

Material Imprimible

Curso Secretariado médico

Módulo 2

Contenidos:

- Plan Médico Obligatorio: qué es, cuál es su función, cuáles son las prestaciones que incluye, cuáles son las enfermedades más comunes que contempla, y cuáles son las drogas que cubre
- Leyes argentinas que guardan relación con la salud de las personas
- El sistema de salud en Argentina
- La Superintendencia de Servicios de Salud, las mutuales y los centros de salud

El plan médico obligatorio

El **Plan Médico Obligatorio**, conocido también por sus siglas PMO, es una canasta básica de prestaciones obligatorias para todas las prepagas y obras sociales, es decir, son las obligaciones que toda obra social o prepaga tiene que cubrir como mínimo en cualquiera de sus planes.

El PMO es un programa que contiene el conjunto de prestaciones médicas a las cuales tiene derecho todo beneficiario de seguridad social y todo asociado a la medicina privada. Esto significa que constituye el conjunto de prestaciones médicas obligatorias que, como piso mínimo, deben brindar los agentes de seguro social de salud y las empresas de medicina privada.

Asimismo existe el Programa Médico Obligatorio de Emergencia, cuyas siglas son PMOE, que se basa en la Resolución 201/02 del Ministerio de Salud de la República Argentina. Dicha resolución establece las prestaciones básicas y esenciales que deben garantizar las obras sociales y los agentes del seguro a toda la población beneficiaria.

Pero... ¿qué son las prestaciones médicas? Según el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, “el término prestaciones médicas hace referencia a un servicio cuyo objeto no es un bien material que una autoridad o un contratante ofrece o exige a otro para satisfacer una necesidad sanitaria.”

La tecnología y la medicina avanzan rápidamente en el tratamiento de diversas enfermedades y la normativa que regula las prestaciones médicas es clara, pero a veces está atrasada y es insuficiente, y esto genera que muchas veces no se respete el piso básico de las coberturas totales del plan médico obligatorio, ya que se nutre de las nuevas técnicas y tiene un fin más integral para que pueda ser alcanzado por toda la población, independientemente de la economía.

Es por todo ello que también se ha sostenido de manera uniforme que el PMO no constituye una limitación para los agentes del seguro de salud, sino que consiste en una enumeración no taxativa de la cobertura mínima e indispensable debajo de la cual ninguna persona debería ubicarse bajo ningún concepto, mas no necesariamente conforma su tope máximo.

En ese marco corresponde destacar que la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha establecido que el PMO contiene los lineamientos que deben ser interpretados en armonía con el principio general que garantiza a la población el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud.

Otra cuestión importante a tener en cuenta es que para utilizar las prestaciones incluidas en el PMO, no le pueden exigir a la persona algún tiempo de afiliación, es decir, no existen los llamados “períodos de carencia”. Por eso, las personas tienen derecho a recibir estas prestaciones desde el momento mismo de la afiliación a una obra social o prepaga.

El PMO es amplio e incluye muchas prestaciones que son esenciales, a las que conoceremos a continuación.

De acuerdo al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la República Argentina, algunas de las prestaciones incluidas en el PMO son las siguientes:

- Plan Materno Infantil
- Programas de prevención de cánceres femeninos
- Odontología
- Internación
- Salud mental
- Salud sexual y reproductiva
- Rehabilitación
- Medicamentos
- Cuidados paliativos
- Hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria
- Otoamplifonos
- Anteojos
- Prótesis y órtesis
- VIH/SIDA
- Y adicciones

A continuación, describiremos cada una de ellas.

En primer lugar nos referiremos al Plan Materno Infantil, que cubre todo el embarazo y hasta el primer mes luego del nacimiento del bebé. Asimismo, cubre la atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad, e incluye toda la atención del niño, tanto en internación como ambulatoria.

A su vez, el PMI cubre el 100% de las medicaciones específicas de los bebés, los estudios para la detección de fenilcetonuria, del hipotiroidismo congénito y de la enfermedad fibroquística en el recién nacido. Además, si existe indicación médica, el programa cubre

las leches maternizadas o de otro tipo que deba tomar el bebé, como así también las vacunas obligatorias del calendario de vacunación.

En cuanto a los programas de prevención de cánceres femeninos, en especial de cáncer de mama y cuello uterino, el PMO incluye diagnóstico y tratamiento de todas las afecciones malignas.

En el área odontológica, el PMO incluye la prevención, fluoración y campañas de educación para la salud bucal. También cubre la consulta de diagnóstico y plan de tratamiento y las consultas de urgencia.

Sobre la internación puede asegurarse que el PMO garantiza el 100% de cobertura en la internación.

Sobre la salud mental se puede decir que el PMO cubre hasta 30 consultas ambulatorias por año. Estas consultas, a su vez, no pueden ser más de cuatro por mes.

Las consultas incluyen la entrevista psiquiátrica, psicológica, psicopedagogía, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicoterapia de familia y de pareja y el psicodiagnóstico. A esto se le suma que la internación está cubierta hasta 30 días por año para patologías agudas.

Respecto a la salud sexual y reproductiva se puede manifestar que el PMO cubre la colocación y extracción del implante subdérmico, el DIU o dispositivo intrauterino, y el Sistema Intrauterino de Liberación de Levonorgestrel como métodos anticonceptivos.

En cuanto a la rehabilitación se puede expresar que el programa PMO incluye hasta 25 sesiones por año de todas las prácticas kinesiológicas y fonoaudiológicas.

Sobre los medicamentos se puede establecer que, en general, los que están incluidos en el programa están cubiertos en un 40%. Sin embargo, en casos específicos como medicamentos oncológicos, para la insuficiencia renal o los incluidos en programas especiales, la cobertura es del 100%. También existe una cobertura del 100% en medicamentos para pacientes internados y en medicamentos básicos para la enfermedad Fibrosis Quística.

Los cuidados paliativos constan de una asistencia activa y total de los pacientes que tienen una expectativa de vida que no supera los seis meses. Estos cuidados son llevados a cabo por un equipo multidisciplinario, que tiene el objetivo de aliviar el dolor y los síntomas del paciente. En estos casos la cobertura también es del 100% pero, de igual manera, se debe consultar en la Superintendencia de Servicios de Salud acerca de dicha prestación.

Otros procedimientos que tienen una cobertura del 100% son la Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. Para esto, es necesario que el paciente se inscriba en el INCUCAI, que es el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante dentro de los primeros 30 días de iniciado el tratamiento.

Asimismo, los otoamplífonos y los anteojos tienen una cobertura del 100% en niños de hasta 15 años.

En cuanto a las prótesis y órtesis se puede asegurar que la cobertura es del 100% en prótesis e implantes de colocación interna permanente, pero para órtesis y prótesis externas, la cobertura es del 50%. Respecto a las prótesis denominadas miogénicas o bioeléctricas, estas no están cubiertas.

Asimismo, el PMO explicita que la indicación médica de la órtesis o prótesis debe utilizar el nombre genérico y no la marca, y debe indicar elementos de fabricación nacional, ya que solo se autorizan prótesis u órtesis importadas cuando no existe una de fabricación nacional.

Sobre el VIH/SIDA puede decirse que dentro del PMO están incluidos los tratamientos médicos, psicológicos y medicamentos para personas que viven con el virus, y también los programas de prevención.

Por último, las prestaciones sobre adicciones incluyen tratamientos médicos, psicológicos y medicamentos para personas con problemas de drogadicción. Todos ellos están incluidos en los programas de prevención.

Según la Superintendencia de Servicios de Salud, las enfermedades más comunes que están contempladas en el PMO:

- Dentro de las enfermedades cardiovasculares y tratamiento de prevención primaria o secundaria encontramos la hipertensión arterial esencial, la hipertensión arterial secundaria, la insuficiencia cardiaca, las arritmias, la terapéutica antiagregante y la prevención primaria de cardiopatías isquémica
- Dentro de las enfermedades respiratorias encontramos el asma bronquial y la fibrosis pulmonar
- De las enfermedades neurológicas forman parte la enfermedad de Parkinson y la epilepsia
- Dentro de las enfermedades psiquiátricas se encuentran el trastorno bipolar y las psicosis orgánicas
- Dentro de las enfermedades inflamatorias crónicas y enfermedades reumáticas encontramos la gota crónica
- De las enfermedades oftalmológicas forma parte el glaucoma
- Y por último, las enfermedades endocrinas pueden ser el hipertiroidismo, el hipotiroidismo y las dislipemias.

Existen drogas que cubren el PMO y que dicha cobertura es del 100%. Estas son:

- Eritropoyetina, destinada al tratamiento de la insuficiencia renal crónica
- Dapsona, destinada al tratamiento de lepra en cualquiera de sus formas clínicas
- Medicamentos para uso oncológico según protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación
- Drogas para el tratamiento de la tuberculosis
- Insulina para las personas diabéticas
- Piridostigmina, destinado al tratamiento de la Miastenia Gravis
- Y medicamentos de uso anticonceptivo

Leyes argentinas que guardan relación con la salud de las personas

Primeramente vamos a aprender sobre la Ley 26.378, que es la Ley de discapacidad.

Según el artículo 1, esta ley tiene el objetivo de promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente.

A su vez, el artículo mencionado expone que “las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.”

En cuanto a la salud, la ley 26.378 indica que las personas con discapacidad “tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad.”

Para esto, el Estado se encargará de:

- Proporcionar a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas
- Proporcionar los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad
- Proporcionar esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales
- Exigir a los profesionales de la salud que a las personas con discapacidad presten atención médica de la misma calidad que a las demás personas
- Prohibir la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional
- Impedir que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad

Por su parte, la Ley 24.901 establece que se instituya un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos.

Según el artículo 2 de esta ley, las obras sociales tienen a su cargo con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en dicha ley, que necesiten las personas con discapacidad afiliadas a las mismas.

De acuerdo al artículo 4, “las personas con discapacidad que carecieren de cobertura de obra social tienen derecho al acceso a la totalidad de las prestaciones básicas comprendidas en la norma, a través de los organismos dependientes del Estado.”

Conforme al artículo 6, “los entes obligados por dicha ley deben brindar las prestaciones básicas a sus afiliados con discapacidad mediante servicios propios o contratados, los que se evaluarán previamente de acuerdo a los criterios definidos y preestablecidos en la reglamentación pertinente.”

La Ley Nacional de Sida es la Ley número 23.798. Se sancionó en el año 1990 y se reglamentó bajo el Decreto 1244/91.

En el artículo 1 se sentencia que es de interés nacional la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, y que la ley tiene por finalidad impulsar la investigación y sus agentes causales, garantizar el diagnóstico y proveer tratamiento, y promover la prevención de ella y de otras patologías derivadas a través de la educación de la población.

Asimismo, la ley apunta a proteger los siguientes derechos:

- El acceso a la atención de la salud
- El respeto de la dignidad y no discriminación de la persona viviendo con VIH
- La información, a través del consentimiento informado, entendiendo esto como el acceso de la persona a la información clara de su estado de salud
- La confidencialidad, entendida como la protección de la información de las personas viviendo con VIH
- Y la prevención a través de las tareas de educación de la población

Gracias a la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, se incorporó al PMO las prestaciones relacionadas con el VIH y el Sida. De esta manera, y en refuerzo a la Ley Nacional de sida, será garantizado el acceso gratuito al diagnóstico, tratamiento y asistencia integral de la salud, incluida la asistencia psicológica.

También existe la Ley 23.611, que es la Ley de Oncología, sancionada y promulgada en el año 1988.

Esta ley declara como interés nacional la lucha contra el cáncer, los linfomas, las leucemias y demás enfermedades neoproliferativas malignas.

A su vez, el artículo 2 sentencia la creación del Instituto Nacional de Oncología como órgano de elaboración y ejecución de los objetivos establecidos en la presente ley.

Este instituto se encarga de:

- Delinear y consolidar la producción de conocimiento científico sobre el cáncer en Argentina
- Brindar capacitaciones sobre el cáncer a los profesionales de la salud
- Contribuir a la reducción de la incidencia y mortalidad por esta enfermedad
- Informar sobre la prevención del cáncer
- Mantener estrechas relaciones con otros organismos nacionales tendientes al acrecentamiento del conocimiento sobre médicos y técnicas de profilaxis del cáncer
- Asesorar al Poder Ejecutivo en los aspectos relacionados con la materia de la ley de oncología
- Estudiar y resolver los problemas sociales que plantea el enfermo oncológico

El sistema de salud en Argentina

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, un sistema de salud compromete a todas las organizaciones, instituciones y recursos que producen acciones, cuyo propósito primario es el mejoramiento de la salud.

Los actores del sistema de salud son:

- El gobierno y/o corporaciones profesionales que estructuran y regulan el sistema
- La población que paga por el sistema de salud y recibe servicios
- Los proveedores de servicios de salud
- Y las organizaciones de la comunidad que suman en organización, logística, financiamiento y provisión de servicios

Según los académicos Mariana Belló y Víctor Becerril-Montekio, el **sistema de salud de Argentina** está compuesto por tres sectores poco integrados entre sí y fragmentados también en su interior: el sector público, el sector de seguro social obligatorio, es decir, las obras sociales, y el sector privado.

Asimismo, dichos autores describen cada uno de los sectores:

- El sector público presta atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago
- Las obras sociales aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias

- Y el sector privado presta servicios a personas y familias que pagan por un acto médico o que pagan las cuotas de un plan de salud

El sector público de salud de la República Argentina está financiado por los recursos fiscales y está integrado, principalmente, por las estructuras administrativas provinciales y nacionales y la red de hospitales públicos.

Dicho sector atiende a las familias de menores ingresos, a las personas que no tienen cobertura de la seguridad social porque no son trabajadores en relación de dependencia o porque no tienen capacidad de pago, y también a aquellos que, si bien tienen cobertura por alguna obra social, tienen limitaciones de acceso por razones geográficas o económicas.

El país cuenta con una red de hospitales nacionales, provinciales y municipales. Algunas de las instituciones destacadas son:

- El Hospital Garrahan
- El Hospital Posadas
- El Hospital Argerich
- El Hospital de Clínicas
- El Hospital Durand

El sector de las obras sociales, o sector del seguro social, está organizado en torno a entidades que agrupan a los trabajadores, según ramas de actividad. Es decir, las obras sociales aseguran y prestan servicios a los trabajadores en relación de dependencia y a sus familias.

En Argentina, las obras sociales operan a través de contratos con prestadores privados, y se financian con contribuciones de los trabajadores y patronales. Por ley, todos los empleados en relación de dependencia deben tener una cobertura médica, razón por la cual el trabajador y el empleador están obligados a abonar un porcentaje del salario para dicho fin.

Es decir, las obras sociales no se abonan como las prepagas, sobre las que aprenderemos más adelante, sino que al trabajador se le descuenta por sueldo la cuota sindical, representado en un valor porcentual, por ley según el Ministerio de Trabajo.

Las obras sociales tienen centros propios, donde van a ser derivados los pacientes afiliados a su obra social, pero también pueden ser derivados a otros centros de salud debido a las complejidades y situaciones de los distintos diagnósticos.

En el país, según datos del año 2018, existen 292 obras sociales con alcance nacional que brindan atención de salud a más de 14 millones de afiliados.

Algunas de las obras sociales que existen en el país son las siguientes:

- OSCHOCA, que es la obra social de choferes de camiones
- OSPE, que es la obra social de petroleros
- OSMÉDICA, que es la obra social de los médicos
- OSECAC, que es la obra social de empleados de comercio y actividades civiles
- OSUTHGRA, que es la obra social de los hoteleros y gastronómicos

Estas son algunas de las obras sociales que existen en Argentina.

El artículo 4 de la Ley 23.660 expresa que “las obras sociales, cualquiera sea su naturaleza y forma de administración presentarán anualmente, en lo referente a su responsabilidad como agentes del seguro, la siguiente documentación ante la Administración Nacional del Seguro de Salud:

- Programa de prestaciones médico-asistenciales para sus beneficiarios;
- Presupuesto de gastos y recursos para su funcionamiento y la ejecución del programa
- Memoria general y balance de ingresos y egresos financieros del período anterior;
- Copia legalizada de todos los contratos de prestaciones de salud que celebre durante el mismo período, a efectos de confeccionar un registro de los mismos.”

De igual manera, el artículo 5 manifiesta que “las obras sociales deberán destinar como mínimo el ochenta por ciento (80%) de sus recursos brutos, deducidos los aportes al Fondo Solidario de Redistribución creado en jurisdicción de la ANSSAL, a la prestación de los servicios de atención de la salud establecidos por el seguro, a sus beneficiarios. Las obras sociales que recauden centralizadamente deberán remitir mensualmente el setenta por ciento (70%) de lo recaudado en cada jurisdicción para atender las necesidades de salud de sus beneficiarios residentes en la misma jurisdicción. Asimismo asegurarán en sus estatutos mecanismos de redistribución regional solidaria que asegure el acceso de sus beneficiarios a los servicios de salud sin discriminaciones de ningún tipo.”

Ahora bien. Por último nos queda describir al sector privado, que está conformado por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales que pagan por recibir la atención médica.

No obstante, el sector privado debe ser abordado desde una perspectiva doble:

- En primer lugar en su rol de asegurador, es decir, la prepaga
- y en segundo lugar, en su rol de prestador de servicios

La característica de dicho sector es que tiene su principal cartera de clientes en los estratos medios y altos de la población.

Este sector incluye entidades de seguro voluntario, llamadas Empresas de Medicina Prepaga, que se financian con primas que pagan las familias y/o las empresas. Es decir, las empresas privadas prestan un servicio de seguro médico a través del pago de una cuota.

Bajo la denominación global “empresas de Medicina Prepaga” se agrupa un amplio y muy diverso conjunto de entidades, cuya oferta presenta una dispersión de precios y servicios cubiertos mucho mayor que el de las obras sociales.

Asimismo, muchas personas tienen “doble afiliación”. ¿Qué quiere decir esto? Que tienen una prepaga más una obra social.

Algunos de los hospitales privados que se destacan en Argentina son:

- El Hospital Universitario Austral
- El Hospital Italiano
- El Hospital Alemán
- La Fundación Favalaro
- El Hospital Británico
- El Instituto FLENI

No obstante, nos preguntamos... ¿qué diferencia hay entre la obra social y la prepaga o medicina privada? La diferencia existente es que la obra social depende de un sindicato para su operación, mientras que la prepaga es una empresa privada que presta el servicio de salud y están reguladas por la Ley 26.682 de Coberturas Mínimas.

Las “prepagas”, reguladas legalmente por la ley mencionada, son entidades privadas que se encargan de prestar servicios de medicina, actuando de manera similar a la de las

obras sociales, pero con mayores beneficios para sus afiliados en cuanto a cartilla, atención, entre otros.

Allí, un usuario, al adherirse a la medicina prepaga, aprueba las cláusulas generales predispuestas por la empresa de medicina prepaga. La adhesión es una de las notas distintivas en este tipo de contratos, y el usuario solo puede aceptar las condiciones predispuestas por la empresa sin poder intervenir en la formación del contrato en sí mismo.

Antes de que se sancione la ley 26.682, había muchos problemas con la edad de las personas afiliadas a la medicina prepaga. Por ejemplo, existían situaciones de injusticia con respecto a las personas mayores de 65 años, pues las empresas les negaban la afiliación en razón de su edad; o cuando los usuarios de las empresas de medicina prepaga alcanzaban la edad mencionada, eran víctimas de aumentos en sus cuotas de carácter excesivo, que los dejaba en la situación de soportar el abuso o quedarse sin cobertura médica.

Frente a tal situación es que el artículo 12 de dicha ley expone que “en el caso de las personas mayores de sesenta y cinco 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 años que tengan una antigüedad mayor a diez años en uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, no se les puede aplicar el aumento en razón de su edad.”

Según los datos del Censo de 2010, aproximadamente un 48% de la población total de Argentina estaba atendida por el sector público, y otro 52% eran beneficiarios de alguna obra social o de un seguro de salud voluntario.

La medicina argentina es prestigiosa a nivel global por haber sido inventora de diversas técnicas y descubrimientos que hoy son utilizadas en todo el mundo y por las investigaciones que se mantienen constantemente en todas las especialidades médicas.

La Superintendencia de Servicios de Salud

La **Superintendencia de Servicios de Salud** es un ente estatal que regula y controla a las obras sociales nacionales y a las entidades de medicina prepaga para garantizar los derechos de los usuarios a las prestaciones de salud.

Esta tiene la misión de proteger los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la inspección, vigilancia, control y el ejercicio de la función jurisdiccional y de conciliación, de manera transparente y oportuna.

Sus funciones son:

- Fiscalizar y controlar a las Obras Sociales y a otros Agentes del Sistema, con el propósito de asegurar el cumplimiento de políticas para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población y la efectiva concreción del derecho a gozar las prestaciones de salud establecidas en la legislación
- Formular y dictar las normas para regular y reglamentar los servicios de salud
- Controlar el funcionamiento de Obras Sociales y de otros Agentes del Seguro de Salud, de los prestadores intervinientes y de toda otra entidad, ya sea prestadora o financiadora de prestaciones medico asistenciales
- Aprobar el ingreso de las obras sociales al Sistema
- Aprobar el Programa de Prestaciones Medico Asistenciales de los Agentes y controlar el Presupuesto de gastos y recursos para su ejecución

Los usuarios pueden presentar un reclamo ante inconvenientes en la cobertura médica asistencial. Para eso, pueden dirigirse a la sede central o delegación de su obra social y cumplimentar el Formulario A, o acercarse a los Centros de Atención de la Superintendencia y cumplimentar el Formulario B.

Ahora bien. Como aprendimos anteriormente, el secretario médico debe estar muy bien capacitado y el aprendizaje en cuestiones de salud debe ser constante.

Los secretarios de instituciones médicas deben tener amplio conocimiento de las obras sociales con las cuales están trabajando, ya que van a necesitar del conocimiento de sus características y alcances de prestaciones.

Existen clínicas o centros de salud que cuentan con la atención de muchas obras sociales y de prepagas, como así también de medicina privada. También en los consultorios privados, cada prestador decidirá qué obra social atiende en función a sus necesidades y también qué plan dentro de cada uno. Esto es debido a que cada obra social o prepaga también posee diferentes tipos de planes que abarcan desde los más básicos hasta los más complejos. De ello va a depender la cobertura que tengan, por ejemplo, en internación, odontología, pediatría, medicamentos, cirugías, entre otras.

Para todos estos principios, se requiere de una buena capacitación de cada uno de los secretarios y administrativos, ya que, como veremos más adelante, también cada obra

social contará con un tipo de facturación diferente, y esto es importante tenerlo en cuenta para evitar errores en la facturación médica.

Por todos estos motivos, es fundamental la capacitación de cada uno de los empleados, sumado a la actualización continua, debido a que muchas veces, las obras sociales tienden a modificar sus planes o prestaciones que luego afectarán a la atención y a la facturación.

Ahora les preguntamos... ¿saben lo que es una mutual? Una mutualidad, mutua, o **mutual** es una entidad sin fines de lucro constituida bajo los principios de la solidaridad y la ayuda mutua en las que unas personas se unen voluntariamente para tener acceso a unos servicios basados en la confianza y la reciprocidad.

En Argentina, las mutuales se rigen por la ley 20.321, que es la ley orgánica para las asociaciones mutuales, y por diversas resoluciones que dicta el Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social, mayormente conocido por su sigla INAES, que es el órgano competente en la materia.

¿Qué diferencia hay entre la mutual y la obra social? La diferencia básica es que la obra social es obligatoria, mientras que mutual es voluntaria.

Una mutual de salud es una organización de personas que se asocian por voluntad propia para generarse a sí mismas protección social, prevención y atención de su salud, mediante una contribución periódica y una auto administración sin fines de lucro.

Por este motivo, el mutualismo es un sistema de “puertas abiertas”. ¿Qué quiere decir esto? que el ingreso a las mutuales y la salida de ellas se practican sin más restricciones que las determinadas por el objeto de la asociación y la conducta de los asociados.

Existen dos tipos de mutuales: las llamadas “abiertas” y las “cerradas”. Las abiertas son las que reciben como asociado a cualquier persona sin ninguna exigencia vinculada con grupos de afinidad, mientras que las “cerradas” exigen que los asociados cumplan con alguna condición que sea común a todos, como por ejemplo, la nacionalidad, la profesión, etc.

¿Saben qué son los centros de salud? Los **centros de salud** son lugares que, justamente, brindan cuidados para la salud.

Los centros de salud incluyen hospitales, clínicas, centros de cuidados ambulatorios y centros de cuidados especializados, tales como las maternidades y los centros psiquiátricos.

Las principales funciones de un centro de salud son:

- Prevenir enfermedades y complicaciones
- Brindar tratamiento y asesoría médica
- Ofrecer atención ante emergencias
- Realizar apoyo médico en catástrofes y epidemias
- Medicar a la población
- Llevar a cabo un seguimiento de los pacientes en cuanto a sus tratamientos y rehabilitaciones
- Efectuar campañas de vacunación

En Argentina existen los Centros de Salud y Acción Comunitaria, mayormente conocidos como CeSAC, que son una red pública y gratuita que posee más de cuarenta centros de atención primaria de la salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Estos centros de salud se ocupan de planificar, organizar, coordinar, ejecutar, evaluar e informar las actividades de salud dirigidas a la atención de pacientes de acuerdo con las guías, normas y directivas de atención establecidas.

Asimismo, están orientados a la atención primaria, hay programas de protección materno infantil, salud escolar, adicciones y diabetes, entre otros. Además, cuentan con talleres de memoria, cine y terapias de risa.

Hemos estudiado muchas leyes y reglamentaciones que, hasta el día de la elaboración de este curso, aún están en curso. Por dicho motivo, les recomendamos que se mantengan actualizados en cada una de ellas, en sus artículos, sanciones o modificaciones, ya que es muy importante que un secretario médico sostenga el aprendizaje en estos aspectos esenciales.