procesos de gestión de prestadores, autorizaciones, traslados, estrategias de aplicación, registros estadísticos, entre otros.
- Reunión presencial en la Obra Social de la Provincia de Santa cruz.
- Análisis de normativas de aplicación y de referencias de Ministerio de Salud de la Nación y de la Superintendencia de Salud.
- La carencia de un Manual de derivaciones.
- Análisis de distintas bibliografías de referencia nacionales y de otros países. Se citan a continuación.

El manual ha sido elaborado en cumplimiento de las necesidades de la CSS, después del análisis de los puntos descriptos y consensuado con las autoridades. Se definió el mantenimiento de una lógica estructural y conceptual con partes referidas a la legislación general, a las exigencias normativas de la CSS que permitan un manejo eficiente y comparable y que sirva de base para desarrollos futuros tanto del área salud ( informática médica, codificación, portabilidad de la Historia clínica, interconsultas, análisis epidemiológico en tiempo real según consumos, etc) como administrativa ( se crea una app ad hoc) y de auditoría que permita tomar decisiones sobre conceptos definidos, basados en evidencia y que aleje el " criterio personal del decisor" y que defina excepciones a ser tomadas en los niveles correspondientes, tener una modelización predictiva del gasto esperado. Eficientizar el consumo y aumentar la resolución local prestigiando la red de prestadores y evitando traslados dentro y fuera de la provincia mejorando la calidad percibida por el beneficiario.

Se capacito a personal con el objetivo de administrar cada proceso de trabajo en forma clara, sistémica e integral. La oportunidad esta direccionada hacia los beneficiarios que reciban el servicio y lo vivencien como optimo y satisfechos.

Citas y bibliografías de referencia.

- Guías e instrumentos para evaluar la calidad de la atención. Organización Panamericana de la Salud. 2003
- Manual de prestaciones, normas y procedimientos. Servicio Médico de la universidad nacional de Misiones. 2016. Versión 1.

- Compendio de Normas del Seguro Social de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Título III. Derivación e interconsultas. Superintendencia de Seguridad Social. SUSESO. Chile.
- Protocolo de derivación de pacientes que exceden la capacidad resolutive. CESFAM. Labranza N| de Edición: 1. Chile.
- Manual de ´procesos de derivaciones del Servicio de Salud. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. 2016
- Tobar F, Lifschitz E.: modelo Argentino de Salud. Buenos Aires: Ediciones Fundación Sanatorio Güemes, 2011.
- Levitin D. Benchmarking. Internacional de sistemas sanitarios. Buenos Aires. Ediciones Fundación Sanatorio Güemes, 2013.
- Ley 26529. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud. 2009.

## **CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES**

### **1.5 Diseño de protocolos de enfermedades de alta complejidad**

Referenciar los textos incluidos en los siguientes tramos del Informe: Páginas 110 a 161, Pág. 170 a 188 y Pág. 188 a 276 que se hayan en la web.

### **RESPUESTA UNTREF**

Se hacen uso de las definiciones y recomendaciones de procedencia de normativas implementadas con éxito por el Ministerio de Salud de la Nación y Superintendencia de Salud.

En Referencia al texto a páginas 110 a 161 (incluye texto hasta página 169) y de páginas 170 a 199 (incluye texto hasta la página 276) se confeccionaron con las definiciones y recomendaciones y resoluciones de las normativas del Ministerio de Salud de la Nación y de La Superintendencia de Salud para auditar los reintegros y las condiciones de comprobación del diagnóstico y pertinencia de la terapéutica bajo cobertura.

Las normas del manual de procedimientos de enfermedades de alta complejidad fueron separadas en módulos con la finalidad de facilitar la identificación de los procesos y su cumplimiento durante la autorización o rechazo.

Se tomó como base de referencia la Resolución N° 11409. Expediente N° 299793/19. Provincia de Sta. Cruz Caja de Servicios Sociales la que carece de normas para la de auditoria médica.

Resolución N° 1048/14: normas generales y el procedimiento que los agentes del seguro de salud deberán cumplimentar para solicitar los reintegros ante el sistema único de reintegros (s.u.r.) superintendencia de servicios de salud.

Resolución N° 1651/2012. Y Resol 621/2006. Sistema de tutelaje de tecnologías sanitarias emergentes.

Resolución N° 1056/19. Psoriasis en placa.

Resolución N° 1409/19. Asma Severo.

Resolución N° 1689/19. Hemofilia.

Con respecto a las particularidades del manual de enfermedades de alto costo, las normas de auditoria establecidas por la Superintendencia de Salud y el Ministerio de Salud, permiten implementar los pasos de la auditoria necesarios y pormenorizados y registrar fehacientemente la existencia o no de la documentación pertinente al diagnóstico para la pre autorización, de la auditoria de facturación y la liquidación.

Entre otras fortalezas, permitirá cumplimentar con los siguientes puntos de auditoria:

- Definición del procedimiento auditable.
- Cuando debe autorizarse.
- Cuando debe contraindicarse por lo tanto rechazarse.
- Establecer el fundamento diagnóstico identificando la Imagen o estudio necesarios para confirmar el diagnóstico.
- Confirmar la existencia o no de condicionantes anatómicos que favorecen o no la realización del tratamiento propuesto.
- Definir el fundamento terapéutico para el tratamiento de referencia.
- Prevé la documentación médica necesaria a presentar ante la auditoria de la CSS: con las formalidades de filiación del paciente y su elegibilidad e identificación del responsable de la firma y sello del profesional interviniente.
- Establece la necesidad de la presentación del consentimiento informado con firma del médico tratante y conforme/responsable del paciente.
- Por otra parte, facilitará la auditoria del proceso hasta la facturación durante la que deberá presentar formalmente el protocolo quirúrgico, el comprobante de implante en caso de prótesis.
- Permite auditar calidad de la terapéutica por medio del aporte de la información de la mortalidad dentro de los 30 días del tiempo de sobre vida de la capacidad funcional y/o calidad de vida Información de seguridad obligando al prestador la presentación del Informe confirmatorio de si el evento ocurrió o no. De producirse otros efectos adversos de importancia, los mismos deben ser notificados a la CSS al igual que las complicaciones peri procedimiento.

El modelo de auditoria médica para la alta complejidad, no está descripto en la Resolución N°1409 y si reglamentado eficientemente por el marco regulatorio del Ministerio de Salud y Superintendencia de Salud tratadas en las resoluciones referidas, son muy difundidas y ampliamente conocidas, tanto por los profesionales prestadores como por los proveedores de insumos y medicamentos.

Esta estructura de auditoria médica con el esquema propuesto permitirá la informatización oportuna y la evaluación del rendimiento y producción de la auditoria médica.

Listado de Enfermedades de Alto Costo. Respecto a las referencias del listado de estas enfermedades a páginas 277 a página 288 , se confeccionó con las coberturas reconocidas por la Reglamentación del Ministerio de Salud/S.S.S y de distintas fuentes nacionales e internacionales.

En cuanto a las Enfermedades Raras las fuentes referidas son internacionales de las bases de datos de Orphanet. [https://www.orpha.net/orphacom/cahiers/docs/enfermedades\\_raras](https://www.orpha.net/orphacom/cahiers/docs/enfermedades_raras) información de prevalencia o incidencia en *Base de datos de Orphanet*.

*Respuestas a las enfermedades catastróficas” Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y Crecimiento Coordinador Federico Tobar. Autores: María Teresa Bürgin Drago, Gabriela Hamilton, Federico Tobar, Esteban Lifschitz, Roberto Daniel Yjilioff – Fundación CIPECC 2014.*

*Fuente: Normativa del Sistema Único de Reintegros y Sistema de Tutelaje de Tecnologías Emergentes de APE y SSS. Resolución 1408/2004 Resolución N° 1561/2012 Resolución*

*Fuente 465/2021. Enfermedades catastróficas: estrategias de selección de cara a un seguro nacional. Autor Dr. Esteban Lifschitz Tutor Dr. Federico Tobar.*

*Las referencias sobre incidencia y prevalencias del Listado de Enfermedades de alta complejidad son las siguientes:*

*Hemofilia (© World Federation of Hemophilia, 2021)*

*Enfermedad de Von Willebrand Total de enfermedades hemorrágicas 347.026. Síndrome Von Willebrand 24% del total de las enf hemorrágicas del reporte 2020.*

*Déficit hormona de crecimiento (GH) Deficiencia aislada no adquirida de la hormona de crecimiento Prevalencia: 1-5 / 10 000 (Fuente Orphanet).*

*Trasplantes Fuente 2020 Incucai/100.000 (población del país estimada para 2021).*

*Enfermedad de Gaucher. Fuente Orphanet.*

*Enfermedad de Fabry. Fuente Orphanet.*

*Enfermedad de Pompe. Fuente Orphanet*

*Mucopolisacaridosis tipo 1,2 y 3. Fuente Orphanet*

*Esclerosis múltiple Prevalencia. Fuente Orphanet*

*Esclerosis lateral amiotrófica. Fuente Orphanet*

*Mínimamente invasivo de Nuss para pectus excavatum. Fuente: Variaciones Anatómicas Alteraciones anatómicas en la inserción de los cartílagos costales inferiores en la etiología de la deformidad torácica variedad pectus excavatum. Araujo-Cuauro, Juan Carlos Profesor Titular de la Catedra de Anatomía Humana. Facultad de Medicina. Escuela de Medicina Universidad del Zulia (LUZ). Maracaibo. Revista Argentina de Anatomía Online 2019; 10 (3): 118 – 125.*

Discapacidad mayor a 6 años para todo el país 10%. Región Patagónica 9%. fuente INDEC.

Tratamiento sustitutivo de la función renal (IRC terminal) Prev IRCT Tasa de prevalencia en diálisis. Se calcula con el cociente de Total IRCT por millón de habitantes, en Santa Cruz (Nº Total paciente en insuf renal 176). Referencia INCUCAI. 2021.

Artritis reumatoidea (agentes biológicos) mayor frecuencia entre los 40 y 60 años, con un pico para mujeres entre los 45 y 54 años. México 0,68/100.000. Colombia 0,01/100000. <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/reumatologia/vol-722/reuma722000-epidemiologia/>. *Epidemiología e impacto de la artritis reumatoide / Epidemiology of rheumatoid arthritis*. Abello Banfi, Mauricio. *Rev. colomb. reumatol*; 7(2): 82-88, jun.2000. Tab Artigo em Espanhol | LILACS | ID:lil-300427. Biblioteca responsável: CO176.1.

Hepatitis virales Boletín sobre las Hepatitis Virales en la Argentina. Publicación fue realizada con el apoyo técnico - Financiero de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Argentina, 2019

Enfermedad Fibroquística del Páncreas. Fuente Orphanet.

Fenilcetonuria. Fuente Orphanet.

Tratamiento para pacientes HIV positivos Boletín N° 37 Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina 7 AÑO XXIII – DICIEMBRE DE 2020.

Fibromialgia: Guías argentinas de práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia.

Cateterismo en cardiopatías congénitas en niños recién nacidos. Fuente Archivos argentinos de pediatría. Versión impresa ISSN 0325-0075. Arch. argent. pediatr. vol. 111 no. 6 Buenos Aires dic. 2013. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.484>. ARTICULO ORIGINAL <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.484> RENAC: Registro Nacional de Anomalías Congénitas de Argentina RENAC: National Registry of Congenital Anomalies of Argentina. Dr. Boris Groisman<sup>a</sup>, Dra. María Paz Bidondo<sup>a</sup>, Dr. Pablo Barbero<sup>a</sup>, Lic. Juan A. Gili<sup>b</sup>, Dra. Rosa Liascovich<sup>a</sup> y Grupo de Trabajo RENAC<sup>c</sup>.

Enfermedad de Crohn. *Rev argent coloproct* | 2017 | vol. 28, n° 1 : 1-3 En España la prevalencia de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal es 1.5 - 2.5/1000 .En Estados Unidos el CDC - Centers Disease Control 2 informa prevalencia de 2.6 a 199/100.000 para enfermedad de Crohn.

Colitis ulcerosa. *rev argent coloproct* | 2017 | vol. 28, n° 1 : 1-3 En España la prevalencia de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal es 1.5 - 2.5/1000 .

En Estados Unidos el CDC - Centers Disease Control 2 informa prevalencia para colitis ulcerosa de y 37 a 246 /100.000.

*Neoplasias en general. Fuentes Orphanet, International Agency for Research on Cancer OMS 2020.*

*Cáncer hipofisario productor de somatostatina Intramed. Artículos 20/JUL/19.*

*Síndrome carcinoide: American Family Physician Tumores carcinoides. Impresión russell g. robertson, md, william j. geiger, md, y nancy b. davis, md información Am Fam Médico. 2006;74(3):429-434.*

*Acromegalia. Fuente Orphanet.*

*Hemoglobinuria paroxística nocturna. Fuente Orphanet.*

*Síndrome urémico hemolítico atípico. Fuente Orphanet.*

*Sarcoma de partes blandas. 0213-8573/17/32.1/9-16 Revisiones en Cáncer Copyright © 2018 Arán ediciones ,s . l. Rev. Cáncer (Madrid) Vol. 32. N.º 1, pp. 9-16, 2018 Epidemiología y estudio de extensión de los sarcomas de partes blandas y de los huesos M. A. Vaz 1, s. resano 2, i. Pérez 3, C. Saavedra. Servicios de 1Oncología Médica, 2. Radiodiagnóstico y 3Cirugía Ortopédica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.*

*Ulcera de pie diabético. Fuente 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgos realizada por la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. [Sitio Principal](#) > [Vol 53, No 1 \(2019\)](#) > [Carro](#). Estudio de diabetes mellitus y pie diabético en la internación: datos de argentina. Gabriela Verónica Carro, Rubén Saurral, Francisco Salvador Sagüez, Érica L. Witman, Luisa Mabel Carrió, Claudio F. Duturo, María Victoria Dicatarina Losada, José D. Braver, Gabriela Illuminati, Julio C. Torres, Raúl A. David, Natacha Maldonado. Sociedad Argentina de Diabetología.*

*Asma severa en adultos: enfoque diagnóstico y tratamiento severe asthma in adults: diagnosis and treatment approach. resumen ejecutivo argentina 2015 Primera Encuesta de Prevalencia de Asma en población de 20 a 44 años en Argentina.*

*Enfermedad de Parkinson-neuroestimulación. Fuente Orphanet.*

*Epilepsia refractaría-neuroestimulación. Fuente Orphanet.*

*Enfermedad de Guilláin Barré. Fuente Orphanet.*

*Enfermedad de Wegener. Fuente Orphanet.*

*Poliangeítis microscópica. Fuente Orphanet.*

*Púrpura trombocitopénica idiopática. Fuente Orphanet.*

*Síndrome de Kawasaki. Fuente Orphanet.*

*Espondilitis Anquilosante. Fuente Orphanet.*



## CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES

### **1.6. Diseño de auditorías técnicas médicas y capacitación. Segunda Opinión Médica. Informe de Avance**

Referenciar el texto incluido que, con algunas variaciones coincide con el texto del Decreto 35/2010, del Gobierno de Aragón, que regula ejercicio del derecho a la segunda opinión médica. ([https://www.iustel.com/diario\\_del\\_derecho/noticia.asp?ref\\_iustel=1041055](https://www.iustel.com/diario_del_derecho/noticia.asp?ref_iustel=1041055))

Cabe aclarar sobre la solicitud de referenciación que, si bien existen estándares fijados por entidades de carácter científico internacional y resulta enriquecedora la búsqueda de antecedentes - que como es lógico también hacen uso de las definiciones y recomendaciones de esa procedencia en sus normativas - es necesario indicar proveniencia de los materiales en tanto la organización y textos se reproduzcan de manera textual.

Asimismo, resultaría pertinente y enriquecedor conocer las particularidades y virtudes de los modelos elegidos para su utilización total o casi en su totalidad, por parte de la Caja de Servicios Sociales de la provincia de Santa Cruz

### **RESPUESTA UNTREF**

Respecto a las observaciones, de este punto, se tomaron distintas citas y bibliografías del tema para conformar el documento enviado y consensado, considerando criterios técnicos y científicos.

- Código de ética. Asociación Médica Argentina. Código de Ética Para el Equipo de Salud con La Cooperación de la Sociedad Argentina de Ética Médica. 2001. <https://www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/Capitulo%2010.pdf> Capítulo 10 segunda opinión.
- Ministerio de Salud y Desarrollo social. Recomendación para el uso de la telemedicina. Resolución N° 21/2019.
- Decreto 35/2010. Gobierno de Aragón. Regula el ejercicio del derecho de segunda opinión.
- Ley 26529. Derechos del paciente. Historia clínica y consentimiento informado.
- Revista de calidad asistencial. El derecho a la segunda opinión. Vol. 21. Num 3. Páginas 120-128. (Mayo 2006)
- Utilización de segunda opinión por tipo de seguro de salud en un sistema de salud mixto público-privado: un estudio de base poblacional. Shmueli L, Shmueli E, Pliskin JS, Balicer RD, Davidovitch N, Hekselman I, Greenfield G. Abierto BMJ. 27 de julio de 2019;9(7):e025673. doi: 10.1136/bmjopen-2018-025673. PMID: 31352409

## **CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES**

### **Desarrollo de un Plan de Comunicación para mejorar la relación con los afiliados**

En pág. 298 a 309 se repite textual lo incluido en el Primer Parcial haciendo referencia a los anexos presentados entonces pero que no se incluyen en este Informe.

### **RESPUESTA UNTREF**

En base a la consulta realizada, la metodología del trabajo presentado en sus tres etapas corresponde a que el objetivo de la confección del Informe III, más allá de brindar la propuesta estratégica correspondiente, es poner en autos a quien haga uso del documento otorgando un mapa conceptual completo de la asignación de las soluciones propuestas.

El Informe III incluye segmentos investigativos y conclusiones que fueron presentadas en los Informes I y II de forma adelantada ya que se consideraron pertinentes y relevantes en dichos módulos.

Se considera necesario este procedimiento para una comprensión completa de cada módulo de forma tanto total como individual. De esta forma se facilita y efectiviza de manera proactiva la utilización de los mismos por las áreas, sectores o responsables de las materias necesarias para la aplicación de dichas mejoras y/o soluciones pudiendo utilizar el segmento/módulo necesario del informe.

Se adjuntan los anexos solicitados (Anexos Plan de Comunicaciones).

Adicionalmente, se copia la hoja de ruta propuesta para el Plan de Comunicaciones del próximo año.

Hoja de Ruta - cronograma sugerido anual

ACCIÓN	2023											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
<b>Determinar canales de comunicación formales internos</b>												
Relevar la cantidad de mails y whatsapps existentes												
Adaptar mails y whatsapp existentes al formato adecuado												
Crear los mails necesarios												
Solicitar las líneas de whatsapp necesarias												
Determina un canal área o persona para consulta de temas												
Elaborar un documento integral												
Difundir el documento												
<b>Crear un manual de inducción interno</b>												
Relevar informacion y redactar												
Diseño de manual												
Coordinar reuniones con distintas áreas para su presentación												
<b>Fortalecer vínculos internos</b>												
Relevar carteleras existentes												
Relevar espacios para colocar carteleras/LEDs												
Definir línea editorial de carteleras y períodos de actualización												
Relevar base de datos de empleados												
Actualizar base de datos												
Definir línea editorial de newsletter interna												
Planificar envíos de newsletter interno												
Reuniones de equipos												
Medir resultados y feedback												
<b>Generar conocimiento de canales digitales</b>												
Planificar contenido digital a difundir												
Planificar contenido físico a difundir												
Diseño de historias, posteos, foltería para difundir												
Revisar base de datos de afiliados												
Determinar procedimiento de actualización de base de datos												
Crear listas de difusión segmentadas												
Programar campañas de mailing												
Programar campañas de whatsapp												
Asignar y capacitar personal para educación/asistencia en espacios físicos												
Medir resultados de dicho personal												
<b>Optimizar contenido y lograr mayor alcance</b>												
Crear manual de redacciones textuales												
Crear lineamientos para piezas visuales												
Reemplazar imágenes y elementos visuales												
Insertar analytics en el sitio web												
Rediseñar usabilidad sitio web												
Relevar rendimiento sitio web												
Revisar actualizaciones sitio web necesarias												
Optimizar imagen y diseño de rss												
Optimizar estructura de escritura de rss												
Establecer línea editorial y calendarización de contenidos												
Medir resultados estadísticos RRSS												
<b>Brindar espacios para recibir la opinión del afiliado</b>												
Revisar respuestas automáticas rss												
Desarrollar manual de respuestas rss												
Difundir manual de respuestas rss en el equipo												
Crear el asistente virtual para whatsapp												
Crear un centro de atención												
Diagramar el centro de atención												
Puesta en marcha del centro de atención												
Planificar encuestas a afiliado												
Definir envíos de encuestas												
Analizar los resultados de las encuestas												

## **CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES**

### **3. Programa de Capacitación destinado al personal de la Institución**

- No se agrega documentación fotográfica.
- Los materiales usados y el manual del aplicativo UNTREF se presentan de forma poco legible.

#### **RESPUESTA UNTREF**

En función de lo requerido se adjunta, Manual del Alumno, Modulo I derivaciones, Modulo II, Modulo III derivaciones emergencias, Presentación Segunda Opinión Médica, Integrantes del curso Derivaciones e Integrantes del curso Segunda Opinión Médica.

## **CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES**

### **Sobre la presentación del informe**

- No son uniformes las tipografías y destaques utilizados.
- Los anexos se numeran por separado en cada ítem.
- Las tablas, imágenes y cuadros se presentan de manera poco legible.

Las observaciones con relación a la presentación del material valen para Informes anteriores también como ya lo hemos hecho notar. Se requiere que se tenga en cuenta muy especialmente en el Informe Final los requerimientos de presentación estipulados por contrato.

#### **RESPUESTA UNTREF**

Las observaciones indicadas serán consideradas en oportunidad de la presentación del Informe Final.

## ANEXO PLAN DE COMUNICACIONES

### Anexo 1



Figura 1.1. Posteo de instagram de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de <https://www.instagram.com/csssantacruz/?hl=es>



Figura 1.2. Posteo de instagram de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de <https://www.instagram.com/csssantacruz/?hl=es>

## Anexo 2



Figura 2.1. Perfil de whatsapp de Afiliaciones. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.

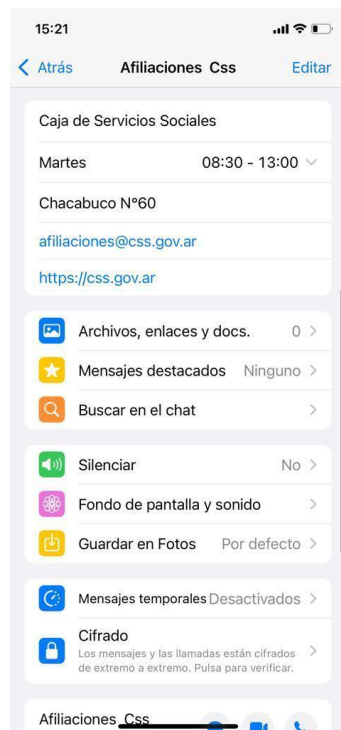


Figura 2.2. Perfil de whatsapp de Afiliaciones. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.3. Catálogo de whatsapp de Afiliaciones. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.

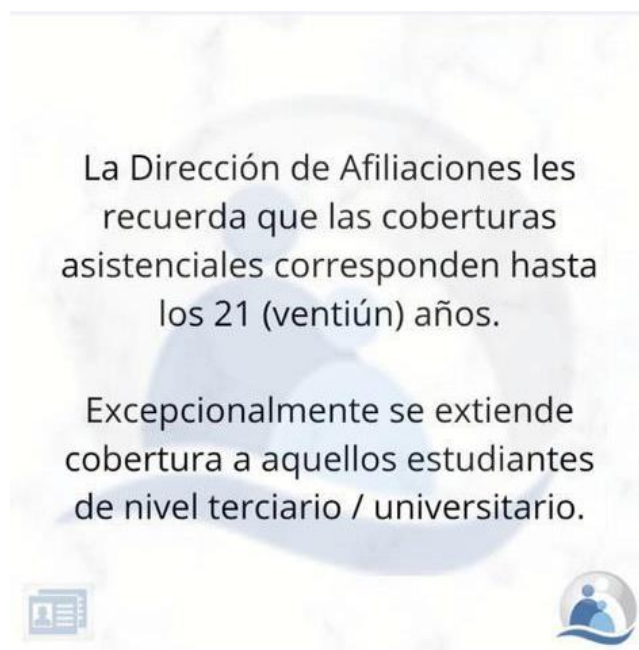


Figura 2.4. Catálogo de whatsapp de Afiliaciones. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.





Figura 2.5. Perfil de whatsapp de Auditoría Médica Zona Sur. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.6. Perfil de whatsapp de Auditoría Médica Zona Norte. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.7. Perfil de whatsapp de Derivaciones Zona Sur. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.8. Perfil de whatsapp de Derivaciones Zona Norte. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.9. Perfil de whatsapp de Auditoría Farmacéutica Zona Sur. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.10. Perfil de whatsapp de Auditoría Farmacéutica Zona Sur. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.11. Catálogo de whatsapp de Auditoría Farmacéutica Zona Sur. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.12. Catálogo de whatsapp de Auditoría Farmacéutica Zona Sur. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.13. Perfil de whatsapp de Auditoría Farmacéutica Zona Norte. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.14. Perfil de whatsapp de Bioquímica. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.15. Perfil de whatsapp de Bioquímica. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.16. Perfil de whatsapp de Convenios Interprovinciales. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.

### Anexo 3



Figura 3.1. Pop-up de la versión web de CSS. Recuperado el 4 de mayo de 2022 de css.gov.ar/



Figura 3.2. Información de contacto de la versión web de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de css.gov.ar/infoturnos/



## INFORMACIÓN IMPORTANTE

La sede central Río Gallegos de la Caja de Servicios Sociales atenderá sólo de manera remota hasta nuevo aviso debido a la situación epidemiológica actual y sus consecuencias en nuestro personal. La institución recuerda las líneas de atención remota y guardias:

**Servicios Sociales - Guardia**  
2966 449733 ssriogallegos@hotmail.com  
**Derivaciones - Guardia**  
2966 343976  
**Auditoría Médica**  
2966 748122 auditoriamedica2021@gmail.com  
**Auditoría Farmacéutica**  
2966 626026 cssfarmaciarg@gmail.com  
**Convenios interprovinciales**  
2966 626181 interprovinciales@css.gov.ar  
**Afiliaciones**  
2966 639256 afiliaciones@css.gov.ar  
**Consultorios Externos**  
2966 645853 consultorios.css@hotmail.com  
**Auditorías especializadas**  
**Fonoaudiológica:** consultasfono@css.gov.ar  
**Odontológica:** cssodontologia736@gmail.com  
**Bioquímica**  
2966 690143  
**Reintegros**  
reintegros@css.gov.ar /  
reintegros\_discapacidad@css.gov.ar



Figura 3.3. Información de contacto de la versión mobile de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de [css.gov.ar/infoturnos/](http://css.gov.ar/infoturnos/)

🏠 **Delegaciones**

Río Gallegos	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">Google</p> <p style="text-align: center; margin: 0;"><b>This page can't load Google Maps correctly.</b></p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">Do you own this website? <span style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px 5px; margin-left: 10px;">OK</span></p> </div> <p><b>Horario de atención:</b> De 08:30 a 13:00 hs</p> <p><b>Dirección:</b> Centro Cívico L1 (CP 9303)</p>
Capital Federal	
28 de Noviembre	
Río Turbio	
El Calafate	
El Chaltén	
Tres Lagos	
Piedra Buena	
Pto. Santa Cruz	



Figura 3.4. Información de delegaciones de la versión web de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de [css.gov.ar/delegaciones/](http://css.gov.ar/delegaciones/)

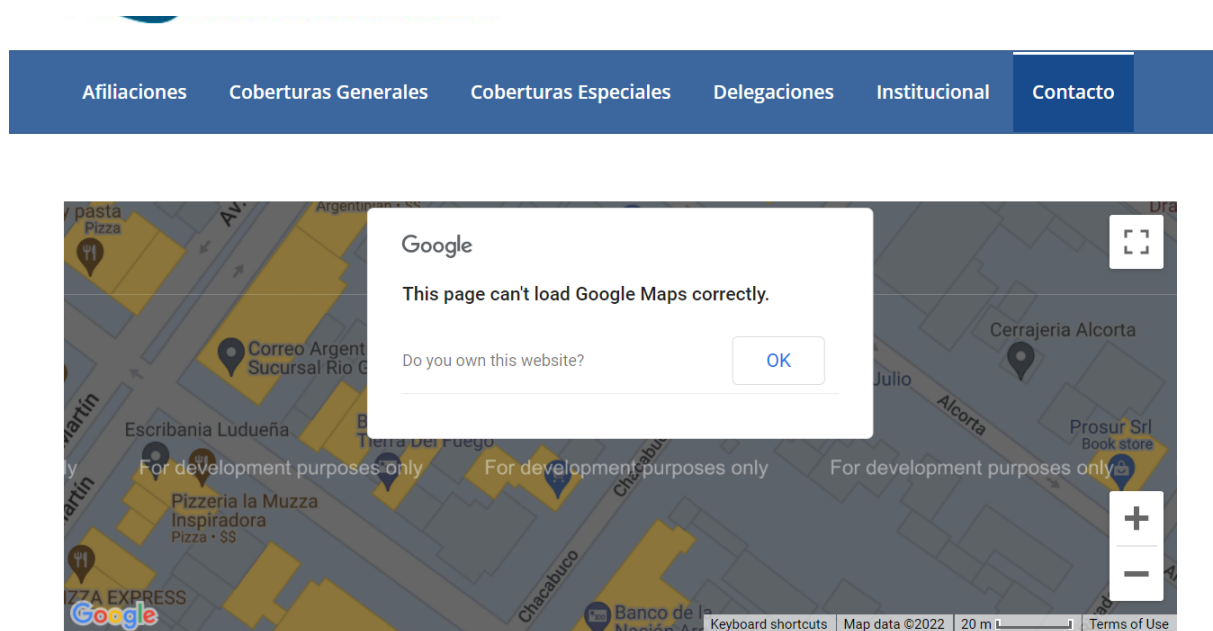


Figura 3.5. Información de contacto de la versión web de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de [css.gov.ar/contacto/](http://css.gov.ar/contacto/)

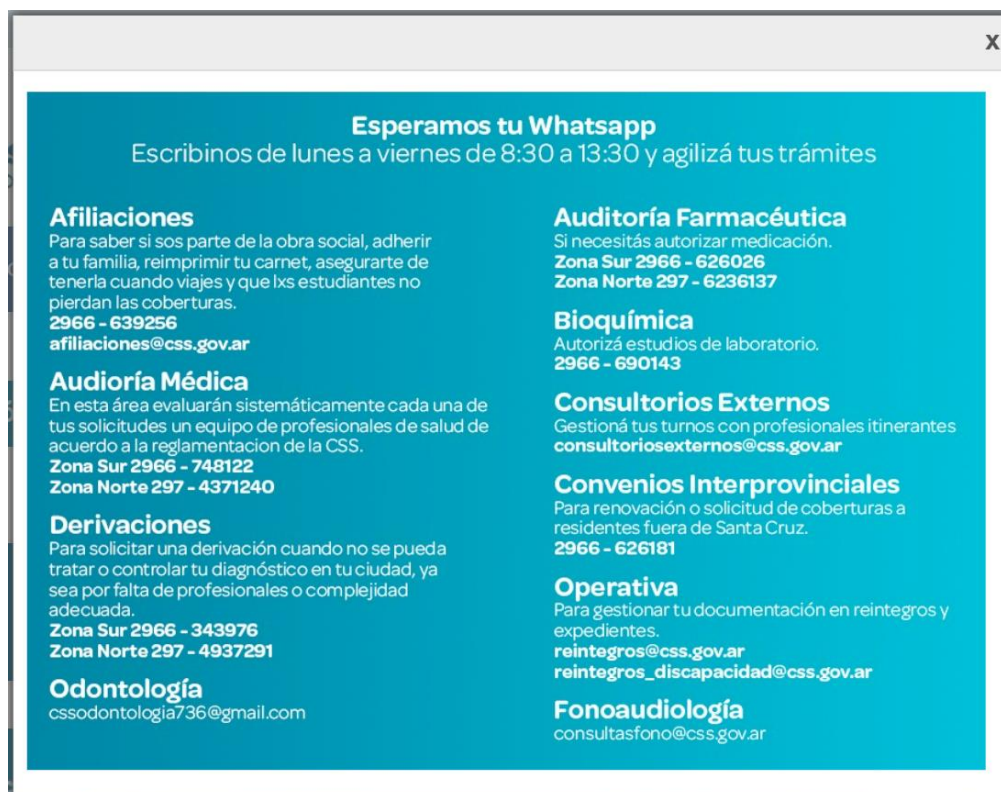


Figura 3.6. Pop-up de la versión web de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de [css.gov.ar/](http://css.gov.ar/)



IMPACTO	AUDITORÍA	
Alto	Elimine los recursos que bloquean el renderizado	▼
Alto	Imágenes del tamaño adecuado	▼
Alto	Evite enormes cargas útiles de red	▼
Alto	Reducir el tiempo de respuesta inicial del servidor	▼
Alto	Habilitar la compresión de texto	▼
Alto	Evite encadenar solicitudes críticas	▼
Medicina	No cargue de forma perezosa la imagen de pintura con contenido más grande	▼
Medicina	Utilice una red de entrega de contenido (CDN)	▼
Medicina	Servir activos estáticos con una política de caché eficiente	▼
Medicina	Reducir CSS no utilizado	▼
Medicina	Usa HTTP/2 para todos los recursos	▼

Figura 3.9. Informe de rendimiento para la web css.gov.ar. Herramienta utilizada: GTmatrix.

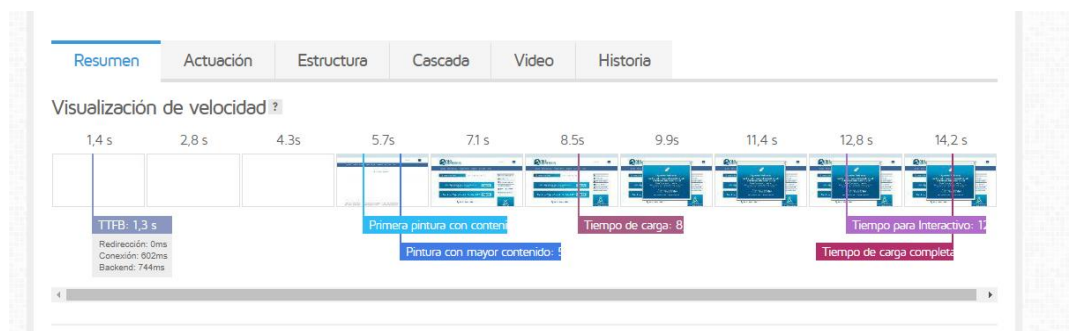


Figura 3.10. Visualización de velocidad para la web css.gov.ar. Herramienta utilizada: GTmatrix.

## Anexo 4



Figura 4.1. Perfil de youtube de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



Figura 4.2. Perfil de facebook de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



Figura 4.3. Perfil de twitter de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.

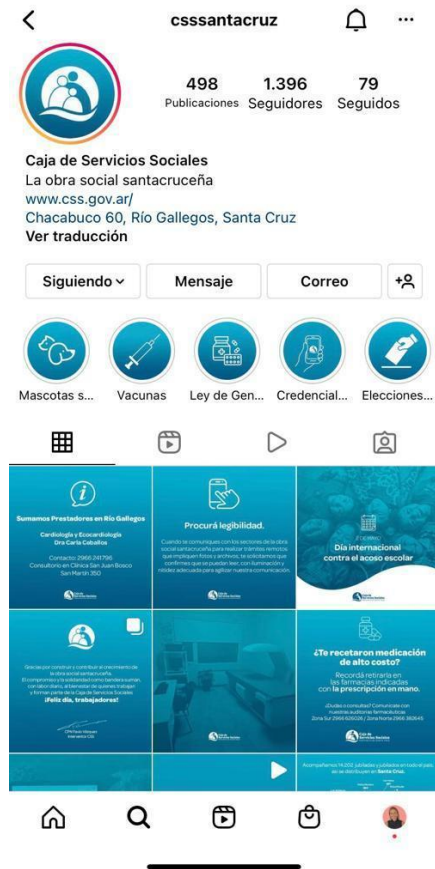


Figura 4.4. Perfil de instagram de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



Figura 4.5. Posteos de instagram de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.





Figura 4.6. Posteo de instagram de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



Figura 4.7. Publicación de youtube de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



Figura 4.8. Publicación de la web de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.





Figura 4.9. Publicación de youtube de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.

## Anexo 5

### **Cuestionario Afiliados**

Con el objetivo de mejorar la atención, te pedimos que respondas este breve cuestionario que te llevará menos de 3 minutos. Tus respuestas son muy importantes para nosotros.

1. Edad
  - Menos de 21 años
  - De 21 a 26 años
  - De 27 a 35 años
  - De 35 a 44 años
  - + 65 años
  
2. Género
  - Masculino
  - Femenino
  - Otro
  
3. ¿Con cuál Delegación te comunicás con mayor frecuencia para realizar tus trámites?
  - Río Gallegos
  - Caleta Olivia
  - CABA
  - 28 de Noviembre
  - Río Turbio
  - El Calafate
  - El Chaltén
  - Tres Lagos
  - Piedra Buena
  - Pto. Santa Cruz
  - Pto. San Julián
  - Gdor. Gregores
  - Puerto Deseado
  - Jaramillo
  - Pico Truncado
  - Las Heras
  - Perito Moreno
  - Los Antiguos
  
4. ¿Cómo te comunicás con nosotros? Elegí la opción que más usás
  - Voy en persona a la delegación
  - Whatsapp
  - Mail
  - Redes sociales

- Otro
5. ¿Cuál es el trámite que realizás con mayor frecuencia?
- Auditoría médica
  - Derivaciones
  - Odontología
  - Auditoría farmacéutica
  - Bioquímica
  - Consultorios externos
  - Convenios interprovinciales
  - Operativa
  - Fonoaudiología
6. ¿Conocés nuestra página web?
- Si
  - No
7. ¿Conocés nuestras redes sociales?
- Si
  - No
8. Encontrás fácil nuestra información cuando la necesitás?
- Nunca
  - A veces
  - Siempre
9. ¿Cómo evaluarías nuestra atención? En una escala de 1 a 5 donde 5 es muy bueno y 1 es muy mala.
- 5. Muy buena
  - 4. Buena
  - 3. Regular
  - 2. Mala
  - 1. Muy Mala
10. Comentarios / sugerencias

Muchas gracias por responder!

Te recordamos nuestra web y redes sociales: [www.css.gov.ar](http://www.css.gov.ar)

Instagram y Facebook: @csssantacruz

## Anexo 6

### Respuestas cuantitativas

Edad

276 responses

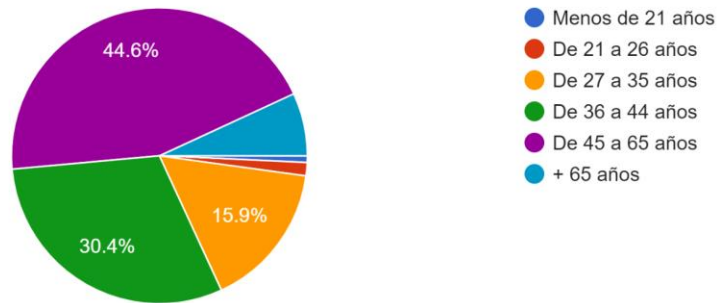


Figura 6.1. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 1 de la encuesta enviada a afiliados

Género

276 responses

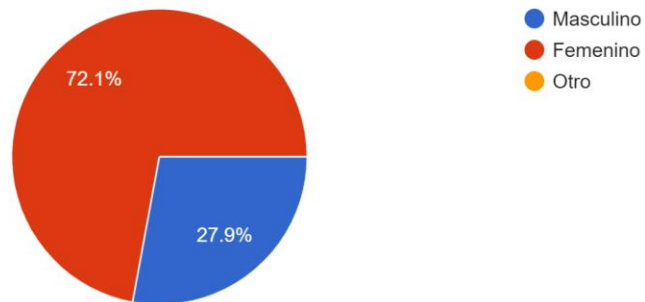


Figura 6.2. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 2 de la encuesta enviada a afiliados

¿Con cuál Delegación te comunicás con mayor frecuencia para realizar tus trámites?

276 responses

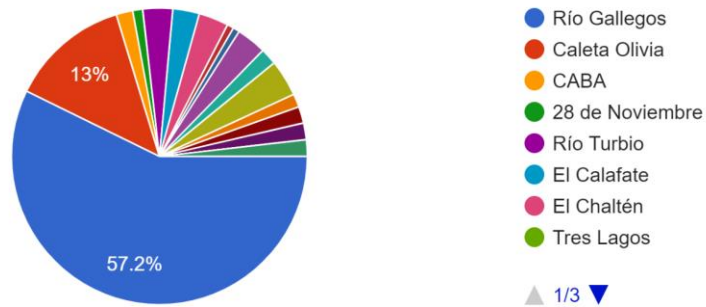


Figura 6.3. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 3 de la encuesta enviada a afiliados

¿Cómo te comunicás con nosotros? Elegí la opción que más usás.

276 responses

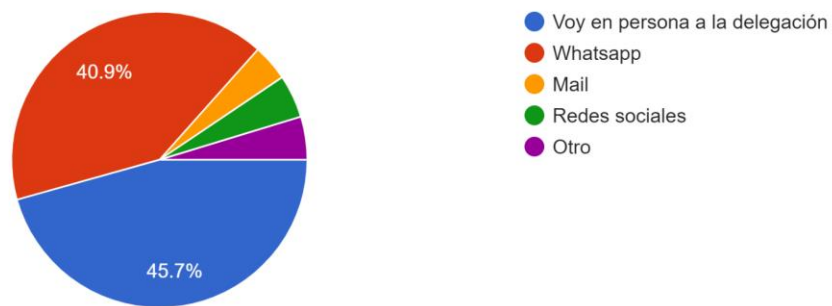


Figura 6.4. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 4 de la encuesta enviada a afiliados

¿Cuál es el trámite que realizás con más frecuencia?

276 responses

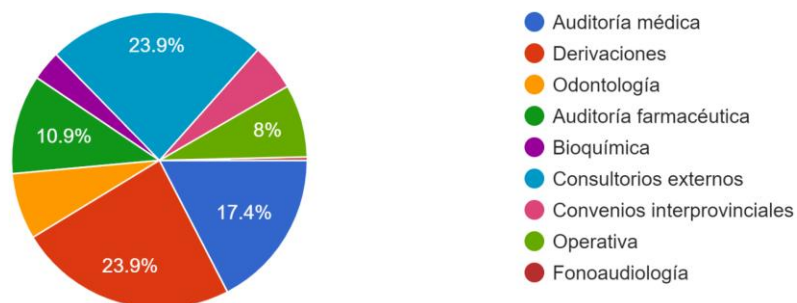


Figura 6.5. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 5 de la encuesta enviada a afiliados

¿Conocés nuestra página web?

276 responses

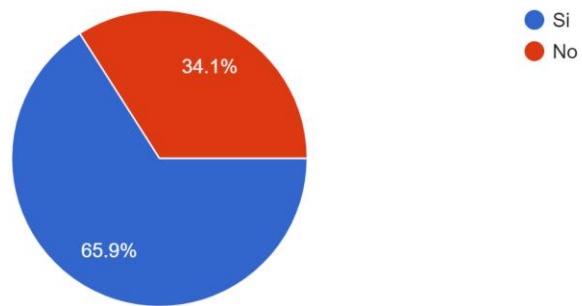


Figura 6.6. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 6 de la encuesta enviada a afiliados

¿Conocés nuestras redes sociales?

276 responses

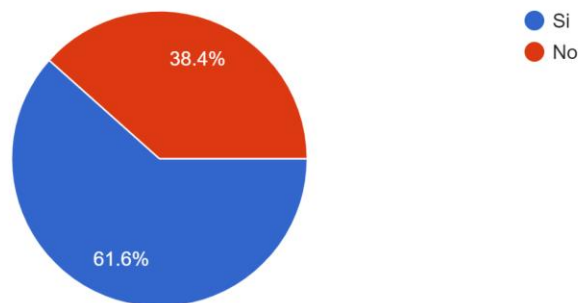


Figura 6.7. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 7 de la encuesta enviada a afiliados

¿Encontrás fácil nuestra información cuando la necesitás?

276 responses

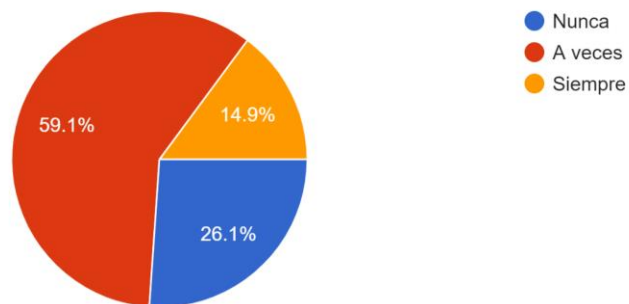


Figura 6.8. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 8 de la encuesta enviada a afiliados

¿Cómo evaluarías nuestra atención? En una escala de 1 a 5 donde 5 es muy bueno y 1 es muy mala.

276 responses

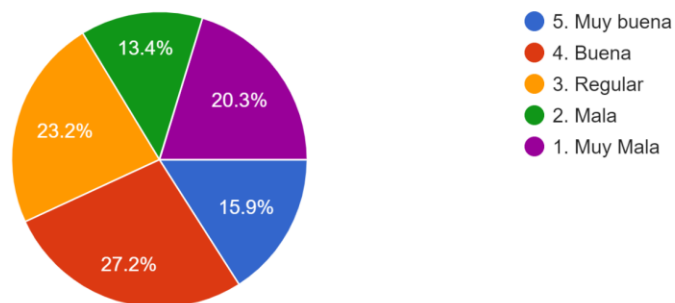


Figura 6.9. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 9 de la encuesta enviada a afiliados

## Anexo 7

### Respuestas a pregunta cualitativa

#### Pregunta 10: Comentarios / sugerencias

- Que los prestadores que ustedes dicen que trabajan para la caja no humos de sus teléfonos atiende y odontología uno solo atiende nomás .muchas gracias.
- Iviertan y dejen de mirar a otro lado. Las enfermedades no esperan. A veces no dan tiempo!!se han perdido muchas vidas por negligencia de la caja.
- Deben tener más y mejor información
- Preferí x WhatsApp ya que personalmente me atendieron mal ni buen día me dijeron es una pena más cuando se realizan trámites x porblemas de salud
- Te clavan el visto en el WhatsApp no te dan la info completa
- Tener un WhatsApp actualizado para responder rápidamente, que la información sea accesible y fácil de encontrar, que en la web se busque la info que se necesita.
- Mejorar lax condiciones de derivados en bs as..aumento de importe tarjeta alimentos
- no hace poco me acerque y no encontraban la carpeta de la derivacion de mi hijo ..en su momento hoy me comunique via mensajes y me dijieron que ya la encontraron p
- Me parece innecesario que hagan sacar turnos presenciales en los consultorios externos cuando tienen tantas formas (y buenas) de comunicación.
- Fui personalmente a pedir los requisitos para planilla enfermo crónico por diabetes y me dieron otras planillas. Cuando ya tenía todo realizado por el médico envío fotos por WhatsApp. Pasaron semanas y no tenía respuesta. Y resulta que si no fuese por mi insistencia no me enteraba que las planillas no eran las correctas. Fallaron personalmente y por Whatsapp
- hay muchos medicos que estando inscriptos en nuestra obra social cobran un plus que llaman coseguro . Cuando uno les pide un recibo por lo que pago dicen que no lo pueden dar . la unica alternativa que te dejan es ...NO TE ATIENDO .
- Sugerencia, capaciten mejor a su personal, atiende a personas con enfermedades que muchas de ellas necesitan un atencion inmediata, muchos de los errores pueden ser evitados si se inculca al personal al atencion que se requiere cuando de salud trata. Espero que mis casos sean aislados porque deja mucho que desear su atención. Saludos
- Mala atención presencial. Mala predisposición y las pocas veces que me apersono nunca salí con solución. Ahora pago otra obra social porque me cansaron



- Cuando te contestan un wsapp parece un boot, si preguntas nombre no te contestan mas
- Mejor atencion..mejoren los servicios
- No responden en tiempo y forma
- Hay q pedirles por favor q te den una solución y aun así no lo opte es enseguida
- Bs tardes q nos brinden atención médica y de farmacia cuando no vivimos en la provincia, por que descontarnos si lo hacen y eso es una estaf en cubierto y abandono de persona
- Extender el horario de atencion como en la mayoría de los entes por la mañana y media tarde.
- Controlar a los prestadores, los afiliados no tenemos la culpa si ellos cobran a des-tiempo
- Espero que cuando conformen el directorio realicen una buena auditoría externa para que alguien los guíe en optimización de recursos, como vienen trabajando no hay caja que aguante.
- Pésimo servicio la obra social es un bodrio.
- Falta compromiso y seriedad de parte de la caja en los reintegros.. pesimo
- Hay mucha espera y no te atienden con mucha educacion
- Deberian ampliar cobertura de enfermedad cronica, me cubre solo un medicamento de tres distintos que debo tomar todos los dias y me salen caros \$.
- Hola derivación son malas cuando vas a provincia Chubut los hoteles dejan mucho que desear
- es una vergüenza que mi hija pague un arancel de 13 mil pesos por afiliado voluntario, tendría que ser discriminado, los que no son familiares directos un valor y familiar directo otro, aca ponen a todos en la misma bolsa, para eso le conviene una privada que es mas económica, se que esto nunca le van a dar pelota, pero gracias igual
- La atención del personal de la delegación de los antiguos es muy mala no soluciona nada, derivaciones con turnos mal dados no coinciden los horarios que dan con el turno, dan tarde los papeles para confirmar pasajes, muchas veces no consigo lugar para viajar, tardan en sacar derivaciones tengo de mí hijo esperando hace más de 4 años más de hace dos años debo realizar lo mío de nuevo xq se vencieron los plazos ya están autorizadas desde caleta pero acá no sacan turno malísima la atención
- Contesten whatsapp porque sino no sirve que lo pongan como medio de comunicacion
- Estaría bueno, que tengan actualizada constantemente la página de prestadores, ya que buscas y se salen algunos profesionales que ya no trabajan con nosotros!!alergistas no hay en la zona, vienen cada tanto y no te responden el teléfono los sres!!
- Falta mas atencion personalizada por los mayores no saben de las redes sociales
- Que el trato de los administrativos sea mucho mejor

- Nunca tienen respuesta, hace falta cursos de atención al afiliado, falta mas empatía por parte de los empleados y profesionales estos últimos ni bola siempre encerrados en la oficina, todos en general el staff de empleados debieran conocer la norma y reglamentación de la misma, para por lo menos orientar
- Cambien todo el personal cumplan con las prestaciones que requiere cada afiliado, respeten, capacite, tengan empatia, y hagan lo que corresponde
- Necesitamos más prestadores de odontología ,y endocrinología
- Hay extensa falta de profesionales y de turnos disponibles para los afiliados de la caja. Las prestaciones y gastos que hay que realizar para poder pagar ademas de lo que ya nos descuentan por recibo es el colmo.
- Deben mejorar las prestaciones odontologicas de todas las edades al igual que las oftalmologicas con mas abanicos de opciones para costear vidrios, marcos, tratamientos conductos, implantes, ortodoncia, etc.
- Las derivaciones deberian ser mejor gestionadas, para que los viajes sean cortos y eficaces cuando sea por estudios o consultas.
- Espero que todos los comentarios de los afiliados sean escuchados, analizados y puestos en practica.
- Tendria que ser mas agil para agregar personas adherentes, y no te den tantas vueltas que nunca las poder tener a cargo
- La credencial virtual No sirve, atención pesima
- Ningún odontólogo atiende tratamiento de conducto ,tardan meses en devolver el porcentaje,kinesiología privada ,muy pocos ya que nunca hay turnos en el hospt y no menos importante no tiene alquiler de bota ni muletas .con lo cual se puede solicitar tarda 10 días en llega si autorizan y el descuento altísimo
- No te dan bola
- En El Calafate necesitamos profesionales privados que trabajen con la obra social, como odontología, oftalmólogo, etc.
- Nunca pude lograr una asistencia de mi obra Social, hace dos años y medio.y aporto \$20.000 mensual, en pandemia opte por pedir transferencia de aportes sobre Corrientes, presente certificado de domicilio por estar cerrado el puente al Chaco, y me dijeron que cruce el Puente, mi domicilio era Chaco. Pero volvieron a decirme que cruce el Puente, por la Pandemia no se podia cruzar, no me dijeron, le dije que no hay avión sanitario ni helicóptero para cruzar, no me dieron bolilla, le dije que tenia una discapacidad motora, a los que vivimos afuera de la Provincia, nos dejan morir, sin atención medica.
- No estanos de la mejor manera
- A veces viajamos derivados y tenemos que pagar la consulta del médico

- Capacitación para atención a los afiliados por parte de los EMPLEADOS de la institución, de la cual reciben su salario como tales, en virtud de no ser dueños de la misma.
- no hay cobertura en odontología lo que se debería revisar porque es algo primordial para la salud en general
- Deberían cubrir un poco más los medicamentos, y los anticonceptivos TODOS deberían ser al 100% están carísimos... Y empiecen a pagarle a los médicos porque no puede ser que no haya una psicóloga que atienda niños con la caja. Ni hablar de odontopediatras u ortodoncista
- no hay info actualizada sobre prestadores ni buena comunicación sobre beneficios y formas de acceder a ellos o referente a los trámites que se deben realizar
- No sirve para nada.
- Sugiero ampliar el porcentaje que cubre los medicamentos y a su vez la cantidad de doctores que trabajan por la caja. El descuento que se realiza por mes amerita tal petición. Gracias.
- No dan respuestas
- Es excesivo el costo y no cubre absolutamente nada.
- Desde el año pasado pedí mi derivación para turno con un corneólogo y hasta ahora nunca tuve respuesta, quisiera saber cuantos años más debo esperar la derivación, hay un total silencio por parte de la obra social. Espero tener alguna vez una respuesta, esta obra social tiene muchísimas falencias.
- Von lo que descuentan se podría estar mejor..derivaciones en colectivos rotos . Hopedajes de cuarta...todos se tiene que pagar porque la caja no reconoce nada...donde esta la plata de los afiliados? Y lomoror que no se puede hacer el traspaso a otra obra social somos rehenes del sistema para financiarles la campaña, la verdad un asco esta obra social
- controlar coseguros de prestadores
- Actualizar contactos,números correos etc, de los profesionales o prestadores.
- Faciliten las cosas
- Por watsap hemos enviados estudios para autorizar y demoran ni te dan las respuestas en pandemia fue terrible la mala atención
- Falta cobertura en Odontología, Odontología infantil, y diferentes especialidades fuera del Hospital zonal, que hay q ir a las 3 de la mañana a hacer fila por un turno. Cada vez q pedís un turno te dan de un mes para otro porque somos de CSS, o dan un solo turno para CSS en algunas especialidades. No hay claridad en los montos q nos cobran los profesionales.
- Hace varios dias estamos gestionando la derivacion de mi padre que fue solicitada en caracter de urgente ,auditoria medica un desastre ,burocracia absoluta y cero empatia con el paciente.Sin contar que jamaz dan la cara y son los empleados quienes por ventanilla te solicitan muchisimos papeles innecesarios. Uno entiende que es una obra social y se dede justificar todo pero es una vergüenza como a cuenta gotas te piden lo que precisaa en una derivación urgente.SIEMPRE FUE LO MISMO

- deberían renovar los convenios con las reparticiones de salud, la css tiene mas afiliados que cualquier otra obra social del pais y no puede ser que no brinde una buena cobertura medica a sus afiliados y a la hora de cubrir los gastos medicos no te cubra nada, siendo la obra social mas grande a nivel nacional es un desastre. si no fuera obligacion que debemos tenes esta obra social no la eligiria para cubrir la salud de mi familia...
- No se ocupan de las derivaciones ni de los turnos. El alojamiento que otorgan a los derivados de Chalten a El Calafate es malisimo para alguien con dolencias, y la comida son bandejas de cocina ilegal que las hace la señora que limpia y las trae en el baúl de su auto. Sin frío. Horrible
- Un poco de empatia con los afiliados que cubran más porcentaje en lentes marcos etc que las personas que son derivadas las envían a un hotel en buenas condiciones ya que no van de vacaciones sino por enfermedad y depende el lugar donde lo alojan es deprimente y eso creo empeora estado de salud por algo pagamos una cuota bastante alta que actualicen algunas coberturas que están hace mucho y bueno no me alcanzaría para escribir todo lo que veo mal y tampoco sé si van a leer esto
- No dan repuestas en el caso de los reintegros mandas la información de los reclamos y nadie da repuestas
- Deberían tener más prestaciones particulares ya que contamos con un solo hospital y eso dificulta la atención por la poca cantidad de turnos.
- Ejemplos ginecología, odontología, kinesiologia, estimulacion temprana y fonoudiologia
- Necesitamos más cobertura fuera del hospital. También soy prestadora de la CSS y los montós son una burla para quien da sus servicios y tampoco responden los mail para negociar aranceles
- Hace más de 5 años q solicite derivación para un tratamiento y jamás de los jamaces me lo dieron tuve q viajar x mis propios medios a buenos aires ,y tenía q volver para seguir el tratamiento y no pude x falta de dinero, falta seriedad compromiso y que el dinero q me descuentan me beneficie
- Estoy esperando una derivación de mi hijo, para hacerle un estudio bajo a anestesia , hace como 4 años le isimos el mismo estudio y la derivación tardó 1 año y ahora vamos x al mismo camino.
- Soy obesa, y no puedo acceder al.sistema para la bariátrica, ya que debo pagar aparte por la nutricionista y la.psicologa, lo que me demandan muchísimo dinero que no puedo pagar. Por favor, incluyan a dichos profesionales para que pueda operarme, estoy desesperada
- Malísima la atención de la sucursal de los antiguos tengo derivaciones del año pasado pedidas urgentes que no me las realizan ya están autorizadas y nada que sacan turno
- Hotel en Perito Moreno para los habitantes de Lago Posadas ,es una VERGÜENZA AÑOS SIN DAR SOLUCIÓN
- Capaciten mas la atencion al publico
- Los planes y pedidos de ortopedia deberian ser presencial es la mejor info q puede tener el afiliado ,porq los msajes no siempre se interpretan como debe ser y el afiliado temina en la obra social

- Para comunicarse y reclamar prótesis la verdad que deberían mejorar el afiliado espera meses las prótesis la verdad pésimo deberían mejorar el tema de los expedientes de reintegros igual la verdad se toman demasiado tiempo y el afiliado no tiene el mismo tiempo
- Todas las áreas no manejan el mismo sistema de respuesta inmediata eso dificulta la gestión de cualquier trámite. El registro de prestadores está desactualizado y los teléfonos en su mayoría son personales del prestador, los cuales desconocen que su número está la cartilla . Debería corroborar que sean los correctos para el afiliado pueda acceder a ellos de forma efectiva y no tener que explicando cosas que no corresponde como lo mencione anteriormente.
- Buenas Noches sugiero que vean dónde mandan a la gente cuando se va derivada, que traten del sector de derivaciones que se fijen en dónde se atiende cada paciente y busque algo cerca, muchos andamos en silla de ruedas o con cansancio para caminar por el mismo problema al corazón no todos los pacientes pueden movilizarse en autobús taxis. Que recorran algunos hoteles tienen cucarachas o chinches. Muchas gracias
- Hola , desde el 28/12/'21 estoy esperando el turno para una resonancia .... Hace menos de dos meses me autorizaron la derivación ..... Pero nada del turno .....
- Sería bueno las auditoras atiendan personalmente al afiliado en Río Gallegos, coordinar los hoteles en las derivaciones que sean acordes a cada derivado y cerca de donde se atienden, que tengan frigobar para medicamentos, que se recorran los hoteles para ver el servicio, se coordinen los turnos en CABA para no estar muchos meses, capacitar al personal en atención al público, crear la planilla de enfermedades poco frecuentes, ser derivados a centros específicos, solucionar los problemas para no llegar a un recurso de amparo, agradecemos a: el de interventor, Néstor Marquéz, Eliana Talone, Oscar de imprenta, quienes siempre nos dan soluciones dentro de sus posibilidades y quienes escuchan al afiliado.
- Capacitar al personal en la atención..en derivación mejorar la coordinación en hoteles , turnos, que el afiliado valla a la clínica u hospital que corresponda por su patología, tener cobertura p' psicólogos ..cardiólogo infartil, Neumonologo infantil,alergista infantil, ortodoncinta ..
- Mejoren atención
- Empiecen de 0 lo q hay es un desastre!!!
- MALISIMA NO TIENEN RESPUESTA NO TIENEN COMPROMISO NI EMPATIA ASIA EL AFILIADO AÑOS TENIENDO CSS MUY POCO LA E USADO AHORA MIS HIJAS ESTAN EN CHUBUT ESTUDIANDO Y NO TIENEN COBERTURA EN NINGUN LABORATORIO NI EN CONSULTORIOS PRIVADOS NI CLINICAS MI HIJA DEBE HACERSE TRATAMIENTO DE CONDUCTO CON ODONTOLOGO Y AL NO TENER COBERTURA DE OBRA SOCIAL DEBE ABONAR \$ 17.500 PESOS TUBO QUE COMPAR REMEDIOS PARA BAJAR INFLAMACIO \$ 3.500 PESOS TODO POR NO TENER COBERTURA EN OTRA PROVINCIA Y YO ESTO LO LLAMO ABANDONO DE PERSONA FALTA A DERECHOS HUMANOS Y DERECHOS DE COBERTURA OBRA SOCIAL POR QUE COBRARME TODOS LOS MESES ME COBRAN RELIGIOSAMENTE MAS DE \$ 4.500 PESOS MENSUAL AL PEDO POR QUE NI PARA QUE MIS HIJAS PUEDAN SER ATENDIDAS COMO CORRESPONDE NI COMPRAR MEDICAMENTOS HOY DEBE PAGAR ENTRE REMEDIOS Y ODONTOLOGO 21.000 PESOS UNA VERGUENZA SALUDOS

- Sugiero control con los derivados, la mayoría hace viajes para otros puntos del país. También controlar convivencia entre derivados y acompañante.
- Vivo en Chubut x razones personales. Hace 5 años sin obra social.no figuro ni como afiliada.nunca un reintegro.espero nuevas autoridades para plantear mi tema.
- La página web brinda información desactualizada y las consultas desde allí no he podido realizarlas (me indica ""error"" y no me permite enviar el mensaje de consulta). Las leyendas ante algún error en la carga de datos, aparece en inglés.
- A LOS JUBILADOS NOS CUESTA USAR LA CREDENCIAL DIGITAL
- Más empatía con el interior , a veces tardan mucho en darnos respuestas
- Es la primera vez que ingreso. No sabía que había forma de comunicarme con CSS. En el pueblo la situación es cercana. Ahora cuando debes llegar a Río Gallegos o cuando te derivan fuera de la provincia la situación es de una soledad impresionante.
- Se necesita la especialidad de optometria
- Que se acorten los plazos en derivaciones nuevas
- En la parte de derivación siempre es el problema
- Los sanatorios a donde son derivados los pacientes deberían ser supervisados, ya que es mucho lo que nos descuentan cada mes, como para tener una atención tan poco profesional. Por otra parte, con todo el descuento que recibimos aún los convenios, no contemplan la comida. Qué hace una persona con largos tratamientos en una ciudad y con pocos insumos. Los asesores a cargo de la caja de la localidad, son los que deberían asesorar, informar, y colaborar facilitando los trámites, no el paciente estar pidiendo información extra porque no tienen idea de nada. Deben estar en el lugar de trabajo en el horario que está pautado. Para concluir, deberían haber agentes en las ciudades que colaboren con las dudas de las personas que vienen de tan lejos. Los trámites son muchos y la soledad en la que uno se encuentra con el extra de estar viviendo una situación compleja con algún familiar, desmoralizan a cualquiera.
- Mala atención y mal servicios para los afiliados que encima te obligan a pagar no podes cambiarte de obra social una cagada
- Cuesta mucho conseguir derivaciones y si son consultas con Médicos privados te cobran coseguro
- Mejoren la atención al público y que hallan más servicios, como odontología, dermatología, neurología, mastologo, buen traumatólogo y no sino peso. Se paga 100mil pesos para una cirugía porque vienen de Córdoba y no hay aparatos para la cirugía. Vergüenza
- Una de las que me atiende, tiene pésima predisposición y atención.
- El afiliado no tendria xq pagarle a los medicos un coseguro mi tener que esperar respuesta de urgencias cuando tiene una derivacion de urgencia xq la salud es todo hay muchas cosas que cambiar xq como afiliados estanos pagando x un buen servicio que no tenemos cada vez es peor tener que

estar afiliado a un servicio de salud incompetentes que no se preocupa x sus afiliados y no tenemos soluciones

- Hace más de 20 días estoy derivada con mi hija en capital federal a la espera de un turno del cual se supone que ya tendría que estar, solo veníamos a un estudio médico y seguimos dando vueltas en esta ciudad rogando por un turno, mi hija tiene 5 años. Cero empatía hacia los pacientes, lo único que me responden es que tenga paciencia, que más paciencia puedo llegar a tener, espere dos meses la derivación y ahora sigo esperando un turno para el bendito estudio médico al cual se supone que veníamos. Por favor tomense en serio la salud de sus afiliados es una vergüenza!!!!!!
- Si teníamos que seguir esperando podríamos haberlo echo en nuestro hogar no aca, con todo el gasto que esto implica no solo monetario y si no también mental. Es lamentable."
- me gustaria y creo que os afiliados merecemos que la Caja se ponga al dia con los profesionales de la salud asi nos podemos atender, dado que practicamente nadie atiende por la obra social a causa de la deuda que mantienen
- Nada funciona, falta de respeto
- Cambiar a la persona que atiende hace un montón de tiempo se llama Nancy y detiene todos los trámites
- En el Calafate no hay odontología privado que trabajen con css y en el hospital solo hacen extracciones
- mejorar en forma urgente la calidad de atención al público, informar con detalle los servicios que brinda la obra social y los que no brinda, cuando vamos a buscar soluciones siempre nos encontramos con mas problemas de los que tenemos y en cuanto a esta pregunta ¿Cuál es el trámite que realizás con más frecuencia? utilizo con frecuencia mas de un servicio ya sea por mis padres que son adultos mayores o por discapacidad de mi hijo mayor, falta muchísimo, ¿que pasa con los coseguros que son tan elevados en algunas especialidades para atenderse, y mas cuando son por discapacidad o adulto mayor?
- Me roco sacar turno con medico clinico me cobran 500
- Muchas trabas
- LAS RESPUESTAS POR WASSAP NO LLEGAN O LLEGAN DESPUES DE VARIOS DIAS EN DERIVACIONES. EN LOS OTROS SECTORES SIN DIFICULTAD.
- Sugiero por la presente mejorar el sistema en relacion a las recetas digitales, ya que al ingresar los datos del afiliado se encuentra los datos, pero al querer abrir la receta se tilda dicho programa, demorando la atención del mismo.
- Buenas tardes. Quisiera saber que urgencia son válidas para reintegro. Una atención de odontólogo con factura que dice URGENCIA no es válido??? Quisiera saber. Gracias
- Soy jubilada de la Pcia de Santa Cruz por haber sido caja otorgante. Resido en Chubut desde hace 12 años, donde ejercí como docente.

- NO tengo cobertura.
- Envié una nota al Sr. Interventor en el mes de mayo, solicitando una solución. Aún no tengo respuesta.
- Estoy SIN OBRA SOCIAL.
- Me expresaron en varias oportunidades que estaban trabajando para realizar un convenio con profesionales médicos en la ciudad de Trelew (lo que resolvería en forma parcial la situación, dado que vivo - desde hace 12 años- en la ciudad de Puerto Madryn).
- Estoy acumulando facturas de médicos a los que debo acudir porque espero que al menos me sean reintegrados los gastos.
- Solicito por favor ser recibida por una autoridad de la CSS cuando vaya a la ciudad de Río Gallegos, en el mes de octubre.
- Espero que alguien se haga eco de la extrema necesidad que vivo, soy paciente crónica (síndrome metabólico: hipertensión e hipercolesterolemia) además por contar con antecedentes familiares de cáncer, realizo dos consultas anuales (mamografía y ecografía mamaria).
- Por la atención al presente pedido que reitero desde el mes de mayo, agradezco de antemano.
- Los únicos que responden son la gente del messenger, lo demás nunca saben nada, dan miles de vueltas y me siento como que tuviera que rogarles cuando la salud es un derecho.
- Hola en la página no se puede buscar los prestadores, No hay una sección de denuncias prestadores que cobran coseguros más elevados y no hay información sobre la ley de obesidad para la cirugía bariátrica es LEY NACIONAL OBESIDAD
- Por favor hagan algo respecto a los jubilados que viven en otra provincia. Ej. Chubut. vergonzoso
- se facilita mucho mejor que ir hasta la central a buscar información, algunos trámites estaría bien poderse hacer por vía web por ejemplo el de tránsito.-
- En MARZO envié mail para anteojos y todavía estoy esperando
- Los turnos para profesionales que vienen de Buenos Aires deberían darlos por WhatsApp, como era antes, sin necesidad de ir al hospital un domingo a la mañana, tal como fue este último mes.
- Mejoren las prestaciones. Siguen restando beneficios y lo están adaptando al pmo. Es injusto
- Deben mejorar muchísimas cosas, pero sobre todo en la atención en CABA, no solucionan nada hacen la estadía del derivado muchísimo más estresante. Mejoren pronto y sean más empáticos. Y no se tiren la pelota entre delegaciones
- Tendrían que ver el sector de derivación y cuando viaja con un menor tendrían que reconocer al segundo acompañante aún que sea el 50 por ciento por que a veces son menores y no puede sola



- El cuestionario debería tener más de una opción como respuesta ,en muchas oportunidades las respuestas se complican ,por la fallas en la comunicación interna.
- La atención presencial requiere muchos ajustes y debe ser de excelencia,para el afiliado q trae consigo un problema de salud.
- Excelente y pronta solución.
- Excelente atención las chicas del whatsapp
- Las auditoras deben reforzar muchísimo la comunicación con afiliados y ser mas predispuestas ya que para eso les pagan.
- Muy eficiente atención por parte de las empleadas que atienden el WhatsApp
- Buena atención
- Muy conforme con la atención
- Sin comentarios
- Tendrían que fijarse el tema de hoteles y comida cuando nos derivan a otra localidad(gallegos) para eso nos descuentan y los setvicios son pesimoss
- K no cobren el coseguro tan elevado
- Mejorar la presencia de los agentes
- Que haya más otorrinonaringologo que atiendan con la Caja.
- La verdad es que estoy muy mal porque tengo a mí esposo que es paciente diabético y también es paciente oncológico y en primer lugar por diabetes se tiene que medir 4 veces al día siempre...lógicamente si sacamos la cuenta al medirse la glucemia todos los días 4 veces nos da un resultado de 120 tiritas (siempre y cuando no venga ninguna fallada).. y solo me autorizan al 100xciento 2 cajas de 50 tiritas al mes...cuando pido que me autorizen más no lo hacen..debo pagar al100 x ciento el resto.....lo mismo pasa con las agujas.....y por ser paciente oncológico se realiza sesiones de quimioterapia en Caleta Olivia (nosotros somos de puerto san Julián) y solicito siempre con un lapso de treinta días la medicacion..y no es posible que llegue a tiempo...ensima como debo mandar los reclamos por wassap me contestan re mal y me dan el número de la droguería para que yo llame y reclame...al consultar me entero que si ya la hubieran pedido en un lapso de 72 horas estaría acá la medicación ...para esto tengo que cambiar los turnos sabiendo que las sesiones se deben realizar en fecha como te lo recomiendan los oncólogos para que puedan verse los resultados
- acelerar la entrega de medicación a enfermos crónicos gracias!
- Agilicen los trámites para reintegros por discapacidad y pagos a profesionales
- Faltaría reforzar más la parte de autorizaciones, de derivaciones y que las auditoras atiendan personalmente ya que mandan aún empleado y el pobre va y viene sin poder hablar directamente con las auditoras y así evitar aglomeracion de gente con horas de espera por una autorización

- me encanta poder googlear mis dudas , sigan asi
- En general fue muy buena siempre. Hoy denuncie ante esta CSS vía Instagram y WhatsApp que han violado la confidencialidad. Una sit horrible y denigrante. Se han disculpado y he recibido con mucho gusto esas disculpas. La persona responsable se ha puesto a mi disposición. Muchas gracias
- Deberí haber turnos más urgentes para derivados
- En el whatsapp no te dan ni bola siempre te patean
- En la delegación de picó truncado no hay buena atención al público
- Es muy lenta la atención. Sugerencia la encuesta podría dar más de una opción. Controlar más los coseguros de las atenciones médicas.
- No hay variedad de prestadores. Necesito neurólogo .. y dentista.
- Mejorar la atención a los pacientes oncológico
- Bajen la cuota del coseguro. Es casi lo mismo que pagar la consulta sin la obra social y hay muy pocos medicos que trabajen con la css
- Sr necesitaría medio contacto, reintegro y tesorería
- Me gustaria que den la posibilidad a desafiliacion... nunca la ocupo. Y cuando la necesito debo desembolsillar fortunas porque nada funciona. Prefiero pagar algo a mi eleccion y mas económico
- no puedo bajar la App en el celular, cual sería la direccion para esto ?. saludos cordiales

## **Anexo 8**

### **Cuestionario Interno CSS**

Con el objetivo de mejorar la atención y la forma de trabajo dentro de la CSS, te pedimos que respondas este breve cuestionario que te llevará menos de 3 minutos. Tus respuestas se utilizarán para aportar las herramientas necesarias que faciliten el trabajo diario y la resolución de casos.

1. ¿En cuál Delegación trabajás?
  - Río Gallegos
  - Caleta Olivia
  - CABA
  - 28 de Noviembre
  - Río Turbio
  - El Calafate
  - El Chaltén
  - Tres Lagos
  - Piedra Buena
  - Pto. Santa Cruz
  - Pto. San Julián
  - Gdor. Gregores
  - Puerto Deseado
  - Jaramillo
  - Pico Truncado
  - Las Heras
  - Perito Moreno
  - Los Antiguos
  
2. ¿Por qué medios le brindás atención a los afiliados?
  - Atención personal en la delegación
  - Whatsapp
  - Mail
  - Redes sociales
  - Otro
  
3. ¿Cuáles son los trámites que atendés con mayor frecuencia?
  - Afiliaciones
  - Auditoría médica
  - Derivaciones
  - Odontología
  - Auditoría farmacéutica
  - Bioquímica
  - Consultorios externos
  - Convenios interprovinciales
  - Operativa
  - Fonoaudiología
  
4. ¿Cuáles son los trámites que suelen generar mayor conflicto con los afiliados?

- Afiliaciones
- Auditoría médica
- Derivaciones
- Odontología
- Auditoría farmacéutica
- Bioquímica
- Consultorios externos
- Convenios interprovinciales
- Operativa
- Fonoaudiología

Pregunta abierta:

5. De los arriba mencionados, ¿podrás detallar las principales quejas/reclamos que recibís?
  
6. ¿Tenés todas las herramientas necesarias para hacer tu trabajo?
  - Si
  - No
  
7. ¿Tenés la suficiente información para realizar tus tareas eficazmente?
  - Si
  - No
  
8. Si te encontrás con un problema o una situación inusual o de otra área ¿sabes a dónde acudir para encontrar una solución?
  - Si
  - No
  
9. ¿Crees que existe una comunicación fluida entre áreas?
  - Si
  - No
  
10. ¿Considerás que los afiliados están informados sobre los servicios de la CSS?
  - Si
  - No
  
11. En una escala de 1 a 5 donde 5 corresponde a muy buenos y 1 a muy malos, ¿qué puntaje crees le colocan los afiliados a los servicios brindados por la CSS?
  5. Muy buenos
  4. Buenos
  3. Regular
  2. Malos
  1. Muy malos

Muchas gracias por responder!

## Anexo 9

### Respuestas cuantitativas

¿En cuál Delegación trabajás?

66 respuestas

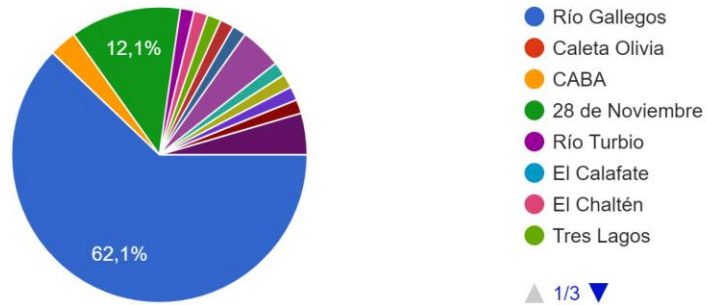


Figura 9.1. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 1 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

¿Por qué medios le brindás atención a los afiliados?

66 respuestas

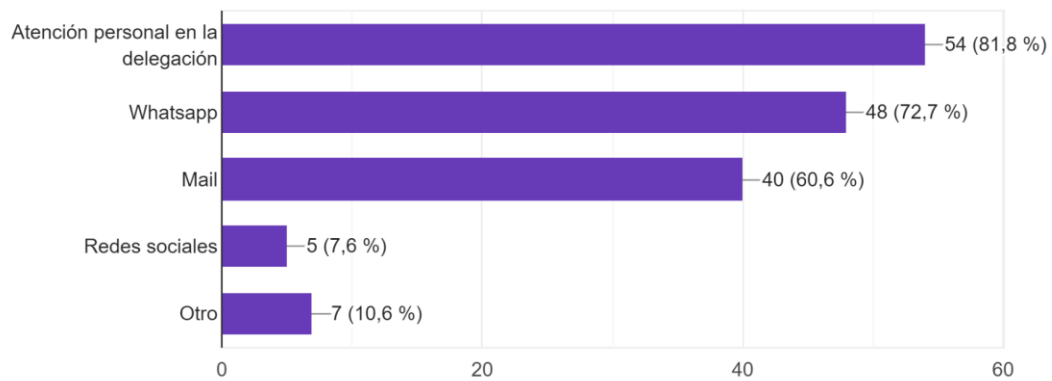


Figura 9.2. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 2 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

### ¿Cuáles son los trámites que atendés con mayor frecuencia?

66 respuestas

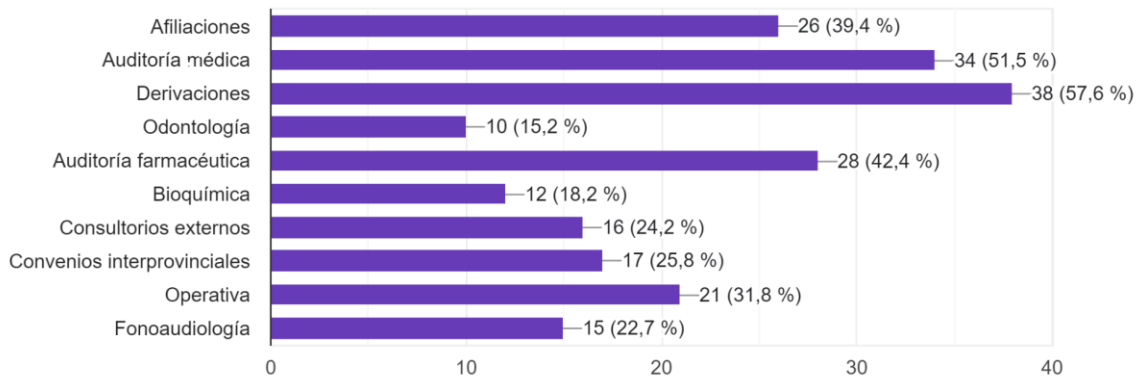


Figura 9.3. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 3 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

### ¿Cuáles son los trámites que suelen generar mayor conflicto con los afiliados?

66 respuestas

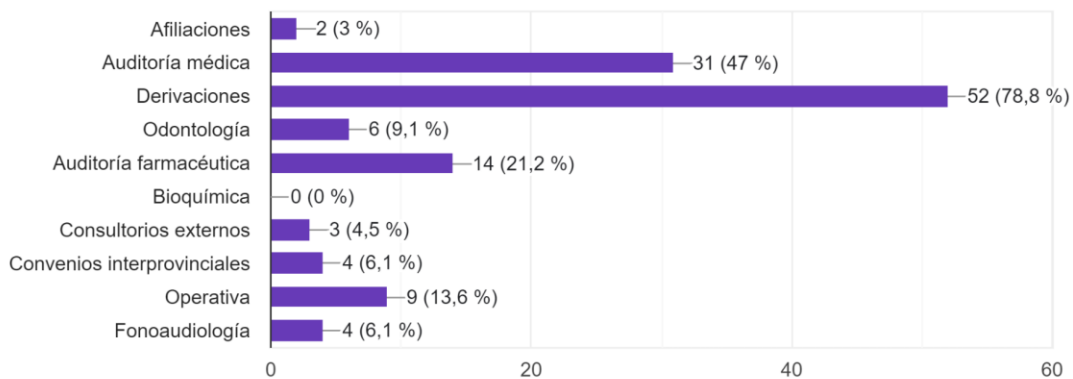


Figura 9.4. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 4 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

¿Tenés todas las herramientas necesarias para hacer tu trabajo?

66 respuestas

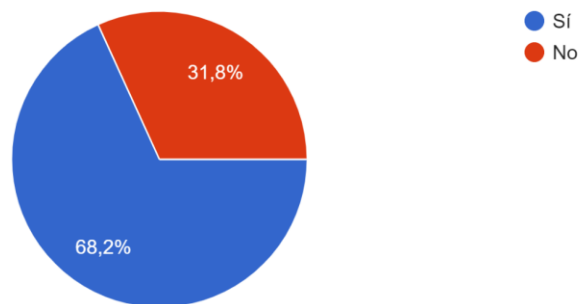


Figura 9.5. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 6 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

¿Tenés la suficiente información para realizar tus tareas eficazmente?

66 respuestas

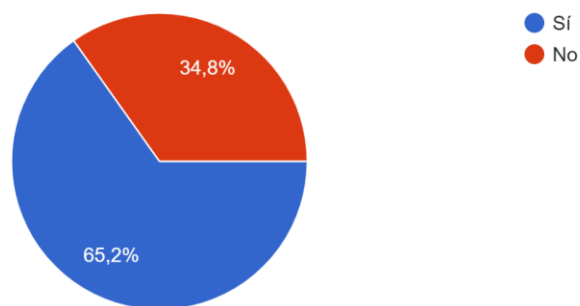


Figura 9.6. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 7 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

Si te encontrás con un problema o una situación inusual o de otra área ¿sabes adónde acudir para encontrar una solución?

66 respuestas

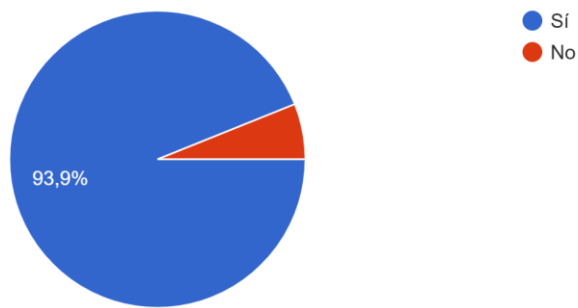


Figura 9.7. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 8 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

¿Crees que existe una comunicación fluida entre áreas?

66 respuestas

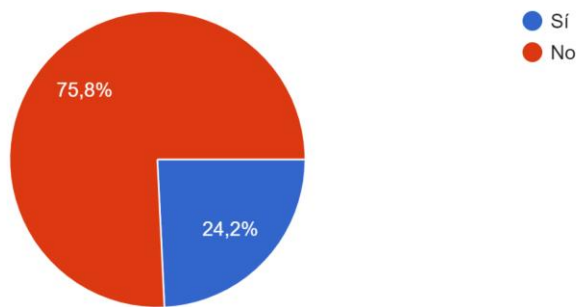


Figura 9.8. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 7 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

¿Considerás que los afiliados están informados sobre los servicios de la CSS?

66 respuestas

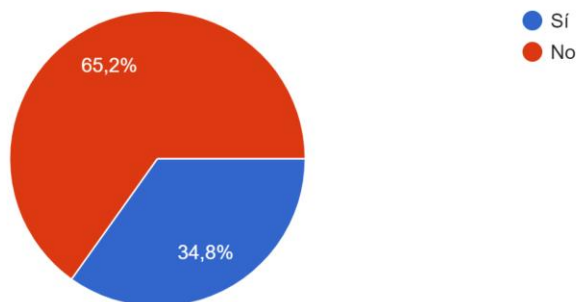




Figura 9.9. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 8 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

En una escala de 1 a 5 donde 5 corresponde a muy buenos y 1 a muy malos, ¿qué puntaje crees le colocan los afiliados a los servicios brindados por la CSS?

66 respuestas

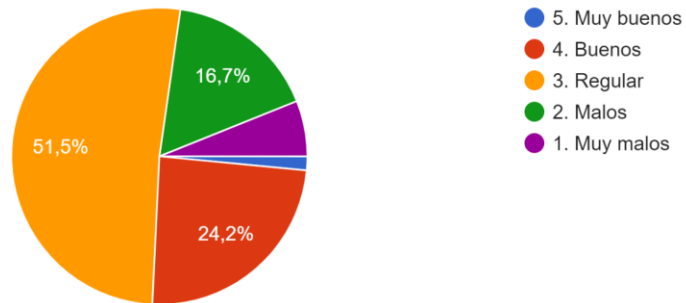


Figura 9.10. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 9 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

## Anexo 10

### **Respuestas cualitativas (35)**

Pregunta 5: ¿Podrás detallar las principales quejas/reclamos que recibís?

- La tardanza en las derivaciones y turnos
- La demora en los trámites y la falta de respuesta de las áreas ante una consulta por teléfono o mail.
- muchos protocolos y poco RESPUESTAS
- Demora en pagos de reintegros y pedido de documentación innecesaria. Poca información con respecto a las derivaciones, turnos, pasajes, etc...
- La demora en la adquisición de turnos-
- Que no confirman hotel antes de viajar, que no sacan turnos en tiempo y forma en cempenta, samic, garraham como así también una vez autorizada la derivación la dejan sin pedir turno y se vencen los pedidos .
- derivaciones: los afiliados dicen que son mal derivados y que tardan mucho en salir las derivaciones. reintegros/operativa: no es circuito que sea comodo y agil para los afiliados, solicitan mayor cantidad de prestadores
- demora en el inicio del tramite, repuesta ante un rechazo del auditoria medica
- FALTA DE PAGOS, NO REALIZAN DERIVACIONES A TIEMPO
- la falta de respuesta rápida a las consultas presentadas o las autorizaciones, se desconocen los profesionales que se cuenta en la provincia o los estudios que se realizan , por lo que se estan con demoras de mas de un mes para dar respuestas a turno o lugares donde se realizan las consultas.
- que informan mal al afiliado
- DISPONIBILIDAD DE HOTEL, Y DISPONIBILIDAD DE HORARIO DEL SPORTMAN QUE SOLO TENEMOS DE PTO DESEADO A OTRAS LOCALIDADES UN SOLO HORARIO DE IDA 17:30 Y DE REGRESO POR EJEMPLO DE CALETA 14:20. POR LO CUAL DOY UN EJEMPLO.
- SI OTORGO UN TURNO EN CALETA OLIVIA AL AFILIADO LO TENGO QUE DERIVAR UN DIA ANTES Y POR ESA RAZON YA DEBO DARLE 2 DIAS DE HOTEL. Y SI EL TURNO ES POR LA TARDE (15:00) TENGO QUE DARLE 3 DIAS DE HOTEL, UN DIA ANTES, EL DIA DEL TURNO Y AL OTRO DIA PARA REGRESAR PORQUE SOLO HAY UN SOLO HORARIO DISPONIBLE. QUE LAMENTABLEMENTE NO SON ACCESIBLES."
- datos no cargados en sistema de los afiliados sobre enfermedades cronicas
- Cuando los afiliados presentan tardes las derivaciones y no se llega con las autorizaciones o cuando los profesionales los dan turnos a largo plazo .
- la tardanza en autorizar las Derivaciones la mayoría de las veces se van sin derivación

- No responde nadie por los medios que utilizan y nos suelen llamar
- Problemas en farmacia!
- Falta de prestadores, demoras en los pagos y reintegros
- autorización de derivaciones, problemas en la farmacia al ir a comprar medicación.
- Con derivaciones el inconveniente es la autorización de las derivaciones, como los destinos, acompañantes, y la verificación del médico a la hora de evaluar. La condición o hc del afiliado. Si es psiquiátrico siempre necesitaría el acompañante así valla a realizarse una TAC .
- Con respecto a odontología la falta de prestaciones, en privado y en los hospi y es imposible conseguir turnos. Muchos reclamos por falta de cobertura en ortodoncia. Prácticamente el afiliado debe pagar todo.
- Derivaciones, es mucha la demanda solicitada al no tener médicos en la localidad
- Que tardan mucho tiempo los turnos
- Derivación porque no sale a tiempo
- cobertura de medicación
- Demoras en las autorizaciones
- Derivaciones
- La mayor queja es que no atienden el teléfono. Esto según los afiliados.
- Dedicación al explicar los motivos por el cual no se autoriza la derivación o porque se pide algo más antes de autorizar la misma. Muchas veces el afiliado necesita que se le explique bien las cosas para tranquilidad, ya que cada uno percibe con distinta sensibilidad la patología por la cual debe ser derivado. Para agregar una problemática, que no se menciona arriba, y se reciben muchas quejas es la falta de especialidades. Neurología, psicología y psiquiatría son los más consultados. Mayor cobertura en oftalmología y odontología.
- Buenos días el inconveniente es Derivaciones Yo estoy en Atenc al público y la queja más usual es la información que se le dan en el Box 6 de deriv usas y venidas x vuelo por bouch etc
- Demora en las respuestas en los trámites, poca disponibilidad de turnos ,falta de profesionales,
- Desde el sector derivación las respuesta a los pedidos de autorización de derivaciones no son rápidos ,aveces aut sin acompañante o a otro destino, es otro problema y suplicar que por favor realicen los cambio en las autorizaciones , muchas veces ni contestan a los pedidos lo que provoca q el afiliado se moleste y cambie un turno o tng que irse y reclamar personalmente x su deriv
- la cobertura o la falta de ella en cuanto a los convenios con otras provincias. En materia de derivaciones la negativa de las mismas, o la demora en brindar información al respecto turnos, hoteles pasajes etc
- el prestador cobra en forma particular con altos costos
- Ninguno de arriba lo que genera mayor conflictos con los afiliados es la falta de comunicación entre los directivos y personal que atendemos a los afiliados, no nos informan los cambios de cobertura, baja de prestadores, las cosas que están y no nombradas, etc,.. entonces a la hora de poder darle una solución rápida

y eficaz al afiliado se nos hace super difícil porque no estamos al tanto de nada somos los últimos en enterarnos todo. Soy rocío trabajo en auditoría médica .

- Fallas de gestión en turnos. Falta personal en atención al público, la falta de transmitir mensajes, confusión en la información brindada
- La principal queja es la información incorrecta brindada por el agente que atiende al afiliado en las 3 áreas, también la cobertura en caso de discapacidad y derivaciones. En auditoría es el tiempo de respuesta.
- La demora
- Derivaciones
- Prestaciones y coberturas
- Los reclamos tienen que ver con el tiempo que lleva auditar indicaciones médicas
- En derivaciones hay mucha falta de información, desde el sector dicen que les falta gente y los afiliados dicen que no saben que fecha viajan, se quejan de la demora, de la condición de los hoteles, de la info respecto a las direcciones y turnos. En odontología la falta de profesionales y prestaciones. En operativa la demora en los reintegros, considerando que el afiliado debe para el servicio y después realizar un engorroso proceso administrativo para recuperar una pequeña parte del dinero.
- TURNO, CONFIRMACIÓN DE HOTELES A ÚLTIMO MOMENTO, NO SE ACTIVA TARJETA ALIMENTARIA, DEMORAS ALTA PASAJES CABA
- no cargan los planes, ni saben que planillas entregar a los afiliados o que documentación solicitarle. CABA de Buenos Aires, no contesta los mails. Caleta firma las planillas y no carga nada en el sistema, ni siquiera evalúa el tratamiento.
- Problemas en farmacia y no tenemos perfil de consulta para ver que en que se excende o porque se caen las coberturas, la farmacia local muchas veces no tiene lo solicitado y piden cambiar la receta, que después no pasa y quizás es un viernes y no tienen solución hasta el lunes o martes.
- Demora de turnos y de confirmación de hotel y de altas
- La falta de respuesta y el tiempo de demora. Más la NO comunicación entre las áreas.
- la falta de respuesta por parte del personal, sobre los trámites de los afiliados.
- Reintegros
- no contamos con prestador
- BUROCRACIA
- tiempos de respuesta
- Muchas veces no hay lugar en los hoteles de CO o no autorizan a realizar estudios a CR cuando los médicos no reciben las imágenes de CO
- que siempre quieren más y siempre autorizan más
- En el caso de afiliaciones donde no se le puede dar de altas a nuevos municipales.

- En el caso de derivacion a no tener especialis en la localidad es mucha la demanda de derivacion
- Y en farmacia cuando la medicación de alto costo no llega a tiempo.
- Con respecto al sector afiliaciones los reclamos son de los empleados municipales a los que se le realizan los descuentos pero no pueden hacer uso de la Obra Social.
- En el sector Derivaciones los reclamos estan relacionados con la plaza hotelera, muy limitada.
- DERIVACIONES Y AUDITORIA MEDICA, FALTA DE PERSONAL Y CONGRUENCIA EN LOS TRAMITES, DE ATENCION, ETC.
- quejas por derivaciones: las derivaciones tardan o no se deriva a quien solicito el medico tratante. reintegros por la falta de prestadores
- cobro indebido por parte de los prestadores
- derivaciones y también de informes
- La cantidad de requisitos que se lee piden
- La falta de respuesta
- COBERTURAS DEL ACOMPAÑANTE, DEMORAS DE TURNOS QUE SON AJENOS A LA DELEGACION DEPENDIENDO DE LOS CENTROS Y O ESPECIALISTAS A LOS CUALES SE DERIVAN.- EN CUANTO A FARMACIA CON COBERTURAS DEL 70% UNA VEZ INGRESADO A PLAN CRONICO, AFILIADO RECLAMA COBERTURA AL 70, PENSANDO QUE UNA VEZ INGRESADO A CRONICO TIENE EL DERECHO DE COBERTURA AL 70 Y SE LE EXPLICA QUE NO TODA LA MEDICACION QUE UTILIZAN LE CORRESPONDERIA AL 70 ..
- transportes para derivados, ya que no ingresan a la localidad
- falta de prestadores
- QUE NO LES DAN RTAS CLARAS

Nota: Se envían adjunto por separado las respuestas en formato Excel y cada uno de los formularios que fueron respondidos.

**UNTREF**  
**VIRTUAL**

**MANUAL DEL CAMPUS PARA EL ALUMNO**

Haga click sobre el capítulo que desea consultar

<b>1</b>	<b>Algunas consideraciones previas</b>	3
<b>2</b>	<b>Accediendo al aula</b>	3
<b>3</b>	<b>Secciones del aula</b>	5
<b>3.1</b>	Presentación y contenidos	6
<b>3.2</b>	Actividades, Evaluaciones Autocorrectivas	6
<b>3.3</b>	Biblioteca	7
<b>3.4</b>	Foros	7
<b>3.4.1</b>	¿Cómo participar en los foros?	8
<b>3.5</b>	Contactos	9
<b>3.6</b>	Mail Interno	10
<b>4</b>	<b>Actualizar datos personales</b>	11
<b>5</b>	<b>Cerrar sesión del campus</b>	12

## 1 Algunas consideraciones previas

Antes de comenzar con la plataforma, es necesario detenerse a explicar algunas cuestiones necesarias e importantes para acceder al material del curso:

Se recomienda para navegar el campus utilizar el navegador **Mozilla Firefox**. Puede descargarlo de manera gratuita desde la siguiente página:

<https://www.mozilla.org/es-ES/firefox/new/>

La mayor parte del contenido de las asignaturas se encuentra en formato .pdf. Para poder leer archivos .pdf debe tener instalado y actualizado en su computadora el programa **Adobe Reader**, el cual puede descargarse desde la siguiente página:

<http://get.adobe.com/es/reader/>

Por otro lado, es probable que al tratar de acceder a un material, éste se abra en una nueva ventana. Es posible que su navegador de Internet le avise que se bloqueó una “**ventana emergente**”, por lo cual es importante desactivar el bloqueador de elementos emergentes. Puede visualizar el siguiente instructivo para desactivarlas:

<https://support.mozilla.org/es/kb/configuracion-excepciones-y-solucion-de-problemas->

## 2 Accediendo al aula

Ingrese a sus cursos virtuales desde nuestro sitio web:

<https://www.untrefvirtual.edu.ar/>

Luego deberá hacer click en **ACCESO AL CAMPUS/ALUMNOS**.



Una vez en la página de login:

<https://www.u3fweb.com.ar/webu3f/web/loginalumnos.aspx> ingrese los datos recibidos por e-mail: su nombre de **usuario** (el cual se encontrará formado por su número de legajo) y su **contraseña**.



ALUMNOS : Iniciar sesión

Nombre de usuario: 10741

Contraseña: .....

Recordármelo la próxima vez.

Inicio de sesión

[¿Olvidaste tus datos?](#)

De esta forma accederá a la **Plataforma Administrativa** (vea imagen siguiente) en donde verá sus datos y dos enlaces:

Primer enlace a **Cuenta Corriente de Cuotas**, desde donde podrá descargar las cheques de pago y ver el estado de su cuenta corriente.

Segundo enlace (en la imagen de ejemplo) **Licenciatura en Administración** es el acceso al aula virtual de la **carrera que se encuentra cursando**.

También, desde esta pantalla podrá realizar otras acciones como Inscripción a materias, a Exámenes Finales, consultar su Historia Académica desde el botón Materias Cursadas, observar su analítico o solicitar Certificado de Alumno Regular.

[Cuenta Corriente de Cuotas](#)

[Licenciatura en Administración](#)

Materias Cursadas

Formulario de Inscripción

Análítico de Materias

Cert Alumno Regular

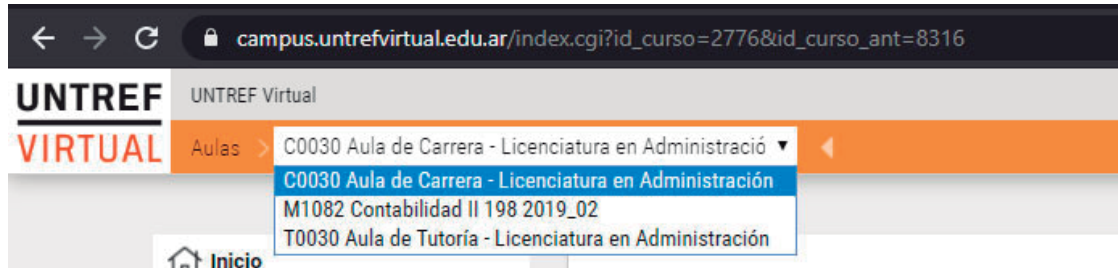
Ver Inscripciones a Materias

Ver Inscripciones a Exámenes

Volver

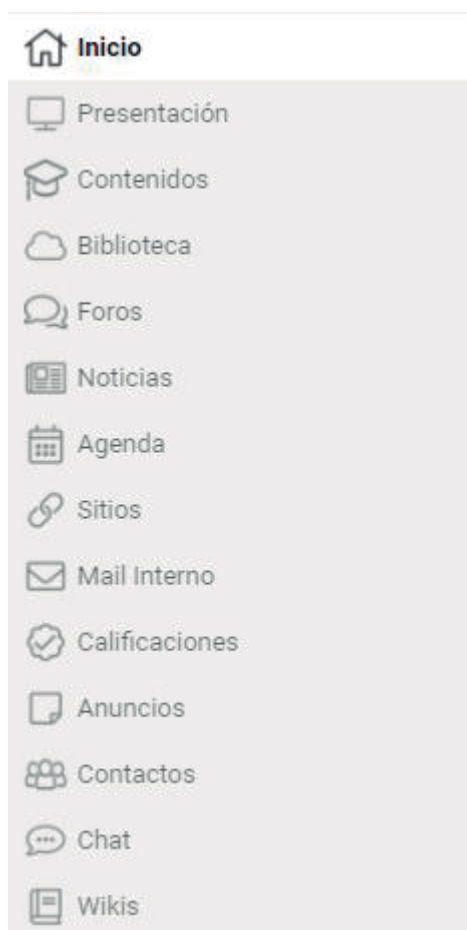
Cuatrimstre 20201

Una vez abierta el aula, desde la barra superior naranja podrá desplegar el menú para acceder a las diferentes aulas de las distintas materias.



### 3 Secciones del aula

Dentro del aula virtual podrá visualizar en el menú izquierdo las diferentes secciones.



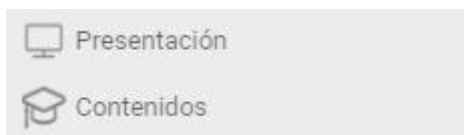
**Secciones de almacenamiento de información:** en estas secciones se encuentran la presentación tanto de la materia como del docente y las unidades con los contenidos procesados de la asignatura.

Además cuenta con archivos Biblioteca y links a Sitios que complementen el material de estudio de la cursada.

**Secciones de comunicación:** compuestas principalmente por el foro, el cual emula a la clase presencial.

También se encuentra el listado de alumnos y profesores en la sección Contactos y el Mail Interno del aula en donde se reciben y envían mails a los usuarios de la misma.

### 3.1 Presentación y contenidos



La sección “**Presentación**” normalmente contiene el programa y plan de estudios de la asignatura y la bitácora del docente.

En “**Contenidos**” se encuentran las unidades que componen la asignatura.

Dentro de esta sección haga clic en la carpeta de la **Unidad/Módulo** correspondiente para acceder al material subido en esa carpeta.

#### Unidad 1- Técnica contable, medición y exposición

- Unidad 1-Técnica contable, medición y exposición
- Unidad 1

CONTENIDO RELACIONADO

2 archivos

4 temas de debate

| [Unidad 2- Presentación de la información contable](#)

| [Unidad 3- Exposición de los estados contables](#)

| [Unidad 4- Estado de evolución del patrimonio neto](#)

| [Unidad 5- Estado de Resultados](#)

### 3.2 Actividades, Evaluaciones Autocorrectivas


Tanto las Actividades, Evaluaciones Autocorrectivas y Encuestas se encontrarán dentro de la sección **Contenidos**, en la carpeta correspondiente de la Unidad/Carpeta o en una carpeta creada específicamente para tal ítem.

### 3.3 Biblioteca


 Biblioteca

En esta sección se encuentra la bibliografía de la asignatura y algunos documentos extra. Para acceder, haga clic en la sección “**Biblioteca**” en el menú izquierdo del aula.


Selecione la carpeta de la Unidad a la que desea acceder, para visualizar el contenido de la biblioteca correspondiente a esa unidad.

-  **Unidad 01**  
Archivos de Unidad 1- Técnica contable, medición y exposición  
05/03/2019 - última actualización

---

-  **Unidad 02**  
Archivos de Unidad 2- Presentación de la información contable  
05/03/2019 - última actualización

---

-  **Unidad 03**  
Archivos de Unidad 3- Exposición de los estados contables  
nunca - última actualización

### 3.4 Foros

El profesor copiará o adjuntará la clase que acompaña los contenidos presentados en la sección “Contenidos” abriendo un tema de debate en el foro, y ese será el espacio para que el alumno plantee sus dudas en cuanto a la cursada. Por ejemplo la clase que acompaña los contenidos de la Unidad 1 se desarrollará en el Foro de la Unidad 1 y así sucesivamente. Cada tema de debate posee un título que indica su contenido, rogamos plantear sus consultas dentro del tema de debate correspondiente.

 Foros

### 3.4.1 ¿Cómo participar en los foros?

➤ Ingresando a la sección **Foros** del aula, visualizará una pantalla que nos muestra las Carpetas/Unidades del curso.

➤ Al abrir una carpeta (por ejemplo la Unidad 1) verá los temas de debate que se han abierto.

The screenshot shows a list of forum topics:

- Módulo Introducción a la Universidad Virtual** (6 topics): Debates de Módulo Introducción a la Universidad Virtual, 06/04/2019 11:58 - última actualización
- Unidad 1** (2 topics): Debates de Unidad 1, 12/04/2019 10:55 - última actualización
- Unidad 2** (7 topics): Debates de Unidad 2, 17/05/2019 17:36 - última actualización
- Unidad 3** (9 topics): Debates de Unidad 3, 12/07/2019 09:38 - última actualización
- Devolución general** (18 topics): Lucia Cytryn - 24/06/2019 12:36, Última intervención de Lucia Cytryn el 27/06/2019 13:22
- Clase 1** (17 topics): Lucia Cytryn - 21/06/2019 12:05, Última intervención de Lucia Cytryn el 25/06/2019 15:09

➤ Para responder un mensaje, es necesario ingresar en el tema de debate correspondiente.

➤ Haga clic en el botón **“Responder”**, escriba su respuesta en el recuadro **“Responder al tema de debate”** y luego presione el botón **“Aceptar”** para publicarlo.

The screenshot shows the response form with the following elements:

- 1**: A green button labeled "Responder" with a plus icon.
- 2**: A text input area with a placeholder "responder al tema de debate" and a rich text editor toolbar above it.
- 3**: A grey button labeled "Aceptar" at the bottom right.
- At the bottom left, there are "archivo" and "imagen" sections, each with an "Agregar" button.
- A text box at the bottom center contains the instruction: "Desde el botón **“Agregar”** podrá adjuntar archivos a su intervención."

### 3.5 Contactos

Haga clic en la sección Contactos del menú izquierdo del aula.

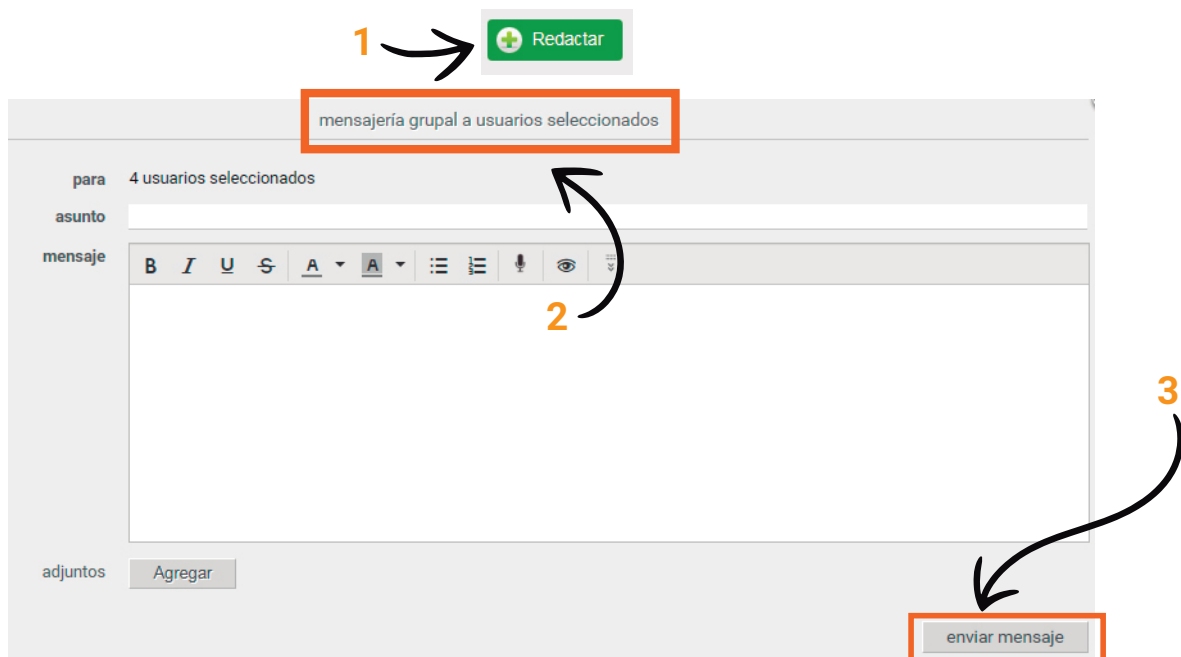


Accederá así a una lista con todos los integrantes del curso (incluyendo profesores y compañeros de curso) junto con la posibilidad de enviar un mensaje individual o grupal a los usuarios que desee.

Para elegir a qué participante o participantes pretende enviar el mensaje, deberá hacer clic en el casillero al lado del nombre, en la lista de usuarios.



Haga clic en **"Redactar"**, escriba el mensaje en el siguiente recuadro **"Mensajería grupal a usuarios seleccionados"** luego haga clic en el botón **Enviar mensaje**.



### 3.6 Mail Interno

Debajo del botón de Contactos se encuentra el de **“Mail Interno”**. Esta sección le permitirá leer, responder y eliminar los mails que haya recibido.

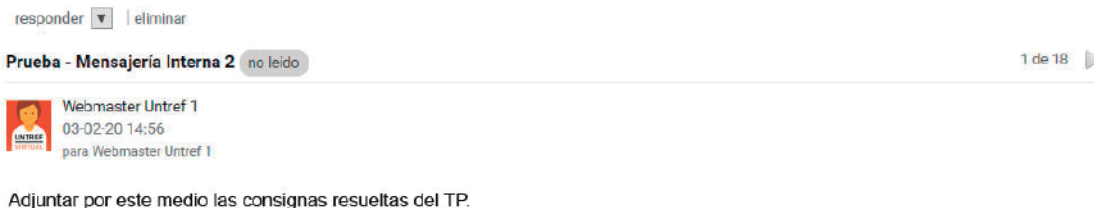


Seleccionando los mensajes (tildando el casillero correspondiente) podrá eliminarlos y marcarlos como no leídos.

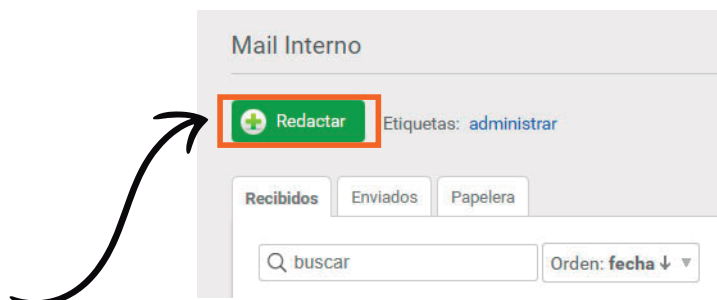
eliminar | [marcar como no leído](#)

<input checked="" type="checkbox"/>	Webmaster Untref 1	Prueba - Mensajería Interna 2	03-02-20
<input checked="" type="checkbox"/>	Webmaster Untref 1	Prueba - Mensajería Interna 1	03-02-20

Ingresando al mensaje, el mismo puede ser respondido, reenviado o eliminado.



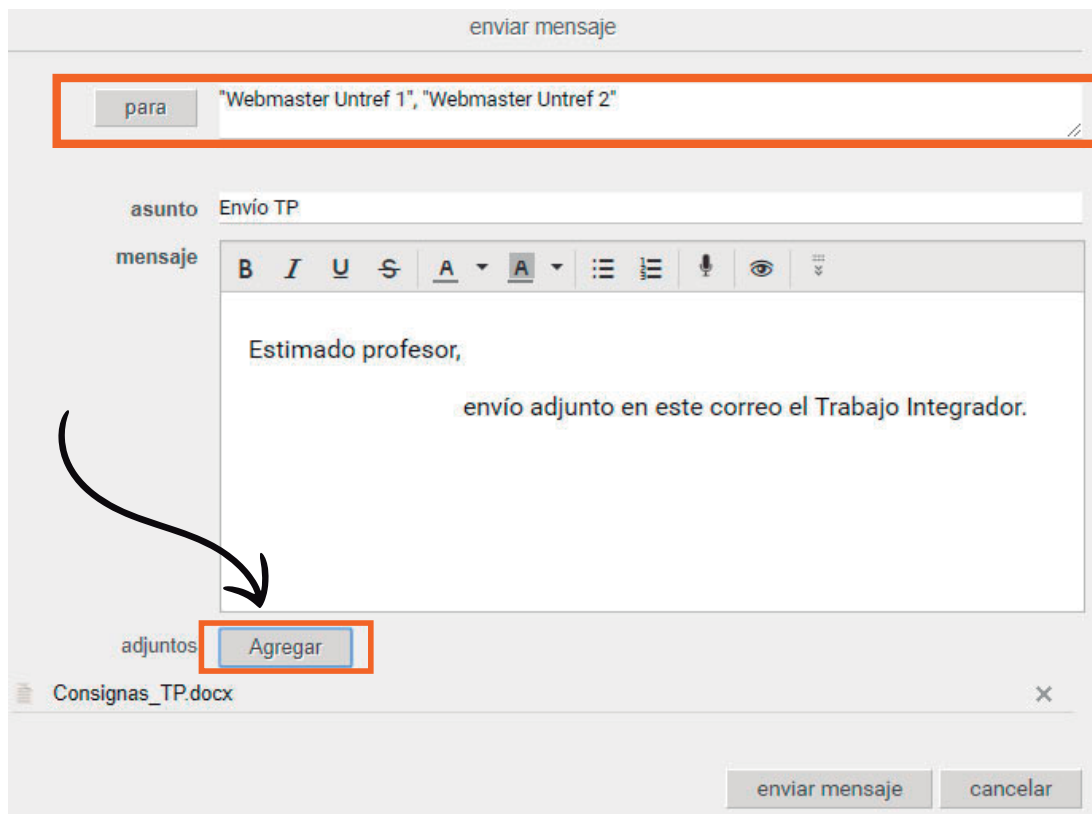
Desde el botón **“Redactar”** ubicado en la parte superior de la pantalla podrá crear y enviar nuevos mensajes.



Desde el botón **“Para”** seleccione/tilde los casilleros de los contactos a los cuales se les enviará el mail, luego haga clic en **“Aceptar”**. Los contactos seleccionados serán agregados al campo **“para”** del mail.



Para adjuntar una tarea/archivo debe hacer clic en **"Agregar"**. Aparecerá a continuación un recuadro de los archivos y carpetas que están dentro de su computadora, busque el archivo correspondiente a adjuntar y haga clic en **"abrir"**.




#### 4 Actualizar datos personales

Desde la opción **"Perfil y preferencias"** de la barra superior, el usuario puede acceder a actualizar su información personal, pudiendo además elegir el idioma de la interfaz y suscribirse a los foros de debate, para recibir notificaciones de las nuevas participaciones. Además, desde esta pantalla podrá modificar su clave de acceso.





Una vez que haya accedido al menú indicado visualizará la siguiente pantalla, en la cual se mostrará un texto **“Conservar Clave”** que desaparecerá si coloca otra clave.

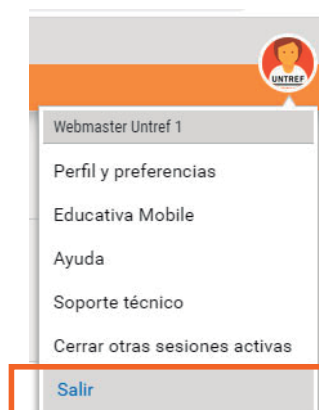
usuario	webmaster
nombre	Webmaster
apellido	Untref 1
clave	<input type="text" value="Conservar clave"/>
fotografía	

Complete los campos y recuerde presionar el botón **“guardar”** para actualizar su clave.

clave	....	<input type="text" value="Ingrese su nueva clave"/>
repetir clave	....	<input type="text" value="Repita su nueva clave"/>
clave actual	....	<input type="text" value="Ingrese su clave actual"/>

**5****Cerrar sesión del campus**

Para cerrar su sesión haga clic en su foto de perfil ubicada en la parte superior derecha de la pantalla. Se desplegará un menú y deberá presionar **“Salir”**.



# Procedimiento sobre seguimiento y control de las derivaciones

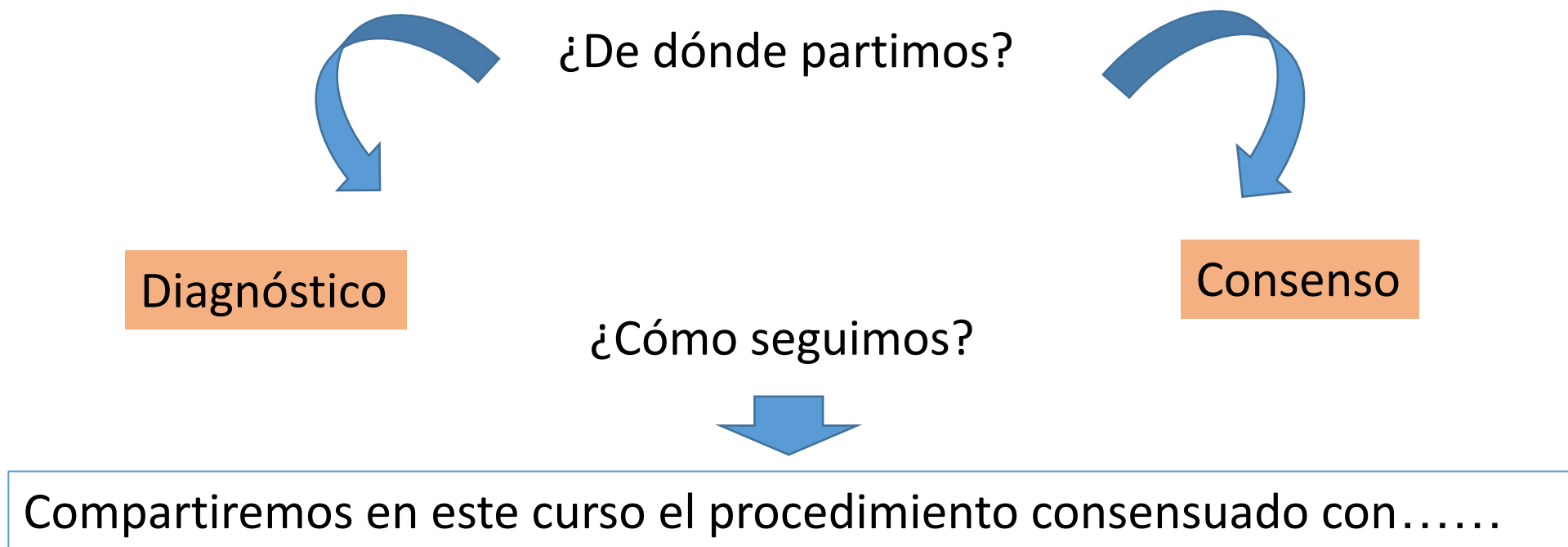
Presentación del manual elaborado en el marco del Contrato CFI- UNTREF

FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA CAJA DE SERVICIOS SOCIALES DE LA  
PROVINCIA DE SANTA CRUZ

MODULO I



# Manual sobre Procedimiento sobre seguimiento y control de las derivaciones





# PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS DERIVACIONES

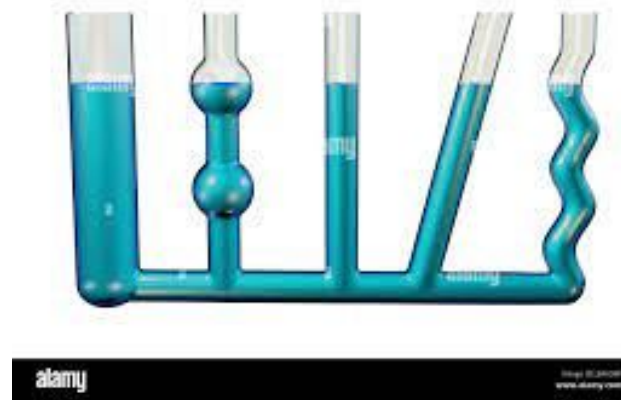
---

PROYECTO  
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL  
CAJA DE SERVICIOS SOCIALES  
PROVINCIA DE SANTA CRUZ

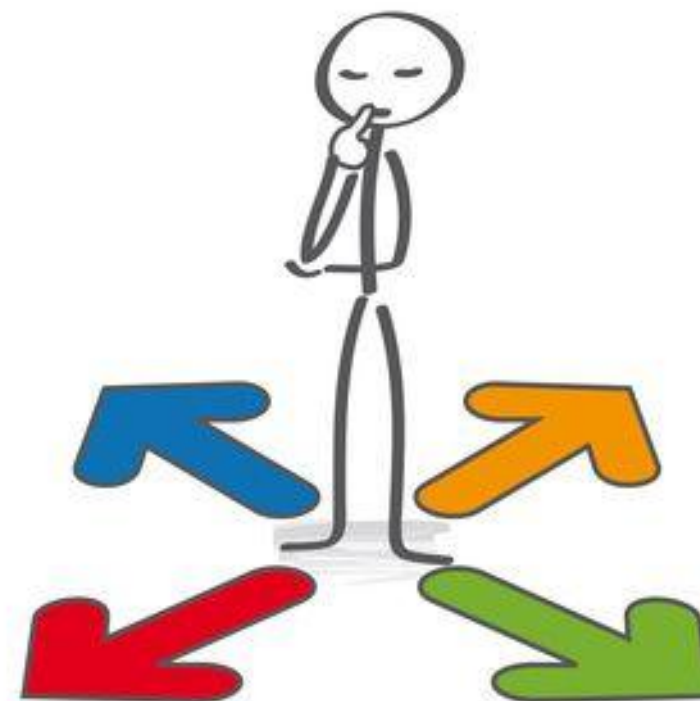
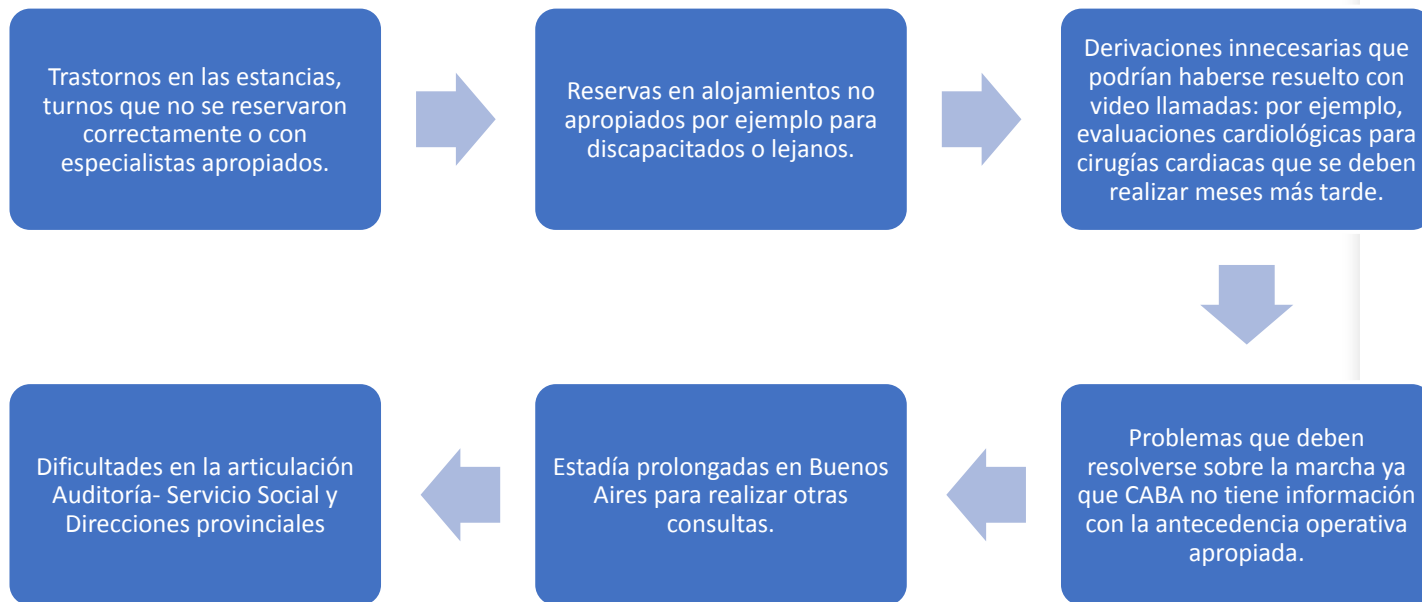
Este procedimiento promueve la mejora del rendimiento de la organización y de cada integrante implicado en el proceso. Para ello se requiere que los mismos estén plenamente identificados con los objetivos trazados por la organización (que incluyen la aplicación del presente manual) , ya que precisamente las personas constituyen la fuerza motriz en la conducción y ejecución de todo el proceso transformador.

Por tal razón, entendemos que el punto de partida es intentar que todos los vasos comunicantes, se nivelen, en pos de lograr un equilibrio flexible y a su vez dinámico siguiendo las tendencias actuales del entorno (que nos exigen estar atentos y promover indefectiblemente progresos).-

Uno de los tantos indicadores que nos han solicitado tener presente para la redefinición de las mejoras en el procedimiento, es la productividad. Para lograr una mejora en este (como en tantos otros indicadores que trataremos más adelante) es necesario reformular y/o adoptar nuevos métodos de trabajo, que nos permitirán dar respuesta a los requerimientos de la organización y fundamentalmente a nuestros afiliados.



# Diagnóstico – situaciones detectadas a mejorar



# Diagnóstico – situaciones detectadas a mejorar

Proceso integral de derivación centralizada en Santa Cruz y con dificultades en la comunicación, lo que impide a Buenos Aires poder anticipar eventuales requerimientos o incidir previo al viaje.

No hay “previsualización o conocimiento” de auditoria CABA para conocer la derivación (prestador medico)

Criterio de Derivación: carecen de un procedimiento claro para comprender los casos o patologías que se derivan y un manejo apropiado de las excepciones.

Poco conocimiento de la Red de Complejidad de CABA, selección por parte de los pacientes.

Generación de problemas por prestadores con convenio (tipo de contrato, dificultades financieras, categorización) Prestadores que solicitan pago anticipado por ejemplo en Fertilidad.

Dificultades entre Interconsultores y quienes realizan tratamiento: El beneficiario permanece más tiempo que el acordado porque el medico no otorga el alta para el retorno a Santa Cruz

Carecen de un software integral de todas las delegaciones para comprender el Tablero de control de esas derivaciones





# Cuales son lo beneficios de contar con un manual de procedimiento....



**Dejar escrito procesos de trabajo**



**Mejorar y optimizar procesos**



**Facilitar la comunicación y unificación de criterios**

**Disminución de tiempos de formación y capacitación**



# Contenido

## MANUAL DE PROCEDIMIENTO

- 1. OBJETIVO
- 2. ALCANCE Y ÁMBITO DE APLICACIÓN
- 3. DIRECTRICES GENERALES
- 4. DERIVACIÓN DE EMERGENCIA
- 5. DERIVACIÓN PROGRAMADA
- 6. CONTRAREFERENCIA
- 7. ESTRATEGIAS DE APLICACIÓN
- 8. INDICADORES DE GESTION
- 9. RESPONSABILIDADES DE LA GESTIÓN DE RED
- 10. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO
- 11. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS
- 12. FUNCIONES O ROLES
- 14. ANEXOS
  - I. NORMAS GENERALES DE TRABAJO
  - II. SUBPROCESO DE DERIVACIÓN DE EMERGENCIA
  - III. SUBPROCESO DE DERIVACIÓN PROGRAMADA

# Objetivos

---

Herramientas para mejorar el seguimiento y control de las derivaciones en la CSS de la Pcia de Sta Cruz,

---

fortalezcan metodologías tanto en derivaciones programadas como en las de emergencia,

---

conozcan la normativa de aplicación, y

---

funciones, roles y responsabilidades en el proceso de seguimiento y control de las derivaciones.



# Modulo I

**USO DEL MANUAL DE  
PROCEDIMIENTO  
PARA EL  
SEGUIMIENTO Y  
CONTROL DE LAS  
DERIVACIONES**

Objetivos y alcance

# Objetivo

Establecer los procedimientos de derivaciones de pacientes con patologías que no pueden diagnosticarse o recibir tratamiento o rehabilitación en el Nivel Local con un criterio de Red de Complejidad ascendente para la población bajo programa de cobertura de la Caja de Servicio Social,

con el objetivo de facilitar el acceso oportuno de las y los usuarios a prestaciones de salud que requieran referencia o derivación por emergencia, programada, así como derivaciones prolongadas enmarcados en la normativa vigente que regula las prestaciones en la materia.

# ALCANCE Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

## 2. a. Responsable del proceso

El responsable de este proceso es la Gerencia de asistencia al afiliado

## 2.b. Alcance

El proceso diagnóstico- terapéutico comienza y finaliza en las delegaciones de Rio Gallegos y/o Caleta Olivia.

Su alcance se inicia con la solicitud de derivación, generada por el profesional médico a cargo del paciente de acuerdo con sus competencias y finaliza cuando se obtienen los resultados esperados para el diagnóstico o tratamiento del paciente.

El presente proceso de derivaciones es de ámbito nacional, de aplicación obligatoria para la Red de Prestadores que tiene convenio con la CSS.





doctor's office



## ALCANCE Y ÁMBITO DE APLICACIÓN



# Tipos de derivaciones

- Emergencia: por demanda espontánea por una condición de emergencia que no pueda ser resuelta en el nivel local con las capacidades disponibles y pongan en riesgo la vida del paciente. La solicita y coordina el profesional a cargo del paciente y se tramita vía auditoría médica de la CSS, según condiciones de traslado y derivación al Centro de complejidad apropiado.
- Las Urgencias son aquellas condiciones clínicas o quirúrgicas en la que la intervención médica puede diferirse según la evolución, sin poner en riesgo la vida de la víctima, pero requiere atención médica a la mayor brevedad una vez estabilizado el cuadro. También las tramita el Centro asistencial local en coordinación con Auditoría Médica CSS, según condiciones de traslado y derivación al Centro de complejidad apropiado.
- Programada: solicitada por el médico responsable del paciente para el apropiado diagnóstico o tratamiento en el ámbito nacional. Se tramita a Nivel Local con Auditoría Médica según condiciones de traslado y derivación al Centro de complejidad apropiado.



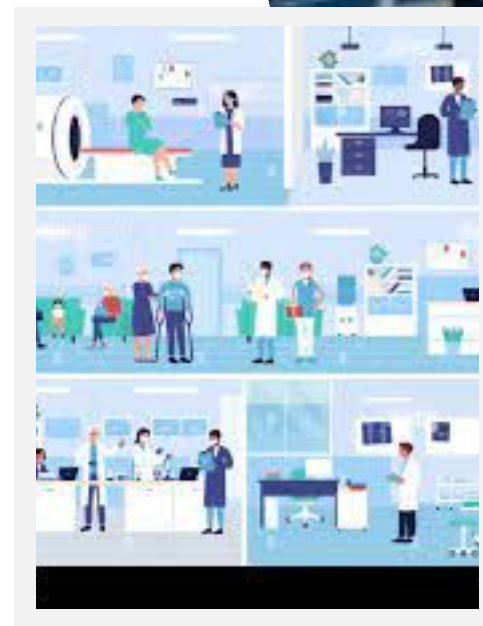
NOTA. • Cualquier atención fuera de la provincia debe entenderse como excepcional y requiere la intervención de la Gerencia de Prestaciones, quien tiene las potestades e incumbencias pertinentes



# DIRECTRICES GENERALES

## a. Causales para la derivación:

- Accesibilidad geográfica: se refiere a la falta de disponibilidad de recursos asistenciales apropiados en la región de residencia.
- Falta de “plaza o cama” en el sitio de atención, especialmente para alta complejidad.
- Capacidad resolutive: referida al nivel de respuesta del Centro asistencial a la demanda de atención que comprende las prestaciones necesarias, el recurso humano calificado, la infraestructura y el equipamiento, en acuerdo con el nivel de atención y complejidad asistencial requerido.
- Insuficiencia de profesionales
- Problemas de infraestructura
- Problemas de equipamiento y/o abastecimiento





# DIRECTRICES GENERALES

- b. La decisión de referir o derivar un paciente de un Centro asistencial a otro, es un acto médico, por lo tanto, es responsabilidad del médico solicitar la activación del procedimiento, respaldando su decisión en guías y protocolos médicos que deberán ser registrados en la historia clínica.
- c. Los prestadores de servicios de salud brindarán atención integral garantizando la atención, diagnóstica o terapéutica, de la patología por la que fue derivado.
- En el caso que aparecieran patologías concurrentes crónicas mientras se encuentra ingresado, el profesional a cargo enviará a la entidad financiadora (CSS) un informe técnico que incluya la copia de Historia Clínica, epicrisis, justificación del procedimiento y atención requerida, con firma de responsabilidad del médico/a tratante, para su autorización, previa de una nueva consulta o derivación.
- d. Como así, en el caso de la derivación para el tratamiento, deben realizarse las prácticas o terapéuticas requeridas para el tratamiento de la patología en cuestión y sus comorbilidades relacionadas y sus externalidades negativas. Se requerirá autorización previa de auditoría el diagnóstico o tratamiento de otras dolencias o hallazgos.



# Selección del servicio de salud



RED  
LOCAL

RED  
PROVINCIAL  
/ZONAL

RED  
NACIONAL



## 4. DERIVACION DE EMERGENCIA

- a. La referencia o derivación de pacientes de emergencia localmente o de un territorio a otro (de una provincia a otra), guardará el mismo orden de prelación, es decir, en los Prestadores de la Red Asistencial de la CSS y de no encontrar disponibilidad o la capacidad resolutive requerida, se recurrirá a unidades de la Red Complementaria.
- b. El trámite para efectuar una referencia o derivación de **emergencia o urgencia**, se realizará a través del sistema de conformidad con la normativa vigente, la solicitud se canalizará a través de la delegación correspondiente, solicitando esta la autorización a nivel central. En el caso de documentación faltante, se deberá regularizar dentro de las 24 hs, sin excepción y remitidas a nivel central.

Solicitud



Delegación regional o central

Solo autoriza nivel central

# 4. DERIVACION DE EMERGENCIA

---

- c. Será aprobada por el máximo responsable de auditoria médica (**responsable de Emergencias y coordinada administrativamente por la dirección Central de Coordinación de derivaciones. (art.38 inciso 268).**)
- d. Esa derivación deberá ser: solicitada y firmada por el médico tratante, el jefe de Emergencia o Jefe de Guardia y debe constar:
- ✓ la causa o dolencia que motiva esa derivación,
  - ✓ el motivo,
  - ✓ el tipo de clasificación de Triage y
  - ✓ un resumen de historia clínica y
  - ✓ medios diagnósticos – terapéuticos empleados
  - ✓ junto a la recomendación de medio de transporte para la derivación.
  - ✓ Ese documento puede ser una copia o realizarse vía digital

## 4.DERIVACION DE EMERGENCIA

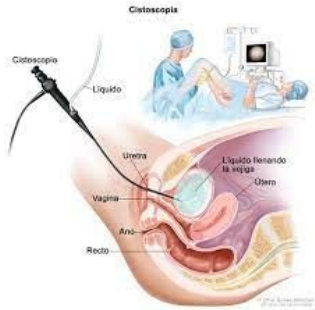
### En los casos de autorreferencia

- e. **En los casos de autorreferencia** a un servicio de emergencia de un establecimiento de salud de la Red (cuando un usuario/a consulta directamente en un servicio de emergencia), siendo estos de convenio o no, **el establecimiento de salud receptor deberá notificar a la Auditoría médica de la CSS para su oportuna derivación al Prestador según los criterios de Emergencia, Urgencia o Programada (ver punto c.**

### En los casos de prestadores externos sin contrato

- f. **En los casos de atención por emergencia en Prestadores Externos sin contrato**, la Auditoría médica de la CSS, **procurará el traslado del paciente hacia un Prestador de la Red asistencial propia**, y de no existir la factibilidad evaluará lo conveniencia o no del traslado en las siguientes 24 hs, si por circunstancias de la condición de salud del paciente, el traslado no es factible, entonces, el costo de la atención se negociará con base a los valores de mercado para el sistema de la Seguridad Social o Medicina Prepaga para la categoría del Centro asistencial y la región

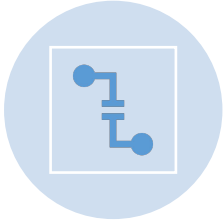
# 5. DERIVACION PROGRAMADA



## QUE COMPRENDE:

LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD, HOSPITALIZACIÓN, EXÁMENES O PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS.

ASISTENCIALES DE LA RED PRESTADORES DE LA CSS QUE NO DISPONGAN DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA Y/O DISPONIBILIDAD PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE SALUD DE LOS BENEFICIARIOS, PODRÁN DERIVAR A LOS PACIENTES A UNIDADES DE IGUAL O MAYOR NIVEL DE COMPLEJIDAD ACREDITADAS Y/O CONTRATADAS (EN EL CASO DE LA RED COMPLEMENTARIA), DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVA VIGENTE.



B. NO SE PUEDE REALIZAR DERIVACIONES ENTRE ENTIDADES DE LA RED COMPLEMENTARIA, DADO QUE LA ATENCIÓN DEBE SER INTEGRAL Y REQUIERE SIEMPRE DE LA INTERVENCIÓN DE LA AUDITORÍA MÉDICA.

**Auditoria medica**



Ophthalmologist



Dentist



Neurologist





# 5. DERIVACION PROGRAMADA

El proceso de selección del prestador **debe registrarse en el sistema informático** correspondiente, para garantizar que se realizó la gestión de acuerdo con el orden de prelación establecido.

d. La Referencia o Derivación de pacientes de un territorio a otro (de una provincia a otra), **requiere la autorización de la Auditoría médica de la CSS** correspondientes. La coordinación a la que hubiere lugar para el traslado del paciente se hará entre la unidad referente y la unidad receptora.

En caso de derivación, la cobertura de los pasajes serán por vía terrestre o aérea, según las circunstancias específicas de cada caso en particular.

Se limitarán a Rio Gallegos, localidades de la Provincia de Santa Cruz, Comodoro Rivadavia y Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Córdoba.



## 5. DERIVACION PROGRAMADA

f. Los **documentos requeridos** para referencia o derivación de atenciones programadas en hospitalización y consulta externa como para realización de exámenes o procedimientos ambulatorios programados son:

- **Solicitud de Derivación** con firma y sello del profesional responsable del caso. La correcta elaboración de este documento (letra clara, sin siglas) es responsabilidad del médico y del director del establecimiento de salud solicitante.
  
- **Copia de Historia Clínica y Epicrisis** en el que conste firma y sello del médico responsable de la atención y del responsable del servicio en sobre cerrado o vía email dirigido a Auditoría médica. El contenido mínimo debe ser:
  - Datos generales del paciente, y familiares que permitan un contacto efectivo,
  - N° de historia clínica,
  - Diagnóstico codificado según la CIE-10, o cuando sea operativa CIE 11,
  - Laboratorio, imágenes y/o estudios complementarios que hayan sido realizados.
  - Procedimientos realizados, resultados,
  - Tratamientos realizados,



# Historia Clínica

---

g. La Historia Clínica es un documento que no se puede utilizar para procesos administrativos de derivación sin autorización expresa del paciente.

LEY 26529  
Derechos del Paciente en su  
Relación con los  
Profesionales e Instituciones  
de la Salud.  
Sanción: 21/10/2009



## 5. DERIVACION PROGRAMADA

h. Para la derivación en caso de procedimientos o cirugías ambulatorios/as, se utilizará el pedido específico de la historia clínica del servicio requerido, debidamente validado por el médico responsable de la atención y autorizado por auditoría médica referente, luego de la coordinación con el prestador y auditoría medica receptora.

Solicitud  
procedimiento

Autoriza  
auditoria medica

Coordinación con  
el prestador, día,  
horario

## 5. DERIVACION PROGRAMADA

En el caso de pacientes que requieren estancia prolongada, cuidados mínimos o paliativos, o en proceso de transplantes de órganos, o con enfermedades raras o huérfanas y catastróficas se deberá acordar:

Con la familia y el prestador el mejor momento de retorno al lugar de origen, su medio de regreso,

los medios necesarios para su tratamiento en origen,

intervención del Servicio social si fuere necesario,

y la provisión de medidas y soportes terapéuticos para la atención.

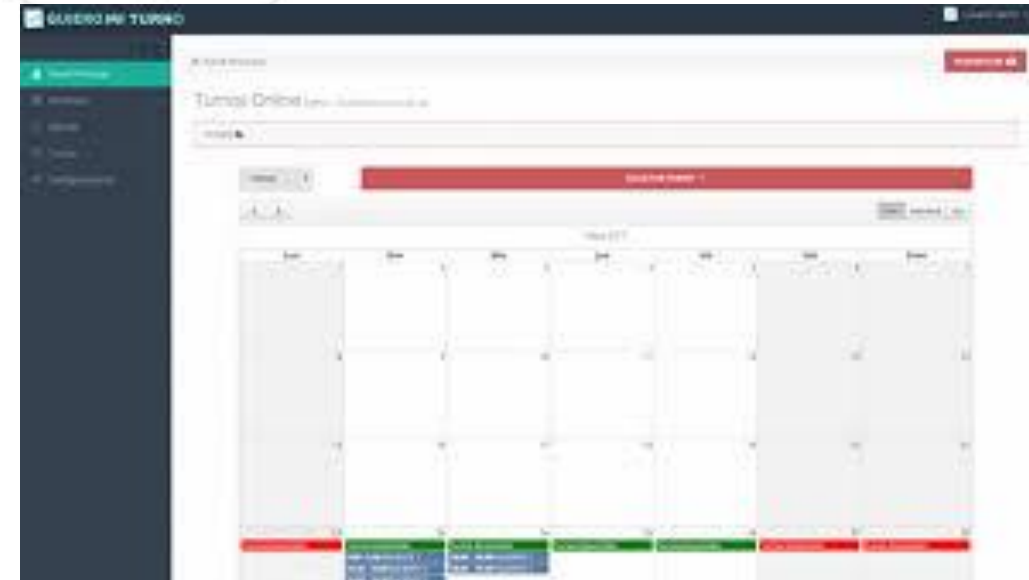
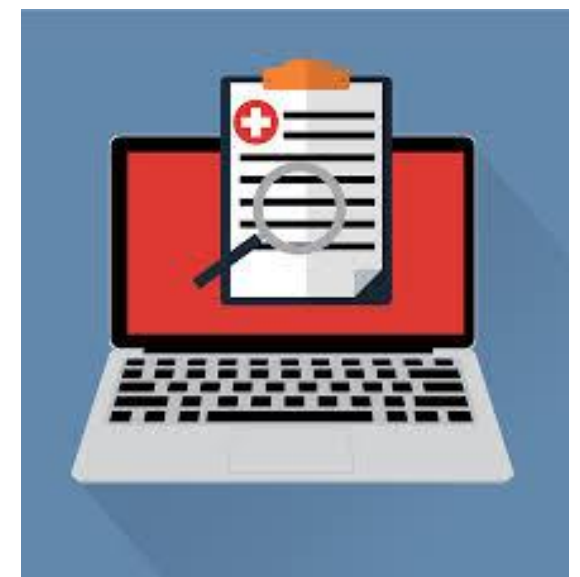
El auditor encargado del seguimiento del caso debe ser proactivo en obtener los soportes y tratamientos que hagan este proceso más eficiente. (análisis costo / beneficio)



*La Auditoría médica referente realizará los trámites y coordinación pertinente con la Auditoría médica receptora correspondiente, para la asignación del prestador y emisión del código de validación.*

*La Auditoría médica referente informa al prestador vía correo electrónico quien confirmará la recepción del email. El prestador asignado informará a la auditoría médica referente vía electrónica o telefónica fecha y hora del turno para la atención. Toda esta información debe registrarse en el sistema informático.*

*La auditoría medica informa vía email al paciente y a la auditoría medica receptora el resultado de la gestión*




## 6. CONTRAREFERENCIA

**a. Una vez terminado el evento que motivó la referencia o derivación, el prestador que recibió y atendió al afiliado, obligatoriamente realizará la contrarreferencia al médico o centro de referencia inicial indicado por el afiliado o solicitará a auditoría médica local la asignación de un profesional para el seguimiento y continuidad del tratamiento en caso de ser necesario.**


**En todos los casos enviará el alta a auditoría médica en el momento de otorgarse la misma y solicitará a auditoría y/o al paciente la tramitación del regreso a origen indicando si hubiese requerimientos especiales para ese traslado.**

## 6. CONTRAREFERENCIA

Una vez finalizado el proceso que originó la derivación, el afiliado, debe regresar a su lugar de origen, no pudiendo permanecer en lugar de derivación a cargo de la CSS.



El prestador de salud, adjuntará con la Historia Clínica, el plan de seguimiento y las necesidades resultantes de su intervención. La auditoría médica referente (en origen del afiliado) coordinará con el médico de cabecera o quien ella asigne el seguimiento del caso y los arreglos necesarios para eventuales controles ulteriores.



De ser posible los controles deben realizarse en el nivel local y/o con apoyo telemático del especialista consultado.

## 6. CONTRAREFERENCIA

b. En los casos de referencia o derivación para auxiliares de diagnóstico, obligatoriamente se realizará la contrarreferencia al establecimiento de salud de procedencia, adjuntando los resultados de los exámenes para continuidad del tratamiento (vía correo electrónico y/o registro en sistema informático).

La Auditoría médica que generó la referencia o derivación a través del gestor del caso debe garantizar la cita o turno subsecuente e informar al paciente.



# MODULO II

## Estrategias de aplicación

- **Gerencia de asistencia al afiliado con su directorio**
- **Subgerencia de Auditoría Médica y gestión de pacientes y equipo**
- **Dirección central de coordinación de derivaciones -11409. Inc268.**



# Estructura del área

**Médico (pueden ser una posición rotativa) Coordinador de Emergencias:** 24 x 7 para manejo de derivaciones programadas y **emergencias**.

En contacto con la máxima autoridad de la Gerencia de Asistencia al afiliado para los casos que lo ameriten.

## **Médico de seguimiento de casos complejos e internados**

- Coordina el seguimiento con Auditoría médica de receptora central y de terreno.
- El medico audita todos los casos.
- Resuelve cualquier eventualidad con el Prestador.
- Autoriza las solicitudes de prácticas.
- Realiza las reservas económicas para futuros gastos a través de las autorizaciones.

## **Médico tramitadores de casos**

- Seguimiento de casos no complejos ni internados.
- Autorización de prácticas.
- Da soporte a delegaciones, regiones o Prestadores.
- Genera respuestas médicas proactivas para una atención eficiente.

# Estructura del área

Facturación de Prestaciones

Administrativo responsable de tramitar viajes y alojamientos

Administrativo o gestor de casos (case manager) cada 80 pacientes derivados activos.

- Punto de contacto y apoyo de los profesionales.
- Sacar reportes e indicadores de gestión para elevarlos a la Gerencia o Subgerencia.
- Seguimiento de la calidad de los registros

Equipamiento básico (área física, computadores, escáner, conectividad) y el sistema de información definida por la institución.

# 8.INDICADORES DE GESTION

- N° de Derivaciones
- Casos abiertos a la fecha
- Casos cerrados a la fecha
- Delegaciones de Origen
- Tipo de derivación: /programada /urgencia
- Causas/ nivel de respuesta/falta de infraestructura/equipamiento/ falta de profesionales
- Lugar de destino. / localidad/ provincia
- Prestador/ nombre-
- Motivo: Consulta externa- hospitalizacion- exámenes-procedimientos ambulatorios.

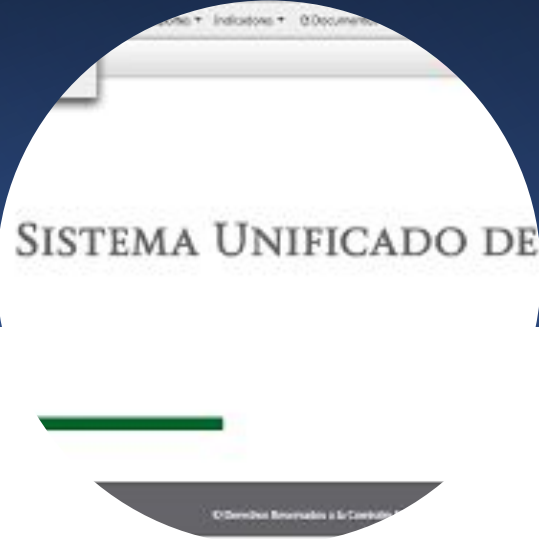
# 8.INDICADORES DE GESTION

- Días permanecidos en lugar de derivación abiertos por paciente.
- Duración media por código de OMS
- Autorizaciones emitidas y gasto estimado en prestaciones médicas (en dinero)
- Traslados. Tipo de traslado, Autorizaciones emitidas y gasto estimado en prestaciones No médicas
- Alojamientos. Autorizaciones emitidas y gasto estimado en prestaciones No médicas
- Cantidad de casos de larga estancia, complejos o especiales.
- N° de rechazos de solicitudes de derivación, sus causas y resolución de conflictos o quejas

El Subgerente médico presentarán mensualmente informes consolidados de derivaciones a la Gerencia de asistencia al afiliado basados en indicadores



# RESPONSABILIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN



a. Implementar el Sistema informático para la Gestión prestacional unificado y que permita la identificación de afiliados activos.

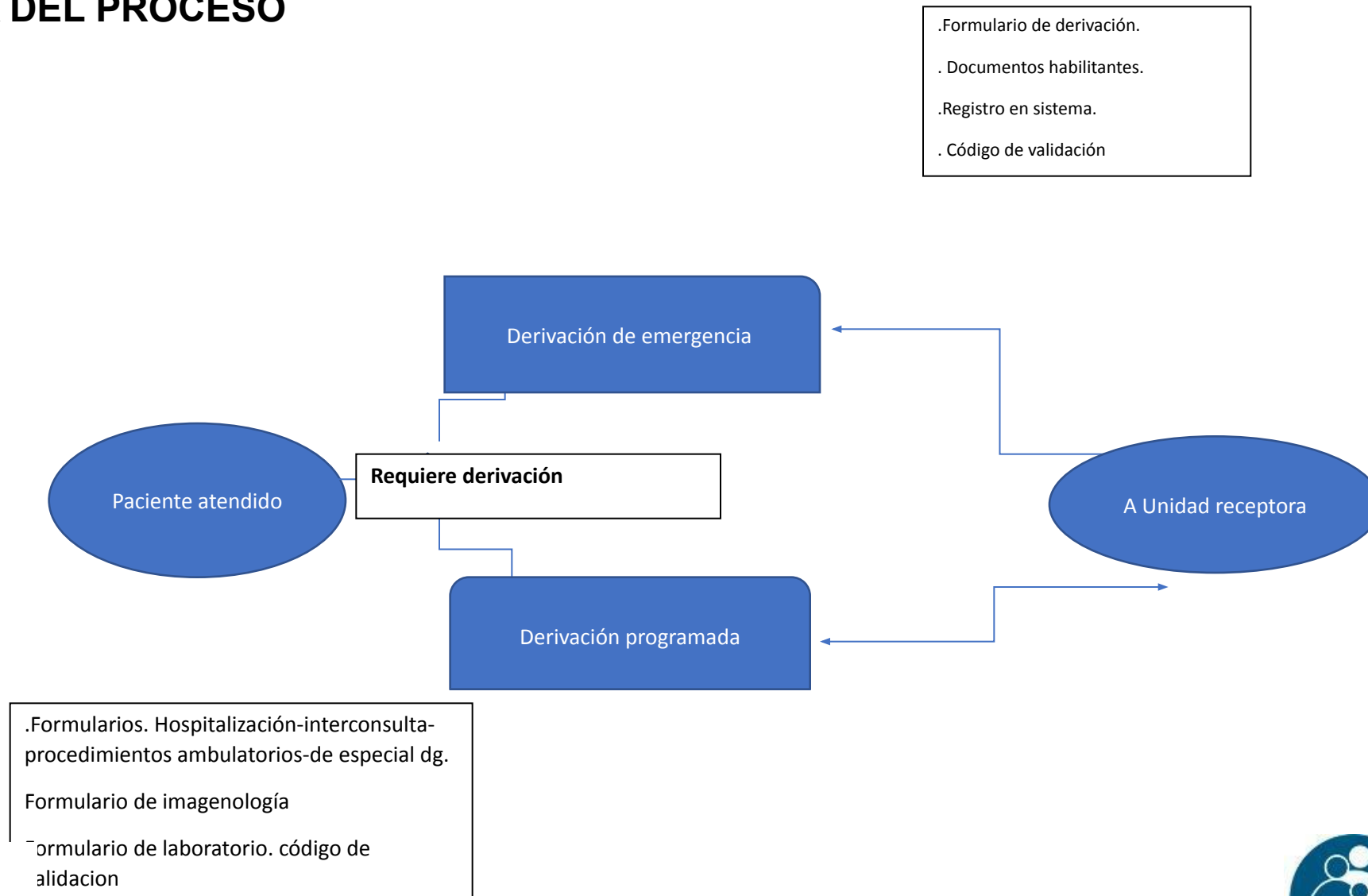
b. Actualizar la cartera de servicios de los Prestadores de Salud contratados y "de la Red Complementaria" con una periodicidad trimestral.

c. Publicar y mantener actualizado el Listado de Prestadores y sus referentes (geo-referenciación) frente a una derivación, criterio de red de complejidad ascendente y especialización para el diagnóstico y tratamiento.

d. Coordinar, la subgerencia de Prestaciones de manera continua con los equipos de Calidad y Acreditación de Prestadores, control y seguimiento de pacientes y el Centro de Atención Telefónica.

e. Instalar buzón de quejas físicas y vía web para la utilización del usuario, como así un medio de resolución de conflictos con el paciente personal.

# DIAGRAMA DEL PROCESO



# Descripción de roles

1. **Medico Coordinador de Emergencias:** Medico a cargo del Centro Coordinador de Emergencias que responde a las necesidades de derivación de cualquier paciente ya sea en Emergencia o urgencia o programado. Es la puesta de entrada al sistema de derivaciones. Puede tener un rol presencial o telemático. Coordina al equipo de administrativo y medico de seguimiento.
2. **Medico de Seguimiento o tramitador:** Puede ser el mismo Coordinador y estará a cargo de las temáticas médicas favoreciendo la eficiencia y calidad de la atención del paciente y apoyará al Case mánager en el seguimiento. Es el responsable de las autorizaciones solicitadas por el Prestador. Puede tener un rol presencial o



# Descripción de roles

3. Case mánager o administrativo. Reúne toda la información administrativa del caso en conjunto con el área de traslados y alojamientos los requerimientos del paciente en casos activos en seguimiento y tramitará junto al médico tramitador las auto seguimientos al caso para lograr eficiencia en el sistema en equipo con los auditores. Su misión es la resolución en el menor tiempo posible y con la mejor calidad de orden. Reporta al médico tramitador.

4. Auditor de Terreno: Auditor que sigue en terreno (destino) el caso e informa al Sistema. Puede autorizar prestaciones si fuere necesario. Reporta a su Jefatura local e Info Coordinador. Reúne la información necesaria para la auditoría y manejo eficiente del caso, asistencia social, facturación y calidad asistencial



**Define roles**



# GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

- Agendamiento de citas médicas: Proceso mediante el cual se registra una cita (turno) en el Sistema Médico Informático, para acceder a la atención médica en los prestadores de servicios de salud de la Red Interna o Complementaria.
- Capacidad Resolutiva: Es el nivel de respuesta que tiene un establecimiento de salud a la demanda de atención o solución inmediata a cuadros complejos de salud de una persona o grupo de personas, con acciones integrales, inmediatas y oportunas haciendo uso de los recursos físicos y humanos debidamente calificados, quienes harán diagnóstico y tratamiento oportuno. La Capacidad Resolutiva se expresa en:
  - La Oferta de Servicios del establecimiento;
  - El Talento Humano calificado que dispone;
  - La infraestructura; y,
  - El equipamiento
- Oferta o Cartera de Servicios: La definición de la Oferta o Cartera de Servicios caracteriza al establecimiento y refleja su misión, en términos simples, es lo que hace a partir de sus diferentes procesos productivos, clasificados en: clínicos, quirúrgicos y de apoyo diagnóstico y tiene su expresión concreta en un listado de los servicios/productos específicos que provee el establecimiento y lo diferencia de otro. En consecuencia, la Cartera de Servicios del establecimiento está conformada sólo por los servicios/productos específicos provistos por los procesos clínicos, quirúrgicos y de apoyo clínico, de acuerdo con el Nivel de Atención y de Complejidad del establecimiento.
- Cita médica o "turno": Procedimiento administrativo que se establece cuando el establecimiento de salud otorga al usuario/a una fecha, hora y especialidad para ser atendido.
- Código de validación: Es el número de registro de la autorización de una Derivación que se otorga por parte de la Auditoría médica.



# GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

- **Derivación:** Es el procedimiento estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un establecimiento de salud de menor Nivel de Atención o Complejidad a otro de igual o mayor Nivel de Atención y/o Complejidad de la Red Prestacional o la Red Complementaria, cuando la capacidad instalada del establecimiento o de la entidad de origen no permite resolver el problema de salud, por la que se le envía, buscando la complementariedad de los servicios previa la autorización correspondiente.
- **Derivación injustificada:** Es cuando una Derivación no ha sido realizada conforme a las Normas de Atención, Guías de Práctica Clínica, Protocolos y otras normativas emitidas por la Auditoría médica y requiere una investigación del proceso que motivó el desvío. Es un proceso de Auditoría interna.
- **Diagnóstico:** Es el juicio clínico sobre el estado de psicofísico de una persona. Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad o la condición de salud-enfermedad de una persona. Para esta Normativa se establece que enfermedad en una categoría Clínica, de laboratorio o imágenes que produzca síntomas o signos que puedan beneficiarse con una intervención terapéutica.
- **Emergencia:** Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requieren de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.



# GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS



- **Estancia prolongada:** Es la hospitalización destinada a la atención de pacientes con patologías agudas o crónicas con reagudizaciones frecuentes, generalmente con patologías sobre añadidas, deterioro funcional y cognitivo asociados y que requieren un tratamiento médico continuado durante un largo período de tiempo. Puede implicar la prolongación de estadia sobre lo previsto, externalidad negativa, o bien casos que superen los periodos de cobertura.
- En muchos casos estos pacientes presentan un problema socio familiar añadido. Debe considerarse la atención integral del paciente y las posibilidades reales de retorno a lugar de origen y el costo /beneficio en la prolongación de la estancia.
- **Entidad receptora:** Establecimiento de salud de igual o mayor Nivel de Atención y/o de la Referencia o Derivación, Complejidad, con la capacidad resolutive requerida, que recibe al paciente y procede a brindar la atención.
- **Historia Clínica Única:** La Historia Clínica, es un documento que registra la experiencia médica con el paciente y representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro, que requiere de un sistema de metodología de registro y análisis que reúna la información para análisis posteriores dentro de un contexto médico legal.
- El expediente único para la historia clínica es el documento en el que se registra la historia de salud de una persona y los conocimientos científicos y la experiencia del equipo de salud.
- Representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro de la salud. Los formularios del expediente varían según el servicio donde se lo aplique (emergencias, consulta, prácticas y medios de diagnóstico y terapéutica)
- La auditoría médica cuenta en formato digital o físico con los registros remitidos por los Prestadores para ser auditados para su pago.

# GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

- Nivel de Atención: Conjunto de establecimientos de salud organizados bajo un marco jurídico, legal y normativo; con niveles de atención (ambulatorio y Hospitalario) y capacidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia las necesidades sentidas de salud de la población.

Los Niveles de Atención se clasifican en:

- I Nivel de Atención (Ambulatorio);
- II Nivel de Atención (Hospitalario);
- III Nivel de Atención (Rehabilitación)
- IV Nivel de Atención (Domiciliario);
- Nivel de Complejidad: Es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, en relación con el Nivel de Atención al que corresponde, alcanzado mediante la especialización y tecnificación de sus recursos. Es la capacidad resolutoria que se define por los siguientes elementos: talento humano, equipamiento e infraestructura. Guarda relación directa con la categorización de establecimientos de salud.
- Oportunidad de la atención. Es el tiempo de respuesta del prestador de servicios de salud para brindar la atención requerida, sin que corra peligro la vida del paciente.
- Plan de Tratamiento: Es la respuesta de resolución de forma integral de los problemas de salud identificados durante el diagnóstico. Es el conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas. Debe presentarse de manera secuencial, lógica y ordenada.
- Proveedores o Prestadores de servicios de salud: Son las unidades médicas, las entidades médico-asistenciales públicas y privadas, y los profesionales de salud en libre ejercicio acreditados y contratados por la CSS.



# GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

- Red Complementaria del CSS: Es la red de servicios de salud conformada por unidades médicas externas (proveedores externos) de cualquier Nivel de Atención y Complejidad.
- Red Pública de Salud: Es la red conformada por las unidades médicas dependientes del Ministerio de Salud Pública o entidades de Gestión pública (Ej.: Hospitales militares).
- Referencia: Es el procedimiento estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un establecimiento de salud de menor Nivel de Atención o Complejidad a otro de mayor o igual Nivel de Atención o de Complejidad de la de una misma entidad del sistema.
- Sistema de Aportes y Beneficiarios: Herramienta tecnológica para el registro del pago de aportes de los afiliados que genera derecho a las prestaciones.
- Sistema Médico Informático del CSS: Herramienta tecnológica para la gestión Integral de las Prestaciones de Salud.



# GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

- Sistema de Derivación: Conjunto ordenado de procesos asistenciales y administrativos, que contribuye a garantizar la continuidad, integralidad y complementariedad de la atención de salud, con oportunidad, eficacia y eficiencia para las derivaciones dentro de la Red de Complejidad ascendente.
- Transferencia o Traslado: Se considera al traslado físico de un paciente de un establecimiento de salud a otro, en transporte institucional y con acompañamiento de un servidor de salud.
- Auditoría Médica Receptora: Es la unidad que recibe información de los pacientes que son enviados de las diferentes unidades de la red de servicios. Tramita todas las gestiones en el sitio de derivación.
- Auditoría Médica Referente: Es la unidad que envía información de los pacientes a las diferentes unidades de la red de servicios. Tramita todas las gestiones en el sitio de origen.
- Urgencia: Enfermedad o problema de salud que podría convertirse en una emergencia si es que el cuidado médico dado por una condición que, sin tratamiento en su debido tiempo, se podría esperar resulte en emergencia.



continuaremos



# MODULO III

## SUBPROCESO DERIVACIÓN DE EMERGENCIA



## Centro coordinador de emergencia

**Función: médico del centro de coordinador de emergencias**

---

### ACCIONES A EJECUTAR

---

Se recibe vía telefónica al numero tal... la necesidad de derivación de un afiliado atendido en un centro asistencial, por falta de capacidad resolutive o falta de disponibilidad a un prestador médico de la red.

---

Se registra y se verifica datos del afiliado y tipo de cobertura.

---

El médico del centro coordinador de emergencias, se comunica con el médico de la unidad receptora.

---

Evalúa causales, diagnostico, estabilización del afiliado y tipo de traslado.

---

**Función: médico del  
centro de  
coordinador de  
emergencias**

## **EN CASO DE AUTORIZARSE**

Soporte:mail

Envía **FORMULARIO DE DERIVACION en vuelo sanitario** (N°..) al **responsable de la unidad receptora** vía correo electrónico.

Se envía con los siguientes datos:

- fecha, nombre completo del afiliado, DNI, numero de credencial, lugar de residencia y
- se adjunta al formulario ***modelo de Historia clínica para derivación.***
- Por parte del médico de la unidad receptora se recibe el formulario vía correo electrónica ([derivaciones@css.org.ar](mailto:derivaciones@css.org.ar)), y completa el modelo ( con un resumen de la historia clínica, enfermedad actual, Antecedentes, Resultados de exámenes complementarios, tratamientos efectuados, Dg (CIE10), motivo de la derivación (..) tipo de traslado(ambulancia, con medico /con enfermero). Traslado aéreo.

# Función: médico del centro de coordinador de emergencias

Recepciona y verifica la documentación (si está completa, legible).

Ingresa y registra toda la documentación al sistema.

Indica al gestor de casos de emergencia , vía..... la búsqueda del prestador

## Función: gestor de casos de emergencias

### Acciones a ejecutar

- Verifica la cartera de servicios y disponibilidad de los prestadores respetando la orden de prelación.
- El gestor hace la comunicación al prestador de referencia.
- El médico coordinador de emergencias autoriza esa derivación.
- Se registra nombre del prestador, dirección completa, Localidad, provincia.
- El médico del centro de coordinador de emergencias realiza la comunicación y coordinación entre el médico responsable de la unidad receptora y con el médico de referencia.
- Se registra en el aplicativo, lugar de derivación, el tipo traslado.
- Se comunica el tipo de traslado al administrativo encargado de gestionar viaje y alojamiento para acompañante en caso de necesidad.

**Función:  
administrativo  
de gestionar  
viajes y  
traslados**

---

### **Acciones a ejecutar:**

---

Gestiona traslado, pasaje y alojamiento de acompañante.

- 
- . Registra en el aplicativo.
  - . Informa al médico del centro de coordinador de emergencias.

---

.Comunica al familiar del afiliado el lugar de derivación y gestión y lo registra en el sistema.

---

. El familiar da conformidad del traslado, mediante firma....donde\_

## Función: médico del centro de coordinador de emergencias

Acciones a ejecutar:

Envía vía correo electrónico la documentación médica al médico responsable de la unidad médica de referencia.

Deja registro de lo actuado.

Se comunica con el medico que recibe al paciente para corroborar su estado de salud.

Se comunica vía correo electrónico (auditoriamedicacas.....)y por sistema, con el medico auditor de terreno o seguimiento de casos complejos o internados.

**Función: auditor de terreno o seguimiento de casos complejos o internados**

## **Acciones a ejecutar:**

- Continúa con el seguimiento y registra en el sistema aplicativo.
- Comunica y solicita al prestador el resumen médico de egreso (alta) y tramita su envío a auditoría mediante correo electrónico.
- Solicita la tramitación del regreso a origen al administrativo de gestión de viajes y alojamiento y registra en el aplicativo, indicando si hubiere requerimientos especiales.

**Plataforma AUDINET: listado de los pacientes internados, médico tratante, evolución, médico auditor**

## Función: Auditoría médica local

- Asigna un profesional para el seguimiento y continuidad del tratamiento en caso de ser necesario.



*Muchas  
Gracias!*

# Procedimiento sobre Segunda opinión Médica

Presentación del manual elaborado en el marco del Contrato CFI- UNTREF

FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA CAJA DE SERVICIOS SOCIALES DE LA  
PROVINCIA DE SANTA CRUZ

## MODULO I



# Manual sobre Procedimiento sobre Segunda Opinión Médica.

## Propuesta de Manual

Con el fin de respetar la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, reconociendo el derecho del paciente a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles, después de recibir información adecuada; se señala que la libre elección es la facultad del paciente o usuario de optar libre y voluntariamente entre dos o más alternativas asistenciales, entre dos o más facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud disponibles en cada caso.

# Manual sobre Procedimiento sobre Segunda Opinión Médica.

**El objetivo es mejorar el servicio** a través de una plataforma, que establezca el vínculo entre especialistas de muy alto nivel, tanto académico como humano, y pacientes que padecen de alguna enfermedad de alta complejidad como por ejemplo una enfermedad neurológica o cáncer, que desean o necesitan una nueva opinión médica con un menor costo y que no implique traslados, poniendo en juego todos los recursos de la CSS para solucionar esta demanda con un criterio de resolución costo – efectiva, ya sea esta una consulta inicial o de seguimiento.

## Segunda opinión médica\_concepto

De acuerdo con algunos criterios; se considera la segunda opinión médica como una segunda consulta, mediante la cual se obtiene la opinión de un segundo médico, sobre un problema diagnóstico o terapéutico, que ha recibido previamente la atención de otro facultativo.



## **Derechos de Información sobre la Salud y la autonomía del paciente**

Los Derechos de Información sobre la Salud y la autonomía del paciente, se refieren al derecho a la información clínica y epidemiológica y su alcance. Por tanto, la segunda opinión se plantea desde el “principio de confianza” presente en la relación médico-paciente y con el fin de avanzar en la garantía del derecho a la autonomía del paciente y en el respeto a su voluntad tras una decisión informada.

## Ventajas de la segunda opinión

Entre las ventajas de la segunda opinión, los expertos señalan que el derecho a una segunda opinión aumenta la calidad, la confianza y la credibilidad del afiliado en el sistema sanitario, disminuye la ansiedad y la preocupación del paciente y sus familiares, aumenta la transparencia del sistema sanitario y permite contrastar las opiniones.

## Modalidad de la segunda opinión médica

La consulta puede tener carácter presencial, o por telemedicina (interconsultas vía Internet), o limitarse a la opinión sobre un resultado o examen de forma directa o virtual, cubriendo los lineamientos de formalidad para una interconsulta médica.





## Recomendaciones ...

Las consultas pueden ser ambulatorias o durante la internación, deben dirimir sensibilidades por parte de colegas médicos o paramédicos que se sientan cuestionados por una propuesta de segunda opinión, puede requerir confidencialidad por parte del paciente quien no quiere compartir que está solicitando una segunda opinión; por eso la recomendación, es que el auditor médico, quien debe decidir con un criterio basado en el paciente y no sólo en proveedor, ofrezca alternativas dentro del sistema y con los recursos disponibles o proponiendo otros que faciliten la resolución del problema.

## Definiciones.

1. **Segunda opinión médica:** Emisión de un diagnóstico completo o una propuesta terapéutica mediante un informe facultativo, con el fin de contrastarlos y como consecuencia de la solicitud realizada por los usuarios o un facultativo de la CSS.
2. **Enfermedad rara:** Aquella potencialmente mortal o debilitante a largo plazo, con alto nivel de complejidad y que tiene una prevalencia inferior a cinco casos por diez mil habitantes.
3. **Proceso asistencial:** conjunto de actividades realizadas al paciente encaminadas a diagnosticar o tratar un problema de salud, enfermedad o patología concreta.

## Definiciones.

**4. Procedimientos Invasivos:** es aquel en el cual el cuerpo es "invadido" o penetrado con una aguja, una sonda, un dispositivo o un endoscopio o un evento quirúrgico

**5. Interconsulta Médica:** mecanismo de consulta entre profesionales médicos.

**6. Telemedicina y Consulta telemática:** consulta médica no presencial por vía de TICs.

**7. Consulta médica:** la consulta médica es un proceso centrado en la relación médico-paciente que busca brindar apoyo a las necesidades de salud-enfermedad, sufrimiento e incertidumbre que tiene el paciente cuando se ve afectada su integridad física, humana y emocional.

Continuaremos...

Muchas gracias!!!

UNTRF VIRTUAL Campus Aulas C0185 Curso: Uso del Manual de procedimiento para el seguimiento y control de derivaci... Fabiana Dianto

Inicio Presentación Contenidos Agenda Calificaciones Biblioteca Sitios Foros Wikis Chat Contactos

### Contactos

[+ Redactar](#) [Exportar datos](#) Vista:

Apellido, nombre

- Alumnos
- AGAPITO, MAILEN
- Aguilar, Virginia Leonor
- AGUIRRES, RUT ANABEL
- ALMONACID, CESAR RAMON
- ALMONACID, CLAUDIA -DIR CAP CSS-STA CRUZ
- ALMONACID, FRANCISCO

https://campus.untrefvirtual.edu.ar/wiki.cgi?id\_curso=16288

ESP 6:40 a. m. 22/12/2022

UNTRF VIRTUAL Campus Aulas C0185 Curso: Uso del Manual de procedimiento para el seguimiento y control de derivaci...

Correo interno Anuncios Buscar

- BAEZ, STELLA MARIS
- BAHAMONDE, GRACIELA
- Bengoechea, ANA EMILIA
- Beron, Karina Lorena
- CALVO HERNANDES, ALEJANDRA NOELIA
- CAMPOS, VALERIA
- CARAZO, MARIA LAURA
- CARMONA, ALFREDO NICOLAS
- CARRIZO, CARLA ISABEL
- CASAS, PAOLA NADINA
- CASTRO, ELIZABETH ABIGAIL
- CELONE, LEONARDO DAVID
- CHIRICO, STELLA MARIS

ESP 6:41 a. m. 22/12/2022

UNTRF VIRTUAL Campus [Contactos] x +

campus.untrefvirtual.edu.ar/contactos.cgi?id\_curso=16288

Aulas > C0185 Curso: Uso del Manual de procedimiento para el seguimiento y control de derivaci...

- COPA, GLADYS MARGARITA
- CORDOBA, YANINA DEL CARMEN
- CUELLA, PAOLA VALERIA
- DEL VALLE, OLMEDO SUSANA
- DIAZ, JORGE
- DIAZ, VALERIA ALEJANDRA
- ECHAGUE, JOSEFINA
- FARIAS, OLGA IPINZA
- FRANZONE, KARINA GISELLE
- GALLI BERMUDEZ, ROCIO
- GARCIA, YAMILA LORENA
- GAUTIER, MARIA CRISTINA
- GODOY, VICTORIA

Windows taskbar: 6:41 a.m. 22/12/2022

UNTRF VIRTUAL Campus [Contactos] x +

campus.untrefvirtual.edu.ar/contactos.cgi?id\_curso=16288

Aulas > C0185 Curso: Uso del Manual de procedimiento para el seguimiento y control de derivaci...

- GOMEZ, CARLA ANDREA
- GOMEZ, NANCYA VIVIANA
- GORDILLO, MARIA MAGALI
- GUEVARA, ROXANA
- HARRIS, NOELIA
- HERNANDEZ, JOSE DANIEL
- LAZCANO, ELBA
- LEPICHEO, ESTER OLINDA
- LESCANO, BARBARA MARIAF
- LOPEZ, GLADIS ESTER
- MARQUEZ, NESTOR GUSTAVO
- MARSHALL, JONATHAN
- MARTIN, MARIANA NATALIA

Windows taskbar: 6:42 a.m. 22/12/2022

UNTREF VIRTUAL Campus

campus.untrefvirtual.edu.ar/contactos.cgi?id\_curso=16288

Aulas > C0185 Curso: Uso del Manual de procedimiento para el seguimiento y control de derivaci... Fabiana Disanto

- MARTINEZ, YAMILE
- MERINO, MARCELA
- MIRANDA CALISTO, CRISTIAN MARCELO
- MULE, MARTA DANIELA
- MUÑOZ, CARLA MARIBEL
- MUÑOZ, INES DEL CARMEN
- NEYRA, MONICA GABRIELA
- OLIVERA, ALBA PAOLA
- OPAZO, MARTIN RUBEN
- OYARZUM CARNEVARI, NOELIA DE LOS ÁNGELES
- OYARZUN, CARLOS
- OYARZUN, JOSE ALEJANDRO

6:42 a.m. 22/12/2022

UNTREF VIRTUAL Campus

campus.untrefvirtual.edu.ar/contactos.cgi?id\_curso=16288

Aulas > C0185 Curso: Uso del Manual de procedimiento para el seguimiento y control de derivaci... Fabiana Disanto

- PAYNE, SANDRA ELISABET
- PAZ, MARIA BELEN
- PEREZ, MARIANELA SORAYA
- POSADAS, LUCIANO
- QUIROGA, GRACIELA
- RAMIREZ, SOFIA AIME
- RAPETTI, DANIELA PAOLA
- ROBLEDO, PATRICIA
- RODRIGUEZ, ROSA CONCEPCION
- RUIZ, SAMANTA AYELEN
- SANDOVAL, MARIA ISABEL
- SASTRE, LAURA
- SOSA, SANDRA NOEMI

6:42 a.m. 22/12/2022

UNTREF VIRTUAL Aulas C0185 Curso: Uso del Manual de procedimiento para el seguimiento y control de derivaci...

- SUAREZ, MARIANA ANDREA
- TALONE, ELIANA
- TEPSICH, LUIS SANTIAGO
- TOLEDO, ANYELEN
- VAZQUEZ, NANCY ARGENTINA
- VELAZQUEZ, PATRICIA LORENA
- VIDAL, CAROLINA SILVA
- VIVAR, VICTORIA
- YBARRA, NATALIA FLORENCIA

Profesores

- Bater, Oscar
- Diosquez, Susana
- Disanto, Fabiana

6:42 a.m. 22/12/2022

UNTREF VIRTUAL Aulas C0185 Curso: Uso del Manual de procedimiento para el seguimiento y control de derivaci...

- VIVAR, VICTORIA
- YBARRA, NATALIA FLORENCIA

Profesores

- Bater, Oscar
- Diosquez, Susana
- Disanto, Fabiana
- Farcy, Carlos
- Gaviola, Sonia

UNTREF Virtual :: Universidad Nacional de Tres de Febrero ::

powered by educativa

educativa mobile

6:43 a.m. 22/12/2022



UNTREF VIRTUAL Campus C0186 Curso: Uso del Manual sobre Segunda Opinión Médica Fabiana Dianto

Inicio Presentación Contenidos Agenda Calificaciones Biblioteca Sitios Foros Wikis Chat Contactos

### Contactos

[+ Redactar](#) [Exportar datos](#) Vista:

Apellido, nombre

- Alumnos
- AGAPITO, MAILEN
- Aguilar, Virginia Leonor
- AGUIRRES, RUT ANABEL
- ALMONACID, CESAR RAMON
- ALMONACID, FRANCISCO
- Andres, Maria Andrea

Windows Taskbar: 6:45 a.m. 22/12/2022

UNTREF VIRTUAL Campus C0186 Curso: Uso del Manual sobre Segunda Opinión Médica

Correo interno Anuncios Buscar

- BAHAMONDE, GRACIELA
- Barrientos, SIVONEY
- Bengoechea, ANA EMILIA
- Beron, Karina Lorena
- Brizuela, Rebeca Noemi
- Calcagno, Leticia
- CALVO HERNANDES, ALEJANDRA NOELIA
- CARMONA, ALFREDO NICOLAS
- CARRIZO, CARLA ISABEL
- CASAS, PAOLA NADINA
- CASTRO, ELIZABETH ABIGAIL
- CELONE, LEONARDO DAVID
- CHIRICO, STELLA MARIS

Windows Taskbar: 6:45 a.m. 22/12/2022

UNTREF VIRTUAL Campus [Contactos] Aulas C0186 Curso: Uso del Manual sobre Segunda Opinión Médica

- Colares, IVONE
- Contantino, BEATRIZ
- COPA, GLADYS MARGARITA
- CORDOBA, YANINA DEL CARMEN
- Corzo, SILVANA
- Court, FLORENCIA
- CUELLA, PAOLA VALERIA
- DEL VALLE, OLMEDO SUSANA
- DIAZ, JORGE
- Diaz, SILVANA
- Dittmar, Cintia Dalana
- Dominguez, DAIANA
- ECHAGUE, JOSEFINA

6:46 a.m. 22/12/2022

UNTREF VIRTUAL Campus [Contactos] Aulas C0186 Curso: Uso del Manual sobre Segunda Opinión Médica Fabiana Dianto

- Elgueta, Cinthya
- Farias, Adriana Paola
- GALLI BERMUDEZ, ROCIO
- Galvan, NORMA
- GAUTIER, MARIA CRISTINA
- Gleadell, MELANIE
- Godoy, VERONICA
- GODOY, VICTORIA
- GOMEZ, CARLA ANDREA
- GORDILLO, MARIA MAGALI
- GORRY, GRACIELA
- Gulttard, LAURA

6:46 a.m. 22/12/2022

UNTREF VIRTUAL Campus [Contactos] Aulas C0186 Curso: Uso del Manual sobre Segunda Opinión Médica

- HARRIS, NOELIA
- HERNANDEZ, JOSE DANIEL
- Jalil, CLAUDIA
- Jensen, HUGO
- Jerez, HUGO
- LAZCANO, ELBA
- LESCANO, BARBARA MARIA
- LOPEZ, GLADIS ESTER
- Lugo, Araceli Maria Fernanda
- Mansilla, PAOLA
- Marquez, LAURA
- MARSHALL, JONATHAN
- MARTIN, MARIANA NATALIA

6:47 a.m. 22/12/2022

UNTREF VIRTUAL Campus [Contactos] Aulas C0186 Curso: Uso del Manual sobre Segunda Opinión Médica

- MATUS, ANTONELLA
- MERINO, MARCELA
- MULE, MARTA DANIELA
- MUÑOZ, CARLA MARIBEL
- Muñoz, GRACIELA
- MUÑOZ, INES DEL CARMEN
- Muñoz, ROXANA
- Ojeda, Maria Belén
- OLIVERA, ALBA PAOLA
- OYARZUM CARNEVARI, NOELIA DE LOS ÁNGELES
- OYARZUN, CARLOS
- PAZ, MARIA BELEN
- PIAZZA, ESTELA MARIS

6:47 a.m. 22/12/2022

UNTREF VIRTUAL Aulas C0186 Curso: Uso del Manual sobre Segunda Opinión Médica

- POSADAS, LUCIANO
- QUIROGA, GRACIELA
- ROBLEDO, PATRICIA
- Rodríguez, ROSA
- Rutte, Franco
- Santucho, SANDRA
- SOSA, SANDRA NOEMI
- SUAREZ, MARIANA ANDREA
- TEPSICH, LUIS SANTIAGO
- TOLEDO, ANYELEN
- Vázquez, FERNANDA
- VAZQUEZ Suarez, Camila
- VELAZQUEZ, PATRICIA LORENA

ESP ES 6:47 a. m. 22/12/2022

UNTREF VIRTUAL Aulas C0186 Curso: Uso del Manual sobre Segunda Opinión Médica

- Victoria, Leticia Beatriz
- VIVAR, VICTORIA
- Profesores
- Bater, Oscar
- Diosquez, Susana
- Disanto, Fabiana
- Farcy, Carlos
- Gaviola, Sonia

UNTREF Virtual :: Universidad Nacional de Tres de Febrero ::

powered by educativa educativa mobile

ESP ES 6:48 a. m. 22/12/2022

**PROVINCIA DE SANTA CRUZ**

**CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES**

**CONTRATO DE OBRA: Ex-2021-00034349-CFI-GES # DCS  
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA CAJA DE SERVICIOS  
SOCIALES DE LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ**

**INSTITUCION: UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRES DE FEBRERO**

**INFORME FINAL**

**Marzo 2023**

Coordinador Carlos Raúl Torres  
Diego Cristian Sánchez  
Carlos Andrés Torres  
Andrés Franco Berardi  
Silvina Grieder Pfund  
Carlos Farcy  
Sonia Gaviola  
Guillermo Oscar Bater  
Jimena Lopez Berzosa  
Mariel Romano Zanelli  
Jesús Rogelio Anselmi Suarez  
Lautaro Bifano  
Luciano Tiscornia  
Emiliano Andrijesen  
Guillermo Suarez

## INDICE

### Fortalecimiento Institucional Caja de Servicios Sociales de la Provincia de Santa Cruz

Resumen Ejecutivo.....4

1. **Elaboración de una estrategia de gestión para efficientizar el uso de los recursos**.....6

**Productos y tareas del período diciembre 2022 a febrero 2023.**

A) Tablero de Control.....8

B) Red Prestacional Exclusiva.....20

C) Farmacia o red de farmacias propias.....21

1.6. Diseño de auditorías técnicas médicas y capacitación. Segunda

Opinión Médica.....25

**Productos y tareas informadas previamente – ver Anexos Informes de avance I, II y III.-**

1.1 Diagnóstico de las principales erogaciones.

1.2 Elaboración de un Procedimiento de Control Interno en el pago de Medicamentos y Prestadores únicos.

1.3 Propuesta de un Plan de Auditoría administrativa de facturación de prestadores

1.4 Diseño de Procedimientos de gestión y control de las derivaciones con sus respectivos Manuales

1.5 Diseño de protocolos de enfermedades de alta complejidad

1.6. Diseño de auditorías técnicas médicas y capacitación. Segunda Opinión Médica (avances)

2. **Desarrollo de un Plan de Comunicación para mejorar la relación con los afiliados** – Se transcribe del informe de avance III presentado al CFI-.....37

**Productos y tareas informadas previamente – ver Anexos Informe de avance I y II -**

1. Diagnostico

2. Comunicación con la comunidad

3. Desarrollo de estrategia de comunicación

4. Conclusiones Finales

3. **Programa de Capacitación destinado al personal de la Institución**.....125

**Productos y tareas del período diciembre 2022 a febrero 2023.**

Resultados obtenidos.....125

3.3. Respecto de la atención al beneficiario/a.....	127
3.3.1 Reuniones con responsables de la atención a beneficiarios/as .....	127
3.3.2 Preparación de recursos pedagógicos.....	128
3.3.3. Apoyo en la articulación de la metodología de enseñanza-aprendizaje.	129
3.3.4. Implementación del curso.....	130
3.3.4.1- Reflexiones finales sobre las actividades de capacitación.....	130

**Productos y tareas informadas previamente – Ver Anexos- Informe de avance II y III-**

3.1 En el uso de manuales de procedimiento para el seguimiento y control de las derivaciones	
3.1.1 Preparacion de recursos pedagógicos	
3.1.2 Apoyo en la articulación de la metodologica de enseñanza y aprendizaje	
3.1.3 Implementacion del curso	
3.2 En la utilización del manual de procedimientos en segunda opinión medica	
3.2.1 Preparacion de recursos pedagógicos	
3.2.2 Apoyo en la articulación de la metodologica de enseñanza y aprendizaje.	
3.3 Respecto de la atención del afiliado	
3.3.1 Reuniones con responsables de atención al afiliado	
3.3.2 Preparacion de recursos pedagógicos. Informe de Avance	
3.3.3 Apoyo en la articulación de la metodología de enseñanza. Informe de Avance	

**4. Desarrollo e Implementación de una aplicación informática ..... 131**

**Productos y tareas del período diciembre 2022 a febrero 2023.**

A) Análisis y desarrollo sobre APP de trámites de la Caja de Seguridad Social (CSS).....	131
B) Transferencia de conocimientos.....	133
C) Entregables .....	134

**Productos y tareas informadas previamente – ver Anexos Informes de avance I, II y III.-**

4.1 Diseño UE/UI de la aplicación.	
4.2 Sistema de Turnos Mobile	
4.3 Sistema de seguimiento de trámites: Desarrollo de un sistema interno para hacer seguimiento de los trámites iniciados por los afiliados a través de la APP.	

**FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA CAJA DE SERVICIOS SOCIALES  
DE LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ  
RESUMEN EJECUTIVO**

En el marco del contrato de obra: **EX-2021-00034349-CFI-GES # DCS Fortalecimiento Institucional de la Caja de Servicios Sociales de la Provincia de Santa Cruz**, se presenta el **Informe final**, que contiene los productos y actividades desarrolladas durante el último período del programa (comprendido entre diciembre del 2022 a febrero del 2023) y los informes previos presentados oportunamente ante el CFI que se anexan al presente.

El presente contrato tuvo por objetivos los siguientes:

**Objetivos Generales:**

- Efectuar un estudio de diagnóstico integral con el fin de diseñar e implementar procesos y procedimientos de gestión tendientes a incorporar mejoras en la calidad de atención de los afiliados.

- Optimizar el gasto en pos de incrementar el bienestar y la calidad de vida de sus afiliados.

- Establecer una estrategia integral de comunicación del organismo, tanto externa como interna que ayude a mejorar el vínculo con los afiliados.

**Objetivos Específicos:**

- Obtener un diagnóstico de las principales erogaciones de la Institución, y a partir de ello, establecer procedimientos para optimizar el gasto.

- Generar propuestas de mejoras a través del diseño de programas y planes de acción concretos destinados a fortalecer la relación con afiliados y beneficiarios a partir del desarrollo de un sistema de análisis y evaluación diagnóstica de la imagen y de la comunicación institucional.

- Desarrollar una APP que vincule a la Caja de Servicios Sociales con sus afiliados y mejore los servicios brindados.

En este marco, se acordó la implementación de las siguientes actividades:

**Plan de Tareas:**

1. Elaborar una estrategia de gestión para eficientizar el uso de los recursos.
2. Desarrollar un Plan de Comunicación interno y externo destinado a mejorar la relación con los afiliados.
3. Desarrollar un Programa de Capacitación destinado al personal de la Institución.



4. Elaborar e implementar una aplicación informática que vincule a los afiliados con la Institución y optimice los tiempos de gestión, el seguimiento de trámites y autogestión de los beneficiarios.

### **Plan de Tareas Detallado**

#### **1. Elaboración de una estrategia de gestión para eficientizar el uso de los recursos.**

- 1.1 Diagnóstico de las principales erogaciones.
- 1.2 Elaboración de un Procedimiento de Control Interno en el pago de Medicamentos y Prestadores únicos.
- 1.3 Propuesta de un Plan de Auditoría administrativa de facturación de prestadores.
- 1.4 Diseño de Procedimientos de gestión y control de las derivaciones con sus respectivos Manuales.
- 1.5 Diseño de protocolos para la gestión de enfermedades de alta complejidad.
- 1.6. Diseño de auditorías técnicas médicas y capacitación. Segunda Opinión Médica.

#### **2. Desarrollo de un Plan de Comunicación para mejorar la relación con los afiliados**

- 2.1. Diagnóstico de la comunicación con el afiliado
- 2.2. Diagnóstico de la comunicación con la comunidad
- 2.3. Desarrollo de una estrategia de Comunicación Integral

#### **3. Programa de Capacitación destinado al personal de la Institución**

- 3.1. En el uso de manuales de procedimientos para el seguimiento y control de las derivaciones.
- 3.2. En la utilización del manual de procedimiento en segunda opinión médica.
- 3.3. En la atención al afiliado/beneficiario.

#### **4. Desarrollo e implementación de una aplicación informática.**

- 4.1 Diseño UE/UI de la aplicación.  
Se expondrán guías de estilo, diseño visual, logos, tipografía, colores e imágenes del organismo.  
Se realizará un boceto del diseño según las funciones a desarrollar.
- 4.2 Sistema de Turnos Mobile

Relevamiento de procesos internos de cada trámite.

Relevamiento de los cuestionarios actuales y recursos involucrados.

Desarrollo de una APP móvil (Android e IOS) que incluya: registro del afiliado, catálogo de trámites, posibilidad de adjuntar documentos, historial de trámites iniciados, sistema de ayuda y FAQs

4.3 Sistema de seguimiento de trámites: Desarrollo de un sistema interno para hacer seguimiento de los trámites iniciados por los afiliados a través de la APP.

El sistema incluirá:

Módulo de usuarios y perfiles: Permisos para distintos niveles del sistema según sean administradores, operadores, etc.

Parametrización del grado de trámites: Catálogo de temas y reglas de negocio de cada trámite con el fin de automatizar el proceso.

Notificaciones: envío de correos electrónicos ante la llegada de nuevos trámites y envío de notificaciones a la APP del afiliado.

Trazabilidad de trámites: Seguimiento y evolución de los trámites.

Integración con Base de Datos de la CSS.

Reportes: Se podrán sacar reportes tales como trámites por periodo/estado, tramites por usuario, etc.

A continuación, se presentan los **productos logrados** y las **actividades realizadas** en el marco del presente convenio, destacando en e cuerpo principal los correspondientes al último período y anexando los informes parciales I, II y III con los productos y actividades informadas oportunamente al CFI.

## **PRODUCTOS LOGRADOS Y ACTIVIDADES REALIZADAS**

### **1. Elaboración de una estrategia de gestión para eficientizar el uso de los recursos**

Continuando con aportes al objetivo de Optimizar el gasto en pos de incrementar el bienestar y la calidad de vida de sus afiliados en esta etapa se presentan con mayor profundidad las pautas para la implementación de un Sistema de Información Gerencial (SIG) para aplicar la gestión por objetivos y el control de gestión por resultados a partir de la implementación de un conjunto de indicadores financieros denominados "Tablero o Cuadro de Control" formado por un "sistemas de ratios" basados en datos contable/financieros los cuales aportan elementos para la gestión económico/financiera.

En base a ello se ha tenido en cuenta el enfoque mixto de relación de AGENCIA y SIG para el control de gestión el cual permite la revisión de los sistemas de programación y presupuesto y gestión de los sistemas de salud en general. En este caso su aplicación a una organización financiadora del sistema de salud provincial, el enfoque mixto de relación de AGENCIA y SIG para el control de

gestión permite la revisión de los sistemas de gestión Caja, identificando a partir de dichas relaciones de AGENCIA y los elementos de los SIG requeridos para lograr adecuados sistemas de Control de Gestión.

Desde el punto de vista conceptual este modelo de gestión de la Organización adopta una perspectiva de enfoque económico, a partir de la cual puede revisarse la "Relación de Agencia" entre dos actores económicos: el principal y el agente.

Se definen para ellos, la relación contractual (de mercado) o institucional (organización o empresa) que los une, los incentivos planteados por la relación de agencia y sus conductas económicas: el principal, -p.e: director de Obra Social - necesita que el agente - p.e: sus presetadores o efctores- cumpla con los objetivos de la Caja; a sabiendas que media en esa relación la incongruencia de objetivos entre agente y principal, la cual se vincula en forma imperfecta a través de información asimétrica sobre la marcha de la organización (p.e: mayor conocimiento de facturación y del nomenclador de prestaciones del agente respecto del principal). Esta doble asimetría es la que caracteriza el problema central del análisis económico de los aspectos de control de gestión, que se origina en toda empresa y organización pública y privada de salud. La información asimétrica implica la existencia de información conocida por el "agente" acerca del proceso de producción e ignorada por el "principal". Esta asimetría impide al "principal" evaluar si la gestión del organismo está logrando las metas y objetivos establecidos en el correspondiente plan operativo anual.

Para superar esta asimetría de información y garantizar el logro de los objetivos del "principal" se instala un sistema de información gerencial (SIG) en base a indicadores de gestión y de incentivos institucionales. Los incentivos se orientan a motivar a los "agentes" a focalizar la gestión hacia las metas definidas por el "principal" y a garantizar la provisión de la información de seguimiento de gestión.

En términos de gestión la Caja de Servicios Sociales de la Provincia (principal) fijará metas de gestión a sus regiones sanitarias y prestadores (agentes), instalará un sistema de indicadores de gestión y establecerá incentivos (premios y castigos) para garantizar el suministro de la información de gestión y el logro de las metas establecidas, avanzando así en el desarrollo de un Sistema de Control de Gestión.

En términos de servicios de salud pretendidos por la CSS, esta relación también se presenta, con las respectivas diferencias de objetivos y relaciones asimétricas de información, en la relación económica existente entre clínicas/hospitales y prestadores de servicios médicos o de diagnóstico y tratamiento, entre financiador (p.e: Obra Social) y prestador (p.e: Clínica/Hospital) y en la relación médico-paciente.

A partir de ello se identificarán pautas, criterios o metas ligadas a un período (mensual o trimestral) y los informes correspondientes que permitan realizar las evaluaciones periódicas entre los responsables del sistema de control de gestión y las distintas áreas de la Caja.

El análisis económico del “sistema de control de gestión” se basa en la “Relación de Agencia” entre dos actores económicos: principal y agente, con el objeto de mejorar el control de gestión.	
<b>Principal</b>	<b>Agente</b>
Caja de Servicios Sociales de la Provincia de Santa Cruz	Prestadores de Servicios de diagnósticos y tratamientos y otros
Paciente	Profesional de la Salud
Los “sistemas de control de gestión” deberán incluir, incentivos, información y evaluación de desempeño, para garantizar el alcance de los objetivos programados por el “principal”. Para ello se identificarán pautas, criterios o metas ligadas a un período y permitirán realizar evaluaciones periódicas del desempeño de los agentes.	

A partir de dicho marco conceptual se ha realizado el diseño del Sistemas de Información Gerencial (SIG) y su aplicación, constituyéndose estos en elementos centrales del Sistema de Control de Gestión de la organización los cuales permiten identificar las relaciones de AGENCIA existentes y los elementos de los SIG requeridos para lograr un adecuado funcionamiento de dichos sistemas.

En ese esquema y como primer etapa de contralor se ha implementado un Tablero de Control relacionado con el Sistema de Control de Gestión el cual se integra como soporte para el diagnóstico de del funcionamiento prestacional de la Caja y uno de los elementos claves en el sistema de control de gestión, que contribuirá a mejorar el proceso de toma de decisiones.

Para ello se han definido las categorías de indicadores de gestión utilizados para la medición del desempeño de la gestión de los Servicios de Salud (aspectos de oferta) y sus efectos sobre la población (aspectos de demanda).

En dicho Tableros se presentan categorías de Indicadores correspondientes a características de la oferta (insumos, productos intermedios y productos finales) y otros correspondientes a la descripción de aspectos de la demanda (cobertura e impacto). Las relaciones entre indicadores de oferta califican a los aspectos de eficacia y eficiencia, mientras que los indicadores de cobertura e impacto permiten aproximar a conceptos de efectividad de los sistemas de salud.

Cabe destacarse que según la formación y terminología adoptada por los enfoques económicos se califican a los conjuntos de indicadores de oferta como de indicadores de Desempeño o de Estructura y Proceso y a los indicadores de demanda como de Impacto o de Resultados.

## **A) TABLEROS DE CONTROL**

A continuación, se desarrollarán algunos modelos de tableros de control para las áreas consideradas importantes en el gasto de la Obra Social. Por un lado, se implantará un tablero de control de internaciones, un tablero de control de consumo de medicamentos, ya sea ambulatorios como los considerados de patologías especiales (por ejemplo diabetes, oncológicos, etc.), y por último, un tablero de control de tasas de uso más habituales.

En lo que respecta a los tableros de consumos de medicamentos y de tasas de usos más habituales serán elaborados con los datos correspondientes a cada

periodo en informado, no así el de internaciones que se deja expuesto para su futura implementación por carecer en la actualidad de datos precisos.

Todos estos datos se los suele llamar estadísticas de producción y están vinculados con la modalidad de pago que se hubiere acordado entre la obra social y los diferentes prestadores de servicios.

La construcción de los modelos a implementar se basaran en la recolección, tabulación y análisis de:

- Consultas ambulatorias, pudiendo dividir las por cada especialidad.
- Consultas de Kinesiología, Psicología, Fonaudiología, etc.
- Prestaciones de laboratorio ambulatorio.
- Prestaciones de diagnóstico por imágenes ambulatorias, incluyendo RX, TAC y RMN.
- Internaciones en el 2º nivel y alta complejidad. Por establecimiento y, cantidad de egresos, estadía, discriminada por parto, cesárea, egresos clínicos quirúrgicos de UTI.
- Alta complejidad, con beneficiarios asistidos en el período con el detalle de la patología (cirugía cardiovascular, neurocirugía, transplantes, gran quemado y otros).

A partir de esta información, y sin emplear otros datos, se puede analizar:

- La variación estacional en los consumos.
- Los prestadores que concentran prestaciones.
- Las variaciones en las prestaciones de cada prestador.
- El cumplimiento de metas.
- Realizar el mapeo de las patologías prevalentes

En este proceso de elaboración de estos tableros tasas de consumo de los beneficiarios las tasas de uso están influidas por la demanda efectiva de la población bajo cobertura, y por la conducta diagnóstico – terapéutica de los prestadores.

Existe una interpelación estrecha entre ambas conductas ya que a partir de la demanda inicial de los afiliados son los profesionales quienes básicamente determinan qué y cómo usar los servicios, en especial los de diagnóstico y tratamiento.

La elección de los indicadores responde a los objetivos del monitoreo. Por ejemplo, si el objetivo es monitorear la demanda global de la población, los indicadores de elección serán aquellos referidos a la utilización de consultas o de egresos.

### **A.1) TABLERO DE CONTROL DE INTERNACIONES**

Dentro del rubro internaciones se centrará el análisis en la implementación de tres tableros que permitan el seguimiento del gasto en internaciones.

El primer tablero será para un seguimiento mensual y anual de todas las internaciones por cada institución prestadora de la Obra Social.

Con respecto a las internaciones de Alta Complejidad se contara con un tablero específico para todas estas patologías pues las mismas son de poca frecuencia pero de un gasto muy importante.

Por último un sencillo tablero que indique diariamente la evolución de los internados por institución.

#### **Objetivos del tablero**

Conocer el gasto en internación de la Obra Social a través de las diferentes causas de internación, como así también, el seguimiento de los afiliados internados en forma diaria por institución.

#### **Tratamiento de la información**

Deberán obtenerse los datos necesarios a partir de un análisis de los informes de internación diarios que deberán enviar las instituciones sanatoriales/hospitales, además del análisis del gasto a través de la facturación mensual con los informes de internación.

#### **Informe de Tasas de Uso Internaciones**

##### **Datos:**

- Cantidad de Afiliados en el período.
- Gastos en internación por período y por afiliado.
- Altas de internación por período.
- Diagnóstico de internación.
- Cantidad de partos y Cesáreas.

##### **Indicadores**

A continuación, se desarrollan los indicadores más usuales para internaciones, exceptuando de éstas todas las internaciones por alta complejidad

- Egresos anuales por cada 100 beneficiarios.  
Cociente entre egresos de internaciones y total de beneficiarios en el período.
- Costo de internación por egreso (Alta)  
Cociente entre el gasto por internación en un período y altas producidas en el período.
- Estadía promedio.  
Cociente entre el total de días cama y días de UTI y el total egresos en el período.
- Porcentaje días UTI sobre días cama total.  
Cociente entre total días UTI sobre días cama por 100.
- Porcentaje de internaciones Quirúrgicas.  
Cociente entre internaciones quirúrgicas sobre total de internaciones del período por 100.
- Porcentajes de cesáreas.  
Cociente entre cesáreas sobre total de nacimientos del período por 100.

#### **Tablero de Control de Internaciones**

Los mencionados indicadores se pueden utilizar para el desarrollo de Cuadros de Mando de Hospitales o de Programas de Salud, con la finalidad de medir áreas críticas de dichas programas u organizaciones y utilizando criterios clave como los de: Eficacia, Eficiencia y Equidad.

#### **Grafica de indicadores de gestión**

**TABLERO DE CONTROL PARA AUDITORIA DE INTERNACIONES**

<b>Concepto</b>	<b>Establecimiento A</b>	<b>Establecimiento B</b>	<b>Establecimiento C</b>	<b>Establecimiento D</b>	<b>TOTAL</b>	<b>ESTANDAR</b>
Numero de Internaciones						
Total días cama general						
Total Días Cama UTI						
Estadía Promedio						3-4 días
% Días UTI / Días Cama Tota						12% - 15 %
Total Cirugias						
% Internaciones Quirúrgicas						60%
Total internaciones Clínicas						
% Internaciones Clínicas						
Total Partos						
Total Cesareas						
% Internaciones Partos/Cesárea						
% Cesareas/Nacimientos						20% - 25%
Fallecimientos						
% Fallecimientos/Ingresos						2%
Números códigos RX						
RX promedio						

Números Códigos Lab.						
Códigos de Lab. Promedio						
Numero de Ecografías						
Ecografías Promedio						
Numero de Sesiones Kinesio						
Sesiones Kinesio Promedio						
Costo Medicamentos						
Costo Promedio Medicamentos						
Costo Descartables						
Costo Promedio Descartables						
Costo Total Prestaciones						
Costo Promedio Total						

**Tablero de Control de Internaciones de Alta Complejidad**

<b>Concepto</b>	<b>Establ ecimie nto A</b>	<b>Establ ecimie nto B</b>	<b>Establ ecimie nto C</b>	<b>Establ ecimie nto D</b>	<b>TOTAL</b>
Numero de Internaciones					
Total días cama general					
Total Días Cama UTI					
Estadía Promedio					
% Días UTI / Días Cama Total					



Total Cirugías					
% Internaciones Quirúrgicas					
Total internaciones Clínicas					
% Internaciones Clínicas					
Total Internaciones Neonatológicas					
% Internaciones Neonatológicas					
Fallecimientos					
% Fallecimientos/Ingresos					
Costo Medicamentos					
Costo Promedio Medicamentos					
Costo Descartables					
Costo Promedio Descartables					
Costo Total Prestaciones.					
Costo Promedio Total					

### Tablero de Control Diario de Altas y Bajas de Internaciones

Concepto	Establecimiento A	Establecimiento B	Establecimiento C	Establecimiento D	TOTAL
Cantidad de Internados					
Internaciones del Dia					
Altas del Dia					
Total Internados					

### A.2) Tablero de Control de Tasas de Uso

Se plantea la utilización de estos informes para su utilización anual pero sin perjuicio de realizar un seguimiento de estas tasas ya sea semestralmente como trimestralmente.

### **Objetivo del tablero**

Tener la información necesaria acerca de los consumos de las principales prácticas médicas, bioquímicas, quirúrgicas etc. para la Obra Social mediante un tablero que pueda ser comparativo con períodos anteriores y también con tasas de uso de Obras Sociales similares.

### **Tratamientos de la información**

Realizar un análisis a través de los informes de los consumos de cada una de las prácticas que se definan como importantes para su análisis y la cantidad de afiliados del período. Es importante destacar que para cada indicador se establecerá un valor observado que son sólo valores de referencia tomados de experiencia de obras sociales de similares características.

### **Informe de Tasas de Uso de Prácticas Médicas.**

#### **Datos**

- Cantidad de Afiliados en el período.
- Cantidad en cada una de las prácticas médicas que se pretenda Informar.

#### **Indicadores**

- Tasa de Uso de Consultas Medicas  
Cociente entre cantidad total de consultas médicas por año y número de afiliados del periodo.
- Tasa de Uso de Practicas Bioquímicas  
Cociente entre cantidad de prácticas Bioquímicas por año y número de afiliados del periodo.
- Tasa de Uso de Practicas Quirúrgicas  
Cociente entre cantidad de prácticas Quirúrgicas por año y numero de afiliados del periodo.
- Tasa de Uso de Ecografías.  
Cociente entre cantidad de Ecografías por año y número de afiliados del periodo por 1000
- Tasa de Uso de Resonancia Magnética Nuclear  
Cociente entre cantidad de RMN por año y número de afiliados del periodo por 1000.
- Tasa de Uso de RX ambulatoria  
Cociente entre cantidad de RX por año y número de afiliados del período.
- Tasa de Uso de TAC  
Cociente entre cantidad de TAC por año y número de afiliados del período por 1000.
- Tasa de Uso de Hematología  
Cociente entre cantidad de practicas de Hematología por año y número de afiliados del periodo.
- Tasa de Uso de Practicas Análisis Bioquímicos Nomenclados  
Cociente entre cantidad de Análisis Bioquímicas Nomenclados por año y número de afiliados del período.
- Tasa de Uso de Análisis de Prácticas Bioquímicas Especiales  
Cociente entre cantidad de Análisis de Practicas Bioquímicas Especiales por año y número de afiliados del periodo.
- Tasa de Uso de Prácticas Kinesiológicas  
Cociente entre cantidad de Prácticas Kinesiológicas por año y número de afiliados del período.
- Tasa de Uso de Prácticas de Anestesia

Cociente entre cantidad de Prácticas de Anestesia por año y número de afiliados del período.

- Tasa de Uso de Prácticas de Fonaudiología  
Cociente entre cantidad de Prácticas Fonaudiológicas por año y número de afiliados del período.
- Tasa de Uso de Consultas de Psicología  
Cociente entre cantidad de Consultas de Psicología por año y número de afiliados del período.

**Tablero de Comando de Tasas de Uso**

<b>Practicas Medicas</b>	<b>Año 1</b>	<b>Año 2</b>	<b>Año 3</b>
1.- CONSULTAS Cantidad Total Tasa anual por Afiliado			
2.- BIOQUIMICA Cantidad Total Tasa anual por Afiliado			
3.- PRACTICA QUIRURGICA Cantidad Total Tasa anual por Afiliado			
4.- ECOGRAFIA Cantidad Total Tasa anual por Afiliado			
5.- RESONANCIA Cantidad Total Tasa anual por Afiliado			
6.- RX Cantidad Total Tasa anual por Afiliado			

7.- TOMOGRAFIA Cantidad Total Tasa anual por Afiliado			
8.- HEMATOLOGIA Cantidad Total Tasa anual por Afiliado			
<b>B.- BIOQUIMICAS</b>			
1.- ANALISIS NOMENCLADOS Cantidad Total Tasa anual por Afiliado			
2.- ANALISIS PRACTICAS ESPECIALES Cantidad Total Tasa anual por Afiliado			
<b>C.- KINESIOLOGIA</b>			
1.- PRACTICAS KINESIOLOGICAS Cantidad Total Tasa anual por Afiliado			
<b>D.- ANESTESISTAS</b>			
1.- PRACTICAS DE ANESTESIA Cantidad Total Tasa anual por Afiliado			
<b>E.- FONAUDIOLOGIA</b>			
1.- PRACTICAS DE FONAUDIOLOGIA			

Cantidad Total			
Tasa anual por Afiliado			
<b>F.- PSICOLOGIA</b>			
1.- CONSULTA DE PSICOLOGIA			
Cantidad Total			
Tasa anual por Afiliado			

### **A.3) Tablero de Control de Consumos Farmacéutico**

Se propone el seguimiento de este rubro de consumo en cualquier a partir de la trascendencia que el mismo implica a raíz del elevado costo que tienen los medicamentos el consecuente elevado gasto que el mismo implica para la Caja, pretendiendo a partir de ello tener datos precisos del consumo en el momento necesario entendiendo que dicha información es una herramienta de gestión relevante para Obra Social.

Una vez que se pueda contar con todos estos índices que se enunciaran más adelante no sólo es importante el seguimiento de estos a través del tiempo sino que es relevante la comparación que se pueda hacer con respecto a los estándares normales, como así también, de consumos de obras sociales similares.

#### **Objetivos del tablero**

Conocer a lo largo del tiempo las tendencias en los patrones de utilización de medicamentos desde el punto de vista farmacoeconómico correspondiente a los afiliados de la Caja.

#### **Tratamiento de la información**

Realizar un análisis de la información surgida a través de las recetas presentadas por las farmacias prestadoras de la Obra Social, correspondiente a cada mes.

#### **Informe Financiero del Gasto Farmacéutico**

Este cuadro resume la composición por cobertura, resultante del procesamiento de las recetas presentadas en el mes por las farmacias que conforman la red de atención de los afiliados, asimismo, con el cierre del año calendario y comercial se brindará la misma información:

#### **Datos**

- Cantidad Total de Afiliados Empadronados.
- Cantidad de Afiliados Usuarios (quienes estando empadronados consumieron medicamentos).
- Cantidad total de recetas, productos, líneas y unidades dispensadas.
- Importe Total (suma de los precios de venta al público de todos los productos)

vendidos).

- Importe neto a cargo de la Obra Social, resultante de sustraer el copago del afiliado y las bonificaciones de las farmacias.

#### **Indicadores**

- Importe promedio por receta:  
Cociente entre el importe total y el número total recetas.
- Importe promedio por afiliado:  
Cociente entre el importe total y el número total de afiliados empadronados.
- Importe promedio por unidad  
Cociente entre el importe total y la cantidad total de unidades dispensadas.
- Capita neta de medicamentos:  
Cociente entre el importe neto a cargo de la entidad y el total de afiliados empadronados.
- Tasa de uso de medicamentos  
Cociente entre el total de recetas y el total de afiliados empadronados.
- Promedio de unidades por receta:  
Cociente totales y las recetas totales.

### **A.4) Informe Financiero de Medicamentos Especiales**

En este punto se informarán los cuadros de gasto en medicamentos para tratamientos especiales, como por ejemplo, diabetes, tratamientos oncológicos, etc.

#### **Datos**

- Cantidad de afiliados por patología específica
- Importe Total (suma de los precios de compra por parte de la obra social).
- Cantidad de nuevos enfermos en el periodo.

#### **Indicadores**

- Importe promedio por afiliado especial  
Cociente entre el importe total de medicamentos destinado al especial y el número de afiliados especial.
- Importe promedio por patología.  
Cociente entre el importe total de medicamentos por patología y el número de afiliados con esa patología.

### **Informe Financiero Total de Gastos en Medicamentos.**

Se determinará los índices del gasto total de la obra social en medicamentos, a través de los datos ya aportados en los dos puntos anteriores.

Los indicadores aquí expuestos mostrarán el gasto total de medicamentos ya sea los dispensados en las farmacias con las cuales se tienen convenios de atención directa, como también los que son de planes especiales de cobertura del 100% que su entrega esta a cargo de la obra social.

### Indicadores

- Importe promedio por afiliado:  
Cociente entre el importe total y el número total de Beneficiarios
- Importe promedio por unidad  
Cociente entre el importe total y la cantidad total de unidades dispensadas.
- Capita neta:  
Cociente entre el importe neto a cargo de la entidad y el total de beneficiarios.
- Tasa de uso de medicamentos:  
Cociente entre el total de recetas y el total de afiliados empadronados.

A continuación, exponemos tres cuadros de Tableros de Comando donde volcar los datos de consumos de medicamentos.

### Cuadro 1 Reporte Financiero del Gasto Farmacéutico

Periodo: Año .....

Empadronados	Afiliados Usuarios	Médicos	Farmacias	Productos	Recetas	Lineas	Unidades	Imp. Total	Prom. Imp/Rc	Imp. Neto	Capita Neta

### Cuadro 2 Reporte Financiero del Gasto Farmacéutico por cobertura

Periodo: Año .....

Porcentaje	Recetas	Unidades	Imp. Total	Imp. Entidad	Imp. Neto	Imp./Receta	Imp./Rc. Neto	Prom. Unidad/Rec.	Imp. /Un
40%									
50%									
70%									
100%									
TOTAL									

### Cuadro 3 Resumen de Indicadores Farmacéuticos

Periodo: Año .....

1. Tasa de Uso global	
-----------------------	--

(recetas/afiliado)	
2. Importe al 100% por Afiliado global (\$)	
3. Importe al 100% por receta Global (\$)	
4. Capita neta promedio (\$)	
5. Unidades por receta	
6. Afiliados usuarios	
7. Afiliados empadronados	
8. Relación usuarios/empadronados (%)	

Estos cuadros resumen de Indicadores de consumos Farmacéuticos proporcionan importantes indicadores para la toma de decisiones con respecto al comportamiento de los afiliados de la Obra Social con respecto al consumo de medicamentos.

## **B) RED PRESTACIONAL EXCLUSIVA**

Con el fin de promover la accesibilidad, la continuidad y la prevención de su salud desde un enfoque de atención integrada y centrados en el paciente se le propone a la Caja de Servicios Sociales de la Provincia de Santa Cruz generar una red prestacional destinada exclusivamente a sus afiliados y afiliadas priorizando un enfoque de atención integrada y centrada en el paciente, de forma de brindar al beneficiario una herramienta destinada a otorgar atención de salud integral en el nivel ambulatorio en todo el territorio de la Provincia de Santa Cruz, evitando que los mismos deban someterse a abonar copago alguno.

Para ello se prevé la constitución de establecimientos privados estructurados en una red de Policonsultorios los cuales serán parte de una integración vertical de oferta prestacional propia de la Caja a partir de otorgar su alta previo cumplimiento de los requisitos a determinar y a exigir según normativa.

De esta manera, los profesionales que integren dicha red trabajando en cada uno de los establecimientos brindaran servicios en el marco del presente esquema, quedando habilitados para prescribir medicamentos y prácticas y/o emitir órdenes de internación a ser cubiertas por la CSS.

En consecuencia, en el marco de una política institucional de la Obra Social, resulta necesario determinar la estructura organizativa de la Caja, en un todo de acuerdo con los principios de coherencia, transparencia, austeridad, eficiencia y optimización de sus recursos basándose en los siguientes principios:

1. Planificar, conducir y evaluar las estrategias para la atención y cuidado integral de los/las afiliados/as en los establecimientos de gestión directa.
2. Gestionar las unidades y servicios de prestadores/as de gestión directa conforme las directivas establecidas por la Caja.
3. Administrar los convenios correspondientes promoviendo actualizaciones y modificaciones.
4. Auditar y fiscalizar el funcionamiento de los establecimientos, la cobertura y acceso prestacional de gestión directa.
5. Auditar los servicios prestados mediante el sistema de gestión directa, en lo relacionado a la calidad, eficiencia y eficacia, considerando las normas vigentes en la materia.



En congruencia con dichos principios, el objetivo primario de esta propuesta es la de promover la Atención Primaria de la Salud (APS), a partir de la intervención en centros con servicios de primer nivel y policlínicos especializados. Los mismos serán brindados en el marco de un programa destinado a garantizarle al afiliado/a las siguientes prácticas:

- Médicos/as de especialidades esenciales: Medicina general y/o familiar, Clínica, Ginecología, Pediatría.
- Médicos/as que aborden problemas de salud prevalentes: Cardiología, Traumatología, Endocrinología, Psiquiatría, entre otras.
- Psicología
- Odontología
- Fonoaudiología
- Kinesiología
- Agentes sanitarios.
- Estudios complementarios de baja complejidad

**Objetivo del Programa: desarrollar en todas las Regiones de la Provincia de Santa Cruz una Red destinada a brindar accesibilidad de:**

- Cobertura a la totalidad de las prestaciones, que incluyen el valor del honorario médico y el copago.
- Consultas, prácticas, estudios y medicamentos tienen cobertura al 100%: los/as afiliados/as de Caja no deben abonar nada durante la atención en el Policlínico
- Desarrollo geográfico para estar cerca de los/as afiliados/as  
Para ello se establecen los requisitos básicos a ser implementados en cada Policlínico:
  - Contar con 3 o más consultorios
  - Equipo básico de salud Director/a médico/a
  - Computadoras con acceso a internet en los consultorios

Asimismo se procurará la implementación de Programas promopreventivos de Salud auspiciados por la CSS tales como:

- Agentes Sanitarios
- Acceso a Interrupción voluntaria del Embarazo
- Prevención de Cáncer Genito-mamario y Colorrectal
- Diabetes, Riesgo cardiovascular, Salud Renal
- Abordaje de Consumo problemático de sustancias

Asimismo, como complemento y a modo de incentivo deberá preverse que cada Policlínico de la red de prestadores perciba adicionales económicos por el uso de herramientas informáticas en los términos de un Programa de Fortalecimiento de Gestión, Control y Calidad Prestacional a ser definido en el marco de una política institucional de la Caja.

### **C) FARMACIA O RED DE FARMACIAS PROPIAS**

De acuerdo a los resultados obtenidos con la información relevada en el marco de esta consultoría, se desprende que para el año 2020 el gasto en medicamentos representaba el 25% del total de egresos de la Obra Social, proporción que se ha visto incrementada hacia el año 2022 incidiendo los costos en estos conceptos en un 36% del total de gastos, según se presenta a

continuación.

PARTIDA	2019	2020	2021
PROVISION DE MEDICAMENTOS	1.101.453.805	1.996.603.814	4.083.467.276
TOTAL DE EGRESOS	4.525.493.501	6.053.642.241	11.252.048.699
Participación en el total de egresos	24%	33%	36%

Es por ello que resulta esencial definir opciones que permitan optimizar el gasto en estas líneas manteniendo la calidad esperada por el afiliado.

Las posibles alternativas que permitirían optimizar el gasto se centran fundamentalmente en:

- a. Implementación de precios de venta al público de referencia
- b. Alentar a sus profesionales a prescribir por nombre genérico.
- c. Gestionar una red de farmacias propias permitiendo su integración vertical.

Para profundizar el análisis es importante destacar que el mercado de medicamentos adolece de un severo problema de información. En él se establecen relaciones entre los agentes donde, en la mayoría de los casos, impera la información asimétrica. Esta característica resulta esencial en un modelo competitivo de mercado.

En el mercado de medicamentos de venta bajo receta, los que inciden en mayor medida en el costo de las obras sociales, la complejidad de las patologías tratadas y el riesgo implícito en estas, generan una alta valoración del medicamento por parte del paciente, y como consecuencia de esto una baja elasticidad al precio. Estas particularidades restringen la información necesaria para que el paciente tenga la posibilidad de sustituir entre distintas presentaciones de medicamentos similares (igual principio activo).

En este mercado aparecen por los menos cuatro agentes que median la relación paciente-oferta y que podrían proveer al primero de información con el fin de obstaculizar la estrategia de venta de la oferta.

- El médico que inicia la demanda a través de la prescripción.
- Los seguros de salud que cofinancian el costo del medicamento.
- El farmacéutico que es el encargado de la dispensa del medicamento.
- El Estado en su papel de regulador del mercado.

Un dispositivo que permite entonces modificar la elasticidad precio de la demanda, podría aprovechar la presencia de intermediarios en la relación paciente-oferta para suministrar al primero la información necesaria que le sea útil para sustituir entre las distintas presentaciones. La elasticidad precio al medicamento está relacionada con la valoración que tiene el paciente sobre este, por lo cual una forma de elevar esta elasticidad es haciendo disminuir su valoración.

Es por ello que una forma de elevar la elasticidad del paciente al precio del medicamento es señalándole la existencia de sustitutos. Pero debe quedar claro que para que el paciente pueda identificarlos es necesario brindarle mayor información. Entonces, la farmacia, como agente interviniente en la relación podría proporcionar un flujo de información respecto al grado de sustitución entre las distintas presentaciones de forma tal de disminuir la elasticidad precio y al mismo tiempo incrementar la información del paciente respecto de

medicamentos similares.

### **C.1) Implementación de precios de venta de referencia**

Debido a la variabilidad de marcas comerciales que existen para un mismo ingrediente farmacéutico activo, los precios de venta referenciales se utilizan en diferentes países para regular los precios. Para ello es necesario establecer tres parámetros:

- El nivel de agrupamiento (mismo ingrediente farmacéutico activo, ingrediente farmacéutico activo de la misma familia o ingrediente farmacéutico activo con el mismo efecto terapéutico),
- La medida que se utilizará como precio de referencia (media, mediana, precio más bajo)
- La frecuencia de revisiones al sistema (mensual, semestral, anual).

Una vez definidos los precios de venta al público de referencia (PVPr), mediante los cuales se define una cuantía máxima de cobertura para los medicamentos que presentan equivalencia química cualitativa y cuantitativa e idénticas forma farmacéutica, dosis, vía de administración y presentación, podrían presentarse las siguientes situaciones:

1. El paciente selecciona una marca comercial cuyo precio de venta al público es menor al precio de venta referencial. En esta situación el afiliado pagará el porcentaje correspondiente al precio de venta al público.
2. El paciente elige una marca comercial cuyo precio de venta al público es igual al precio de venta referencial. En este caso el afiliado abonará solamente el copago asociado al precio de venta referencial.
3. El paciente seleccione una marca comercial cuyo precio de venta al público sea mayor al precio de venta referencial. En ese caso el afiliado debería pagar el porcentaje del precio de venta referencial correspondiente más la diferencia entre el precio de venta al público y precio de venta referencial.

Esta medida apunta a lograr eficiencia en el gasto asociado al uso de medicamentos, con la consecuente disminución del gasto tanto para la obra social como para los pacientes, y asegurando los mismos resultados en salud y favoreciendo la accesibilidad a los tratamientos

No obstante, en un contexto con alta variabilidad de precios como el actual, la implementación de este sistema podría generar mayores costos que las contribuciones que permitiría lograr. Esto es así, ya que los análisis y listas positivas con los medicamentos incluidos deberían ser actualizadas en forma mensual como mínimo, lo que complejiza la ejecución de la herramienta.

### **C.2) Gestionar una red de farmacias propias integrando verticalmente a la CSS**

En general, analizando el perfil consumidor de los afiliados a una Obra Social,

podemos afirmar que los mismos respetan la indicación del profesional prescriptor, y se referencian, en la mayor parte de los casos, a la misma farmacia por cercanía, calidad de atención o mejores precios.

Por otra parte, en el mercado actual, al ser los laboratorios los responsables de la formación del precio de los medicamentos, el cual se da a publicidad a través del manual farmacéutico, el resto de los actores de la cadena reciben como retribución a su gestión de comercialización un porcentaje sobre el precio de venta (señalado en el manual farmacéutico). Esta lógica de remuneración incentiva la venta de productos de alto precio ya que estos generan un flujo de ingresos más alto.

Es por ello que la alternativa de incorporar una farmacia/red de farmacias propias a la obra social se convierte en una ventaja ya que, al aparecer la misma como el eslabón final en la cadena de comercialización del medicamento, podría actuar como un agente que disminuya la asimetría en la información de los pacientes a través de acciones tales como brindar información y eventualmente ofrecer productos alternativos al comprador, con las mismas equivalencias químicas cualitativas y cuantitativas e idénticas formas farmacéuticas y presentación a menores costos.

Además, la ley de prescripción por nombre genérico permite al farmacéutico sustituir el medicamento indicado en la receta. Ya sea que el médico haya conformado la receta prescribiendo una marca comercial o sugiriendo alguna de estas, conforme las preferencias del paciente y una vez que este haya sido debidamente asesorado por el farmacéutico.

Otra ventaja conlleva a la existencia de menores costos de transacción, los que en estos casos podrían clasificarse como costos de transacción ex ante (costo de diseñar contratos y negociarlos) y ex post (costos de corregir desvíos y costos de administrar los desacuerdos).

Por otra parte, contar con una farmacia o red de farmacias propias mejoraría el poder de negociación con los laboratorios, al aumentar la escala de compra y al no estar cautivo de las farmacias con quien la obra social negocia valores y condiciones para la prestación del servicio.

Otra razón esencial que favorece esta alternativa se relaciona con mantener la calidad de los servicios prestados a los afiliados, ya que bajo este esquema de integración el paciente quedaría al margen de los conflictos como cortes de entrega de los medicamentos, que pudieran producirse entre los financiadores y las farmacias. En un marco inflacionario de permanente negociación de valores, esta ventaja se torna central.

Finalmente, la posibilidad de gerenciar integradamente el negocio fortaleciendo ambas partes y logrando sinergias entre ellas es una ventaja esencial. La integración permite al financiador gestionar mejor sus costos a través de la entrega de medicación a través de sus bocas de expendio permitiendo mejorar la calidad, orientar al afiliado en la adquisición de las diversas marcas comerciales y ofrecer mejores descuentos.

Las principales desventajas de esta opción radican en los costos fijos que demandará la adquisición/construcción de una farmacia o red de farmacias incluyendo los costos administrativos y de organización.

## **1.6 Diseño de auditorías técnicas médicas y capacitación Segunda opinión**

### **Notas preliminares y conceptos**

En el presente período, se concluyó y se consensó el Manual de segunda opinión médica que se presenta a continuación. En el mismo, **se trabajó en el diseño de las redes de consulta que incluyan prestadores, especialistas y equipos de salud.**

Entre otras cosas, se deja escrito en el Manual la necesidad de una Red de complejidad ascendente con sus correspondientes contratos. Se propone a partir del análisis de la demanda de consultas las necesidades de oferta regional, pero basados en la Red prestacional de la CSS. Se toma nota de la necesidad de especialistas infantiles, Urólogos, oncólogos, etc. Dadas las carencias de ofertas detectadas se hace necesaria una solución telemática para aumentar esa Red Prestacional **como así también los circuitos de gestión administrativa, rol del auditor médico de la CSS y normas éticas de funcionamiento.**

**Se elaboraron recomendaciones sobre las tecnologías disponibles para un sistema de Segunda opinión.**

**Se trabajó en el diseño de un programa de capacitación destinado a promover las habilidades de comunicación y la utilización de un sistema de segunda opinión.** Y se realizó la Capacitación basada en el Manual de 2da Opinión que permitió recoger las opiniones de los participantes que, han recibido con entusiasmo el recurso y valorado su utilidad para mejorar el sistema de gestión de la entidad.

### **Propuesta de Manual**

En informes anteriores se ha explicitado el objetivo del manual y consideraciones sobre el mismo. A continuación se presenta el producto logrado y consensado.

# Manual de procedimiento de segunda opinión

## Índice

- Introducción
- Objetivo
- Responsable
- Alcance
- Directrices generales
- Ámbito de aplicación
- Procedimiento
- Anexo I–Listado de referencia de patologías sujetas a segunda opinión
- Anexo II- Definiciones
- Anexo III-Indicadores propuestos
- Anexo IV- Modelo de formulario de solicitud
- Fuentes de información

## **Introducción**

De acuerdo a algunos criterios, se considera segunda opinión como una segunda consulta, es decir una herramienta de apoyo, sobre una decisión de ratificación o modificación en el diagnóstico o tratamiento donde previamente el afiliado ha recibido la consulta con otro facultativo.

La necesidad de opiniones medicas alternativas surgen a raíz de un sentido de insatisfacción por parte de los usuarios de un servicio de salud, bien sea por la forma en la que se ha proporcionado la información en términos de empatía, o bien, por dudas concretas acerca del contenido de la misma

Las segundas opiniones pueden ayudar a los pacientes a mejorar la comprensión del diagnóstico, mejorar la optimización del tratamiento y evitar riesgos innecesarios. La libre elección es respetar la autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica, reconociendo el derecho a decidir libremente entre distintas alternativas asistenciales, en los términos y condiciones que los servicios de salud establezcan en cada caso.

En este sentido, la Ley 26.529 relativa a los derechos del paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, la historia clínica y el consentimiento informado, en el artículo 2 , establece el derecho a la segunda opinión, es decir respecto a la interconsulta médica. “El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud”.

Hay diversos factores que motivan una segunda opinión que incluyen la confirmación del diagnóstico, un beneficio clínico, o del tratamiento, insatisfacción de la comunicación médico-paciente, deseo de mayor información, complicaciones del tratamiento. En este sentido los expertos expresan que el derecho a la segunda opinión aumenta la credibilidad, la seguridad, la confianza, la calidad, la transparencia en el sistema sanitario, lo cual se refleja en la disminución del miedo, ansiedad por parte del paciente y familiares.

En la actualidad, es un instrumento relacionado con las intervenciones tecnológicas, los TICs, cuestiones éticas o legales, con los derechos del paciente, que se plantea sobre el principio de confianza presente en la relación médico paciente y en el respeto a su voluntad tras la decisión informada. Es una estrategia sana en la búsqueda fundada en opciones científicamente validadas para las propuestas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación en casos concretos.

La práctica puede ser de carácter presencial o por telemedicina, o limitarse a la opinión sobre un resultado o examen complementario de forma directa o virtual, respetando los lineamientos de una interconsulta médica.

Otra modalidad de consulta puede ser ambulatoria o durante una internación, siempre respetando la referencia del caso, sin conflictos de interés o dicotomías evitando que los colegas médicos o paramédicos se sientan cuestionado por esa decisión.

El proceder debe estar en un marco de referencia científico, bioético, y de respeto a todas la partes involucradas. En este contexto, el medico consultor debe abstenerse de juicios e insinuaciones capaces de afectar la confianza depositada en el médico de cabecera.

Debe ser considerado como una contribución al esquema de educación para la salud, consentimientos informados y co-responsabilidad en el manejo de la relación

médico-paciente.

Respecto a la conducta profesional han sido propuestos desde los códigos deontológicos básicos y los de la ética más elemental. Estos han sido secundados posteriormente por la Declaración Universal de Derechos Humanos y los Derechos de los pacientes (Ley 26.529).

Los principios generales de la bioética implican no hacer daño, equidad, respeto a la autonomía, respeto a la dignidad, confidencialidad, otorgar atención médica de calidad, otorgar docencia, seguir un comportamiento íntegro y honesto, y en relación a la práctica de la segunda opinión e interconsultas profesionales se añade la relevancia de la comunicación efectiva y respetuosa en ambos sentidos, en una relación médico-paciente responsable.

Prestar atención, sobre las condiciones y temas controversiales, o aún no bien definidas categóricamente como estrategia diagnóstica, terapéutica o de rehabilitación, es importante que la discusión no ante los pacientes y sus familias, sino en foros científicos.

Como ejemplo, de la importancia y el valor que ha adquirido la segunda opinión, a nivel internacional, podemos citar la conformación de un convenio concreto de cooperación formal sanitaria entre países de la Unión Europea a partir de la solicitud, de un Centro de Interconsultas italiano, que deseaba consultar a expertos franceses. Dicho programa recibía 5,000 consultas anuales, 80% era por cáncer, el resto por trasplantes de órganos y cirugía compleja (cirugía, ortopedia y neurocirugía)

. Matozza F. Segunda opinión médica internacional. Centro italiano de segunda opinión internacional París Francia. Disponible en: [www.enplenitud.com](http://www.enplenitud.com). [Consultado: 30/04/2008].

## **Objetivo**

1. Este Manual de Procedimientos tiene por objeto la regulación del ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en el ámbito de la CSS.
2. Tendrá el propósito de facilitar al afiliado o a quien la haya solicitado una mayor información que afiance la seguridad de su decisión informada, consciente, participativa y autónoma, en el mantenimiento y cuidado de su salud y a efectos de prestar una mejor asistencia sanitaria.

## **Responsable**

Gerencia de atención al afiliado

## **Alcance**

El ejercicio del derecho a la segunda opinión médica alcanza a todos los beneficiarios activos de la CSS (sujetos de derecho) y se garantiza a través de la organización incluida en la normativa regulatoria de la CSS.

Se concibe como un procedimiento dinámico, que puede ser mejorado y revisado en respuesta a consensos, nuevas herramientas de gestión, regulaciones normativas.

## **Directrices generales**

- a) Los beneficiarios activos podrán ejercer el derecho a la segunda opinión médica.
- b) La segunda opinión médica sólo podrá ejercitarse una vez en cada proceso asistencial.
- c) 3. Para poder contar con el beneficio, se precisará que el usuario tenga capacidad jurídica y de obrar suficiente, pudiendo también ejercitar el derecho su



representante legal o persona expresamente autorizada.

- d) En el supuesto de que el usuario estuviera imposibilitado para solicitar la segunda opinión médica y no tuviera representante legal o no hubiera conferido expresamente autorización a otra persona, podrán solicitar la segunda opinión médica:
- Los familiares hasta tercer grado de afinidad o consanguinidad.
  - Su pareja de hecho, en las parejas estables no casadas. (evaluar si requiere legalmente que sea Unión estable)
  - En defecto de los anteriores, quienes justifiquen un interés legítimo en su obtención.
- e) Las solicitudes de información que precisen los Juzgados y Tribunales, así como otras Administraciones Públicas en ejercicio legítimo de sus competencias deberán fundamentarse en el ordenamiento jurídico aplicable en cada caso y no en el derecho cuyo ejercicio regula este procedimiento.
- f) El ejercicio del derecho regulado por este procedimiento no cubrirá las presunciones destinadas al aporte de informes o certificados médicos a compañías aseguradoras de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (ART), u otras personas físicas o jurídicas, con fines distintos a los puramente asistenciales.
- g) La libre elección de profesionales de cartilla debe basarse en la capacidad de resolución local según criterio médico y la evaluación de la calidad correspondiente.
- h) El deseo del paciente como motivo de segunda opinión podrá canalizarse, opcionalmente, vía telemática, ya que hay prestadores locales capacitados para resolver esa demanda, más el derecho a otra consulta por deseo, no implica el trámite de Derivación Programada.
- i) Respecto a la telemedicina, se requerirá al paciente toda la información que disponga que sea útil conforme la materia en consulta. • En su interacción con el/la paciente es fundamental que el equipo de salud favorezca en todo momento la comunicación efectiva, así los tiempos del diálogo..
- j) El equipo de salud debe efectuar el registro completo de la atención, idealmente a través del mismo registro electrónico. se deben realizar y almacenar copias de todos los informes y documentos generados a partir de la teleconsulta.
- k) Es fundamental mantener en todo momento la privacidad y la confidencialidad del/la paciente. Recíprocamente esta condición de confidencialidad y privacidad debe ser bidireccional

### **Ámbito de aplicación**

1. El ejercicio del derecho a la segunda opinión médica responde a través de la organización de la CSS y materiales incluidos en la normativa regulatoria.
2. Podrá requerirse la emisión de una segunda opinión médica a centros o facultativos, pertenecientes a la Cartilla de Prestadores de la CSS, cuando así se considere necesario por las especiales circunstancias diagnósticas o terapéuticas que concurren en el caso.
3. Los requerimientos de segunda opinión fuera de la Provincia o de Prestadores fuera de Cartilla requiere de la intervención y autorización de la Auditoría médica o la Gerencia de atención al afiliado y siempre requiere de una opinión especializada local.
4. El médico de cabecera o en su defecto el médico auditor explicarán al solicitante las modalidades más recomendadas para obtener esa segunda opinión ya sea ésta presencial o telemática.

### **Procedimiento**

1. El afiliado o las personas sujetos a derecho ingresan la solicitud al correo [segundaopinon@css.org.ar](mailto:segundaopinon@css.org.ar).

2. También se podrá presentar la solicitud en cualquiera de los lugares a los que se designen en forma física con una nota manuscrita que fundamente el pedido.
3. El área de segunda opinión entregara al afiliado el formulario como parte del procedimiento.
4. Las solicitudes de una segunda opinión médica implica que el afiliado firme un formulario, como parte del procedimiento con su firma que implica la autorización del paciente o del responsable solicitante, para que los profesionales puedan acceder a los datos de carácter personal contenidos en la historia clínica, de conformidad con lo previsto en la normativa reguladora de la protección de datos de carácter personal y de acceso a la historia clínica de los pacientes.
5. Recibida la correspondiente solicitud, se registra en el sistema el número de solicitud y los datos del afiliado, y se deriva a auditoría médica.
6. Recibido por Auditoría médica, gestiona través del médico asistente la obtención de la Historia Clínica del centro sanitario que haya diagnosticado la enfermedad o prescrito el tratamiento que pueda originar el derecho a una segunda opinión médica.
7. Auditoría médica evalúa la solicitud.
8. La resolución dictaminada será notificada al beneficiario en el plazo máximo de 5 días hábiles a contar desde el siguiente a la presentación de la solicitud.
9. En el caso de aprobación, la resolución contendrá nominalmente el Centro sanitario, nombre del médico, especialidad y modalidad en el que se deberá emitir la segunda opinión y será notificada al solicitante.
6. La notificación la realizara el área de gestión asignada a tramites de segunda opinión, a través de correo electrónico, o llamado telefónico, dejando registrado los datos siguientes datos: nombre completo del afiliado, DNI; número de afiliado, numero de trámite de segunda opinión, modelo de autorización del afiliado para acceder a los datos de la historia clínica, centro asistencia asignado, nombre del profesional médico, modalidad presencial o telemática, fecha y hora.
7. El gestor del caso tramita lo necesario para su efectivizacion, ya sea en formato presencial, tomando cuenta del traslado y alojamiento como si fuera una derivación o bien por vía telemática con o sin asistencia profesional e indicando que debe contar con todos los elementos de consulta a mano, aun cuando se haya enviado previamente, por parte de auditoría médica, la información necesaria para una consulta exitosa por parte del consultor.
8. La resolución señalará el Centro que el paciente haya escogido, respetando el orden de preferencia manifestado por el paciente o su responsable a cargo, pero siempre de acuerdo con los requisitos señalados en el artículo 2 y 3 de este procedimiento (ámbito de aplicación).
9. En el caso de desestimación de la segunda opinión, el equipo gestor notificará la resolución al interesado, ofreciendo una explicación satisfactoria y una alternativa de consulta con el auditor para evacuar los motivos del dictamen. Contra la mencionada resolución se podrá interponer un Recurso ante la gerencia de atención al afiliado, la cual deberá ser respondida dentro de los 30 días posteriores a la solicitud.
10. Transcurrido el plazo máximo para resolver la solicitud de segunda opinión ésta se entenderá aprobada o aceptada y se procederá, sin más trámite, por parte del órgano competente, a designar el centro sanitario que elaborará el informe facultativo

correspondiente a la segunda opinión.

11. El informe de Emisión de segunda opinión se formulara siempre atendiendo a los informes y pruebas diagnósticas y terapéuticas contenidas en la historia clínica realizadas por el servicio que haya emitido el primer diagnóstico o propuesta terapéutica.

12. El informe de emisión debe ser completo acompañado de la copia de los estudios realizados. A su vez, el médico que los solicita debe confiar en el certificado o información suministrada por el colega de cabecera, no obstante lo cual, en caso de seria duda, tiene derecho a obtener los originales, procediendo a su devolución inmediata una vez verificados.

13. No obstante, el paciente podrá ser citado si el centro que vaya a emitir la segunda opinión, considerase la necesidad de valorar presencialmente o de solicitar nuevas pruebas.

14. El informe de segunda opinión médica se emitirá en el plazo máximo de los 15 días siguientes a aquel en que se haya recibido la documentación clínica del paciente en el centro que vaya a emitir la segunda opinión, o, en su caso, a partir de aquel en que se haya practicado el reconocimiento o las nuevas pruebas al paciente.

15. En el informe de segunda opinión se indicará:

- a) Si se confirma o no el diagnóstico o tratamiento.
- b) En caso de que no se confirme el diagnóstico o tratamiento inicial, se emitirá el nuevo diagnóstico, con indicación del tratamiento propuesto o la nueva alternativa terapéutica.
- c) Propuestas de seguimiento a nivel local o recomendaciones para el médico tratante.
- d) Programa terapéutico y de controles futuros, prevaleciendo en todos los casos el seguimiento local con supervisión telemática.

14. El informe de segunda opinión médica se comunicará al paciente, y se remitirá al servicio médico que emitió la primera opinión, para que se incorpore a la historia clínica del mismo.

15. En el caso de la consulta ambulatoria telemática el profesional adjuntará el informe para auditoría de facturación como cierre de proceso.

16. Cuando el paciente reciba el informe de segunda opinión coincidente con el diagnóstico o con el tratamiento propuesto inicialmente, continuará recibiendo la atención sanitaria en el Centro Sanitario o por el profesional de la salud donde venía siendo atendido. Salvo que por razones personales desee elegir otro profesional de Cartilla portando la Historia clínica que le pertenece.

17. Si del informe de segunda opinión surge la atención clínica precisa para el diagnóstico o el tratamiento propuesto en el informe final, siempre que esté incluida dentro de las prestaciones comprendidas en la cartera de servicios o prestaciones que obliga la Normativa vigente y tenga consenso profesional basado en la evidencia, la gerencia de atención a la filiado garantizara la asistencia. Si se precisa el desplazamiento del paciente a un centro o servicio distinto a aquél que emitió el primer diagnóstico o propuesta terapéutica, deberá evaluarse como si fuera una Derivación Programada con el criterio de complejidad ascendente. Quedando prohibido la prestación de prácticas o tratamientos experimentales o no aprobados en el país.

18. En el caso que la segunda opinión médica difiera del diagnóstico o tratamiento propuesto inicialmente, el usuario, paciente o solicitante en su caso, una vez que haya sido informado, podrá elegir entre las diferentes alternativas diagnósticas o terapéuticas.

19. El contenido y la forma como se transmita toda la información tienen relevancia desde el punto de vista bioético y se encuentra también sujeta a respeto profesional, así

como los aspectos legales y normativos

### **Anexo I**

Las Sigüientes patologías esta sujetas a la solicitud de segunda opinión médica, teniendo en cuenta que el paso del diagnóstico este completo. Si bien están descritas las más referentes, cualquier otra solicitud debe ser evaluada por el auditor médico, si se considere necesario por las especiales circunstancias diagnósticas o terapéuticas de algún caso.

- a) Enfermedad rara o catastrófica.
- b) Enfermedades de origen genético
- c) Enfermedades autoinmunes con algún fallo orgánico activo.
- d) Enfermedades crónicas en tratamiento con evolución desfavorable por parámetros objetivos de laboratorio o imágenes.
- e) Intervenciones mutilantes programadas
- f) Equipamientos o implantes protésicos permanentes
- g) Enfermedad degenerativa progresiva sin tratamiento curativo o con tumoración del sistema nervioso central o de una enfermedad neoplásica maligna, incluido el melanoma. Se exceptúan los cánceres de piel.
- h) Enfermedad inflamatoria intestinal, cuando el tratamiento propuesto sea inmunosupresor o quirúrgico.
- i) Neoplasias malignas, excepto los cánceres de piel que no sean el melanoma.
- j) Propuesta terapéutica para enfermedad coronaria avanzada de angioplastia simple o múltiple frente a cirugía cardíaca coronaria convencional.
- k) Propuesta de cirugía coronaria convencional en situación de riesgo, con o sin circulación extracorpórea, frente a otras técnicas de revascularización o trasplante.
- l) Cardiopatía congénita con indicación de cierre o ampliación de defecto congénito por técnica de cardiología intervencionista frente a cirugía convencional.
- m) Trasplante
- n) Propuesta de tratamiento quirúrgico en escoliosis de grado mayor, idiopática o no idiopática
- o) Ingreso Programas de cuidados paliativos.
- p) Preparación previa a una eventual Derivación Programada
- q) Estudios que puedan realizarse técnicamente a nivel local y pueden informarse por especialista de otra localidad.

### **Anexo II**

#### Definiciones

1. Segunda opinión médica: Emisión de un diagnóstico completo o una propuesta terapéutica mediante un informe facultativo, con el fin de contrastarlos y como consecuencia de la solicitud realizada por los usuarios o un facultativo de la CSS.
2. Enfermedad rara: Aquella potencialmente mortal o debilitante a largo plazo, con alto nivel de complejidad y que tiene una prevalencia inferior a cinco casos por diez mil habitantes.
3. Proceso asistencial: conjunto de actividades realizadas al paciente encaminadas a diagnosticar o tratar un problema de salud, enfermedad o patología concreta.
4. Procedimientos Invasivos: es aquel en el cual el cuerpo es "invadido" o penetrado con una aguja, una sonda, un dispositivo o un endoscopio o un evento quirúrgico
5. Interconsulta Médica: mecanismo de consulta entre profesionales médicos.
6. Telemedicina: Se entiende a la modalidad de provisión de servicios de salud a través de las tecnologías de la información y comunicación.
7. Teleconsulta: se entiende al proceso de atención sanitario que como tal implica la

interpretación de información médica y la toma de decisiones, brindado a través de las tecnologías de la información y comunicación que se produce entre dos o más profesionales de la salud, así como entre el equipo de salud.

### **Anexo III**

#### **Indicadores propuestos**

- Población de referencia y causas de consulta
- Pacientes de 2da opinión que resolvieron con la consulta a nivel local vs los que requirieron derivación.
- N° de consultas ambulatorios / Telemáticas realizadas (pacientes que hacen la consulta con un consultor)
- N° de Consultas en internación (consultores que van a la internación)
- N° de Consultas por vía telemática totales
- Diagnósticos prevalentes que requirieron 2da opinión
- ¿Causas?
- Médicos que solicitan 2da opinión, o pacientes de y las localidades a las que pertenecen
- Costos del Servicio según facturación
- Derivaciones por causas ambulatorias entre períodos

### **Anexo IV**

#### **MODELO DE SOLICITUD**

#### **FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGUNDA ATENCIÓN MÉDICA**

Numero de solicitud:

Fecha:

#### **Datos del afiliado**

Nombre y apellido completo

DNI

Numero de afiliado

Fecha de nacimiento

Dirección y Localidad de residencia.

Correo electrónico

Teléfono /celular de contacto

---

#### **Datos del solicitante que no sea el propio afiliado**

Nombre y apellido completo

DNI

Relación entre el afiliado y el solicitante

- Familiar hasta tercer grado
- Pareja (unión estable)
- Representante legal

---

#### **Motivo de la solicitud de segunda opinión medica**

- Proceso de confirmación del diagnostico
- Alternativas terapéuticas
- Examen complementario.

- Estrategias de rehabilitación
  - Otros
- Datos del centro asistencia donde ha sido atendido  
Nombre completo  
Dirección y localidad del centro  
Médico tratante. Nombre completo  
Especialidad:  
Teléfono de contacto  
Correo electrónico del referente del centro.

**Indique el centro de referencia seleccionado** para la emisión de la segunda opinión (si hay más de uno, marque el primero como prioridad)  
El centro seleccionado debe tener nombre completo, especialidad, nombre del profesional si lo sabe, provincia, localidad.

- 1....
- 2...
- 3.....

Firma, aclaración del solicitante

#### **AUDITORIA MEDICA**

- APROBACION:
- DESAPROBACION:   
Texto explicar motivos de la segunda opción

Fecha,  
Nombre completo y firma del auditor medico

#### **FUENTES DE INFORMACION**

Estas referencias se encuentran directamente enlazadas con el material de la tarea.

- Resolución 581-2022-APN-MS Del Ministerio de Salud de Argentina MINISTERIO DE SALUD

Esta norma aprueba un Plan Nacional de TELESALUD en cuanto al desarrollo de aspectos regulatorios, económicos, sanitarios y técnicos de la TELESALUD en la Argentina, y tiene como uno de sus objetivos la implementación de redes de TELESALUD que permitan la atención a distancia del paciente y las consultas de segunda opinión, mejorando la accesibilidad, evitando traslados y compensando las diferencias regionales de especialidades y recursos. Esta norma está estrechamente enlazada con el ejercicio de la segunda opinión. Aprueba un manual de buena práctica para la teleconsulta. Entre sus beneficios de la implementación de la teleconsulta se señala: evitar desplazamientos, esperas y traslados innecesarios, agilizando las alternativas diagnósticas y de tratamiento. Además, el uso de esta modalidad promueve la mejora en la atención porque acerca especialidades y el aporte de más elementos de juicio a la hora de adoptar decisiones, supuesto que reduce brechas de desigualdad respecto de la distribución de ciertas especialidades en el territorio nacional, a la vez que

genera un menor impacto social y económico en términos de desarraigo y traslados.

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/259481/20220321#:~:text=MINISTERIO%20DE%2%A0SALUD,581%2DAPN%2DMS>

- Ley N° 26.529 Derechos del/la paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado

Esta ley se basa en el concepto del paciente como centro de la atención de los profesionales e instituciones de la salud. Hace mención a los derechos fundamentales del paciente. Entre ellos hace referencia a la asistencia, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad. Esto último se refiere a que el paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la manipulación de la documentación clínica, guarde a debida reserva. Entre otros puntos hace mención al derecho del paciente a recibir la información sanitaria vinculada a su salud.

Otro aspecto importante es lo concerniente a la interconsulta médica, establece que el paciente tiene derecho a recibir información por escrito a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento relacionado con su estado de salud.

- <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432>.
- Código de ética de la Asociación Médica Argentina

La segunda edición publicada y actualiza en el año 2012 en el libro II en referencia al ejercicio profesional, el capítulo X se hace una extensa ilustración sobre el tema, el artículo 142, se refiere al acto médico, y sus amplias repercusiones, y requiere a las partes involucradas no solo un conocimiento científico-técnico, sino un equilibrio apropiado de madurez y respeto solidario, teniendo en cuenta el prestigio de la medicina cada vez que se produce el acto médico.

[https://www.ama-med.org.ar/page/Codigo\\_de\\_Etica](https://www.ama-med.org.ar/page/Codigo_de_Etica).

#### Observaciones finales

El procedimiento de segunda opinión merece algunas consideraciones a tener en cuenta,

La gestión de este nuevo documento está diseñado de acuerdo a las necesidades y expectativas manifestadas por la CSS, implica, que el afiliado, es el verdadero centro, por ser el que utilizará el servicio de segunda opinión de acuerdo a su problema de salud.

El nuevo enfoque involucra un cambio cultural en la organización, su avance estará determinado a través de una serie de pasos progresivos e integradores con el objetivo de lograr los mejores resultados.

La construcción de este nuevo producto está sometido a factores o componentes, que no pueden dissociarse, uno de ellos es el cambio cultural en la misma organización, así como involucrar a los profesionales en los motores del cambio y promotores de la innovación, para la obtención de un buen servicio. Eso comporta trabajar con equipos multidisciplinarios en forma ordenada, sean administrativos, case manager,

profesionales, de la CSS que interactúen con los centros asistenciales y especialistas seleccionados para dar respuesta a la segunda opinión. Otra variable a tener presente son las prácticas apropiadas, fomentando estrategias educativas interdisciplinarias y redes académicas con nivel científico, con ética y seguridad del afiliado. Se debe complementar con un sistema de información integrado, una adecuada modalidad de comunicación y capacitación continua. Significa una actividad permanente, donde cada uno cumpla y conozca su rol, en el cual se observe grado de confiabilidad y permitan la satisfacción del afiliado y proyectar una imagen positiva de la CSS. Se aportan indicadores de gestión, esa construcción de indicadores serán instrumentos de información y control para la toma de decisiones de los responsables.

A su vez en este producto, es prioritario avanzar en el uso de la telemedicina mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación, con el fin de impulsar la práctica de segunda opinión bajo estándares de seguridad y privacidad de información, con carácter polivalente y de complejidad creciente favoreciendo los procesos de referencia y contra referencia enfocado en la enfermedad de consulta, teniendo en cuenta que la distancia es un factor crítico y el uso de la telemedicina favorece el intercambio de información válida para el diagnóstico, propuesta terapéutica y en muchos casos rehabilitación.

Los elementos a desarrollar son la tele asistencia, que permite vincular al paciente con los prestadores de salud y equipos, el tele diagnósticos, tele gestión que comprende todos los circuitos administrativos relacionados con la gestión de la prestación y los aspectos relacionados con la facturación, además de la teleinteconsulta a fin de obtener la segunda opinión.

En cuanto al diseño de la red prestacional, que se organiza por niveles de atención y articulado con la complejidad creciente, se ejerce en ámbitos de gestión y la prestación del servicio. Las patologías con mayor prevalencia de requerimiento de la opinión diagnóstica o terapéutica están descritas, así mismo, se recomienda desarrollar la red prestacional específica, que garantice el servicio y resuelva las necesidades del afiliado, utilizando métodos y tecnologías, adecuadas a los diferentes contextos de la provincia y del país.

Se recomienda seguir trabajando en la necesidad de cada componente del servicio, en su conjunto con sus piezas claves, proveer recursos, seguir capacitando al personal para otorgarles preparación para las actividades que deben cumplir y motivar y estimular el sentido de pertenencia institucional.

### **Productos y tareas informadas previamente**

#### **Anexo 1- Informe avance I y Anexo 2 – Informe de avance II**

- 1.1 Diagnóstico de las principales erogaciones.
- 1.2 Elaboración de un Procedimiento de Control Interno en el pago de Medicamentos y Prestadores únicos.

#### **Anexo 2- Informe de avance III**

- 1.3 Propuesta de un Plan de Auditoría administrativa de facturación de prestadores
- 1.4 Diseño de Procedimientos de gestión y control de las derivaciones con sus



respectivos Manuales

1.5 Diseño de protocolos de enfermedades de alta complejidad

1.6. Diseño de auditorías técnicas médicas y capacitación. Segunda Opinión Médica (avances)

## **2-Desarrollo de un Plan de Comunicación para mejorar la relación con los afiliados**

### • INTRODUCCIÓN

La CSS cuenta con una Dirección de comunicación estratégica que comenzó su actividad en enero del 2021, con un plan de acción basado en tres puntos: redes sociales, medios de comunicación (que incluye entrevistas y gacetillas propias que impulsa la Secretaría de Medios del Gobierno de Santa Cruz) y comunicación interna (que consiste en un sistema de mailing que está discontinuado, meets abordando temas específicos en el personal y grupos de whatsapp).

La dirección está integrada por 2 personas: Constanza Ryan (dirección) y Emiliano Nuñez (diseño). No posee mapa de flujo comunicacional, públicos internos ni públicos externos.

### 1 DIAGNÓSTICO COMUNICACIÓN CON AFILIADOS

El diagnóstico de situación se compone de la observación y análisis de los métodos, canales e información pública disponible, de los resultados del informe solicitado en el primer cuestionario y de los intercambios mediante entrevistas con la Directora de Comunicación de la Caja, Constanza Ryan.

A continuación, se listan los puntos diagnosticados en los respectivos apartados:

- Atención presencial en delegaciones (18): Río Gallegos, Caleta Olivia, CABA, 28 de Noviembre, Río Turbio, El Calafate, El Chaltén, Tres Lagos, Piedra Buena, Pto. Santa Cruz, Pto. San Julián, Gdor. Gregores, Puerto Deseado, Jaramillo, Pico Truncado, Las Heras, Perito Moreno, Los Antiguos.

- WhatsApp: cuentas personales y/o business bajo números y equipos de la organización. No hay unificación en cuanto tipo de cuenta, descripciones, imagen de perfil, estructura de armado, respuestas automáticas, estilo de redacción. Este formato de atención surgió con la pandemia y la organización brindó equipos y números por área para resolver las necesidades de los afiliados dentro de dicho marco.

- Mails: canal no regulado. Cada área posee mail oficial y casillas que se abren

aleatoriamente según criterio/necesidad de cada empleado. No hay registro ni control de estas casillas.

- Redes Sociales: interacción vía Facebook, Instagram, YouTube y Twitter, de escaso alcance.
- Sitio Web: presenta desarrollo de contenidos por tema no observándose un criterio de prioridades y navegación por objetivos del usuario (UI/UX).

Se observa gestión de contenido y desarrollo de imagen institucional. No se observa una estrategia de comunicación integral adaptada por canal y usabilidad de los mismos.

### 1.1 Circuito de la comunicación con el afiliado

Dentro de las dos oficinas principales: dependencia Sur Río Gallegos y dependencia Norte Caleta Olivia, existen seis áreas de atención al afiliado:

- Afiliaciones
- Auditoría farmacéutica
- Auditoría médica
- Derivaciones
- Convenios interprovinciales
- Auditoría bioquímica

Cada área tiene su propio canal de comunicación con el afiliado

- atención presencial
- número de whatsapp
- casilla de mail

En las restantes (15) dependencias de toda la provincia la atención es presencial y vía teléfono fijo. El empleado toma la solicitud del afiliado y luego:

- Lo envía mediante los canales mencionados al personal en la delegación central que corresponda (norte o sur).
- Resuelve trámites presenciales en la propia delegación: reintegros y afiliaciones.
- Intenta resolverlo utilizando canales informales. En estos casos el tiempo de respuesta es mayor, genera que el trámite se extienda en tiempo, se desgasten recursos y no siempre el caso se resuelve de forma positiva.

Notas y observaciones:

- Hay trámites que pueden realizarse 100% de forma virtual y otros que requieren la presentación documentación en original por lo que son rigurosamente de resolución

presencial en delegación.

- Dependiendo del tipo de consulta, el afiliado debe contactarse con números y mails correspondientes al área específica. Por lo que si el afiliado posee una consulta de farmacia y otra de reintegros, por ejemplo, debe realizar los trámites por dos vías separadas. Esto afecta a la optimización de recursos de la CSS y repercute en la imagen que el afiliado construye de la CSS. Se muestra parcelada, dividida y con altos niveles de burocracia perceptibles.
- Los agentes de salud que atienden y responden las consultas de los afiliados no tienen acceso a un reporte histórico. No hay registro ni seguimiento de trámites, pedidos y/o consultas. Denota una despersonalización, desgaste de la imagen, desgaste de recursos: debe rastrearse en caso de que se pueda la situación y/o el agente de salud pedir toda la información completa en cada nuevo contacto.
- No cuentan con manual de inducción o guía sobre flujos de comunicación: mapeo de consulta sobre responsables por área, tema y medio de contacto que permita a los agentes de salud identificar cómo y a quién derivar un caso según la necesidad, ubicación, etc.

#### Recomendaciones:

Frente a dichas observaciones se recomienda crear un documento que establezca el listado de trámites presenciales y digitales para incluir en las futuras campañas de comunicación interna.

Con respecto a los puntos 2, 3 y 4, prevén ser solucionados con la creación de la APP que comenzará a registrar las solicitudes del afiliado, historial y documentos pudiendo ser una base de consulta para el área necesaria.

### 1.2 Identidad Visual, tono y discurso

La CSS cuenta con Manual de Marca establecido donde se registran los puntos necesarios para llevar adelante la imagen institucional. En cuanto a constitución (colorimetría, tipografías e imagen general) se alinea con los objetivos que persigue la institución.

El tono del mensaje y discurso es claro, simple y cercano.

En cuanto a este ítem se consideran recomendaciones de aplicación en la construcción de piezas:

Contraste: se observa la necesidad de reforzar el uso de contraste en los colores de fondo y tipografía en las piezas donde el texto supera el 30% del espacio.

Reducir la cantidad de texto, aumentar el contraste entre el texto y fondo para potenciar una mejor lectura sobre todo en versión digital y celular. <sup>1</sup>

### 1.3 Comunicación con el afiliado canales digitales

---

<sup>1</sup> Ver anexo 1; figura 1.1-1.2

Al ingresar a la página web de la CSS un pop-up le indica al afiliado las vías de contacto y horarios para agilizar sus trámites. El relevamiento de las cuentas allí mencionadas arroja el siguiente resultado:

### 1.3.1 Whatsapp

#### 1. Afiliaciones

Número: 2966-639256

Cuenta de empresa

“DIRECCIÓN AFILIACIONES C. S. S.”

Foto de perfil: Logo de la caja y bajada “Afiliaciones CSS”

Catálogo: tienen dos placas, una informando sobre la atención al público y dónde obtener un turno y sobre la cobertura para hijos”

En la descripción indica la dirección de la sede, la web y el mail de contacto.<sup>2</sup>

#### 2. Auditoría Médica

##### a) Zona Sur

Número: 2966-748122

Cuenta particular

Foto de perfil: Logo de la caja y bajada “Auditoría Médica Zona Sur”

Estado: “SOLO MSJ.. NO SE RECIBEN AUDIOS NI LLAMADAS.. HORARIOS DE 8:00 HASTA 13.30.”<sup>3</sup>

##### b) Zona Norte

Número: 297-4371240

Cuenta particular

Foto de perfil: tiene una foto de una hoja impresa con vías de comunicación muy poco legibles.<sup>4</sup>

#### 3. Derivaciones

##### a) Zona Sur

Número: 2966-343976

Cuenta particular

Foto de perfil: Logo de la caja y bajada “Derivaciones CSS”

Estado: “Disponible”<sup>5</sup>

##### b) Zona Norte

---

<sup>2</sup> Ver anexo 2; figura 2.1-2.4

<sup>3</sup> Ver anexo 2; figura 2.5

<sup>4</sup> Ver anexo 2; figura 2.6

<sup>5</sup> Ver anexo 2; figura 2.7

Número: 297-4371240

Cuenta particular

Foto de perfil: Información sobre la Delegación de Caleta Olivia - mails de contacto de Afiliaciones, derivaciones, compras, administración, farmacia, servicios sociales, auditoría bioquímica.

Estado: “Derivaciones CSS CO- URGENCIAS. Consultas: [derivacionescaletaolivia@gmail.com](mailto:derivacionescaletaolivia@gmail.com)”<sup>6</sup>

#### 4. Auditoría Farmacéutica

##### a) Zona Sur

Número: 2966-626026

“Auditoría Farmacéutica”

Cuenta de empresa

Foto de perfil: Logo de la caja y bajada “Auditoría Farmacéutica Zona Sur CSS”

Estado: “NO SE RECIBEN LLAMADAS NI AUDIOS”

Catálogo: tienen dos placas, una sobre la ley de genéricos y otra sobre recomendaciones para comunicarse por whatsapp”

En la descripción indica el horario de atención de whatsapp.<sup>7</sup>

##### b) Zona Norte

Número: 297-6236137

Cuenta particular

Foto de perfil: Logo no actualizado de la CSS

Estado: “En el trabajo”<sup>8</sup>

#### 5. Bioquímica

Número: 2966-690143

Cuenta de empresa

“AUDITORÍA BIOQUÍMICA”

Foto de perfil: Logo de la caja y bajada “Auditoría Bioquímica CSS”

Estado: “No puedo hablar, solo WhatsApp”

Catálogo: no tienen información

En la descripción indica el horario de atención por whatsapp.<sup>9</sup>

#### 6. Convenios Interprovinciales

Número: 2966-626181

Cuenta particular

---

<sup>6</sup> Ver anexo 2; figura 2.8

<sup>7</sup> Ver anexo 2; figura 2.9-2.12

<sup>8</sup> Ver anexo 2; figura 2.13

<sup>9</sup> Ver anexo 2; figura 2.14-2.15

## “CONVENIOS CSS”

Foto de perfil: Logo de la caja y bajada “Convenios Interprovinciales”<sup>10</sup>

### Recomendaciones

Todas las cuentas de WhatsApp de atención deben ser categoría empresa, contar con foto de perfil con el logo actualizado de la CSS con la bajada del área particular de atención, en el catálogo debe incluir información relevante del área de atención (campañas, accesos a diversos enlaces, etc.) incluir el link a la web, el horario de atención y localización.

#### 1.3.2 Sitio Web: [www.css.gov.ar](http://www.css.gov.ar)

Implementado en 2016, realizado bajo el constructor Wordpress.

Se releva que el sitio no cuenta con estadísticas de medición de navegación como volumen de visitantes, segmentos o rutas más consultadas.

Se recomienda instalar métodos analíticos, cookies y/o píxeles de conversión que permitan recolectar información estadística para ser utilizada posteriormente en decisiones estratégicas de formato y estructura de las comunicaciones basadas en el requerimiento real del afiliado. Conocer estadísticamente cómo el usuario navega y utiliza la web permite tomar decisiones basadas en requerimientos reales.

Se observa la necesidad de establecer un sistema de links donde el usuario pueda dirigirse a la información bajo una navegación fluida e intuitiva, deben actualizarse link de accesos directos (teléfonos, emails y WhatsApp), mapas.

Se recomienda una reestructuración del contenido y estructura de navegación de la web bajo estrategia de experiencia de usuario como prioridad y considerando un canal de open data una vez establecida la App. De esta forma el sitio cumplirá una función intermedia entre los afiliados y la App. El sitio debe contener toda la información necesaria que redirija al afiliado a la App y/o brindar información de contacto y apoyo al afiliado mediante uso de links.

### Recomendaciones de diseño:

Se respeta el manual de marca enviado por la correspondiente dirección, no amerita menciones.

Cuidar la calidad de los PGJ, PNJ o similares utilizados como pop-up. Se observa material despixelado.<sup>11</sup>

### Recomendaciones de estructura:

---

<sup>10</sup>Ver anexo 2; figura 2.16

<sup>11</sup> ver anexo 3; figura 3.1

Menús: menú principal, secundario y display del buscador.

- Menú principal priorizar ítems con mayor volumen de consultas respondiendo a la necesidad del afiliado: ej. turnos, farmacia, afiliaciones.
- Menú inferior utilizar un footer con menú completo fijo (mapa completo del sitio) donde el usuario pueda encontrar el link directo al tipo de información que busca.
- Buscador: colocar en los patrones de búsqueda los ítems que se identifiquen como de mayor consulta (turnos, farmacia, afiliaciones, por ejemplo) y arrojar los links de interés. Actualmente el buscador remite a notas de la página blog. Se recomienda dejar el blog como apartado de "novedades" sin que este contenido interfiera en la búsqueda de una solución ante un problema, consulta o urgencia de un afiliado.
- Links de contacto: En lo que refiere a medios de contacto se recomienda establecer un sistema de links para que el afiliado logre un enlace directo y rápido con el área que desea comunicarse. Actualmente los datos se muestran como una imagen dentro de la web, no permitiendo realizar acciones de acceso directo o copiar para llevar la información a otro espacio.<sup>12</sup>

Se sugiere aplicar estos cambios ya que permiten una conexión directa del afiliado con la acción que desea resolver. Se sugiere el uso de emoticones, flechas, indicaciones visuales que indiquen el tipo de canal. A su vez, redactar los textos centrados izquierda-derecha, con mayor espacio entre líneas, para favorecer la lectura y entendimiento de la información. Asimismo, sería importante revisar que mapas y enlaces carguen correctamente. En la sección de Delegaciones, hay error al cargar mapa<sup>13</sup>. En el caso de El Chaltén se incluyen fotos de la delegación. Se recomienda unificar colocando material fotográfico de la totalidad de las delegaciones.

En la sección de contacto el mapa no carga correctamente.<sup>14</sup>

Al ingresar a la web aparece un pop-up que indica "Esperamos tu whatsapp", pero no en todas las secciones hay un número de whatsapp como medio de contacto. En Odontología, Consultorios Externos, Operativa y Fonoaudiología se ofrece únicamente una dirección de e-mail.<sup>15</sup>

- Nube de palabras: se realizó un análisis del contenido textual concluyendo que, la información textual en sí misma, compone un acierto homogéneo y certero de temas. Posicionando a la web dentro de los objetivos buscados. Por lo que, esto nos permite concluir que el material en sí mismo es correcto, debiendo realizarse ajustes de criterios de navegación, diseño de la información y prioridades de la

---

<sup>12</sup> ver anexo 3; figura 3.2-3.3

<sup>13</sup> ver anexo 3; figura 3.4

<sup>14</sup> ver anexo 3; figura 3.5

<sup>15</sup> ver anexo 3; figura 3.6

misma, entre otros puntos nombrados anteriormente. <sup>16</sup>

- Evaluación de construcción/programación: el sitio presenta la evaluación más baja en cuanto relación: tiempo de carga, estructura, respuestas, etc. Siendo A una evaluación óptima y F la evaluación más baja. Se recomienda revisar antivirus, tamaños de imágenes, plugs, cache, hosting, etc. y toda cuestión relativa a la construcción de un WP que solo puede ser relevada teniendo acceso al CPanel del admin del constructor mencionado.<sup>17</sup>

### 1.3.3 Redes sociales

El contenido de los canales se produce desde la Dirección de Comunicación que ejecuta una planificación de material bajo los conceptos antes mencionados: calendario de salud, actualidad de la Obra Social y gacetillas.

Actualmente la CSS posee cuentas activas en las siguientes redes sociales<sup>18</sup>:

- Instagram <https://www.instagram.com/csssantacruz>
- Facebook <https://www.facebook.com/csssantacruz>
- Twitter [https://twitter.com/css\\_santacruz](https://twitter.com/css_santacruz)
- YouTube

<https://www.youtube.com/channel/UCsklRdotWu67YEnPXC6wqXg>

Red Social	Primer Post	Seguidores	Posts/Archivos Totales	Tasa engagement <sup>19</sup> (alcance)
Instagram	21 julio 2020	1396	499	2.4%
Facebook	13 enero 2021	5278	798	1.4%
Twitter	8 febrero 2021	134	68	0%
YouTube	12 abril 2021	71	19	26.7%

<sup>16</sup> ver anexo 3; figura 3.7

<sup>17</sup> ver anexo 3; figura 3.8-3.10

<sup>18</sup> ver anexo 4; figura 4.1-4.4

<sup>19</sup> Tasa de engagement: promedio de likes de últimas 10 publicaciones/seguidores de c/ plataforma (likes/seguidores) x100.



#### Diagnóstico de situación:

De acuerdo a los datos analizados y la observación de las plataformas se obtienen los siguientes resultados.

- Configuración técnica: correcta.
- Imagen y diseño: manual de marca aplicado. Ver recomendaciones.
- Contenido textual: completo, correcto. La información en sí misma es completa.
- Estructura de copys: no se observa una estructura de escritura establecida. Emoticones: uso esporádico. No se observa estructura estratégica continua. Ver recomendaciones.

#### Elementos de alcance:

- Historias diarias: uso de historias de forma diaria en el período relevado (febrero - marzo 2022)
- Historias destacadas: existentes, se pueden optimizar. Ver recomendaciones.
- Enlaces: no se observa uso de enlaces en historias y en posteos de forma intermitente que permitan linkear con los sitios de interés. Ver recomendaciones.
- Hashtags: no se observa aplicación estratégica.
- Interacción: comentarios, seguidores por parte de la CSS, correcto. Se responden los comentarios y la tasa de seguidores/seguídos es correcta.
- Engagement: según criterios de aceptación académica sobre mediciones en canales digitales el engagement rate arriba del 10% se cuenta como bueno/aceptable para cubrir con los objetivos en canales digitales.
- Omnicanalidad: todas las redes envían al usuario al sitio web. Si el objetivo de la CSS es encauzar a sus afiliados a dicho canal, el redireccionamiento es correcto. (Ver recomendaciones de mejora del sitio web).

#### Recomendaciones:

- Imagen y diseño: en posteos alinear textos siempre a izquierda para favorecer la lectura, respetar márgenes y tamaños recomendados para cada red social y tipo de contenido. En igual caso que la recomendación realizada para el sitio web, se sugiere que el diseño pase a segundo plano focalizando la importancia en la información. Se recomienda no utilizar el logo en cada posteo, salvo portadas o cierres, ya que el usuario ya sabe que está dentro de una red social de la institución. Esto solo provoca una reducción de espacios y saturación visual.

Se recomienda aplicar un mayor contraste entre letras y fondos para

---

<sup>20</sup> Números y enlaces diagnosticados al 3 de marzo de 2022 a las 12.25hs.

favorecer la lectura. En posts realizados anteriormente,<sup>21</sup> se observa un trabajo de diseño más sencillo pero una lectura más favorable, viéndose el resultado en la interacción de la publicación.

- Estructura de copys: en cuanto al contenido puro de la información se considera que es correcto ya que brinda datos necesarios, informa y educa sobre los distintos temas tratados. Se recomienda trabajar sobre la gestión del formato de presentación de dicho contenido adaptando su estructura a la modalidad efectiva de su uso en redes sociales.

Estructura sugerida: título gancho (espacio) descripción (espacio) beneficio/alivio/posibilidad (espacio) call to action (espacio) estructura de hashtags correspondiente.

Utilizar emoticones ya que remiten directamente como lenguaje no verbal y potencian el alcance del texto. Se recomienda utilizar emoticones que sean de referencia directa (gestos de manos, caras con expresiones) y siempre que sea posible en positivo.

Este formato de presentación también pretende generar contenido "guardable" lo que potencia el crecimiento, mejora el alcance y genera un sentido de utilidad y pertinencia del usuario con la institución.

Crear estructuras estables de escritura y elementos visuales para aumentar el reconocimiento y posicionamiento de la Institución en la mente de los usuarios por identificación y repetición. Se sugiere crear esta estructura y adaptar el contenido a la misma.

Elementos de alcance:

- Historias diarias: además de compartir la información actual se recomienda crear una planificación diaria para utilizar un ideal de cinco (5) historias diarias. Este número favorece el alcance y crecimiento. Aplicar siempre y cuando exista contenido de valor para compartir y pueda establecerse en una matriz de publicaciones planificadas. EJ: lunes: información de turnos / martes: encuestas sobre servicio XX / miércoles: novedades de la semana / jueves: recomendaciones sobre campañas activas, etc.

- Historias destacadas: se recomienda utilizar una menor cantidad de destacadas, ideal cinco, ya que es la cantidad de burbujas visibles en la mayoría de los dispositivos móviles. Dentro de cada destacada no sobrepasar las diez (10) ya que el tiempo estimado de visita total de un usuario a un canal es de un minuto y medio (1.30) minutos, en ese lapso el usuario debe revisar: datos en biografía + historias destacadas. De esta forma se maximiza su uso y cumplen la función de ser canales de información donde el usuario puede acceder rápidamente a las dudas/consultas más frecuentes. Utilizar enlaces en las mismas.

---

<sup>21</sup> ver anexo 4; figura 4.5-4.6

- Uso de enlaces: se recomienda maximizar su uso en: historias, historias destacadas, post de facebook y descripción de YouTube (se observan insertos pero no activos, esto puede deberse a errores de tipeo, se recomienda utilizar doble espacio cuando se escriben enlaces para activarlos). No deben utilizarse enlaces en espacios donde no se puede clicar, ya que solo genera frustración en el usuario por no poder llevar adelante una acción propuesta. Resumen: usar enlaces en cada espacio posible y evitarlos en espacios nulos (copys de Instagram, diseños dentro de placas, etc).<sup>22</sup>
- Hashtags: se observa el uso de # propios de posicionamiento, se recomienda continuar con dicha estrategia y sumar # de posicionamiento de nicho según el tema tratado. Establecer un criterio de # altos (+1M), medios (+100.000) y bajos (- 10.000). Utilizar entre 20/25. Medir y evaluar.
- Engagement: se recomienda trabajar sobre la estructura de contenido y recomendaciones arriba enunciadas para aumentar esta tasa de forma orgánica. Considerar que es un punto recomendable apalancar los crecimientos con pautas pagas en caso de que se considere. Un engagement equilibrado se construye con 50% de trabajo realizado de forma orgánica y un 50% de apalancamiento de forma paga respetando la construcción del algoritmo que así se conforma.

#### 1.4 Conclusiones generales sobre comunicación con afiliados

El diagnóstico sobre la CSS arroja las siguientes conclusiones finales en cuanto a canales, procedimientos, información e imagen de la Institución en su relación vincular con afiliados y la comunidad.

##### **Contenido: calidad de contenido óptimo.**

Entendiendo por contenido a las redacciones textuales y materiales audiovisuales, información dura, necesaria, datos, explicaciones de utilidad para el afiliado, se considera que toda la información necesaria se encuentra al alcance del afiliado. Se observa una línea estratégica de creación de material alineadas a los objetivos planteados por la Institución.

##### **Usabilidad: establecer nuevo criterio de presentación del contenido.**

Se observa que el contenido está presente de forma reactiva: es colocado a disposición y espera de la reacción/respuesta del afiliado. La información se presenta con nivel de escritura que incluye especificaciones y lenguaje técnico que podría ser simplificado para favorecer el proceso de identificación con el afiliado. Se recomienda reducir la cantidad de caracteres utilizados. Se recomienda la reubicación del contenido, re diseñar la ruta y accesos de comunicación bajo perspectiva de experiencia de usuario, priorizando temas de interés/necesidades del afiliado.

---

<sup>22</sup> ver anexo 4; figura 4.7-4.9

### **Diseño:**

Las piezas y canales relevados, en general, respetan los lineamientos de marca. Se observa que el diseño está por sobre la información, por ello recomendamos rotar la estrategia de foco sobre la información. El diseño debe ser funcional a la información.

En resumen, se observa una estructura comunicacional interna y externa mixta compuesta por estrategias y canales formales e informales surgidos en la sinergia natural del crecimiento institucional y costumbres devenidas de las necesidades de atención y resolución donde cada área de atención al afiliado ha generado sus propios criterios. Para alcanzar los objetivos propuestos en el presente trabajo se recomienda aplicar una estrategia compuesta por dos segmentos. En primer lugar, comenzar con una estrategia transversal de comunicación mediante un plan de acciones que llamaremos "puente" ya que unirán los momentos entre la presencialidad actual y la digitalización esperada. Esta primera etapa se focaliza en establecer vínculos, reforzar sentido de pertenencia, cercanía y basarse en contenido educacional segmentado por público objetivo. En segunda instancia, se aplicará un modelo de digitalización que aportará transparencia y rapidez focalizando el contenido en procesos, calidad de atención y respuesta.

## 2 COMUNICACIÓN CON LA COMUNIDAD

El objetivo de esta sección es profundizar en el entendimiento del proceso de comunicación con el afiliado, lo cual implica, entre otras cosas, ahondar en el diagnóstico. Por tal razón se realizaron dos encuestas: la primera, dirigida a los afiliados y la segunda, dirigida a los empleados que tienen contacto directo con los afiliados.

La primera encuesta tiene como finalidad conocer la percepción que los afiliados tienen de la Institución en general y sobre los puntos de conflicto. Esto permitirá evaluar oportunidades de mejora. En este sentido, se considerará la información cualitativa y cuantitativa recolectada como fuente de análisis a la hora de plantear acciones y tareas dentro del nuevo plan de comunicación. Cabe destacar que conocer la opinión del afiliado fortalece los vínculos y genera nuevos espacios de interacción, además, si se complementa con prácticas posteriores, refuerza el sentido de pertenencia y escucha.

La herramienta está compuesta por nueve preguntas cerradas (cuantitativas) y una pregunta abierta de caracteres limitados (cualitativa). Se compone de tres bloques de preguntas: 1) de estructura; 2) de procesos y 3) de percepción.

Roberto Hernández Sampieri explica en "Metodología de la Investigación" (1) que el enfoque cuantitativo es secuencial y probatorio. El investigador plantea un problema de estudio delimitado y concreto sobre el fenómeno, aunque en evolución. Las preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas, en este caso sobre el proceso de comunicación con el afiliado.

Una vez planteado el problema de estudio, el investigador considera lo que se ha investigado anteriormente, en este caso en el capítulo anterior de diagnóstico, del cual

derivan una o varias hipótesis (cuestiones que va a examinar si son ciertas o no) y las somete a prueba mediante el empleo de diseños de investigación apropiados. Si los resultados corroboran las hipótesis o son congruentes con éstas, se aporta evidencia a su favor. Si se refutan, se descartan en busca de mejores explicaciones y nuevas hipótesis. Al apoyar las hipótesis se genera confianza en la teoría que las sustenta. Si no es así, se rechazan las hipótesis y, eventualmente, la teoría.

Lo que se busca corroborar en este trabajo es que los afiliados conocen y utilizan todos los canales de comunicación existentes de la CSS. Por otro lado, se busca comprender si actualmente la atención vía whatsapp es el medio utilizado en mayor medida por los afiliados. Finalmente, se intenta reconocer la percepción que los afiliados tienen de la atención recibida, si es buena o muy buena.

Además, se incluye una pregunta cualitativa con el objetivo de explorar comentarios y sugerencias de los afiliados. En este caso, el diseño de la investigación es abierto y flexible. La idea de la pregunta cualitativa no es probar sino generar una hipótesis una vez que se analicen las respuestas recibidas. El enfoque se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados ni predeterminados completamente. Tal recolección consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos más bien subjetivos).

La recolección de los datos está orientada a proveer de un mayor entendimiento de los significados y experiencias de las personas y la recolección cuantitativa de los datos se fundamenta en la medición (se miden las variables o conceptos contenidos en las hipótesis). Esta recolección se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados. Para que una investigación sea creíble, debe demostrarse que se siguieron tales procedimientos. Como en este enfoque se pretende medir, los fenómenos estudiados deben poder observarse o referirse al “mundo real”. En este caso, la encuesta se hará en un formulario de google form y será enviada mediante redes sociales, canales de WhatsApp y listado de mails que cuenta la Dirección de Comunicación de la CSS con el fin de llegar a la mayor cantidad de afiliados posibles.

La segunda encuesta será enviada a los empleados que cumplen la función de atención al afiliado con el objetivo de captar cómo el empleado percibe la atención que brinda, el grado de capacitación y las herramientas con las que cuenta para llevar a cabo su trabajo satisfactoriamente.

La herramienta en este caso está compuesta por diez preguntas cerradas (cuantitativas), una pregunta abierta de caracteres limitados (cualitativa). Se compone de tres bloques de preguntas: 1) de estructura; 2) de procesos y 3) de percepción.

Se busca corroborar que los empleados cuentan con la capacitación y herramientas adecuadas para llevar adelante una atención al cliente satisfactoria. Por otro lado, la pregunta cualitativa busca recabar información sobre oportunidades de mejora que los empleados hayan detectado gracias a la interacción permanente con los afiliados.

La misma se realizará en formato de google form y será enviada por mail a todos los empleados de la CSS que tengan un rol de atención al afiliado.

Finalmente, sobre la base de la información recabada en esta instancia, se sugiere

seguir profundizando el análisis y realizar un seguimiento de potenciales cambios que vayan surgiendo a través de futuras encuestas.

## 2.1 Análisis de resultados de las encuestas

### 2.1.1 Comunicación con afiliados

A continuación se presenta el análisis de la encuesta enviada a los afiliados de la CSS. Se obtuvieron 276 respuestas cuantitativas y 176 respuestas cualitativas. El lapso de distribución del instrumento de recolección comprende el período desde el 25/07/2022 al 11/11/2022, fecha seleccionada de corte para la realización del presente análisis.

#### 2.1.1.1 Análisis de datos cuantitativos

Hipótesis:

- Los afiliados conocen y utilizan todos los canales de comunicación existentes de la CSS.
- Actualmente la atención vía WhatsApp es el medio utilizado en mayor medida por los afiliados.
- Los afiliados tienen una buena percepción de la CSS.

Datos recolectados de 276 respuestas recibidas, de las cuales se observa:

- Población, segmentación etaria

44.6% de 45 a 65 años

30.4% de 36 a 44 años

15.9% de 27 a 35 años

6.9% de +65 años

1.4% de 21 a 26 años

0.7% menor de 21 años

- Género

Con respecto al género, el 72.1% se identifica como femenino y el 27.9% como masculino.

- Delegaciones requeridas por los afiliados

El orden de las Delegaciones mencionadas con las cuales los afiliados se comunican mayor frecuencia son:

57.2% Río Gallegos

13% Caleta Olivia

4% Puerto Deseado

3.3% El Chaltén, Pto. San Julián, Río Turbio

2.9% Calafate

1.8% CABA, Las Heras, Perito Moreno, Los Antiguos, Gdor. Gregores

1.4% Pico Truncado

1.1% 28 de Noviembre

0.7% Piedra Buena, Pto. Santa Cruz

El restante de las delegaciones no respondieron la encuesta.

- Medios de comunicación usados por los afiliados

45.7% acude en persona a la delegación

40.9% utiliza whatsapp

4.7% redes sociales; otros medios  
4% mail

- Frecuencia en la realización de trámites

El 65.2% mayoritario se reparte en los siguientes trámites, que los afiliados indican realizan con mayor frecuencia:

23.9% consultorios externos; derivaciones

17.4% auditoría médica

Canales de Comunicación:

- Conocimiento del sitio web

65.9% si lo conoce

34.1% no lo conoce

- Conocimiento de las redes sociales

61.6% si las conoce

38.4% no las conoce

Valoraciones / Percepciones:

- Percepción de facilidad y usabilidad de la información: "¿Encontrás fácil nuestra información cuando la necesitás?"

59.1% a veces

26.1% nunca

14.9% siempre

- Percepción de calidad: "¿Cómo evaluarías nuestra atención? En una escala de 1 a 5 donde 5 es muy bueno y 1 es muy mala."

27.2% buena (4/5 puntos)

23.2% regular (3/5 puntos)

20.3% muy mala (1/5 puntos)

15.9% muy buena (5/5 puntos)

13.4% mala (2/5 puntos)

## Conclusiones cuantitativas de encuesta a afiliados

## Hipótesis

- Los afiliados conocen y utilizan todos los canales de comunicación existentes de la CSS. Estado: refutada.
- Actualmente la atención vía WhatsApp es el medio utilizado en mayor medida por los afiliados. Estado: refutada
- Los afiliados tienen una buena percepción de la CSS. Estado: correcta

La mayoría de los afiliados que accedieron a la encuesta se encuentran entre los 36 y 65 años de edad. Se observa poca participación del segmento etario menor a 27 años. Es importante resaltar este punto ya que es un segmento nativo que utiliza medios digitales pudiendo ser los enlaces informativos y funcionales entre sus padres/abuelos/adultos mayores a cargo y sus necesidades relacionadas a la CSS.

Con respecto al género, se observa mayoritaria participación del público femenino. Se sugiere comparar esta tasa con los registros de afiliados de la CSS para conocer si el porcentaje es acorde o, en tal caso, existe una mayor participación y compromiso del público femenino. Esta información permitirá tomar decisiones en cuanto a campañas y formas de comunicación de las mismas (tono y mensaje).

En cuanto a las delegaciones a las que acuden los afiliados, las que poseen mayor afluencia se corresponden a las casas principales (Río Gallegos, Caleta Olivia y C.A.B.A.), siendo Río Gallegos la que acumula la mayor cantidad de visitas. Esta relación se observa nuevamente en cuanto al tipo de contacto indicado por los afiliados con la CSS donde la mayoría respondió que acuden en forma presencial a las delegaciones.

Con respecto a la tasa de conocimiento de los canales digitales se observa que la mitad de los encuestados afirman conocerlos. En relación a la "facilidad y usabilidad" de la información disponible en los canales digitales, la mitad de dichos afiliados indican que presentan problemas a la hora de encontrar información necesaria.

Con respecto a la tasa de "percepción de calidad", la CSS posee una imagen positiva del 43.1%<sup>23</sup>, imagen negativa del 33.7%<sup>24</sup> y una tasa neutral<sup>25</sup> de un 23.2% por parte de los afiliados.

Se presentan propuestas de mejora y optimización de estrategias comunicacionales en el punto 2.1.3. "Propuestas de mejora finales".

---

<sup>23</sup> Para la imagen positiva se consideran las respuestas que indican que la atención es buena y muy buena.

<sup>24</sup> Para la imagen negativa se consideran las respuestas que indican que la atención es mala y muy mala.

<sup>25</sup> Para la imagen neutral se consideran las respuestas que indican que la atención es regular.



### 2.1.1.2 Análisis de datos cualitativos

Como se mencionó anteriormente, la pregunta cualitativa tiene como objetivo explorar comentarios y sugerencias de los afiliados. Una gran cantidad de comentarios se centran en la falta de información y falta de respuesta que perciben de parte de la CSS. Algunos de los comentarios que demuestran este punto son:

*“No responden en tiempo y forma. Hay que pedirles por favor que te den una solución y aun así no lo hacen enseguida.”; “no hay info actualizada sobre prestadores ni buena comunicación sobre beneficios y formas de acceder a ellos o referente a los trámites que se deben realizar”; “Actualizar contactos, números correos etc, de los profesionales o prestadores.”*

Es importante entender la razón por la que los empleados de atención al cliente no responden rápidamente a las consultas de los afiliados. Una de las causas puede ser por el hecho de que los empleados no cuentan con la información y tienen que consultar la respuesta internamente a otra área y el proceso no es rápido. En ese caso, sería bueno revisar el proceso interno de derivación de respuestas para intentar hacerlo más fluido.

En lo que refiere a la actualización de la información, es importante actualizar la información en todos los canales y, en caso de que haya cambios sustanciales en la información, poder comunicar proactivamente a los afiliados la nueva información, ya sea por mail o whatsapp. A su vez, es importante que los afiliados tengan acceso rápido y claro a los canales de atención.

Otro punto que muchos afiliados mencionan en la pregunta abierta es la atención por whatsapp. Según los resultados de la encuesta cuantitativa, whatsapp es el segundo canal más utilizado por los usuarios, luego de la atención en las delegaciones. Las respuestas cualitativas indican que muchos usuarios reciben una mala atención por este medio: *“Por whatsapp hemos enviado estudios para autorizar y demoran ni te dan las respuestas en pandemia fue terrible la mala atención”; “Te clavan el visto en el WhatsApp no te dan la info completa”; Contesten whatsapp porque sino no sirve que lo pongan como medio de comunicación”*

Teniendo en cuenta que whatsapp es uno de los medios principales de atención al cliente, es importante brindar un buen servicio por este medio. Además, si se brinda un buen servicio, será posible descongestionar la atención presencial en las sedes y que mayor cantidad de consultas se resuelvan a través de este canal.

Con respecto a la atención, muchos afiliados expresan que la atención que reciben en la sucursal es mala. Entre las respuestas que explicitan las causas de esta mala atención percibida, en gran medida se debe a la falta de respuesta. Esto coincide con el primer punto mencionado: *“Malísima la atención de la sucursal de los antiguos tengo derivaciones*

*del año pasado pedidas urgentes que no me las realizan ya están autorizadas y nada que sacan turno". Por lo tanto, es muy importante poner foco en el proceso de respuestas que se le brinda a los afiliados para mejorar el nivel de satisfacción.*

### 2.1.2 Comunicación con empleados

A continuación se presenta el análisis de la encuesta sugerida a los empleados de la CSS. Se obtuvieron 66 respuestas cuantitativas y cualitativas. El lapso de distribución del instrumento de recolección comprende desde el 25/07/2022 al 11/11/2022, fecha seleccionada de corte para la realización del presente análisis.

#### 2.1.2.1 Análisis de datos cuantitativos

El objetivo es analizar si los empleados cuentan con la capacitación y herramientas adecuadas para llevar adelante una atención al cliente satisfactoria y evaluar la percepción del afiliado de acuerdo a su experiencia propia. Se recibieron 66 respuestas sobre un total de 14 sedes.

- Delegaciones que participaron:

62.1% Río Gallegos

12.1% 28 de Noviembre

4.5% Pto. San Julián y Perito Moreno

3% CABA

1.5% Las Heras, Jaramillo, Puerto Deseado, Gdor. Gregores, Pto. Santa Cruz, Piedra Buena, Tres Lagos, Río Turbio, El Chaltén.

Sin respuestas: Caleta Olivia, Calafate, Los antiguos, Pico Truncado, Tres Lagos.

- Medios utilizados para la atención de los afiliados:

81.8% atención presencial en delegación

72.7% WhatsApp

60.6% mail

7.6% redes sociales

10.6 % otros medios

- Trámites que atienden con mayor frecuencia

57.6% Derivaciones

51.5% Auditoría médica

42.4 % Auditoría farmacéutica

39.4% Afiliaciones

31.8% Operativa

25.8% Convenios interprovinciales

24.2% Consultorios externos

22.7% Fonoaudiología

18.2% Bioquímica

15.2%

Odontología

- Trámites que suelen generar mayor conflicto con los afiliados.

78.8% Derivaciones

47% Auditoría médica

21.2% Auditoría farmacéutica

13.6% Operativa

9.1% Odontología, Consultorios externos y Fonoaudiología

6.1% Conv. Interprovinciales

3% Afiliaciones

0%

Bioquímica

- Consideran que poseen todas las herramientas necesarias para hacer su trabajo:

68.2% si

31.8%

no

- Consideran que poseen la suficiente información para hacer su trabajo eficazmente:

65.2% si

34.8%

no

- Ante un problema: ¿saben adónde acudir para encontrar una solución?

93.9% si

6.1%

no

- Consideran que existe una comunicación fluida entre áreas:

75.8% no

24.2%

si

- Consideran que los afiliados están informados sobre los servicios de la CSS:

65.2% no

34.8%

si

- Percepción de calidad de los empleados sobre la percepción de los afiliados: "En una escala de 1 a 5 donde 5 corresponde a muy buenos y 1 a muy malos, ¿qué puntaje crees le colocan los afiliados a los servicios brindados por la CSS?"

51.5% regular (3/ 5 puntos)

24.2% buenos (4/ 5 puntos)

16.7% malos (2/ 5 puntos)

6.1% muy malos (1/ 5 puntos)

1.5% muy buenos (5/5 puntos)

Conclusión: imagen positiva: 25.7% | imagen neutra 51.5 % | imagen negativa: 22.8 %

## **Conclusiones cuantitativas de encuesta interna**

En cuanto a las respuestas por delegación se observa una disparidad en la cantidad de participación. El mayor caudal de respuesta se obtuvo de las sedes Río Gallegos y 28 de Noviembre.

Vale remarcar que cinco sedes no emitieron respuestas, por lo que se prevé que los resultados serán tendenciosos hacia las problemáticas de las sedes participantes.

En cuanto a canales de comunicación más utilizados para la atención de los afiliados son, en primer lugar, la presencialidad, en segundo lugar whatsapp y, en tercer lugar, emails.

Con respecto al trámite más atendido en primer lugar se encuentra derivaciones (57.6%). Le siguen auditoría médica, afiliaciones y auditoría farmacéutica.

En la misma línea y siendo un resultado congruente la mayor tasa de conflicto se corresponde con el trámite más atendido (derivaciones) el que tiene la tasa de conflicto más elevada y en marcada diferenciación (78.8% derivaciones vs. 47% de auditoría médica que le sigue en porcentaje).

En cuanto a las herramientas de trabajo la mayoría refiere que posee las herramientas necesarias, vale mencionar que un marcado 31.8% negativo denota la necesidad de desarrollar, educar y/o acercar métodos, herramientas, capacitaciones que permitan reducir este índice de percepción de falta de instrumentos y analizar en profundidad si este indicativo es de carácter perceptual/cultural y/o real/físico.

El mismo caso se presenta con la disponibilidad de información. Se sugiere ahondar sobre los detalles de la investigación, que en esta primera aproximación indican que un 34.8% indica no contar con la información necesaria para realizar sus labores.

La comunicación entre áreas indica una fuerte necesidad de trabajar en estrategias que permitan un mejor flujo de comunicación. El 75.8% indicó que esta comunicación no es fluida.

Con respecto a la información que poseen los afiliados, los participantes respondieron mayoritariamente (65.2%) que observan que no cuentan con la información correcta sobre los servicios y prestaciones que la CSS ofrece.

En relación a la tasa de "percepción de calidad" de la CSS, según los empleados los afiliados poseen una imagen positiva del 25.7%, una imagen negativa del 22.8% y una tasa neutral de un 51.5%. La tasa de neutralidad es la mayoritaria. Se recomienda realizar un trabajo inmersivo sobre la cultura interna y percepción interna.

Se presentan propuestas de mejora y optimización de estrategias comunicacionales en el

### punto 2.1.3. "Propuestas de mejora finales".

#### 2.1.2.2 Análisis de datos cualitativos

Como se explicó anteriormente, la pregunta cualitativa busca recabar información sobre oportunidades de mejora y conflictos recurrentes que los empleados hayan detectado gracias a la interacción permanente con los afiliados.

El análisis cuantitativo indica que los empleados consideran que los trámites que suelen generar mayor conflicto con los afiliados son en mayor medida derivaciones y auditoría médica. Al preguntarle si pueden detallar las principales quejas que reciben, la mayoría hace referencia a demoras en los tiempos de respuesta.

Acerca de la causa de la demora en la respuesta brindada a los afiliados, hay un testimonio que indica que hay falta de comunicación entre el equipo directivo y los empleados de atención al cliente: *"Ninguno de arriba lo que genera mayor conflictos con los afiliados es la falta de comunicación entre los directivos y personal que atendemos a los afiliados, no nos informan los cambios de cobertura, baja de prestadores, las cosas que están y no nombradas, etc,.. entonces a la hora de poder darle una solución rápida y eficaz al afiliado se nos hace súper difícil porque no estamos al tanto de nada somos los últimos en enterarnos todo."*

Un punto interesante sería entender las causas de la demora en los tiempos de respuesta, ya que es el principal problema que sale explicitado tanto en la encuesta a afiliados como en la encuesta interna. Si una de las causas principales es la mala comunicación, se recomienda trabajar en mejorar este aspecto. Esta mejora podría tener gran impacto en la percepción del servicio brindado. En el caso puntual de las derivaciones, que es uno de los principales puntos de fricción, se recomienda analizar todo el proceso de derivaciones para detectar cuáles son los principales cuellos de botella y buscar soluciones para acelerar el proceso de respuesta.

Además, otra queja muy frecuente es la "poca disponibilidad de turnos". En este caso, se podría revisar si este punto está vinculado con un sistema de turnos ineficiente o con la falta de personal médico disponible.

#### 2.1.3 Diseño metodológico de la encuesta online

##### **Diseño metodológico de la encuesta online**

A continuación se detallarán los criterios tenidos en cuenta para el diseño metodológico de la encuesta enviada a los afiliados y la encuesta enviada a los empleados de atención al público.

Población:

Se refiere a población como un conjunto definido, limitado y accesible del universo que forma el referente para la elección de la muestra. Es el grupo al que se intenta generalizar los resultados del estudio. Comprende todos los elementos que presentan características comunes que se definen a través de criterios establecidos para el estudio, siendo en este caso afiliados y personal de atención al público de la CCS.

Tamaño (nivel de confianza)

Según indica la teoría metodológica, el tamaño de una muestra para poblaciones mayores a 100.000 es la obtención del número 385 (aplica a poblaciones de 500.000, 5.000.000, etc.) Se considera que es el número que llega a la saturación de recolección de variables posibles que aporta resultados altamente confiables.

El número 385 se obtiene al considerar, para un nivel confianza de 95%, la desviación media de 1.96, y un margen de error de 5%, mediante el siguiente cálculo:

$$n = (1.96 * .96 * 0.5 * 0.5) / (0.05 * 0.05) = 0.9604 / 0.0025 = 384.16$$

Como resultado, obtenemos que con una muestra aleatoria de 385 individuos se pueden alcanzar resultados con un alta precisión para el nivel de confianza y el margen de error previamente establecido. Esto aplica sin importar el tamaño de la población.

En el presente caso se toma como población A a los afiliados de la CSS y población B a los empleados de atención al público de la CSS:

- Tamaño total población afiliados (A) 127.675<sup>26</sup> <sup>27</sup>, tamaño total población empleados (B) 205.
- Tamaño representativo población A 385; tamaño representativo población B 135
- A la fecha de corte del presente informe y análisis (25/07/2022 al 11/11/2022) se recolectaron 276 respuestas de afiliados y 66 respuestas del personal de atención al público de la CSS.

De todas formas, el consenso científico sobre la teoría de la probabilidad muestral indica que, en la praxis, con una muestra superior a los 100 individuos, se considera que el nivel de confianza es óptimo.

### Muestra

Es una colección de individuos extraídos de la población a partir de un procedimiento específico para su estudio o medición directa. Una muestra es una fracción o segmento de una totalidad que constituye la población. La muestra es una réplica en menor escala de la población.

### Muestra representativa

Una muestra representativa es una pequeña cantidad, parte o subconjunto que posee las

---

<sup>26</sup> ref. Datos detallados en II Informe presentado por el área económico-financiero

<sup>27</sup> Se utilizó la calculadora de tamaño y margen de error de QuestionPro para corroborar el tamaño de la muestra en la aplicación de las encuestas.

mismas propiedades que la población mayor de la que es representante.

Una muestra representativa refleja, con la mayor precisión posible, a los grupos mayores. Se considera que la muestra de la presente investigación es representativa ya que los instrumentos se enviaron por medios oficiales de comunicación de la CSS tanto a afiliados como a empleados de atención al público por lo que se considera que los resultados representan la opinión de ambos grupos mayores propios de la CSS.

Técnica de muestreo no probabilístico, tipo casual o incidental.

La muestra está conformada por sujetos fácilmente accesibles y presentes en un lugar determinado, y en un momento preciso. Los sujetos se incluyen en el estudio a medida que se presentan hasta que la muestra alcance el tamaño deseado.

El muestreo casual o incidental es un método que permite conocer de manera rápida algunos aspectos relevantes sobre los usuarios utilizando a las personas que se encuentran disponibles en un momento dado. Es una forma de muestreo no probabilístico que consiste en tomar una muestra de la población que está disponible y al alcance, en lugar de determinarla y obtenerla a través de un cálculo.

Este método de muestreo permite recoger opiniones, sugerencias, críticas y comentarios de forma fácil y rápida. Es recomendado cuando las poblaciones no pueden ser medidas o en casos de primeras aproximaciones investigativas, como es el presente, siendo que se trata del primer caso de investigación de este estilo dentro de la CSS.

Este método toma muestras de personas que son fuentes de datos accesibles para los investigadores. La muestra casual incluye personas que están al alcance en el momento y proximidad del investigador, en este caso mediante canales digitales oficiales utilizados por la población investigada.

El muestreo casual proporciona datos desde la perspectiva de la audiencia sobre la imagen y la reputación de la institución y obtener opiniones sobre productos/servicios y proyectos. Este tipo de método muestral es conveniente cuando se quiere tener una idea de cuál es la opinión de la gente respecto a algún producto o tema de actualidad.

Se recurre al muestreo casual debido a que no siempre es posible reunir muestras de toda la población. Incluso puede llegar a ser el único método viable cuando no se puede conseguir o procesar una lista de encuestados o población grande.

Generalmente este tipo de muestreo es acompañado por una muestra no representativa por no poder identificarse claramente a la población encuestada, en cambio, en este caso si se identifica a la población (contemplando el margen de error correspondiente) indicando que la muestra es representativa debido a la forma implementación del instrumento de medición utilizando canales oficiales de la CSS tanto con afiliados como a empleados para su difusión.

El muestreo casual:

- Proporciona resultados rápidamente

Es conveniente cuando el tiempo es limitado y se necesitan recoger datos rápidamente. El factor de simplicidad de este muestreo no probabilístico lo convierte en un procedimiento rápido y fácil, a diferencia de otros muestreos no probabilísticos.

- Facilidad de aplicación



Los encuestados son elementos que se presentan de forma accesible en tiempo y espacio determinado por lo que resultan accesibles para el investigador y la recolección de datos.

- Proporciona información de valor para la institución.

Es útil para obtener resultados orientativos sobre la opinión, imagen, satisfacción lo que aporta información para la toma de decisiones a la hora de impulsar una estrategia institucional.

## 2.2 Propuestas de mejora

### 2.2.1 Propuesta de comunicación externa

Se recomienda aplicar campañas de comunicación digital dirigidas al segmento etario menor a 27 años, acompañadas de campañas de comunicación físicas que indiquen a segmentos etarios mayores cómo solicitar la ayuda de sus familiares/amigos/vecinos de natividad digital. De esta forma construir un puente comunicativo entre ambos extremos y facilitar el proceso de digitalización pretendido.

La participación de un amplio porcentaje de público femenino, demuestra su atención y compromiso, esta cuestión podría potenciarse sumando a la estrategia campañas y/o pautas de comunicación enfocadas en las problemáticas afines de este público atendiendo estratégicamente tono y discurso de las mismas. Actualmente se observa que las campañas de comunicación son generales, se recomienda continuar con esta estrategia y a su vez, sumar segmentos por nicho con pautas comunicativas concretas para cada sector.

En relación a la afluencia de visitas presenciales que reciben las delegaciones, se recomienda utilizar proactivamente el espacio físico de las mismas para aplicar pautas de comunicación físicas y digitales (carteleros, pantallas informativas), como así asignar personal que colabore con los tres grandes objetivos comunicacionales brindando: información, capacitación y educación a los afiliados en las temáticas digitales necesarias: uso y beneficios de la web, canales de contacto, dudas y consultas en general.

En este punto de gran afluencia física, establecer estrategias de comunicación en las sedes físicas acompañan a la inducción de los afiliados sobre el uso de los canales digitales y medios de contacto a distancia generando un doble beneficio: reducir paulatinamente la afluencia presencial en sedes y comenzar con la inducción hacia los medios digitales.

Esta afluencia también puede utilizarse para optimizar bases de datos (emails, teléfonos) que posteriormente sean utilizadas para envíos de información y campañas de comunicación sobre temáticas necesarias; lanzamiento, uso, beneficios, tutoriales y dudas sobre los nuevos canales (app, web como sitio informativo, números de WhatsApp), etc. Este tipo de estrategia permite inducir a los afiliados hacia el uso amigable de los canales digitales como fuente de información y contacto aplicando una estrategia de "migración" del flujo de las comunicaciones.



En relación a la usabilidad de los canales digitales se recomienda una reestructuración de la preponderancia de la información. Rediseñar la estructura informativa en base a la teoría de "experiencia de usuario", otorgando una ruta de información que brinde los datos que los afiliados necesitan en orden de importancia de uso.

Vale remarcar la importancia de mantener actualizada esta información incluyendo elementos que permitan copiar, linkear, redireccionar, usar links de acceso directo o posibilidad de "copiar y pegar" en el caso de teléfonos, frente a la opción actual que requiere copiado manual ya que la información se sube en formato JPG.

En conclusión, se recomienda una reestructuración del orden de la información y el formato en que es compartida bajo el objetivo de facilitar su uso a los afiliados y establecer un protocolo de actualización de la información.

### 2.2.2 Propuesta de comunicación interna

En cuanto a canales de comunicación más utilizados por los empleados para la atención de los afiliados es también en primer lugar la presencialidad y WhatsApp y, en segundo lugar, emails. Por lo que se recomienda establecer una estrategia y ruteo claro y oficial de estos canales (whatsapp y emails) donde, en el informe preliminar, se observó una proporción de uso informal de los mismos.

Con respecto a los trámites más atendidos, el primer lugar, con la mayoría de los votos, se coloca derivaciones, en la misma línea, la mayor tasa de conflicto se corresponde con este trámite con la tasa de conflicto más elevada y en marcada diferenciación. Se recomienda, en caso que sea necesario segmentar el trabajo en períodos temporales y asignar prioridades de trabajo para crear métodos de comunicación efectivos en atención y resolución de problemáticas (manuales de atención, capacitación y desarrollo de herramientas necesarias) por área de incidencia.

### 2.2.3 Propuesta bidireccional

Con respecto a la percepción de calidad por parte de los afiliados, se considera que poseer una imagen general positiva mayor al 40% es un punto positivo a resaltar. En relación a la tasa de "percepción de calidad" de la CSS de los afiliados, según la percepción de los empleados y en comparación con los resultados de la encuesta a afiliados, los empleados consideran que los afiliados perciben a la CSS de una forma más negativa que lo que ellos opinan. La tasa de neutralidad en este caso es mayoritaria.

Se recomienda realizar un trabajo bidireccional: por un lado inmersivo sobre la cultura y percepción interna de la institución para convertir la mayoría neutra en primera instancia, y el porcentaje negativo, en positividad proactiva que sea emitida desde la CSS y repercuta en la atención al afiliado y ambiente laboral general y, la aplicación de las recomendaciones realizadas colaborarán en lograr un objetivo de convertibilidad del

porcentaje neutral de los afiliados hacia un incremento del porcentaje positivo proyectando superar el 65% de imagen positiva.

La descripción de las propuesta de mejora enunciadas en este apartado serán incluidas dentro de la propuesta de Plan de Comunicación contenido en el siguiente informe.

### 3 DESARROLLO DE ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN INTEGRAL

1. Análisis de identidad visual
2. Análisis de percepción e imagen institucional
3. Plan de acción

En el presente trabajo se realizó el análisis de la identidad visual de la CSS en sus diversos canales de comunicación mediante un relevamiento de la identidad de la CSS en los principales buscadores, artículos de prensa, redes sociales, entre otros.

Luego se presenta la evaluación de la consistencia en materia de colores, tipografías, imágenes, elementos visuales y la homogeneidad discursiva de los mensajes, en los diferentes soportes.

En el último punto se desarrolla el plan de acción con la hoja de ruta y cronograma sugerido que lleve a ejecutar mejoras en la comunicación integral de la institución.

#### 3.1 Análisis de identidad visual

Se observa una estructura comunicacional interna y externa mixta compuesta por estrategias y canales formales e informales surgidos en la sinergia natural del crecimiento institucional devenida de las necesidades de atención y resolución donde cada área de atención al afiliado ha generado sus propios criterios.

En primer lugar se presenta un resumen sobre el diagnóstico realizado de la identidad visual en su conjunto: colores, imágenes, tipografías, elementos discursivos y homogeneidad y usabilidad de la información y recomendaciones para los canales actuales de comunicación.

Identidad Visual:

- Redacciones textuales: El tono del mensaje y discurso es claro, simple y cercano. Se observa una línea estratégica de creación de material alineadas a los objetivos planteados por la Institución. La comunicación es homogénea y se encuentra alineada con los valores y objetivos de la CSS. Se incluye una observación sobre uso de vocabulario técnico.
- Colores y Tipografías: los colores utilizados así como las tipografías que conforman el manual de marca institucional son acordes y están correctos.

- Imágenes y elementos visuales: las piezas y canales relevados respetan los lineamientos de diseño del manual de marca.

En cuanto a estructura de composición final de los elementos se observa una oportunidad de mejora relacionada al uso de contrastes y estructuras de textos.

Actualmente el diseño está por sobre la información en cuanto a prioridad; se recomienda rotar la estrategia colocando el foco en la información, el diseño debe ser funcional a la información.

Usabilidad: se recomiendan mejoras en cuanto a la diagramación y reubicación del contenido.

Canales digitales:

- WhatsApp: se observa una alta tasa de informalidad en cuanto a presentación y formas de uso, a su vez su uso puede optimizarse incluyendo posibilidades comunicacionales que brinda esta herramienta.
- Sitio Web: [www.css.gov.ar](http://www.css.gov.ar): dentro del sitio oficial de la institución se observan puntos que pueden optimizarse como por ejemplo implementar analíticas que permitan tomar decisiones de comunicación colocando en el foco del contenido al afiliado, mejoras estructurales ( tiempos de respuesta, links, calidad de imágenes), entre otros.

Redes sociales

De acuerdo a los datos analizados y la observación de las plataformas (YouTube, Instagram, Facebook y Twitter) se observa la posibilidad de crear estructuras estables de escritura y elementos visuales para potenciar el reconocimiento y posicionamiento de la Institución en la mente de los usuarios por identificación y repetición. A su vez potenciar el uso de herramientas disponibles en las mismas como el uso de enlaces, hashtags, iconografías e historias destacadas. Se sugiere crear la estructura mencionada en el apartado de mejoras.

Canales tradicionales

La aparición de la CSS en medios tradicionales es en su mayoría en los medios regionales del Sur, como ser, Tiempo Sur, Ahora Calafate, el Diario Nuevo Día, La Opinión Austral.

En cuanto a los temas, se comunican hay notas informativas sobre el funcionamiento del organismo en las que se transmiten novedades, temas de interés ( actualizaciones, credenciales, etc.) números de contacto, temas de interés como así también se comunican eventos/fechas vinculados a la organización de la CSS, las elecciones son un

punto que recibe una alta tasa de difusión. El tono de las notas es positivo o neutro.

### 3.2 Análisis de percepción e imagen institucional

Con respecto a la instancia de evaluación sobre la imagen y percepción de la CSS tanto interna como externa se realizaron encuestas online a empleados de atención al público y afiliados con el objetivo de profundizar en la comprensión del proceso y situación de la comunicación actual.

Las encuestas tienen como finalidad conocer la percepción que los involucrados poseen de la Institución en general y sobre los puntos de conflicto.

Las preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas vinculadas al proceso de comunicación. Además, se incluye en cada una una pregunta cualitativa con el objetivo de explorar comentarios y sugerencias.

Tal recolección consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes: sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos más bien subjetivos.

La recolección de datos se orientó a proveer de un mayor entendimiento de los significados y experiencias de las personas y la recolección cuantitativa se fundamentó en la medición de las variables o conceptos contenidos en las hipótesis.

El objetivo de ambas encuestas fue identificar y evaluar oportunidades de mejora. En este sentido, se consideró la información cualitativa y cuantitativa recolectada como fuente de análisis a la hora de plantear acciones y tareas dentro del nuevo plan de comunicación.

Cabe destacar que conocer las opiniones de los involucrados a su vez, fortalece los vínculos y genera nuevos espacios de interacción, que, si se complementa con prácticas posteriores, refuerza el sentido de pertenencia y escucha.

#### **Conclusiones de encuesta a afiliados**

La mayoría (porcentaje mayor a 75%) de los afiliados que accedieron a la encuesta se encuentran entre los 36 a los 65 años de edad, con escasa participación del segmento etario menor a 27 años. Es importante resaltar este punto ya que el último es un segmento nativo que utiliza medios digitales pudiendo ser los enlaces informativos y funcionales entre sus padres/abuelos/adultos mayores a cargo y sus necesidades relacionadas a la CSS.

Con respecto al género se observa mayoritaria participación del público femenino. Se sugiere comparar esta tasa con los registros de afiliados de la CSS para conocer si el porcentaje es acorde o, en tal caso, existe una mayor participación y compromiso del público femenino. Esta información permitirá tomar decisiones en cuanto a campañas y formas de comunicación de las mismas (temas, tono y mensaje).

En cuanto a las delegaciones a las que acuden los afiliados, las que poseen mayor

afluencia se corresponden a las casas principales: Río Gallegos, Caleta Olivia y C.A.B.A. Esta relación se observa nuevamente en cuanto al tipo de contacto indicado por los afiliados con la CSS donde la mayoría respondió que acuden en forma presencial a las delegaciones.

Tasa de conocimiento de los canales digitales: la mitad de los encuestados afirman conocerlos. En relación a la "facilidad y usabilidad" de la información disponible en los canales digitales, la mitad de dichos afiliados indican que presentan problemas a la hora de encontrar información necesaria.

Tasa de "percepción de calidad": la CSS posee una imagen positiva del 43.1% , imagen negativa del 33.7% y una tasa neutral de un 23.2% por parte de los afiliados.

Con respecto a la pregunta cualitativa: una gran cantidad de comentarios se centran en la falta de información y falta de respuesta que perciben de parte de la CSS. Algunos de los comentarios que demuestran este punto son:

*"No responden en tiempo y forma. Hay que pedirles por favor que te den una solución y aun así no lo hacen enseguida."; "no hay info actualizada sobre prestadores ni buena comunicación sobre beneficios y formas de acceder a ellos o referente a los trámites que se deben realizar"; "Actualizar contactos, números correos etc, de los profesionales o prestadores."*

Otro punto es la atención por whatsapp. Según los resultados, whatsapp es uno de los principales canales que el afiliado utiliza. Las respuestas indican que muchos usuarios reciben una mala atención por este medio: *"Por whatsapp hemos enviado estudios para autorizar y demoran ni te dan las respuestas en pandemia fue terrible la mala atención"; "Te clavan el visto en el WhatsApp no te dan la info completa"; Contesten whatsapp porque sino no sirve que lo pongan como medio de comunicación"*

Calidad de atención: alta tasa de percepción de mala atención. Entre las respuestas que explicitan las causas de esta mala atención percibida en gran medida se debe a la falta de respuesta, por lo que coincide con el primer punto mencionado: *"Malísima la atención de la sucursal de los antiguos tengo derivaciones del año pasado pedidas urgentes que no me las realizan ya están autorizadas y nada que sacan turno"*

### **Conclusiones de encuesta interna**

En cuanto a las respuestas por delegación se observa una disparidad en la cantidad de participación. El mayor caudal de respuesta se obtuvo de las sedes Río Gallegos y 28 de Noviembre.

Vale remarcar que cinco sedes no emitieron respuestas, por lo que se prevé que los resultados serán tendenciosos hacia las problemáticas de las sedes participantes.

En cuanto a canales de comunicación más utilizados para la atención de los afiliados son, en primer lugar, la presencialidad, en segundo lugar, whatsapp y, en tercer lugar, emails.

Trámites más atendidos: 1) Derivaciones; 2) auditoría médica y 3) auditoría farmacéutica y afiliaciones.

En la misma línea y siendo un resultado congruente la mayor tasa de conflicto se corresponde con el trámite más atendido (derivaciones) que tiene la tasa de conflicto más elevada y en marcada diferenciación.

Herramientas de trabajo: la mayoría refiere que posee las herramientas necesarias, vale mencionar que un marcado 31.8% negativo denota la necesidad de desarrollar, educar y/o acercar mejores métodos, herramientas y capacitaciones.

Disponibilidad de información: un 34.8% indica no contar con la información necesaria para realizar sus labores.

La comunicación entre áreas indica una fuerte necesidad de trabajar en estrategias que permitan un mejor flujo de comunicación. El 75.8% indicó que esta comunicación no es fluida.

Con respecto a la información que poseen los afiliados, los participantes respondieron mayoritariamente (65.2%) que observan que no cuentan con la información correcta sobre los servicios y prestaciones que la CSS ofrece.

En relación a la tasa de "percepción de calidad" de la CSS, según los empleados los afiliados poseen una imagen positiva del 25.7%, una imagen negativa del 22.8% y una tasa neutral de un 51.5%. La tasa de neutralidad es la mayoritaria. Se recomienda realizar un trabajo inmersivo sobre la cultura interna y percepción interna.

El análisis cuantitativo indica que los empleados consideran que los trámites que suelen generar mayor conflicto con los afiliados son en mayor medida derivaciones y auditoría médica. Al preguntarle si pueden detallar las principales quejas que reciben, la mayoría hace referencia a demoras en los tiempos de respuesta.

Acerca de la causa de la demora en la respuesta brindada a los afiliados, hay un testimonio que indica que hay falta de comunicación entre el equipo directivo y los empleados de atención al cliente: *"Ninguno de arriba lo que genera mayor conflictos con los afiliados es la falta de comunicación entre los directivos y personal que atendemos a los afiliados, no nos informan los cambios de cobertura, baja de prestadores, las cosas que están y no nombradas, etc,.. entonces a la hora de poder darle una solución rápida y eficaz al afiliado se nos hace súper difícil porque no estamos al tanto de nada somos los últimos en enterarnos todo."*

Un punto interesante sería entender las causas de la demora en los tiempos de respuesta. Esta mejora podría tener gran impacto en la percepción del servicio brindado. En el caso puntual de las derivaciones, que es uno de los principales puntos de fricción, se recomienda analizar todo el proceso de derivaciones para detectar cuáles son los principales cuellos de botella y buscar soluciones para acelerar el proceso de respuesta.

Además, otra queja muy frecuente es la “poca disponibilidad de turnos”. En este caso, se podría revisar si este punto está vinculado con falencias en los procesos de comunicación, un sistema de turnos ineficiente o con la falta de personal médico disponible, entre otras opciones.

En el apartado correspondiente se traducen dichas conclusiones en actividades y tareas específicas que colaboran a transformar el presente feedback en acciones concretas de mejora sobre la comunicación, fortalecimiento de vínculos, imagen y sentido de pertenencia hacia ambos públicos.

De esta manera quedan expresados los resultados y recomendaciones de cada punto (desarrollados en profundidad en los informes I y II y sus respectivos anexos de referencia) referidos a la mejora y optimización de la comunicación integral dentro de la institución.

A continuación se presenta el detalle de las mejoras y desarrollos sugeridos dentro del pertinente plan de acción, hoja de ruta y cronograma sugerido para su ejecución basado en lo anteriormente presentado.

### 3.3 Desarrollo de la estrategia de comunicación integral

Definición de lineamientos para la propuesta de mejora con el afiliado y la comunidad dentro de un Plan Estratégico de Comunicación Integral.

La siguiente propuesta estratégica de mejora y acciones se plantea organizada dentro de un plan integral que contempla la creación y el fortalecimiento de los vínculos dentro de la CSS con el objetivo de humanizar, mediante una imagen proyectada con una voz cálida, colectiva, cercana, a la vez de acercar y explicitar el trabajo realizado por la CSS en donde garantizar y agilizar el acceso a la salud es el principal pilar.

El plan propuesto se enfoca en establecer un sistema simple y unificado de comunicación interna y externa que permita brindar información, acceso, soporte y visibilidad, es decir que los afiliados conozcan los programas, beneficios, accesos y visibilizar el trabajo de los agentes de salud bajo el desarrollo paralelo de un sentido de contención y sostén al ofrecer canales claros de comunicación y respuestas alineadas.

El plan es fundamentado por acciones de posicionamiento basadas en reafirmar los atributos permanentes de la identidad de la CSS: cercanía, calidez, accesibilidad y

transparencia lo que resulta no solo en mayor información, claridad y cercanía sino que replica de forma directa sobre la creación y fortalecimiento del sentido de pertenencia entre empleados, el afiliado y la comunidad con la Institución.

Para llevar adelante y concretar los lineamientos arriba descritos se consideró crear una estrategia de comunicación proactiva y educativa en formato puente que permita establecer los lazos entre segmentos poblacionales y el fortalecimiento buscado en el paso cultural-institucional entre los procesos tradicionales y lo digital actualmente pretendido.

La presente estrategia otorga a la institución el rol central como elemento emisor de información, comunicación y sostén proactivo.

De esta forma colaborar en el desarrollo del comportamiento organizacional (hoy reactiva) a un rol protagonista-guía logrando mayor penetración de los mensajes basados en pilares de educación y pregnancy por repetición didáctica bajo una estrategia proactiva.

### **Objetivo general**

Desarrollar una estrategia de comunicación integral proactiva alineada con las necesidades de la CSS, sus afiliados y comunidad con el fin de crear y fortalecer lazos, potenciar y mejorar la comunicación entre las partes estableciendo el paso hacia la transición digital de forma inclusiva a todos los segmentos.

Para ello, internamente se definirán los canales de comunicación y externamente se llevará adelante un plan de acciones puente, con el objetivo de que los afiliados conozcan los canales y las formas de contacto con la CSS. En este sentido, se posicionarán los canales digitales y la imagen institucional y se llevará adelante una inducción al uso de la App.

### **Objetivos específicos**

De acuerdo a los lineamientos técnicos y prácticos, la estructura del plan se presenta de la siguiente manera: comunicación interna y comunicación externa, ambas con sus respectivos subelementos indicando mejoras y desarrollos.





Estructura del plan de comunicación integral

### 3.3.1 Comunicación interna

La comunicación interna debe estar alineada con la estrategia global de la organización. Una comunicación interna transversal y adecuadamente articulada por una estrategia conseguirá transmitir los valores, la misión y la visión organizacionales a todos los trabajadores, buscando su consecuente identificación, compromiso y motivación.

Cabe destacar que, en la medida en la que la cultura se origina desde dentro para proyectarla hacia el afuera, la comunicación interna debe ser la base y fundamento de la comunicación externa.

En un sentido figurado, puede decirse que la primera herramienta de comunicación externa ha de ser la propia comunicación interna.

La función de la comunicación interna ya no solo está orientada a facilitar la información y la comunicación entre los miembros de la organización, sino que impulsa el trabajo colaborativo entre los diferentes equipos y áreas. También tiene un gran impacto en aspectos como la motivación y el compromiso de los trabajadores con la organización.

La propuesta de mejora está basada en tres áreas principales: primero se deberán determinar cuáles son los canales de comunicación interna formales, luego se deberá trabajar en un manual de inducción, y finalmente se trabajará en fortalecer los vínculos internos.

1. Determinar canales de comunicación formales
2. Crear Manual de inducción
3. Fortalecer vínculos internos (comunidad)

### 3.3.1.1.1 Determinar canales de comunicación formales

Es importante lograr una combinación de canales mediante el cual se logre llegar a todos los miembros de la organización. El mensaje a emitir debe adecuarse al público para que el mensaje sea breve y claro.

Los canales formales u oficiales son aquellos elegidos para reproducir y transmitir información estable y fiable de acuerdo con los objetivos, pautas, normas y necesidades de la institución, en los cuales todos los participantes correspondientes pueden confiar, enviar y recibir la información necesaria para el normal desarrollo de las actividades de forma fluida y segura.

#### **Mejoras:**

Establecer una estrategia de comunicación interna. En primer lugar, se debe realizar un relevamiento exhaustivo, orden y selección. Posteriormente desarrollar un documento que indique cuáles son los canales oficiales y que detalle cuándo priorizar cada medio de contacto, evitando así el uso informal de los mismos.

El documento luego debe ser enviado a todo el personal correspondiente solicitando su firma como aprobación del mismo y a su vez otorgado espacio para dudas o consultas facilitando así la inserción del mismo en el mapa de flujo laboral.

Se recomienda organizar en primera instancia las comunicaciones vía email y whatsapp, definiendo objetivos y usos para cada una.

#### WhatsApp:

Se recomienda realizar un mapa que incluya todas las áreas que poseen números de atención por este medio.

Luego definir si existe algún área faltante o la existencia de números privados/personales y asignar a toda aquella área o persona necesaria un número de whatsapp bajo la metodología *business*.

En tercer lugar actualizar y alinear toda la información que esta versión permite maximizando así el uso de la herramienta gratuita: unificar foto de perfil, información que brinda en su descripción, enlaces de interés, respuestas automáticas de bienvenida y ausencia, horarios de atención, ubicación en el mapa.

#### Email:

Se recomienda realizar un mapa ideal por áreas y necesidades. Luego, corroborar la existencia de mails oficiales para dichas áreas y asignar/crear casillas que fueran necesarias.

Los mails deben contar con firmas oficiales donde figure nombre, cargo y área de quién firma, de esta forma evitar confusiones a la hora de recibir/enviar correos.

Se recomienda que el documento de medios de contacto esté disponible en un espacio

accesible para todos los empleados y su difusión sea masiva dentro de la CSS. El mismo se puede organizar en orden alfabético por áreas o sedes o temáticas indicando mail y whatsapp de cada una, responsable y temáticas que dicha persona/área resuelve y su nivel de atención: atención al público y/o consultas internas.

A la vez dicho documento debe ser publicado en los sitios oficiales de la CSS incluyendo solo los medios de contacto que correspondan a atención al público como únicos medios válidos y formales de comunicación.

#### **Desarrollos:**

Crear un canal interno en el que se puedan hacer consultas a diferentes equipos sobre procedimientos y manejo de la información. Puede asignarse una central de consultas vía telefónica o una casilla de email o formulario en línea bajo el formato de tickets soporte.

#### 3.3.1.1.2 [Crear manual de Inducción](#)

#### **Mejoras:**

Herramienta no disponible.

#### **Desarrollos:**

Creación de manual de inducción.

El objetivo es tener una herramienta clara y concisa para que los empleados puedan evacuar dudas, conozcan los objetivos de cada puesto, su importancia, valores y aporte a la motivación e involucramiento con la organización.

El manual es una pieza clave en materia de comunicación interna, útil para que el empleado conozca la misión, visión, objetivos, valores, normas, lenguaje y cultura de la organización y para prevenir errores en los canales de comunicación respecto a sus funciones, procedimientos, entre otros. Asimismo ayuda a mejorar el rendimiento de los trabajadores; disminuye dudas y facilita el aprendizaje.

Con respecto a la estructura, el mismo deberá incluir información sobre la historia de la organización; misión, visión, valores de la organización; el organigrama; presentación de los servicios que brinda, los medios de contacto con los afiliados, y el reglamento interno. Se recomienda resaltar la importancia humana de la labor realizada, efectos y logros que impactan en otros la actividad que se realiza cada día. Visibilizar situaciones permite fomentar el sentido de empatía y pertenencia que luego se verá reflejado en la impronta del conjunto.

Dicha herramienta debe estar al alcance de todos los trabajadores y presentarse como parte del proceso de inducción a los nuevos trabajadores que ingresan a la CSS.

#### 3.3.1.1.3 [Fortalecer vínculos internos](#)

**Mejoras:**

Realizar una línea editorial y cronograma de planificación de las noticias a publicar en la cartelera y newsletters:

Newsletters

En primer lugar, se debe definir envíos masivos de un mismo newsletter a toda la organización y aquellos diversos dirigidos a distintos segmentos como ser atención al afiliado, esta división temática surge de la decisión de línea editorial de temas de interés totales y por áreas. Luego, se debe definir la periodicidad del envío de esta comunicación. Finalmente, definir quién estará a cargo del contenido. Se recomienda que la periodicidad sea constante (ej. día 10 de cada mes) para internalizar el uso, el contenido debe ser de valor para lograr una incorporación del mismo por parte de los empleados. Ej. novedades del mes, números de atención, feedback de las encuestas a afiliados, reuniones de equipos.

Carteleras

Primero se deberá definir el contenido de la cartelera. Se puede dividir en distintas secciones, como por ejemplo, avisos importantes, actividades del mes, frases motivadoras, y dejar un espacio para que las distintas áreas propongan publicaciones y hacer públicos los logros conseguidos por los distintos sectores y la organización en general creando un espacio de escucha e intercambio inclusivo.

**Desarrollos:**

Se recomienda realizar encuestas periódicas para conocer el estado de satisfacción de los empleados y escuchar sus propuestas de mejora.

Asimismo, coordinar reuniones periódicas por área, semanales o mensuales, dependiendo del tiempo posible entre los diferentes equipos, para que funcione como un espacio para consultas, sugerencias en las que el personal se reúna en torno a una temática, un portavoz guía la misma compartiendo un breve status de los proyectos, tareas, etc.. También funciona como un espacio para que se puedan hacer preguntas y recomendaciones. Esta simple reunión tiene un valor e impacto absoluto puesto que la comunicación personal es eficaz y garantiza espacios de escucha, reconocimiento y horizontalidad de la comunicación al integrar en igualdad de condiciones a todos los miembros del equipo.

Por último se recomienda colocar en un espacio común un buzón de sugerencias anónimo, es importante establecer una metodología de recolección de los mensajes y que las consultas aquí recibidas se visualicen para que las personas confíen en la herramienta y motivar su uso. De estos comentarios, posterior análisis, también tomar los puntos relevantes para implementar cambios o mejoras donde fuera necesario.

### 3.3.2 Comunicación externa

Una comunicación externa efectiva construye pertenencia, confianza, imagen, facilita el flujo de actividades y logro de objetivos a corto, mediano y largo plazo. La comunicación externa construye el vínculo con la comunidad (afiliados y vecinos) medios de comunicación, entidades intermedias (farmacias, centros de salud, empresas vinculadas ) y opinión pública en general.

A su vez, la comunicación brinda confianza al público, permite la participación del mismo a través de diversos soportes y estrategias y evita ruidos, rumores y confusiones. La no comunicación genera un espacio silente que brinda la oportunidad de que terceros hablen por la organización o que cada segmento participante en el mapa comunicacional establezca creencias incorrectas pudiendo afectar los objetivos de la entidad.

La propuesta consta de tres temas áreas principales: primero se deberá trabajar en que el afiliado conozca los canales de atención con los que cuenta, luego optimizar el contenido que la CSS emite para lograr mayor alcance, y finalmente generar un espacio donde los afiliados posean participación activa en pos de fortalecer el sentido de pertenencia, imagen institucional y grado de satisfacción.

De esta forma los agentes externos se transforman en voceros positivos replicando los valores y objetivos de la CSS hacia sus entornos siendo fundamental a la hora de potenciar la imagen institucional y fortalecer los lazos con su comunidad.

1. Generar conocimiento de canales digitales
2. Optimizar el contenido y lograr mayor alcance
3. Brindar espacios para recibir la opinión del afiliado (comunidad y pertenencia)

#### 3.3.2.1.1 Generar conocimiento de canales digitales

**Mejoras:** en primer punto como prioridad se sugiere establecer los canales de comunicación externa formales arriba mencionados ( whatsapp, email, sedes), mapearlos y trasladarlos a documentos y formatos de contenido apropiados para difundir posteriormente a los afiliados: historias, posteos, folleteria, carteleria, campañas de mailing.

La mitad de los afiliados indicaron conocer algunos canales digitales, ciertos medios de contacto y en primer y preponderante lugar las visitas presenciales a las diversas sedes. Cada uno de estos espacios debe utilizarse para la difusión de los canales formales de contacto y las plataformas digitales indicando de forma breve y clara los beneficios de utilizar estos medios incentivando a los afiliados a visitarlos y crear comunidad mediante dichos espacios.

**Desarrollo:** se recomienda unificar las bases de datos de emails de afiliados y determinar

una estrategia de control y actualización<sup>28</sup>. En caso que sea posible, también segmentarlos en listas por criterios establecidos (ej, edad, zona, tipo de servicio que utilizan, etc).

Una vez creada la base y las listas correspondientes en el soporte elegido<sup>29</sup> se deben programar campañas donde se comuniquen los medios de contacto formales y las plataformas digitales (redes sociales/web/app) utilizando sistemas de links para facilitar el acceso a los mismos. Se recomienda el formato tutorial en video y formato imagen descargable para que así cada usuario pueda hacer uso activo de la información.

Luego de crear los mapas de canales y unificar bases de datos, es transmitir de forma amena, gráfica y sencilla los medios de contacto y sus beneficios en los todos los espacios donde existe comunicación con el afiliado:

- campañas de mailing
- carteleras y folleteria de forma presencial
- información en la descripción de los canales de whatsapp business
- post, historias y tutoriales en redes sociales

El segundo paso es determinar responsables y procedimiento para que dicha base de datos se mantenga actualizada y se nutra de nuevos correos. En la app este punto se podrá resolver en la opción de datos personales y en la presencialidad debe determinarse un sistema para que, por ejemplo, los empleados de atención al público área recepción tengan acceso a dichas bases para poder ingresar/modificar los datos necesarios.

Una vez realizado esto, se recomienda realizar bloques de campañas de comunicación digital en redes sociales al segmento etario 30/50 y menor a 27 años, que motiven a la ayuda de sus mayores y colaboren con el traspaso digital. Comunicaciones emotivas y prácticas que detallen beneficios del uso de los canales, deben incluir pautas tutoriales para ingresar el uso de nuevas herramientas de forma paulatina, a su vez siempre se puede colocar la información total en un link para quien esté interesado.

En el caso de los usuarios que todavía no tienen acceso a los canales digitales, se los deberá contactar en los espacios físicos que visitan para transmitir estas posibilidades y colaborar con la educación digital sobre los beneficios del uso de los canales digitales trabajando desde los espacios de contacto ( sedes, farmacias, puntos de atención de salud, etc.). Estas acciones se deben acompañar con piezas de comunicación físicas folleteria, carteleras, pantallas LED colocadas en los espacios donde las personas circulen y/o aguarden cuidando el discurso simple y coloquial, manteniendo como objetivo de estas comunicaciones a los segmentos etarios mayores o con menor digitalización.

---

<sup>28</sup> Por ej. el empleado de atención al público área recepción puede consultar los mails a cada afiliado que entra a la sede y chequear el estado del mismo, otra opción es colocar un popup en la web y solicitar que la persona deje su mail, redirigir ese mail a la lista de difusión y en caso que sea duplicado se elimina el más antiguo de la lista

<sup>29</sup> Plataformas similares a Mailchimp, Sendinblue, ActiveCampaign, HubSpot, etc. para envíos de mails.

Se sugiere que estas acciones se acompañen con personal capacitado y disponible a tal fin. Las sedes de la CSS son el principal lugar a considerar. En caso que sea posible se recomienda extender esta propuesta a otros espacios vinculados como farmacias, centros de atención de salud, bancos, espacios públicos (plazas) que pueden desarrollarse a modo de campañas en días y horas determinadas.

Esta estrategia crea un proceso inductivo y dirigido a los distintos segmentos de afiliados sobre el uso de los canales digitales y medios de contacto, crea lazos de confianza basados en una comunicación proactiva donde el afiliado se percibe reconocido.

Combinar las actividades digitales y presenciales crea un puente unificador entre segmentos a fin de facilitar el proceso de digitalización pretendido a la vez que repercute de forma positiva en la imagen y reputación de la CSS.

#### 3.3.2.1.2 Optimizar el contenido y lograr mayor alcance

**Mejoras:** en el presente constan las mejoras segmentadas por ítem y/o herramienta a fin de favorecer la aplicación práctica. Las recomendaciones vinculadas a la teoría pueden encontrarse desarrolladas en las entregas I y II.

- Redacciones textuales: en ciertos casos esporádicos, se observa la utilización de un nivel de escritura que incluye especificaciones y lenguaje técnico, este punto podría ser simplificado utilizando palabras coloquiales para favorecer el proceso de identificación con la totalidad de los afiliados. Se recomienda que el lenguaje, siempre que sea posible, sea simple y sencillo, ofreciendo un solo tema por comunicado.
- Imágenes y elementos visuales: se consideran recomendaciones de aplicación en la construcción de piezas con el objetivo de facilitar la lecto-comprensión:
  - contraste: se observa la necesidad de reforzar el uso de contraste en los colores de fondo y tipografía en las piezas donde el texto supera el 30% del espacio. Aumentar el contraste entre el texto y fondo para potenciar una mejor lectura sobre todo en versión digital celular.
  - reducir la cantidad de texto y caracteres a la máxima posibilidad en cada caso. Se recomienda colocar sobre imágenes frases breves o ítems disparadores con la información fundamental, el resto de la información debe ir en el cuerpo textual que acompañe ( post en redes sociales o nota en sitio web por ejemplo).
  - se sugiere redactar los textos centrados izquierda- derecha para favorecer la lectura y entendimiento de la información
  - cuidar la calidad de los PGJ, PNJ o similares utilizados como pop-up. Se observa material despixelado en el sitio web.
  - se recomienda no utilizar el logo en cada pieza de imagen ya que el usuario

ya sabe que está dentro de una red social o sitio de la institución. Esto solo provoca una reducción de espacios y saturación visual.

Nota: en posteos realizados anteriormente en redes sociales se observa un trabajo de diseño más sencillo pero una lectura más favorable, viéndose el resultado en la interacción de la publicación. Se recomienda revisión.

- Usabilidad: se recomienda rediseñar la ruta y accesos de comunicación bajo perspectiva de experiencia de usuario, priorizando temas de interés/necesidades del afiliado. para ello es útil colocar herramientas de medición estadística dentro del sitio lo que arroja de forma certera qué sitios son más visitados, posteriormente otorgarles mayor preponderancia. El sitio web debe ser una herramienta útil para el afiliado ( foco user experience).

A continuación se detallan propuestas:

- WhatsApp: este punto fue mencionado en la sección de mejoras de canales formales, se reiteran los puntos a remarcar por su importancia relevante:
  - todas las cuentas de WhatsApp de atención deben ser categoría empresa, contar con foto de perfil con el logo actualizado de la CSS con la bajada del área particular de atención, en el catálogo debe incluir información relevante del área de atención (campañas, accesos a diversos enlaces, etc.) incluir el link a la web, el horario de atención y localización y uso de mensajes claros de bienvenida y ausencia.
- Sitio Web: [www.css.gov.ar](http://www.css.gov.ar):
  - Se recomienda instalar métodos analíticos, cookies y/o píxeles de conversión que permitan recolectar información estadística para ser utilizada posteriormente en decisiones estratégicas de formato y estructura de las comunicaciones basadas en el requerimiento real del afiliado. Conocer estadísticamente cómo el usuario navega y utiliza la web permite tomar decisiones basadas en requerimientos reales.
  - Construcción/programación: el sitio presenta una baja evaluación en tiempo de carga, estructura, respuestas, etc. Se recomienda revisar antivirus, tamaños de imágenes, plugs, cache, hosting, etc. y toda cuestión relativa a la construcción de un WP que solo puede ser relevada teniendo acceso al CPanel del admin del constructor mencionado.
  - Establecer un sistema de links donde el usuario pueda dirigirse a la información bajo una navegación fluida e intuitiva, deben actualizarse link de accesos directos (teléfonos, emails y WhatsApp), mapas.
  - Mapas: revisar que mapas y enlaces carguen correctamente. En la sección de Delegaciones, hay error al cargar mapa. En el caso de El Chaltén se



incluyen fotos de la delegación. Se recomienda unificar colocando material fotográfico de la totalidad de las delegaciones.

- En la sección de contacto el mapa no carga correctamente.
- PopUps: pop-up que indica “Esperamos tu whatsapp”, pero no en todas las secciones hay un número de whatsapp. Resolver dicha discordancia discursiva.
- Reestructurar los criterios de navegación: tal como se mencionó anteriormente, la web bajo estrategia de experiencia de usuario hoy en día es una prioridad en materia de comunicación y más aún, al considerarla un canal de open data una vez establecida la App. De esta forma el sitio cumplirá una función intermedia entre los afiliados y la App. El sitio debe contener toda la información necesaria que redirija al afiliado a la App y/o brindar información de contacto y apoyo al afiliado mediante uso de links.

Recomendaciones de estructura de menús:

- Menú principal priorizar ítems con mayor volumen de consultas respondiendo a la necesidad del afiliado: ej. turnos, farmacia, afiliaciones, derivaciones.
  - Menú inferior utilizar un footer con menú completo fijo (mapa completo del sitio) donde el usuario pueda encontrar el link directo al tipo de información que busca.
  - Buscador: colocar en los patrones de búsqueda los ítems que se identifiquen como de mayor consulta (turnos, farmacia, afiliaciones, por ejemplo) y arrojar los links de interés. Actualmente el buscador remite a notas de la página blog. Se recomienda dejar el blog como apartado de “novedades” sin que este contenido interfiera en la búsqueda de una solución ante un problema, consulta o urgencia de un afiliado.
  - Links de contacto: En lo que refiere a medios de contacto se recomienda establecer un sistema de links para que el afiliado logre un enlace directo y rápido con el área que desea comunicarse. Actualmente los datos se muestran como una imagen dentro de la web, no permitiendo realizar acciones de acceso directo o copiar para llevar la información a otro espacio
- Redes sociales: YouTube, Instagram, Facebook y Twitter
    - Imagen y diseño: ver recomendaciones página 42.
    - Estructura de descripciones: el contenido de la información se considera correcto, brinda datos necesarios, informa y educa sobre los distintos temas tratados. Se recomienda trabajar sobre la gestión del formato de presentación de dicho contenido adaptando su estructura a la modalidad efectiva

de su uso en redes sociales.

Estructura sugerida:

- título gancho (espacio)
- descripción (espacio)
- beneficio/alivio/posibilidad (espacio)
- call to action (espacio)
- estructura de hashtags estratégicos
- emoticones<sup>30</sup>

Este formato de presentación también pretende generar contenido “guardable y/o compartible” lo que potencia el crecimiento, mejora el alcance de las plataformas y genera un sentido de utilidad y pertinencia del usuario con la institución.

**Desarrollos:** se recomienda establecer una línea editorial de temas y calendarización de contenidos de redes sociales enfocados en las respuestas, consultas, reclamos de los afiliados. El contenido debe partir de las necesidades del afiliado y no solamente de la agenda de la institución, este trabajo mixto potencia y mejora la creación de autoridad, imagen, reputación y comunidad. Se recomienda desarrollar la mayor parte posible del material en formato video / reel / short.

Elementos de alcance Instagram, Facebook y YouTube ( utilizar como shorts transformar las historias en reels):

- Historias diarias: además de compartir la información actual se recomienda crear una planificación diaria para utilizar un ideal de tres historias diarias o la cantidad que permita subir contenido de calidad e interés para el afiliado ( la calidad debe priorizarse por sobre la cantidad). Aplicar este criterio siempre y cuando exista contenido de valor para compartir y pueda establecerse en una matriz de publicaciones planificadas.

Ejemplo de línea editorial de historias:

- lunes: información de turnos
- martes: encuestas/preguntas sobre servicio X
- miércoles: novedades de la semana
- jueves: recomendaciones sobre campañas activas.
- viernes: consejos sobre salud

- Historias destacadas Instagram: se recomienda utilizar una menor cantidad de destacadas, ideal cinco, ya que es la cantidad de burbujas visibles en

---

<sup>30</sup> Utilizar emoticones remite directamente como lenguaje no verbal y potencian el alcance del texto. Se recomienda utilizar aquellos que sean de referencia directa (gestos de manos, caras con expresiones) y siempre que sea posible en positivo.

la mayoría de los dispositivos móviles. Dentro de cada destacada no sobrepasar las diez (10) ya que el tiempo estimado de visita total de un usuario a un canal es de un minuto y medio (1.30) minutos, en ese lapso el usuario debe revisar: datos en biografía + historias destacadas. De esta forma se maximiza su uso y cumplen la función de ser canales de información donde el usuario puede acceder rápidamente a las dudas/consultas más frecuentes. Utilizar enlaces de accesos directos en las mismas.

- Uso de enlaces: se recomienda maximizar su uso en: historias, historias destacadas, post de facebook y descripción de YouTube (se observan enlaces insertos pero no activos, esto puede deberse a errores de tipeo, se recomienda utilizar doble espacio cuando se escriben enlaces para activarlos). No deben utilizarse enlaces en espacios donde no se puede clicar, ya que solo genera frustración en el usuario por no poder llevar adelante una acción propuesta. Resumen: usar enlaces en cada espacio posible y evitarlos en espacios nulos (copys de Instagram, diseños dentro de placas, etc.).

- Hashtags: se observa el uso de # propios de posicionamiento, se recomienda continuar con dicha estrategia y sumar # de posicionamiento de nicho según el tema tratado. Establecer un criterio de # altos (+1M), medios (+100.000) y bajos (- 10.000). Utilizar entre 20/25. Medir y evaluar. una estrategia de # eficaz aumenta hasta un 20% el alcance de una publicación y ayuda a posicionar el posteo en lugares específicos de búsqueda.

- Engagement: se recomienda trabajar sobre la estructura de contenido y recomendaciones arriba enunciadas para aumentar esta tasa de forma orgánica. Considerar que es un punto recomendable apalancar los crecimientos con pautas pagas en caso de que se considere posible. Un engagement equilibrado se construye con 50% de trabajo realizado de forma orgánica y un 50% de apalancamiento de forma paga respetando la construcción del algoritmo que así se conforma.

#### 3.3.2.1.3 Brindar espacios para recibir la opinión del afiliado

El espacio de escucha activa es fundamental para construir y reforzar lazos de confianza con la comunidad. En este punto el afiliado no posee un espacio donde se sienta escuchado y a su vez que vea reflejado su comentario en hechos. Vale remarcar que una escucha vacía ( sin retorno) no es aconsejable ya que solo genera frustración, es importante diseñar la metodología de escucha y respuesta a la misma.

Se recomienda que se debe abrir un espacio de escucha oficial y comunicarlo si realmente la institución puede cumplir con el feedback que este amerita.

**Mejoras:** el primer gran espacio de escucha actualmente son las redes sociales. En este

punto recomendamos:

- utilizar llamados a la acción claros en las descripciones textuales y al final de cada post en formato carrusel (la última placa debe ser un llamado a la acción) ej: dejarnos tu comentario, comparte esta información con tus amigos, etc., potenciando de esta forma la interacción con indicaciones precisas.
- revisar el sistema de respuestas automáticas, se observaron comentarios con respuestas no acordes, este punto debe ser cuidado ya que una respuesta no relacionada al comentario que se deja repercute de forma negativa. Este punto puede mejorarse asignando personal a tal fin y/o insertando un sistema de asistencia virtual, se detalla en desarrollos.
- mensajes directos: los mensajes directos deben ser respondidos en su totalidad con la información solicitada con la mayor celeridad posible, caso que no sea posible por temas estructurales / de personal, recomendamos nuevamente el sistema de asistencia virtual guiado con preguntas.

En caso que se utilice un sistema de asistencia virtual, este debe ser explícitamente aclarado para que el usuario sepa que está interactuando con un sistema automatizado. El sistema automatizado debe ofrecer como ultima opción un medio contacto donde responda una persona física (número de teléfono, email, etc)

**Desarrollo:** en este punto se presentan tres recomendaciones.

Asistencia virtual: para brindar respuestas de forma automática a las principales consultas recurrentes se recomienda configurar una cuenta de whatsapp business + app autoresponder o, contratar un sistema de chat boot. Esta herramienta es un paso previo al centro de atención, permite resolver dudas concretas y generales y reducir los llamados que recibe el centro de atención o las áreas de atención al público. El enlace puede compartirse en las respuestas automáticas de redes sociales ( comentarios e inbox) e insertarlo en el sitio web como botón flotante.

Vale remarcar que el mayor punto positivo de incluir este sistema consta en su atención 24/7 transformándose en un espacio donde el afiliado puede concurrir los 7 días de la semana en el horario que desee/necesite.

Ej: Hola soy Bot. Bienvenido al asistente virtual de la CSS. A continuación verá las opciones que dispongo para ayudarlo con su consulta, por favor responda a este mensaje con el número de respuesta que desea:

1. como obtener turnos con/para xx
2. cómo realizar un trámite de derivación
3. cómo obtener un reintegro
4. donde obtener recetas
5. cual es la dirección de la sede xx
6. para recibir nuestros números de contacto.

Centro de atención: en el modelo ideal se sugiere que, posterior a un asistente virtual o de forma directa, exista un centro de atención al afiliado donde se puedan resolver las dudas generales y a su vez derivarse llamados a las áreas correspondientes. Esta herramienta permite dirigir los llamados de forma proactiva, reducir el tiempo y aumentar la eficiencia a su vez que mejora la imagen de la institución.

El ideal indica que el número debe ser gratuito en modalidad 0800 o números de acceso rápido ej \*123.

El personal asignado a estos espacios debe poseer alta tasa de empatía, amabilidad y conocimiento absoluto de las rutas de comunicación para poder brindar al afiliado respuestas que resuelvan sus consultas de forma concreta.

Esta herramienta será fundamental también para resolver dudas de la APP como así de todo trámite que comience a digitalizarse, debe considerarse un espacio de atención y educación al afiliado. Unificar todos los llamados en un centro posee los siguientes beneficios:

- mejora la experiencia del afiliado (mejor y más rápida atención)
- reduce tiempos
- derivaciones correctas
- reduce el nivel de quejas y reclamos (existiendo información directa a la cual acudir)
- mejora la imagen y reputación
- mejora el clima laboral (los empleados no están presionados por las quejas)
- fideliza a los usuarios creando sensación de pertenencia y escucha

Realizar encuestas en línea: pueden realizarse luego de visitar una sede ( en formato digital mediante tótems), de forma planificada vía link en redes sociales y vía email con las bases de datos creadas en el punto anteriormente nombrado. Las encuestas son fundamentales para obtener información directa y opiniones de la comunidad lo que permite revisar estrategias, evaluar resultados y tomar decisiones de comunicación enfocadas en la necesidad del afiliado.

En primera instancia pueden utilizarse los canales utilizados en el presente trabajo en formato casillas de mails y google forms. En una segunda etapa se recomienda la contratación de un sistema que ofrezca estas soluciones.

### 3.3.3 Evaluación y seguimiento

*Un punto clave es el de establecer un sistema de evaluación o seguimiento de las acciones de comunicación puestas en funcionamiento. Es muy importante supervisar si se han logrado los objetivos establecidos y comprobar cómo son los resultados obtenidos. Este seguimiento permitirá continuar planificando acciones de comunicación con mayor realismo y precisión. Asimismo, posibilitará evidenciar en mayor medida la necesidad de ir desarrollando nuevas acciones y tácticas para lograr la estrategia que ha sido definida en concordancia con los objetivos de la organización.*

## 4 CONCLUSIÓN FINAL

El presente Desarrollo de estrategia de Comunicación Integral se basa en una propuesta de trabajo bidireccional bajo la utilización de herramientas de comunicación disponibles y conocidas por la CSS lo que permite aplicar las mejoras y desarrollos de forma natural en esta primera etapa.

Las actividades y desarrollos propuestos tienen como objetivo mejorar la imagen, reputación de la CSS, fortalecer lazos con la comunidad interna y externa y colaborar en el flujo de las tareas diarias lo que se verá directamente reflejado en una mejor y más rápida atención de los afiliados.

El plan trabaja de forma inmersiva sobre la cultura y percepción de la institución, el ambiente laboral, la capacidad de respuesta y la uniformidad en los mensajes emitidos. Sus bases se asientan en una estrategia puente entre segmentos, por un lado, y de comunicación proactiva por otra. De esta forma presentar información de forma adecuada a cada segmento respetando el entorno y lenguaje en el cual hoy se desenvuelve y desarrolla sus vínculos con la CSS y por otro lado permite facilitar el traspaso y el conocimiento de las herramientas digitales bajo una perspectiva donde el afiliado y empleado se coloca en el centro al momento de tomar decisiones vinculadas con la creación y difusión de contenidos comunicacionales.

Se considera y aconseja, una vez aplicados dichos cambios, evaluar en cada medio correspondiente (redes sociales, sitio web, presencialidad) su impacto mediante encuestas para continuar perfeccionando los puntos que se identifiquen necesarios.

Una estrategia de comunicación efectiva y evolutiva se basa en un proceso continuo de investigación, planificación, comunicación/acción y evaluación, de esta forma retroalimentar las decisiones estratégicas con información relevante que potencie de cara al futuro la presente propuesta.

## ANEXO

### Anexo 1



Figura 1.1. Posteo de instagram de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de <https://www.instagram.com/csssantacruz/?hl=es>



Figura 1.2. Posteo de instagram de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de <https://www.instagram.com/csssantacruz/?hl=es>

## Anexo 2



Figura 2.1. Perfil de whatsapp de Afiliaciones. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.2. Perfil de whatsapp de Afiliaciones. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.





Figura 2.3. Catálogo de whatsapp de Afiliaciones. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.

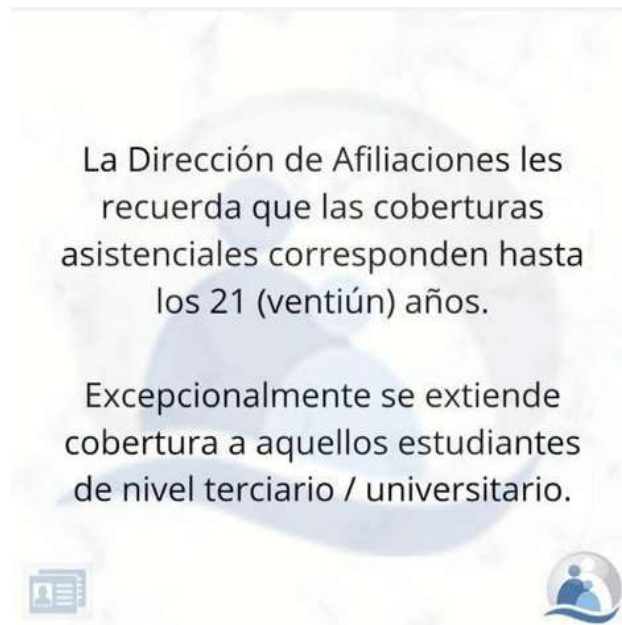


Figura 2.4. Catálogo de whatsapp de Afiliaciones. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.5. Perfil de whatsapp de Auditoría Médica Zona Sur. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.6. Perfil de whatsapp de Auditoría Médica Zona Norte. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.7. Perfil de whatsapp de Derivaciones Zona Sur. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.8. Perfil de whatsapp de Derivaciones Zona Norte. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.9. Perfil de whatsapp de Auditoría Farmacéutica Zona Sur. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.

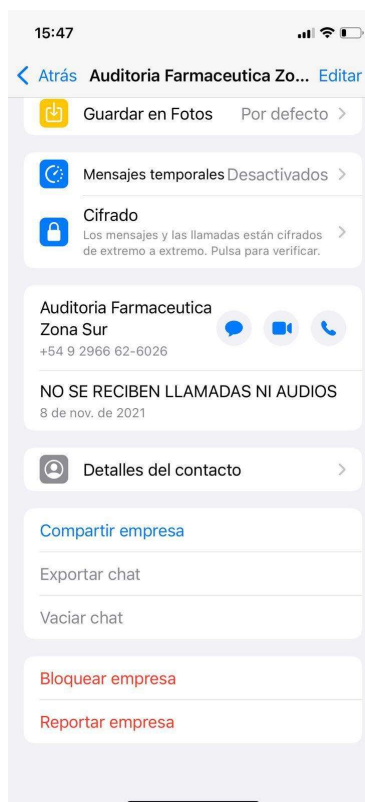


Figura 2.10. Perfil de whatsapp de Auditoría Farmacéutica Zona Sur. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.11. Catálogo de whatsapp de Auditoría Farmacéutica Zona Sur. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.12. Catálogo de whatsapp de Auditoría Farmacéutica Zona Sur. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.13. Perfil de whatsapp de Auditoría Farmacéutica Zona Norte. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.14. Perfil de whatsapp de Bioquímica. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.15. Perfil de whatsapp de Bioquímica. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.



Figura 2.16. Perfil de whatsapp de Convenios Interprovinciales. Recuperado el 26 de abril de 2022 de whatsapp.

**Anexo 3**



Figura 3.1. Pop-up de la versión web de CSS. Recuperado el 4 de mayo de 2022 de [css.gov.ar/](http://css.gov.ar/)



Figura 3.2. Información de contacto de la versión web de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de [css.gov.ar/infoturnos/](http://css.gov.ar/infoturnos/)



## INFORMACIÓN IMPORTANTE

La sede central Río Gallegos de la Caja de Servicios Sociales atenderá sólo de manera remota hasta nuevo aviso debido a la situación epidemiológica actual y sus consecuencias en nuestro personal. La institución recuerda las líneas de atención remota y guardias:

**Servicios Sociales - Guardia**  
2966 449733 [ssriogallegos@hotmail.com](mailto:ssriogallegos@hotmail.com)

**Derivaciones - Guardia**  
2966 343976

**Auditoría Médica**  
2966 748122 [auditoriamedica2021@gmail.com](mailto:auditoriamedica2021@gmail.com)

**Auditoría Farmacéutica**  
2966 626026 [cssfarmaciarg@gmail.com](mailto:cssfarmaciarg@gmail.com)

**Convenios interprovinciales**  
2966 626181 [interprovinciales@css.gov.ar](mailto:interprovinciales@css.gov.ar)

**Afiliaciones**  
2966 639256 [afiliaciones@css.gov.ar](mailto:afiliaciones@css.gov.ar)

**Consultorios Externos**  
2966 645853 [consultorios.css@hotmail.com](mailto:consultorios.css@hotmail.com)

**Auditorías especializadas**

**Fonoaudiológica:** [consultafono@css.gov.ar](mailto:consultafono@css.gov.ar)

**Odontológica:** [cssodontologia736@gmail.com](mailto:cssodontologia736@gmail.com)

**Bioquímica**  
2966 690143

**Reintegros**  
[reintegros@css.gov.ar](mailto:reintegros@css.gov.ar) / [reintegros\\_discapacidad@css.gov.ar](mailto:reintegros_discapacidad@css.gov.ar)

Figura 3.3. Información de contacto de la versión mobile de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de [css.gov.ar/infoturnos/](https://css.gov.ar/infoturnos/)

🏠
Delegaciones

Río Gallegos	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Google</p> <p style="text-align: center;">This page can't load Google Maps correctly.</p> <p style="font-size: 10px;">Do you own this website? <span style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px 5px; margin-left: 10px;">OK</span></p> </div> <p><b>Horario de atención:</b> De 08:30 a 13:00 hs</p> <p><b>Dirección:</b> Centro Cívico L1 (CP 9303)</p>
Capital Federal	
28 de Noviembre	
Río Turbio	
El Calafate	
El Chaltén	
Tres Lagos	
Piedra Buena	
Pto. Santa Cruz	

Figura 3.4. Información de delegaciones de la versión web de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de [css.gov.ar/delegaciones/](https://css.gov.ar/delegaciones/)

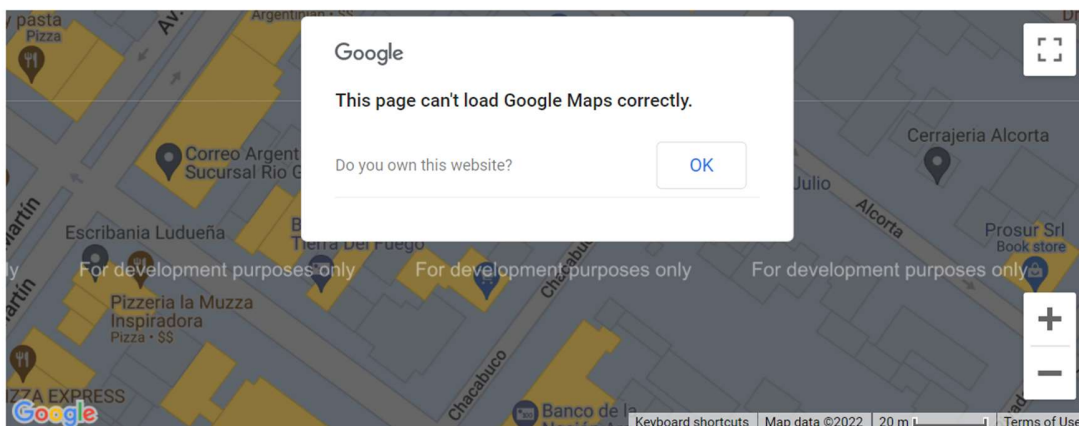


Figura 3.5. Información de contacto de la versión web de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de [css.gov.ar/contacto/](http://css.gov.ar/contacto/)

**Esperamos tu Whatsapp**  
Escribinos de lunes a viernes de 8:30 a 13:30 y agiliza tus trámites

<p><b>Afiliaciones</b> Para saber si sos parte de la obra social, adherir a tu familia, reimprimir tu carnet, asegurarte de tenerla cuando viajes y que lxs estudiantes no pierdan las coberturas. <b>2966 - 639256</b> <a href="mailto:afiliaciones@css.gov.ar">afiliaciones@css.gov.ar</a></p> <p><b>Audioría Médica</b> En esta área evaluarán sistemáticamente cada una de tus solicitudes un equipo de profesionales de salud de acuerdo a la reglamentación de la CSS. <b>Zona Sur 2966 - 748122</b> <b>Zona Norte 297 - 4371240</b></p> <p><b>Derivaciones</b> Para solicitar una derivación cuando no se pueda tratar o controlar tu diagnóstico en tu ciudad, ya sea por falta de profesionales o complejidad adecuada. <b>Zona Sur 2966 - 343976</b> <b>Zona Norte 297 - 4937291</b></p> <p><b>Odontología</b> <a href="mailto:cssodontologia736@gmail.com">cssodontologia736@gmail.com</a></p>	<p><b>Auditoría Farmacéutica</b> Si necesitás autorizar medicación. <b>Zona Sur 2966 - 626026</b> <b>Zona Norte 297 - 6236137</b></p> <p><b>Bioquímica</b> Autorizá estudios de laboratorio. <b>2966 - 690143</b></p> <p><b>Consultorios Externos</b> Gestioná tus turnos con profesionales itinerantes <a href="mailto:consultoriosexternos@css.gov.ar">consultoriosexternos@css.gov.ar</a></p> <p><b>Convenios Interprovinciales</b> Para renovación o solicitud de coberturas a residentes fuera de Santa Cruz. <b>2966 - 626181</b></p> <p><b>Operativa</b> Para gestionar tu documentación en reintegros y expedientes. <a href="mailto:reintegros@css.gov.ar">reintegros@css.gov.ar</a> <a href="mailto:reintegros_discapacidad@css.gov.ar">reintegros_discapacidad@css.gov.ar</a></p> <p><b>Fonoaudiología</b> <a href="mailto:consultasfono@css.gov.ar">consultasfono@css.gov.ar</a></p>
---	--

Figura 3.6. Pop-up de la versión web de CSS. Recuperado el 26 de abril de 2022 de [css.gov.ar/](http://css.gov.ar/)



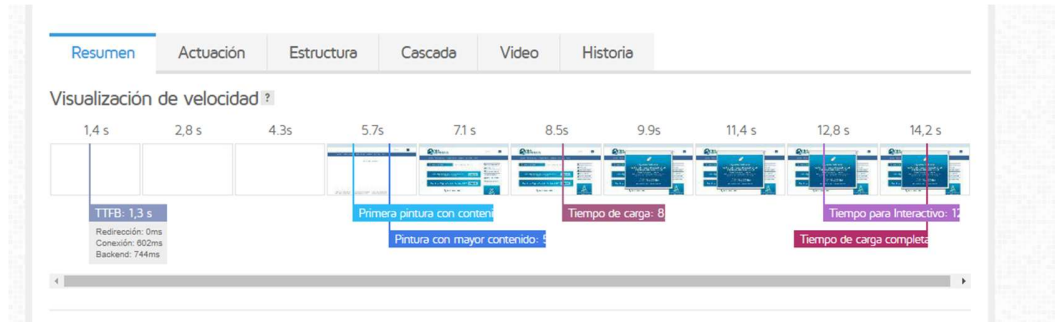


Figura 3.10. Visualización de velocidad para la web css.gov.ar. Herramienta utilizada: GTmatrix.

## Anexo 4



Figura 4.1. Perfil de youtube de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



Figura 4.2. Perfil de facebook de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



Figura 4.3. Perfil de twitter de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



Figura 4.4. Perfil de instagram de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



Figura 4.5. Posteos de instagram de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.





Figura 4.6. Posteo de instagram de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



Figura 4.7. Publicación de youtube de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.



Figura 4.8. Publicación de la web de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.

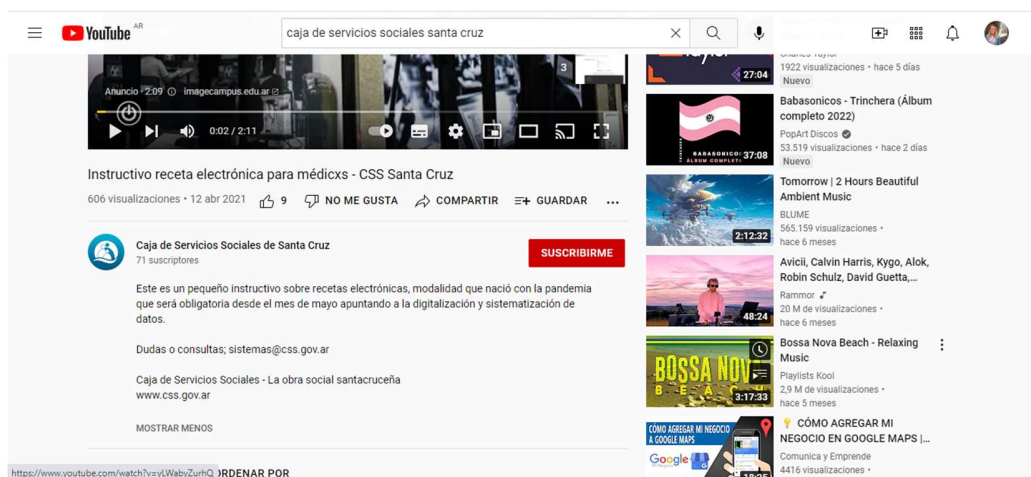


Figura 4.9. Publicación de youtube de CSS. Recuperado el 3 de mayo de 2022.

## **Anexo 5**

### **Cuestionario Afiliados**

Con el objetivo de mejorar la atención, te pedimos que respondas este breve cuestionario que te llevará menos de 3 minutos. Tus respuestas son muy importantes para nosotros.

1. Edad
  - Menos de 21 años
  - De 21 a 26 años
  - De 27 a 35 años
  - De 35 a 44 años
  - + 65 años
  
2. Género
  - Masculino
  - Femenino
  - Otro
  
3. ¿Con cuál Delegación te comunicás con mayor frecuencia para realizar tus trámites?
  - Río Gallegos



- Caleta Olivia
- CABA
- 28 de Noviembre
- Río Turbio
- El Calafate
- El Chaltén
- Tres Lagos
- Piedra Buena
- Pto. Santa Cruz
- Pto. San Julián
- Gdor. Gregores
- Puerto Deseado
- Jaramillo
- Pico Truncado
- Las Heras
- Perito Moreno
- Los Antiguos

4. ¿Cómo te comunicás con nosotros? Elegí la opción que más usás

- Voy en persona a la delegación
- Whatsapp
- Mail
- Redes sociales
- Otro

5. ¿Cuál es el trámite que realizás con mayor frecuencia?

- Auditoría médica
- Derivaciones
- Odontología
- Auditoría farmacéutica
- Bioquímica
- Consultorios externos
- Convenios interprovinciales
- Operativa
- Fonoaudiología

6. ¿Conocés nuestra página web?

- Si
- No

7. ¿Conocés nuestras redes sociales?

- Si
- No

8. Encontrás fácil nuestra información cuando la necesitás?

- Nunca
- A veces
- Siempre

9. ¿Cómo evaluarías nuestra atención? En una escala de 1 a 5 donde 5 es muy bueno y 1 es muy mala.

- 5. Muy buena
- 4. Buena
- 3. Regular

- 2. Mala
- 1. Muy Mala

### 10. Comentarios / sugerencias

Muchas gracias por responder!

Te recordamos nuestra web y redes sociales: [www.css.gov.ar](http://www.css.gov.ar)

Instagram y Facebook: @csssantacruz

## **Anexo 6**

### **Respuestas cuantitativas**

Edad

276 responses

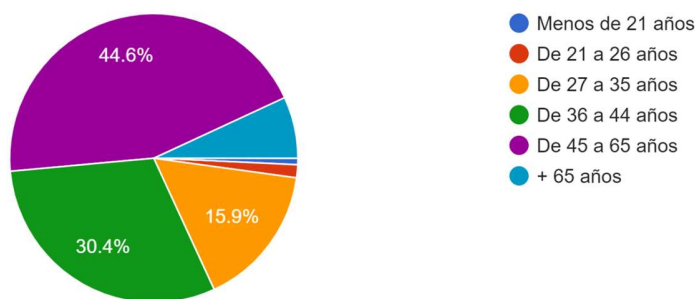


Figura 6.1. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 1 de la encuesta enviada a afiliados

Género

276 responses

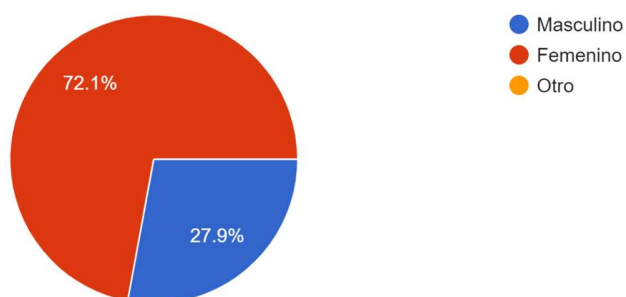


Figura 6.2. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 2 de la encuesta enviada a afiliados

¿Con cuál Delegación te comunicás con mayor frecuencia para realizar tus trámites?

276 responses

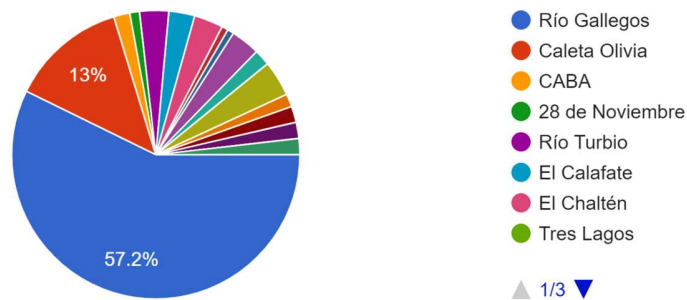


Figura 6.3. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 3 de la encuesta enviada a afiliados

¿Cómo te comunicás con nosotros? Elegí la opción que más usás.

276 responses

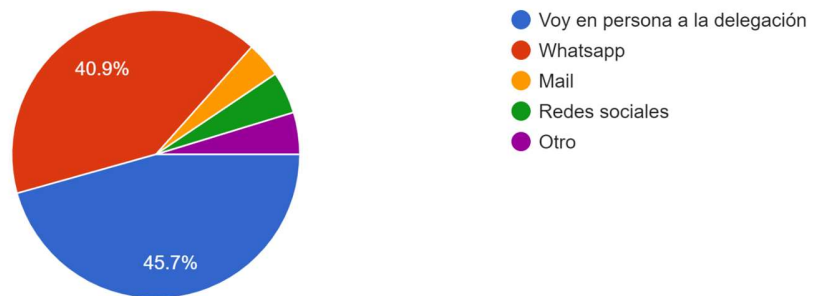


Figura 6.4. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 4 de la encuesta enviada a afiliados

¿Cuál es el trámite que realizás con más frecuencia?

276 responses

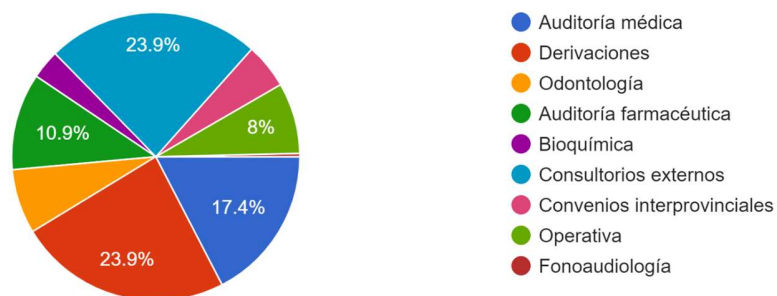


Figura 6.5. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 5 de la encuesta enviada a afiliados

¿Conocés nuestra página web?

276 responses

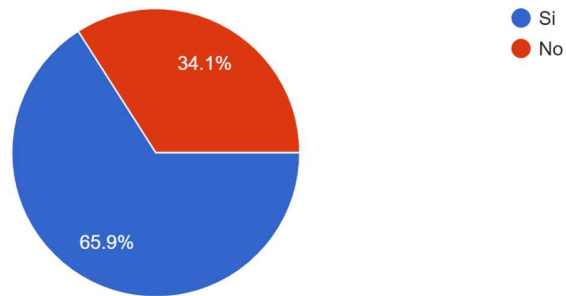


Figura 6.6. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 6 de la encuesta enviada a afiliados

¿Conocés nuestras redes sociales?

276 responses

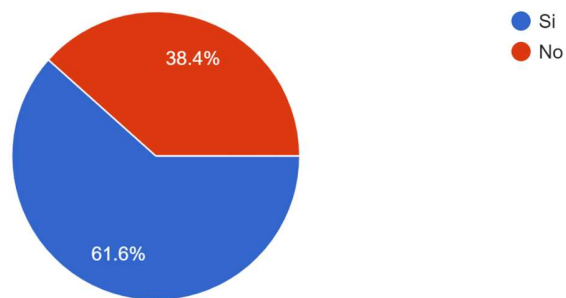


Figura 6.7. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 7 de la encuesta enviada a afiliados

¿Encontrás fácil nuestra información cuando la necesitás?

276 responses

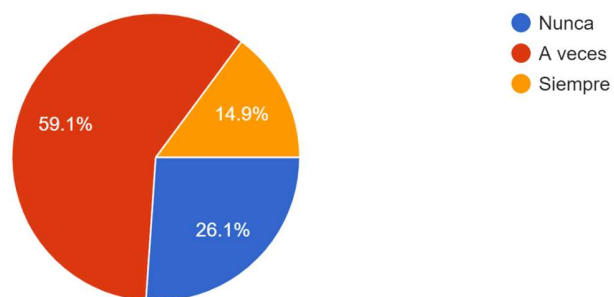


Figura 6.8. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 8 de la encuesta enviada a afiliados

¿Cómo evaluarías nuestra atención? En una escala de 1 a 5 donde 5 es muy bueno y 1 es muy mala.

276 responses

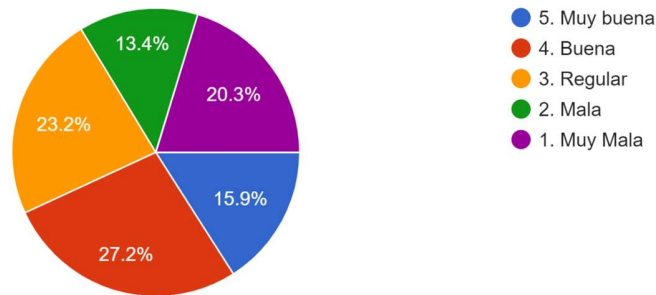


Figura 6.9. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 9 de la encuesta enviada a afiliados

## Anexo 7

### Respuestas a pregunta cualitativa

Pregunta 10: Comentarios / sugerencias

- Que los prestadores que ustedes dicen que trabajan para la caja no humos de sus teléfonos atiende y odontología uno solo atiende nomás .muchas gracias.
- Iviertan y dejen de mirar a otro lado. Las enfermedades no esperan. A veces no dan tiempo!!se han perdido muchas vidas por negligencia de la caja.
- Deben tener más y mejor información
- Preferí x WhatsApp ya que personalmente me atendieron mal ni buen día me dijeron es una pena más cuando se realizan trámites x porblemas de salud
- Te clavan el visto en el WhatsApp no te dan la info completa
- Tener un WhatsApp actualizado para responder rápidamente, que la información sea accesible y fácil de encontrar, que en la web se busque la info que se necesita.
- Mejorar lax condiciones de derivados en bs as..aumento de importe tarjeta alimentos
- no hace poco me acerque y no encontraban la carpeta de la derivacion de mi hijo ..en su momento hoy me comunique via mensajes y me dijeron que ya la encontraron p
- Me parece innecesario que hagan sacar turnos presenciales en los consultorios externos cuando tienen tantas formas (y buenas) de comunicación.
- Fui personalmente a pedir los requisitos para planilla enfermo crónico por diabetes y me dieron otras planillas. Cuando ya tenía todo realizado por el médico envío fotos por WhatsApp. Pasaron semanas y no tenía respuesta. Y resulta que si no fuese por mi insistencia no me enteraba que las planillas no eran las correctas. Fallaron personalmente y por Whatsapp
- hay muchos medicos que estando inscriptos en nuestra obra social cobran un plus que llaman coseguro . Cuando uno les pide un recibo por lo que pago dicen que no lo pueden dar . la

única alternativa que te dejan es ...NO TE ATIENDO .

- Sugerencia, capaciten mejor a su personal, atiende a personas con enfermedades que muchas de ellas necesitan un atención inmediata, muchos de los errores pueden ser evitados si se inculca al personal al atención que se requiere cuando de salud trata. Espero que mis casos sean aislados porque deja mucho que desear su atención. Saludos
- Mala atención presencial. Mala predisposición y las pocas veces que me apersono nunca salí con solución. Ahora pago otra obra social porque me cansaron
- Cuando te contestan un wsapp parece un boot, si preguntas nombre no te contestan mas
- Mejor atención...mejoren los servicios
- No responden en tiempo y forma
- Hay q pedirles por favor q te den una solución y aun así no lo opte es enseguida
- Bs tardes q nos brinden atención médica y de farmacia cuando no vivimos en la provincia, por que descontarnos si lo hacen y eso es una estaf en cubierto y abandono de persona
- Extender el horario de atención como en la mayoría de los entes por la mañana y media tarde.
- Controlar a los prestadores, los afiliados no tenemos la culpa si ellos cobran a des-tiempo
- Espero que cuando conformen el directorio realicen una buena auditoría externa para que alguien los guíe en optimización de recursos, como vienen trabajando no hay caja que aguante.
- Pésimo servicio la obra social es un bodrio.
- Falta compromiso y seriedad de parte de la caja en los reintegros.. pesimo
- Hay mucha espera y no te atienden con mucha educación
- Deberían ampliar cobertura de enfermedad crónica, me cubre solo un medicamento de tres distintos que debo tomar todos los días y me salen caros \$.
- Hola derivación son malas cuando vas a provincia Chubut los hoteles dejan mucho que desear
- es una vergüenza que mi hija pague un arancel de 13 mil pesos por afiliado voluntario, tendría que ser discriminado, los que no son familiares directos un valor y familiar directo otro, aca ponen a todos en la misma bolsa, para eso le conviene una privada que es mas económica, se que esto nunca le van a dar pelota, pero gracias igual
- La atención del personal de la delegación de los antiguos es muy mala no soluciona nada, derivaciones con turnos mal dados no coinciden los horarios que dan con el turno, dan tarde los papeles para confirmar pasajes, muchas veces no consigo lugar para viajar, tardan en sacar derivaciones tengo de mí hijo esperando hace más de 4 años más de hace dos años debo realizar lo mío de nuevo xq se vencieron los plazos ya están autorizadas desde caleta pero acá no sacan turno malísima la atención
- Contesten whatsapp porque sino no sirve que lo pongan como medio de comunicación
- Estaría bueno, que tengan actualizada constantemente la página de prestadores, ya que buscas y te salen algunos profesionales que ya no trabajan con nosotros!!alergistas no hay en la

zona, vienen cada tanto y no te responden el teléfono los sres!!

- Falta mas atencion personalizada por los mayores no saben de las redes sociales
- Que el trato de los administrativos sea mucho mejor
- Nunca tienen respuesta, hace falta cursos de atención al afiliado, falta mas empatía por parte de los empleados y profesionales estos últimos ni bola siempre encerrados en la oficina, todos en general el staff de empleados debieran conocer la norma y reglamentación de la misma, para por lo menos orientar
- Cambien todo el personal cumplan con las prestaciones que requiere cada afiliado, respeten, capacitece, tengan empatia, y hagan lo que corresponde
- Necesitamos más prestadores de odontología ,y endocrinología
- Hay extensa falta de profesionales y de turnos disponibles para los afiliados de la caja. Las prestaciones y gastos que hay que realizar para poder pagar ademas de lo que ya nos descuentan por recibo es el colmo.
- Deben mejorar las prestaciones odontologicas de todas las edades al igual que las oftalmologicas con mas abanicos de opciones para costear vidrios, marcos, tratamientos conductos, implantes, ortodoncia, etc.
- Las derivaciones deberian ser mejor gestionadas, para que los viajes sean cortos y eficaces cuando sea por estudios o consultas.
- Espero que todos los comentarios de los afiliados sean escuchados, analizados y puestos en practica.
- Tendria que ser mas agil para agregar personas adherentes, y no te den tantas vueltas que nunca las poder tener a cargo
- La credencial virtual No sirve, atención pesima
- Ningún odontólogo atiende tratamiento de conducto ,tardan meses en devolver el porcentaje,kinesiología privada ,muy pocos ya que nunca hay turnos en el hospt y no menos importante no tiene alquiler de bota ni muletas .con lo cual se puede solicitar tarda 10 días en llega si autorizan y el descuento altísimo
- No te dan bola
- En El Calafate necesitamos profesionales privados que trabajen con la obra social, como odontología, oftalmólogo, etc.
- Nunca pude lograr una asistencia de mi obra Social, hace dos años y medio.y aporto \$20.000 mensual, en pandemia opte por pedir transferencia de aportes sobre Corrientes, presente certificado de domicilio por estar cerrado el puente al Chaco, y me dijeron que cruce el Puente, mi domicilio era Chaco. Pero volvieron a decirme que cruce el Puente, por la Pandemia no se podía cruzar, no me dijeron, le dije que no hay avión sanitario ni helicóptero para cruzar, no me dieron bolilla, le dije que tenía una discapacidad motora, a los que vivimos afuera de la Provincia, nos dejan morir, sin atención medica.
- No estanos de la mejor manera
- A veces viajamos derivados y tenemos que pagar la consulta del médico

- Capacitación para atención a los afiliados por parte de los EMPLEADOS de la institución, de la cual reciben su salario como tales, en virtud de no ser dueños de la misma.
- no hay cobertura en odontología lo que se debería revisar porque es algo primordial para la salud en general
- Deberían cubrir un poco más los medicamentos, y los anticonceptivos TODOS deberían ser al 100% están carísimos... Y empiecen a pagarle a los médicos porque no puede ser que no haya una psicóloga que atienda niños con la caja. Ni hablar de odontopediatras u ortodoncista
- no hay info actualizada sobre prestadores ni buena comunicación sobre beneficios y formas de acceder a ellos o referente a los trámites que se deben realizar
- No sirve para nada.
- Sugiero ampliar el porcentaje que cubre los medicamentos y a su vez la cantidad de doctores que trabajan por la caja. El descuento que se realiza por mes amerita tal petición. Gracias.
- No dan respuestas
- Es excesivo el costo y no cubre absolutamente nada.
- Desde el año pasado pedí mi derivación para turno con un corneólogo y hasta ahora nunca tuve respuesta, quisiera saber cuantos años más debo esperar la derivación, hay un total silencio por parte de la obra social. Espero tener alguna vez una respuesta, esta obra social tiene muchísimas falencias.
- Von lo que descuentan se podría estar mejor..derivaciones en colectivos rotos . Hopedajes de cuarta...todos se tiene que pagar porque la caja no reconoce nada...donde esta la plata de los afiliados? Y lomoror que no se puede hacer el traspaso a otra obra social somos rehenes del sistema para financiarles la campaña, la verdad un asco esta obra social
- controlar coseguros de prestadores
- Actualizar contactos,números correos etc, de los profesionales o prestadores.
- Faciliten las cosas
- Por watsap hemos enviados estudios para autorizar y demoran ni te dan las respuestas en pandemia fue terrible la mala atención
- Falta cobertura en Odontología, Odontología infantil, y diferentes especialidades fuera del Hospital zonal, que hay q ir a las 3 de la mañana a hacer fila por un turno. Cada vez q pedís un turno te dan de un mes para otro porque somos de CSS, o dan un solo turno para CSS en algunas especialidades. No hay claridad en los montos q nos cobran los profesionales.
- Hace varios dias estamos gestionando la derivacion de mi padre que fue solicitada en caracter de urgente ,auditoria medica un desastre ,burocracia absoluta y cero empatia con el paciente.Sin contar que jamaz dan la cara y son los empleados quienes por ventanilla te solicitan muchisimos papeles innecesarios. Uno entiende que es una obra social y se dede justificar todo pero es una vergüenza como a cuenta gotas te piden lo que precisaa en una derivación urgente.SIEMPRE FUE LO MISMO
- deberían renovar los convenios con las reparticiones de salud, la css tiene mas afiliados que cualquier otra obra social del pais y no puede ser que no brinde una buena cobertura medica a sus afiliados y a la hora de cubrir los gastos medicos no te cubra nada, siendo la obra social mas grande a nivel nacional es un desastre. si no fuera obligacion que debemos tenes esta obra



social no la eligiria para cubrir la salud de mi familia...

- No se ocupan de las derivaciones ni de los turnos. El alojamiento que otorgan a los derivados de Chalten a El Calafate es malísimo para alguien con dolencias, y la comida son bandejas de cocina ilegal que las hace la señora que limpia y las trae en el baúl de su auto. Sin frío. Horrible
- Un poco de empatía con los afiliados que cubran más porcentaje en lentes marcos etc que las personas que son derivadas las envíen a un hotel en buenas condiciones ya que no van de vacaciones sino por enfermedad y depende el lugar donde lo alojan es deprimente y eso creo empeora estado de salud por algo pagamos una cuota bastante alta que actualicen algunas coberturas que están hace mucho y bueno no me alcanzaría para escribir todo lo que veo mal y tampoco sé si van a leer esto
- No dan repuestas en el caso de los reintegros mandas la información de los reclamos y nadie da repuestas
- Deberían tener más prestaciones particulares ya que contamos con un solo hospital y eso dificulta la atención por la poca cantidad de turnos.
- Ejemplos ginecología, odontología, kinesiología, estimulación temprana y fonaudiología
- Necesitamos más cobertura fuera del hospital. También soy prestadora de la CSS y los montós son una burla para quien da sus servicios y tampoco responden los mail para negociar aranceles
- Hace más de 5 años q solicite derivación para un tratamiento y jamás de los jamaces me lo dieron tuve q viajar x mis propios medios a buenos aires ,y tenía q volver para seguir el tratamiento y no pude x falta de dinero, falta seriedad compromiso y que el dinero q me descuentan me beneficie
- Estoy esperando una derivación de mi hijo, para hacerle un estudio bajo a anestesia , hace como 4 años le isimos el mismo estudio y la derivación tardó 1 año y ahora vamos x al mismo camino.
- Soy obesa, y no puedo acceder al sistema para la bariátrica, ya que debo pagar aparte por la nutricionista y la psicologa, lo que me demandan muchísimo dinero que no puedo pagar. Por favor, incluyan a dichos profesionales para que pueda operarme, estoy desesperada
- Malísima la atención de la sucursal de los antiguos tengo derivaciones del año pasado pedidas urgentes que no me las realizan ya están autorizadas y nada que sacan turno
- Hotel en Perito Moreno para los habitantes de Lago Posadas ,es una VERGÜENZA AÑOS SIN DAR SOLUCIÓN
- Capaciten mas la atencion al publico
- Los planes y pedidos de ortopedia deberian ser presencial es la mejor info q puede tener el afiliado ,porq los msajes no siempre se interpretan como debe ser y el afiliado termina en la obra social
- Para comunicarse y reclamar protesis la verdad que deberían mejorar el afiliado espera meses las prótesis la verdad pésimo deberían mejorar el tema de los expedientes de reintegros igual la verdad se toman demasiado tiempo y el afiliado no tiene el mismo tiempo
- Todas las áreas no manejan el mismos sistema de respuesta inmediata eso dificulta la gestión de cualquier trámite. El registro de prestadores está desactualizado y los teléfonos en su mayoría son personales del prestador, los cuales desconocen que su número está la cartilla .

Debería corroborar que sean los correctos para el afiliado pueda acceder a ellos de forma efectiva y no tener que explicando cosas que no corresponde como lo mencione anteriormente.

- Buenas Noches sugiero que vean dónde mandan a la gente cuando se va derivada, que traten del sector de derivaciones que se fijen en dónde se atiende cada paciente y busque algo cerca, muchos andamos en silla de ruedas o con cansancio para caminar por el mismo problema al corazón no todos los pacientes pueden movilizarse en autobús taxis. Que recorran algunos hoteles tienen cucarachas o chinches. Muchas gracias
- Hola , desde el 28/12/'21 estoy esperando el turno para una resonancia .... Hace menos de dos meses me autorizaron la derivación ..... Pero nada del turno .....
- Sería bueno las auditoras atiendan personalmente al afiliado en Río Gallegos, coordinar los hoteles en las derivaciones que sean acordes a cada derivado y cerca de donde se atienden, que tengan frigobar para medicamentos, que se recorran los hoteles para ver el servicio, se coordinen los turnos en CABA para no estar muchos meses, capacitar al personal en atención al público, crear la planilla de enfermedades poco frecuentes, ser derivados a centros específicos, solucionar los problemas para no llegar a un recurso de amparo, agradecemos a: el de interventor, Néstor Marquéz, Eliana Talone, Oscar de imprenta, quienes siempre nos dan soluciones dentro de sus posibilidades y quienes escuchan al afiliado.
- Capacitar al personal en la atención..en derivación mejorar la coordinación en hoteles , turnos, que el afiliado valla a la clínica u hospital que corresponda por su patología, tener cobertura p' psicólogos ..cardiólogo infartil, Neumonologo infantil,alergista infantil, ortodoncinta ..
- Mejoren atención
- Empiecen de 0 lo q hay es un desastre!!!
- MALISIMA NO TIENEN RESPUESTA NO TIENEN COMPROMISO NI EMPATIA ASIA EL AFILIADO AÑOS TENIENDO CSS MUY POCO LA E USADO AHORA MIS HIJAS ESTAN EN CHUBUT ESTUDIANDO Y NO TIENEN COBERTURA EN NINGUN LABORATORIO NI EN CONSULTORIOS PRIVADOS NI CLINICAS MI HIJA DEBE HACERSE TRATAMIENTO DE CONDUCTO CON ODONTOLOGO Y AL NO TENER COBERTURA DE OBRA SOCIAL DEBE ABONAR \$ 17.500 PESOS TUBO QUE COMPAR REMEDIOS PARA BAJAR INFLAMACIO \$ 3.500 PESOS TODO POR NO TENER COBERTURA EN OTRA PROVINCIA Y YO ESTO LO LLAMO ABANDONO DE PERSONA FALTA A DERECHOS HUMANOS Y DERECHOS DE COBERTURA OBRA SOCIAL POR QUE COBRARME TODOS LOS MESES ME COBRAN RELIGIOSAMENTE MAS DE \$ 4.500 PESOS MENSUAL AL PEDO POR QUE NI PARA QUE MIS HIJAS PUEDAN SER ATENDIDAS COMO CORRESPONDE NI COMPRAR MEDICAMENTOS HOY DEBE PAGAR ENTRE REMEDIOS Y ODONTOLOGO 21.000 PESOS UNA VERGUENZA SALUDOS
- Sugiero control con los derivados, la mayoría hace viajes para otros puntos del país. También controlar convivencia entre derivados y acompañante.
- Vivo en Chubut x razones personales. Hace 5 años sin obra social.no figuro ni como afiliada.nunca un reintegro.espero nuevas autoridades para plantear mi tema.
- La página web brinda información desactualizada y las consultas desde allí no he podido realizarlas (me indica ""error"" y no me permite enviar el mensaje de consulta). Las leyendas ante algún error en la carga de datos, aparece en inglés.
- A LOS JUBILADOS NOS CUESTA USAR LA CREDENCIAL DIGITAL
- Más empatía con el interior , a veces tardan mucho en darnos respuestas

- Es la primera vez que ingreso. No sabía que había forma de comunicarme con CSS. En el pueblo la situación es cercana. Ahora cuando debes llegar a Río Gallegos o cuando te derivan fuera de la provincia la situación es de una soledad impresionante.
- Se necesita la especialidad de optometria
- Que se acorten los plazos en derivaciones nuevas
- En la parte de derivación siempre es el problema
- Los sanatorios a donde son derivados los pacientes deberían ser supervisados, ya que es mucho lo que nos descuentan cada mes, como para tener una atención tan poco profesional. Por otra parte, con todo el descuento que recibimos aún los convenios, no contemplan la comida. Qué hace una persona con largos tratamientos en una ciudad y con pocos insumos. Los asesores a cargo de la caja de la localidad, son los que deberían asesorar, informar, y colaborar facilitando los trámites, no el paciente estar pidiendo información extra porque no tienen idea de nada. Deben estar en el lugar de trabajo en el horario que está pautado. Para concluir, deberían haber agentes en las ciudades que colaboren con las dudas de las personas que vienen de tan lejos. Los trámites son muchos y la soledad en la que uno se encuentra con el extra de estar viviendo una situación compleja con algún familiar, desmoralizan a cualquiera.
- Mala atención y mal servicios para los afiliados que encima te obligan a pagar no puedes cambiarte de obra social una cagada
- Cuesta mucho conseguir derivaciones y si son consultas con Médicos privados te cobran coseguro
- Mejoren la atención al público y que hallan más servicios, como odontología, dermatología, neurología, mastologo, buen traumatólogo y no sino peso. Se paga 100mil pesos para una cirugía porque vienen de Córdoba y no hay aparatos para la cirugía. Vergüenza
- Una de las que me atiende, tiene pésima predisposición y atención.
- El afiliado no tendría que pagarle a los médicos un coseguro ni tener que esperar respuesta de urgencias cuando tiene una derivación de urgencia porque la salud es todo hay muchas cosas que cambiar como afiliados estamos pagando por un buen servicio que no tenemos cada vez es peor tener que estar afiliado a un servicio de salud incompetentes que no se preocupan por sus afiliados y no tenemos soluciones
- Hace más de 20 días estoy derivada con mi hija en capital federal a la espera de un turno del cual se supone que ya tendría que estar, solo veníamos a un estudio médico y seguimos dando vueltas en esta ciudad rogando por un turno, mi hija tiene 5 años. Cero empatía hacia los pacientes, lo único que me responden es que tenga paciencia, que más paciencia puedo llegar a tener, espere dos meses la derivación y ahora sigo esperando un turno para el bendito estudio médico al cual se supone que veníamos. Por favor tomense en serio la salud de sus afiliados es una vergüenza!!!!!!
- Si teníamos que seguir esperando podríamos haberlo echo en nuestro hogar no acá, con todo el gasto que esto implica no solo monetario y si no también mental. Es lamentable."
- me gustaria y creo que os afiliados merecemos que la Caja se ponga al dia con los profesionales de la salud asi nos podemos atender, dado que practicamente nadie atiende por la obra social a causa de la deuda que mantienen
- Nada funciona, falta de respeto
- Cambiar a la persona que atiende hace un montón de tiempo se llama Nancy y detiene todos

los trámites

- En el Calafate no hay odontología privado que trabajen con css y en el hospital solo hacen extracciones
- mejorar en forma urgente la calidad de atención al público, informar con detalle los servicios que brinda la obra social y los que no brinda, cuando vamos a buscar soluciones siempre nos encontramos con más problemas de los que tenemos y en cuanto a esta pregunta ¿Cuál es el trámite que realizás con más frecuencia? utilizo con frecuencia más de un servicio ya sea por mis padres que son adultos mayores o por discapacidad de mi hijo mayor, falta muchísimo, ¿que pasa con los coseguros que son tan elevados en algunas especialidades para atenderse, y más cuando son por discapacidad o adulto mayor?
- Me roco sacar turno con médico clínico me cobran 500
- Muchas trabas
- LAS RESPUESTAS POR WASSAP NO LLEGAN O LLEGAN DESPUES DE VARIOS DIAS EN DERIVACIONES. EN LOS OTROS SECTORES SIN DIFICULTAD.
- Sugiero por la presente mejorar el sistema en relación a las recetas digitales, ya que al ingresar los datos del afiliado se encuentra los datos, pero al querer abrir la receta se tilda dicho programa, demorando la atención del mismo.
- Buenas tardes. Quisiera saber que urgencia son válidas para reintegro. Una atención de odontólogo con factura que dice URGENCIA no es válido??? Quisiera saber. Gracias
- Soy jubilada de la Pcia de Santa Cruz por haber sido caja otorgante. Resido en Chubut desde hace 12 años, donde ejercí como docente.
- NO tengo cobertura.
- Envié una nota al Sr. Interventor en el mes de mayo, solicitando una solución. Aún no tengo respuesta.
- Estoy SIN OBRA SOCIAL.
- Me expresaron en varias oportunidades que estaban trabajando para realizar un convenio con profesionales médicos en la ciudad de Trelew (lo que resolvería en forma parcial la situación, dado que vivo - desde hace 12 años- en la ciudad de Puerto Madryn.
- Estoy acumulando facturas de médicos a los que debo acudir porque espero que al menos me sean reintegrados los gastos.
- Solicito por favor ser recibida por una autoridad de la CSS cuando vaya a la ciudad de Río Gallegos, en el mes de octubre.
- Espero que alguien se haga eco de la extrema necesidad que vivo, soy paciente crónica (síndrome metabólico: hipertensión e hipercolesterolemia) además por contar con antecedentes familiares de cáncer, realizo dos consultas anuales (mamografía y ecografía mamaria).
- Por la atención al presente pedido que reitero desde el mes de mayo, agradezco de antemano.
- Los únicos que responden son la gente del messenger, lo demás nunca saben nada, dan miles de vueltas y me siento como que tuviera que rogarles cuando la salud es un derecho.

- Hola en la pagina no se puede buscar los prestadores, No hay una seccion de denuncias prestadores que cobran coseguros mas elevados y no hay informacion sobre la ley de obesidad para la cirugia bariatrica es LEY NACIONAL OBESIDAD
- Por fv hagan algo respecto a los jubilados q viven en otra provincia. Ej.Chubut.vergonzozo
- se facilita mucho mejor que ir hasta la central a buscar infomacion, algnos tramites estaria bien poderse hacer por via web por ejemplo el de transito.-
- En MARZO envíe mail para anteojos y todavía estoy esperando
- Los turnos para profesionales que vienen de Buenos Aires deberían darlos por WhatsApp, como era antes, sin necesidad de ir al hospital un domingo a la mañana, tal como fue este último mes.
- Mejoren las prestaciones. Siguen restando beneficios y lo están adaptando al pmo. Es injusto
- Deben mejorar muchísimas cosas, pero sobre todo en la atención en CABA, no solucionan nada hacen la estadía del derivado muchísimo más estresante. Mejoren pronto y sean más empáticos. Y no se tiren la pelota entre delegaciones
- Tendrían que ver el sector de derivación y cuando viaja con un menor tendrían que reconocer al segundo acompañante aún que sea el 50 por ciento por que aveces son minore y no pode sola
- El cuestionario debería tener más de una opción como respuesta ,en muchas oportunidades las respuestas se complican ,por la fallas en la comunicación interna.
- La atención presencial requiere muchos ajustes y debe ser de excelencia,para el afiliado q trae consigo un problema de salud.
- Excelente y pronta solución.
- Excelente atención las chicas del whatsapp
- Las auditoras deben reforzar muchísimo la comunicacion con afiliados y ser mas predispuestas ya que para eso les pagan.
- Muy eficiente atención por parte de las empleadas que atienden el WhatsApp
- Buena atención
- Muy conforme con la atención
- Sin comentarios
- Tendrian que fijarse el tema de hoteles y comida cuando nos derivan a otra localidad(gallegos) para eso nos descuentan y los setvicios son pesimosss
- K no cobren el coseguro tan elevado
- Mejorar la presencia de los agentes
- Que haya más otorrinaringologo que atiendan con la Caja.
- La verdad es que estoy muy mal porque tengo a mí esposo que es paciente diabético y también es paciente oncológico y en primer lugar por diabetes se tiene que medir 4 veces al día

siempre...lógicamente si sacamos la cuenta al medirse la glucemia todos los días 4 veces nos da un resultado de 120 tiritas (siempre y cuando no venga ninguna fallada).. y solo me autorizan al 100x ciento 2 cajas de 50 tiritas al mes...cuando pido que me autorizen más no lo hacen..debo pagar al 100 x ciento el resto.....lo mismo pasa con las agujas.....y por ser paciente oncológico se realiza sesiones de quimioterapia en Caleta Olivia (nosotros somos de puerto san Julián) y solicito siempre con un lapso de treinta días la medicación..y no es posible que llegue a tiempo...ensima como debo mandar los reclamos por wassap me contestan re mal y me dan el número de la droguería para que yo llame y reclame...al consultar me entero que si ya la hubieran pedido en un lapso de 72 horas estaría acá la medicación ...para esto tengo que cambiar los turnos sabiendo que las sesiones se deben realizar en fecha como te lo recomiendan los oncólogos para que puedan verse los resultados

- acelerar la entrega de medicación a enfermos crónicos gracias!
- Agilicen los trámites para reintegros por discapacidad y pagos a profesionales
- Faltaría reforzar más la parte de autorizaciones, de derivaciones y que las auditoras atiendan personalmente ya que mandan aún empleado y el pobre va y viene sin poder hablar directamente con las auditoras y así evitar aglomeración de gente con horas de espera por una autorización
- me encanta poder googlear mis dudas , sigan asi
- En general fue muy buena siempre. Hoy denuncie ante esta CSS vía Instagram y WhatsApp que han violado la confidencialidad. Una sit horrible y denigrante. Se han disculpado y he recibido con mucho gusto esas disculpas. La persona responsable se ha puesto a mi disposición. Muchas gracias
- Deberi haber turnos más urgentes para derivados
- En el whatsapp no te dan ni bola siempre te patean
- En la delegación de picó truncado no hay buena atención al público
- Es muy lenta la atención. Sugerencia la encuesta podría dar más de una opción. Controlar más los coseguros de las atenciones médicas.
- No hay variedad de prestadores. Necesito neurólogo .. y dentista.
- Mejorar la atención a los pacientes oncológico
- Bajen la cuota del coseguro. Es casi lo mismo que pagar la consulta sin la obra social y hay muy pocos medicos que trabajen con la css
- Sr necesitaría medio contacto, reintegro y tesorería
- Me gustaria que den la posibilidad a desafiliacion... nunca la ocupo. Y cuando la necesito debo desembolsillar fortunas porque nada funciona. Prefiero pagar algo a mi eleccion y mas económico
- no puedo bajar la App en el celular, cual sería la direccion para esto ?. saludos cordiales

## **Anexo 8**

### **Cuestionario Interno CSS**

Con el objetivo de mejorar la atención y la forma de trabajo dentro de la CSS, te pedimos que respondas este breve cuestionario que te llevará menos de 3 minutos. Tus respuestas se utilizarán para aportar las herramientas necesarias que faciliten el trabajo diario y la resolución de casos.

1. ¿En cuál Delegación trabajás?
  - Río Gallegos
  - Caleta Olivia
  - CABA
  - 28 de Noviembre
  - Río Turbio
  - El Calafate
  - El Chaltén
  - Tres Lagos
  - Piedra Buena
  - Pto. Santa Cruz
  - Pto. San Julián
  - Gdor. Gregores
  - Puerto Deseado
  - Jaramillo
  - Pico Truncado
  - Las Heras
  - Perito Moreno
  - Los Antiguos
  
2. ¿Por qué medios le brindás atención a los afiliados?
  - Atención personal en la delegación
  - Whatsapp
  - Mail
  - Redes sociales
  - Otro
  
3. ¿Cuáles son los trámites que atendés con mayor frecuencia?
  - Afiliaciones
  - Auditoría médica
  - Derivaciones

- Odontología
- Auditoría farmacéutica
- Bioquímica
- Consultorios externos
- Convenios interprovinciales
- Operativa
- Fonoaudiología

4. ¿Cuáles son los trámites que suelen generar mayor conflicto con los afiliados?
- Afiliaciones
  - Auditoría médica
  - Derivaciones
  - Odontología
  - Auditoría farmacéutica
  - Bioquímica
  - Consultorios externos
  - Convenios interprovinciales
  - Operativa
  - Fonoaudiología

Pregunta abierta:

5. De los arriba mencionados, ¿podrás detallar las principales quejas/reclamos que recibís?
6. ¿Tenés todas las herramientas necesarias para hacer tu trabajo?
- Si
  - No
7. ¿Tenés la suficiente información para realizar tus tareas eficazmente?
- Si
  - No
8. Si te encontrás con un problema o una situación inusual o de otra área ¿sabes a dónde acudir para encontrar una solución?
- Si
  - No
9. ¿Crees que existe una comunicación fluida entre áreas?
- Si
  - No
10. ¿Considerás que los afiliados están informados sobre los servicios de la CSS?
- Si
  - No
11. En una escala de 1 a 5 donde 5 corresponde a muy buenos y 1 a muy malos, ¿qué puntaje crees le colocan los afiliados a los servicios brindados por la CSS?
- 5. Muy buenos
  - 4. Buenos
  - 3. Regular
  - 2. Malos
  - 1. Muy malos

Muchas gracias por responder!



## Anexo 9

### Respuestas cuantitativas

¿En cuál Delegación trabajás?

66 respuestas

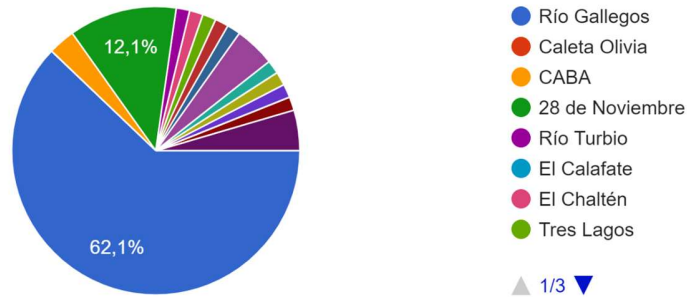


Figura 9.1. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 1 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

¿Por qué medios le brindás atención a los afiliados?

66 respuestas

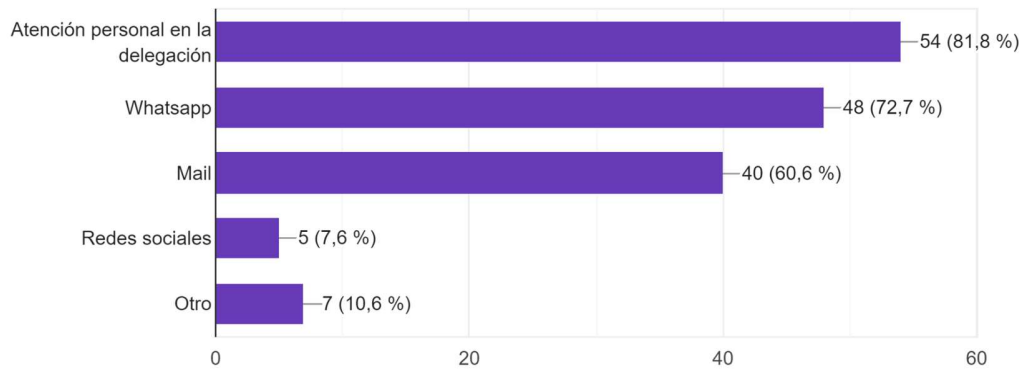


Figura 9.2. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 2 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

### ¿Cuáles son los trámites que atendés con mayor frecuencia?

66 respuestas

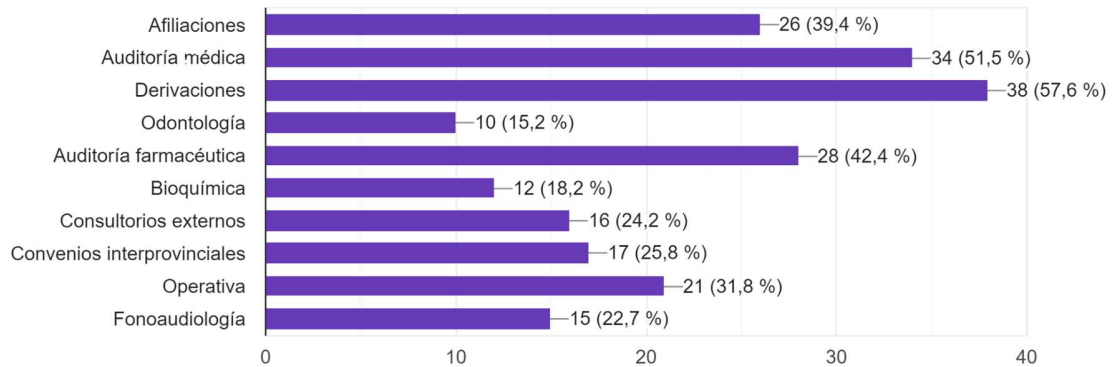


Figura 9.3. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 3 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

### ¿Cuáles son los trámites que suelen generar mayor conflicto con los afiliados?

66 respuestas

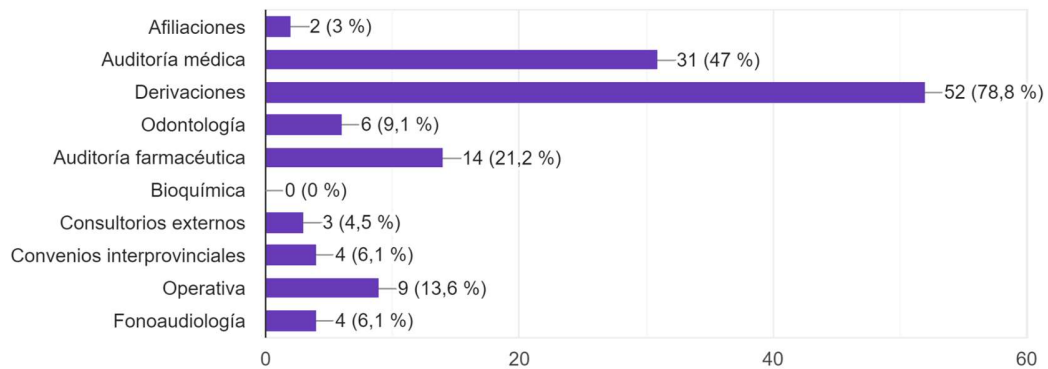


Figura 9.4. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 4 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

### ¿Tenés todas las herramientas necesarias para hacer tu trabajo?

66 respuestas

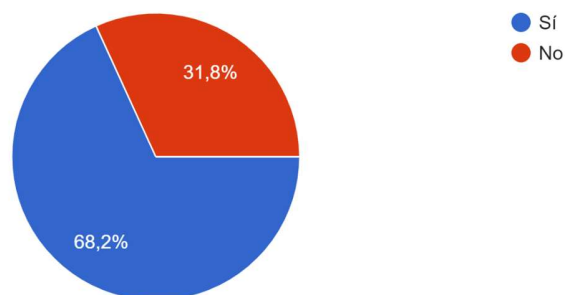


Figura 9.5. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 6 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

atención al público de la CSS

¿Tenés la suficiente información para realizar tus tareas eficazmente?  
66 respuestas

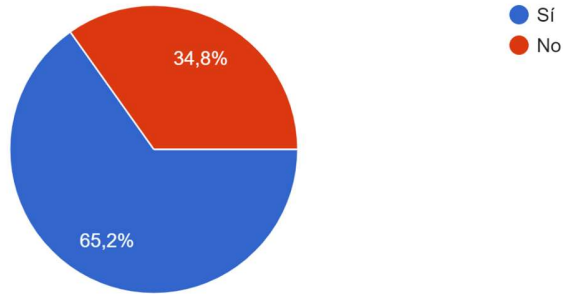


Figura 9.6. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 7 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

Si te encontrás con un problema o una situación inusual o de otra área ¿sabes adónde acudir para encontrar una solución?  
66 respuestas

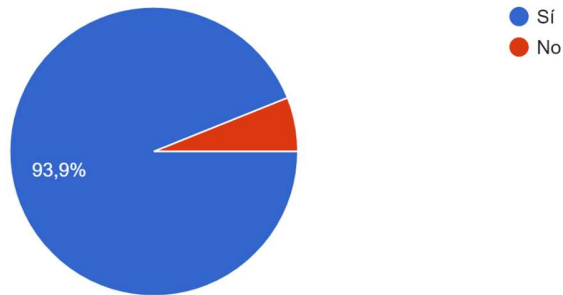


Figura 9.7. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 8 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

¿Crees que existe una comunicación fluida entre áreas?  
66 respuestas

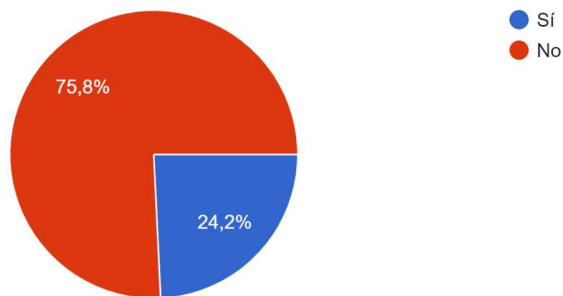


Figura 9.8. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 7 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

¿Consideras que los afiliados están informados sobre los servicios de la CSS?

66 respuestas

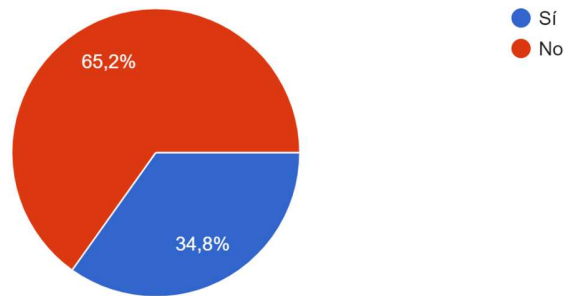


Figura 9.9. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 8 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

En una escala de 1 a 5 donde 5 corresponde a muy buenos y 1 a muy malos, ¿qué puntaje crees le colocan los afiliados a los servicios brindados por la CSS?

66 respuestas

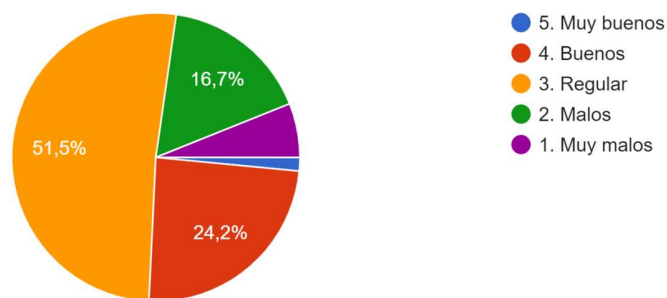


Figura 9.10. Cuadro porcentual de respuesta a la pregunta 9 de la encuesta enviada a empleados de atención al público de la CSS

## **Anexo 10**

### **Respuestas cualitativas (35)**

Pregunta 5: ¿Podrás detallar las principales quejas/reclamos que recibís?

- La tardanza en las derivaciones y turnos
- La demora en los trámites y la falta de respuesta de las áreas ante una consulta por teléfono o mail.
- muchos protocolos y poco RESPUESTAS
- Demora en pagos de reintegros y pedido de documentación innecesaria. Poca información con respecto a las derivaciones, turnos, pasajes, etc...
- La demora en la adquisición de turnos-
- Que no confirman hotel antes de viajar, que no sacan turnos en tiempo y forma en cempenta, samic,

garrahan como así también una vez autorizada la derivación la dejan sin pedir turno y se vencen los pedidos .

- derivaciones: los afiliados dicen que son mal derivados y que tardan mucho en salir las derivaciones. reintegros/operativa: no es circuito que sea comodo y agil para los afiliados, solicitan mayor cantidad de prestadores
- demora en el inicio del tramite, repuesta ante un rechazo del auditoria medica
- FALTA DE PAGOS, NO REALIZAN DERIVACIONES A TIEMPO
- la falta de respuesta rápida a las consultas presentadas o las autorizaciones, se desconocen los profesionales que se cuenta en la provincia o los estudios que se realizan , por lo que se estan con demoras de mas de un mes para dar respuestas a turno o lugares donde se realizan las consultas.
- que informan mal al afiliado
- DISPONIBILIDAD DE HOTEL, Y DISPONIBILIDAD DE HORARIO DEL SPORTMAN QUE SOLO TENEMOS DE PTO DESEADO A OTRAS LOCALIDADES UN SOLO HORARIO DE IDA 17:30 Y DE REGRESO POR EJEMPLO DE CALETA 14:20. POR LO CUAL DOY UN EJEMPLO.
- SI OTORGO UN TURNO EN CALETA OLIVIA AL AFILIADO LO TENGO QUE DERIVAR UN DIA ANTES Y POR ESA RAZON YA DEBO DARLE 2 DIAS DE HOTEL. Y SI EL TURNO ES POR LA TARDE (15:00) TENGO QUE DARLE 3 DIAS DE HOTEL, UN DIA ANTES, EL DIA DEL TURNO Y AL OTRO DIA PARA REGRESAR PORQUE SOLO HAY UN SOLO HORARIO DISPONIBLE. QUE LAMENTABLEMENTE NO SON ACCESIBLES."
- datos no cargados en sistema de los afiliados sobre enfermedades cronicas
- Cuando los afiliados presentan tardes las derivaciones y no se llega con las autorizaciones o cuando los profesionales los dan turnos a largo plazo .
- la tardanza en autorizar las Derivaciones la mayoría de las veces se van sin derivación
- No responde nadie por los medios que utilizan y nos suelen llamar
- Problemas en farmacia!
- Falta de prestadores, demoras en los pagos y reintegros
- autorizacion de derivaciones, problemas en la farmacia al ir a comprar medicacion.
- Con derivaciones el inconveniente es la autorización de las derivaciones, como los destinos, acompañantes, y la verificación del medico a la hora de evaluar. La condicion o hc del afiliado. Si es psiquiatrico siempre necesitaria el acompañante asi valla a realizarse una TAC .
- Con respecto a odontologia la falta de prestaciones, en privado y en los hospi y cic imposible conseguir turnos. Muchos reclamos por falta de cobertura en ortodoncia. Prácticamente el afiliado debe pagar todo.
- Derivaciones, es mucha la demanda solicitada al no tener médicos en la localidad
- Que tardan mucho tiempo los turnos
- Derivación porque no sale a tiempo
- cobertura de medicación
- Demoras en las autorizaciones

- Derivaciones
- La mayor queja es que no atienden el teléfono. Esto según los afiliados.
- Dedicación al explicar los motivos por el cual no se autoriza la derivación o porque se pide algo mas antes de autorizar la misma. Muchas veces el afiliado necesita que se le explique bien las cosas para tranquilidad, ya que cada uno percibe con distinta sensibilidad la patología por la cual debe ser derivado. Para agregar una problematica, que no se menciona arriba, y se reciben muchas quejas es la falta de especialidades. Neurología, psicología y psiquiatría son los mas consultados. Mayor cobertura en oftalmología y odontología.
- Buenos días el inconveniente es Derivaciones Yo estoy en Atenc al público y la queja más usual es la informacion que se le dan en el Box 6 de deriv usas y venidas x vuelo por bouch etc
- Demora en las respuestas en los trámites, poca disponibilidad de turnos ,falta de profesionales,
- Desde el sector derivación las respuesta a los pedidos de autorización de derivacuones no son rápidos ,aveces aut sin acompañante o a otro destino, es otro problema y suplicar que por favor realicen los cambio en las autorizaciones , muchas veces ni contestan a los pedidos lo que provoca q el afiliado se moleste y cambie un turno o tng que irse y reclamar personalmente x su deriv
- la cobertura o la falta de ella en cuanto a los convenios con otras provincias. En materia de derivaciones la negativa de las mismas, o la demora en brindar informacion al respecto turnos, hoteles pasajes etc
- el prestador cobra en forma particular con altos costos
- Ninguno de arriba lo que genera mayor conflictos con los afiliados es la falta de comunicacion entre los directivos y personal que atendemos a los afiliados, no nos informan los cambios de cobertura, baja de prestadores, las cosas que estan y no nomencadas, etc,.. entonces a la hora de poder darle una solucion rapida y eficaz al afiliado se nos hace super dificil porque no estamos al tanto de nada somos los ultimos en enterarnos todo. Soy rocio tranojo en auditoria medica .
- Fallas de gestión en turnos. Falta personal en atención al público, la firma de transmitir mensajes, confusión en la información brindada
- La principal queja es la información incorrecta brindada por el agente que atiende al afiliado en las 3 áreas, también la cobertura en caso de discapacidad y derivaciones. En auditoria es el tiempo de respuesta.
- La demora
- Derivaciones
- Prestaciones y coberturas
- Los reclamos tienen que ver con el tiempo que lleva auditar indicaciones medicas
- En derivaciones hay mucha falta de información, desde el sector dicen que les falta gente y los afiliados dicen que no saben que fecha viajan, se quejan de la demora, de la condicion de los hoteles, de la info respecto a las direcciones y turnos. En odontologia la falta de profesionales y prestaciones. En operativa la demora en los reintegros, considerando que el afiliado debe para el servicio y despues realizar un engorroso proceso administrativo para recuperar una pequeña parte del dinero.
- TURNO, CONFIRMACIÓN DE HOTELES A ULTIMO MOMENTO, NO SE ACTIVA TARJETA ALIMENTARIA, DEMORAS ALTA PASAJES CABA
- no cargan los planes, ni saben que planillas entregar a los afiliados o que documentación solicitarle. CABA de buenos aires, no contesta los mails. Caleta firma las planillas y no carga nada en el sistema, ni siquiera evalúa el tratamiento.

- Problemas en farmacia y no tenemos perfil de consulta para ver que en que se excende o porque se caen las cobertura, la farmacia local muchas veces no tiene lo solicitado y piden cambiar la receta, que despues no pasa y quizas es un viernes y no tienen solucion hasta el lunes o martes.
- Demora de turnos y de confirmación de hotel y de altas
- La falta de respuesta y el tiempo de demora. Más la NO comunicación entre las áreas.
- la falta de respuesta por parte del personal, sobre los trámites de los afiliados.
- Reintegros
- no contamos con prestador
- BUROCRACIA
- tiempos de respuesta
- Muchas veces no hay lugar en los hoteles de CO o no autorizan a realizar estudios a CR cuando los medicos no reciben las imagenes de CO
- que siempre quieren más y siempre autorizan más
- En el caso de afiliaciones donde no se le puede dar de altas a nuevos municipales.
- En el caso de derivacion a no tener especialis en la localidad es mucha la demanda de derivacion
- Y en farmacia cuando la medicación de alto costo no llega a tiempo.
- Con respecto al sector afiliaciones los reclamos son de los empleados municipales a los que se le realizan los descuentos pero no pueden hacer uso de la Obra Social.
- En el sector Derivaciones los reclamos estan relacionados con la plaza hotelera, muy limitada.
- DERIVACIONES Y AUDITORIA MEDICA, FALTA DE PERSONAL Y CONGRUENCIA EN LOS TRAMITES, DE ATENCION, ETC.
- quejas por derivaciones: las derivaciones tardan o no se deriva a quien solicito el medico tratante. reintegros por la falta de prestadores
- cobro indebido por parte de los prestadores
- derivaciones y también de informes
- La cantidad de requisitos que se lee piden
- La falta de respuesta
- COBERTURAS DEL ACOMPAÑANTE, DEMORAS DE TURNOS QUE SON AJENOS A LA DELEGACION DEPENDIENDO DE LOS CENTROS Y O ESPECIALISTAS A LOS CUALES SE DERIVAN.- EN CUANTO A FARMACIA CON COBERTURAS DEL 70% UNA VEZ INGRESADO A PLAN CRONICO, AFILIADO RECLAMA COBERTURA AL 70, PENSANDO QUE UNA VEZ INGRESADO A CRONICO TIENE EL DERECHO DE COBERTURA AL 70 Y SE LE EXPLICA QUE NO TODA LA MEDICACION QUE UTILIZAN LE CORRESPONDERIA AL 70 ..
- transportes para derivados, ya que no ingresan a la localidad
- falta de prestadores

- QUE NO LES DAN RTAS CLARAS

Nota: Estan disponibles las respuestas en formato Excel y cada uno de los formularios que fueron respondidos.

## Hoja de Ruta - cronograma sugerido anual

	2023											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic
<b>ACCIÓN</b>												
<b>Determinar canales de comunicación formales internos</b>												
Relevar la cantidad de mails y whatsapps existentes	■	■										
Adaptar mails y whatsapp existentes al formato adecuado			■	■								
Crear los mails necesarios			■	■								
Solicitar las líneas de whatsapp necesarias			■	■								
Determina un canal área o persona para consulta de temas				■								
Elaborar un documento integral				■	■							
Difundir el documento					■	■						
<b>Crear un manual de inducción interno</b>												
Relevar informacion y redactar	■	■										
Diseño de manual			■	■								
Coordinar reuniones con distintas áreas para su presentación					■	■						
<b>Fortalecer vínculos internos</b>												
Relevar carteleras existentes	■	■										
Relevar espacios para colocar carteleras/LEDs	■	■										
Definir línea editorial de carteleras y períodos de actualización		■										
Relevar base de datos de empleados			■	■	■							
Actualizar base de datos					■	■	■					
Definir línea editorial de newsletter interna		■										
Planificar envíos de newsletter interno		■	■									
Reuniones de equipos				■	■	■	■	■	■	■	■	■
Medir resultados y feedback					■	■	■	■	■	■	■	■
<b>Generar conocimiento de canales digitales</b>												
Planificar contenido digital a difundir	■	■										
Planificar contenido físico a difundir	■	■										
Diseño de historias, posteos, folletería para difundir			■	■								
Revisar base de datos de afiliados		■	■	■								
Determinar procedimiento de actualización de base de datos				■	■	■	■	■	■	■	■	■
Crear listas de difusión segmentadas				■	■							
Programar campañas de mailing					■	■	■	■	■	■	■	■
Programar campañas de whatsapp					■	■	■	■	■	■	■	■
Asignar y capacitar personal para educación/asistencia en espacios físicos					■	■						
Medir resultados de dicho personal						■	■	■	■	■	■	■
<b>Optimizar contenido y lograr mayor alcance</b>												
Crear manual de redacciones textuales	■											
Crear lineamientos para piezas visuales	■											





- Se obtuvo un gran alcance geográfico de participación. Entre otros, Río Gallegos con una participación del 54%, Caleta Olivia 14% y C.A.B.A. 10%. A continuación se detallan cantidad de participantes por lugar geográfico en cada curso:

a) Curso Derivaciones, 18/10 al 13/12 – 91 participantes en total:-

- 5 de 28 de Nov
- 10 de CABA
- 12 de Caleta Olivia
- 3 de El Chaltén
- 1 Gob Gregores
- 2 Jaramillo
- 1 Las Heras
- 1 Los Antiguos
- 5 Perito Moreno
- 46 Rio Gallegos
- 4 Rio Turbio
- 1 Tres Lagos

b) Segunda Opinión, 27/10 al 3/12 – 98 participantes en total:-

- 2 de 28 Nov
- 9 de CABA
- 14 de Caleta Olivia
- 3 de El Chaltén
- 2 de Gob Gregores
- 2 de Jaramillo
- 1 de Las Heras
- 2 de Perito Moreno
- 2 de Pico Truncado
- 2 de Puerto San Julián
- 55 de Rio Gallegos
- 2 de Rio Turbio
- 2 de Tres Lagos

b) Atención al Beneficiario/a, 24/10 al 16/12 - 98 participantes en total:

- 2 de 28 de Nov.
- 9 de CABA
- 13 de Caleta Olivia
- 4 de El Chaltén
- 2 de Gob Gregores
- 2 de Jaramillo
- 2 de Las Heras
- 2 de Perito Moreno
- 2 de Pico Truncado
- 1 de Puerto San Julián
- 55 de Rio Gallegos
- 3 de Rio Turbio
- 1 de Tres Lagos

- El entusiasmo se fue incrementando a medida que se avanzó en la implementación de cada temática. Los participantes, en los tres cursos, expresaron de una u otra

forma (en foros, en las clases sincrónicas y/o por medio de las actividades propuestas) el agradecimiento por las capacitaciones brindadas y la necesidad de continuar fortaleciéndose en sus competencias para brindar un servicio de mayor calidad en la Institución. – ver **anexo 1** Ejemplo de intercambio en foro\_campus-participación y agradecimientos-

- Los manuales obtuvieron un elevado grado de aceptación. A medida que se avanzó en las capacitaciones y en las interacciones con los expertos de UNTREF, los participantes comenzaron a valorar cada vez más estos recursos para poder ordenar y mejorar la gestión del servicio brindado por la Institución, y para poder desempeñarse mejor cada uno desde su rol. En dichas interacciones, los participantes graficaban casos representando desde su rol lo significativo de poder contar con los manuales para poder esclarecer y unificar criterios de actuación entre pares y entre los distintos estamentos de la Institución– ver **anexo 2** Ejemplo de intercambio en foro\_campus- valoración manuales, extracto-
- Se logró relevar diferentes inquietudes y opiniones de los participantes, y paralelamente comenzar a construir conjuntamente con los mismos un camino de mejora progresiva.

### **3.3. Respeto de la atención al beneficiario/a**

#### **3.3.3 Reuniones con responsables de la atención a beneficiarios/as**

Reuniones mantenidas en el período:

Cabe destacar que la comunicación e intercambio con la Directora de Capacitación, Sra Claudia Almonacid, responsable del sector ha sido permanente desde su asignación al cargo a lo largo del desarrollo de las actividades. Su aporte en la gestión de las actividades desde la Caja de Servicios Sociales de la Provincia de Santa Cruz ha sido muy significativo para el logro de los alcances esperados. Los temas de intercambio han sido diversos, desde la organización y avances en la inscripción, gestión de resolución de accesos al campus, seguimiento de actividades y reporte de opiniones de los participantes, entre otras. A continuación se destaca una de las reuniones mantenidas por meet.

**Fecha: 26-11-22**

**Modalidad:** Virtual

**Participantes:**

Sra. Claudia Almonacid- Directora de capacitación de la CSS Pcia de Sta Cruz  
Sra . Susana Diosquez- Equipo UNTREF  
Arq. Fabiana Di Santo- Equipo UNTREF

**Objetivo:**

- Realizar un seguimiento y evaluación de los avances de los cursos, en especial de Atención al Beneficiario/a.
- Intercambiar aspectos relacionados a las opiniones de los participantes que van surgiendo en las capacitaciones, específicamente en el curso Atención al Beneficiario/a.

### **Desarrollo:**

Durante la reunión se trataron aspectos relacionados al Programa del Curso Atención al Beneficiario/a – ver **anexo 3** Programa Curso Atención al beneficiario/ria. Se compartieron opiniones e inquietudes de los participantes y, fundamentalmente, se socializaron los avances sobre las actividades que los mismos fueron realizando en el curso de referencia.

La Directora de Capacitación de la CSS de la Pcia de Sta Cruz, Sra. Claudia Almonacid, durante la reunión mantenida expresó su apoyo a las actividades y por otra parte la intención de continuar promoviendo estas acciones desde la Institución.

### **3.3.2.Preparación de recursos pedagógicos.**

Se adjuntan los recursos pedagógicos del Curso Atención al beneficiario/a – **ver anexo 4 a 9-**

Aclaración: durante las jornadas del curso Atención al beneficiario/ria se brindó un espacio a los expertos de UNTREF que trabajaron en la elaboración de la APP para que comentaran a los participantes el potencial impacto sobre sus actividades en la inminente aplicación de la misma- ver **anexo 7** \_ Presentación de la APP- . Cabe destacar que los participantes demostraron mucho entusiasmo y orgullo Institucional en poder avanzar en la aplicación de estas tecnologías.- Por otra parte, la jornada de evaluación final del curso de Atención al beneficiario/ria, se implementó conjuntamente con el cierre del curso Segunda Opinión Médica, por tanto también se anexa dicha presentación-Ver **anexo 9-** TP cierre Segunda Opinión- Compartir este cierre, permitió incrementar el intercambio entre experiencias y opiniones de los participantes, gestionar el conocimiento, y por ende, un mayor enriquecimiento en las reflexiones finales.

### **3.3.3. Apoyo en la articulación de la metodología de enseñanza-aprendizaje.**

De la misma manera que en los otros cursos brindados en el Programa, se contó con un primer módulo llamado “familiarización con la plataforma”. También, en el mismo, los participantes contaron con “el manual del alumno” y un tutorial de explicación del funcionamiento de la plataforma, las aulas, accesos y recursos disponibles para la interacción con los docentes (material que no difiere de los ya informados en reportes previos presentados al CFI, por tanto no se adjuntan nuevamente). Los docentes realizaron seguimiento de las inquietudes formuladas por los participantes en forma continua.

Tal como sucedió en los otros cursos, durante el primer encuentro sincrónico, además de la temática específica del curso, se explicó el funcionamiento de la plataforma, la

metodología de enseñanza- aprendizaje propuesta. Posteriormente, en los demás encuentros, se fue relevando las inquietudes de los participantes para facilitarles un mayor aprovechamiento de los recursos y uso de la plataforma.

### **3.3.5. Implementación del curso.**

El curso inició y se desarrolló en tiempo y forma acordada con la Dirección de capacitación de la Institución (respetando el período vacacional de los empleados). Durante los encuentros se mantuvieron los siguientes objetivos, que los y las participantes logren:

- Reflexionar sobre su propia experiencia en el sector atención al beneficiario/as
- Fortalecerse en técnicas de comunicación para aplicar en su tarea diaria.
- Impulsar mejoras para dar respuestas óptimas a las necesidades de los beneficiarios y de las beneficiarias y además,
- Contribuir en el fortalecimiento de la Institución.

Cada módulo, más allá de las temáticas propuestas, contaba con dinámicas de reflexión y una actividad final que se desarrollaba por medio de la herramienta “foro” en plataforma. En el primer módulo: “Fundamentos de la atención al beneficiario”, se propuso realizar un FODA, actividad que entusiasmo mucho a los participantes – ver **anexo 10-** ejemplo de trabajo FODA Participantes- . En el segundo módulo, “Necesidades de los beneficiarios”, se propuso como actividad final reflexionar sobre la Visión, la Misión y los Valores de la organización, que también motivó a la participación tanto en foro como en posteriores encuentros sincrónicos – ver **anexo 11-** ejemplos intercambios en foro sobre VMV-. En el tercer módulo: “Los problemas en la atención”, se propuso analizar la estructura del plan de comunicación propuesto por los especialistas de UNTREF y que, a partir de dicho análisis y de la experiencia de los participantes, los mismos propongan mejoras en los problemas detectados – ver **anexo 12-** ejemplo de actividad Análisis del Plan de comunicación- El módulo 4, Evaluación de los usuarios, permitió retomar temas, integrar conceptos y avanzar sobre una síntesis conceptual. Paralelamente, y tal como se mencionó precedentemente, con el aporte de los expertos de UNTREF que desarrollaron la APP, y mediante un encuentro sincrónico, se reflexionó sobre potenciales mejoras en cuanto a la satisfacción de los usuarios que podrían surgir a partir de la aplicación de dicha herramienta (la APP) y el impacto, tanto en la atención al beneficiario/ria como a la Institución en general. – ver **anexo 7**, Presentación Jornada especial APP-

El último encuentro, se compartió con participantes y docentes de otros cursos, fundamentalmente del curso Segunda Opinión. Se impartieron dinámicas de reflexión conjunta sobre el curso en general, los beneficios de los manuales y de todo lo tratado en

las jornadas previas. – ver **anexo 8 y 9** respectivamente: Presentación 5to encuentro Atención al Beneficiario/ria, evaluación final, y también, Trabajo práctico segunda opinión, Evaluación final.-

#### **3.3.4.1- Reflexiones finales sobre las actividades de capacitación:**

A pesar de las dificultades iniciales señaladas en informes previos, relacionadas a cambios organizacionales de la Institución beneficiaria y además, relacionadas a un cierto rechazo a cambios, las capacitaciones brindadas lograron cumplir con los objetivos planteados, generaron mucho entusiasmo en los participantes y permitieron reflexionar permanentemente sobre la realidad de la Institución y posibles mejoras a lograr sistémicamente, entendiendo la oportunidad de este Programa como un puntapié inicial de crecimiento. Los recursos brindados por los docentes fueron altamente valorados. La APP generó muchas expectativas, cierto orgullo por la Institución y el esfuerzo de emprender estos cambios.

Durante todas las actividades, se notó el compromiso de los participantes con la Institución en el profundo “sentido de pertenencia” que los impulsó a señalar aspectos favorables de la Institución pero también, constructivamente, aspectos a mejorar que estaban en la línea con lo propuesto por los expertos de UNTREF.

Se sugiere continuar con acciones de capacitación de forma sistémica para continuar fortaleciendo al personal y por ende a la Institución en pos de lograr una mayor calidad y calidez en el servicio brindado, tan necesario en todas, pero fundamentalmente, en este tipo de actividades.

#### **Productos y tareas informadas previamente.**

##### **Anexo 2- Informe de avance III**

- 4.1 En el uso de manuales de procedimiento para el seguimiento y control de las derivaciones
  - 4.1.1 Preparacion de recursos pedagógicos
  - 4.1.2 Apoyo en la articulación de la metodologica de enseñanza y aprendizaje
  - 4.1.3 Implementacion del curso
- 4.2 En la utilización del manual de procedimientos en segunda opinión medica
  - 4.2.1 Preparacion de recursos pedagógicos
  - 4.2.2 Apoyo en la articulación de la metodologica de enseñanza y aprendizaje.

#### 4.3 Respecto de la atención del afiliado

4.3.1 Reuniones con responsables de atención al afiliado

4.3.2 Preparación de recursos pedagógicos. Informe de Avance

4.3.3 Apoyo en la articulación de la metodología de enseñanza. Informe de Avance

### 4. Desarrollo e implementación de una aplicación informática

#### A) Análisis y desarrollo sobre APP de trámites de la Caja de Seguridad Social (CSS)

El objetivo de este proyecto desde su inicio fue brindar una herramienta informática que permita mejorar la interacción con el afiliado en términos de la gestión de trámites, sirviendo a futuro como fuente de indicadores que permitan la toma de decisiones, y mejorar la calidad y el desempeño de los usuarios de la CSS.

Durante la primera etapa se realizó un **cuestionario inicial** para conocer la situación de infraestructura, procesos y afiliados. Esto sentó las bases para la etapa de análisis y diseño.

Con la información recabada se modeló una primera versión de la **base de datos**. También junto con manual de marcas realizamos los primeros **bocetos de las pantallas** que posteriormente se iban a desarrollar.

Se realizaron algunas investigaciones como **la validación de los datos del usuario** a través del RENAPER. Pero más adelante en el proyecto la caja desestimó la utilización de este método.

En una segunda etapa se realizaron mejoras en cuanto al diseño de las pantallas de la **APP** y se desarrollaron las primeras instancias de la **API** (interfaz programable que hace de nexo entre la base de datos y todas las herramientas que utilizan los usuarios y afiliados), con funcionalidades básicas que permitieron sentar las bases para los desarrolladores del **backoffice** (aplicación web que utilizan los administradores para parametrizar todas las estructuras de datos y los usuarios para gestionar los trámites) y de la **aplicación móvil**.

Una vez finalizada esta instancia, se comenzó con la programación de la **APP móvil**.

En base a estimaciones y datos respecto a la cantidad de afiliados y de trámites generados mensualmente se entregaron los requerimientos mínimos viables de hardware para los **servidores de homologación y de producción**.

En lo que se refiere a la tercera etapa del proyecto se finalizó el desarrollo del **módulo de autenticación** (ingreso al sistema), con las condiciones de seguridad planeadas en conjunto con la CSS.

Se desarrollaron las primeras funcionalidades del trámite estas permiten la generación y el bloqueo y observación del mismo, integrando por primera vez la **API** con el **backoffice** y la **APP**. Al mismo tiempo, se comenzó el desarrollo de los **AMBs** (Alta, modificación y baja) de paramétricas más simples.

Hubo actualización de versiones tecnologías que permitieron mejorar la seguridad y performance general de la **API**. Se avanzó de **laravel 7 a 9** (programa que se encarga de gestionar la API).

Se realizaron diagramas que permiten un entendimiento por el personal técnico de la CSS, tales como el **diagrama de entidad relación** (esquema que refleja las tablas y los contenidos de cada una en la base de datos), **diagrama de arquitectura** (la ruta de entrada y salida de datos y el paso entre tecnologías), **lista de tecnologías, roadmap** (plan de trabajo con los hitos más importantes) **y los casos de uso** (diagrama simplificado por cada rol del sistema se indican las acciones posibles que tendrán dentro del sistema).

En el trayecto identificado como cuarta etapa del proyecto se finalizó el desarrollo del núcleo de **Módulo de gestión de trámites en el backoffice** y en ese marco fue donde se obtuvo acceso a los **servidores de homologación** y se instalaron y configuraron todas las tecnologías requeridas para realizar los despliegues.

Se desarrolló el **hub** (centro de distribución) del backoffice para una eficiente navegación dentro del sitio y se programó el núcleo de auditoría agregándole algunos AMBs faltantes. Asimismo, se agregó al **backoffice** la validación de perfiles, para que cada usuario pueda interactuar sólo dentro de su límite de acción.

En esta instancia el equipo de programación realizó una primera **demo técnica** mostrándole a la gerencia de informática de la CSS -representada por Cesar Caucaman- un panorama actual de ese entonces en cuanto a desarrollo. El referente del área demostró conformidad con lo expuesto.

Hacia el final de este proceso el equipo se dedicó al desarrollo de los **módulos de notificaciones** y de **logueo**. La primera envía emails y notificaciones internas, tanto a usuarios de la CSS como a afiliados. Mientras que la segunda nutre al módulo de auditoría



de cada interacción que se quiera dejar registrada en el sistema. así también herramientas que permitan la visualización de los **logs** (registro).

Se realizaron reuniones con Ángel Guzmán, coordinador del proyecto designado por la **CSS** desde junio de 2022 a febrero de 2023. En cada una de ellas se fueron contemplando las tareas del plan de trabajo y los sprints acordados en las reuniones previas; se utilizó la plataforma de funciones Trello donde agregando funciones asignadas y ajustes que se fueron llevando en conjunto con la **CSS**. A partir de un trabajo en equipo durante más de 10 meses más el asesoramiento de Ángel Guzmán se realizaron ajustes en la **experiencia de usuario** siendo ejemplos la **visualización general** y la **navegación**, como también la **normalización de mensajes, fuentes y tamaños, botones y títulos**.

Se mantuvieron pruebas durante cada revisión semanal en las que se fueron efectuando ajustes y hallando errores de programación, hasta que se logró tener una versión estable tanto del **backoffice** como de la **aplicación**. Se configuró un **servidor de producción** para un eventual despliegue (puesta en marcha del sistema).

## **B) Transferencia de conocimiento**

Al determinar que la interfaz de usuario (todos los elementos visuales como colores, fuentes, botones, etc) no iba a sufrir más modificaciones y las funcionalidades eran las finales, se dispuso a realizar los manuales para el usuario. Así también, se generaron 3 videos para capacitaciones, uno para cada rol (Usuarios, Afiliados, Administradores, DevOps e Infraestructura) actividad que se realizó con la participación de directivos de la CSS más empleados de las siguientes áreas: dirección de asistencia al afiliado, dirección de atención virtual, jurisdicción y tránsitos, asistencia administrativa y las delegaciones de Perito Moreno, 28 de noviembre, Gobernador Gregores, Puerto San Julián, Pico Truncado y Piedra Buena.

A la fecha hemos recopilado toda la documentación requerida para la entrega final del sistema como ser instructivos, video tutoriales, diagramas, código fuente e instalables de la **APP** tanto para **Android** como para **IOS**.

**En conclusión**, se ha trabajado en este proyecto a lo largo de todo un año con reuniones semanales y una comunicación fluida entre el equipo de programación y la CSS. En cada uno de los procesos se focalizó en poder brindar una herramienta tecnológica eficiente,

que ante todo cumpla con los requerimientos solicitados, buscando **reducir** tiempos de proceso de gestión; la necesidad de trasladarse de los afiliados tanto para la generación del trámite como para su subsanación; el consumo de papel; el tiempo en asistencias, y el factor de error humano. Además de permitir un seguimiento de trámites ágil; la organización de tareas diarias y la coordinación con otras áreas y la inmutabilidad de los procesos (estos sólo cambiarán cuando se desee, lo que no generará malas interpretaciones). Por último, **unifica** los medios de comunicación y permite la recolección de indicadores para advertir falencias en la toma de decisiones.

Ahora la **CSS** cuenta con una plataforma flexible, que les dejará gestionar cualquier trámite que surja a través del tiempo y que permita el cumplimiento de todas las normativas vigentes, así como las que aparezcan eventualmente.

Asimismo queda sentado un entorno tecnológico moderno con el cual se podrá conseguir fácilmente recursos en el mercado que permitan llevar a cabo ampliaciones, mejoras y adaptaciones, dejando de cara al futuro una gran posibilidad de crecimiento.

C) **Entregables mencionados:**

[https://drive.google.com/drive/folders/1ht\\_3M7\\_1hJd8v6y2ebCXOyplk7ovdWzF?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/1ht_3M7_1hJd8v6y2ebCXOyplk7ovdWzF?usp=sharing)

**Video tutoriales:**

**Afiliado**

[https://youtu.be/xZns\\_0PQL-s](https://youtu.be/xZns_0PQL-s)

**Usuario**

<https://youtu.be/yIM7HIQbOF8>

**Administrador**

<https://youtu.be/4rxALc0cjg4>

## **ANEXOS PDF**

**Anexo 1 a 12 – Complementarios del ítem 3- Programa de capacitación destinado al personal de la Institución-**

**Anexos- Correspondientes a los informes de avance del presente Programa.**

**Informe de avance I**

**Informe de avance II**

**Informe de avance III**

[Foros](#) > [Categoría](#) > Tema de debate**F.O.D.A\_ pautas y actividad****Fabiana Disanto** - 29/10/2022 16:38

Estimados y estimadas, en el archivo adjunto en PDF encontrarán las pautas para realizar la actividad F.O.D.A. También, les facilitamos un archivo en word para que puedan completar dicha actividad. Quedamos a disposición por cualquier duda al respecto. Equipo UNTREF Virtual

---

adjunto

---

## Debate

**ANTONELLA MATUS** - 12/12/2022 23:18

Buenas noches, adjunto trabajo F.O.D.A en archivo Word

Saludos

---

adjunto

---

responder

**Fabiana Disanto** - 15/12/2022 11:37

Hola Antonella. Cómo estás?. Muy buen trabajo!. Es interesante ver las cuestiones que señalaste, por un lado comunes a las señaladas por otros compañeros y compañeras y por otro lado, cuestiones complementarias. Adelante!. A continuar reflexionado y alimentando este camino de fortalecimiento.-

Saludos!

Fabiana

responder



**CARLOS OYARZUN** - 24/11/2022 21:42

Buenas noches y disculpen las demoras. Formamos un grupo de trabajo y empleamos el material guía para la actividad de diagnostico F.O.D.A. Lo hemos adjuntado. Fue elaborado en base a nuestras consideraciones en conjunto. Esperamos que el mismo sirva de punto de partida para mejorar, y si es posible mejorarlo; esta para debatirlo y ampliarlo.

Saludos.

adjunto

responder



**Virginia Leonor Aguilar** - 24/11/2022 22:30

Buenas noches estimados! dentro de todo lo leído y conversado Carlos fue el que plasmo con palabras y tipeo el trabajo, aunando ideas de todas en el grupo. GRACIAS CARLOS!!!

responder



**Fabiana Disanto** - 27/11/2022 11:46

Hola Carlos y equipo de la CSS de la Pcia de Sta Cruz. Han realizado un muy buen trabajo !.

Con el ánimo de que puedan continuar fortaleciéndose y reflexionando en equipo, les dejo algunas consideraciones a continuación:

- Si bien todo lo que han expresado es válido y muy enriquecedor, conforme a la metodología propuesta "F.O.D.A", algunas de las reflexiones requieren ser reclasificadas. Por tal razón, les recuerdo y siguiente:
- La herramienta propone la mirada hacia adentro de la Organización (revisando las fortalezas y las debilidades, esto lo han expresado correctamente) y una mirada también sobre el contexto (hacia afuera de la Organización), aquello que puede impactar (favorable o desfavorablemente) en la CSS de la Pcia de Sta Cruz pero que está por fuera de la misma (oportunidades y amenazas).
- En éste último caso (mirada sobre el contexto), han expresado bastante bien las oportunidades, (de hecho han señalado los avances tecnológicos..que realmente posibilitan oportunidades para la CSS), de

alguna manera el impacto de este Programa que se viene implementando desde UNTREF (Entidad externa a la CSS de Sta Cruz), ha comenzado a impulsar con mayor fuerza, la necesidad de capacitar en los distintos sectores (tal como señalaron), etc.

- Respecto a las amenazas (que también es la mirada hacia afuera de la Organización), mayormente lo que han señalado son "debilidades"...cuestiones inherentes a la propia Organización y el personal que la compone. En este sentido, les pido que hagan el esfuerzo de reclasificarlas (agregarlas en la matriz junto a las otras "debilidades" que han señalado como tales) y reflexionar nuevamente sobre posibles amenazas (cuestiones externas a la Organización) ej: ante una derivación, y en caso de corresponder, no conseguir hospedaje o posibilidad de traslado para los afiliados (por alguna circunstancia particular, algún evento imprevisto que ocupa plazas de hospedaje y de traslado más de lo habitual); o, según lo que han señalado Ustedes mismos en algunos encuentros que mantuvimos, otro ejemplo podría ser la percepción que, desde otras entidades tienen sobre algunas prácticas o estudios que se realizan desde la CSS y que ello conlleva a la repetición de los mismos (con todo lo que ello implica); la caída de algún acuerdo con otra entidad que posibilita las derivaciones, etc.

En definitiva, tendrían que revisar el concepto de "amenazas" dentro de la metodología F.O.D.A (lo demás esta ok!). Espero que estos comentarios les sirvan para avanzar. De todas formas, en el próximo encuentro retomamos este tema y lo conversamos por si quedan dudas.

Saludos cordiales y buen comienzo de semana!

Fabiana.

responder



**Virginia Leonor Aguilar** - 29/11/2022 11:32

Muchas gracias!!!

responder



**Fabiana Disanto** - 30/11/2022 21:29

Hola. Por nada Virginia!. Adelante!. Saludos cordiales. Fabiana

responder



**CARLOS OYARZUN** - 12/12/2022 00:05

Buenas noches: Disculpen toda esta demora, haciendo caso a la devolución previa, y reestructurando los planteos anteriores; se envía al foro una versión corregida de la actividad F.O.D.A. Esperamos que complete las observancias realizadas, y hayamos mejorado en los análisis.

Saludos

-----  
adjunto  
-----

responder



**Fabiana Disanto** - 15/12/2022 11:31

Hola Carlos y equipo. Cómo están?. Muy buen trabajo!. Ojalá sirva para continuar reflexionando y los impulse a continuar creciendo!. Adelante!.-

Fabiana

responder



**Virginia Leonor Aguilar** - 09/11/2022 14:50

buenas tardes! en caso de no poder realizar el trabajo grupal, se puede realizar de manera individual?

responder



**Fabiana Disanto** - 09/11/2022 16:48

Hola Virginia, cómo estás?. Esta actividad (el F.O.D.A), particularmente es más enriquecedora si se realiza en equipo, es un trabajo colaborativo. Por ello se sugiere hacerla en equipo. Si no podés identificar a ningún compañero y/o compañera en el aula para realizarla conjuntamente, te sugiero que hagas un punteo de tu visión sobre cada uno de los aspectos que conforman el F.O.D.A.(ver apunte y pautas), el viernes 11\_11\_22 a las 18.30hs es el 2do encuentro sincrónico, compartiremos entre todos los avances y abordaremos otros temas y actividades.-

Adelante!

Cordialmente!

Fabiana

[responder](#)**Virginia Leonor Aguilar** - 09/11/2022 17:35

Genial! buenisimo ..muchisimas gracias!!

[responder](#)**Fabiana Disanto** - 11/11/2022 08:58

Hola Virginia. De nada!. Saludos cordiales.

Fabiana

[responder](#)**Fabiana Disanto** - 29/10/2022 16:42

Estimados y estimadas, complementando el PDF con las pautas para la actividad F.O.D.A, les adjuntamos un Word, para que puedan completar dicha actividad. Comenzamos a trabajar!. Cordialmente. Equipo UNTREF Virtual

-----  
adjunto  
-----

[responder](#)



[Foros](#) > [Categoría](#) > Tema de debate**TRABAJO PRACTICO 22/11/22****Fabiana Disanto** - 27/11/2022 10:50

Estimados y Estimadas: Esperamos que se encuentren muy bien. En el adjunto, les recordamos las preguntas sobre las cuales se trabajó en el 3er encuentro sincrónico. A partir de las mismas, esperamos reunir también por este medio sus valiosos aportes. Los leemos, adelante!. Gracias!  
Cordialmente- Equipo UNTREF Virtual-

---

adjunto

---

**Debate****CARLOS OYARZUN** - 04/12/2022 19:23

Buenas noches: he tratado de hacer un compilado de lo que se conversó en el 3er encuentro sincrónico, respecto a las preguntas desarrolladas, y aportar un poco más de información sobre algunos puntos. Por supuesto, mi punto de vista es el de un empleado que no realiza tareas en el sector de derivaciones:

1. ¿Crees que el uso del manual de procedimiento de derivaciones es útil en tu trabajo diario?

Actualmente, no se cuenta con un manual; pero la implementación de uno tendría una utilidad significativa, ya que apuntaría a un mejor desarrollo de los procedimientos de derivaciones, permitiría gestionar mejor la documentación sensible involucrada, acortaría los tiempos de respuesta debido a la burocracia del organismo, y así se podría continuar, destacando más puntos a favor.

2. ¿Qué propones para mejorar la herramienta manual de procedimiento de derivaciones?

Como dato, las reglamentaciones anteriores habían homologado las actas de derivación, como así también las hojas de seguimiento y los resúmenes médicos de egreso. Surgido del encuentro, una mejora imprescindible es su correspondiente actualización y que mantenga una constante dinámica por cambios debido a nuevas reglamentaciones que pudieran surgir.

3. Haciendo referencia a su experiencia en la obra social, ¿Por qué razón, considera usted, que los especialistas a los cuáles se derivan los afiliados con estudios realizados en su lugar de origen, vuelven a realizarlos en la zona o prestador del médico receptor de derivación?

Según mi experiencia, no solo por trabajar en la obra social, sino por tramitar la derivación de mi progenitora; las razones no son claras a nuestro entender. Solo podemos sacar conjeturas como:

- Algunos centros asistenciales de mayor complejidad pueden llegar a manejar un alto estándar médico respecto a los estudios previos.
- Por responsabilidad o por una desconfianza no declarada, los estudios no son considerados como válidos, y vuelven a ser solicitados en determinados lugares.
- Mercantilismo, mayor ganancia por prácticas que podrían no ser necesarias.

4. ¿Qué diferencia hay entre necesidad y demanda? Podrían dar algunos ejemplos.

La necesidad se asemeja a buscar atención sanitaria o demanda. No todas las necesidades de salud se traducen en demanda de atención y, a la inversa, no toda la demanda implica que hay una necesidad de salud detrás. La demanda y el uso de servicios sanitarios se aproximan a las necesidades de salud de la población. La necesidad de salud refleja un juicio de valor prevalente con relación a un problema de salud en el que hay una intervención efectiva. Como ejemplo, puede ser la aparición de una enfermedad infecciosa que impide alguna actividad normal genera una necesidad percibida.

5. ¿Por qué considera que hay tener indicadores de gestión? ¿Cuáles indicadores de gestión considera útil para evaluar el seguimiento y resultados en el procedimiento de derivaciones?

Los indicadores de gestión cuantifican el desarrollo de un proceso, no emplearlos señala desinterés en la estrategia adoptada. Todo lo que se pueda medir, no se puede mejorar.

- Numero de derivaciones: cantidad activa de afiliados derivados (local, regional, interprovincial).
- Tipo de derivación: programada, prioritaria, urgente, autoderivados.
- Tipo de traslado: terrestre (vehículo particular, transporte de línea, ambulancia, etc.), aéreo (vuelo de línea, evacuación sanitaria, etc.).
- Causas de la derivación: consulta o interconsulta especializada, internación menor o prolongada, procedimientos ambulatorios especializados.

Saludos cordiales.

responder



Fabiana Disanto - 05/12/2022 14:38

Hola Carlos!. Gracias por tu permanente participación y aportes.

Saludos cordiales!

Fabiana

responder

**CURSO DE CAPACITACION**  
**PARA EL PERSONAL DE LA CAJA DE SERVICIOS SOCIALES DE SANTA CRUZ**  
**Atención a beneficiarios**

**Introducción:**

El presente curso sobre Atención a Beneficiarios, se implementa en el marco de un acuerdo entre la Caja de Seguridad Social de la Provincia de Santa Cruz –CSS- y la Universidad Nacional de Tres de Febrero con recursos financiados por el Consejo Federal de Inversiones -CFI-

El programa de trabajo incluye la capacitación del personal perteneciente a Gerencia de Prestaciones y Gerencia Operativa y es el resultado de un proceso previo de relevamiento y diagnóstico sobre las necesidades de fortalecimiento de la CSS que incluyó varios ejes de estudio, entre los cuales se encuentran las acciones de capacitación de la CSS

**Objetivo:**

Que los participantes:

- adquieran herramientas para mejorar la atención a los beneficiarios (por vía telefónica, personal o escrita),
- fortalezcan técnicas de comunicación para empatizar con los usuarios, y
- logren reducir quejas y reclamos y resolver conflictos atendiendo adecuadamente las necesidades de dichos usuarios

**Destinatarios:** Personal de la CSS encargados de la atención a los beneficiarios en sus diferentes instancias.

**Modalidad: Virtual.**

**Duración:** Se brindará desde el 24 de octubre al 16 de diciembre. La primera semana mayormente asincrónica, está destinada a concluir el proceso de inscripción y a la familiarización de los participantes con la plataforma de UNTREF Virtual. Las clases sincrónicas se brindarán los días viernes de 14hs a 16hs. Para éstas últimas, se comunicará con anticipación a los participantes, los datos de acceso por e-mail y por plataforma virtual. **El primer encuentro sincrónico es el día viernes 28 de octubre a las 18.30hs.**

**Material Didáctico:** Estará compuesto por los contenidos del manual, power point, videos, estos últimos a fin de poner a disposición permanente una guía de consulta sobre el uso de los manuales e implementación de los procedimientos y normas.

**Contenidos temáticos:** Se dictarán cuatro (4) módulos:

- I. Fundamentos de la atención al beneficiario.
- II. Necesidades de los beneficiarios y habilidades para satisfacerlas.
- III. Los problemas en la atención al beneficiario
- IV. Evaluar la satisfacción del usuario.

**NOTA:** La primera semana de inscripción y familiarización de la plataforma se denomina “Modulo 0” y permanecerá abierta durante toda la cursada para consultas específicas sobre el uso de la plataforma.

La realización de las capacitaciones se documentará con la entrega de todos los materiales utilizados, listado de participantes, fotografías y/o videos de corta duración, resumen resultados a partir de la interacción de los participantes con los capacitadores y tutoriales así como link para la recuperación de éstos

### Cronograma.

Módulo	Contenidos	Inicio y Cierre	Implementación	
			Asincrónica	Sincrónicas
<b>Módulo 0</b>	<b>Familiarización con el campus, preguntas</b> frecuentes. Este período nos permitirá terminar el proceso de inscripción de los participantes. Esta unidad permanece abierta toda la cursada para consultas sobre el uso de la plataforma.	Comienza el 24 de octubre y permanece abierto durante todo el trayecto del curso.	Destinadas al seguimiento de las consignas que los docentes instrumenten en plataforma (por medio de foros y/o actividades) durante el período que transcurre entre clases sincrónicas.	
<b>Módulo 1</b>	<b>Fundamentos de la atención al beneficiario-</b> Diagnóstico inicial de la CSS Pcia de Sta Cruz_Opiniones de los beneficiarios y del personal de la CSS sector atención al beneficiario.	Del 28 de octubre al 10 de noviembre		28 de octubre de 18.30hs a 20.30hs

<b>Módulo 2</b>	<b>Necesidades de los beneficiarios y habilidades para satisfacerlas.</b> Quejas y reclamos de los beneficiarios. Clima laboral. Comunicación. Competencias requeridas para la atención al público.	Del 11 al 24 de noviembre.		11 de noviembre de 18.30hs a 20.30hs
<b>Módulo 3</b>	<b>Los problemas en la atención al beneficiario.</b> Errores y aciertos en la atención de los beneficiarios. Comunicación, personal, escrita, telefónica. Interrelación del sector con otros sectores (derivaciones y 2da opinión médica). Coordinación de acciones.	Del 25 de noviembre y hasta el 8 de diciembre.		25 de noviembre de 18.30hs a 20.30hs
<b>Módulo 4</b>	<b>Evaluar la satisfacción del usuario.</b> Técnicas y recomendaciones.	Del 9 al 15 de diciembre.		9 de diciembre de 18.30hs a 20.30hs
<b>Última etapa</b>	<b>Evaluación de Resultados.</b> Encuentro cierre de la actividad y consultas abiertas por plataforma.	16 de diciembre.		16 de diciembre de 18.30hs a 20.30hs

### **Metodología de enseñanza-aprendizaje:**

El diseño del proceso de enseñanza –aprendizaje propuesto, comprende dos trayectos de trabajo diferentes: a) **Trayecto sincrónico:** espacios de interacción en línea a través de CHAT y Web Cam; b) **Trayecto asincrónico:** para las lecturas, estudios, realización de ejercicios, trabajos grupales, actividades y tutorías por correo electrónico.

### **Evaluación:**

La evaluación se realizará en forma continua, por medio de la participación en las actividades propuestas por los docentes, tanto en las actividades asincrónicas como sincrónicas.

**PROYECTO  
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL  
CAJA DE SERVICIOS SOCIALES  
PROVINCIA DE SANTA CRUZ**

**CAPACITACION EN LA  
ATENCIÓN A LOS BENEFICIARIOS/AS DE LA CSS**

**1ra clase- sincrónica**

**Convenio Consejo Federal de Inversiones y UNTREF**



# CAPACITACION EN LA ATENCIÓN A LOS BENEFICIARIOS/AS DE LA CSS

## Objetivos

Que los y las participantes logren:

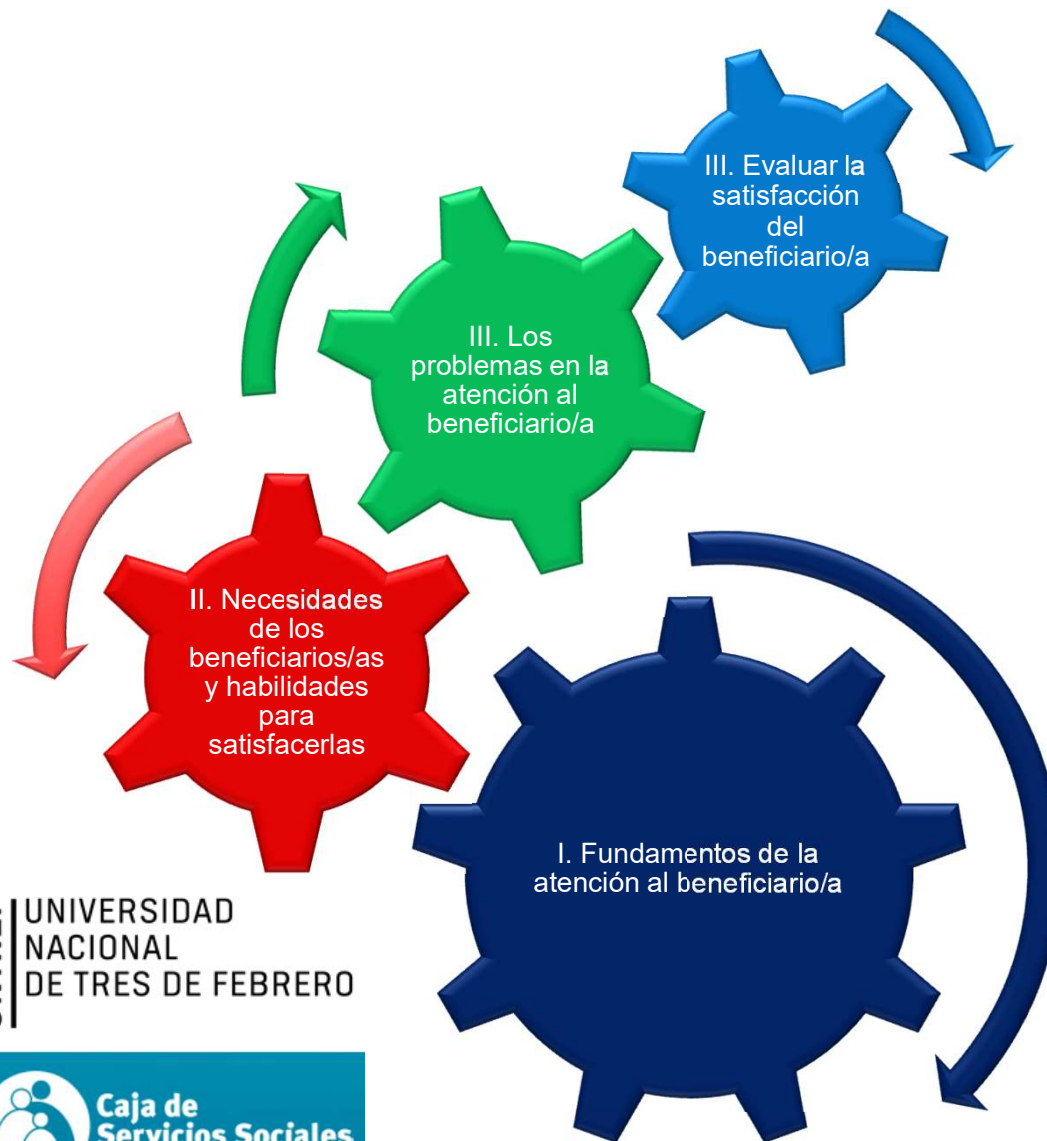
- Reflexionar sobre su propia experiencia en el sector atención al beneficiario/as
- Fortalecerse en técnicas de comunicación para aplicar en su tarea diaria.
- Impulsar mejoras para dar respuestas óptimas a las necesidades de los beneficiarios y de las beneficiarias y además,
- Contribuir en el fortalecimiento de la Institución.



## Módulos y metodología de las jornadas

ENCUENTROS VIRTUALES

2 HORAS

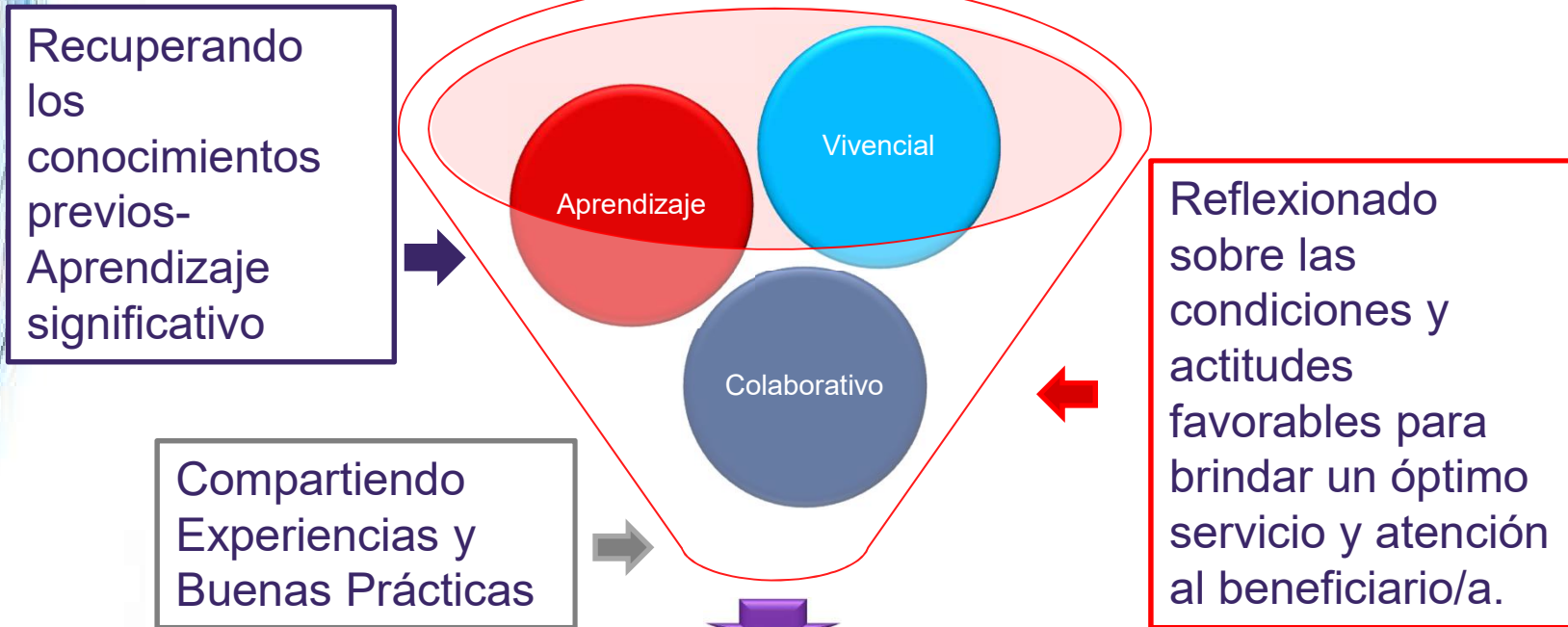


UNTREF | UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE TRES DE FEBRERO





## Dinámica de las jornadas



**Propósito: Promover mejoras en la Experiencia del Beneficiario/a Y fortalecer a la Institución**



**Calidad y calidez**

# FUNDAMENTOS DE LA ATENCIÓN AL BENEFICIARIO/A -



I. Fundamentos de la  
atención al beneficiario/a

**INTRODUCCIÓN**





**¿Qué es la atención al beneficiario/a?**

**¿Quiénes son los beneficiarios/as  
de la CSS de la Pcia de Sta Cruz?**

## Atención al beneficiario – distintas complejidades que pueden presentarse generalmente...

Preguntas que pueden formularse los beneficiarios/as

- **Primaria:** mayor cercanía a la población /flia:

- Promoción de la salud
- Prevención de enfermedades
- Procedimientos de recuperación y rehabilitación

- **Secundaria:** servicios ambulatorios (en hospitales, centros)- Ej: cirugía general, pediatría, ginecología, medicina interna...

- **Terciaria:** patologías complejas- requieren atención sostenida.

¿Cuáles son las alternativas que se brindan para cada una de estas necesidades?

¿Alcanzan a cubrir mis necesidades?



**Promover salud y prevención de enfermedades**

## Reflexionamos sobre ...

¿A qué llamamos experiencia beneficiario/a?

¿Cuándo inicia dicha experiencia?

La experiencia, ¿se circunscribe al propio beneficiario o irradia más allá del mismo? ¿Hacia dónde irradia la experiencia del beneficiario?

¿Cuál es el impacto de la información que recibe el beneficiario desde la Institución respecto a su necesidad en tiempo, forma y alcance?



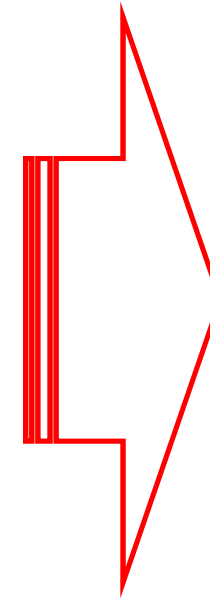
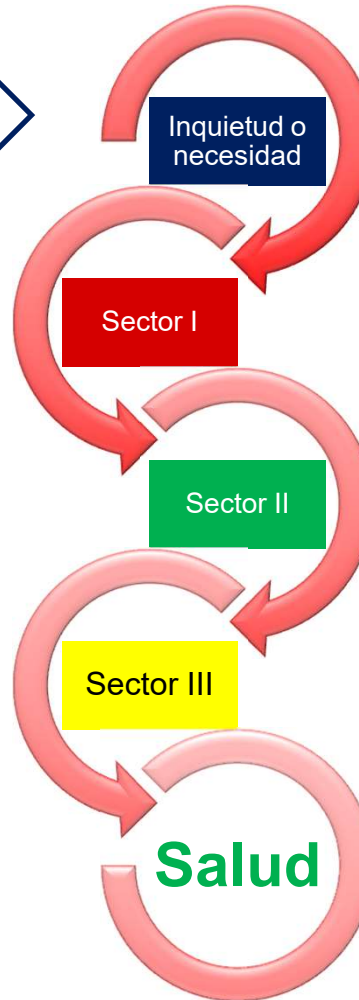
Opinamos...

# Atención al beneficiario/a como proceso

**BENEFICIARIO/A**

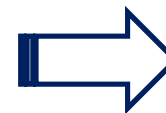


Aunque se suele asociar a un departamento, la atención al beneficiario/a involucra a todos/todas y a cada uno de los empleados/as de la organización....



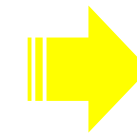
**PROCESO**

**CAMINO SINUOSO EN RED...  
A VECES LARGO Y TORTUOSO,**



**REQUIERE CALIDAD Y  
CALIDEZ...EMPATÍA**

## Actitudes y condiciones



**Impacto en el beneficiario/a**

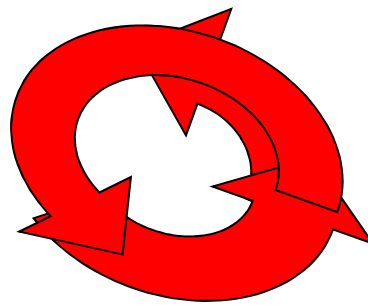
Directa o indirectamente, la actitud del trabajador y/o de la trabajadora (sumadas a otras condiciones relacionadas a la organización) tiene un impacto en el beneficiario/a, incluso si ese trabajador o trabajadora no tiene contacto directo con el beneficiario/a.



# Atención al beneficiario/a

*Proceso de  
Mejora continua*

PLANIFICACIÓN



PUESTA EN  
MARCHA Y  
SEGUIMIENTO

EVALUACIÓN



## PROCESO DE RENOVACIÓN DESDE LA CSS: lo hacemos entre todos...

- ✓ Están iniciando un nuevo camino renovado, un nuevo recorrido del que todos forman parte
- ✓ Los beneficiarios y las beneficiarias constituyen una prioridad absoluta para Uds, dado que son quienes dan sentido a la Institución y por lo tanto, son el punto de referencia constante en cuanto a Calidad del Servicio y Atención que brinda la CSS.
- ✓ La CSS de la Pcia de Sta Cruz es mucho más que una *organización medico-asistencial*, la CSS es el corazón de **acción social** que “hace” (acción-efecto) “para sus compañeros/as” (social, del latín “socio/a”, compañero/a).

## PROCESO DE RENOVACIÓN DESDE LA CSS: lo hacemos entre todos...

- ✓ Los trabajadores y las trabajadoras de la CSS son los principales activos que posee la organización.
- ✓ La comunicación con el beneficiario y la beneficiaria es la tarjeta de presentación de la CSS, reflejo de su cultura organizativa y de lo que es y de lo representa (extensivo a cada uno de los miembros de la organización)
- ✓ Entre otras cosas, este proceso es una oportunidad para fortalecer las políticas de inclusión hacia dentro y fuera de la organización (con alcance a los beneficiarios y beneficiarias).



## ATENCIÓN AL BENEFICIARIO DE LA CSS Pcia de Sta Cruz -

De dónde partimos? – ACTIVIDAD- F.O.D.A.

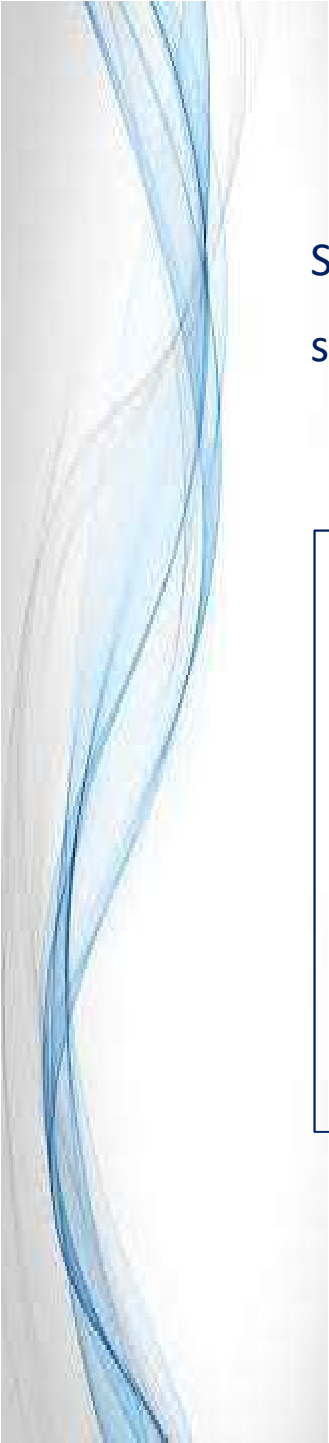




**ACTIVIDAD:**

**TRABAJO GRUPAL (4 Ó 5 PARTICIPANTES):**

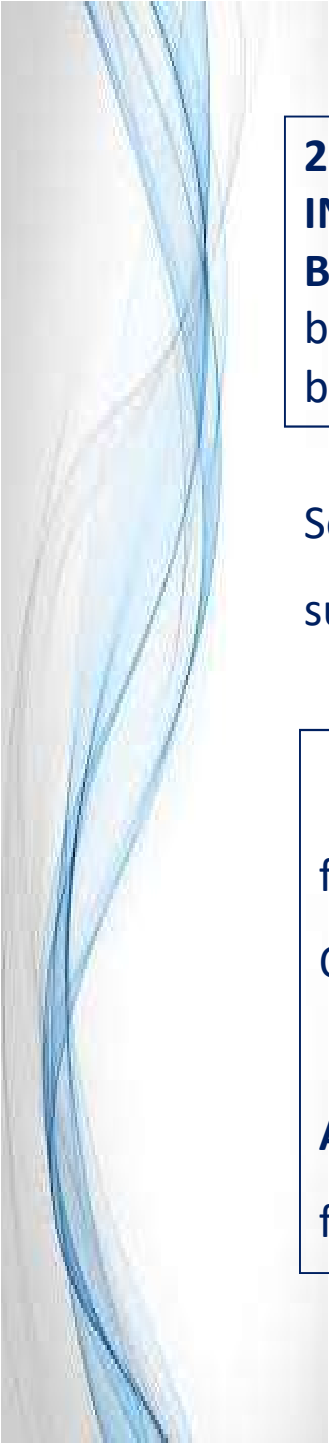
**1- DEFINA FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA CSS DE LA PCIA DE STA CRUZ Y ESPECÍFICAMENTE DE LA ATENCIÓN AL BENEFICIARIO/A EN ESTOS TIEMPOS. MENCIONE POSIBILIDADES DE MEJORAS QUE VISUALIZA EL EQUIPO DE TRABAJO DE LA CSS** (Preguntas guías: cuál es su percepción acerca de la Institución en la que trabaja?; cuál es su percepción sobre el sector en el que se desempeña?. La relación con los beneficiarios/as la considera buena?, regular? Mala?)



Señale al menos 3 fortalezas y 3 debilidades que visualiza o percibe en su grupo de trabajo, entendiendo por:

**Fortalezas:** a las capacidades, aptitudes, actitudes positivas y conocimientos que posee dicho grupo de trabajo (EL SERVICIO Y ATENCIÓN AL BENEFICIO/A).

**Debilidades:** carencias, actitudes negativas, falta o bajo control emocional, falta o baja sociabilidad/liderazgo.



**2- DEFINA OPORTUNIDADES Y AMENAZAS RELACIONADAS LA INSTITUCIÓN EN GENERAL Y AL SECTOR DE ATENCION AL BENEFICIARIO/A.** (Preguntas guías: cuál es la percepción de los beneficiarios/as sobre la Institución?; y sobre el sector atención al beneficiario?.

Señale al menos 3 oportunidades y 3 amenazas que visualiza o percibe en su Institución y/o grupo de trabajo, entendiendo por:

**Oportunidades:** tecnológicas, sociales, políticas, laborales, económicas, familiares, demanda (externa a la Institución), marca personal (de la Organización en la que trabaja)

**Amenazas:** tecnológicas, sociales, políticas, laborales, económicas, familiares, crisis, cambios, catástrofes.

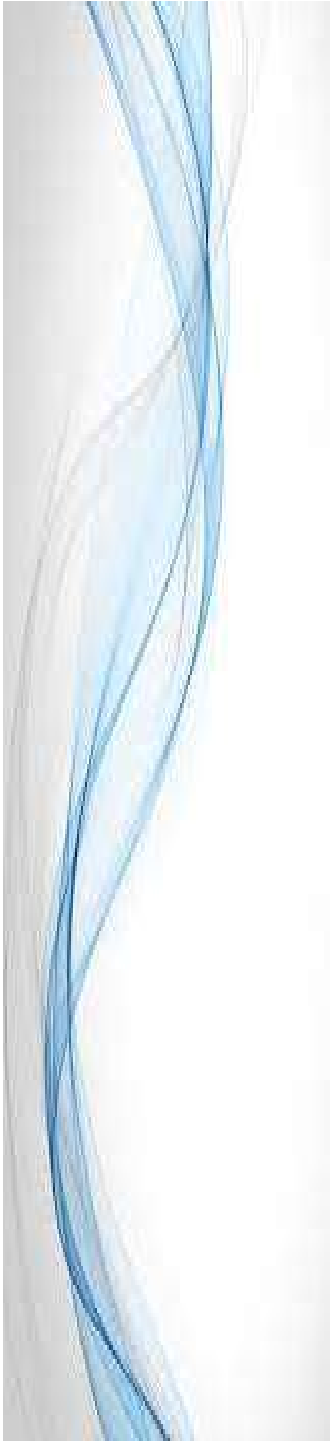
## ATENCIÓN AL BENEFICIARIO DE LA CSS Pcia de Sta Cruz -

De dónde partimos? – ACTIVIDAD- F.O.D.A.



Al menos 3 de cada uno





## Resultados FODA

# Buenas prácticas en la atención al beneficiario/a

✓ Imagen personal/  
corporativa

✓ Desarrollo de la atención

✓ La atención  
personaliza  
da / 360

✓ Conocimiento del  
servicio

✓ Desarrollo de la  
comunicación:

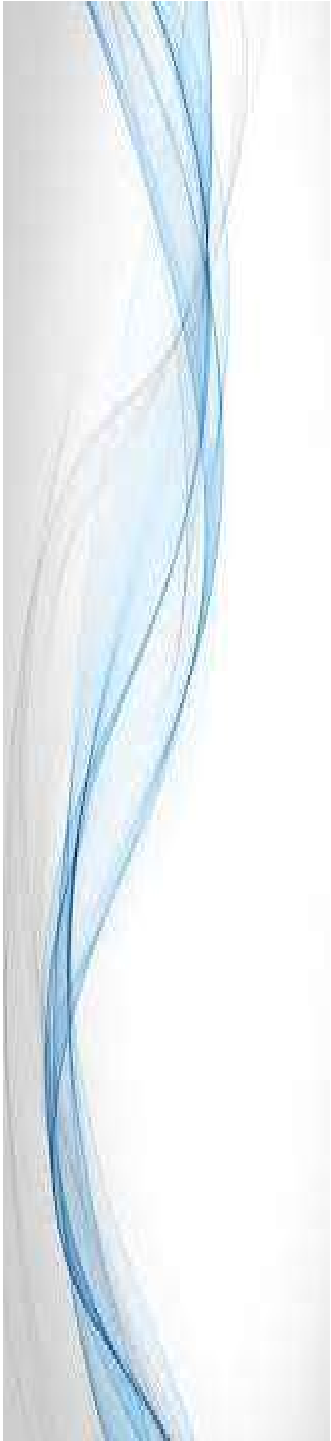
- Verbal
- No verbal
- Escrita

✓ Resolución de  
eventualidades

✓ Atención de Quejas & Reclamos

✓ Despedida/cierre/ satisfacción de  
necesidades





- Reflexionamos sobre la importancia que tiene su rol/función, directa e indirectamente, en cada etapa de la **experiencia del beneficiario de la CSS;**  
..para que vuelvan...



## Recordemos:

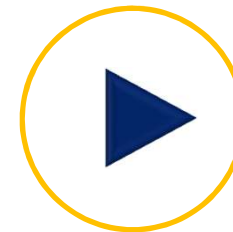
- La importancia del trabajo de equipo
- **El valor que cada rol/función ofrece en la mejora de atención al beneficiario/a y el fortalecimiento de la Institución.**

- **Las buenas prácticas, actitudes, condiciones y procedimientos ...que apoyan la cercanía hacia todos los beneficiarios y beneficiarias y fundamentalmente, la satisfacción de sus necesidades en el proceso de interacción con la CSS de la Pcia de Sta Cruz.**



**UNTREF** | UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE TRES DE FEBRERO

**UNTREF**  
**VIRTUAL**



Comenzamos...

Muchas gracias...  
Equipo UNTREF virtual

**PROYECTO  
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL  
CAJA DE SERVICIOS SOCIALES  
PROVINCIA DE SANTA CRUZ**

**CAPACITACION EN LA  
ATENCIÓN A LOS BENEFICIARIOS/AS DE LA CSS**

**2da clase- sincrónica**

**Convenio Consejo Federal de Inversiones y UNTREF**



# CAPACITACION EN LA ATENCIÓN A LOS BENEFICIARIOS/AS DE LA CSS

## Objetivos

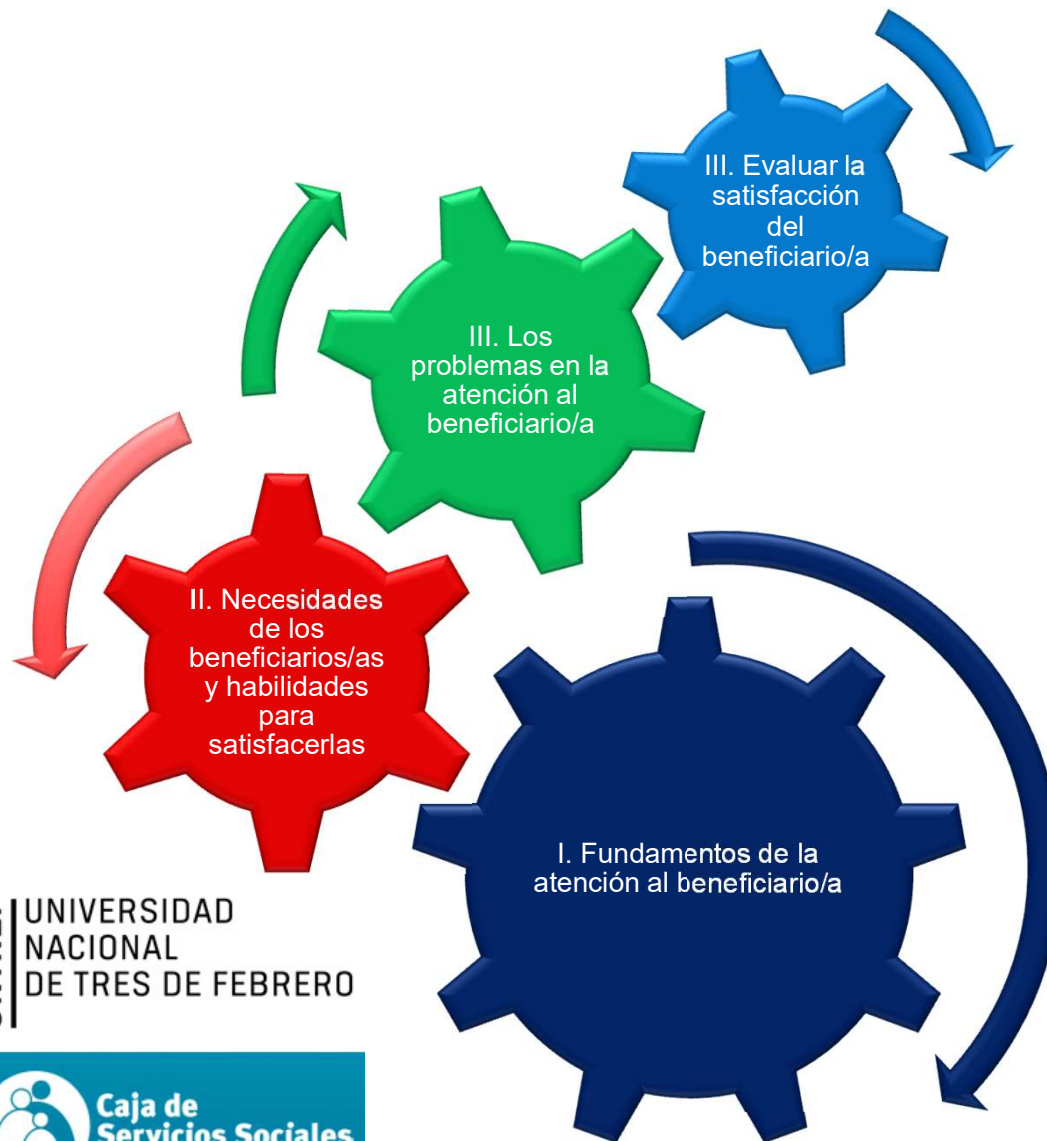
Que los y las participantes logren:

- Reflexionar sobre su propia experiencia en el sector atención al beneficiario/as
- Fortalecerse en técnicas de comunicación para aplicar en su tarea diaria.
- Impulsar mejoras para dar respuestas óptimas a las necesidades de los beneficiarios y de las beneficiarias y además,
- Contribuir en el fortalecimiento de la Institución.

## Módulos y metodología de las jornadas

ENCUENTROS VIRTUALES

2 HORAS



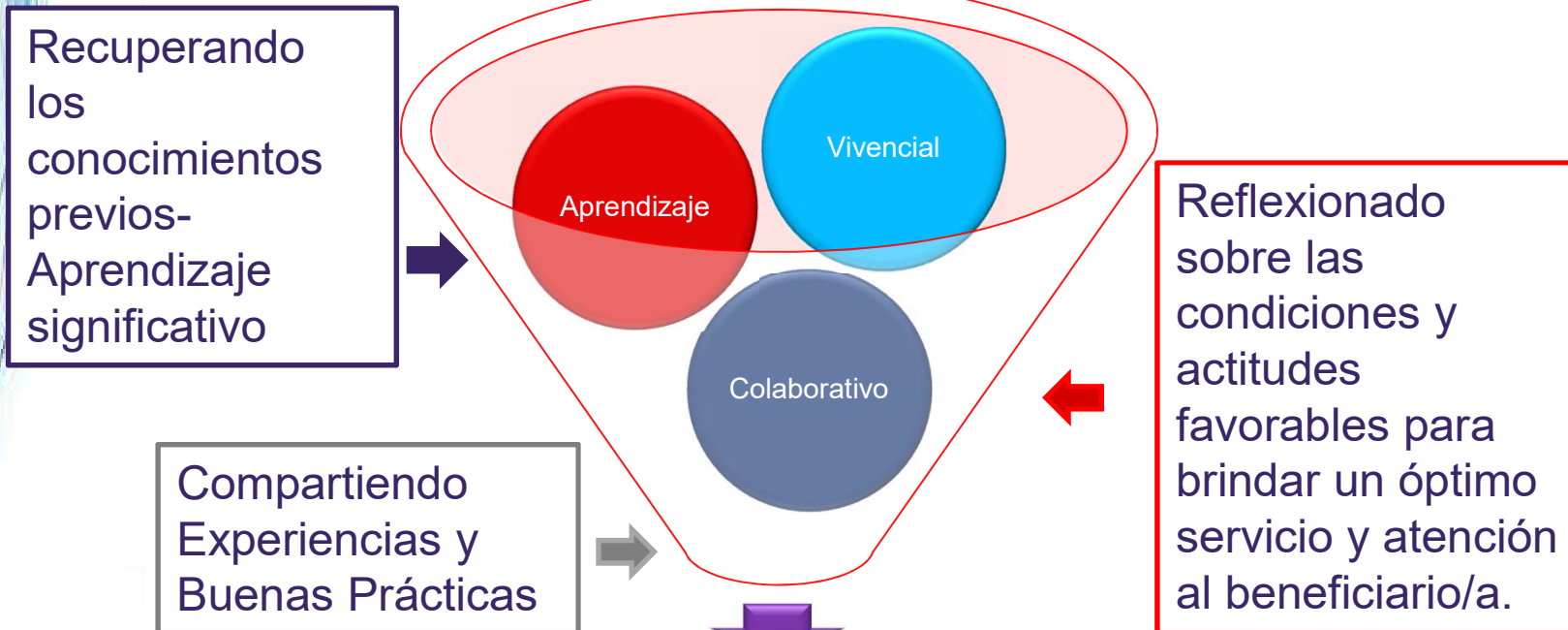
UNTREF | UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE TRES DE FEBRERO







## Dinámica de las jornadas



**Propósito: Promover mejoras en la Experiencia del Beneficiario/a Y fortalecer a la Institución**



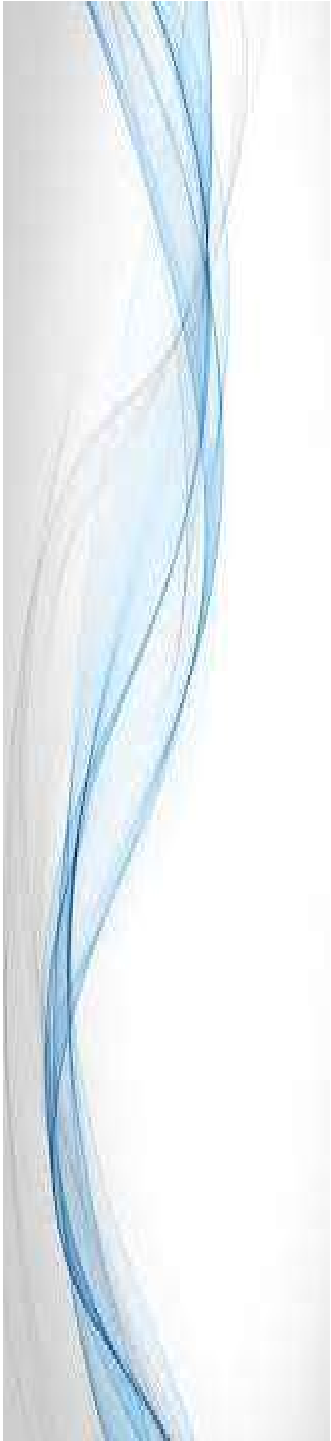
**Calidad y calidez**

# NECESIDADES DE LOS BENEFICIARIOS Y HABILIDADES PARA SATISFACERLAS

## INTRODUCCION



De dónde partimos? – ACTIVIDAD- F.O.D.A.



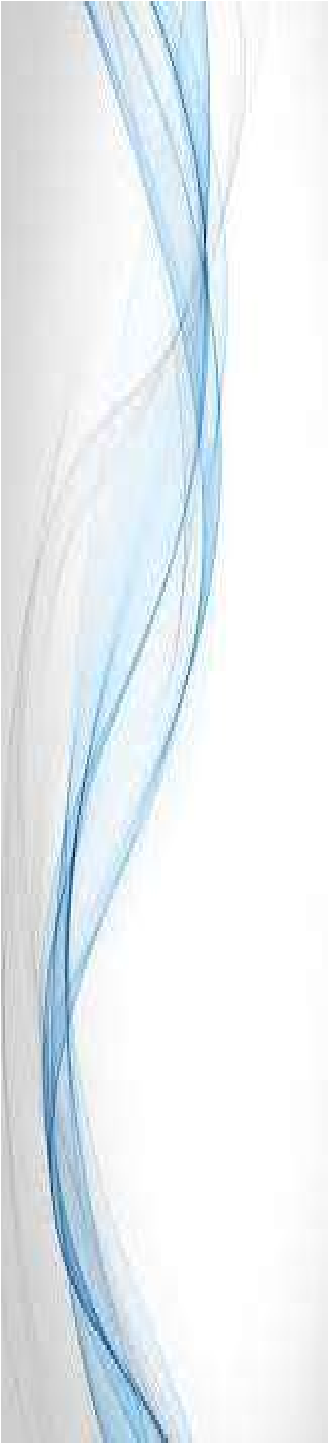
## Resultados FODA

## ATENCIÓN AL BENEFICIARIO DE LA CSS Pcia de Sta Cruz -

De dónde partimos? – ACTIVIDAD- F.O.D.A.



Al menos 3 de cada uno

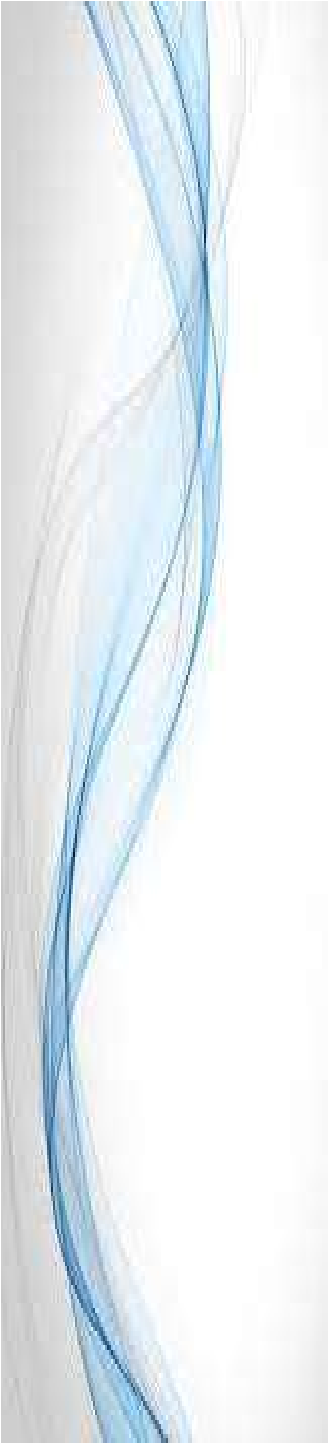


**Temas ejes del encuentro de hoy se centran en comenzar a reflexionar sobre la siguiente pregunta:**

**¿Cómo responde la CSS de la Pcia de Sta Cruz a las necesidades de los beneficiarios y las beneficiarias?**

**¿Logra satisfacerlas?**

**¿Cuáles son las habilidades que requiere fortalecer?**



**Servicio de la CSS de  
la Pcia de Sta Cruz,  
calidad, calidez y  
concepto de atención  
al beneficiario/a**



**¿Qué es la atención al beneficiario/a?**

## Nuevo concepto de atención al beneficiario/a:

- aporta una visión particular de la gestión de las organizaciones, y
- ***es transversal al sistema de producción del servicio.***



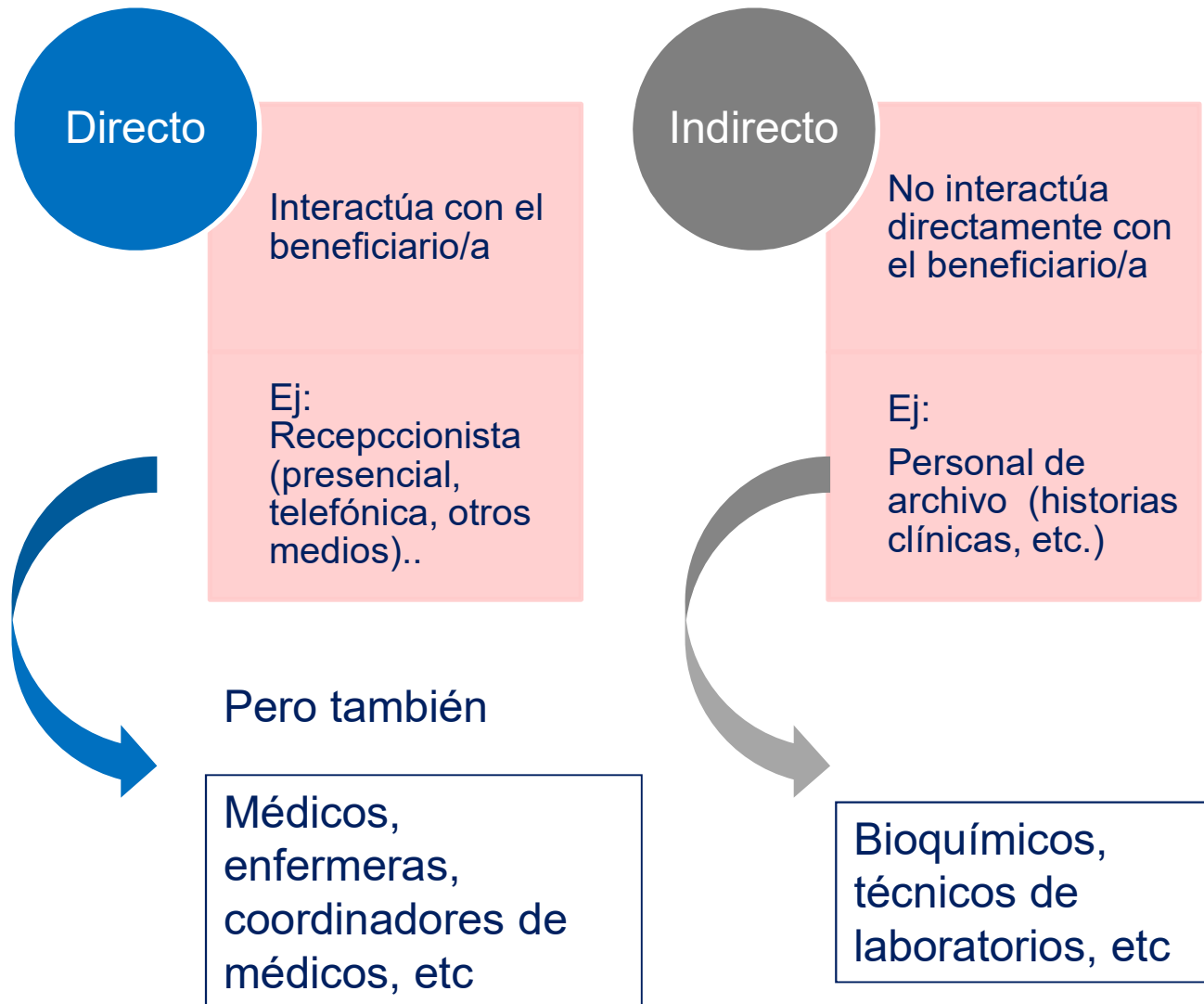
...difiere en parte del tradicional (en todo caso lo subsume y amplía)

La parte visible (o mayormente visible) la constituyen quienes están en contacto directo con el beneficiario/a ***...pero paralelamente, hay otros operadores "atendiendo al beneficiario/a indirectamente*** (la parte no visible de la organización en la que se producen, distribuyen y consuman los servicios y que, generalmente no están en contacto directo con el beneficiario/a).



Entonces...

¿Quiénes atienden al beneficiario/a? (en este nuevo modelo y desde siempre)...personas en contacto con el beneficiario/a..



## Calidad

La calidad depende del binomio servicio/beneficiario/a en el que se reconocen dos aspectos básicos:

- **Calidad intrínseca:** aspectos técnicos, juicio objetivo
- **Calidad percibida:** satisfacción de las expectativas del beneficiario/a



En ambas categorías se encuentran quienes atienden al beneficiario/a directa o indirectamente en cada instancia del proceso del servicio de salud de la CSS Pcia de Sta Cruz




## Calidad en salud

El concepto de calidad en la producción de servicios de salud se ha ido abordando con mucha fuerza en las organizaciones sanitarias...cuál es la razón?



## Recordamos ...

Las organizaciones de salud en general (incluida la CSS de la Pcia de Sta Cruz), están muy orientadas a la producción de servicios, algo sumamente complejo si tomamos en cuenta que los servicios, a diferencia de los bienes tangibles, no pasan por el control de calidad antes de la entrega para su consumo o utilización por parte del paciente, y que además, y fundamentalmente, ***esos servicios conllevan un riesgo en la vida o al menos en la seguridad de quien los recibe.***



***Comenzar a visualizar la producción sanitaria como proceso integral ayuda a mejorar la calidad y, particularmente en el ámbito de la salud, promover calidez***



## La producción sanitaria como proceso integral

Y la atención beneficiarios/as dentro de ese proceso integral...

La producción sanitaria es un proceso basado en la obtención de un producto final (la salud y sus interfases). Para ello, el beneficiario/a de la CSS y como consecuencia de las necesidades que presenta en los cuidados de su salud, consume diversos productos a los largo del proceso. Desde este punto de vista, la CSS (como todo establecimiento de salud genera tantos productos/servicios intermedios y finales como pacientes que recibe, diagnostica y trata. La atención a los beneficiarios/as esta presente en todos ellos (directa o indirectamente)

Cuáles son esos productos/servicios?



## Algunos productos/servicios en los establecimientos de salud:

- Exámenes de laboratorio
- Radiografías
- Días/cama
- Ropa lavada
- Porciones de alimentos
- Cuidados de enfermería
- Consultas médicas
- Intervenciones quirúrgicas
- Procedimientos terapéuticos.
- etc




## Otros productos/servicios intermedios

Encontramos también algunos con características de producto industrial, como:

- las porciones de alimentos,
- 1 kilo de ropa lavada o
- una cantidad de artículos esterilizados.
- Otros productos, como una intervención quirúrgica, son el resultado de la agregación de los otros productos menores.

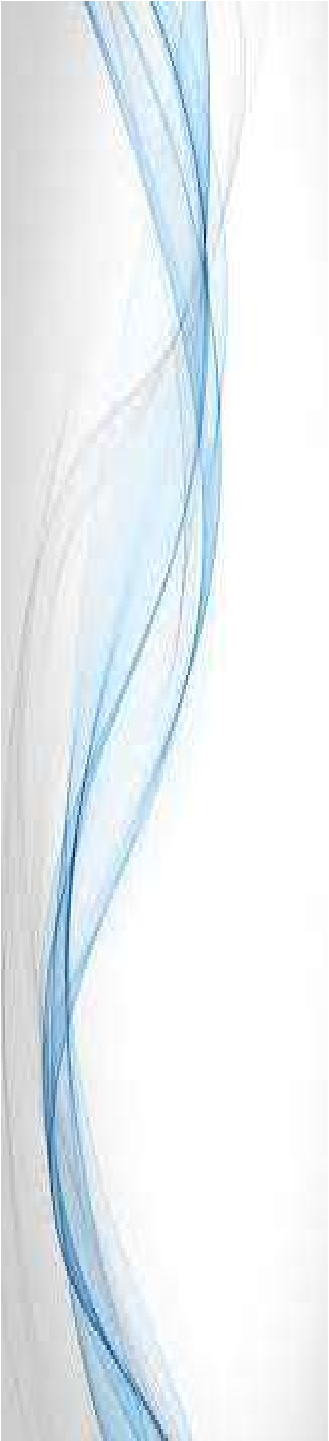
- En un día/cama encontramos la integración de la hotelería, la alimentación, los cuidados de enfermería, los fármacos administrados, personal de atención al beneficiario/a, etc. Estos se denominan productos intermedios.



Nuestra lista podría alargarse mucho más..., lo que nos recuerda otras dificultades del proceso productivo de salud:

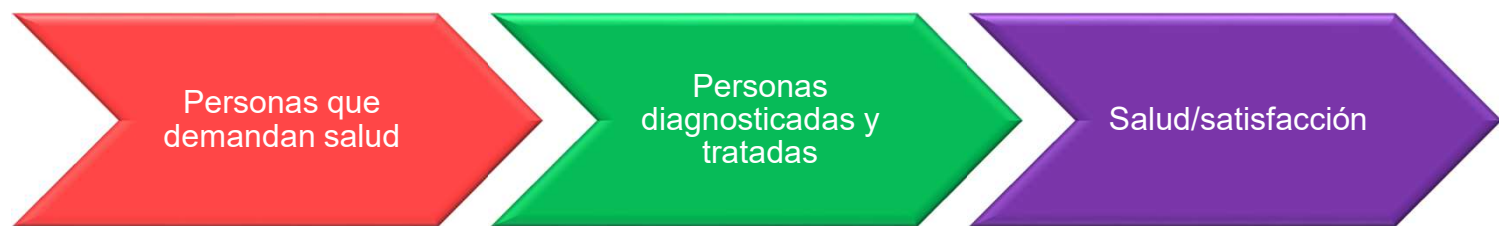
- ❑ Ofrece una cantidad casi incontable de productos.
- ❑ Los productos son muy heterogéneos, algunos tienen características de bienes materiales y otros de servicios.
- ❑ Encontramos productos homogéneos e identificables, como una radiografía o un examen de laboratorio, que serán idénticos en su proceso y resultado.
- ❑ Otros intangibles, como una consulta médica o evaluación diaria de enfermo hospitalizado, cuyas características son más difusas y dependen de quién las realiza, el denominado personal en contacto



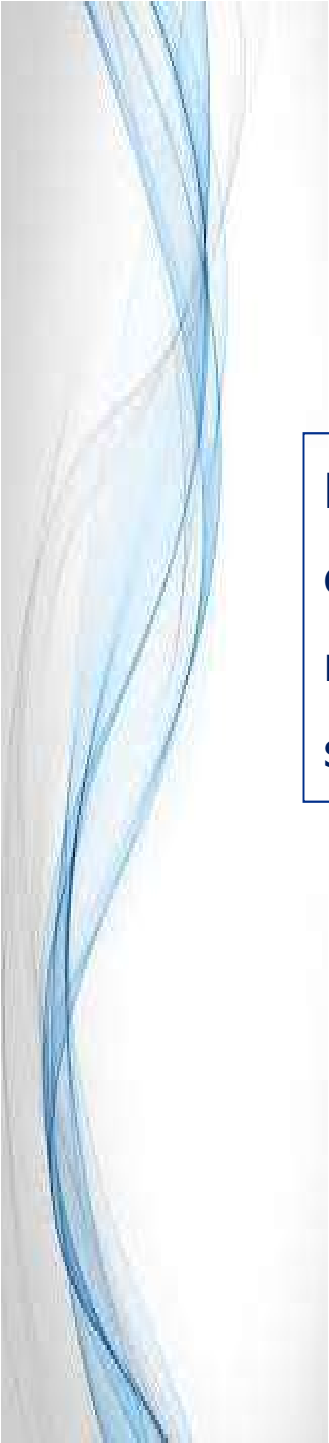


Por la heterogeneidad de sus productos, ocupan gran diversidad de insumos que van desde alimentos hasta insumos muy avanzados para cirugías cardiacas, y también gran diversidad de perfiles de recursos humanos, entre ellos personal de aseo y mantención, expertos en informática, cocineros, personal de administración, de enfermería, médicos de diversas especialidades y experiencias.

Las organizaciones de salud no **están** para producir prestaciones aisladas sino **para recuperar el estado de salud de las personas cuando éste se ve alterado**. Es decir, la Institución de salud debe asistir a seres humanos enfermos y proporcionarles, mediante el ejercicio clínico, un conjunto de bienes y servicios apropiados e integrados, donde la atención al beneficiario/a se entrelaza en cada una de estas acciones.



**Atención al beneficiario/a durante todo el proceso**

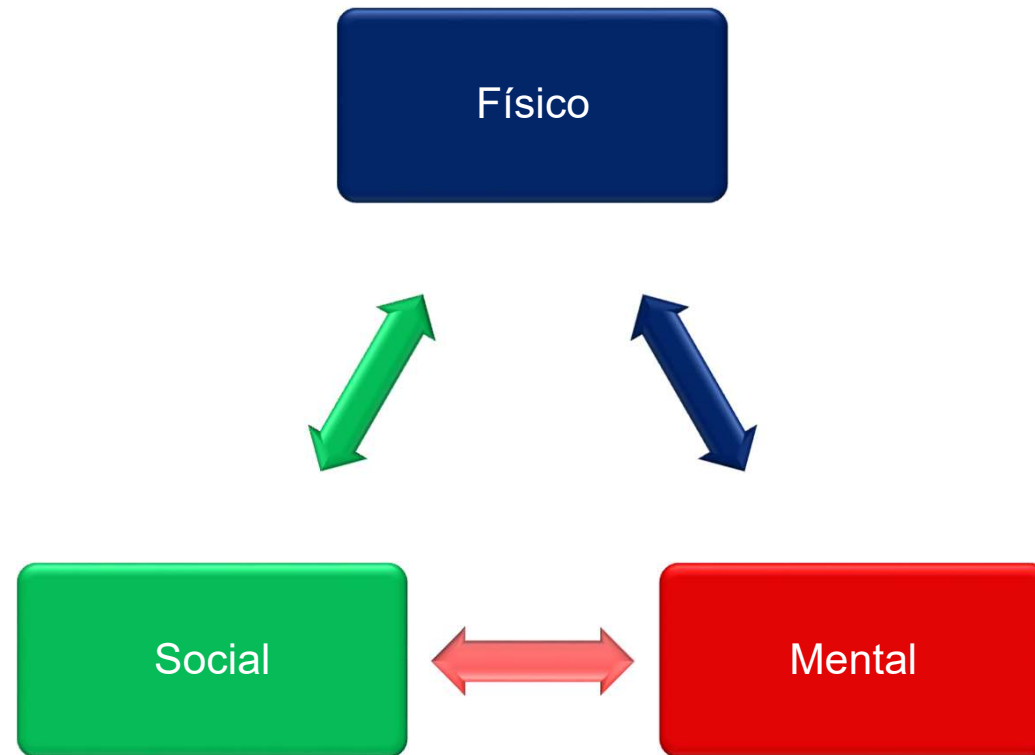


La CSS de la Pcia de Sta Cruz, integra un todo más extenso que es el sistema de salud del país y el objetivo mayor de este sistema que es la mejoría en el nivel de salud de la población.

**¿Qué es la salud?**

## Salud S/ OMS

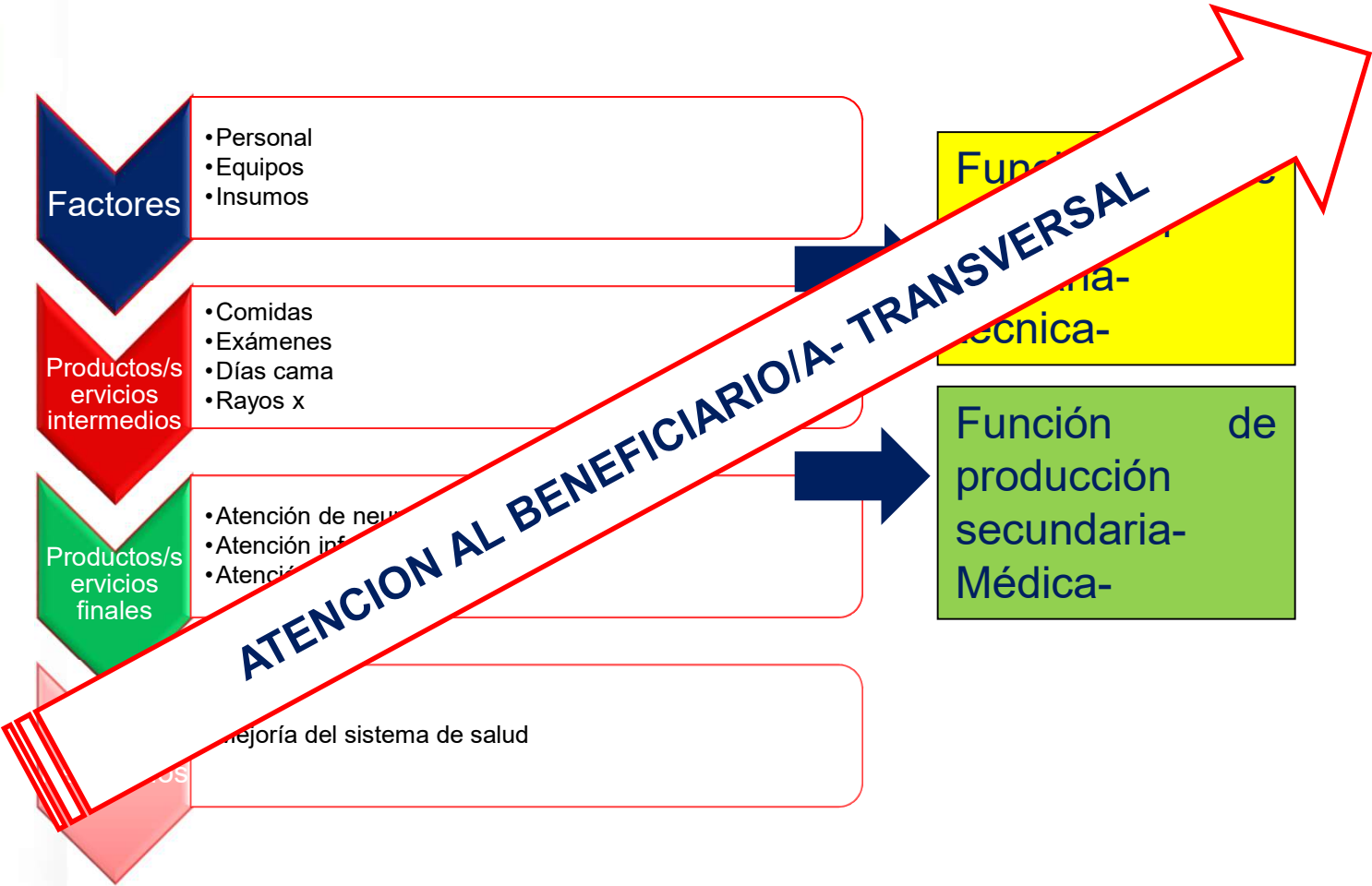
Equilibrio y bienestar...



Requiere de un abordaje sistémico y participativo...

# Enfoque sistémico de la gestión orientada a resultados

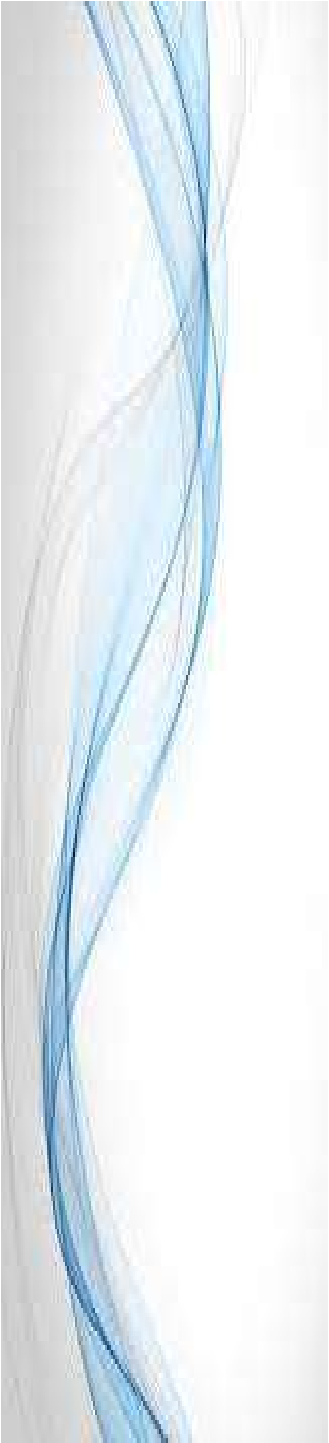
## Componentes:



**Ciclo atención al beneficiario/a requiere un Enfoque sistémico.**



**MEJORA CONTINUA EN EL MODELO DE ATENCIÓN IMPLEMENTADO**



**¿CUÁL ES EL MODELO DE ATENCIÓN AL  
BENEFICIARIO/A IMPLEMENTADO EN LA CSS DE LA  
PCIA DE STA CRUZ?**

OPINAMOS...

**¿Qué es un modelo de atención al  
beneficiario/a?**



## Sabías que...?

Un **modelo de atención al beneficiario/a** es un plan que integra las políticas y estrategias que define una Institución en su área de atención al beneficiario/a. Si bien cada organización define su modelo según sus prioridades, el objetivo principal al definir un modelo de atención al beneficiario/a es **optimizar la satisfacción del beneficiario/a y disminuir las malas experiencias.**



## Fases del modelo de atención al beneficiario/a:

1. Recopilación de quejas de beneficiarios/as;
2. Planificación de estrategias para cada problema;
3. Desvío de las estrategia a los agentes adecuados;
4. Capacitación de personal;
5. Variedad de canales de comunicación con el beneficiario/a;
6. Monitoreo de resultados.

Todos ellos se enmarcan dentro de la **Visión, Misión y Valores** de la CSS de la Pcia de Sta Cruz ...punto de partida de todo el proceso de gestión de la Institución.

**Actividad:** Comenzamos a visualizar con nuestros compañeros y compañeras el **Modelo de atención al beneficiario/a de la CSS de la Pcia de Sta Cruz** dentro del sistema de gestión imperante en la Institución...reconocemos y/o creamos ....

La visión

Qué nos mueve a trabajar hacia el futuro?

La misión

Qué hacemos y cómo nos fortalecemos hoy?

Los valores

Es el ADN de la CSS de la Pcia de Sta Cruz. ¿Cuáles son?

Contiene información hereditaria de la Institución – CSS Pcia de Santa Cruz- “Sello”.-

**“Los valores, nuestro ADN, nos caracteriza y nos imprime carácter en nuestro ser y actuar”**



Adenina (A)  
Timina (T)  
Citocina (C)  
Guanina (G)



El modelo, para lograr *calidad y calidez*, debe tener en cuenta todos los componentes del sistema:

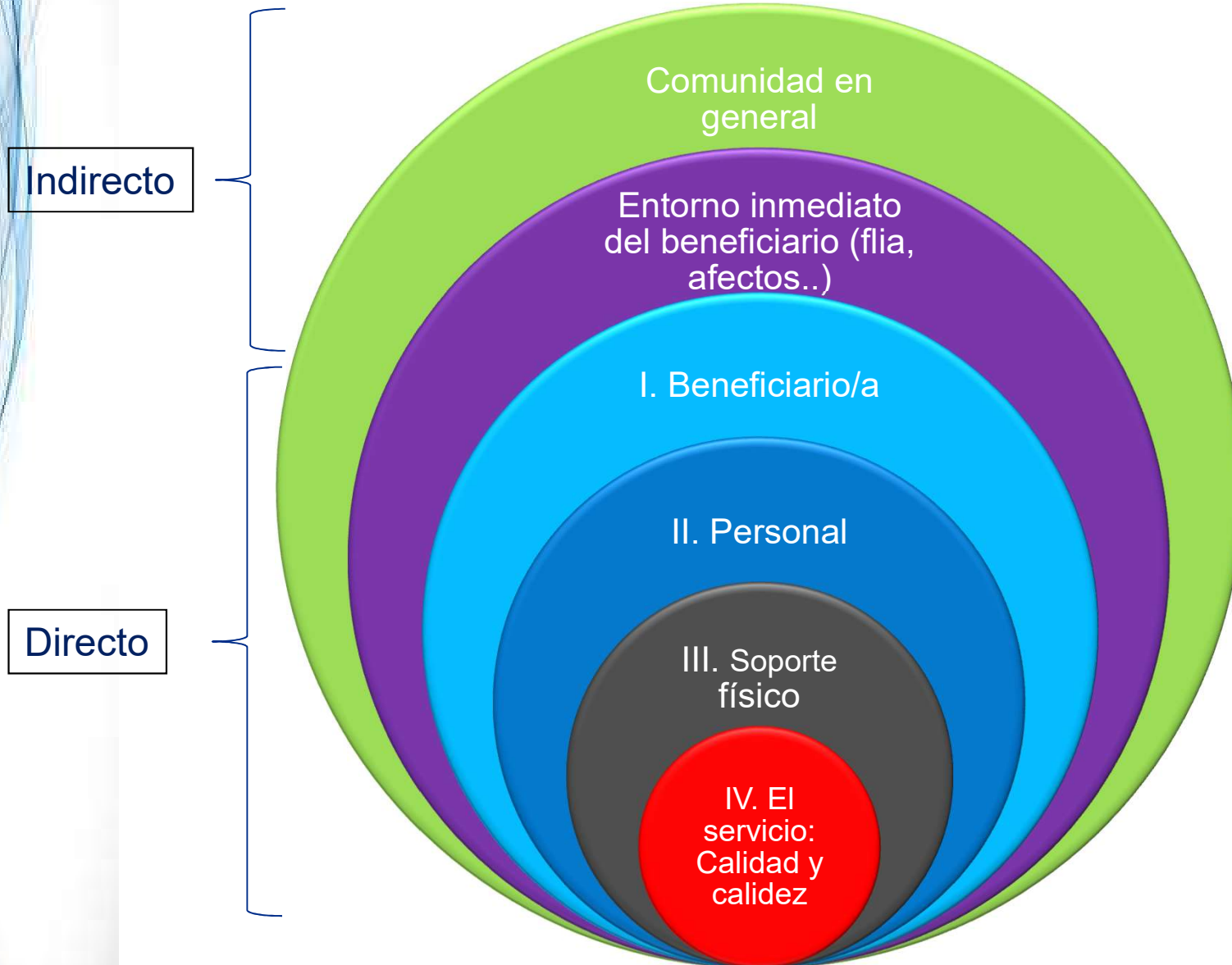
- **El beneficiario/a.** Es un componente primordial y su presencia es indispensable, la razón de ser del servicio de la CSS de la Pcia de Sta Cruz.
- **El personal en general y de contacto directo con los beneficiarios/as.** Son las personas empleadas por la CSS Pcia de Sta Cruz que “atienden” al beneficiario/a y/o que están en contacto directo con los mismos (éstos últimos, tradicionalmente “circunscriptos” al sector llamado “Atención al beneficiario”.)



El modelo, para lograr *calidad y calidez*, debe tener en cuenta todos los componentes del sistema:

- **El soporte físico.** Se trata del soporte material necesario para la producción del servicio (arquitectura, señalización, mobiliario, uniformes, herramientas, etc)
- **El servicio.** Es el resultado de la interacción de los anteriores...de ello dependerá el *fortalecimiento de la CSS de la Pcia de Sta Cruz en la calidad y la calidez.*

## Niveles de impacto en la atención al beneficiario/a






Personal de  
contacto

## La función del personal

La función del personal constituye la parte esencial del servicio, dado que las características del mismo quedarán determinadas por los comportamientos del personal "en general incluyendo el personal en contacto directo con el beneficiario/a, ya se traten de cuestiones administrativo/técnicas y/o profesionales.



***La **comunicación** es un elemento esencial en todo el proceso del servicio de salud y una de las principales funciones de TODO el personal.***

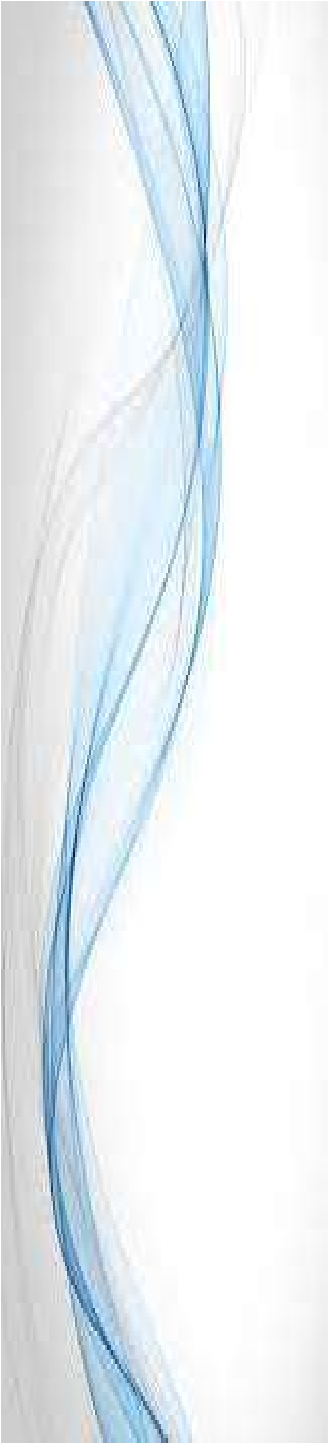


## Objetivo comunicacional

Gestar una voz institucional colectiva, hablándole de forma directa a afiliados, prestadores y trabajadores a través de nuestra comunicación interna, medios periodísticos y redes sociales.

Valores: cercanía - acompañamiento - diálogo - apertura  
accesibilidad





En la mayoría de las organizaciones se conoce la importancia que tiene la comunicación.

Gabriel García Márquez -premio Nobel de Literatura- decía: *“lo que no se comunica no existe”*.





## La comunicación no es publicidad.

¿De qué sirve difundir fuera de la organización lo que somos y como trabajamos si nuestro equipo no lo sabe?

Es como anunciar a nuestro vecino que nos vamos a ir a un crucero este verano cuando nuestra propia familia no lo sabe. ¿Quién va a hacer la maleta? ¿Quién se encarga de pasajes y chequear si están en condiciones los pasaportes? ¿Quién verifica si el recorrido es el deseado?..etc.etc..

**La comunicación interna es fundamental en una organización y no debe estar en un segundo plano.**



## Plan de comunicación externa

Algunos aspectos a tener en cuenta:

- 1.- Una definición clara de la identidad de la CSS de la Pcia de Sta Cruz, su **razón de ser**, sus objetivos y principios.
- 2.- Conocer y analizar la imagen percibida actualmente de la organización. **Lo que el beneficiario/a percibe de la CSS de la Pcia de Sta Cruz.**
- 3.- Diseñar la **imagen idílica de la CSS de la Pcia de Sta Cruz (visión)**. La imagen que queremos llegar a ser y transmitir.



## Plan de comunicación externa

Algunos aspectos a tener en cuenta:

4- Ser conscientes de lo que hoy es la CSS de la Pcia de Sta Cruz (F.O.D.A). Esto es..¿cómo nos está yendo con nuestra Misión? ¿tenemos oportunidad de avanzar hacia nuestra visión?. Es importante que la imagen resultante responda al plan estratégico general y de comunicación de la CSS (que definen **las acciones de comunicación con una estrategia propia y específica tanto interna como externa**)



## Alcance de la comunicación

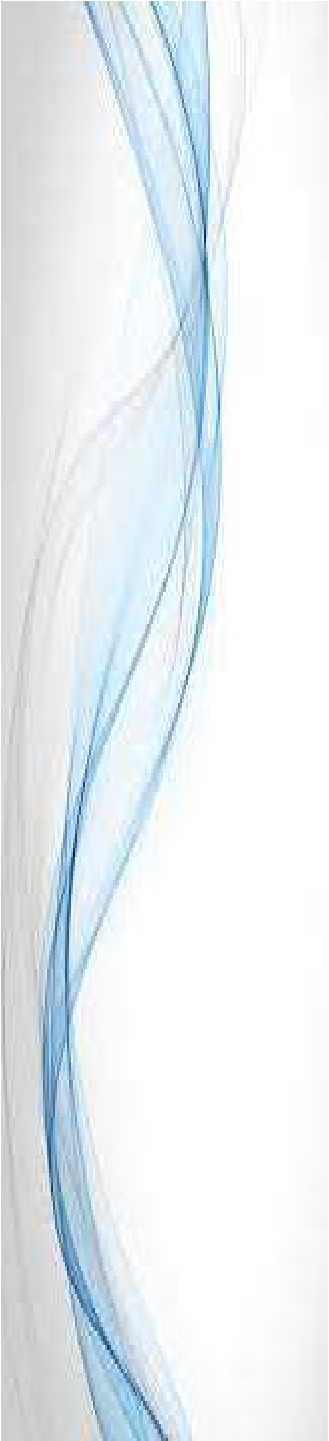
Las **actitudes de comunicación (verbales y/o escritas)** tales como las frases de bienvenida, la identificación precisa de la demanda, la explicación de las características de la oferta disponible, o **actos físicos** como brindar los insumos necesarios para otorgar el servicio (receta, comprobantes de derivación, etc), como así también modalidad (**actos gestuales**). Asimismo, es muy relevante el tiempo de ejecución o duración del servicio mismo, donde **la proporción del tiempo que maneja el personal en contacto también es relevante.**

**Donde la escucha..y el cambiar el mirar por ver...es sumamente importante**

**Todo se reduce a gente conversando...**

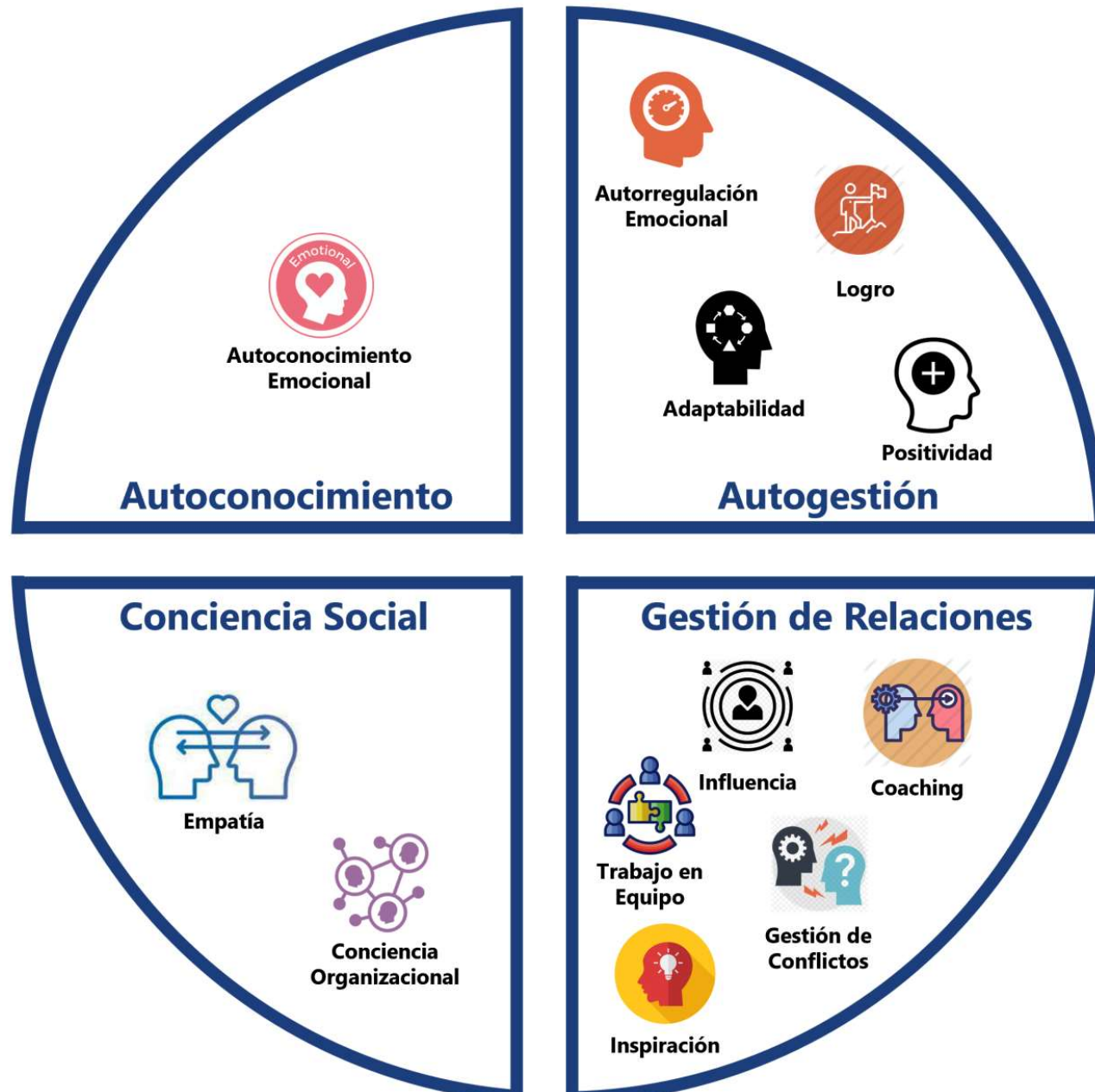


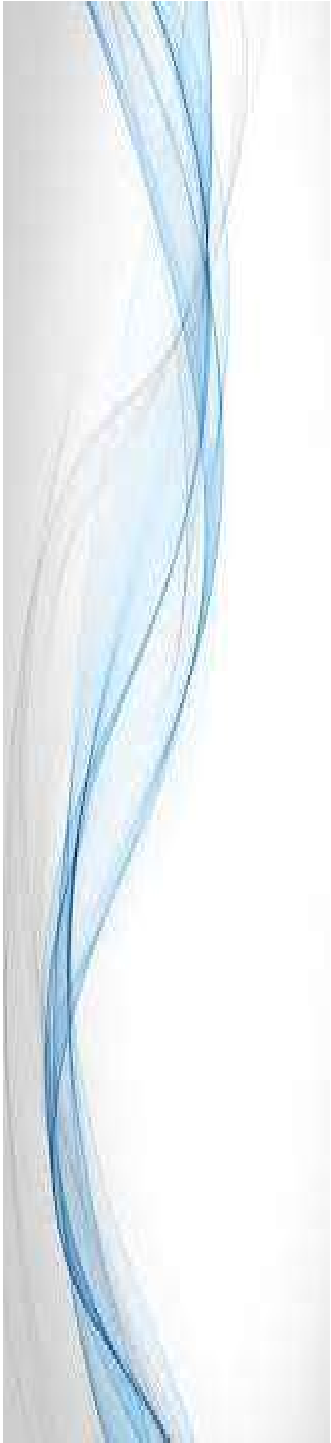
Aprender a escuchar, a entender lo que el interlocutor quiere decir de verdad. Si las organizaciones son grandes redes conversacionales, el tema no es una curiosidad filosófica. En una Institución se conversa y se hacen acuerdos pero no es lo mismo cuando confiamos que cuando no; ni es lo mismo si al trabajar estamos con una cierta disposición emocional y no otra.



*Lo que no se hace  
sentir, no se entiende  
y lo que no se  
entiende no interesa.  
Simón Rodríguez*

# Elementos que mejoran la comunicación





**Muchas gracias!**



**PROYECTO  
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL  
CAJA DE SERVICIOS SOCIALES  
PROVINCIA DE SANTA CRUZ**

**CAPACITACION EN LA  
ATENCIÓN A LOS BENEFICIARIOS/AS DE LA CSS**

**3ra clase- sincrónica**

**Convenio Consejo Federal de Inversiones y UNTREF**



# CAPACITACION EN LA ATENCIÓN A LOS BENEFICIARIOS/AS DE LA CSS

## Objetivos

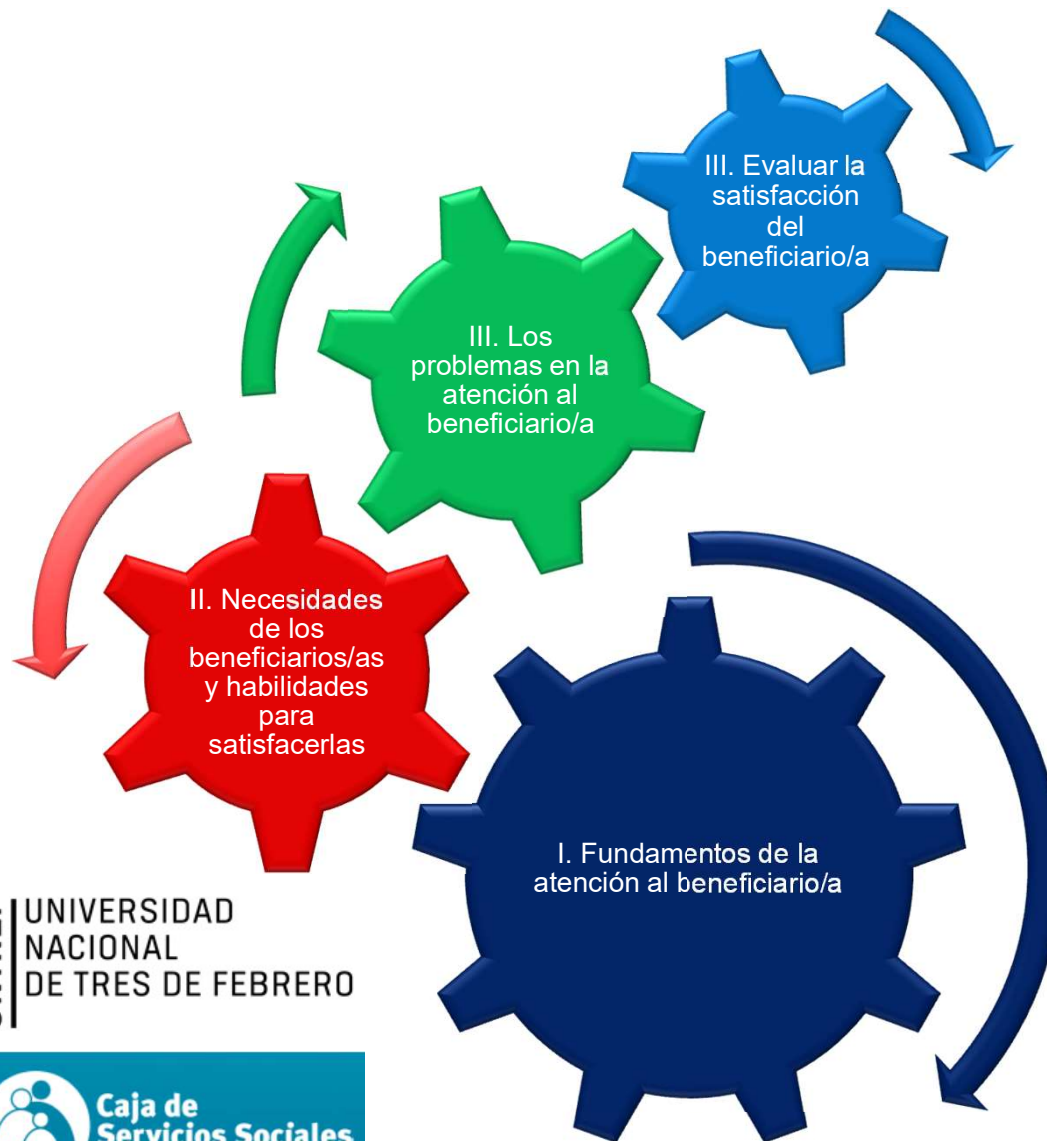
Que los y las participantes logren:

- Reflexionar sobre su propia experiencia en el sector atención al beneficiario/as
- Fortalecerse en técnicas de comunicación para aplicar en su tarea diaria.
- Impulsar mejoras para dar respuestas óptimas a las necesidades de los beneficiarios y de las beneficiarias y además,
- Contribuir en el fortalecimiento de la Institución.

## Módulos y metodología de las jornadas

ENCUENTROS VIRTUALES

2 HORAS

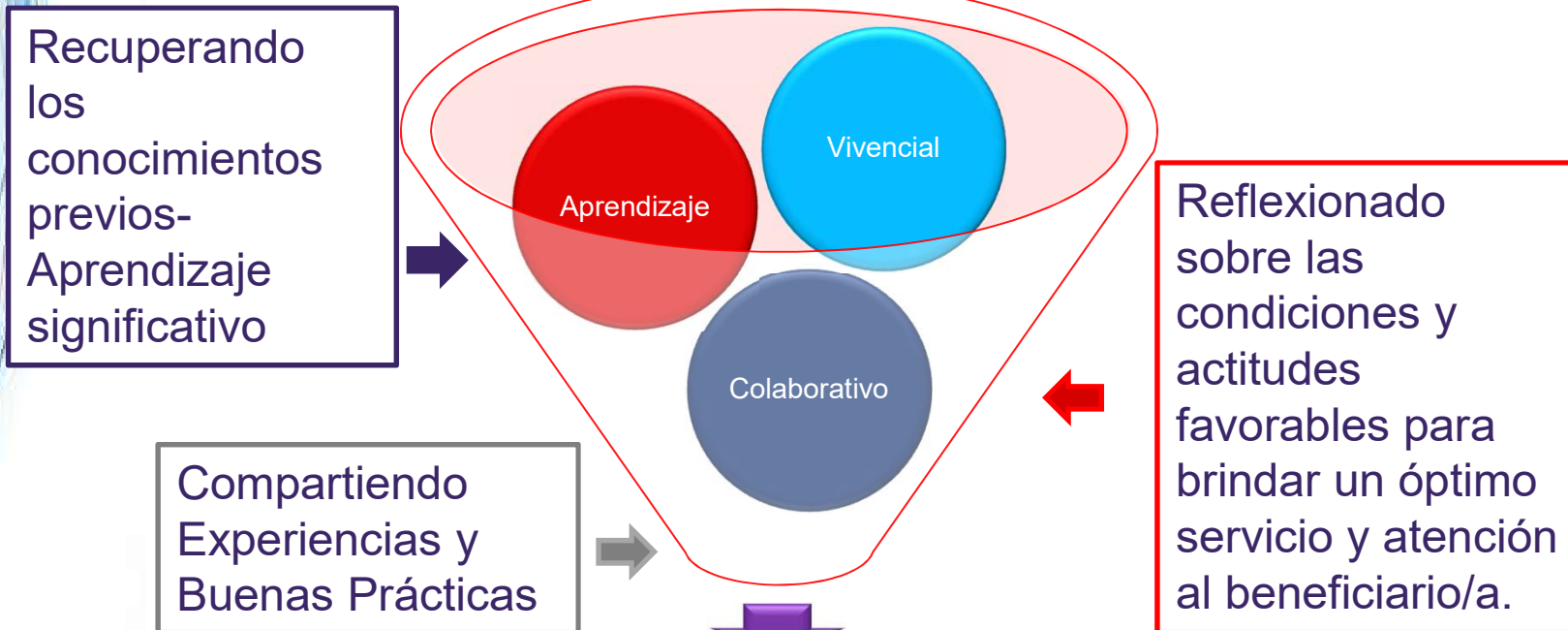


UNTREF | UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE TRES DE FEBRERO





## Dinámica de las jornadas



**Propósito: Promover mejoras en la Experiencia del Beneficiario/a Y fortalecer a la Institución**



**Calidad y calidez**

# LOS PROBLEMAS EN LA ATENCIÓN AL BENEFICIARIO/A



# Triángulo de los servicios

CSS Pcia Sta Cruz

**Comunicación  
interna**  
(posibilitando  
el servicio)

**Comunicación  
externa**  
(formulando el  
servicio/necesidad)

Atención al beneficiario/a

Beneficiarios/as

**Comunicación  
interactiva**  
(Cumpliendo  
el servicio)



## Funciones de la CSS de la Pcia de Sta Cruz

- Percibir cuáles son las expectativas del beneficiario/a
- Diseñar estándares de calidad para el servicio
- Comunicar al beneficiario/a la misión de la CSS de la Pcia de Sta Cruz (alcance de los servicios)
- Cumplir con el servicio



## Los beneficiarios/as

- Poseen expectativas sobre el servicio, basadas en experiencias previas, “boca a boca”, estado de ánimo, etc.
- Perciben cómo es el servicio
- Esperan satisfacer sus necesidades relacionadas al servicio. .



## Brechas a salvar para mejorar el servicio

**Brecha del beneficiario/a**

**Expectativa del  
servicio**

**Percepción del  
servicio**

Para lograr la satisfacción del beneficiario/a y hay que cerrar la brecha.



## Tipos de brechas a salvar para mejorar el servicio

- 1- Desconocimiento de lo que los beneficiarios/as esperan del servicio
- 2- No se definen estándares de servicios adecuados
- 3- No se cumple internamente con los estándares de servicios comunicados
- 4- No se cumple con lo prometido en el servicio.

VALORACIÓN DEL  
SERVICIO RECIBIDO

VALORACIÓN DE LO QUE  
SE ESPERA DELSERVICIO



PERCEPCIÓN

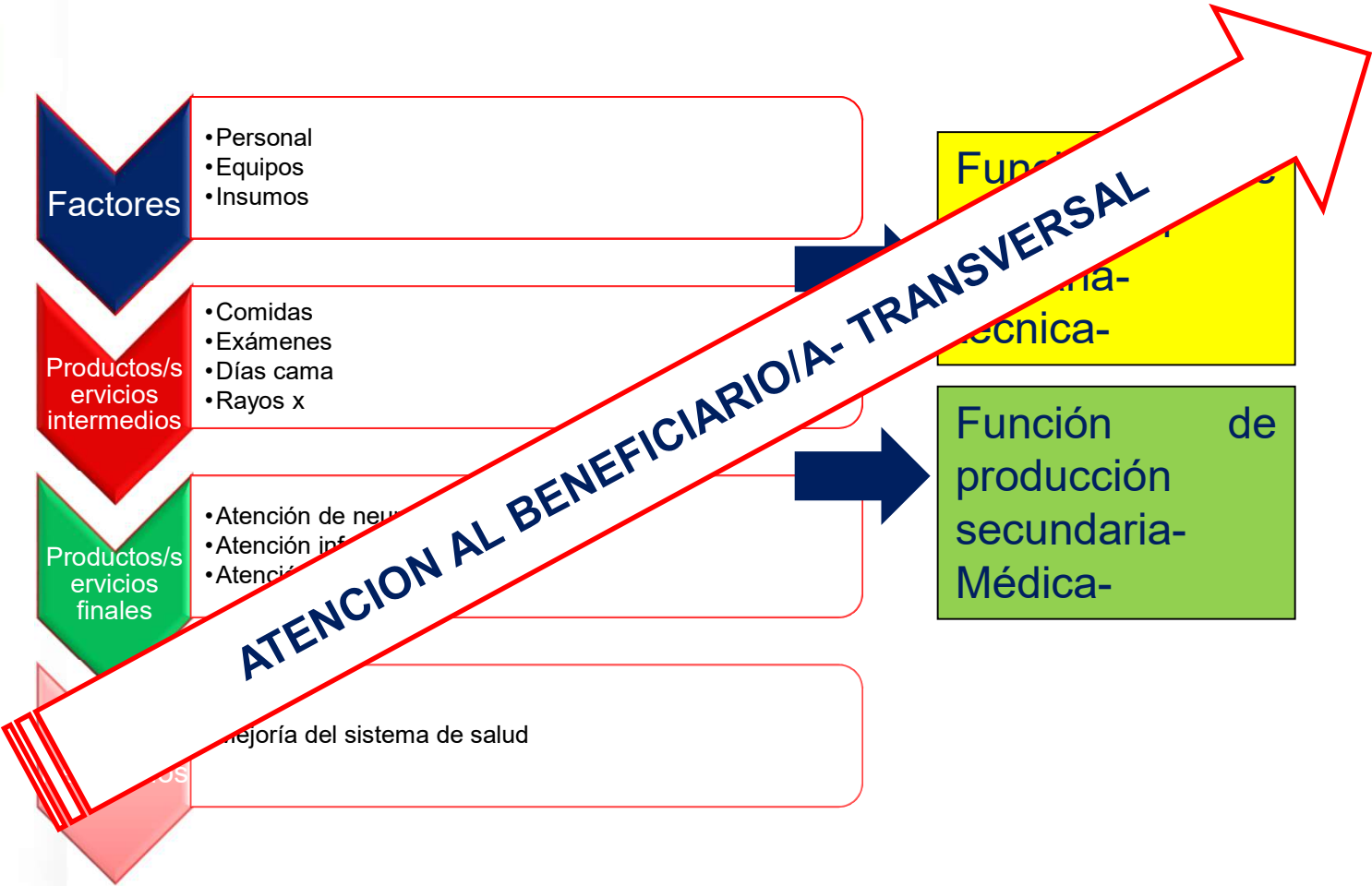
EXPECTATIVA

$P \geq E = \text{Satisfacción}$

$P < E = \text{Insatisfacción}$

# Enfoque sistémico de la gestión orientada a resultados

## Componentes:






Personal de  
contacto

## La función del personal

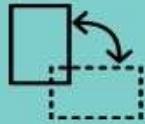
La función del personal constituye la parte esencial del servicio, dado que las características del mismo quedarán determinadas por los comportamientos del personal "en general incluyendo el personal en contacto directo con el beneficiario/a, ya se traten de cuestiones administrativo/técnicas y/o profesionales.



***La **comunicación** es un elemento esencial en todo el proceso del servicio de salud y una de las principales funciones de TODO el personal.***

## IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN

Adaptabilidad a los cambios



Toma de decisiones



Motivación de trabajadores



Compromiso de empleados



Mejora la imagen corporativa



# Barreras en la comunicación organizacional

Mensajes poco  
claros para el  
receptor

Diferentes  
significados  
para mismas  
palabras

Presunción de  
una única  
verdad

Creencia en 1  
sola forma de  
hacer las cosas

Distintas  
maneras de  
percibir las  
cosas

Niveles  
jerarquicos

Poder,  
autoridad y  
estatus

Poca visión  
global de la  
ORGANIZACION

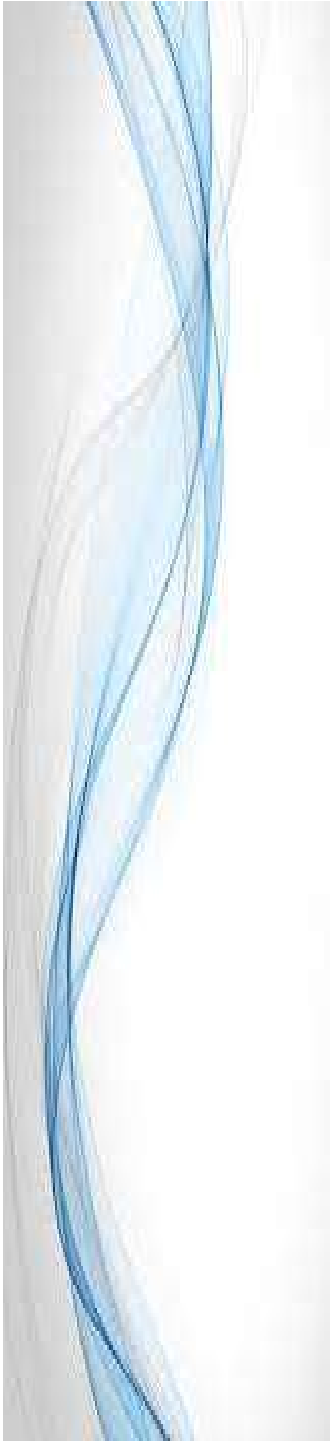


**Analizamos los siguientes episodios de la película Patch Adams**

<https://youtu.be/RHU5vjiL6nY>

<https://youtu.be/gyQGo3PuFyg>





Tal y como se ve en la famosa película protagonizada por Robin Willimas, el médico estadounidense Hunter Doherty “Patch” Adams, decía: “Resulta importante contar con personas que sepan provocar risas en los enfermos, que tengan las capacidades del payaso: adecuado lenguaje corporal, mímica de la cara y expresiones del cuerpo, ya que eso provocará, además de risas en los pacientes, una empatía adecuada entre doctor y enfermo”.

**INFOBAE**

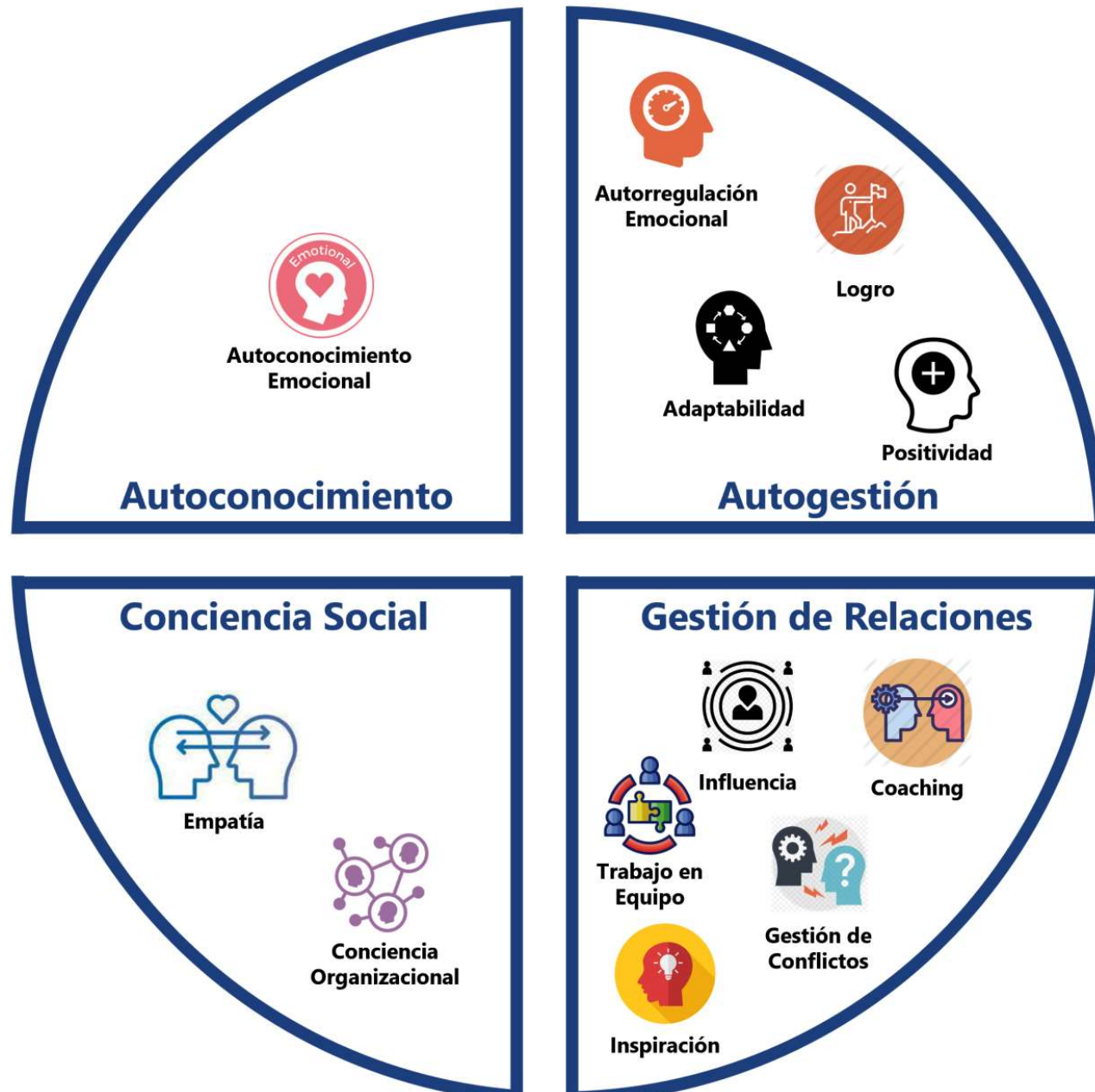
## **Disfrazado de pirata, Johnny Depp visitó a un grupo d cáncer en París**

El actor se disfrazó como el famoso bandido Jack Sparrow para saludar a los pacientes del Instit  
28 de Diciembre de 2018



Reír no solamente te hace sentir bien, sino que mejora tu estado tanto físico como mental. Al reírnos, mejoramos la toma de aire con gran contenido de oxígeno, estimulando los músculos, los pulmones y el corazón. También se liberan más cantidad de endorfinas en el cerebro, las cuales alivian el dolor del cuerpo y da una sensación de bienestar.

# Elementos que mejoran la comunicación





## Responsabilidades de Director/a de comunicaciones “DIRCOM”

Dircom, o director o directora de comunicaciones, es la persona responsable del plan de comunicación de una organización y quien encabeza la estrategia de gestión de comunicación corporativa interna y externa.

1. Conocer a fondo la cultura empresarial.
2. Asesorar diferentes áreas de la empresa.
3. Administrar recursos.
4. Promover la colaboración.
5. Establecer alianzas estratégicas.
6. Involucrar a los empleados.
7. Generar nuevas campañas.
8. Evaluar resultados.

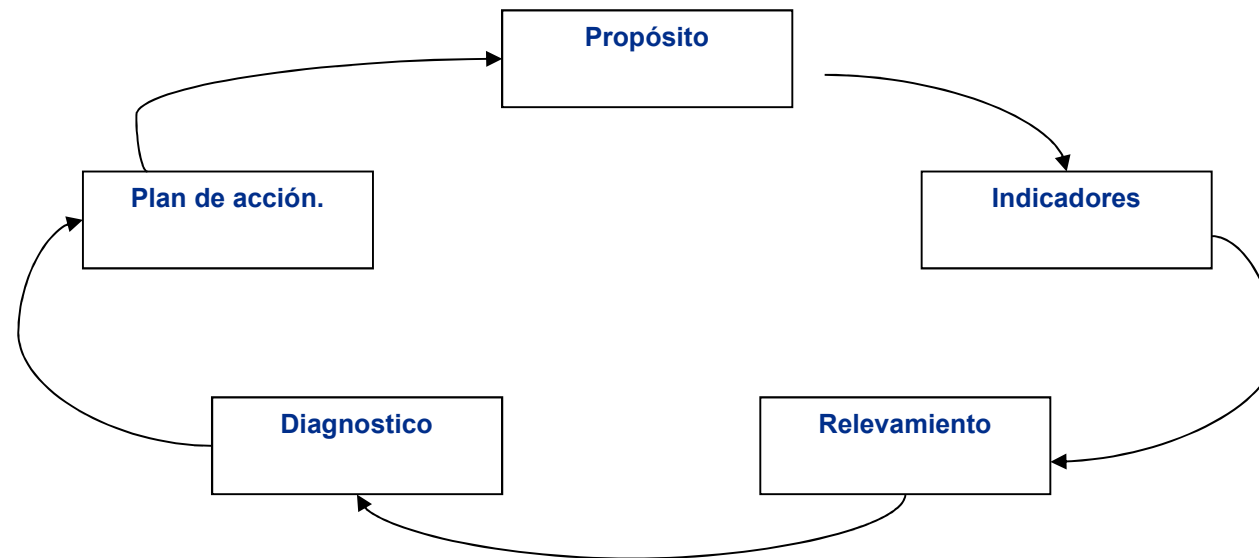
# Plan de comunicación INTERNA Y EXTERNA

Algunos aspectos a tener en cuenta:

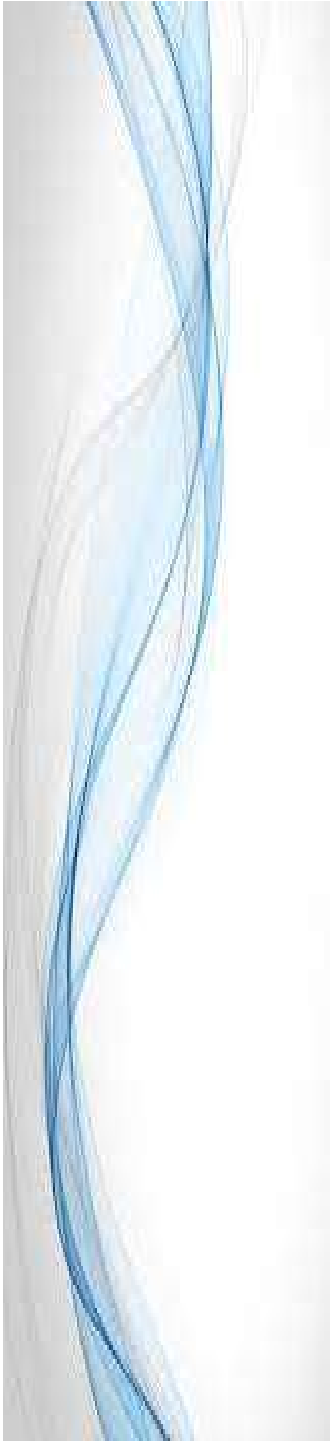


**Participación de los trabajadores y las trabajadoras**

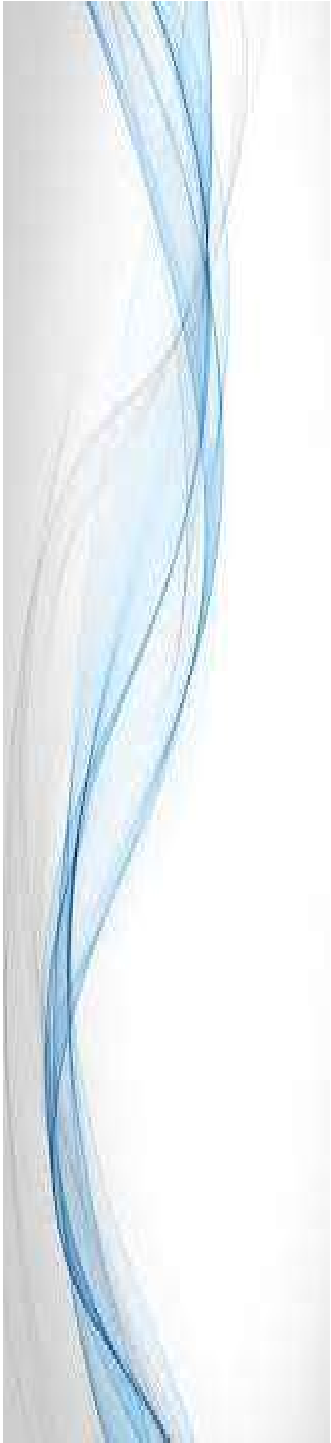
## Ciclo del proceso de medición



Un indicador es una unidad de medida que permite el seguimiento y evaluación periódica de las variables clave de una organización (pudiendo cubrir aspectos cuantitativos o cualitativos) mediante su comparación en el tiempo con los correspondientes referentes externos o internos



Propuesta consultores de UNTREF  
- ver PDF anexo-



**Muchas gracias!**



**UNTREF**

UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE TRES DE FEBRERO

# **Sistema de trámites para afiliados de la CSS**

**Componente 4**

## Objetivo

Brindar una herramienta informática que permita mejorar la interacción con el afiliado en términos de la gestión de trámites.

Esta aplicación servirá a futuro como fuente de indicadores que permitan la toma de decisiones.

Mejorará la calidad y el desempeño de los usuarios de la CSS.

Aplicación móvil para el afilado

Gestión de trámites comprende:

- Alta
- Descarte
- Seguimiento
- Subsanación
- Notificaciones

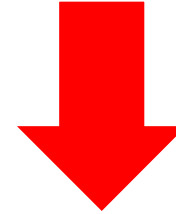
Aplicación web para el usuario

Parametrización del sistema

Gestión de trámites:

- Seguimiento
- Aprobación
- Observación
- Reportes

## Qué beneficios intenta aportar el proyecto de trámites?



- Reducción de tiempos de proceso de gestión
- Reducción de la necesidad de trasladarse de los afiliados tanto para la generación del trámite como para su subsanación
- Reducción de consumo de papel
- Reducción de tiempo en asistencias
- Reducción el factor de error humano

- Seguimiento de trámites ágil
- Organización de tareas diarias
- Coordinación con otras áreas
- Inmutabilidad de los procesos. Estos solo cambian cuando se desea esto hará que no genere malas interpretaciones
- Unifica los medios de comunicación
- Recolección de indicadores que permitan advertir falencias para la tomar decisiones
- Plataforma desde la cual se podrán desarrollar futuras funcionalidades



**UNTREF**

UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE TRES DE FEBRERO

**Preguntas?**

**PROYECTO  
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL  
CAJA DE SERVICIOS SOCIALES  
PROVINCIA DE SANTA CRUZ**

**CAPACITACION EN LA  
ATENCIÓN A LOS BENEFICIARIOS/AS DE LA CSS**

**4to módulo\_5ta clase- sincrónica**

**Convenio Consejo Federal de Inversiones y UNTREF**





# CAPACITACION EN LA ATENCIÓN A LOS BENEFICIARIOS/AS DE LA CSS

## Objetivos

Que los y las participantes logren:

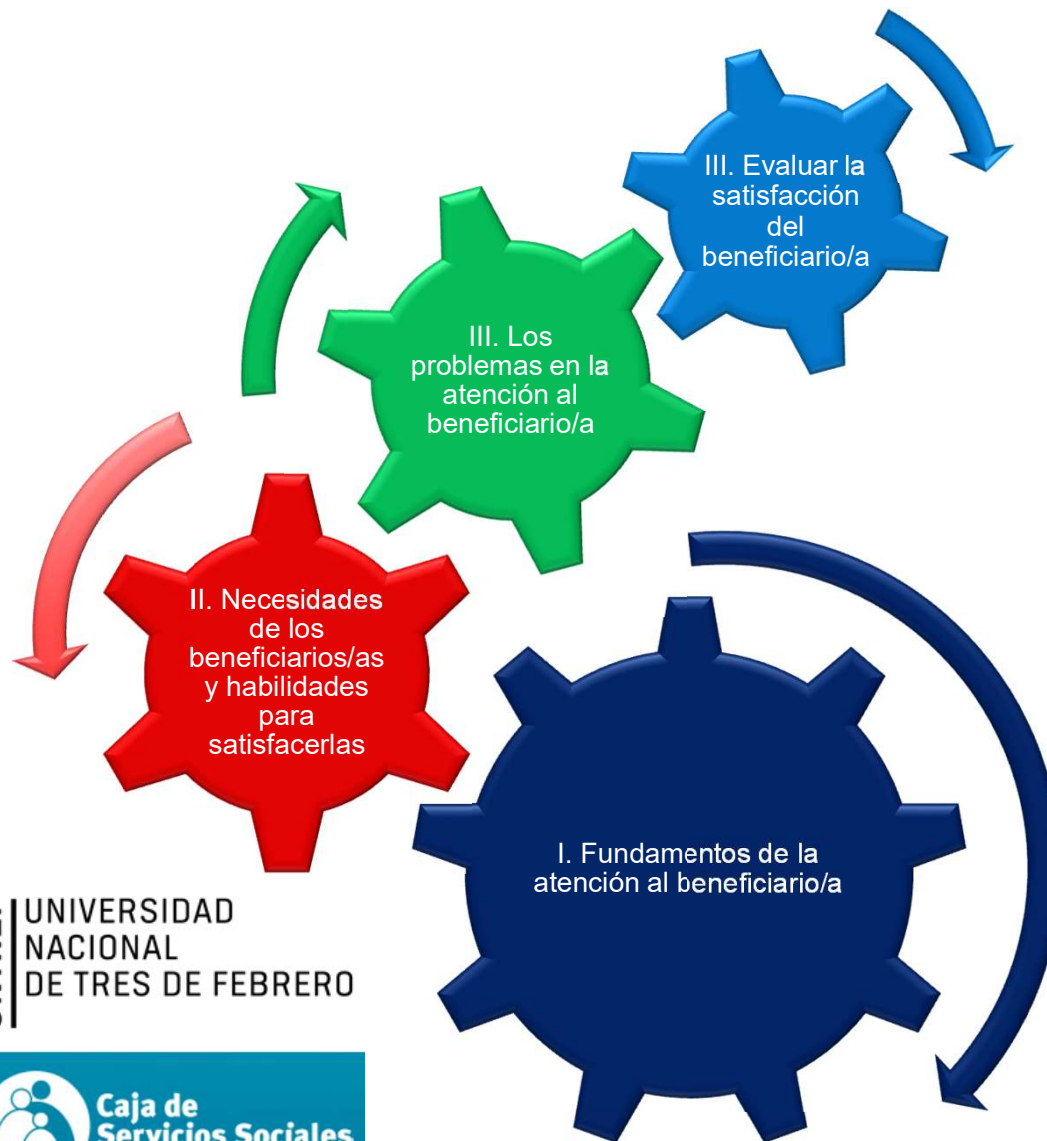
- Reflexionar sobre su propia experiencia en el sector atención al beneficiario/as
- Fortalecerse en técnicas de comunicación para aplicar en su tarea diaria.
- Impulsar mejoras para dar respuestas óptimas a las necesidades de los beneficiarios y de las beneficiarias y además,
- Contribuir en el fortalecimiento de la Institución.



## Módulos y metodología de las jornadas

ENCUENTROS VIRTUALES

2 HORAS

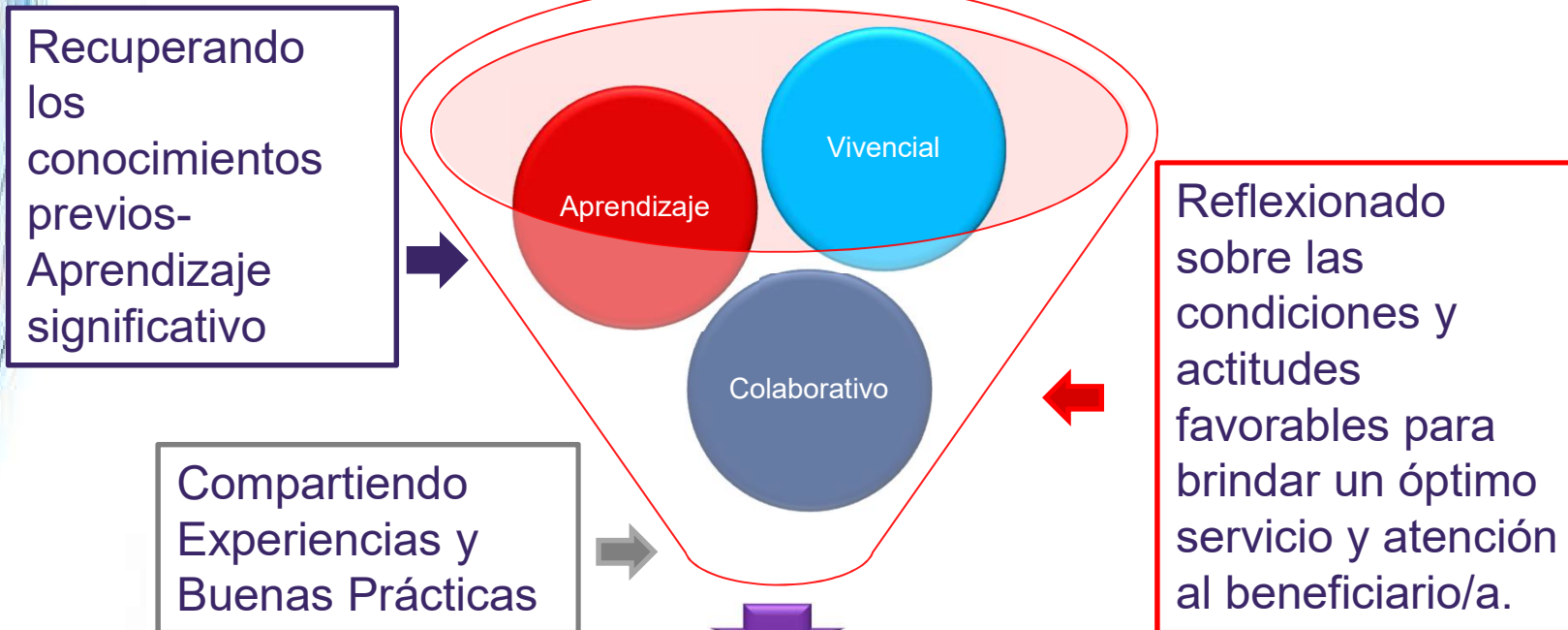


UNTREF | UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE TRES DE FEBRERO





## Dinámica de las jornadas




**Propósito: Promover mejoras en la Experiencia del Beneficiario/a Y fortalecer a la Institución**




**Calidad y calidez**

# EVALUAR LA ATENCIÓN AL BENEFICIARIO/A

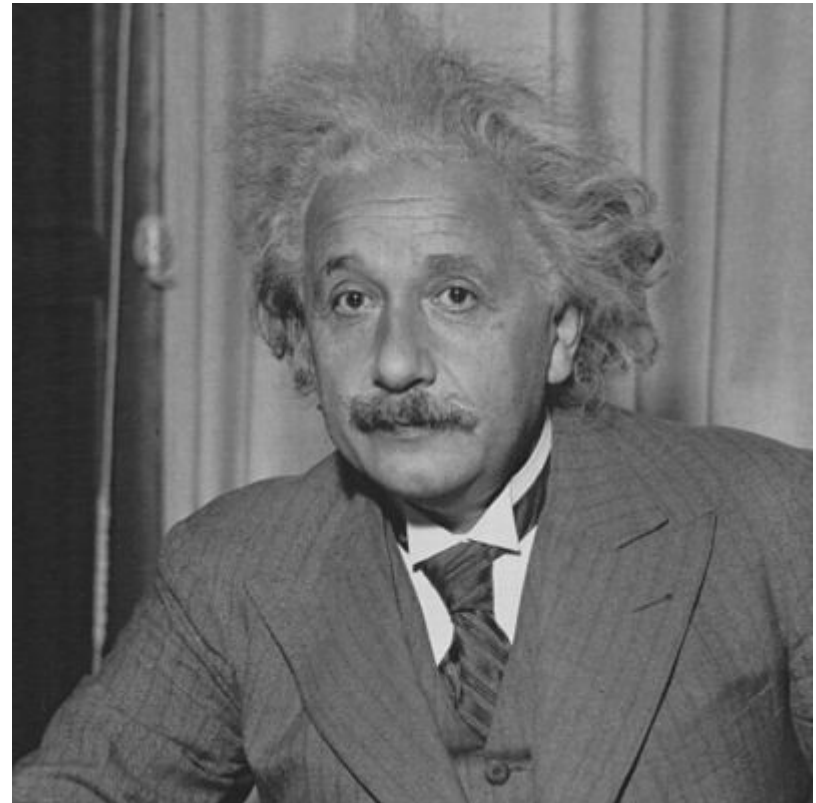
Qué medir?



III. Evaluar la  
satisfacción del  
beneficiario/a



No todo lo que  
importa puede ser  
medido, ni todo lo que  
puede ser medido  
importa.



Albert Einstein- 1879-1955-



Cuáles serían los indicadores a seguir?

Cómo?

Para qué?

Cuándo?

Quiénes?

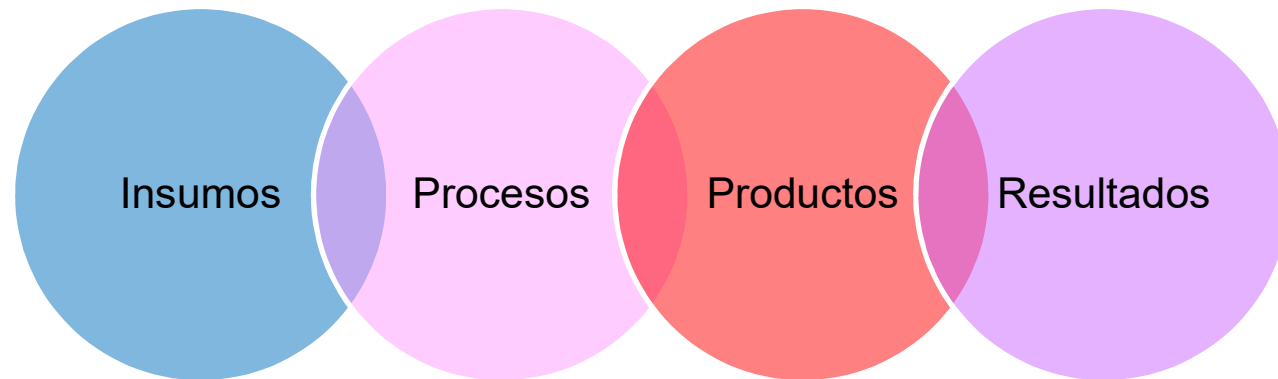
Conocimiento

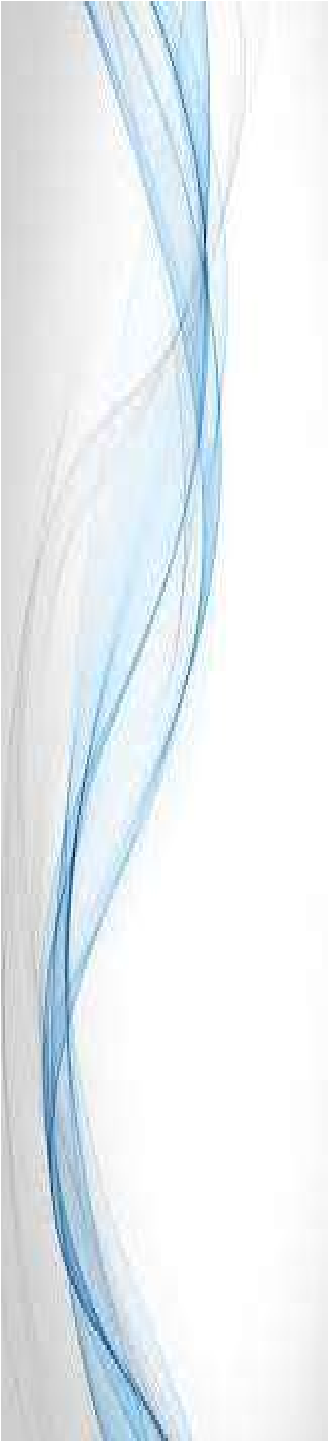
Información

Datos



Indicadores en una organización  
(en general y específicamente en atención al  
beneficiario/ria)

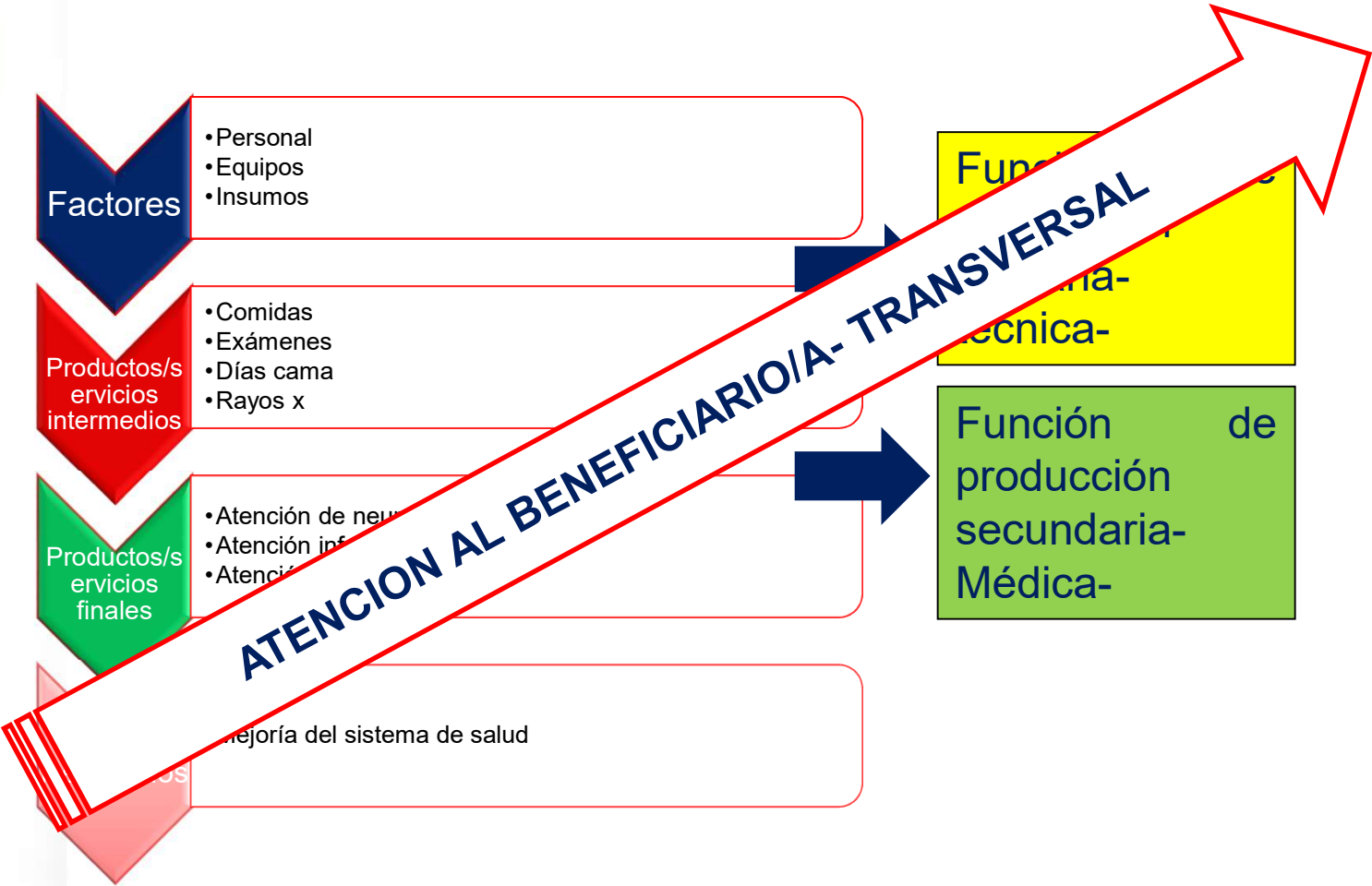


- 
1. Tiempo medio de espera (TME)
  2. Tasa de abandono número de contactos hechos por las personas y cuáles fueron efectivamente atendidos
  3. Tiempo medio de atención (TMA) promedio de duración de tu servicio de soporte,-
  4. Tiempo medio de post-atención- tiempo medio que necesitan los responsables de dar soporte para terminar un caso con un cliente y empezar el próximo
  5. Evaluación directa- a persona podrá dar su opinión directa
  6. Evaluación indirecta- a persona podrá dar su opinión posteriormente a la atención
  7. Nivel de satisfacción de los beneficiarios/rias
  8. Reclamos
  9. Cuanto esfuerzo le resulta al beneficiario/ria lograr su objetivo
  10. Calidad del servicio/atención

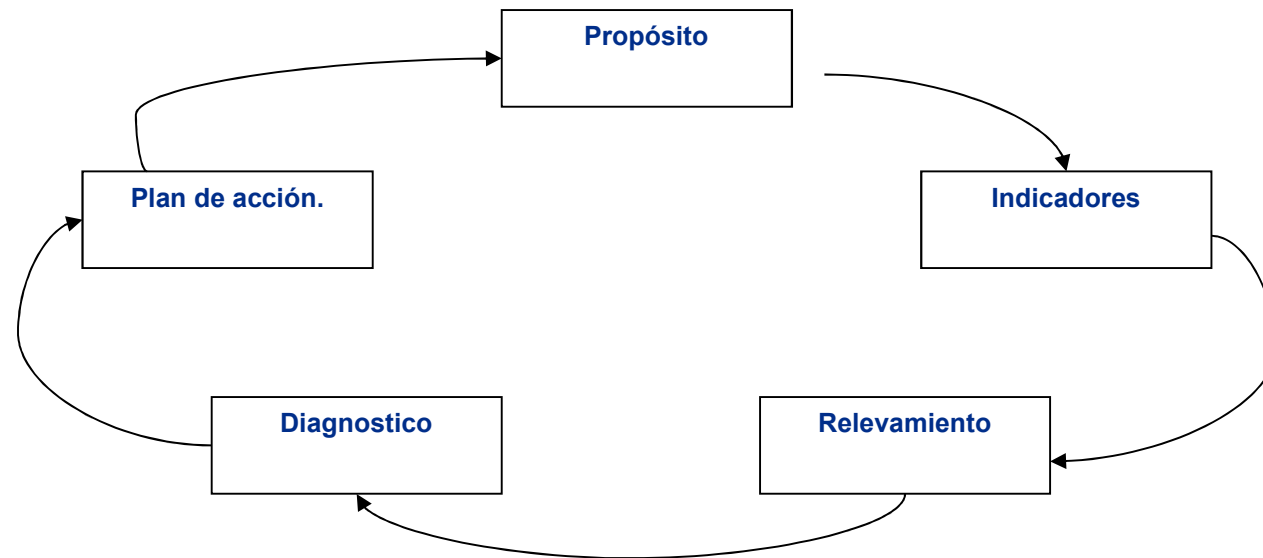


# Enfoque sistémico de la gestión orientada a resultados

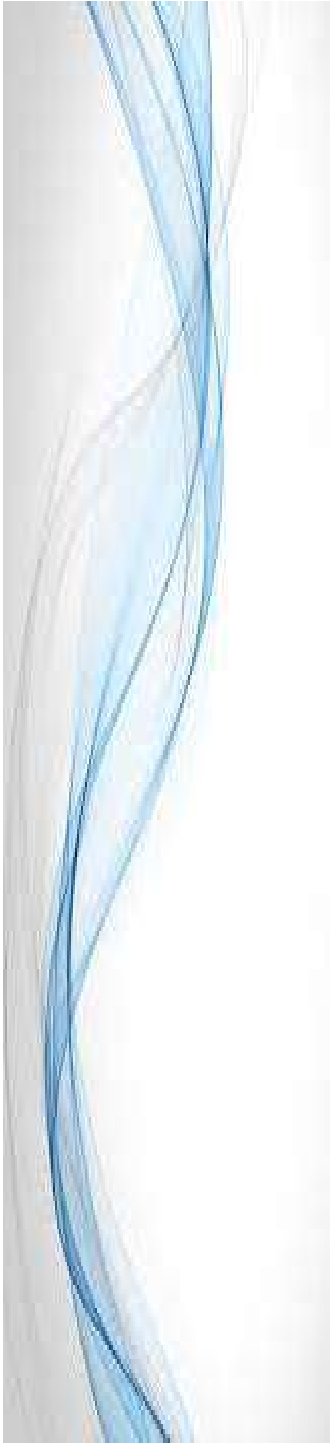
## Componentes:



## Ciclo del proceso de medición



Un indicador es una unidad de medida que permite el seguimiento y evaluación periódica de las variables clave de una organización (pudiendo cubrir aspectos cuantitativos o cualitativos) mediante su comparación en el tiempo con los correspondientes referentes externos o internos



**Muchas gracias!**

# Un ámbito de reflexión

CÓMO MIRAMOS AL FUTURO NUESTRA ORGANIZACIÓN

DEBERÍA SER.....

CÓMO QUEREMOS QUE NUESTRA CSS SEA VISTA.....



Se identifican  
así.....

---

Compromiso de las autoridades a la innovación

---

Prestigio de profesionales y técnicos

---

Calidad humana y profesional del personal

---

Recursos tecnológicos modernos

---

Alianzas estratégicas inteligentes

---

Innovación e los procesos de gestión

---

Clima laboral favorable

---

Proactividad del personal

# Un ámbito reflexión

---



¿Estamos convencidos de calidad de la red prestacional ?



¿Podemos ayudar a nuestros beneficiarios a tener calidad médica cerca de su casa?



¿El case management facilita el proceso administrativo medico y de calidad percibida ?



.

# Un ámbito de reflexión

---



¿La segunda opinión nos prestigia?



¿Estas herramientas pueden ser el comienzo de un manejo personalizado de casos complejos?

# Un ámbito de reflexión

*“Si eres predicador, sé capaz de animar a los demás; si te corresponde la asistencia, da con la mano abierta; si eres dirigente, actúa con dedicación; si ayudas a los que sufren, muéstrate sonriente”.*

*La Biblia, Romanos 12,6-9*



**Caja de  
Servicios Sociales**  
PROVINCIA DE SANTA CRUZ



## F.O.D.A.

### CSS Pcia de Sta Cruz

#### ATENCIÓN AL BENEFICIARIO

##### Grupo de trabajo (integrantes):

- 1-Carlos Oyarzun
- 2-Cinthy Elgueta
- 3-Leonor Aguilar
- 4-Norma Galván
- 5-Graciela Bahamonde

F.O.D.A. (herramienta diagnóstica)		
	Positivas	Negativas
<b>Exterior</b>	<b>Oportunidades</b> (al menos 3 a 5).  1. Generación y estandarización de la gestión de los procedimientos para la atención a los afiliados. 2. Desarrollo de capacitaciones constantes para el personal de la CSS, incluyendo no solo al sector de atención al afiliado. 3. Aprovechar las nuevas tecnologías informáticas para realimentación constante.	<b>Amenazas</b> (al menos 3 a 5).  1. Crisis económica y laboral en la provincia. 2. Baja en el índice de afiliados activos, seguido de una disminución de los aportes y contribuciones que ingresan a la Obra Social. 3. Cambios en la legislación.
<b>Interior</b>	<b>Fortalezas</b> (al menos 3 a 5).  1. Empleados con buena predisposición, actitud positiva y sentido de pertenencia. 2. Personal experimentado en la atención a los afiliados. 3. Numeroso recurso humano, destinados a la atención al afiliado.	<b>Debilidades</b> (al menos 3 a 5).  1. Manejo numeroso de situaciones de tensión con los afiliados. 2. Respuestas negativas o explicaciones deficientes. 3. Tiempo de respuesta lento a los reclamos planteados. 4. Escasas y/o deficientes comunicaciones con los demás sectores. 5. Personal desmotivado para la atención al afiliado. 6. Negativas del personal hacia las capacitaciones 7. Baja numerosa de prestadores médicos, centros asistenciales y/o farmacéuticas. 8. Cierres prolongados o permanentes de alguna delegación de la CSS.

## **Propuestas de mejoras del equipo de trabajo:**

### • **Amenazas:**

1. Afecta a toda la provincia, pero principalmente apunta a la reducción de ingresos económicos a la institución, ya que, por mencionada situación, puede afectar diferentes estrategias abordadas, y se deba retroceder para reformular planteos.
2. Los recursos económicos y financieros de la Obra Social, pueden llegar a niveles muy por debajo de lo habitualmente establecido, generando un escenario complicado para el cumplimiento de las obligaciones medico asistenciales (prestadores y afiliados).
3. Hace poco se ha normalizado la Obra Social, eso no implica que, por causas externas a la misma, se vuelva a considerar una intervención de regulación. Dicha medida, crea nuevas normativas y estatutos.

### • **Debilidades:**

1. Llevar registro de las situaciones de tensión, sobre el tema que se genera dicho suceso; y así encontrar el mejor tipo de abordaje para solucionar o reducir los eventos desafortunados.
2. Ligado al punto anterior, mostrar por qué no puedes satisfacer su demanda, dando una razón clara para esta negación; con argumentos sólidos y ejemplos concretos, estando o no presente los superiores inmediatos.
3. Analizar los canales de comunicación más usados, sea presencial, teléfono, sitio web, mensajería instantánea, o correo electrónico; para poder ajustar el servicio al afiliado.
4. Se deben tomar acciones para mejorar la comunicación intersectorial, se debe vencer la barrera de la incumbencia (no se si es la palabra adecuada).
5. Se debe asegurar que cada empleado este en su puesto, deben tener las herramientas necesarias para trabajar, deben tener cierta autonomía laboral, y permitirles oportunidades de crecimiento.
6. Las gerencias deben ser responsables de transmitir el mensaje de la justificación de las capacitaciones, y persuadir al personal destinada a las mismas, brindando acompañamiento.
7. Las máximas autoridades deben servir como gestores de soluciones, implementando medidas por las cuales los prestadores y/o proveedores no se desvinculen de la institución; como planes de pago de deudas, actualizaciones de convenios prestacionales y valores de los mismos; mantener el contacto fluido ante eventualidades.
8. La comunicación fluida con las delegaciones resulta prioritaria; ya que permite formar planes de acción, para prevenir y resolver imprevistos en materia de brindar el servicio de atención.

### • **Oportunidades:**

1. La implementación de procedimientos escritos y sus actualizaciones servirían de base para las tareas de atención, fijar criterios, explorar alternativas, gestionar mejor los tiempos relacionados a la solución de problemas.
2. Las capacitaciones deben ser integrales para todo el personal de la institución.

3. Por ejemplo, las encuestas en línea respecto a los servicios brindados serian un puntapié inicial.

• **Fortalezas:**

1. Mantener al personal motivado es crucial para la moral del servicio de atención a los afiliados.
2. La experiencia en atención al afiliado del personal más antiguo, puede armar al servicio de herramientas poco usadas para enfrentar situaciones tensas.
3. (Se desconoce cómo se desarrollan las actividades de atención en las delegaciones) Tanto en boxes como la atención individual, puede contar con un recurso humano importante para el servicio brindado.

[Foros](#) > [Categoría](#) > Tema de debate

## Visión, Misión y Valores de la CSS de la Pcia de Sta Cruz

Fabiana Disanto - 13/11/2022 20:18

Estimados y Estimadas, ¿Cómo están?. En función de los intercambios mantenidos durante el 2do encuentro sincrónico (11\_11\_22), les proponemos interactuar en este espacio para **definir la visión, la misión y los valores** - VMV- de la Caja de Servicios Sociales de la Pcia de Santa Cruz.

Tal como señalamos en el encuentro, esta construcción es colectiva y debe surgir desde dentro de la Institución, por lo tanto es muy importante vuestra participación. Conocer y/o explicitar estos aspectos, no sólo fortalecerán la comunicación interna sino que también, y fundamentalmente, la comunicación externa (hacia los beneficiarios/as). Por lo tanto, esperamos sus aportes. Adelante!. Equipo UNTREF Virtual-

### Debate



Cinthya Elgueta - 25/11/2022 13:34

Buenas tardes.

Desde mi parecer puedo identificar

**Misión:** garantizar la cobertura en salud a nuestros afiliados brindando un servicio de salud integral y de calidad de manera eficaz, preventiva y oportuna.

**Visión:** Brindar una variedad de planes en el ámbito de salud que satisfagan las necesidades de sus afiliados.

**Valores:** Conuerdo con los mencionados por mis compañeros, a los mismos le agregaría

- Empatía: Se debe tener en cuenta que como obra social trabajamos con afiliados los cuales acceden a nosotros en busca de soluciones. Debemos posicionarnos en lugar de los afiliados para que se pueda solucionar el conflicto que está atravesando de la manera mas eficaz posible. (Aclarando siempre dentro de las posibilidades de la obra social)

## SALUDOS

responder 

Fabiana Disanto - 27/11/2022 11:48

Hola Cinthya. Cómo estás?. Gracias por tu aporte!. Cordialmente, Fabiana

responder



CARLOS OYARZUN - 19/11/2022 22:08

Como participación, indico acerca de los temas consultados, algunos con fundamentos y otros de forma subjetiva:

**Misión:** La misma esta definida en la Ley N° 3.677, en su Artículo N°2: La Caja de Servicios Sociales de la Provincia de Santa Cruz, realizará en la Provincia **todas las actividades prestacionales de índole médico asistencial, no prestacional en materia de funcionamiento y/o logística y acción social.** (siempre dirigida a sus afiliados).

**Visión:** Desde mi punto de vista, esta debe ser definida por las máximas autoridades dentro de organismo; pero como la declaración de visión apunta a un futuro deseado, señalaría que se busca ser la Obra Social con el más alto estándar de calidad de servicios de salud, con la mejor atención y cobertura, brindando asistencia de manera ágil, rápida y eficiente.

**Valores:** Como dato, las leyes de creación de las obras sociales provinciales tienen en común, que sus dictados son de períodos de gobiernos de facto, y carecen de valores y principios. Aun así, en los tiempo que corren, estos principios son de extrema necesidad para la institución. De mi parte, desconozco la declaración de dichos valores; pero si lo que se busca es una construcción de los mismos, algunos de ellos pueden ser:

- **Solidaridad:** para con el afiliado y su grupo familiar.
- **Equidad:** brindar atención y servicio a todos los afiliados por igual.
- **Transparencia:** brindar información clara, comprensible, veraz y auténtica.
- **Eficiencia:** para los procedimientos y servicios brindados a los afiliados.

Saludos.

responder 

Fabiana Disanto - 20/11/2022 13:42

Hola Carlos, espero que te encuentres muy bien. Gracias por los comentarios.

Los sistemas de gestión en las organizaciones, afortunadamente impulsan cada vez más la participación de los trabajadores y de las trabajadoras en diversos aspectos inherentes al propio trabajo (y organización en general) para lograr entornos laborales saludables. La definición y/o redefinición de la visión, la misión y los valores forman parte de dicho sistema de gestión y por ende, es muy valorable la participación de todos los trabajadores y las trabajadoras en estos procesos. En este sentido, tus anhelos señalados en la descripción de la "visión", y tus aportes sobre los valores, son muy válidos, y ojalá, punto de partida para continuar reflexionando al respecto.

Adelante!

Cordialmente,

Fabiana

responder



**Virginia Leonor Aguilar** - 18/11/2022 20:38

Hola! quizás sea un aporte temeroso (ja), pero queria abrir el foro para debatir y comparar mi punto de vista. Desde mi lugar la construccion para la mejora de servicio en cuanto a la atencion del afiliado es buena, por ahi siento en este momento que el cambio en la dinamica, de brindarnos capacitaciones nos aportan mucho mas UNION entre compañeros de distintos sectores que quizás teniamos y tenemos muchas dudas en cuanto a los procesos de cada tramite que manejan en ese servicio. Destacar que aveces no conocemos y tratamos con todos los empleados y esto es un hermoso para hacerlo, siento que mayormente el aporte que hace la participacion de estos cursos es la alianza del gran equipo que somos representando la misma funcion, en distintos sectores pero siendo un mismo equipo. En este punto se desarrolla la comunicacion interna, para que la informacion que brindaremos a los afiliados (externa) sea unificando cada criterio. Vision de avanzar para fortalecer el servicio, mision de las funciones como operadores en la administracion de nuestra obra social y los valores (en cuanto a la persona? se refiere? a la emocion de sentirse orgulloso de estar al frente - consulto -) tener ese valor como seres humanos que estamos frente a una institucion que brinda servicios para la salud y sentimos de manera empatica las situaciones que afrontan nuestros afiliados.- los saludos... gracias

responder



**Fabiana Disanto** - 20/11/2022 13:27

Hola Virginia!. ¿Cómo estás?. Tu aporte no es para nada "temeroso"..ja. Es muy lindo lo que señalás. Ojalá se vayan sumando más compañeros y compañeras (además de Carlos que veo ha dejado también su contribución al tema) para continuar avanzando en estos aspectos que, seguramente los fortalecerán.

Respecto a los valores, se refiere a los valores de la organización, lo que caracteriza a la CSS de la Pcia de Sta Cruz, "su ADN", lo que trasciende los tiempos...(la misión y la visión en cualquier organización puede cambiar...los valores difícilmente)...Obviamente, dichos valores seguramente son compartidos por los miembros de la CSS de la Pcia de Sta Cruz.-

Seguimos avanzando!

Abrazo

Fabiana

responder



**Virginia Leonor Aguilar** - 22/11/2022 20:20

Muchas gracias!!!! 😊

responder

## **Propuestas de mejoras y posibles desarrollos para la comunicación interna y externa de la CSS**

Grupo de Trabajo

1- Oyarzun Carlos David.

2- Elgueta Cinthya Nerea.

Aclaración: se ha tomado como “mejoras” a la comunicación ya empleada o conocida, y como “desarrollos” a aquellas comunicaciones escasas o inexistentes, pero de aplicación factible.

### • **Comunicación Interna**

#### **1. Determinar canales de comunicación formales.**

Debemos tomar conocimientos y aplicación de las distintas herramientas que resultan efectivas para la Obra Social. Tener en claro cuáles son los canales “correctos” dependiendo del tipo de necesidad que tenga la Institución (influyen diversos factores; como el tiempo, el contenido del mensaje a difundir o los recursos humanos y económicos disponibles para llevarlos a cabo).

##### 1.1. Mejoras.

- a) Correos electrónicos: es la más extendida y usada, quizás la herramienta más útil. Muchos de los correos creados no poseen la denominación de institucionales (@css.gov.ar). Se apunta a normalizar esta característica. Se debe reconocer que muchas áreas emplean correos tipo @gmail.com; puede que las herramientas asociadas al motor de búsqueda sean relevantes. Asimismo, se debe optimizar el envío de documentación (archivos adjuntos, escaneados correctos y legibles, etc.).
- b) Intranet: reúne todos los recursos necesarios en un único portal, de fácil manejo, optimiza la comunicación y el flujo de la información, entre los empleados. Útil para la colaboración. Se debe hacer hincapié en su uso, ya que muchos trabajadores no aprovechan la herramienta.
- c) Mensajería instantánea: pequeños grupos de trabajo (como WhatsApp), y algunos directores emplean dichos grupos. La cultura abierta puede ser percibida de forma negativa por algunos miembros de la institución y controladora por algunos empleados; generando incertidumbre en su uso. Deben respetarse además ciertos horarios, respecto a los turnos del uso de las líneas de guardia, y evitar situaciones de conflicto.
- d) Circulares: de manera oficial, se informa a todos los empleados de novedades, cambios y/o reestructuraciones dentro de la institución. En todas las dependencias, se les debe prestar atención, ya que a pesar de notificarse; se omiten por completo con frecuencia.



De lo anterior señalado, se debe apuntar a solucionar la comunicación intersectorial, y eso incluye a la sede central, sus dependencias y delegaciones. Establecer comunicaciones más fluidas, en especial con las delegaciones de interior de la provincia, ya que son las que poseen menores recursos y actuaciones más reducidas.

## 1.2. Desarrollos.

- a) Manual de bienvenida: destinado a los nuevos trabajadores o para aquellos que han decidido cambiar de sector de trabajo. Su primer objetivo es formar un contexto positivo entre los empleados nuevos y los actuales. Debe contar con la historia de la CSS, sus hitos fundacionales; apuntar al proyecto organizacional, hacer mención a la Misión, Visión y los Valores de la Institución. Como opción, debería estar acompañado de un organigrama.
- b) Dossier: aun con la reglamentación oficial y la intranet, cuando un empleado no encuentra la novedad o la información que necesita por los canales formales (ejemplo; existencia de nuevos prestadores, aprobación de nuevas prácticas, actualización de aranceles, etc.), recurre a los informales; sería una herramienta muy empleada, tanto digital como impresa, sirviendo para dar continuidad a la información presente y actualizable.
- c) Manual de procedimientos: favorece la operatividad y el desempeño, a través de pautas de actuación para determinada actividad y de manera muy formalizada. Puede prepararse por área o por grupos de trabajo. Se asume que la CSS carece de manuales, por lo que su desarrollo será un avance significativo, para mejores resultados.

En base a la solicitud de desarrollar una educación y acercar mejores métodos, herramientas y cursos, deben incluirse módulos de formación para las capacitaciones y seminarios brindados por la CSS, para sus empleados de una determinada temática. La gestión de los cursos, mediante el sector correspondiente; ha iniciado bien, presentando carteleras de capacitaciones (tanto obligatorias como optativas), para mejorar nuestro desempeño. Teniendo en cuenta los ya dictados y en proceso, las temáticas deben mejorar; como, por ejemplo, sobre ofimática, administración financiera, asuntos médico-asistenciales, primeros auxilios, etc.

## **2. Crear Manual Institucional.**

Un manual institucional es el documento que contiene todas las directrices acerca de la imagen de la Obra Social. En esencia, reúne los elementos visuales y comunicativos que distinguen a la institución, a la vez que gestiona su uso interno y externo.

## 2.1. Mejoras.

Principalmente, son importantes las iniciativas del sector de Comunicación Estratégica de la institución para realizar reuniones de trabajo con todos los empleados, en relación a temas propios de la creación de un manual institucional, para impartir conocimiento y además obtener una retroalimentación mas fluida.

## 2.2. Desarrollos.

Para desarrollar un manual institucional, hay componentes básicos que pueden servir de guía como:

- a) Historia de la CSS: se debe comunicar los pilares sobre los cuales se constituye la obra social; como su Misión, su Visión, sus Valores, etc. Según informe, bien empleado.
- b) Logo: debe incluir las especificaciones acerca de su diseño, el espacio entre los elementos, los colores y las escalas permitidas. Es importante incluir los usos correctos e incorrectos del logo para evitar posibles errores.
- c) Colores: indica los tonos permitidos en torno de la institución y las combinaciones pueden ser inadmisibles. Es importante indicar una guía de colores, para impresiones, así como el color HEX para los medios digitales. Según informe, es un punto favorable para el plan de comunicación.
- d) Composición: las normas básicas de diseño que reflejan la intención de la CSS. Ayuda a crear una disposición visual distintiva.
- e) Iconos: explica cómo utilizar los iconos que la Obra Social incluye en impresos o medios digitales (ejemplo, cómo implementar el icono de «descargar» en cuanto a tamaños y colores). No se debe exagerar.
- f) Imágenes: incluye el uso y tratamiento de las fotos e ilustraciones, como el tipo de enfoque permitido. Según informe, se respetan las formas de marca; además es posible utilizar imágenes compuestas solo por dos colores (se debe ser prudente, ya que puede saturar la visión del afiliado) o imágenes con contraste.
- g) Tipografías: indica cómo utilizar las fuentes, incluyendo tamaño, espaciado, uso de fondos oscuros y claros, así como combinaciones entre títulos y párrafos de texto. Según informe, es un punto fuerte de la institución.

Lo anteriormente señalado, solo es una idea planteada de diversas bibliografías sobre el tema, en base al informe presentado (UNTREF); se asume que el área de Comunicación Estratégica ha tomado los respectivos planteos, y ejecuta un desarrollo superador.

### **3. Fortalecer vínculos internos.**

La efectividad de su clima laboral y de su planificación se ve reflejada en el cumplimiento adecuado de los empleados, así como en su productividad. La calidad del clima laboral y la relación que se tenga con el resto del equipo marca con creces las ganas y la motivación para hacer frente a las tareas. Toda la organización construye el clima laboral. Esto involucra a los directivos, responsables de recursos humanos, los mandos medios y trabajadores, base que deben poner su mejor esfuerzo para mantenerse como unidad y reforzar en sentido de pertenencia. Se debe trabajar la empatía, la comunicación abierta y directa, cara a cara.

#### 3.1. Mejoras.

- a) Trabajar con constancia: la constancia no sólo genera hábitos, sino crea confianza con el prójimo (compañero de trabajo).
- b) Tener un propósito en común: es vital encontrar metas en común que nos permitan compartir objetivos e intereses.
- c) Hacer frente a los conflictos: Cuando surja un problema, escuchar de manera activa, y asegurarse también de tratar la situación solo después de que todas las partes hayan tenido la oportunidad de calmarse.
- d) Participar de los espacios de interacción laboral: existen algunos hábitos o costumbres como, por ejemplo, reunirse una vez a la semana, entre otras. Para lograr ser parte de un equipo, es vital la colaboración, o unirse a esos hábitos que generan debate.

#### 3.2. Desarrollos.

- a) Evitar participar en rumores: se debe evitar rodearse de trabajadores que dedican su jornada a esta clase de comentarios.
- b) Ayudar y pedir ayuda: existen momentos en los que la ayuda y opinión de los compañeros de trabajo es necesaria; y en ese momento es cuando los vínculos, se vuelven indispensables para desarrollar el trabajo.
- c) Evitar la personalización: tanto en lo laboral como en lo personal, pueden surgir malas interpretaciones. Cuando se reciba una retroalimentación negativa, hay que recordar que nada es personal y actuar inteligentemente.
- d) Compartir el éxito: deben servir de ejemplo, impulso y motivación. "Valorar el trabajo de los demás es necesario para fortalecer el clima y los vínculos laborales, demuestra compañerismo y el interés que se tiene por el éxito del trabajo de todo el equipo, al tiempo que evita rivalidades incómodas.

Pueden parecer simples pautas de conducta organizacional, pero como una organización proveedora de servicios de salud, la mayoría de las veces resulta difícil ponerse en los zapatos del otro, entre prioridades, urgencias y emergencias (tanto asistenciales como administrativas). Lo que se busca es seguir trabajando en la buena cultura del empleado público; tener la camiseta de la Obra Social y salir a dar lo mejor de uno para con los demás.

- **Comunicación Externa**

1. **Generar conocimiento de canales digitales.**

Con el fin de reducir a un mínimo razonable la atención a los afiliados que se apersonen a las sucursales de la Obra Social (trámites estrictamente presenciales, asuntos de resolución de nivel gerencial, cuestiones legales, etc.), se deben plantear estrategias para la difusión de los canales digitales disponibles, y que los mismos graben en la mente de los afiliados que ciertos asuntos pueden atenderse sin que los mismos interrumpan su cotidianidad.

- 1.1. Mejoras.

- a) Cartelería y folletería: no solo en las delegaciones y sede central, sino también en las dependencias públicas, hospitales y centros asistenciales, farmacias y prestadores de la Obra Social. Es una metodología antigua, pero aun funciona.
- b) Línea telefónica (call center): cuando un afiliado tiene una necesidad o demanda urgente, es común que llame directamente a la institución en busca de una solución inmediata para su problema. Es necesario contar con empleados educados y que estén preparados para lidiar con este tipo de situaciones. Siempre es útil informar sobre los demás canales de contacto por este medio.
- c) SMS: mensajes de texto, son también una comunicación con el afiliado. Deben ser usados para otorgar información de forma breve. Se debe procurar mantener los contactos de los afiliados actualizados.

- 1.2. Desarrollos.

- a) Anuncios y campañas en redes sociales: permite estar visible en espacios digitales en los que la mayoría de las personas están interactuando, ganando presencia y reconocimiento. Debe ser focalizada, segmentada y estratégica, con lo cual puedes cumplir con objetivos como alcance, interacción y conversión.
- b) Aprovechar los medios y plataformas oficiales de la provincia: similar a lo anteriormente mencionado, pero de alcance más reducido, más local. Se incluyen los medios radiales.

Todas las medidas señaladas, involucran recursos; por lo cual su planificación y ejecución deben estar respaldadas con estudios de factibilidad; para evitar el desperdicio de recursos económicos, humanos y patrimoniales.

## **2. Optimizar el contenido y lograr mayor alcance.**

Dado el informe de comunicación, este revela que hay posibilidades de mejoras y desarrollos para el contenido de la información que se le brinda al afiliado por diferentes canales; y al mismo tiempo llegar a la mayor cantidad de personas con las estrategias de comunicación adoptadas.

### 2.1. Mejoras.

- a) Sitio web oficial: debe reflejar una funcionalidad amigable, como reubicación del contenido (como integrar palabras clave sobre los tramites más solicitados, derivaciones, afiliaciones, las auditorias médica y farmacéutica), seguido de enlaces actualizables (por ejemplo, archivos formato \*.pdf con nuevas reglamentaciones, prestaciones, etc.); incluso servidores más veloces, o la incorporación de un chat en tiempo real de ayuda. Existen además, aplicaciones por las cuales se puede navegar por audio (screen readers, o lectores de pantalla) una vez señalado un icono o un título, incluyendo a personas con capacidad de visión reducida o nula.
- b) Redes sociales: potenciar los links (similar aplicación a los enlaces previamente mencionados), iconografías (no solo sobre trámites, sino también sobre prácticas, información médica, prevención de salud, campañas sanitarias, etc.), y la implementación de segmentos para la comunicación mediante la lengua de señas para personas con audición reducida o nula.

### 2.2. Desarrollos.

- a) WhatsApp: para aprovechar la herramienta, podrían implementarse respuestas automáticas por etapas, dependiendo la necesidad de los afiliados, mediante algún tipo de diagrama lógico de flujo (no muy complejo).

Las medidas señaladas, involucran las tareas de Comunicación Estratégica, como así también del área de Soporte Informático (o Programación); poniendo en balance el alcance que se persigue, contra lo complejo que pudiera resultar en realidad, la ejecución de las mencionadas propuestas.

### **3. Brindar espacios para recibir la opinión del afiliado.**

Existen canales de comunicación con el afiliado que no están bajo control de la institución, como aquellos que son creados para dejar reseñas (ejemplo, Google con su sistema de calificación con número de estrellas). Este tipo de plataformas son muy usadas para dejar quejas, por lo que es importante prestar atención y responder a los comentarios emitidos. De este modo, se podrá entender a los afiliados y además se podrán tomar medidas para cambiar la percepción de la Obra Social.

#### 3.1. Mejoras.

- a) Pedir comentarios: ser directo y pedir una devolución sobre la atención o el servicio prestado, puede ser de ayuda; conocer si realmente la calidad de la atención es negativa, o si la misma es lenta o no da una respuesta en concreto sobre las necesidades planteadas.
- b) Comentarios online: como los planteados en la introducción de esta sección; pudiendo aprovechar las redes sociales para descargar las opiniones de los afiliados, incluso afiliados respondiendo a otros afiliados.
- c) Libro de quejas y sugerencias: herramienta que permite registrar reclamos de los afiliados en el momento en el que surja un inconveniente, dejando constancia de lo acontecido. Le otorga a la institución motivación para tomar acciones correctivas y/o futuras acciones de prevención.

#### 3.2. Desarrollos.

- a) Encuestas de satisfacción: para medir qué tan satisfechos están los afiliados y cuál es el nivel de servicio prestado. Siempre es la mejor manera de conocer lo que opinan los afiliados. Una encuesta en línea siempre será la mejor opción, ya que es el recurso económico, rápido y fácil. También se puede conocer a los afiliados insatisfechos y prevenir fallas en las prestaciones.

Resulta esencial poner en práctica una atención humanizada, frente a los comentarios, opiniones y reacciones de los afiliados; incluso tolerando la catarsis de los mismos. Muchas veces, basta con la simple tarea de escuchar para dar una solución contundente a las situaciones que pudieran surgir por las necesidades de salud.