

Material Imprimible

Curso Derecho a la salud

Módulo 4: Marco Regulatorio

Contenidos:

- Régimen legal del Sistema Privado.
- Régimen de las Obras Sociales.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.
- Superintendencia de Seguros de Salud.
- Consejo Federal de la Salud.
- Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino y el Registro Federal de Establecimientos de Salud.

Régimen legal del sistema privado

El subsistema médico privado se encuentra regulado por la Ley 26.682.

Las entidades que ofrecen servicios de salud en el marco de este subsistema son todas aquellas personas físicas o jurídicas cuyo objeto total o parcial, dependiendo el caso, consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a sus usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas de pagos de adhesión.

Bajo dichos términos, este subsistema funciona con el formato de un seguro por opción, a diferencia del subsistema de la Seguridad Social, que es compulsivo; mediante el cual se brinda cobertura ante una serie de contingencias predefinidas por contrato.

Por ellas se cobra una prima que varía en función del cálculo actuarial del riesgo; a diferencia de la Seguridad Social, en donde la prima es resultado de un porcentaje del salario o ingresos del trabajador abonado en concepto de aportes y contribuciones y, ante posibles insuficiencias de primas, interviene el Fondo Solidario de Redistribución.

La normativa establece que todas las entidades comprendidas bajo este marco están obligadas a brindar, como mínimo, los servicios de salud previstos en el Programa Médico Obligatorio y en el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad y exceptúa aquellas que tengan menos de 5.000 afiliados y desarrollen su actividad en una única localidad.

La prestación de servicios por parte de estas entidades puede ser realizada mediante efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto.

El órgano de contralor de las entidades privadas de salud es el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Superintendencia de Servicios de Salud, la cual fiscaliza el cumplimiento de los estipulado en la normativa regulatoria; otorga las habilitaciones de funcionamiento...

Gestiona el Registro Nacional de Empresas de Medicina Privada en donde todas las entidades habilitadas deben inscribirse; determina las condiciones técnicas-actuariales y los valores de las cuotas de las prestaciones a otorgar para garantizar la libre competencia...

Determina los modelos de contratos entre entidades y usuarios y entidades y prestadores; y recibe y gestiona los reclamos de usuarios ante posibles incumplimientos contractuales.

Al tratarse de prestaciones de servicios derivadas de la relación entre privados por adhesión voluntaria, la norma no determina una población objetivo y cualquier persona con capacidad para contratar puede optar por su adhesión, quedando a criterio de la entidad su aceptación o rechazo.

No obstante, la normativa estipula algunos casos y situaciones específicas que impiden el rechazo de adhesiones por parte de estas entidades, como por ejemplo la edad, las enfermedades preexistentes al momento de contratar, o enfermedades en curso. En este último caso, la entidad puede cobrar un diferencial por dicha enfermedad, que debe ser temporal y el plazo de duración debe ser informado.

Estas entidades pueden establecer períodos de carencia, es decir, plazos mínimos preestablecidos que deben transcurrir previo a la prestación de un servicio determinado, para cualquier prestación que no se encuentre prevista en el Plan Médico Obligatorio y/o en las coberturas obligatorias.

Cualquier carencia debe estar explícitamente estipulada en los contratos a firmar entre las partes y no puede ser mayor a doce meses desde la firma del contrato.

La cobertura puede ser extensiva, mediante el pago de suplementos correspondientes, al grupo familiar del afiliado. A estos fines, se considera integrante del grupo familiar a el o la cónyuge, los hijos o hijas solteros o solteras hasta los 21 años, o hasta los 25 años en caso de cursar estudios regulares, y los hijos o hijas incapacitados o incapacitadas, independientemente de su edad.

La Ley 26.682, en su artículo primero, estipula cuáles son las entidades de medicina privada, llamadas en conjunto Empresas de Medicina Prepaga, reguladas por este régimen.

Reconoce seis tipos: las Sociedades Comerciales, las Obras Sociales con planes superadores, las Cooperativas, las Mutuales, las Asociaciones Civiles y, finalmente, las Fundaciones.

En su artículo segundo establece que “a los efectos de la presente ley se consideran Empresas de Medicina Prepaga a toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopten cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectivo propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa”.

Las Cooperativas originalmente fueron excluidas de la Ley 26.682, pero mediante el Decreto 1991/2011 se las incluyó como sujeto de la Ley, argumentando en los considerandos que la inclusión se realizaba a los fines de evitar distorsiones y armonizar el régimen privado de salud.

Por ello, la prestación de servicios y la vinculación con sus afiliados resulta similar a los analizados previamente y, también en este caso, la diferencia es de naturaleza jurídica.

Siguiendo los temas abordados en la última clase, diremos que en idéntica dirección siguen las mutuales, que fueron incluidas en la Ley 26.682 mediante el Decreto 1991/2011, y las asociaciones civiles. El Artículo séptimo establece que “los sujetos comprendidos en el artículo primero de la presente ley deben cubrir, como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial, el Programa

Médico Obligatorio vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la ley 24.901 y sus modificatorias. Los sujetos comprendidos en el artículo primero de la presente ley sólo pueden ofrecer planes de coberturas parciales en: a) Servicios odontológicos exclusivamente; b) Servicios de emergencias médicas y traslados sanitarios de personas; c) Aquellos que desarrollen su actividad en una única y determinada localidad, con un padrón de usuarios inferior a cinco mil. La Autoridad de Aplicación podrá proponer nuevos planes de coberturas parciales a propuesta de la Comisión Permanente prevista en el artículo 6° de la presente ley. Todos los planes de cobertura parcial deben adecuarse a lo establecido por la Autoridad de Aplicación. En todos los planes de cobertura médico asistencial y en los de cobertura parcial, la información a los usuarios debe explicitar fehacientemente las prestaciones que cubre y las que no están incluidas. En todos los casos la prescripción de medicamentos debe realizarse conforme la ley 25.649”.

Por otra parte, el Artículo diez sobre Carencias y Declaración Jurada, establece que: “los contratos entre los sujetos comprendidos en el artículo primero de la presente ley y los usuarios no pueden incluir períodos de carencia o espera para todas aquellas prestaciones que se encuentran incluidas en el Programa Médico Obligatorio. Las otras modalidades prestacionales y los tiempos previstos en el contrato como período de carencia deben estar suficientemente explicitados en el contrato y aprobados por la Autoridad de Aplicación. Las enfermedades preexistentes solamente pueden establecerse a partir de la declaración jurada del usuario y no pueden ser criterio del rechazo de admisión de los usuarios. La Autoridad de Aplicación autorizará valores diferenciales debidamente justificados para la admisión de usuarios que presenten enfermedades preexistentes, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Según el artículo once, de Admisión Adversa, explicita que “la edad no puede ser tomada como criterio de rechazo de admisión”.

El Artículo doce, por su parte, que refiere a las personas mayores de 65 años, menciona que “en el caso de las personas mayores de sesenta y cinco (65) años, la Autoridad de Aplicación debe definir los porcentajes de aumento de costos según riesgo para los distintos rangos etarios. A los usuarios mayores a sesenta y cinco (65) años que tengan una antigüedad mayor a diez (10) años en uno de los sujetos comprendidos en el artículo primero de la presente ley, no se les puede aplicar el aumento en razón de su edad”.

El Artículo 13, titulado Fallecimiento del Titular, explica que “el fallecimiento del titular no implica la caducidad de los derechos de su grupo familiar integrantes del contrato”.

Por otro lado, según el Artículo 14 que se titula Cobertura del Grupo Familiar, establece que “a) Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún (21) años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, los hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta los veinticinco (25) años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún (21) años, los hijos del cónyuge, los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa, que reúnan los requisitos establecidos en este inciso.

b) La persona que conviva con el afiliado titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo y sus hijos, según la acreditación que determine la reglamentación. Las prestaciones no serán limitadas en ningún caso por enfermedades preexistentes ni por períodos de carencia ni pueden dar lugar a cuotas diferenciadas”.

Según el Artículo 15, sobre Contratación Corporativa, “el usuario adherido por contratación grupal o corporativa que hubiese cesado su relación laboral o vínculo con la empresa que realizó el contrato con uno de los sujetos comprendidos en el artículo primero de la presente ley tiene derecho a la continuidad con su antigüedad reconocida en alguno de los planes de uno de los sujetos comprendidos en el artículo primero de la presente ley, si lo solicita en el plazo de sesenta (60) días desde el cese de su relación laboral o vínculo con la empresa o entidad corporativa en la que se desempeñaba. El sujeto comprendido en el artículo primero de la presente ley debe mantener la prestación del Plan hasta el vencimiento del plazo de sesenta (60) días”.

En el Artículo 24, titulado Sanciones, se lee que “toda infracción a la presente ley será sancionada por la Autoridad de Aplicación conforme a lo siguiente: a) Apercibimiento.

b) Multa cuyo valor mínimo es equivalente al valor de tres cuotas que comercialice el infractor y el valor máximo no podrá superar el treinta por ciento (30%) de la facturación del ejercicio anterior...

c) Cancelación de la inscripción en el Registro. Esta sanción sólo puede ser aplicada, en caso de gravedad extrema y reincidencia. A los fines de la sustanciación del sumario será aplicable la ley 19.549 de procedimientos administrativos. Toda sanción puede ser apelada ante la Cámara Nacional de Apelaciones, en lo Contencioso Administrativo Federal. El recurso deberá interponerse y fundarse dentro del plazo de diez (10) días hábiles de notificada ante la autoridad que dictó la resolución, quien remitirá las actuaciones al tribunal competente sin más trámite. Sin perjuicio de la sanción que se imponga, el sujeto obligado debe brindar la prestación requerida con carácter urgente”.

En cuanto a su financiamiento, el artículo 25 establece que “los recursos del Ministerio de Salud con relación a la presente ley, están constituidos por: a) Una matrícula anual abonada por cada entidad, cuyo monto será fijado por la

reglamentación; b) Las multas abonadas por los sujetos comprendidos en el artículo primero de la presente ley a la Autoridad de Aplicación; c) Las donaciones, legados y subsidios que reciba; d) Todo otro ingreso compatible con su naturaleza y fines”.

Régimen de Obras Sociales Nacionales

La Ley 23.660 creó un régimen general y abarcativo para los distintos tipos de Obras Sociales en la órbita nacional. Este régimen no contempla a las Obras Sociales provinciales, ya que están reguladas por normativas de sus jurisdicciones; a las Obras Sociales públicas del Sector Público Nacional, como el Poderes Legislativo y Judicial, las Universidades, las Fuerzas Armadas y las Fuerzas de Seguridad; ni al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, ya que tienen normativas propias.

Las Obras Sociales comprendidas en la mencionada Ley son heterogéneas en cuanto a sus características organizativas y administrativas como así también respecto al perfil de ingresos de sus beneficiarios.

Por ello, la norma es amplia respecto a sus contenidos, estipulando requisitos generales como ser el cumplimiento del Plan Médico Obligatorio, la obligación de inscripción en el Registro de Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, las formas de administrar los fondos para garantizar cobertura a los beneficiarios que residan en distintas áreas del país, los requisitos para ser y permanecer como beneficiario y las cotizaciones a ingresar por parte de éstos.

Si bien, como se mencionó anteriormente, la afiliación a una Obra Social es compulsiva y ésta se corresponde con el gremio y la condición laboral del beneficiario, mediante el Decreto 9/93 se estableció la libre elección de Obra Social, permitiendo que cualquier beneficiario de una Obra Social contemplada

en la Ley 23.660 pueda optar por afiliarse a otra dentro del mismo marco normativo.

Esta norma contribuyó aún más a las desigualdades entre Obras Sociales, favoreciendo a las más grandes y con mayor cantidad de afiliados y/o con alto volumen de cotizaciones, y perjudicando a las más pequeñas, que cuentan con menor cantidad de afiliados y/o con bajo volumen de cotizaciones.

Esto deteriora la posibilidad de acceso a prestaciones de aquellos beneficiarios que se mantienen en estas últimas, apartándose como se sostuvo anteriormente equitativo.

Esta norma fue modificada recientemente mediante el Decreto 438/21, que establece que los trabajadores en relación de dependencia deben permanecer un año en la Obra Social correspondiente a la rama de su actividad antes de poder ejercer la opción de cambio.

Tal situación genera un aliciente temporal para las Obras Sociales más pequeñas, pero no mejora las desigualdades en el mediano y largo plazo y, en términos individuales, no mejora la situación de los trabajadores que por su actividad le corresponde una cobertura con servicios de salud posiblemente limitados y/o escasos, obligándolo a mantener dicha cobertura por el plazo estipulado.

Adicionalmente, mediante el Decreto 292/95 se buscó, entre otros objetivos, eliminar la doble afiliación generada como consecuencia del multiempleo o por ser familiar de un trabajador en relación de dependencia, permitiendo la unificación de aportes ya sea del trabajador individual o de éste junto a su grupo familiar hacia una única Obra Social.

Dentro del régimen de las Obras sociales encontramos distintos tipos. Unas son las Obras Sociales Sindicales, y son entidades que corresponden a las asociaciones sindicales de trabajadores con personería gremial reconocida ante el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y convenio colectivo de trabajo homologado.

Estas Obras Sociales son patrimonio de los trabajadores de los gremios correspondientes y su dirección se encuentra a cargo de los propios sindicatos. En cuanto al marco jurídico, son instituciones de derecho público no estatal, tratándose de entidades privadas, pero con naturaleza jurídica semipública.

Estas Obras Sociales tienen como población objetivo a la mayoría de los trabajadores del sector privado en relación de dependencia y del sector público nacional, junto con sus familiares directos, siempre que estos últimos no se encuentren registrados en otra Obra Social enmarcada en la Ley 23.660 y, en el caso de los hijos/as, que no sean mayores de 21 años o que tengan hasta 25 y se encuentren estudiando sin trabajar. En caso de tener hijos incapacitados, la cobertura no posee límite de edad.

Otra clase son las Obras Sociales del Personal de Dirección y de las Asociaciones Profesionales de Empresarios, que brindan beneficios al personal jerárquico con capacidad de decisión y poder de mando en las empresas y organizaciones del país.

La administración de este tipo de Obras Sociales recae en general en manos de las Cámaras Empresarias y la conducción se lleva a cabo mediante órganos colegiados conformados por representantes seleccionados entre los beneficiarios.

Otro ejemplo son las Obras Sociales por convenio con empresas privadas o públicas. Esta clasificación agrupa a las Obras Sociales que fueron conformadas

por las propias empresas para brindar servicios de la seguridad social a sus empleados, debiendo firmar un convenio con la autoridad competente para su aprobación y homologación como Obra Social. Tanto la administración como la conducción de estas Obras Sociales varían de convenio a convenio, por lo que no existen criterios uniformes.

Por otra parte, existen otras Obras Sociales con características especiales. La Ley 23.660 detalla otros tipos de Obras Sociales que por sus características no responden al agrupamiento sindical, de dirección o por convenio.

En este sentido, la norma contempla a las instituciones creadas por leyes nacionales especiales, a las Obras Sociales específicas creadas en la órbita de la Administración Central (que adhieran al Sistema), de organismos autárquicos y de empresas del Estado, y a cualquier otro tipo de Obra Social que no se enmarque en las clasificaciones anteriormente mencionadas.

Otras son las Obras Sociales del Sector Público Nacional. Estas Obras Sociales agrupan a los trabajadores de determinadas dependencias u organismos del Estado Nacional.

Se incluyen en este grupo la Obra Social del Poder Judicial, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las Obras Sociales Universitarias, el Instituto Obra Social de las Fuerzas Armadas y la Superintendencia de Bienestar de la Policía Federal.

Estas entidades no están sujetas a un marco regulatorio y un ente de control común, y su naturaleza jurídica es de tipo público estatal.

Cabe destacar que ninguna de las Obras Sociales provinciales forma parte de la Ley 23.660 ni han adherido a la Ley 23.661, por lo que no integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud ni están fiscalizadas por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Esto significa que cada jurisdicción determina las prestaciones a otorgar, lo que conlleva a que puedan ser diferentes, dependiendo de la capacidad y disponibilidad de establecimientos y profesionales existentes en el territorio, y genera nuevamente diferencias en cuanto al acceso a la salud en el territorio argentino.

Instituto Nacional de Servicios para Jubilados y Pensionados

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más comúnmente conocido como PAMI, fue creado por Decreto en la Ley 19.032 con el objeto de prestar a los beneficiarios del régimen nacional de previsión y su grupo familiar primario servicios médicos asistenciales destinados al fomento, protección y recuperación de la salud.

Es la Obra Social más grande de la Argentina, y cuenta con delegaciones en todas las jurisdicciones subnacionales. En este sentido, la población objetivo del PAMI son los pasivos que durante su vida activa estuvieron afiliados a las Obras Sociales Sindicales y/o de Personal de Dirección.

Asimismo, brinda cobertura a quienes se jubilaron siendo trabajadores independientes y a los veteranos de la guerra de Malvinas.

El Instituto funciona como un organismo descentralizado del Ministerio de Salud y su naturaleza jurídica es de derecho público no estatal, con individualidad financiera y administrativa.

La dirección del PAMI se encuentra a cargo de un órgano colegiado con representantes del Estado, los jubilados y los trabajadores en actividad.

Cabe destacar que, si bien normativamente el Instituto posee independencia de la Administración Central dado que su directorio debiera ser conformado por distintos representantes de diversos sectores, en la práctica las sucesivas

intervenciones, así como el apoyo financiero regular por parte del Tesoro Nacional, hacen que esa independencia no suela verificarse en la práctica.

El financiamiento del PAMI proviene mayoritariamente tanto de los aportes y contribuciones de los trabajadores activos como de los aportes de jubilados y pensionados mediante la retención de un porcentaje de sus haberes.

A esto se le suman los aranceles que el Instituto perciba por servicios prestados, las donaciones que reciba, los intereses generados por inversiones y por aportes del Tesoro Nacional previstos en los presupuestos anuales.

La población objetivo del PAMI puede optar por otra Obra Social si no desean formar parte o permanecer en éste. Los beneficiarios sólo pueden optar por aquellos agentes que se hayan inscripto en el Registro de Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud como receptores de jubilados y pensionados.

Superintendencia de Servicios de Salud

El autor Mariano José Fernández Lerena, en su artículo “Superintendencia de Servicios de Salud”, nos explica que “la Superintendencia de Servicios de Salud (...) es el órgano responsable de la regulación y control de los actores del Sistema Nacional del Seguro de Salud (...), y cuyo objetivo es asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población y la efectiva realización del derecho a gozar las prestaciones de salud establecidas en la legislación vigente...”

El Sistema Nacional del Seguro de Salud, creado por decreto, es un organismo descentralizado que se desprende del Ministerio de Salud de la Nación y tiene como objeto principal la fiscalización de las obras sociales e institutos previstos en la ley 23.660 así como las entidades de medicina prepaga, acorde lo previsto por la ley 26.682.

El primer antecedente de la Superintendencia de Servicios de Salud lo encontramos en el Instituto Nacional de Obras Sociales, creado en el año 1970 por la ley de facto 18.610”.

Este Instituto tenía como objeto, según se lee en el Art. 13 de la ley 18.610, el “promover, coordinar e integrar las actividades de las obras sociales, así como controlarlas en sus aspectos técnicos, administrativos, financieros y contables”.

Con el objeto de consolidar el modelo de obras sociales sindicales instalado en nuestro país, la normativa citada tenía como objeto principal establecer la obligatoriedad de la afiliación del trabajador a la obra social del ramo, así como las contribuciones y aportes mínimos y obligatorios a cargo de empleadores y trabajadores, estén o no afiliados al sindicato correspondiente.

El Instituto Nacional de Obras Sociales se constituyó como el primer organismo de control y coordinación del sistema de obras sociales, que eventualmente organizó el primer Registro Nacional de Obras Sociales así como el Registro Nacional de Prestadores, creado a partir de la ley 19.710 a través de la cual se normatizó las modalidades de contratación de los prestadores.

Este órgano fue sostenido durante la vigencia de la ley 22.269, de aplicación parcial, que derogó la ley 18.610 y complementarias, pero sostuvo al Instituto Nacional de Obras Sociales como órgano rector del sistema de obras sociales nacionales.

El segundo antecedente lo encontramos con la creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud a través de las leyes 23.660, la nueva Ley de Obras Sociales, y la 23.661, sobre el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

La primera ley busca reordenar el régimen de obras sociales nacionales, y creó en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social, actual Ministerio de Salud, la Dirección Nacional de Obras Sociales para que actuara como autoridad de aplicación de la ley, con jurisdicción sobre las obras sociales contenidas en la misma, y actúe como organismo de control para los aspectos administrativos y contables.

La ley 23.661, en cambio, tiene como autoridad de aplicación del seguro de salud a la Secretaría de Salud de la Nación, en cuyo ámbito funcionaría la Administración Nacional del Seguro de Salud, como entidad estatal de derecho público con personalidad jurídica y autarquía individual, financiera y administrativa.

Ambas leyes preveían la continuidad del Instituto Nacional de Obras Sociales hasta la asunción de las funciones y atribuciones previstas por el nuevo esquema reglamentario para los nuevos organismos.

A través del decreto 1615/1996, en el marco de la reorganización de la Administración Pública nacional, y con el objetivo de lograr una mayor eficiencia y mejorar la supervisión sobre el Sistema Nacional del Seguro de Salud, se fusionaron la Administración Nacional del Seguro de Salud, el Instituto Nacional de Obras Sociales y la Dirección Nacional de Obras Sociales, para constituir a la Superintendencia de Servicios de Salud como organismo descentralizado de la Administración Pública nacional, en jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social, con personería jurídica y un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera.

Así, la Superintendencia de Servicios de Salud se erige como el organismo de supervisión, fiscalización y control de los Agentes del Seguro de Salud, siendo la autoridad de aplicación de las leyes 23.660 y 23.661.

En cuanto a sus objetivos, se pueden mencionar el regular y supervisar los servicios de salud, con el objeto de asegurar el cumplimiento de las políticas del área.

La promoción, preservación y recuperación de la salud de la población, afianzando el equilibrio entre usuarios, prestadores y financiadores, en condiciones de libre competencia, transparencia, eficiencia económica y equidad social.

Dictar las normas para regular y reglamentar las modalidades del desenvolvimiento de las actividades de regulación y control de organismos. 3. Controlar el funcionamiento del sistema de obras sociales de los Agentes del Seguro de Salud, de los prestadores intervinientes y de toda otra entidad prestadora o financiadora de prestaciones médico-asistenciales que se le incluyan.

Otra función es aprobar las solicitudes de propuestas de ingreso al sistema de las entidades y promover la intervención de las mismas para asegurar la continuidad y normalización de las prestaciones de salud; luego, aprobar el Programa de Prestaciones Médicas y el Presupuesto de Gastos y Recursos para su ejecución.

También se encarga de asegurar y controlar la libertad de elección de obras sociales de los beneficiarios del sistema, así como garantizar su acceso efectivo; o realizar una vez al año, la rendición de lo actuado por el organismo en Audiencia Pública.

Además se encarga de efectuar el control del cumplimiento de las obligaciones éticas correspondientes al organismo y todos sus dependientes y desarrollar mecanismos de control y procesos contra fraude y corrupción.

A su vez, debe verificar la eficiencia y eficacia en la ejecución del Plan Estratégico de la Superintendencia de Servicios de Salud y los planes operativos anuales, y desarrollar las medidas correctivas para optimizar los resultados esperados. Finalmente, debe negociar los convenios colectivos de trabajo.

En cuanto a su actual estructura organizativa, esta ha sido aprobada a través del decreto 1547/2007 del Poder Ejecutivo Nacional, complementarias y modificatorias, que prevé como autoridad máxima a un superintendente de Servicios de Salud, nombrado por el Poder Ejecutivo nacional a propuesta del Ministerio de Salud, un gerente general y el funcionamiento de nueve gerencias y diecinueve subgerencias.

Asimismo, dentro de la estructura de la Superintendencia de Servicios de Salud, se prevé el funcionamiento de un Consejo Asesor, de acuerdo a la Ley 23.661, la Defensoría del Beneficiario, la Unidad de Auditoría Interna y la Secretaría General.

La Superintendencia de Servicios de Salud es un organismo que no sólo posee el poder de policía sanitario, sino que lo ejerce a través de los actos administrativos que dicta, con fundamento en los artículos 14, 14 bis y 99 de la Constitución Nacional, en las leyes 23.660 y 23.661, en los decretos del Poder Ejecutivo Nacional 1615/1996 y 1547/2007 y concordantes.

Con el objetivo de regular el sistema de obras sociales y medicina prepaga, la Superintendencia de Servicios de Salud expide regularmente legislación sanitaria traducida en resoluciones.

Los principales actores regulados por la normativa que expide la Superintendencia de Servicios de Salud son las obras sociales, las asociaciones de obras sociales, las mutuales, las entidades de medicina prepaga, los

prestadores y los hospitales integrantes del Régimen de Hospital Público de Gestión Descentralizada, entre otros.

En relación a los servicios esenciales que la Superintendencia de Servicios de Salud presta, todos están orientados a supervisar, controlar y regular a los agentes del sistema y a tutelar los derechos de los beneficiarios del seguro de salud.

Dentro de sus principales servicios encontramos el control y la fiscalización de las obras sociales, mutuales, entidades de medicina prepaga y otros agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Principalmente la gestión del control y fiscalización de los agentes del sistema del seguro de salud se da a través de los diferentes registros: Registro Nacional de Obras Sociales, Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga, Registro Nacional de Prestadores.

Asimismo, en virtud de los artículos 19 y 20 de la ley 23.661, se lleva adelante el Programa de Sindicatura con el que se busca que, a través de sindicaturas colegiadas, se realice el control y fiscalización de los aspectos prestacionales, económico-financieros, legales y de satisfacción del usuario de los agentes de seguro de salud, así como también conocer la problemática de cada uno de estos agentes.

Otro de sus servicios es la gestión y atención de beneficiarios. La Superintendencia de Servicios de Salud es el organismo que gestiona el padrón de beneficiarios de las obras sociales, donde se registran los cambios de obras sociales, así como también se organiza el sistema de resolución de reclamos y denuncias de los beneficiarios ante el incumplimiento de los agentes del seguro de salud y las entidades de medicina prepaga.

Otro servicio es la gestión del débito automático para la facturación de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. En el marco del decreto del Poder Ejecutivo Nacional 939/2000, la Superintendencia de Servicios de Salud realiza los débitos automáticos a las obras sociales de las prestaciones realizadas por hospitales públicos inscriptos en el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, acorde al procedimiento estipulado en la resolución 635/2015.

Otro servicio es el de gestión de reintegros a los agentes del seguro de salud del Fondo Solidario de Redistribución. La ley 23.661, en su artículo 24, establece la existencia de un Fondo Solidario de Redistribución para apoyar financieramente a los agentes del seguro de salud.

La Superintendencia de Servicios de Salud es la responsable del establecimiento de los criterios de redistribución de estos fondos y de la gestión del Sistema Único de Reintegro, creado por la resolución Superintendencia de Servicios de Salud 1200/2012, para la implementación y administración de los fondos destinados a apoyar financieramente a los agentes del seguro para el reconocimiento de las prestaciones médicas de baja incidencia y alto impacto económico y las de tratamiento prolongado.

Asimismo, para el financiamiento de las prestaciones relacionadas con la discapacidad, es la Superintendencia de Servicios de Salud la que, a través del mecanismo dispuesto por el decreto 904/2016 del Poder Ejecutivo Nacional, gestiona el financiamiento directo de estas prestaciones a través del Fondo Solidario de Redistribución.

En cuanto a su financiación, la Superintendencia de Servicios de Salud posee distintas líneas de transferencias en el marco del Fondo Solidario de Redistribución dependiendo del tipo y finalidad de las contingencias a cubrir.

Uno es el Sistema Único de Reintegro o SUR, que brinda apoyo financiero a los Agentes del Seguro de Salud en el reconocimiento de las prestaciones médicas de baja incidencia, alto impacto económico y las de tratamiento prolongado.

Otro es el Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales de siglas SANO, y se trata de un subsidio a beneficiarios de Obras Sociales cuyos aportes no llegan a cubrir un mínimo previsto en la normativa, que se distribuye de forma automática según registros de ingresos de la Administración Federal de Ingresos Públicos, mejor conocida como AFIP.

También existe la Integración, que es el financiamiento de las prestaciones previstas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, según la Resolución 428/1999 del Ministerio de Salud, modificatorias y derivadas.

Otro es el Subsidio de Mitigación de Asimetrías, encargado de la distribución automática del 6% de los montos mensuales ingresados al Fondo Solidario de Redistribución ponderados por la cantidad de afiliados que cada Obra Social posee.

El Subsidio de Mitigación de Asimetrías para el Régimen de Trabajo Especial, por su parte, ejerce una distribución automática del 1,5% de los montos mensuales ingresados al Fondo Solidario de Redistribución para complementar los aportes realizados por trabajadores de casas particulares y los trabajadores que integran el Régimen Simplificado Para Pequeños Contribuyentes, como el Monotributo, el Monotributo Social y el Monotributo Agropecuario, ponderados por la cantidad de este tipo de trabajadores que cada Obra Social posee.

El Subsidio de Mitigación de Asimetrías para Mayores de 65 Años, se encarga de la distribución automática del 1,2% de los montos mensuales ingresados al Fondo Solidario de Redistribución para complementar la financiación de Obras

Sociales que posean afiliados de 65 años o más, ponderados por la cantidad de afiliados en dichas edades que cada Obra Social posee.

Adicionalmente, la Superintendencia de Servicios de Salud fiscaliza el cumplimiento de pago a los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada cuando éstos prestan servicios a afiliados a las Obras Sociales, realizando el débito automático de los importes autorizados de la cuenta recaudadora de la Obra Social a través de la AFIP ante incumplimientos en los pagos por los servicios otorgados. Por último, la Superintendencia de Servicios de Salud administra y gestiona transferencias y pagos de carácter coyuntural.

Consejo Federal de Salud

El Consejo Federal de Salud o COFESA, por sus siglas, es un organismo público creado con el objeto de coordinar las acciones de salud pública en la Nación.

Regulada por la Ley 22373, en el año 1981 se creó este Consejo Federal de Salud, integrado por los “funcionarios que ejerzan la autoridad de Salud Pública de más alto nivel en el orden nacional, en la cada provincia, en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y en el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur”.

En el artículo segundo de la referida Ley se establece que “corresponde al Consejo creado por esta ley propender integralmente al coordinado desarrollo sectorial en materia de salud en toda la República, a cuyo fin se aplicará preferentemente a: a) la apreciación de los problemas de Salud comunes a todo el país. De los de cada provincia y de cada región en particular.

b) La determinación de las causas de tales problemas; c) el análisis de las acciones desarrolladas y la revisión de las concepciones a que respondieran, para establecer la conveniencia de ratificarlas o modificarlas.

- d) La especificación de postulados básicos, capaces de caracterizar una política sectorial estable de alcance nacional y la recomendación de los cursos de acción aconsejables para su instrumentación.
- e) La compatibilización global de las tareas inherentes a la diagramación y ejecución de los programas asistidos, conducidos por la autoridad sanitaria nacional y la de cada jurisdicción a fin de lograr coincidencias en los criterios operativos, en la aplicación de los recursos disponibles y en la selección de métodos de evaluación, estimulando la regionalización y/o zonificación de los servicios.
- f) Contribuir al desarrollo de un sistema federal de Salud.

En su Artículo tercero, la ley establece que “El Consejo se reunirá ordinariamente por lo menos DOS (2) veces cada año calendario; cada reunión se celebrará en el lugar y fecha establecido en la anterior. La convocatoria a las reuniones corresponderá en todos los casos al presidente, con indicación del temario a tratar, el que será establecido mediante consulta a los integrantes del Consejo”.

En el Artículo cuarto, en cambio, se lee que “podrán, además, celebrarse reuniones extraordinarias a iniciativa del presidente, o cuando lo soliciten no menos de CINCO (5) de las jurisdicciones representadas en el Consejo, con indicación del temario y antelación suficiente para su oportuna convocatoria”.

Según el Artículo quinto, “el presidente podrá solicitar la concurrencia a las reuniones del Consejo con carácter de invitados especiales permanentes -u ocasionales según la índole del temario- de representantes de organismos oficiales, de entidades privadas y de personalidades de significativa representatividad en actividades vinculadas con el campo de la Salud, a fin de facilitar la manifestación de opiniones intersectoriales.”

Por su parte, y conforme lo reza el artículo sexto, “el Consejo expresará las conclusiones a que arribe en la consideración de los puntos del temario de cada

reunión, mediante recomendaciones o informes según corresponda. De ellas llevará adecuado registro y efectuará las comunicaciones pertinentes. El presidente dispondrá cada año calendario la preparación de la respectiva memoria anual de actividades, a la que se anexará copia de las recomendaciones e informes a que se refiere el párrafo anterior”.

El Artículo séptimo, por su parte, reza que “el Consejo contará con una secretaría permanente que funcionará en la sede de la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación.

Luego, el Artículo octavo dice que “los integrantes del Consejo podrán concertar entre sí la constitución de comités especiales para el estudio de determinados asuntos, en razón de los temas y/o de su trascendencia regional, a efectos de facilitar el cumplimiento de los fines indicados en el artículo 2º., dando oportuna cuenta de ello a la presidencia del Cuerpo y manteniéndola informada de la realización y resultado de dichos estudios”.

En el Artículo noveno se lee que “el Consejo Federal de Salud reemplazará, en calidad de organismo asesor, al comité que para el área de su competencia prevé el artículo 7º. De la Ley N° 19.717”.

Finalmente, en el Artículo décimo, se explica que “el cumplimiento de esta ley no significará incremento alguno de gastos a cargo del Tesoro Nacional, adicionados a los ya aprobados en el Presupuesto General de la Administración Nacional para el presente ejercicio. Los gastos que determine el cometido de los funcionarios citados en esta ley serán atendidos con cargo al gobierno de la jurisdicción que representan. En la etapa de pandemia, el COFESA participó activamente de las mesas federales de trabajo”.

Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino y Registro Federal de Establecimientos de Salud

El Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino, o SISA según sus siglas, es un proyecto de tecnología de la información que da respuesta a las necesidades del Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios Provinciales respecto de la gestión de los datos de sus establecimientos, profesionales, programas o prestaciones para la comunidad.

El SISA es un sistema de alcance federal que no reemplaza a los sistemas regionales. Impulsado y financiado por el Ministerio de Salud de la Nación, genera las herramientas para optimizar la gestión de la información, la evaluación de la actividad y la toma de decisiones.

La información que constituye la columna vertebral del sistema sanitario es digitalizada en todos los niveles de atención de la salud. Esto permite integrarla y hacerla disponible en etapas de implementación graduales de largo plazo.

De este modo, desde el Estado se brinda a las autoridades y los profesionales de la salud una herramienta que permite auditar los registros y efectuar una fiscalización permanente. Esto posibilita realizar evaluaciones y diferentes análisis de la actividad, con información certera, y esto contribuye a la toma de decisiones sanitarias o de investigación científica.

En una primera etapa, el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino puso en marcha el Registro Federal de Establecimientos de Salud, o REFES por sus siglas, y la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud de siglas REFEPS.

Ambos registros son gestionados por los Ministerios Provinciales de Salud y monitoreados por el Ministerio de Salud de la Nación. Este mecanismo permite contar con la información actualizada de todo el país.

El Registro Federal de Establecimientos de Salud incluye a todos los establecimientos sanitarios del país del sector público y privado, con y sin internación, que se encuentran funcionando en cada una de las jurisdicciones provinciales según la reglamentación vigente en ellas.

Este registro fue creado por la Resolución Ministerial 1070/09 del Ministerio de Salud de la Nación, con la aprobación del Consejo Federal de Salud, a los fines. La responsabilidad de actualización y mantenimiento del registro es de cada jurisdicción provincial.

Para ello, el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino dispone del Formulario de Establecimiento, que contiene toda la información de cada establecimiento de salud.

En él se especifican los datos referentes a la estructura, servicios y recursos de un establecimiento, incluyendo el aspecto funcional, la identificación y definición de los actores involucrados y los principios generales de funcionamiento.

En una etapa posterior, el proyecto se abocó a la construcción del Padrón de Ciudadanos compuesto por las fichas de todos aquellos que registran prestaciones en el sistema de salud. La Ficha del ciudadano es un repositorio único e individual desarrollado a partir de la informatización de las transacciones realizadas por los ciudadanos en los programas sanitarios que gestionan sus datos desde el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino.

Esto se implementa en etapas graduales involucrando a todos los actores que participan en la generación y manipulación de la información.

El diseño y la estructuración de los datos incluidos en el formulario han sido desarrollados por el equipo del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino y aprobados por la Dirección de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Nación y por la red de referentes de regulación sanitaria y tecnología del SISA.

Para el Ministerio de Salud de la Nación, así como para los Ministerios de Salud Provinciales es una necesidad fundamental contar con un sistema que asegure calidad, oportunidad e integridad de la información sobre las condiciones de salud de la población, la utilización de los recursos destinados a su atención, así como el gasto que esto implica y su efectividad.

En la República Argentina los datos y registros se encuentran dispersos en cada uno de los subsectores y programas, o sea, en el público, las obras sociales y los seguros privados. Cada uno administra procedimientos propios para obtener datos para el desarrollo de sus funciones.

Esta situación de multiplicidad de sistemas y registros que no se encuentra integrada a nivel federal limita fuertemente la disponibilidad de información en tiempo y forma.

Por otra parte, atenta contra la calidad adecuada para la evaluación, planificación, gestión de los servicios y programas, para la elaboración de planes de intervención y la toma de decisiones en política sanitaria para la mejora de la atención de la población.

Los sistemas de información utilizados por los diferentes programas e instituciones replican la fragmentación en sus diversos niveles. Esto genera

desintegración en el uso, al estar los sistemas aislados entre sí; disparidad en el desarrollo, al crearse cada uno por separado con técnicas diferentes; y disparidad en la cultura de trabajo, al generar cada sistema una modalidad de desempeño particular en el grupo que lo utiliza.

A pesar de estas problemáticas, todos los sistemas de la información tienen una misma misión, que es el registro o prestación de algún servicio a los ciudadanos de todo el país en beneficio de su salud.

En este marco nació el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino, ideado como un proyecto para iniciar un proceso de integración, reducir la fragmentación en todos los niveles posibles y hacer disponible la información federal relacionada al sistema sanitario.

Retomando las nociones de la clase anterior, diremos que el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino permite compartir la información de una forma rápida y confiable, controlar la validación, integridad, seguridad y disponibilidad, vincular a los recursos humanos y simplificar el trabajo, a través de un único banco de datos integrado y un sistema web de gestión descentralizada.

El SISA tiene como objetivo general contribuir a la mejora en la toma de decisiones de los actores del sistema de salud en beneficio de la atención de los ciudadanos a través de la optimización de la gestión de la información, mediante un sistema nacional único de información sanitaria.

Su objetivo general es integrar la información y conformar un sistema federal único de información sanitaria.

Sus objetivos específicos, en cambios, son brindar una herramienta de monitoreo, evaluación y análisis a las autoridades sanitarias nacionales y

provinciales que contribuya a mejorar la toma de decisiones; garantizar consistencia, seguridad, integridad y disponibilidad de la información...

Ofrecer la posibilidad de consulta a la comunidad; reutilizar y centralizar la información para optimizar los recursos humanos, materiales y de tiempo; aportar las garantías de calidad, integridad y confianza en la información; fortalecer al Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios de Salud Provinciales en su función rectora del sistema de salud.

Para cumplir con estos objetivos, el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino plantea una serie de nociones. En principio, a la Ficha Única del Ciudadano como eje central para el registro de la información, para unificar y centralizar la información sanitaria en un repositorio único por cada ciudadano.

Luego, una base de información sobre recursos de salud, con la totalidad de los establecimientos y profesionales del país.

Y, por último, la integración gradual de los sistemas existentes, entre sí, y con el SISA, de forma tal de unificar toda la información de todos los niveles de atención a partir de la Ficha Única del Ciudadano, en una plataforma tecnológica normalizada.