

ADMINISTRACIÓN
DE PROGRAMAS ESPECIALES
Y SU COBERTURA
DE ENFERMEDADES
CATASTRÓFICAS.
EVOLUCIÓN HISTÓRICA.

AUTOR: DR. ROBERTO DANIEL YJILIOFF

TUTOR: DR. FEDERICO TOBAR

E D I C I O N E S

Fundación  Sanatorio Güemes

**ADMINISTRACIÓN
DE PROGRAMAS ESPECIALES
Y SU COBERTURA
DE ENFERMEDADES
CATASTRÓFICAS
EVOLUCIÓN HISTÓRICA**

Autor: Dr. Roberto Daniel Yjilioff

Tutor: Dr. Federico Tobar

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Enfermedades catastróficas

Cobertura de enfermedades catastróficas en Argentina

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVOS

MATERIAL Y MÉTODOS

RESULTADOS

Administración de Programas Especiales (APE)

Vías de excepción

Programas para las Obras Sociales

Recursos del APE

Estructura de la Administración de Programas Especiales

Departamento de Mesa de Entradas y Notificaciones

Departamento de Informática

Departamento de Recursos Humanos

Gerencia de Prestaciones

Gerencia de Finanzas

Subgerencia de Rendición de Cuentas

Subgerencia de Contabilidad y Finanzas

CIRCUITO DEL TRÁMITE APE

Notificaciones

Modificaciones incorporadas por el Sistema Único de Registro (S.U.R)

DOCUMENTACIÓN COMERCIAL

Prácticas comprendidas en el sistema de tutelaje de tecnologías sanitarias emergentes

Nuevas inclusiones en Resolución N° 1561/2012

Prácticas en Alta complejidad no cubiertas en la Resolución N° 1561/2012

Comparación entre la Resolución n° 0500/04 con la nueva Resolución n° 1561/2012

Observaciones a la nueva Resolución

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES Y PROPUESTA

CONCLUSIÓN FINAL

ANEXO I

ABREVIATURAS

BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

El presente trabajo tiene por objeto analizar la forma como originalmente el Estado, a través de la Administración de Programas Especiales, reintegraba la cobertura de las enfermedades consideradas catastróficas para el subsector de seguro social de salud.

Cabe aclarar que dicha cobertura era y es brindada a aquellas entidades que se encuentran inscriptas en el Registro Nacional de Obras Sociales, quedando más del 50 % de la población de la República Argentina por fuera de este beneficio.

Dado que en el año 2012 la Administración de Programas Especiales fue absorbida por la Superintendencia de Servicios de Salud, desapareciendo como ente autárquico e independiente, y que la Resolución N^o 0500 continúa en vigencia al momento de redactar la presente tesis, se describe el nuevo modelo diseñado por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Se realiza una comparación entre ambos modelos de cobertura, los circuitos correspondientes y las inclusiones y exclusiones que se modificaron comparando una Resolución de la otra.

Se efectúan sugerencias y se remarca las fortalezas y debilidades del nuevo sistema, comparando con el anterior; el tiempo y la puesta en marcha determinara los errores en las distintas presentaciones, las dificultades que tendrán las obras sociales para recabar en tiempo y forma distintos requerimientos que exige la Resolución para su presentación (por ej: recetas originales con firma y sello de dispensa del director técnico de la farmacia, etc) y dichas dificultades exigirán modificaciones a las mismas a fin de no obstaculizar los recuperos de cada obra social.

INTRODUCCIÓN

Enfermedades catastróficas

Las enfermedades catastróficas son un conjunto limitado de enfermedades, muchas de ellas de baja prevalencia, que demandan un volumen creciente de recursos y suelen ser un desafío económico para los sistemas de salud en general. Existen diferentes definiciones de enfermedades catastróficas según diferentes autores o sistemas de salud. En Puerto Rico la definen como una enfermedad cuyo efecto previsible, certificado por un médico, es la pérdida de la vida; para la cual la ciencia médica ha evidenciado con éxito que hay tratamiento que remedia dicha condición al extremo de salvar la vida del paciente.¹

El ministerio de Salud de Ecuador entiende como enfermedad catastrófica a los problemas de salud que cumplan con las siguientes características:

- a) que impliquen un riesgo alto para la vida de la persona;
- b) que sea una enfermedad crónica y por tanto su atención no sea emergente;
- c) que su tratamiento pueda ser programado;
- d) que el valor de su tratamiento mensual sea mayor a una canasta familiar vital publicada mensualmente por el INEC.²

El gobierno de Colombia define como enfermedad catastrófica a una enfermedad aguda o prolongada, usualmente considerada como amenazante para la vida o con el riesgo de dejar discapacidad residual importante, que a menudo con lleva trastornos psicosociales que afectan de manera importante su evolución porque altera el proceso de rehabilitación, los hábitos saludables, la calidad de vida y limita la adherencia a los tratamientos.³

El doctor Tobar⁴, en su artículo publicado en el Bureau de Salud de 2011, incluyó la definición de KeXu⁵ que considera enfermedades catastróficas aquellas cuyo tratamiento involucra un costo directo igual o superior al 40% del ingreso del hogar donde hay un paciente afectado.

En el libro *Qué aprendimos de las Reformas de Salud*⁶ se incluye una revisión extensa de las definiciones que podemos sintetizar en los siguientes puntos:

- a) Tiene bajo impacto sobre la carga de enfermedad
- b) Tienen un alto costo
- c) Generan severos daños en la salud de quien la padece
- d) Presentan una curva de gastos diferente a lo habitual de regresión a la media, definiéndolo como “reversión lenta a la media”
- e) La mayor parte del gasto es destinado a medicamentos
- f) Su financiamiento desde el presupuesto de los hogares resulta insustentable
- g) En algunos países la cobertura se define por vía judicial (con evaluaciones técnicas y económicas de las tecnologías sanitarias) y determina qué cobertura se debe realizar con los recursos públicos (por ej. Brasil)

Cobertura de enfermedades catastróficas en Argentina

En Argentina, el Sistema de Salud se encuentra estructurado en tres partes, el sector privado, el sector público y la seguridad social, este último conformado por aproximadamente 300 obras sociales entre las nacionales, las correspondientes al personal de las FFAA, seguridad y universitarias, las provinciales y el PAMI. La Ley 23.661⁷ de 1988 crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud, explicitando como objetivo fundamental “proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva”. También se establece que la autoridad de aplicación del seguro será la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), creada por la misma Ley, y que los beneficiarios serán los incluidos en la nueva Ley de Obras Sociales (Ley 23.660/1988)⁸. Se crea un Registro Nacional de Agentes del Seguro y se integra el Fondo Solidario de Redistribución con los aportes previstos por la Ley de obras sociales y los del Presupuesto General de la Nación, como principales recursos.

El impacto económico de las enfermedades catastróficas llevó a la creación de la Administración de Programas Especiales. Con el decreto del Poder Ejecutivo Nacional N°53/1998⁹ se crea la Administración de Programas Especiales (APE) como organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional dentro de la jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Política y Regulación de Salud – Subsecretaría de Regulación y Fiscalización, con personalidad jurídica propia y con un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera. La función principal asignada al APE consistía en realizar una compensación económica dentro del sistema, con aportes provenientes de sus mismos integrantes y que atiende tanto a patologías de alto impacto económico como aquellas crónicas que demandan una cobertura muy prolongada en el tiempo, aun cuando su costo unitario no necesariamente sea muy elevado, siendo cualquiera de estas situaciones de urgente y continua Resolución. El principal objetivo del APE es la implementación y la administración de los recursos afectados al apoyo financiero de los agentes de salud y a los planes y programas de salud destinados a los beneficiarios del sistema, conforme a la Ley 23.661⁷.

En el año 1996 el Poder Ejecutivo dispuso, a través del decreto N° 1615/1996¹⁰ que se fusionaran la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) creada por Ley 23.661⁷, el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) creado por Ley 28.610 y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS) creada por Ley 23.660⁸, constituyéndose la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud) como ente supervisor, fiscalizador y de control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud. La Superintendencia de Servicios de Salud es un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional en jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social, con personería jurídica y autarquía administrativa, económica y financiera. Su misión es fiscalizar y controlar a las obras sociales y a otros agentes del sistema, con el objeto de 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. El artículo 10 del decreto N° 1615/1996¹⁰ indicaba que la atención de los Programas Especiales se haría a través de la Dirección de Programas Especiales de la Superintendencia de Servicios de Salud. El decreto N° 651/1997¹¹ modificó la dependencia de la Dirección de Programas Especiales quedando bajo la supervisión directa de la Subsecretaría de Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud.

En el año 2000, mediante el decreto N^o 446/00¹³, se dispuso la supresión de la Administración de Programas Especiales, finalizando sus funciones el 31 de diciembre de 2000. Las funciones y gestión remanente del APE, fueron asumidas por la Superintendencia de Servicios de Salud, según lo dispuesto en el decreto N^o 1.305 /00¹² y el artículo 14 del decreto N^o 446/00¹³. Dada la presentación de medidas cautelares el Poder Ejecutivo Nacional con decreto N^o 270/01¹⁴, dispuso la intervención de la Administración de Programas Especiales designando un interventor y un sub-interventor. Con decreto N^o 167/2002¹⁵, se designa al Licenciado Eugenio Zanarini como interventor en la Administración de Programas Especiales, organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional en jurisdicción del Ministerio de Salud y con las facultades otorgadas por el decreto N^o 53/98⁹.

En el año 2003, con decreto N^o 1254/03¹⁶, se aprobó una nueva estructura orgánica funcional para la APE, y en el año 2004, la Resolución N^o 0500/04¹⁷ establece un nuevo PROGRAMA DE COBERTURA DE PRESTACIONES MÉDICO ASISTENCIALES, a través del cual la ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS ESPECIALES otorga apoyo financiero para el pago de las prestaciones médicas, prótesis, ortesis, medicación y material. A partir de entonces, los Agentes del Seguro de Salud que requieran un apoyo financiero pueden solicitarlo a la ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS ESPECIALES, según normas, requisitos y condiciones y su otorgamiento se efectúa según las disponibilidades presupuestarias, económicas y financieras, y a las normas vigentes.

En el año 2012, con el decreto 366/2012¹⁸, transfiere a la órbita de la Superintendencia de Servicios de Salud, la Administración de Programas Especiales, la que actuará a través de la Gerencia General de la citada Superintendencia a cargo de la Señora Beatriz Liliana Korenfeld. La ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS ESPECIALES mantenía los objetivos, funciones, personal de revista, incluyendo al personal jerárquico y al personal contratado, bienes que integren su patrimonio y demás cuestiones que hagan a la continuidad jurídica del Organismo, en los términos del decreto N^o 53/1998⁹, sus normas modificatorias y complementarias y del decreto N^o 1254/2003¹⁶.

El 5 de septiembre de 2012, por el decreto N^o 1609/12²⁰, se instituye el SUBSIDIO DE MITIGACIÓN DE ASIMETRÍAS (SUMA), destinado a complementar la financiación de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud mediante la distribución automática de una parte del FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN previsto por el artículo 22 de la Ley N^o 23.661, sin perjuicio de las otras aplicaciones establecidas para dicho Fondo por la normativa vigente.

El 21 de septiembre de 2012, por la Resolución N^o 1200/2012¹⁹, se crea el SISTEMA ÚNICO DE REINTEGRO (S.U.R.) para la implementación y administración de los fondos destinados a apoyar financieramente a los agentes del seguro en prestaciones médicas de baja incidencia y alto impacto económico y las de tratamiento prolongado.

El 19 de octubre de 2012, con Resolución N^o 1310/2012 en su ARTICULO 1^o, SUSPENDE hasta el 30 de noviembre de 2012 la entrada en vigencia de la Resolución N^o 1200/12 SSSALUD

El 20 de noviembre de 2012, con Resolución N^o 1511/2012²¹, se crea el SISTEMA ÚNICO DE REINTEGRO POR PRESTACIONES OTORGADAS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD, con el fin de apoyar económicamente a los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, mediante el reintegro de las erogaciones que hubieran realizado para atender dichas prestaciones básicas.

El 5 de diciembre de 2012, con Resolución N^o 1561/2012³⁶, se crea el procedimiento para autorización de reintegros del sistema de Tutelaje de Tecnologías Sanitarias Emergentes. Rectifica la Resolución N^o 1200/2012 SSSalud y la Resolución N^o 9486/2003 APE.

JUSTIFICACIÓN

La metodología para los reintegros canalizados por la APE siguiendo fundamentalmente lo establecido en la RESOLUCIÓN 0500/0417 del APE tenía fortalezas y debilidades. El cambio de legislación intentó superar algunas de las limitaciones pero incorporó nuevos problemas que incluían los trámites y solicitudes en curso previos al nuevo sistema. Dado lo dinámico de los cambios políticos en la República Argentina, resulta dificultoso planificar los cambios estructurales necesarios acordes a la nueva regulación (año 2012).

OBJETIVOS

La presente Tesis asume el objetivo general de:

- Analizar los cambios en la cobertura y financiación de las enfermedades catastróficas en la República Argentina en el Subsector del Seguro Social de Salud.

Para alcanzarlo, se plantea dar cuenta de los siguientes objetivos específicos:

- Describir el modelo implementado por la Administración de Programas Especiales hasta principio del año 2012, en sus aspectos organizativos, jurídicos y financieros.
- Describir el modelo diseñado a partir de 2012, desde la SSS a partir del decreto 366 y las resoluciones subsiguientes.
- Comparar ambos modelos de cobertura y financiación de enfermedades catastróficas e identificar sus fortalezas y debilidades.
- Identificar acciones posibles para solucionar los problemas que persisten en la cobertura, organización y financiación de las enfermedades catastróficas en el marco de los agentes del Seguro Nacional de Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de legislación relacionada con el APE en Legisalud utilizando como criterio de búsqueda "Programas Especiales", "Fondo Solidario de Redistribución". Se buscaron los textos originales en el Boletín Oficial. Se realizó una búsqueda en internet utilizando el descriptor "APE" y "Fondo Solidario de Redistribución" para identificar información histórica sobre el Fondo Solidario de Redistribución, el APE y las metodologías de funcionamiento de la organización.

RESULTADOS

La Administración de Programas Especiales dictaba cursos de capacitación para las obras sociales, en los que se mostraron datos relacionados con la cobertura del APE y del Fondo Solidario. Se recolectaron datos de los materiales utilizados para cursos dictados por el APE entre 2003 y 2007.

Se realizó un análisis de contenido de los documentos identificados. Se realizó una organización cronológica de las normas identificadas. Se construyeron cuadros comparativos entre las principales normas identificadas.

Administración de Programas Especiales (APE)

Cobertura del APE

En la tabla se hace referencia a las coberturas, bajo el Régimen Nacional, Leyes N° 23.660 y 23.661 y actividades llevadas a cabo por la Administración de Programas Especiales hasta la implementación de un nuevo sistema y modificaciones de los contenidos de la Resolución N° 0500/04.

ENTIDADES CUBIERTAS POR EL APE	INSTITUCIONES NO CUBIERTAS POR EL APE
Obras Sociales Sindicales.	Obras Sociales Provinciales no adheridas al sistema.
Obras Sociales de Origen Estatal.	Obras Sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad.
Obras Sociales del Personal de Dirección y Empresarios.	Obras Sociales de las Universidades Nacionales.
Mutuales adheridas al sistema.	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP).
Asociaciones de Obras Sociales.	Empresas de Medicina Prepaga.
Obras Sociales por convenios con empresas.	Mutuales no adheridas al sistema.

En la tabla siguiente se enumerara el total de las prestaciones cubiertas por el APE en los subsectores que se divide la Gerencia de Prestaciones como Alta Complejidad, Medicamentos, Discapacidad, Drogadependencia y HIV.

<p>Medicamentos (Resolución 0500/0417)</p>	<p>Inmunosupresores pos trasplante. Inducción peri trasplante. Tratamiento de la Enfermedad Fibroquística de Páncreas Hormona de crecimiento (Déficit de hormona, IRC, Síndrome de Turner, PraderWillii). Enfermedad de Gaucher. Esclerosis Múltiple. Hepatitis B o C. Análogo de la somatostatina (Síndrome Carcinoide, Acromegalia, Tumor productor de Somatostatina). Estimulantes de colonia granulocíticas. Esclerosis Lateral Amiotrófica. Infección a EstafiloMeticilino Resistente. Tratamiento a demanda de la Hemofilia.</p>
<p>Alta Complejidad (Resolución N° 0500/04 17)</p>	<p>Módulo Pre Trasplante. Módulo Trasplante. Renal. Cardíaco. Hepático. Pulmonar. Reno pancreático. Cardiopulmonar. Médula Ósea Autólogo. Médula Ósea Alogenico con Donante Relacionado. Criopreservación de Medula Ósea. Médula Ósea Alogenico con Donante No Relacionado. Búsqueda Internacional de Donante Medula Ósea. Médula Ósea Alogenico de Cordón Umbilical. Prótesis Ortopédicas. Prótesis Cardiovasculares. Prótesis para Neurocirugía. Descartables para Circulación Cardiovascular con bomba. Descartables para Alimentación Parenteral. Materiales descartables para Angioplastia y Colocación de Stent. Stent Biliar. Stent Carotideos. Stent Neurológico. Stent Periféricos. Stent Coronarios. Embolizaciones, coils y clippado de aneurismas. Radioneurocirugía. Gran Quemado. Cardiodesfibriladores. Respirador externo positivo. Esfínter Urinario Externo. Neuroestimulador. Internación Domiciliaria con Asistencia Respiratoria Mecánica. Internación Domiciliaria sin Asistencia Respiratoria Mecánica. Implantes Cocleares (Resolución 1276/0222). Preimplante + Prótesis + Implante + 6 meses post Implante.</p>

Tratamiento del HIV- SIDA Resolución N° 475/02 23 y Resolución N° 13.453/10 24	Módulo 1 Bioterapia Módulo 2 Tri terapia Módulo 3 Fallo Módulo 4 Trasmisión vertical Módulo 5 Tratamiento y Profilaxis de Enfermedades Oportunistas Módulo 6 Adherencia y seguimiento
Profilaxis antihemofílica (Resolución 2048/03 25)	Demanda por eventos Hemorrágicos (Resolución N° 0500/04 17) Hemofilia con inhibidor N° 9500/05 26 para el Novoseven y la N° 5000/06 27 para el FEIBA
Prestaciones para Discapacitados (Resolución N° 400/99 28)	Apoyo a la integración Escolar. Atención ambulatoria (más de una especialidad). Centro de día. Educación Inicial. Educación general básica. Formación laboral y/o rehabilitación profesional. Hogar con centro de día. Hogar con centro educativo terapéutico. Hogar con educación inicial. Hogar con formación laboral. Internación en rehabilitación. Módulo centro educativo terapéutico. Módulo Hospital de día. Pequeño hogar. Prestaciones de apoyo. Residencia. Transporte.
Drogadependencia (Resolución N° 9800/05 - APE29)	Módulo I Consulta y Orientación Módulo II Hospital de Medio Día (4 horas) Módulo III Hospital de Día (8 horas) Módulo IV Internación Psiquiátrica para Desintoxicación Módulo V Internación en Comunidad Terapéutica Residencial Módulo VI Modalidad Tratamiento Ambulatorio de Control y Prevención de Recaídas.

Trámites Calificados por Riesgo de Muerte (Resolución N ° 0154/02- APE30)

Los trámites incluidos en esta Resolución, corresponden a la única vía a través de la cual las obras sociales pueden solicitar un adelanto de dinero dada la importante erogación que deben dispensar; pero solamente si el cuadro nosológico es de tal gravedad que ocasiona un riesgo cierto de muerte al paciente en corto plazo e informa la imposibilidad del agente de seguro de contar con los recursos o con financiación para adquirir el elemento o brindar la prestación médica objeto de la solicitud.

Vías de excepción

Otro mecanismo de reintegro, que las obras sociales podían utilizar hasta el año 2012, era el denominado: Vía de excepción.

El mismo debía iniciarse con una nota dirigida al gerente general solicitando la posibilidad de ingresar un expediente bajo estas condiciones. Una vez autorizado, ingresaba el expediente por mesa de entrada en donde se le asignaba un número y luego pasaba a la Gerencia de Prestaciones, en donde se analizaba el mismo y, en caso de considerar correcta toda la presentación, se confeccionaba una providencia que era girada a la Gerencia General, la cual analizaba lo enviado y determinaba si consideraba aprobarlo. En caso afirmativo, el mismo continuaba por las distintas áreas de la administración hasta su pago.

Programas para las Obras Sociales

Hasta el año 2012, la Administración de Programas Especiales se encargaba de implementar diferentes programas. A modo de ejemplo se enumeran algunos:

Resolución N° 1531/03³¹ Programa de Identificación de Factores de Riesgo y Prevención Primaria de Enfermedades Cardiovasculares

Resolución N° 11300/04³² Programa de Salud Renal

Resolución N° 9494/06³³ Programa de Control de la Enfermedad de Chagas

Campañas de Vacunación Antigripal desde el año 2006

Resolución N° 9620/07-APE³⁴ Paliativo Financieros a los Inundados de Santa Fe y Entre Ríos

Resolución N° 20658/10³⁵ Derogándose las resoluciones anteriores 18621/07 y 19133/07 Plan de Reintegro para la Atención del Nacimiento

Recursos del APE

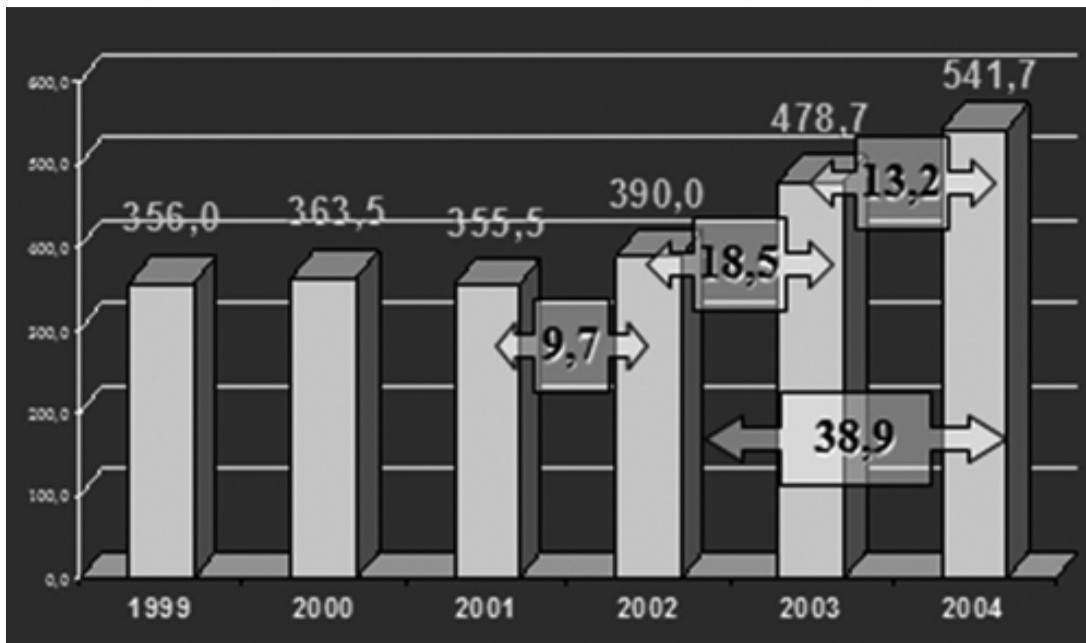
Los recursos que obtenía la Administración de Programas Especiales provenían del Fondo Solidario de Redistribución que fue creado por Ley N° 23.661⁶ y se constituían con los aportes y contribuciones de la nómina salarial del universo de los trabajadores comprendidos en el sistema de obras sociales que rige la Ley N° 23.660⁷.

El mismo estaba conformado por el 10 % ó 15 % de los aportes y contribuciones que recibían de las Obras Sociales Sindicales, el 15 ó el 20 % de los aportes y contribuciones que recibían de las Obras Sociales del Personal de Dirección y las Asociaciones Profesionales de Empresarios. La variación en el porcentaje en menor o mayor se establecía según superara o no el tope de la remuneración bruta mensual de Pesos un mil.

El presupuesto del APE para el año 2012 fue informado de alrededor de \$ 1.200.000.000 (\$ 1.157.556,29)¹⁰. Dicho presupuesto cubría la totalidad de las obras sociales con número de RNOS (Registro Nacional de Obras Sociales de la Superintendencia de Servicios de Salud).

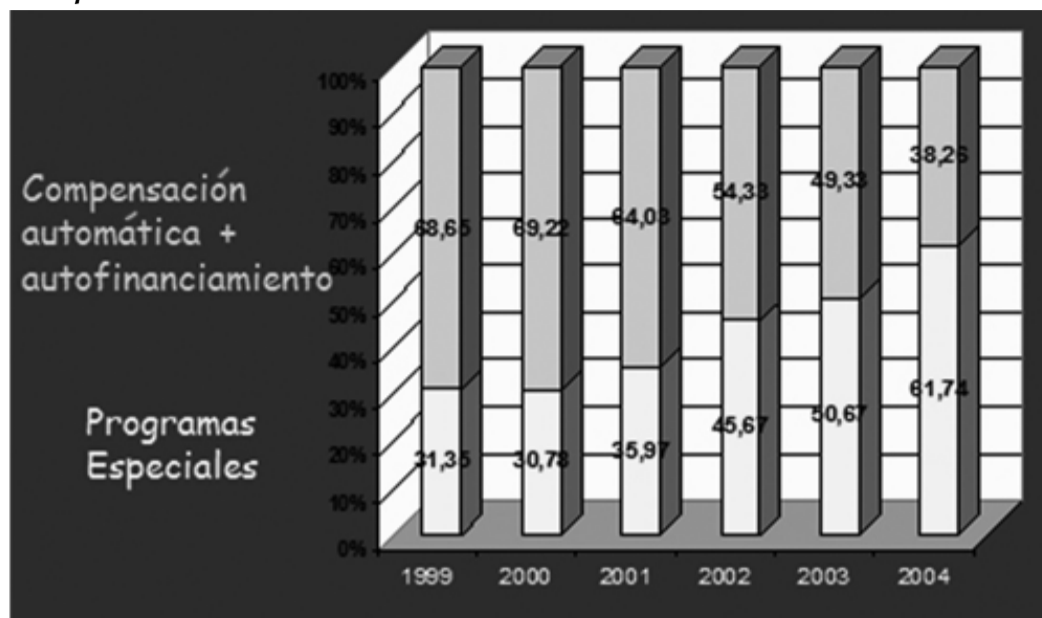
En un curso de capacitación para las obras sociales de la Administración de Programas Especiales dictado en el año 2007, se mostraron las diapositivas que se presentan a continuación. En el primer gráfico se puede visualizar el incremento que sufrió el fondo solidario de redistribución en los primeros años de la administración de programas especiales (período 1999-2004).

Evolución del Fondo Solidario de Redistribución (anual, en millones de \$)

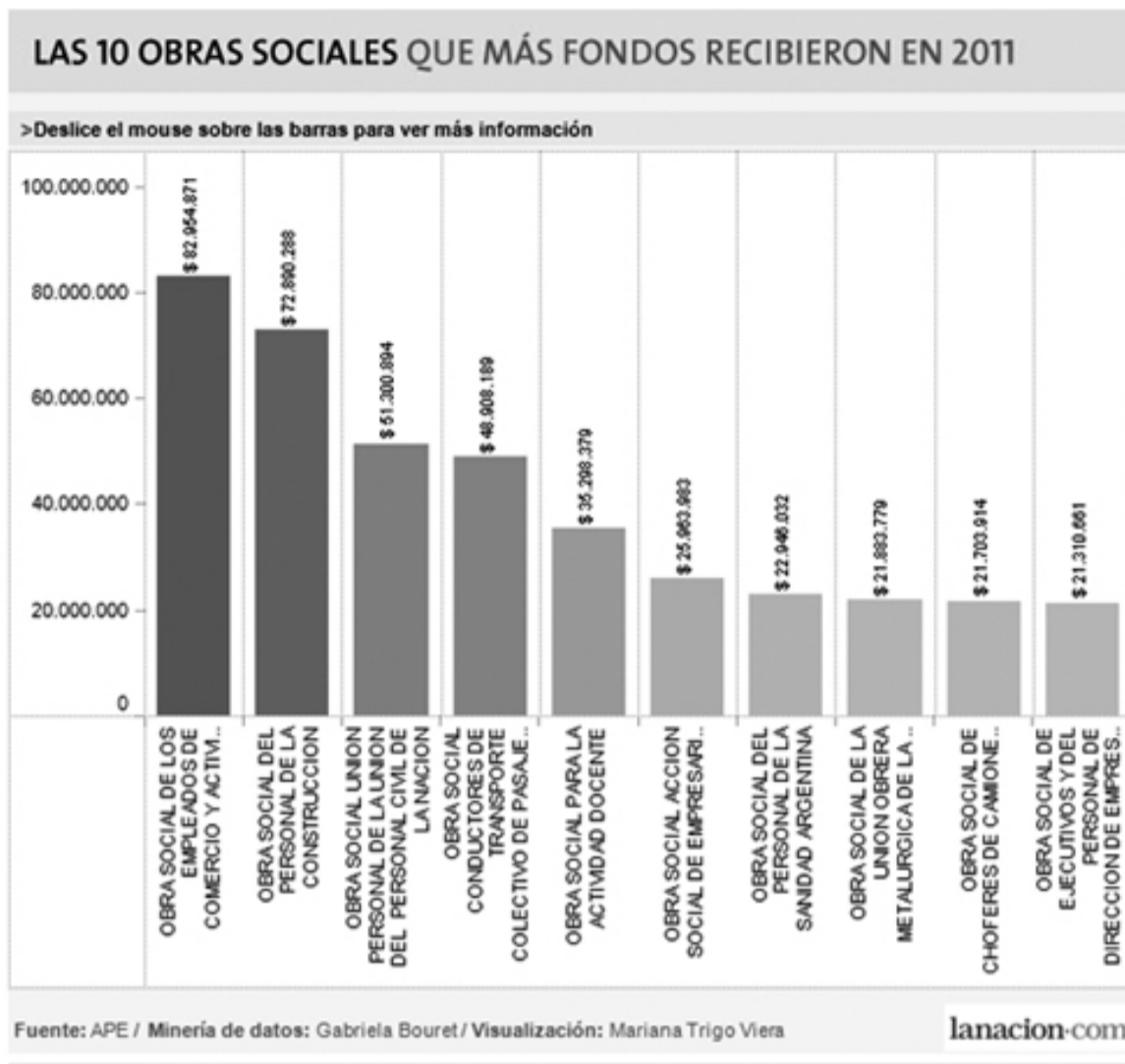


El incremento se acompañó de un comportamiento acorde al componente del mismo en los programas especiales y en la compensación automática junto con el autofinanciamiento, como se observa en el segundo gráfico.

Componente APE del FSR

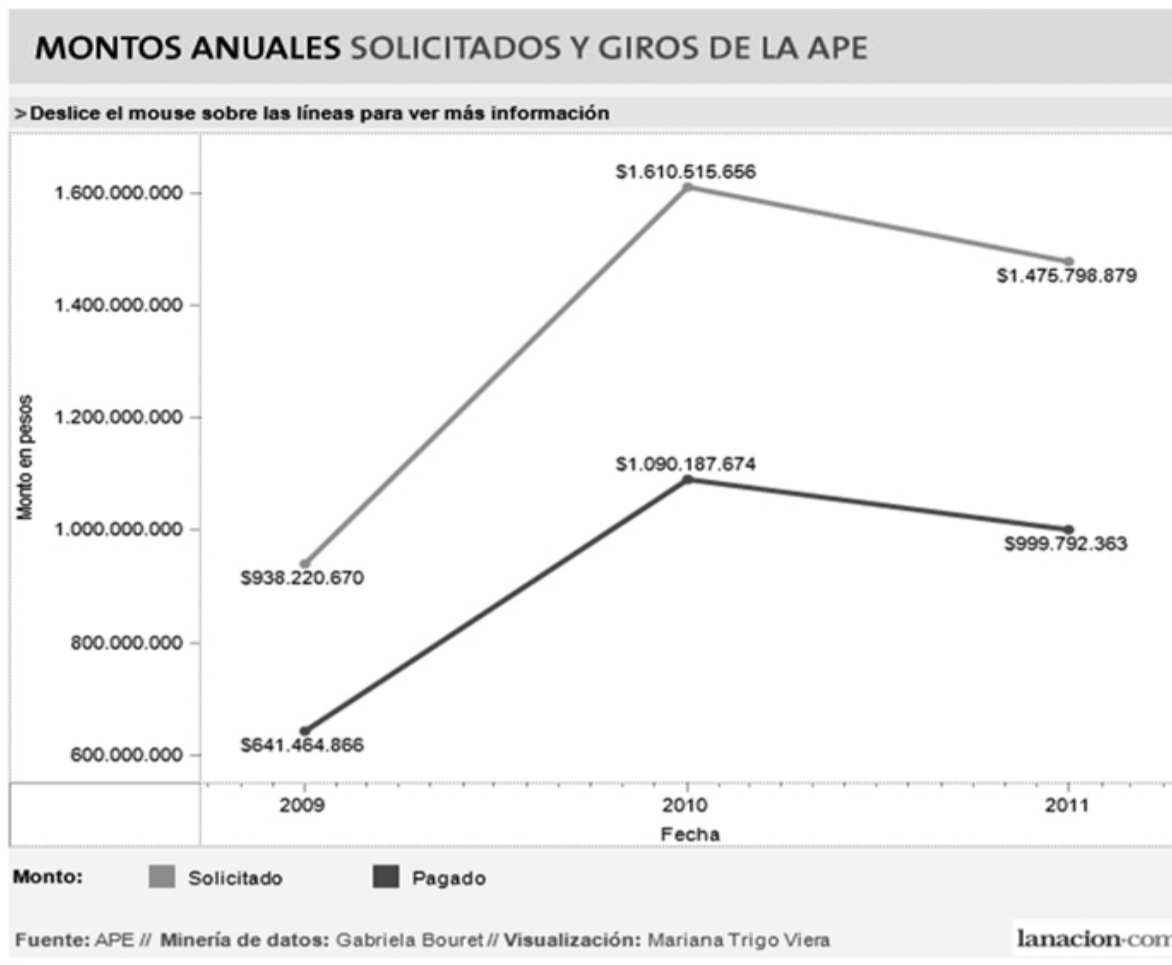


Por otro lado, de acuerdo a un artículo del diario La Nación del 25 de junio de 2012, del total de los fondos de la administración de programas especiales para realizar sus reintegros en el 2011, casi un 50% fue distribuido entre diez obras sociales, a saber:



En el ejemplo, de acuerdo a los datos obtenidos por el presupuesto de la Administración de Programas Especiales en el año 2011, del total disponible se distribuyó un total de \$405.161.990 entre 10 obras sociales.

En el mismo artículo, se menciona la cantidad de expedientes analizados durante el año 2009 al 2011 y tanto el monto solicitado por la totalidad de las obras sociales como el importe real abonado en cada año.



AÑO	CANTIDAD DE EXPEDIENTES	MONTO SOLICITADO	MONTO PAGADO	DIFERENCIA
2009	50.726	938.220.670,04	641.464.865,99	296.755.804.05
2010	70.582	1.610.515.656,39	1.090.187.673,56	520.327.982.83
2011	56.851	1.475.798.878,79	999.792.363,41	476.006.515.38

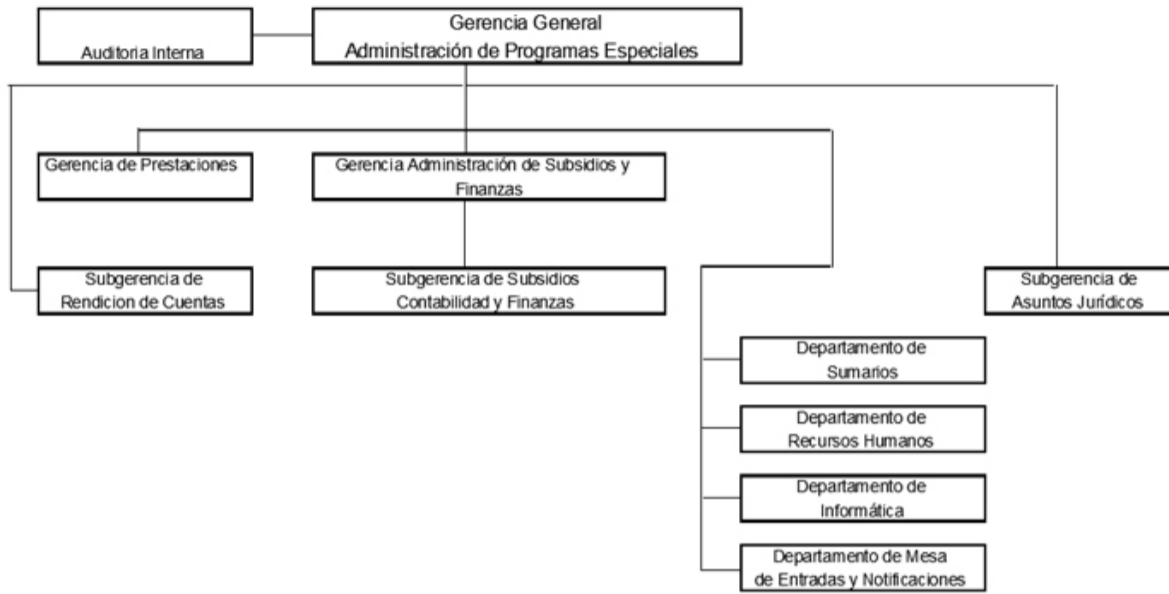
Fuente: Elaboración propia en base a datos del artículo de La Nación (25 de junio 2012).

Se puede visualizar que de la misma forma que se incrementó el fondo a distribuir entre las diferentes obras sociales también se modificó el número de expedientes presentados para su reintegro y la diferencia entre lo que solicitaba cada obra social con los valores de referencia que la administración de programas especiales contaba para reintegrar en cada solicitud.

Estructura de la Administración de Programas Especiales

Se realiza una descripción del organigrama que presentaba la administración de programas especiales y las funciones que cada subgerencia tenía asignada en el análisis de cada expediente, quedando a criterio de la gerencia general la decisión final del momento de realizar el reintegro a cada obra social.

Administración de Programas Especiales



Gerencia General

Es el sector que garantizaba la eficacia y eficiencia del organismo, administrando los recursos afectados a los planes y programas de salud provenientes del Fondo Solidario de Redistribución y otras fuentes alternativas de financiación destinada a los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Auditoría Interna

Planificaba y realizaba la auditoría interna de la jurisdicción conforme a las normas generales de control interno y auditoría interna, con el objeto de evaluar el cumplimiento de las políticas, planes y procedimientos determinados por la autoridad superior.

Área Asesoría Jurídica

Asesoraba en todos los asuntos de carácter jurídico de competencia del organismo. Asumía la representación y patrocinio de la Administración de Programas Especiales.

Departamento de Mesa de Entradas y Notificaciones

Recepcionaba, registraba y despachaba toda la documentación presentada ante este Organismo o provenientes del mismo y su distribución a los distintos sectores.

Departamento de Informática

Administraba los servicios informáticos y brindaba la información requerida por el Organismo o los Agentes de Seguro de Salud.

Departamento de Recursos Humanos

Gestionaba la política de recursos humanos establecidas por el Organismo en función de sus objetivos y metas.

Gerencia de Prestaciones

Garantizaba la eficacia y eficiencia del sistema de prestaciones, asegurando con sus acciones uniformidad en la cobertura, similar calidad de prestación e igual nivel de accesibilidad.

Gerencia de Finanzas

Realizaba tareas, registros y controles económico-financiero. Gestionaba los sistemas administrativos y de información requeridos por el Organismo. Elaboraba el presupuesto general de recursos y gastos del organismo.

Subgerencia de Rendición de Cuentas

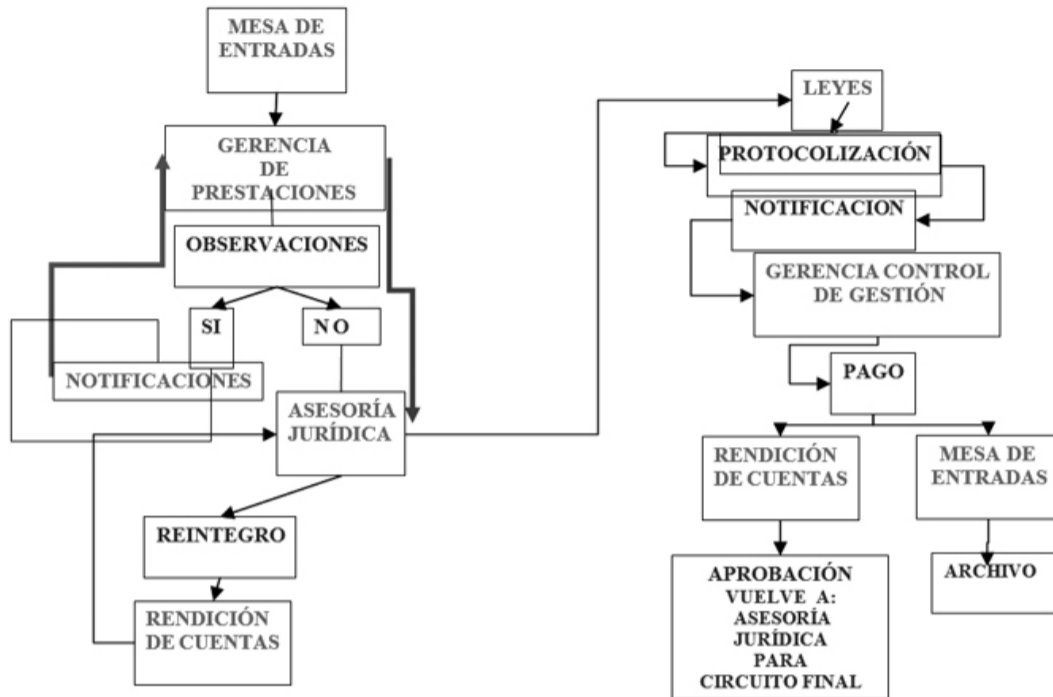
Evaluaba y analizaba la documentación contable y técnica prestacional de las presentaciones de rendición de cuentas remitidas por los agentes del seguro de salud. Analizaba la documentación técnica y contable prestacional provista por el agente del seguro de salud conforme a la normativa vigente a fin de determinar el carácter de reintegro previo al otorgamiento del apoyo financiero.

Subgerencia de Contabilidad y Finanzas

Administraba, coordinaba, analizaba y controlaba el sistema contable presupuestario del Organismo, de manera tal de proveer al mismo de información confiable y oportuna, observando el cumplimiento de las normas vigentes en la materia.

CIRCUITO DEL TRÁMITE APE

Ingresado por mesa de entradas hasta su finalización, el trámite ante el APE seguía un circuito. Las instituciones cubiertas por el APE, para ser beneficiarias de la compensación económica debían iniciar un expediente que se presenta en mesa de entradas y siguiera el siguiente recorrido:



Previo al ingreso de la solicitud por mesa de entradas, la misma debía inscribirse en el programa SI-APE.

- El programa SI-APE permitía la carga de la información necesaria para la tramitación de las solicitudes, generaba la impresión de la Nota de Solicitud, Certificado de Afiliación y Cuadro Resumen y el registro en un soporte magnético que habilitaba el ingreso ante A.P.E.
- El SI-APE se obtenía de la página web: www.ape.gov.ar
- La solicitud debía ser presentada por escrito mediante una nota dirigida a la máxima autoridad del Organismo, suscripta por el representante legal de la entidad solicitante.
- Se iniciaba con la solicitud de aceptación que debía formular el agente de salud, de acuerdo a lo establecido en las resoluciones N° 400/99 – APE28 y N° 500/04 – APE17.

- Con posterioridad se aportaba la información descrita en el cuadro:

Información personal e institucional	<p>Nombre y apellido del paciente, edad, domicilio, tipo y número de documento de identidad, fecha de nacimiento, nacionalidad y estado civil.</p> <p>Número y tipo de beneficiario.</p> <p>Nombre completo y siglas de la Obra Social y número de inscripción en el Registro Nacional de Obras Sociales.</p>
Información Laboral	<p>Certificado de Afiliación del beneficiario expedido por el Agente del Seguro de Salud, con fecha de ingreso a la misma e informe de la empresa donde presta servicios, con fecha de ingreso al establecimiento.</p> <p>Grado de parentesco con el titular. Si es extranjero, fecha de entrada al país y tipo y N° del respectivo documento otorgado por autoridad argentina.</p>
Información prestacional	<p>Diagnóstico, tratamiento y/o intervención quirúrgica que se realizó al paciente, y evaluación de la auditoría médica del Agente de Salud solicitante avalando la necesidad del mismo, la que debería estar fundada en la Historia Clínica del paciente realizada por el médico tratante.</p>

**Información
financiera**

En primer lugar debe referirse que el apoyo solicitado es en carácter de reintegro.

Debía mencionarse el monto solicitado expresado en moneda de curso legal. En el supuesto que el gasto hubiera sido en dólares o cualquier otra moneda, debía convertirse de acuerdo a la cotización tipo vendedor del Banco Nación especificando la fecha de la conversión respectiva.

Se adjuntaba a la solicitud, hasta tres (3) presupuestos en original de prestadores o proveedores acreditados de plaza y que se encontraban inscriptos en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud; en caso que este último requisito sea exigible. Los presupuestos debían estar confeccionados en moneda de curso legal, o en la moneda de origen para el caso de productos extranjeros

La solicitud del apoyo financiero con la documentación que lo sustente, se presentaba por la Mesa de Entradas, la que procedía a verificar la documentación presentada sin evaluar su contenido, otorgándole un número de expediente o en su defecto, devolvía el trámite con el requerimiento de los faltantes (Por ej: Superposición de períodos, falta de la solicitud, etc)

En caso que el requerimiento de los faltantes o el pedido de aclaraciones de la Gerencia de Prestaciones no sea contestado en el término de treinta (30) días hábiles, se reiteraba el pedido, otorgándose otros sesenta (60) días. En caso de no obtenerse respuesta a esta segunda instancia, se entendía por desistida la petición, procediéndose a la caducidad del trámite, mediante acto resolutorio de la APE.

Una vez ingresado el expediente en la Gerencia de Prestaciones como al área de Rendición de Cuentas, podía realizarse observaciones a la documentación ingresada. Dichas observaciones se realizaban por notificaciones las cuales podían ser:

Notificaciones

Desde la Gerencia de Prestaciones, pre-otorgamiento:

- 1 Falta de documentación.
- 2 Errores en la confección de la solicitud.
- 3 Superposición de períodos.
- 4 Denegatoria de los trámites iniciados.

Desde área de Rendición de Cuentas:

- 1 Incumplimiento de requisitos en solicitudes de reintegro.

Post-otorgamiento:

- Falta total de rendición de cuentas.
- Observaciones de la rendición de cuentas presentada.

Modificaciones incorporadas por el Sistema Único de Registro (S.U.R)

Con la creación del Sistema Único de Reintegro se incorporaron modificaciones a la forma de presentar la documentación para su análisis

En primer lugar, en su Art. 3° refiere que cualquier reintegro por prácticas o medicamentos definidos como Tecnologías Sanitarias Emergentes, deberá requerir en forma previa a su presentación en el SISTEMA ÚNICO DE REINTEGRO (S.U.R) la correspondiente solicitud de evaluación y autorización por la gerencia de gestión estratégica.

En su Art 7°: exhortase a los laboratorios a PUBLICAR en el manual farmacéutico y mantener actualizados los precios de sus medicamentos incluidos en la presente Resolución.

En su Art. 9° hace referencia que todo lo dispuesto en la presente Resolución será de aplicación a los reintegros peticionados por prácticas médicas y suministro de medicamentos brindados a los afiliados a partir del 1° de diciembre de 2012.

La misma Resolución informa que el responsable del área contable del agente del seguro de salud, deberá validar con su firma y sello la documentación contable que integre la solicitud de apoyo financiero presentada a través del sistema de reintegros, detallando: nombre y apellido, cargo y sigla o nombre del agente del seguro de salud.

Similares detalles deberá exponer el sello del responsable del área de liquidación de prestaciones que lo acompañe en la firma de la documentación comercial requerida.

Todas las solicitudes de reintegro, deberán iniciarse con las siguientes declaraciones expresas de aceptación, formuladas por el agente del seguro de salud solicitante:

- a) El agente de salud solicitante reconoce que el apoyo financiero peticionado no es obligatorio para el SISTEMA ÚNICO DE REINTEGROS, que éste lo podrá otorgar según las disponibilidades presupuestarias y razones de oportunidad, mérito y conveniencia, en tanto el agente de salud haya dado cumplimiento a las condiciones para su otorgamiento. La denegatoria o concesión parcial en ningún caso generará derecho alguno en favor del agente de salud solicitante.
- b) El agente de salud acepta que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dispondrá el valor máximo del apoyo financiero a reconocer conforme a los montos que se establezcan al efecto.
- c) El agente de salud solicitante reconoce que es el único obligado frente al beneficiario, con el cual mantendrá incólume la vinculación, deslindando a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD de toda responsabilidad. Incluso si se le asignara prestador y/o proveedor, dicha asignación se tendrá por realizada por cuenta y orden expresa del agente de salud.
- d) El agente de salud solicitante asume la obligación de presentarse ante toda acción judicial que se inicie contra la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD por motivo del pedido de apoyo financiero, exonerándola de toda responsabilidad en el supuesto que, en sede judicial, se determinara responsabilidad del sistema, sin perjuicio de las que se fijasen a cargo de otras personas y/o prestadores y/o proveedores.
- e) El agente de salud solicitante acepta, y se obliga a hacer saber al beneficiario, sus familiares y/o parientes, que toda la tramitación es materia exclusiva del agente de salud, debiendo todos los pedidos, consultas e informaciones canalizarse a través del agente de salud, no pudiendo los particulares realizar gestión de ningún tipo ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y/o sus diversas áreas, sin ninguna excepción.

- f)** El agente de salud acepta prestar toda su colaboración, sin oposición, para la realización de auditorías dispuestas por la Superintendencia de Servicios de Salud y brindar toda la información a efectos de llevar a cabo las estadísticas de evaluación de los beneficiarios, como así garantizar la aceptación de la extensión de la auditoría a los prestadores públicos y/o privados y los proveedores que brinden las prestaciones que sean base de la solicitud del SISTEMA ÚNICO DE REINTEGRO. Para el caso de incumplimiento se aplicarán las sanciones previstas en el Artículo 42º y concordantes de la Ley 23.661⁶, a cuyo fin el SISTEMA ÚNICO DE REINTEGRO extraerá fotocopia certificada y la remitirá al Departamento de Sumarios y Sindicatura.
- g)** El agente de salud declara que en cumplimiento de la Resolución 594/11³⁷ ha procedido a verificar la trazabilidad de los medicamentos dispensados a su población beneficiaria conforme el procedimiento metodológico informado a la Superintendencia de Servicios de Salud. En el caso de medicación no alcanzada por la Resolución respectiva, acompañará la certificación de los troqueles por el laboratorio de origen. La falta de cumplimiento dará lugar al rechazo de la insinuación.
- h)** El agente del salud acepta la notificación electrónica de las providencias y resoluciones emitidas en el marco del SISTEMA ÚNICO DE REINTEGROS.

DOCUMENTACIÓN COMERCIAL

Con respecto a la documentación comercial en la nueva Resolución exige la presentación de certificado original o fotocopia donde figure GLN o CUFE de la farmacia o establecimiento de internación responsable de la entrega de la medicación. Firmado y sellado por el auditor responsable de trazabilidad.

Además, el ticket fiscal o factura B de la farmacia o centro de internación adherido a la receta deberá estar firmada por el beneficiario o tercero (contrato por dispensa y/o administración) y deberá contener la siguiente información:

1. Razón social de la farmacia o de la institución que suministró los medicamentos.
2. Número de CUIT del establecimiento.
3. Domicilio del establecimiento.
4. GTIN seriado de los medicamentos.
5. Vencimiento y lote de los medicamentos.

El original o fotocopia del recibo de pago cancelatorio de la prestación a la farmacia o a quien emitiera la orden de dispensa o administración deberá estar firmado por el contador y el auditor médico del agente del seguro.

La farmacia dispensadora, sea cual fuere la modalidad del contrato, se hallará dentro de la jurisdicción provincial donde vive o realiza el tratamiento el paciente, coincidente con el domicilio declarado ante la farmacia.

Las solicitudes de apoyo financiero para aquellos medicamentos y/o prácticas médicas establecidas como Tecnologías Sanitarias Emergentes, deberán ajustarse a los requerimientos del presente ANEXO II (normas generales y específicas que correspondan de acuerdo con la prestación y/o patología) y además:

- Autorización original para su presentación ante SUR, extendida por la Gerencia de Gestión Estratégica de la Superintendencia de Servicios de Salud, la que será emitida como resultado de la evaluación realizada por dicha área de la consulta previa que el agente del seguro de salud formule a tal fin.
- Consentimiento Informado, firmado por paciente o su representante y profesional actuante. En el caso de tratamiento de pacientes crónicos, se solicitará una nueva presentación del consentimiento informado en el caso de cambio de tratamiento.
- El reintegro de las sumas que correspondan por la procuración de órganos, será solicitado por el INCUCAI u Organismo Regional o jurisdiccional que intervenga, de acuerdo con los valores establecidos en la Resolución ministerial vigente (actualmente se reintegraba para sangre).
- En toda presentación relacionada con PRE-TRASPLANTES o TRASPLANTES se deberá adjuntar constancia fehaciente de que el paciente se encuentra incorporado en el SINTRA.
- En el caso de medicación no alcanzada por la normativa vigente en materia de trazabilidad, acompañará la certificación de los troqueles por el laboratorio de origen.
- En HIV-SIDA: la presentación de las solicitudes de reintegro será semestral y deberá reflejar SEIS (6) meses de tratamiento por período completo, agrupados de a DIEZ (10) beneficiarios sin excepción, en los casos de MODULO I y VI.

- En el caso de las prótesis deberán enviar fotocopia de la habilitación reglamentaria de la ANMAT para los productos de fabricación nacional y para los importados. Además de fotocopia de la habilitación de ANVISA, FDA y/u Organismo de la COMUNIDAD ECONÓMICA EUROPEA que corresponda. También fotocopia de la habilitación de ANMAT como fabricante o importador según corresponda. Todas ellas con firma y sello del auditor médico y del responsable del área contable del agente del seguro de salud.
- En el caso de los medicamentos deberán enviar receta médica original de la medicación para la cual se solicita reintegro, firmada y sellada por médico especialista afín a la patología, con lugar de emisión y fecha, avalada por auditor médico del agente del seguro de salud. Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649.³⁸
- Fecha de dispensa firmada y sellada por el Director Técnico de la farmacia, y avalada con firma y sello del auditor médico del agente del seguro de salud.
- FACTURA POR MEDICAMENTO, es decir deberá enviar fotocopia de la factura (o documento que la reemplace, según normativa AFIP) de la farmacia o centro de internación y la misma deberá contener la siguiente información:
 1. Razón social de la farmacia o de la institución que suministró los medicamentos.
 2. Numero de GLN (Global LocationNumber) o CUFE (código de ubicación física del establecimiento) de la farmacia o institución.
 3. Número de CUIT de la farmacia o institución.
 4. Domicilio de la farmacia o institución.
 5. Número de GTIN seriado de los medicamentos.
 6. Vencimiento y lote de los medicamentos.

En el remito también será por medicamento y deberá contener la firma y sello del Director Técnico de la farmacia.

- Número de GTIN seriado del medicamento
- Número de GLN o CUFE de la farmacia y/o institución que realiza la dispensa y/o administración.
- La fotocopia deberá presentarse avalada con firma y sello del responsable del área contable y del responsable del área de liquidación de prestaciones del agente del seguro de salud y/o del auditor médico. La farmacia dispensadora o institución administradora, se hallará dentro de la jurisdicción donde resida el beneficiario en forma temporal o permanente.
- Cuando la solicitud de reintegro a presentar contenga más de una factura y recibo, deberá presentarse una planilla

Todos los prestadores que ofrezcan sus servicios a los agentes del sistema nacional del seguro de salud para las prácticas mencionadas en la presente Resolución, deberán estar inscriptos en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud.

El SISTEMA ÚNICO DE REINTEGRO–SUR no dará curso a solicitudes de apoyo financiero a través del sistema de reintegros, en las que el prestador o prestadores intervinientes no cumplimente/n este requisito.

SISTEMA DE TUTELAJE DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS EMERGENTES

El sistema de tutelaje tiene por objeto vigilar la correcta utilización por parte de los prestadores de aquellas nuevas prácticas y medicamentos que se apliquen en la República Argentina. En una primera etapa se conformó un listado con cuarenta y cinco medicamentos y solo una práctica a través del Anexo I de la Resolución 1561/2012.

La vigencia del listado se inició el 1 de diciembre de 2012. A continuación, se menciona todos los medicamentos que se incorporaron al Anexo I.

ANEXO I: Sistema De Tutelaje De Tecnologías Sanitarias Emergente

PATOLOGÍA	TECNOLOGÍA
Hemoglobinuria paroxística nocturna	Eculizumab
Síndrome Urémico Hemolítico Atípico	Eculizumab
Mucopolisacaridosis tipo VI	Galsulfasa
Astrocitoma Anaplásico	Temozolamida
Glioma	Nimotuzumab
Cáncer gastrointestinal GIST	Sunitinib
Cáncer de colon	Bevacizumab
Cáncer de colon	Cetuximab
Cáncer de hígado	Sorafenib
Cáncer de mama	Lapatanib
Cáncer de mama	everolimus
Cáncer de ovario epitelial, de trompa de falopio o peritoneal primario	Bevacizumab
Cáncer de páncreas	Everolimus
Cáncer de pulmón	Bevacizumab
Cáncer de pulmón	Erlotinib
Cáncer de pulmón	Gefitinib
Cáncer de riñón	Bevacizumab
Cáncer de riñón	Sorafenib
Cáncer de riñón	Sunitinib
Cáncer de riñón	Pazopanib
Cáncer de riñón	Temsirolimus
Cáncer de riñón	Everolimus
Cáncer en región de cabeza y cuello	Cetuximab
Cáncer en región de cabeza y cuello	Nimotuzumab
Dermatofibrosarcoma protuberans	Imatinib
Glioblastoma	Bevacizumab
Glioblastoma	Nimotuzumab
Leucemia Linfoblástica Aguda	Imatinib
Leucemia Mieloide Crónica	Dasatinib
Leucemia Mieloide Crónica	Nilotinib
Leucemia Pro Mielocítica	Trióxido de Arsénico
Linfoma cutáneo	Bexaroteno
Linfoma de Células del Manto	Bortezomib
Linfoma No Hodgkin Folicular	Bendamustina

Mastocitosis Sistémica Agresiva	Imatinib
Prevención de recidiva del carcinoma de vejiga	Inmunocianina
Síndrome hipereosinofílico	Imatinib
Síndrome Mielodisplásico	Azacitidina
Síndrome Mielodisplásico	Decitabina
Síndrome Mielodisplásico	Imatinib
Síndrome Mielodisplásico	Lenalidomida
Melanoma	Ipilimumab
Sarcoma de Partes Blandas	Trabectedina
Úlcera de pie diabético	Factor de Crecimiento Epidérmico Humano Recombinante
Asma severo	Omalizumab

Prácticas comprendidas en el sistema de tutelaje de tecnologías sanitarias emergentes

Patología

Estenosis aórtica sintomática

Tecnología

Válvula aórtica protésica para implante percutáneo

A continuación, se enumeran las patologías y elementos que anteriormente las Obras Sociales solicitaban reintegro por el mecanismo de la Vía de Excepción, pero que, a partir de la Resolución N° 1561/2012 ³⁶, ese listado se incorporó a la respectiva Resolución junto con el sistema de tutelaje de tecnología sanitaria emergentes.

Por otro lado, todo pedido de reintegro de esos productos deberá requerir la correspondiente solicitud de evaluación y autorización ante la Gerencia de Gestión Estratégica.

Cabe acotar que aquellas obras sociales que se encuentran habilitadas para requerir reintegros por el Sistema Único de Reintegro (SUR) deberá previamente solicitar a la Gerencia de Gestión estratégica la correspondiente autorización en forma escrita. A su vez la Gerencia de Gestión Estratégica deberá conformar guías y protocolos que se encuentren incluida en el sistema de tutelaje

Aquellos medicamentos incluidos en el presente listado, además de la correspondiente autorización, deberán cumplir todas las normativas de trazabilidad.

Nuevas inclusiones en Resolución N° 1561/2012

- Dispositivo de asistencia circulatoria externa (DAC) o corazón artificial
- Bomba para insulina
- Neuroestimulador
- Neuroestimulador espinal
- Neuroestimulador vagal
- Radioneurocirugía cerebral
- Reconstrucción en 3 D de calota craneana + prótesis bajo modelo
- Recambio del procesador de la palabra
- Módulo de cirugía de reasignación sexual
- Módulo de radioterapia tridimensional conformada (RTC 3 D) y de intensidad modulada
- Prótesis de amputación de miembro
- Prótesis para desarticulación de cadera con sistema de propulsión hidráulica y/o neumática
- Prótesis para amputación supracondilea de miembro inferior con sistema de propulsión hidráulica y/o neumática
- Prótesis para amputación bajo rodilla
- Prótesis para amputación de miembro superior bajo codo
- Prótesis para amputación de miembro superior sobre codo
- Psoriasis en placa (medicamentos etanercept e infliximab)
- Colitis Ulcerosa (infliximab y adalimumab)
- Enfermedad de Crohn (infliximab y adalimumab)
- Hemoglobinuria paroxística nocturna (eculizumab)
- Síndrome Urémico Hemolítico (eculizumab)
- Sobrecarga crónica de hierro (deferasirox)
- Enfermedad de Guillain Barre (inmunoglobulina humana inespecífica)
- Enfermedad de Wegener (rituximab)
- Purpura Trombocitopénica Idiopática (inmunoglobulina humana inespecífica)
- Poliangeitis Microscópica (rituximab)
- Síndrome de Kawasaki (inmunoglobulina humana inespecífica)
- Enfermedad de Pompe (alglucosidasa alfa)
- Mucopolisacaridosis tipo I (laronidasa)
- Mucopolisacaridosis tipo II (idursulfasa)
- Mucopolisacaridosis tipo VI (galsulfasa)
- Astrocitoma anaplásico (temozolamida)
- Glioma y Glioblastoma (nimotuzumab, bevacizumab y tenozolamida)
- Cáncer de colon (bevacizumab y cetuximab)
- Cáncer de hígado (sorafenib)

- Cáncer de mama (bevacizumab, fulvestrant, lapatinib, everolimus y trastuzumab)
- Cáncer de ovario (bevacizumab, erlotinib, sunitinib y everolimus)
- Cáncer de pulmón (bevacizumab, erlotinib y gefitinib)
- Cáncer de riñón (bevacizumab, sorafenib, sunitinib, pazopanib, tensirolimus, everolimus, cetuximab y nimotuzumab)
- Cáncer gastrointestinal (imatinib, trastuzumab y sunitinib)
- Dermatofibrosarcomaprotuberans (imatinib y cladribine)
- Leucemia linfática crónica (rituximab, bendamustina y cladribine)
- Leucemia linfoblástica aguda (dasatinib, pegasparraginasasa e imatinib)
- Leucemia mieloide crónica (imatinib, dasatinib, nilotinib y trióxido de arsénico)
- Linfoma cutáneo (bexaroteno)
- Linfoma de células del manto (bortezomib)
- Linfoma no hodgkin folicular (rituximab y bendamustina)
- Mastocitosis sistémica agresiva (imatinib)
- Síndrome hipereosinofílico (imatinib)
- Síndrome mielodisplásico (azacitidina, decitabina, imatinib, lenalidomida y bortezomib)
- Mieloma múltiple (bortezomib, lenalidomida y bendamustina)
- Melanoma (ipilimumab)
- Sarcoma de partes blandas (trabectedina)
- Prevención de recidiva del carcinoma de vejiga (inmunocianina)
- Se agregó a la Hormona de Crecimiento el retardo de crecimiento intrauterino
- Artritis Reumatoidea (abatacept, adalimumab, etanercept, infliximab, rituximab y tocilizumab).
- Artritis idiopática juvenil (abatacept, adalimumab, etanercept y tocilizumab).
- Artritis psoriásica (adalimumab, etanercept e infliximab)
- Espondilitis anquilosante (adalimumab, etanercept e infliximab)
- Úlcera de pie diabético (factor de crecimiento epidérmico humano recombinante).
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (alfa 1 antitripsina).
- Asma severa (omalizumab)
- Hipertensión pulmonar (ambrisentan, bosentan y treprostinil)
- Prevención de infección severa por virus sincicial respiratorio (VSR) (palivizumab)
- Maculopatía (ranibizumab).

Prácticas en Alta complejidad no cubiertas en la Resolución N° 1561/2012

- Anillo para valvuloplastia
- Aterótomo
- Clavo endomedular kuntcher o similar
- Corrección pie plano (con osteosíntesis)
- Craneostenosis
- Espaciador con droga (cadera y rodilla)
- Filtro de Protección cerebral
- Filtro de vena cava
- Grapa de coventry
- Hallux valgus
- Material descartable para ablación por radiofrecuencia
- Material descartable para angioplastia y colocación de Stent
- Osteosíntesis de Macizo facial
- Placas y tornillos –Importado
- Placas y tornillos – Nacional
- Prótesis aortobifemoral recta, anillada
- Prótesis vascular PTFE
- Prótesis Valvular biológica
- Prótesis Valvular mecánica
- Shunt de Pruit
- Sistema retroesternal de Nuss
- Stent Biliar
- Stent Carotideo
- Stent Coronario
- Stent Coronario liberador de droga
- Stent Neurológico (Neurostent)
- Stent para coartación aórtica
- Stent periférico
- Válvula ventrículo – peritoneal
- Valvulotomo

Comparación entre la Resolución nº 0500/04 con la nueva Resolución nº 1561/2012

A continuación, se presenta un cuadro comparativo entre ambas resoluciones desde el inicio del expediente y las tres áreas que, según considero, son las más importantes como el ingreso del expediente por mesa de entrada, el análisis técnico por el área de prestaciones y el control por el área de rendición de cuenta

	RESOLUCIÓN 0500/04- APE ¹⁷	RESOLUCIÓN 1561/12- SSS ³⁶
INICIO TRÁMITE	CARGA a través del Programa SIAPE (1)	CARGA en sistema S.U.R a través de la web (1)
Ingreso del trámite	Validación de los datos filatorios en el ingreso del expediente (control manual) (2)	Validación de los datos filiatorios en el momento de la carga de datos por vía web (2)
	Ingreso de la información a través de un discket que acompañaba documentación	Ingreso de la documentación mediante carga por web y otorgamiento de código de barras individuales para cada expediente
Número de Expediente	Al inicio del trámite en el área mesa de entrada	Al final desde el área jurídica
Nota de solicitud de trámite	Emitido por el SIAPE	Emitido por el SUR
Certificado de Afiliación	SI	SI
CUIL del titular	SI	SI
CUIL del beneficiario	NO	SI
Nº de beneficiario	NO	SI
PATOLOGÍA	SI	SI
Concepto	Cuadro de Resumen	Comprobante de Concepto
Cuadro de comprobantes (facturas y recibos)	NO	SI
Remitos	NO	SI

Más de una factura	Relación de comprobantes	Detalle de comprobantes
STICKER (del material)	SI	SI
TROQUELES (De medicación)	SI	SI (3)
Certificado de validación de troqueles por laboratorio de origen	SI	NO(3)
Trazabilidad	NO	SI (3)
Sistema de Tutelaje	NO	SI (4)
Vía de Excepción	SI	NO (4)
Consentimiento informado	NO	SI (5)
VALIDACIÓN DE FACTURAS Y RECIBOS POR AFIP	NO	SI
FIRMA Y SELLO AUDITOR MÉDICO	SI	SI
FIRMA Y SELLO RESPONSABLE AREA CONTABLE	SI	SI
HISTORIA CLÍNICA	SI	SI
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	SI	SI
PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS	SI	SI
FACTURAS Y RECIBOS	SI	SI
Medicación excluidas de la Resolución	A través de las Vías de Excepción (4)	Solo las incluidas en el Sistema de Tutelaje (4)
Obligación de laboratorios a publicar y actualizar a través del Manual Farmacéutico	NO	SI

Obligación de incorporar formularios sobre exclusiva responsabilidad de la OS	NO	SI
Obligación de OS de informar a sus beneficiarios acerca de únicos responsables	NO	SI
Certificado original o fotocopia donde figure el GLN o CUFE	NO	SI
Ticket fiscal o factura B firmado por beneficiario	NO	SI
GTIN seriado de los medicamentos	NO	SI
Vencimiento y lote de los medicamentos	NO	SI
Farmacia dispensadora deberá estar dentro de la jurisdicción provincial donde vive o realiza el tratamiento	NO	SI
TECNOLOGÍA SANITARIA EMERGENTE	NO	Requiere autorización original extendida por la Gerencia de Gestión Estratégica de la Superintendencia de Servicios de Salud
Procuración de Órganos para trasplante o búsqueda internacional a través del INCUCAI	SI	SI
Reintegro por Pre trasplante	NO	SI
Certificado de incorporación en el SINTRA	SI	SI
HIV – SIDA (Resolución)	13453/10 ²⁴	1561/12 ³⁶
HISTORIA CLÍNICA	SI	SI
PRESCRIPCIÓN	SI	SI
PLANILLA ADHERENCIA	SI	SI (8)

Cuadro Apaisado	SI (6)	SI (6)
TROQUELES	SI	SI (3)
Declaración Jurada (Anexo V)	SI	NO
FIRMA EN HOJA DE TROQUELES DIRECTORA TÉCNICA VALIDEZ DE LOS MISMOS	SI	NO (3)
TRAZABILIDAD EN TROQUELES	NO	SI (3)
EN HIV-SIDA período de 6 meses	SI	SI
HIV- SIDA agrupados por diez beneficiarios	NO (16)	SI (16)
INHIBIDORES DE PROTEASA PARA HEPATITIS C	NO	SI
MEDICAMENTOS PARA HEPATITIS B	X vía de excepción	Incorporados
DROGADEPENDENCIA		
Drogadependencia consentimiento informado	X Resolución 9800/2005 ²⁹ NO	X Resolución 1561/12 ³⁶ SI
Diagnóstico por manual DSM IV o CIE 10	NO	SI (9)
Firma del médico que realizo diagnóstico originalmente con diagnóstico inicial	NO	SI (10)
Obligación de Planilla con HC x drogadependencia	NO	SI (12)
Declaración Jurada (Anexo IV)	SI	NO (11)
DISCAPACIDAD		
Discapacidad	X la Resolución N° 400/99 ²⁸	X la Resolución N° 1511/12 ²¹
Historia Clínica	NO	SI (14)
Documentación respaldatoria Individualmente	SI (13)	NO

Documentación respaldatoria a través de un Planilla integradora	NO	SI (13)
Declaración Jurada (Anexo IV)	SI	SI
Certificado discapacidad	SI	SI
Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSALUD para profesionales	SI	SI
Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSALUD para instituciones	SI	SI
Solicitud de Transporte	SI	SI
Prescripción médica	SI	NO (13)
Conformidad al tratamiento por el paciente o tutor legal	SI	NO (13)
ALTA COMPLEJIDAD		
Historia Clínica	SI	SI
Prescripción con firma y sello profesional	SI	SI
Consentimiento informado	NO	SI
Protocolo quirúrgico	SI	SI
OSTEOSINTESIS (PLACA Y TORNILLO)	Se Reintegra	No se reintegra
Certificado de implante	SI	SI
STICKERS	SI	SI
Declaración Jurada (Anexo VIII)	SI	NO
MEDICAMENTOS		

Historia Clínica	SI	SI
Prescripción con dosis	SI	SI
Consentimiento Informado	NO	SI
Estudios complementarios específicos de cada patología que confirmaron diagnóstico	SI	SI
TROQUELES	SI	SI (3)
Certificación validez troqueles por el laboratorio	SI	NO (3)
Trazabilidad	NO	SI (3)
Declaración Jurada (Anexo VI)	SI	NO
HEMOFILIA		
HEMOFILIA X DEMANDA		
Historia clínica	SI	SI
Prescripción	SI	SI
Detalle de Uso	SI	NO
Informe de Auditoría	SI	NO
Troqueles	SI	SI(3)
Certificación validez troqueles por el laboratorio	SI	NO (3)
Trazabilidad	NO	SI (3)
Descripción tipo de hemofilia	SI	SI

Hemofilia con inhibidor	Según Resolución 9500/05 ²⁶ para el Novoseven y 5000/06 ²⁷ para el Feiba	Incluidas
Historia clínica	SI	SI
Prescripción	SI	SI
Detalle de uso	SI	NO
Informe de Auditoría	SI	NO
Troqueles	SI	SI(3)
Certificación validez troqueles por el laboratorio	SI	NO (3)
Trazabilidad	NO	SI (3)
Dosis /Peso del paciente	SI	NO
Profilaxis hemofilia	Resolución 2048/03 ²⁵	1561/12 ³⁶
Historia Clínica	SI	SI
Período	SI	NO
Prescripción	SI	SI
Constancia Inmunización antihepatítica	SI	SI
Ausencia del inhibidor	SI	NO (6)
Informe de Auditoría	SI	NO
Peso	SI	NO

Dosis por kg	SI	SI
Constancia de Familia continente	SI	SI
Constancia de entrenamiento familiar en venopunción	SI	SI
Planilla de Seguimiento para Profilaxis	SI	NO
Planilla de uso domiciliario	NO (5)	NO (7)
Troqueles	SI	SI (3)
Certificado de validez de los troqueles por el laboratorio	SI	NO (3)
Trazabilidad	NO	SI (3)
PARTO (15)		
Protocolo quirúrgico	SI	NO
Certificado de Nacimiento	SI	NO
Tríptico firmado por la madre	SI	NO
Estudios complementarios a la madre y al bebe	SI	NO
Vacunación madre y bebé	SI	NO

Observaciones a la nueva Resolución

Después de este cuadro comparativo, quisiera mencionar algunas particularidades que analicé del mismo:

- (1) Con la Resolución 0500/04 ¹⁷, la carga de los datos era a través de un disket al cual se ingresaban determinados datos y, una vez ingresado a mesa de entrada, eran controlados por el personal de mesa de entradas. Con el sistema SUR se amplió la información que se ingresa pero todo es a través del sistema.
- (2) La validación de los datos que se ingresaba en la 0500/04 ¹⁷ era manual, mientras que con el sistema SUR la validación de los datos es on line.
- (3) Cuando envían troqueles, junto con los mismos debe estar avalado por la firma del responsable técnico del laboratorio y /o constancia de trazabilidad.
- (4) Algunos de los medicamentos y/o prácticas que se solicitaba por Vía de Excepción se encuentran incluidos en la Resolución 1561/12 ³⁶ y en el Sistema de Tutelaje de Tecnología Sanitaria con las normativas que este tiene. En el Sistema de Tutelaje se incluyó un sólo material (Válvula Aortica protésica para implante percutáneo y cuarenta y cuatro (44) medicamentos sólo para las patologías mencionadas en el respectivo sistema de tutelaje.
- (5) Con respecto al consentimiento informado, el mismo fue incluido en las presentaciones que se efectúen a través de la Resolución 1561/12³⁶.
- (6) Contiene nombre y apellido del beneficiario, medicación, período, módulo e importe del módulo y medicamento.
- (7) En ninguna de las dos resoluciones solicitaban detalle del uso en el domicilio.
- (8) En HIV/ SIDA hay una planilla APE con la descripción actual y pasada de la medicación administrada y, al pie de la misma, hay recuento de CD 4, CD 8 y carga viral. Anteriormente la planilla sólo se pedía para carga viral y recuento de CD4.
- (9) El diagnóstico en Drogadependencia se realiza a través del Manual de Diagnóstico con la clasificación de enfermedades psiquiátricas a través del DSM IV o del CIE 10.
- (10) Debe estar avalada la documentación con la firma y sello del profesional que realizo el diagnóstico de drogadependencia original, anteriormente cualquiera podía avalar el diagnóstico.
- (11) Debe presentarse como planilla no específicamente una declaración jurada.
- (12) Se confeccionó una planilla con historia clínica y datos que anteriormente no existía.
- (13) En discapacidad se entregaba varias hojas con cada uno de los requerimientos contenidos en la Resolución. Actualmente se confecciona una única planilla integradora con la totalidad de datos (en la misma está contenida la prescripción médica, la conformidad al tratamiento, etc.)
- (14) Anteriormente no había obligación de envío de historia clínica que si requiere la última Resolución.
- (15) PARTOS DESAPARECIÓ DE LA RESOLUCION N° 1561/12³⁶
- (16) Con la Resolución N° 1561/12³⁶ en HIV debe presentarse agrupados los pacientes en número de 10 mientras que en la anterior Resolución podían presentarlo de a un paciente por vez.

DISCUSIÓN

- 1) La incorporación del SUR determinó cambios fundamentales en el ingreso de la documentación, a través de la carga por sistema en forma on line y la forma de solicitar el turno para poder ingresar cada expediente.
- 2) El número de CUIT, como el número de Documento Nacional de Identidad y el número de afiliación deberá estar correctamente cargado en el sistema y validado.
- 3) La forma de presentación de la documentación requerirá un período prolongado de aprendizaje, tanto de los integrantes de cada obra social como del personal del SUR.
- 4) La vigencia de la Resolución N° 1561/2012 es a partir del 1° de diciembre del 2012, pero los expedientes que ingresan actualmente corresponden a la Resolución N° 0500/04. Esto significa que conviven dos normas diferentes y que implica que transitoriamente todos los participantes deberán habituarse a analizar por una u otra norma.
- 5) Con la vigencia de la nueva Resolución, las solicitudes de cobertura que anteriormente se realizaban por una Vía de Excepción, y que requería una nota al entonces Gerente General solicitando su autorización para el ingreso del expediente, han sido incorporadas (alguna de ellas, por ejemplo artritis reumatoidea) a la nueva Resolución; pero debemos aclarar que aquellas solicitudes que no se encuentran incluidas en la Resolución N° 1561/2012 como tampoco se encuentran comprendidas en el Sistema de Tutelaje, no podrán ser reclamadas por las obras sociales ni solicitar su ingreso y/o reintegro.
- 6) Una ventaja del sistema es el compromiso de las autoridades actuales de intentar analizar la totalidad del expediente al momento de su ingreso por las diferentes áreas y que el período para ser reintegrado el expediente no supere los 30 días.

LOS PROBLEMAS NO RESUELTOS:

A) Un sistema nuevo de computación que debe ser cargado en forma on line y la presencia de dificultades para poder implementar controles que confirmen y verifiquen los distintos datos (por ejemplo CUIT, control y verificación de la trazabilidad, etc.).

B) Falta de entrenamiento de los diferentes sectores.

C) Interpretaciones no uniformes acerca del contenido de la Resolución y su implementación.

D) Falta de documentaciones y/o errores en los conceptos vertidos en el sistema

E) En caso de ser observado un expediente, la obra social deberá iniciar nuevamente el trámite (solicitud de turno, etc.), y todos los sectores deberán volver a analizar por segunda vez la totalidad de la documentación, no existiendo por el momento registro alguno de lo observado y notificado.

F) A diferencia de los expedientes que ingresaban por la Resolución N° 0500/04 y que requerían encontrarse foliados, que permitía a mi entender una mayor seguridad para el extravió de alguna documentación o ingreso de algún faltante; con el sistema SUR no hay obligatoriedad de foliar la documentación que se entrega.

CONCLUSIONES Y PROPUESTA

- Se realizó un análisis de los cambios de cobertura y financiación de las enfermedades catastróficas en la República Argentina en el Subsector de Seguro Social de Salud; en el mismo se incluyó modificaciones en las normativas de ingreso de los expedientes como también los cambios en los requisitos que se solicitaban tanto en el aspecto organizativo, jurídico y económico y que son necesarios presentar a partir del 1° de diciembre de 2012.
- A partir de la transferencia de la Administración de Programas Especiales a la esfera de la Superintendencia de Servicios de Salud, de acuerdo al decreto N° 366/2012, se diseñó un nuevo sistema de carga, registro e ingreso de los expediente denominado SUR, modificando la antigua base de datos a través del Sistema de Seguimiento de Expediente PAMPA. Se elaboraron cuadros comparativos de los diferentes sectores para visualizar las modificaciones entre uno y otro sistema, identificando las ventajas y desventajas entre ambos sistemas.
- Se enumeraron las coberturas incluidas en cada sistema y las exclusiones que se produjeron y, de acuerdo a la experiencia recabada en todos estos años, se elaboraron propuestas de mejoramiento y transparencia para el nuevo sistema junto con ampliar la cobertura a través de una propuesta financiera para realizar cobertura de las Enfermedades Catastróficas, a toda la población de la República Argentina.
- La ventaja es un mejor registro de los datos ingresados al sistema, la posibilidad que con el contenido del sistema SUR se podrá obtener una estadística confiable de las prestaciones cubiertas por las obras sociales. Se tendrá un contralor on line de los diferentes participantes, instituciones, profesionales y beneficiarios.
- Se eliminarán las prestaciones consideradas de bajo costo y alta incidencia como clavos y tornillos que se apartaban del principio mundial de enfermedades catastróficas.
- La desventaja de un sistema nuevo con formas y mecanismos distintos para el ingreso de la documentación, que requerirá un período de adaptación y aprendizaje de los diferentes participantes en el armado de cada expediente como así también de los diferentes sectores que deberán fiscalizar la correcta carga y la documentación apropiada en cada caso.
- Inconvenientes en la carga y errores de registro que impedirá el ingreso de cada expediente y/o producirá observaciones con la devolución de la documentación y la obligación de iniciar nuevamente el circuito de cada trámite.
- Pocas personas conocedoras en profundidad del contenido completo de la nueva Resolución haciendo dificultoso la formación del personal tanto para el armado de cada expediente como posteriormente el control del mismo.

PROPUESTA

En base al análisis de los datos presentados (mecanismos de reintegro, ingreso de documentación, presupuestos y forma de distribución), se elabora una propuesta para el mejoramiento de los mecanismos descritos.

El presupuesto del APE (similar al SUR) sería de alrededor de \$ 1.200.000.000. Si esta cifra cubre para las enfermedades catastróficas aproximadamente el 40% de las obras sociales, para cubrir el 100% de la población en la República Argentina, implicaría una erogación de aproximadamente \$ 3.000.000.0000.

La suma necesaria podría lograrse con los ingresos de los sectores aportantes basado en un valor de cápita global y la diferencia podría obtenerse de un porcentaje del Impuesto al Valor Agregado (IVA), dado que toda la población abona IVA al adquirir cualquier producto, indistintamente del estrato social y de su cobertura.

Respecto a patologías, incorporaría algunas de alto costo que se presentaban por Vía de Excepción y que no se han incluido en la nueva Resolución.

En alta complejidad incorporaría prótesis que por el momento no fueron incorporadas en la nueva Resolución (vasculares y cerebrales), evaluando si a pesar de no ser de baja incidencia, implica una erogación importante a cada obra social.

Para los reintegros, dado que todos los estamentos médicos consultan y manejan valores del manual farmacéutico Kairos, se debería continuar con el criterio que a la totalidad de los productos que se reintegran en el APE tengan un valor Kairos o menor, con lo cual la totalidad de las entidades tendrían claro el importe que se reintegra y podrían conocer con anticipación el gasto que implicaría cada cobertura que solicitan reintegro.

Pienso que con ese criterio al tener valores de referencia actuaría como un regulador de precios evitando incrementos indiscriminados haciendo más competitivo el mercado.

Para el caso de prótesis u otros insumos, se debería elaborar un manual similar al Kairos de medicamentos y debería ser una obligación que todo proveedor tendría que inscribirse en un registro único (en caso de ser habilitado por las autoridades competentes) al cual deberían volcar los valores actualizados y con la misma frecuencia que se realiza actualmente con los medicamentos. En el caso que algún proveedor que no se encontrara inscripto en este manual no podría ofertar ningún producto como tampoco la institución que adquiriera un material a ese proveedor podría solicitar la devolución de su gasto al SUR. Creo que con este mecanismo se lograría una mayor transparencia de los oferentes, un listado único y valores conocidos por todos.

CONCLUSIÓN FINAL

Se realizó una revisión de las normativas destinadas a cubrir los gastos relacionados con enfermedades catastróficas en Argentina. Se recorrió un largo y complejo camino que dio solución a gran parte de la problemática pero no se puede afirmar que se haya logrado llegar a la solución definitiva. Es posible que en un tiempo cercano encontremos nuevas normas modificatorias de las revisadas para el presente trabajo de tesis y la esperanza que en un futuro toda la población de la República Argentina pueda acceder a la cobertura por enfermedades catastróficas.

ANEXO I

10-MODELOS DE PLANILLAS

1. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA ESPECÍFICA TRATAMIENTO DE ADICCIONES - DROGADEPENDENCIA

Nombre y Apellido:

Edad:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

DNI:

Nacionalidad:

En el caso de tutor sus datos

Diagnóstico Presuntivo: según los ejes del DSM IV (marcar el/los que correspondan):

F 11.2x (304.00) (Trastorno de dependencia de opiáceos)	
F 12.2x (304.30) (Trastorno de dependencia de cannabis)	
F 13.2 (304.10) (Trastorno de dependencia relacionado a sedantes hipnóticos, opiáceos o ansiolíticos).	
F 14.2x (304.20) (Trastorno de dependencia de cocaína)	
F 15.2x (304.40) (Trastorno de dependencia de anfetaminas)	
F 16.2x (304.50) (Trastorno de dependencia de alucinógenos)	
F 18.2x (304.60) (Trastorno de dependencia de Inhalantes)	
F 19.2x (304.90) (Trastorno de dependencia de Fenclidina)	
F 19.2X (304.80) (Trastorno de dependencia de varias sustancias)	

Tratamiento Indicado:

Institución a la que es derivado (Razón social y domicilio):	
Modalidad de concurrencia:	
Modulo consulta y orientación: Cantidad de sesiones requeridas (mínimo de 4 y máximo de 6 consultas):	
Internación en comunidad terapéutica Requieren más de 12 meses de esta prestación: Justificar:	
Tratamiento ambulatorio, Modalidad:	
Hospital de día 8 horas	
Hospital de medio día 4 horas	
Tratamiento ambulatorio de control y prevención de recaídas	
Hospital de noche: Tratamiento/s previo/s concluido/s: Presentan certificado de jornada laboral:	
Modulo de Internación Psiquiátrica. Si requieren más de UN (1) mes Justificar:	

Periodo de otorgamiento total solicitado: Especificar la cantidad de días en el caso de los meses no facturados por periodo completo:
Pronóstico y tiempo estimativo del tratamiento:

MÉDICO TRATANTE
Psiquiatra o Psicólogo

AUDITOR MÉDICO

Estado Clínico: A1 A2 A3 B1 B2 B3 C1 C2 C3

Accidente Laboral: SI NO Embarazo: SI NO

Vacunas aplicadas los últimos tres meses:

Lugar de Atención: _____

Notificación Programa Nacional de SIDA: SI NO Número de Expediente:

Fundamento Médico:

Fecha:

Firma del Médico tratante:

3.-HIV-SIDA-PLANILLA DE ADHERENCIA DE TRATAMIENTO

Planilla de Adherencia

Obra Social _____

RNOS Fecha

PACIENTE (Cód.) _____

1) Algunos pacientes tienen problemas de tolerancia al tomar alguno de estos medicamentos. ¿Ha tenido usted algún problema?

SI NO

En caso de que el paciente conteste SI continuar.

2) ¿Relaciona la molestia con un fármaco?

SI NO

¿Qué medicamento le produce molestias? (código)

¿Qué tipo de molestias?

Cefaleas Gastroint. Rash
Lipodist. Otros

3) ¿Cuándo nota la molestia deja de tomar alguna dosis o intermite varios días el tratamiento?

SI NO

4) Intente cuantificar el número total de días en que el paciente abandona el tratamiento en el último mes?

Ninguno Equivalente al 100% de adherencia
1 o 2 días Equivalente al 95% de adherencia
1 semana Equivalente al 75% de adherencia
2 semanas Equivalente al 50% de adherencia
3 semanas Equivalente al 25% de adherencia
4 semanas Equivalente al 0% de adherencia

5) Tratamiento (marcar con X los medicamentos en uso)

¿Cambió de tratamiento? SI No
Cantidad de comprimidos que toma <5 5 a 10 >10

Drogas en uso:

Cod	Droga	Cod	Droga	Cod	Droga
1	ABACAVIR	12	HIDROXUREA	23	TENOFOVIR
2	AMPRENAVIR	13	LAMIVUDINA	24	ZALCITABINA
3	ATAZANAVIR	14	LOPINAVIR/r	25	
4	DARUNAVIR	15	MARAVIROC	26	
5	DELAVIRDINA	16	NELFINAVIR	27	
6	DIDANOSINA	17	NEVIRAPINA	28	
7	EFAVIRENZ	18	RALTEGRAVIR	29	
8	ENFUVIRTIDE	19	RITONAVIR	30	
9	ETRAVIRINA	20	SAQUINAVIR	31	
10	FOSAMPRENAVIR	21	SAQUINAVIR RF	32	
11	FTC	22	STAVUDINA	33	

3.-HIV-SIDA-PLANILLA DE ADHERENCIA DE TRATAMIENTO

Planilla de Adherencia

Obra Social _____

RNOS Fecha

PACIENTE (Cód.) _____

1) Algunos pacientes tienen problemas de tolerancia al tomar alguno de estos medicamentos. ¿Ha tenido usted algún problema?

SI NO

En caso de que el paciente conteste SI continuar.

2) ¿Relaciona la molestia con un fármaco?

SI NO

¿Qué medicamento le produce molestias? (código)

¿Qué tipo de molestias?

Cefaleas Gastroint. Rash

Lipodist. Otros

3) ¿Cuándo nota la molestia deja de tomar alguna dosis o intermite varios días el tratamiento?

SI NO

4) Intente cuantificar el número total de días en que el paciente abandona el tratamiento en el último mes?

Ninguno Equivalente al 100% de adherencia

1 o 2 días Equivalente al 95% de adherencia

1 semana Equivalente al 75% de adherencia

2 semanas Equivalente al 50% de adherencia

3 semanas Equivalente al 25% de adherencia

4 semanas Equivalente al 0% de adherencia

5) Tratamiento (marcar con X los medicamentos en uso)

¿Cambió de tratamiento? SI No

Cantidad de comprimidos que toma <5 5 a 10 >10

Drogas en uso:

Cod	Droga	Cod	Droga	Cod	Droga
1	ABACAVIR	12	HIDROXUREA	23	TENOFOVIR
2	AMPRENAVIR	13	LAMIVUDINA	24	ZALCITABINA
3	ATAZANAVIR	14	LOPINAVIR/r	25	
4	DARUNAVIR	15	MARAVIROC	26	
5	DELAVIRIDINA	16	NELFINAVIR	27	
6	DIDANOSINA	17	NEVIRAPINA	28	
7	EFAVIRENZ	18	RALTEGRAVIR	29	
8	ENFUVIDE	19	RTONAVIR	30	
9	ETRAVIRINA	20	SAQUINAVIR	31	
10	FOSAMPRENAVIR	21	SAQUINAVIR RF	32	
11	FTC	22	STAVUDINA	33	

4.- DECLARACION JURADA COBERTURA VIH-SIDA

DECLARACION JURADA PARA LA COBERTURA BRINDADA EN VIH-SIDA

DATOS DEL PACIENTE

Código del paciente: _____ Sexo: _____ Edad _____

DATOS DE LA PRESTACION

Periodo de Cobertura: Desde --/--/-- Hasta --/--/--

Tratamiento antiretroviral:

Medicación	Desde	Hasta

Cambio de medicación:

Medicación	Desde	Hasta

Recuento Linfocitos CD3/CD4 CD8

Fecha			

Determinación de Carga Viral

Fecha			

Observaciones:
.....
.....

La presente declaración, da cuenta de la verificación, por parte de la Auditoría de la Obra Social, respecto a la atención brindada al beneficiario.

Auditor de la Obra Social
Especialidad _____
Matrícula _____
Aclaración Firma _____

5.- RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA HEPATITIS B Y C CRÓNICAS

1. Resumen de Historia Clínica HEPATITIS B y CRONICAS	
Nombre y Apellido: Fecha de Nacimiento: Código: (Pac. HIV/SIDA) Sexo: RNOS: Número Afiliado: DNI: Diagnóstico: Fecha del Diagnóstico: Criterios de Diagnóstico	
<input checked="" type="checkbox"/> Laboratorio específico para portación crónica de HBV	
Antígeno de superficie (HBsAg) en UI/ml: Antígeno 'e' (HBeAg): Anticuerpos anti-HBe (RP): DNA-HBV cuantitativa en UI/ml: Genotipo HBV (en tratamientos con IFN peg)	
<input checked="" type="checkbox"/> Laboratorio específico de portación crónica de HCV	
Anti-HCV: RNA-HCV cualitativo: RNA-HCV cuantitativo: (con niveles de detección de 15 UI/ml) Genotipo y subtipo de HCV:	

Grado de Fibrosis:	Fecha:
-Biopsia S / N (resumen relevante):	
-Elastografía hepática: S/N	
Carga Viral Basal (UI/ml):	
Carga Viral Basal (log-10):	
Child-Pugh:	
Alfa Feto Proteína (AFP):	

TRATAMIENTO SOLICITADO:	
HBV: <input type="checkbox"/>	HCV: <input type="checkbox"/>
Fecha de inicio:	duración:
Interrupción de tratamiento: <i>S/N</i>	Motivo:
Tratamiento Previo:	
Fecha Tratamiento previo:	
Respuesta al tratamiento previo: Nula: Parcial: Recaída: intratratamiento (Breakthrough)	
Recaída: Desconocida:	
Médico Tratante:	Matrícula Profesional:

MEDICO AUDITOR
FIRMA Y SELLO

ABREVIATURAS

- AFIP** Administración Federal de Ingresos Públicos
- ANMAT** Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología
- ANSSAL** Administración Nacional de Seguro de Salud
- ANVISA** Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria
- APE** Administración de Programas Especiales
- CUFE** Código de Ubicación Física del Establecimiento
- CUIL** Código Único de Identificación Laboral
- CUIT** Clave Única de Identificación Tributaria
- DINOS** Dirección Nacional de Obras Sociales
- FDA** Food and Drug Administration
- FFAA** Fuerzas Armadas de Argentina
- FSR** Fondo Solidario de Redistribución
- GLN** Global Location Number
- GTIN** Global Trade Item Number
- INCUCAI** Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante
- INEC** Instituto Nacional de Estadística y Censo (Ecuador)
- INSSJyP** Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
- PAMI** Programa de Atención Médica Integral
- RNOS** Registro Nacional de Obras Sociales
- SI APE** Sistema de Información de la Administración de Programas Especiales
- SINTRA** Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina
- SSSALUD** Superintendencia de Servicios de Salud
- SUR** Sistema Único de Reintegro
- SUMA** Sistema Único de Mitigación de Asimetría

BIBLIOGRAFÍA

1. Departamento de Salud Estado Libre Asociado de Puerto Rico [en línea] Puerto Rico, año 2.010, Reglamento 6043, ICC on line 2011, actualizado 20/05/2012 16:10www
2. Ministerio de Salud de Ecuador, [en línea] Ecuador, año 2.012, Registro Oficial N° 798 del 27 de septiembre de 2.012, ICC on line 2.012, actualizado 16/02/2013 17:50
3. Secretaría de Gobierno de Bogota, [en línea] Colombia, año 2009, Proyecto de Ley 113 del 3 de agosto de 2009, ICC on line 2.012, actualizado 20/05/2012 17.00
4. Dr. Tobar F (2011) "Respuestas a las enfermedades catastróficas" Bureau de Salud Economía de Salud
5. Cf.K.Xu et al.(2003)"Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis" Lancet 362 n° 9378: 111-117
6. Dr. Tobar F (2010) "¿Qué Aprendimos de las Reformas de Salud? Fundación Sanatorio Guemes, Páginas 125-132
7. Argentina, Ley 23.661/1988, del 29 de diciembre de 1988, Boletín Oficial del Estado N° 26.555, 20 de enero de 1989, 1° sección, p. 3
8. Argentina, Ley 23.660/1988, del 29 de diciembre de 1988, Boletín Oficial del Estado N° 26.555, 20 de enero de 1989, 1° sección 1, p. 1
9. Argentina, Decreto N° 53/1988, del 14 de enero de 1.988, Boletín Oficial del Estado N° 26.316, 29 de enero de 1988, 1° sección 1, p. 2
10. Argentina, Decreto N° 1615/1996, del 23 de diciembre de 1.996, Boletín Oficial del Estado N° 28.554, 31 de diciembre de 1.996, 1° sección 1, p. 5
11. Argentina, Decreto N° 651/1977, del 16 de julio de 1997, Boletín Oficial del Estado N° 28.691, 21 de julio de 1997, sección 1, p. 5
12. Argentina, Decreto N° 1305/2000, del 29 de diciembre de 2.000, Boletín Oficial del Estado N° 29.558, 3 de enero de 2.001, 1° sección, p.10
13. Argentina, Decreto N° 446/2000, del 2 de junio de 2000, Boletín Oficial del Estado N° 29.413, 6 de junio de 2000. 1° sección, p. 2
14. Argentina, Decreto N° 270/2001, del 2 de marzo de 2001, Boletín Oficial del Estado N° 29604, 8 de marzo de 2001, 1° sección, p.2
15. Argentina, Decreto N° 167/2002, del 22 de enero de 2002, Boletín Oficial del Estado N° 29823, 24 de enero de 2002, 1° sección, p.3
16. Argentina, Decreto N° 1254/2003, del 12 de diciembre de 2003, Boletín Oficial del Estado N° 30298, 16 de diciembre de 2003, 1° sección, p. 7
17. Argentina, Resolución N° 0500/2004, 27 de enero de 2004, Boletín Oficial del Estado N° 30329, 30 de enero de 2004, 1° sección, p. 5
18. Argentina, Decreto N° 366/2012, 12 de marzo de 2012, Boletín Oficial del Estado N° 32357, 14 de marzo de 2012,1° sección, p.1
19. Argentina, Resolución N° 1200/2012, 21 de septiembre de 2012, Boletín Oficial del Estado N° 32493, 3 de octubre de 2012, 1° sección. P. 17
20. Argentina, Decreto N° 1609/2012, 5 de septiembre de 2012, Boletín Oficial del Estado N° 32475, 6 de septiembre de 2012, 1°sección, p. 2
21. Argentina, Resolución N° 1511/2012, 16 de noviembre de 2012, Boletín Oficial del Estado N° 32526, 20 de noviembre de 2012, 1° sección, p. 9
22. Argentina, Resolución N° 1276/2002, 16 de agosto de 2002, Boletín Oficial del Estado N° 29967, 22 de agosto de 2002, 1° sección, p. 5

23. Argentina, Resolución N° 475/2002, 27 de mayo de 2002, Boletín Oficial del Estado N° 29920, 13 de junio de 2002, 1° sección, p.9
24. Argentina, Resolución N° 13453/2010, 16 de junio de 2010, Boletín Oficial del Estado N° 31929, 23 de junio de 2010, 1° sección, p. 22
25. Argentina, Resolución N° 2048/2003, 30 de abril de 2003, Boletín Oficial del Estado N° 30143, 6 de mayo de 2003, 1° sección, p. 19
26. Argentina, Resolución N° 9500/2005, 21 de septiembre de 2003, Boletín Oficial del Estado N° 30748, 28 de septiembre de 2005, 1° sección, p. 12
27. Argentina, Resolución N° 5000/2006, 25 de abril de 2006, Boletín Oficial del Estado N° 30894, 27 de abril de 2006, 1° sección, p. 6
28. Argentina, Resolución N° 400/1999, 16 de febrero de 1999, Boletín Oficial del Estado N° 29092, 24 de febrero de 1999, 1° sección, p. 5
29. Argentina, Resolución N° 9800/2005, 27 de septiembre de 2005, Boletín Oficial del Estado N° 30750, 30 de septiembre de 2005, 1° sección, p. 3
30. Argentina, Resolución N° 0154/2002, 12 de marzo de 2002, Boletín Oficial del Estado N° 29859, 15 de marzo de 2002, 1° sección, p. 5
31. Argentina, Resolución N° 1531/2003, 22 de julio de 2003, Boletín Oficial del Estado N° 30198, 24 de julio de 2003, 1° sección, p. 7
32. Argentina, Resolución N° 11300/2004, 22 de septiembre de 2004, Boletín Oficial del Estado N° 30493, 27 de septiembre de 2004, 1° sección, p. 6
33. Argentina, Resolución N° 9494/2006, 5 de julio de 2006, Boletín Oficial del Estado N° 30942, 7 de julio de 2006, 1° sección, p. 10
34. Argentina, Resolución N° 9620/2007, 15 de abril de 2007, Boletín Oficial del Estado N° 31139, 20 de abril de 2007, 1° sección, p. 18
35. Argentina, Resolución N° 20658/2010, 30 de agosto de 2010, Boletín Oficial del Estado N° 31978, 2 de septiembre de 2010, 1° sección, p. 25
36. Argentina, Resolución N° 1561/2012, 30 de noviembre de 2012, Boletín Oficial del Estado N° 32536, 5 de diciembre de 2012, 1° sección, p. 14
37. Argentina, Resolución N° 594/2011, 27 de junio de 2011, Boletín Oficial del Estado N° 32182, 1 de julio de 2011, 1° sección, p. 53
38. Argentina, Ley 25.649, 28 de agosto de 2002, Boletín Oficial del Estado N° 29987, 19 de septiembre de 2002, p. 1