

# Fundación Sanatorio Güemes Ciclo Abierto de Debates

# Obras Sociales-Prepagas ¿Integración del Sistema?

Buenos Aires – Marzo 2012

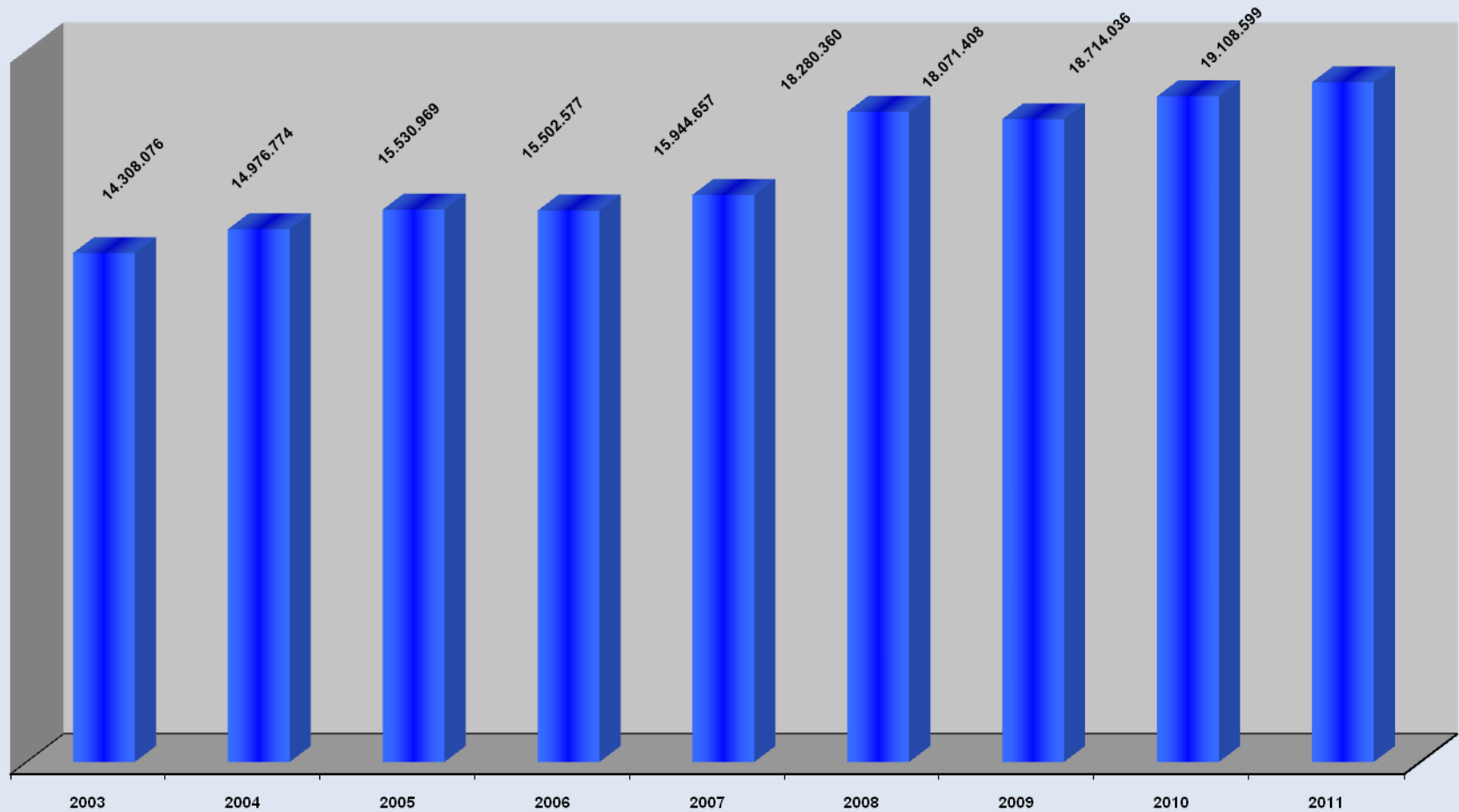
Dr. Ricardo Bellagio

# Sistema de Salud Subsectores

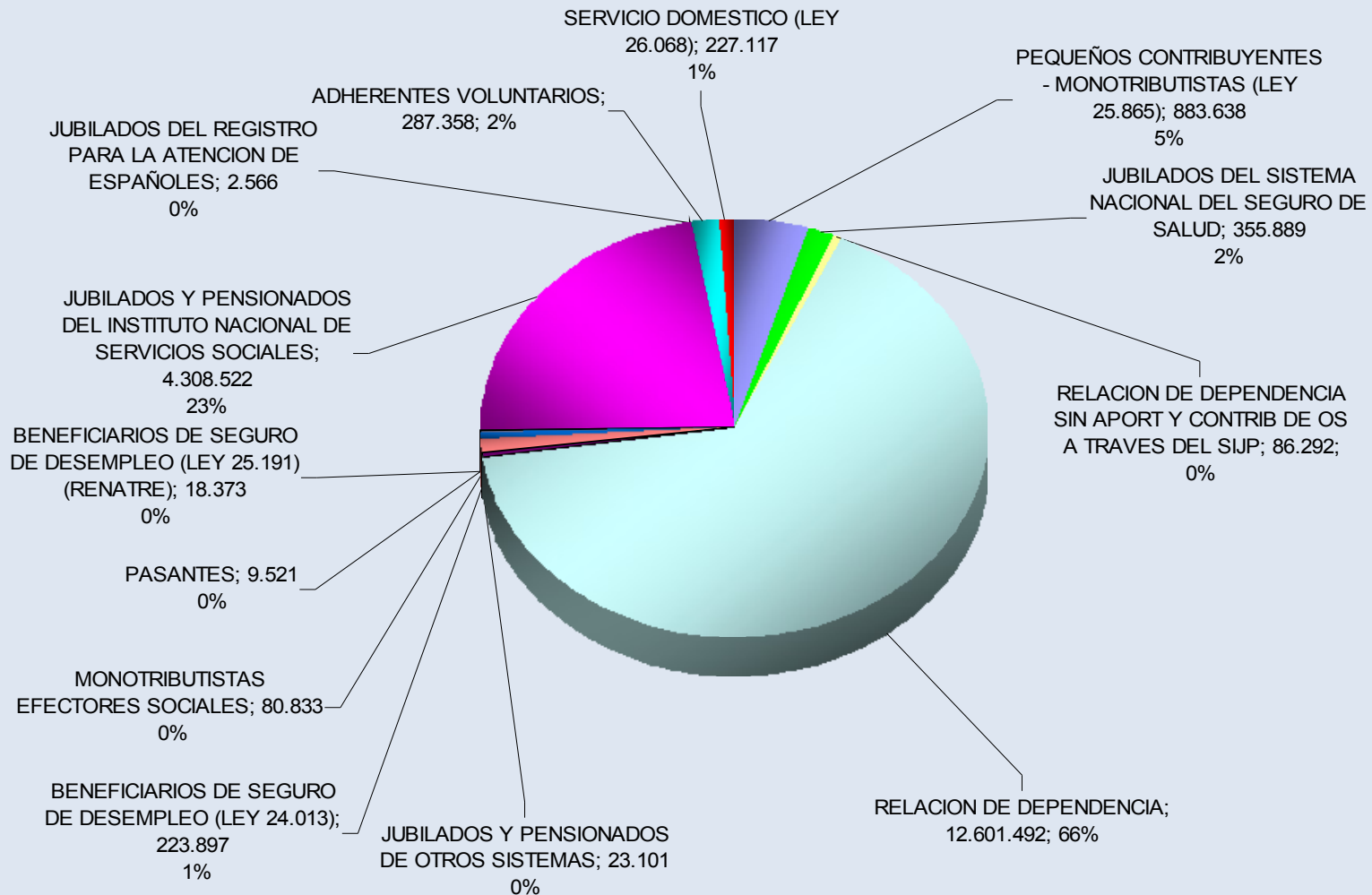
~~Público  
Privado  
Seguridad Social~~

**Sistema  
de Salud  
Integrado**

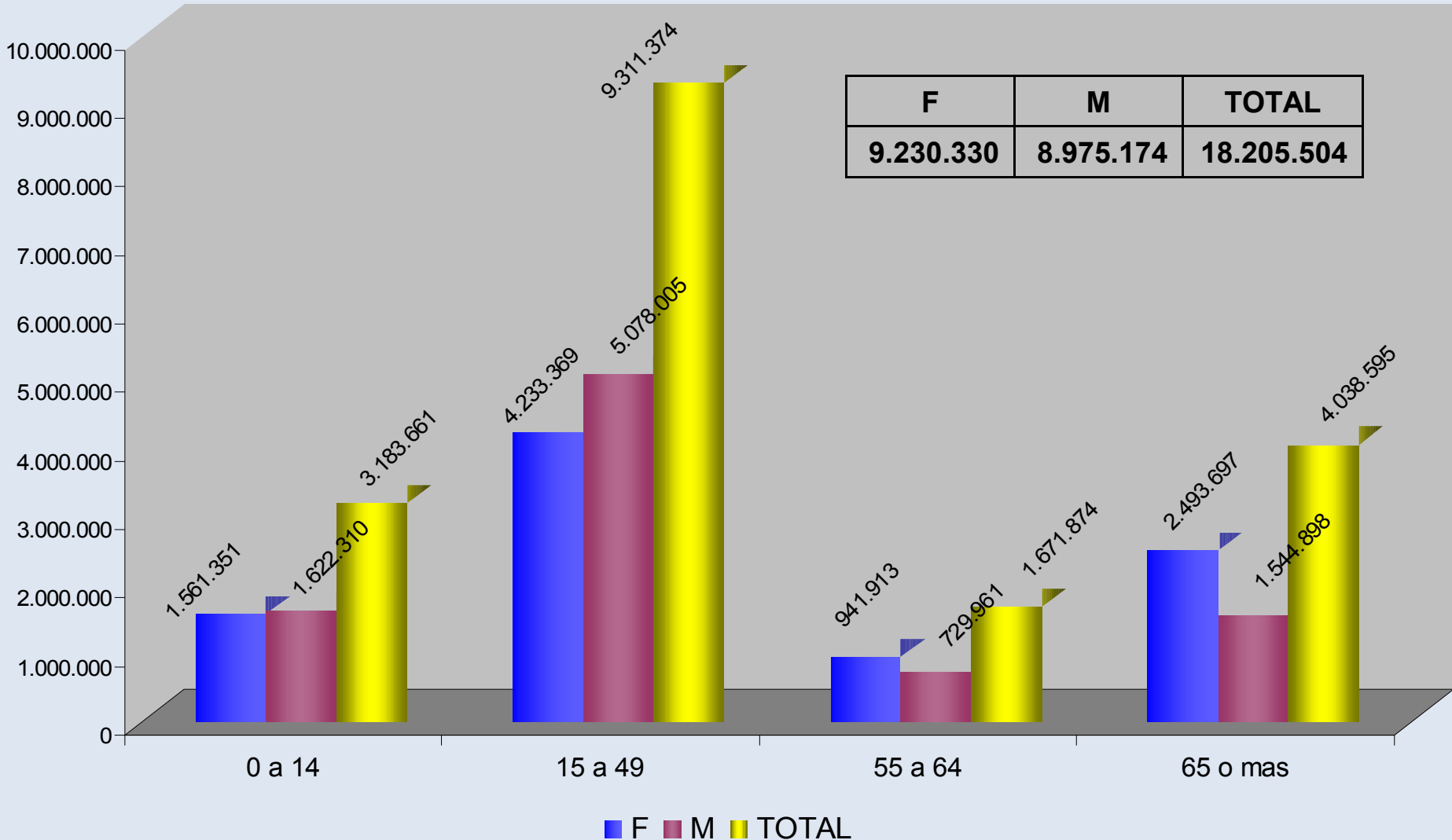
## Población por Año



## Población por tipo de Beneficiario (diciembre 2011)

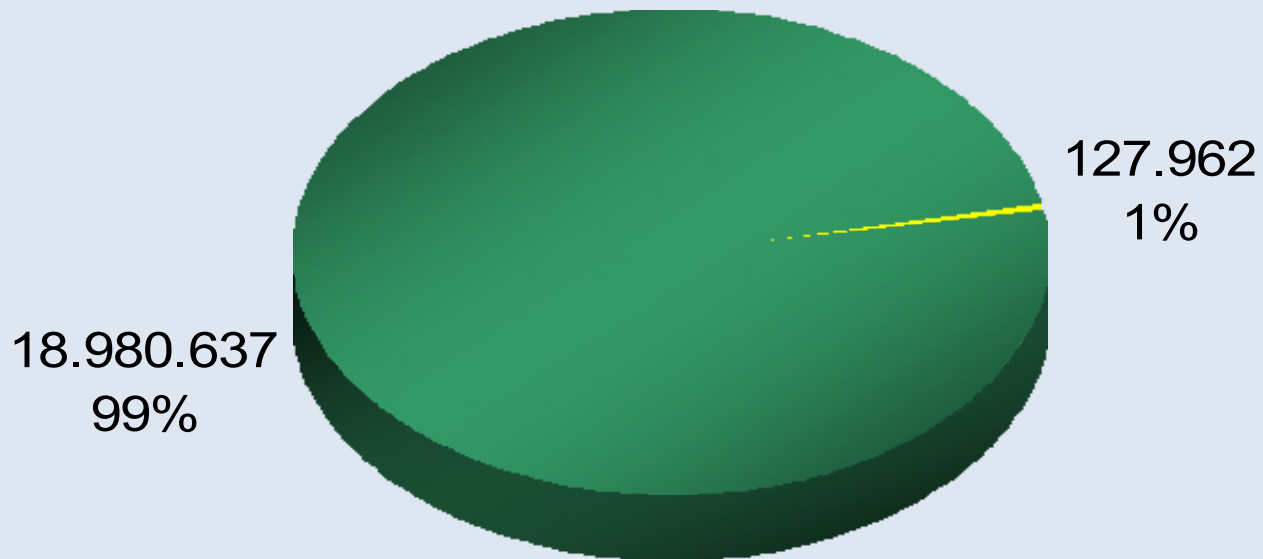


## Afiliados por Rangos de Edad y Sexo (según matriz de riesgo)

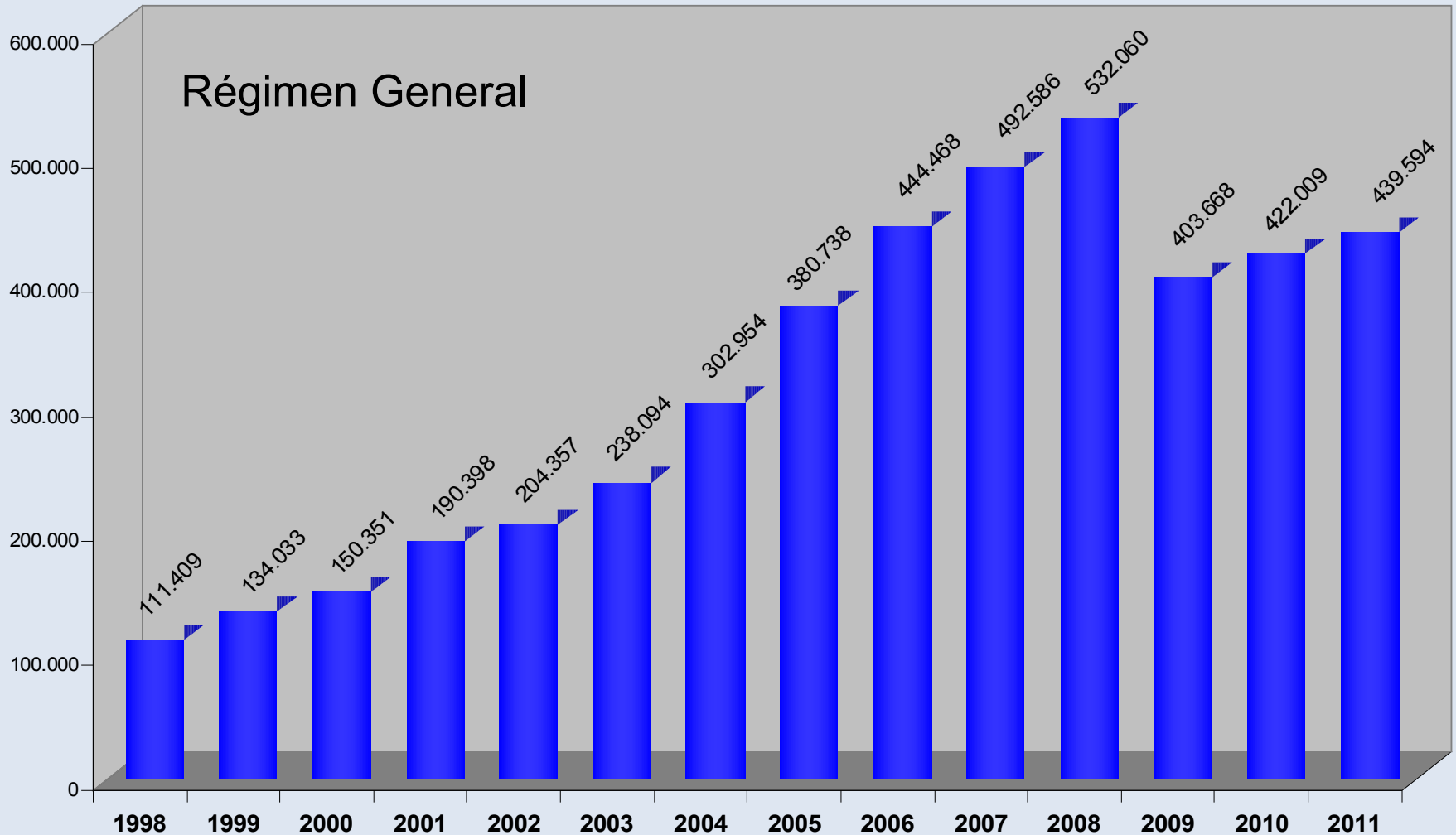


# CANTIDAD DE DISCAPACITADOS PADRON 2011-12

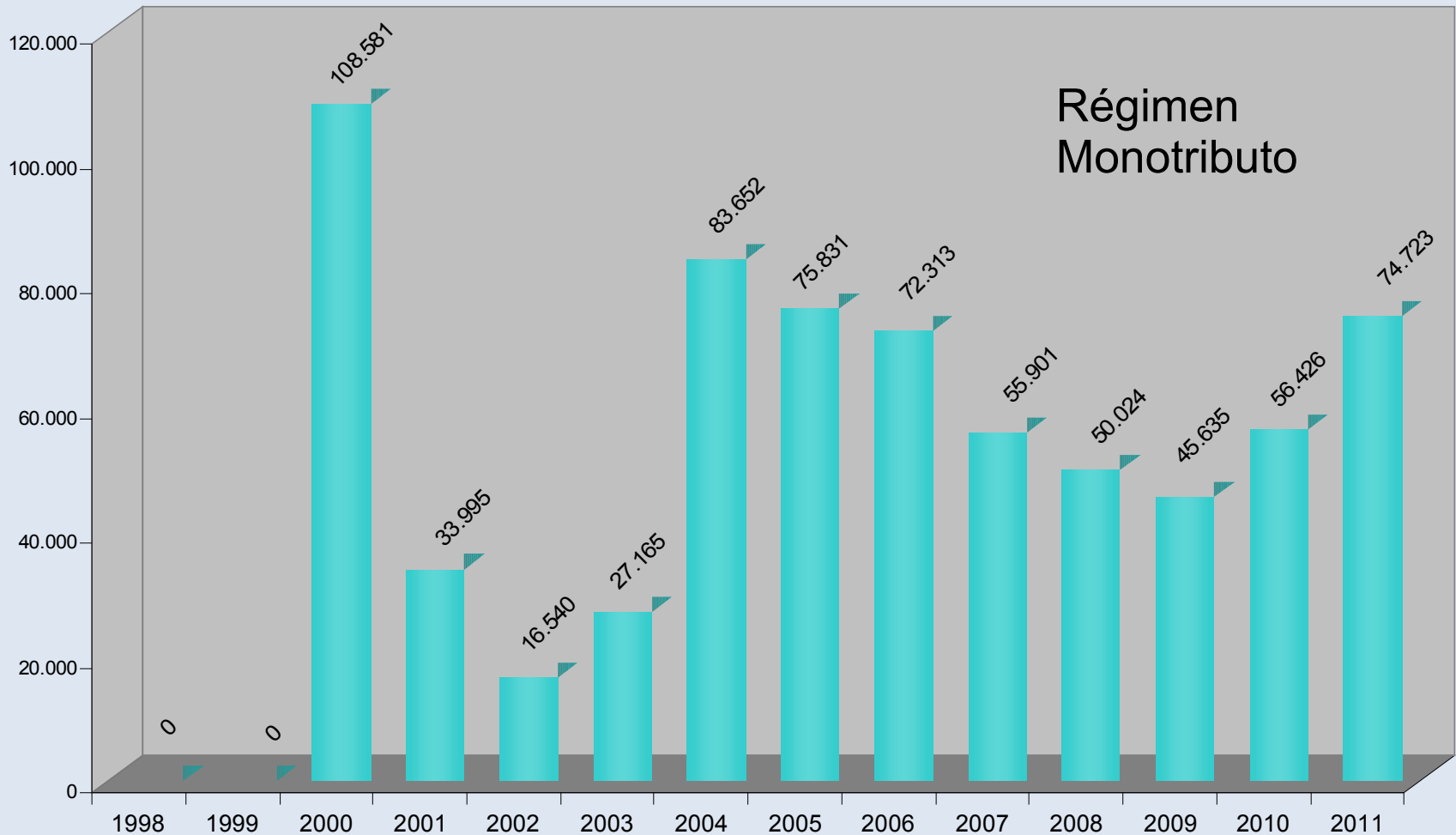
**127.962**



## Cantidad de Altas de Opciones por Año

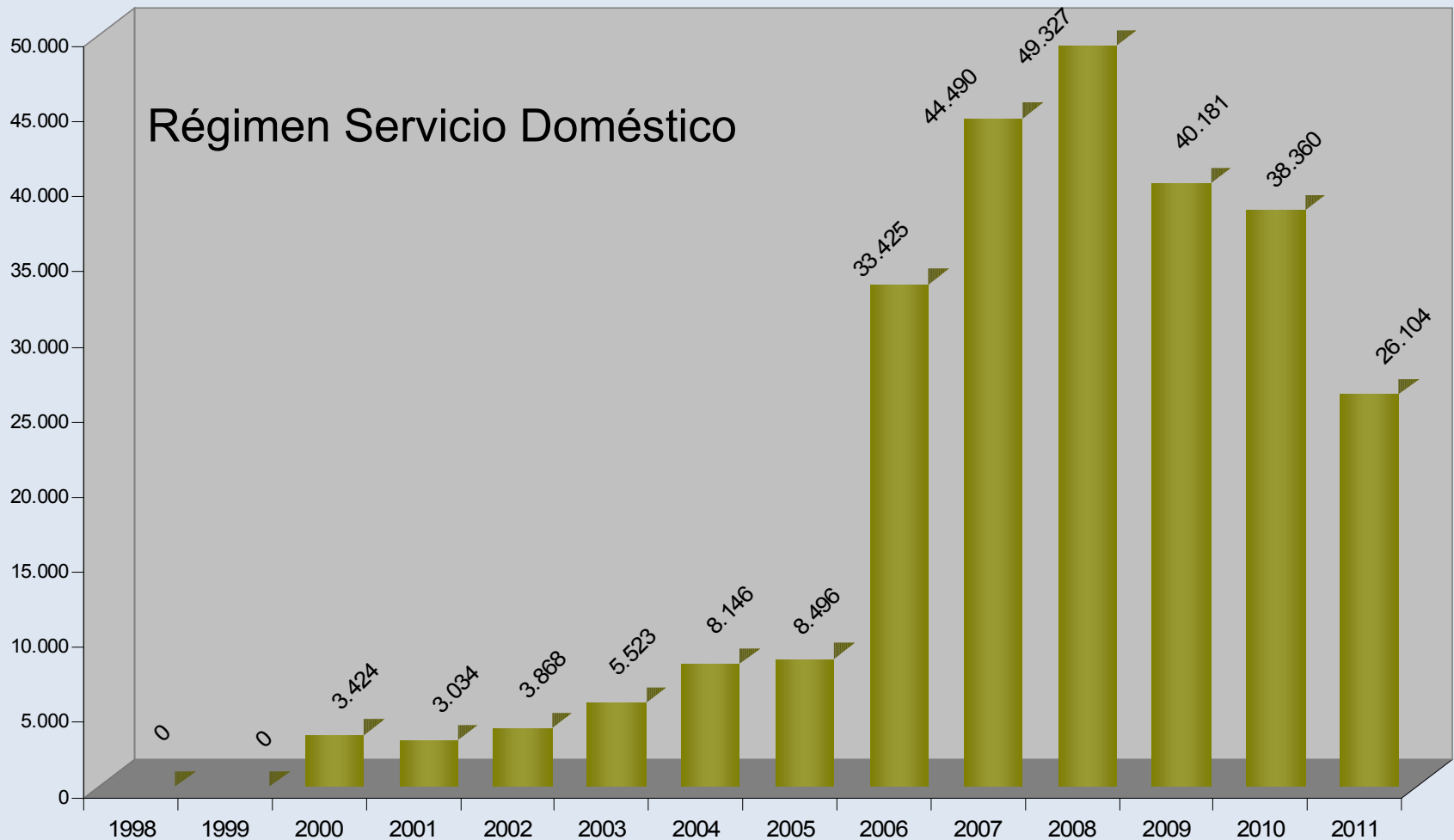


## Cantidad de Altas de Opciones por Año



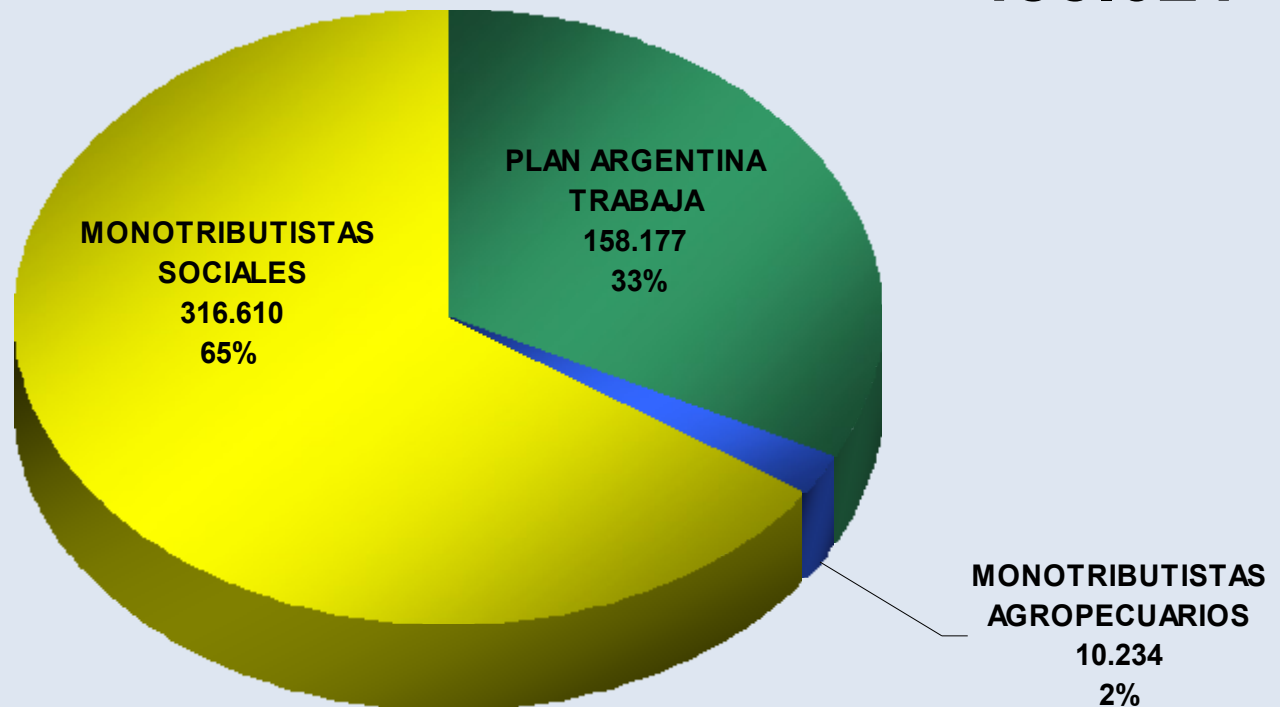


## Cantidad de Altas de Opciones por Año

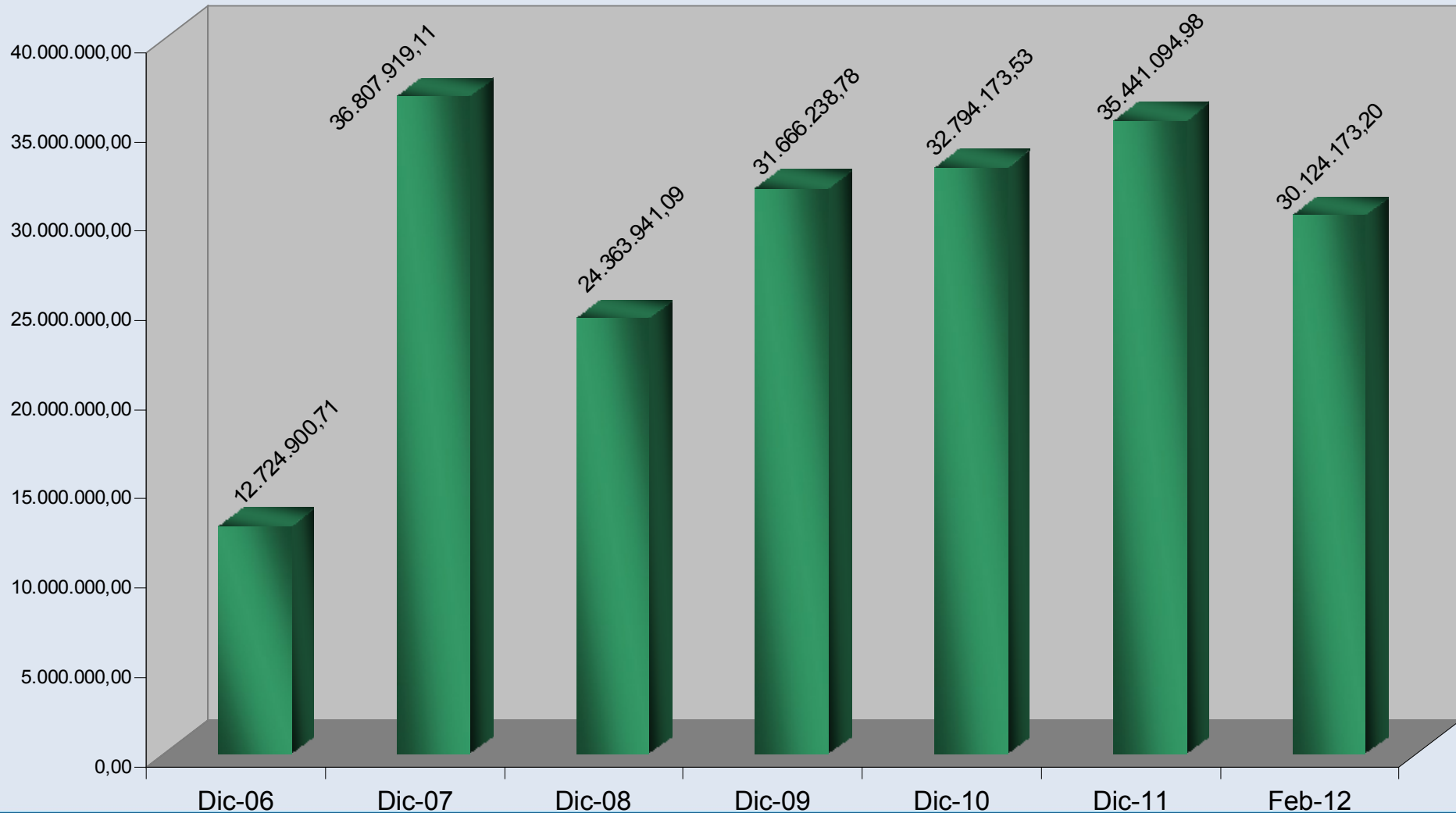


# Población Monotributistas Sociales

**Total  
485.021**



## Evolución Anual Subsidio Automático (SANO)



## Recaudación - Fondo (Noviembre 2011)

<b>APORTES / CONTRIBUCIONES</b>	<b>TITULARES</b>	<b>CAPITA</b>
<b>\$ 2.605.851.573,89</b>	<b>6.373.526</b>	<b>\$ 408,86</b>

<b>APOORTE AL FSR</b>	<b>TITULARES</b>	<b>CAPITA</b>
<b>\$ 475.081.734,91</b>	<b>6.373.526</b>	<b>\$ 74,54</b>

**EL PROCESO DE INCLUSIÓN SOCIAL PERMITE QUE  
MÁS DEL 57% DE LA POBLACIÓN ESTE DENTRO DE  
LA SEGURIDAD SOCIAL NACIONAL Y PROVINCIAL.  
MÁS DE 24.000.000 DE PERSONAS.**

**NO SE PUEDE HABLAR DE INCLUSIÓN SOCIAL SIN  
INTEGRACIÓN. NO PODEMOS INCLUIR GENTE SIN  
INTEGRARLOS AL SISTEMA.**

**Y EL SISTEMA DE SALUD ES ÚNICO POR ESO LA LEY  
Nº 26.682 REFIERE A LA “REGULACIÓN DE  
EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA” Y NO A UN  
SISTEMA PRIVADO DE SALUD.**

# **MEDICINA PREPAGA**

## **MARCO REGULATORIO LEY N° 26.682**

## **¿QUE SUJETOS SE ENCUENTRAN COMPRENDIDOS EN LA LEY 26.682?**

- 1) Las Empresas de Medicina Prepaga (EMP) definidas en el artículo 2º de la Ley.
- 2) Las OO.SS comprendidas en el artículo 1º de la Ley N°23.660 y las entidades adheridas o que en el futuro se adhieran como agentes del seguro al Sistema Nacional del Seguro de Salud regulado en la Ley N°23.661, por los planes de salud de adhesión voluntaria individuales o corporativos, superadores o complementarios por mayores servicios médicos que comercialicen.
- 3) Las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones con los alcances establecidos en el segundo párrafo del artículo 1º de la Ley.

## **VIGENCIA LEY 26.682**

- Mayo de 2011 entró en vigencia la nueva ley que regula el servicio de medicina prepaga, bajo el N° 26.682.
- Dicha norma fue reglamentada por el Decreto N° 1993/11 del 1/12/11.

## **RELEVANCIA**

Gran avance en el reconocimiento del derecho a la salud en su entera dimensión, ya que contiene el espíritu de la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación que resolvió que **"la actividad que asumen las entidades de medicina prepaga si bien presenta rasgos mercantiles, ellas tienden a proteger las garantías a la vida, salud, seguridad e integridad de las personas, por lo que adquieren un cúmulo de compromisos que exceden o trascienden el mero plano comercial, asumiendo un compromiso social"**.



## ¿QUE CONSIDERA LA LEY DE EMP?

A toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopten cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa.

# REQUISITOS PARA QUE LAS EMP PUEDAN FUNCIONAR

- Resol 55/12-SSSalud: Apruebe las normas de procedimiento para la inscripción de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la Ley N° 26.682 (modificado por Decreto N° 1991/11) en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (R.N.E.M.P.).

*Este procedimiento es de cumplimiento obligatorio para que los sujetos indicados obtengan la respectiva autorización para funcionar.*

# PRESTACIONES DE SALUD

- **Obligación de las EMP**

Garantizar en sus planes de cobertura médico asistencial, el PMO vigente según Resolución del MSAL de la Nación y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la Ley 24.901 y sus modificatorias.

# CONTRATOS CON LOS USUARIOS

- Deberán estar previamente autorizados por la autoridad de aplicación, para lo cual la SSSALUD dictará la normativa a la que deberán adecuarse los modelos de contrato a suscribirse entre las EMP y los usuarios.

# CARENCIAS

- Se eliminan las carencias para todas aquellas prestaciones que se encuentran incluidas en el PMO.
- Los períodos de acceso progresivo a la cobertura sólo podrán establecerse para el acceso a las prestaciones sanitarias superadoras o complementarias al PMO.

Los períodos de acceso progresivo en ningún caso podrán superar los 12 meses corridos desde el comienzo de la relación contractual.

# PREEXISTENCIAS

- Las enfermedades preexistentes solamente pueden establecerse a partir de la declaración jurada del usuario y no pueden ser criterio del rechazo de admisión de los usuarios.
- Se autorizarán valores diferenciales para los usuarios con enfermedades preexistentes.
- Situaciones de preexistencia
  - a) temporarias
  - b) crónicas
  - c) alto costo y baja incidencia

# CASOS DE RESOLUCION DEL CONTRATO POR PARTE DE LAS EMP

- Falseamiento de la declaración jurada
- Falta de pago de 3 cuotas consecutivas

# ADMISION ADVERSA

- La edad no puede ser tomada como rechazo de admisión



# COBERTURA DEL GRUPO FAMILIAR

- GRUPO FAMILIAR PRIMARIO

Cónyuge del afiliado titular, hijos solteros hasta los 21 años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, hijos solteros mayores de 21 años y hasta los 25 inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de 21 años, los hijos del cónyuge, los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa y que reúnan los requisitos aquí establecidos.

- La persona que conviva con el afiliado titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo y sus hijos.

# AUMENTO CUOTA

## DISPOSICIONES GENERALES

- La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD implementará la estructura de costos que deberán presentar las entidades, con los cálculos actuariales necesarios, la verificación fehaciente de incremento del costo de las prestaciones obligatorias, suplementarias y complementarias, las nuevas tecnologías y reglamentaciones legales que modifiquen o se introduzcan en el Programa Médico Obligatorio (PMO) en vigencia, el incremento de costos de recursos humanos y cualquier otra circunstancia que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y las entidades comprendidas en la presente reglamentación, consideren que incide sobre los costos de la cuota de los planes ya autorizados.

# AUMENTO CUOTA

## DISPOSICIONES GENERALES

- La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD elevará, previo dictamen vinculante de la SECRETARIA DE COMERCIO INTERIOR del MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PUBLICAS, el pedido de autorización de incrementos de las cuotas de los planes aprobados al Ministro de Salud para su aprobación.

# AUMENTO CUOTA PERSONAS MAYORES 65 AÑOS

## *Personas Mayores de 65 Años*

- La Autoridad de Aplicación definirá una matriz de cálculo actuarial de ajuste por riesgo .
- Mayores a 65 años que tengan una **antigüedad mayor a 10 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.

Para este último supuesto, la antigüedad de 10 años deberá ser en forma continua en la misma entidad comprendida en los alcances de esta reglamentación.

# REGIMEN SANCIONATORIO

*Las infracciones a la Ley 26682 pueden ser sancionadas con:*

- a) Apercibimiento
- b) Multa
- c) Cancelación de la Inscripción en el Registro.  
Esta sanción sólo puede ser aplicada, en caso de gravedad extrema y reincidencia.

*Sin perjuicio de la sanción que se imponga, el sujeto obligado debe brindar la prestación requerida con carácter urgente.*

# INFRACCIONES

- **¿QUÉ SE CONSIDERAN INFRACCIONES?**

- a) La violación de las disposiciones de la Ley 26.682 y de la presente reglamentación, las normas que establezca el MINISTERIO DE SALUD, y la Autoridad de Aplicación.
- b) Falta de pago de los aranceles dispuestos.
- c) Violaciones a las Leyes Nros. 24.240, 25.156 y 23.592 y sus respectivas modificatorias, según correspondiere.
- d) Falta de cobertura sanitaria científicamente determinada en tiempo y forma correspondiente al plan contratado.
- e) La violación por parte de los prestadores de las condiciones contenidas en las contrataciones de los servicios.

# INFRACCIONES

- f) La negativa de las entidades comprendidas en el artículo 2º de la Ley 26.682 a proporcionar la documentación informativa y demás elementos de juicio que la Autoridad de Aplicación a través de sus funcionarios, auditores y/o síndicos requiera en el ejercicio de sus funciones, derechos y atribuciones.
- g) El incumplimiento de las directivas impartidas por las Autoridades de Aplicación.
- h) La no presentación en tiempo y forma de los programas, presupuestos, balances y memorias generales y copia de los contratos celebrados, cartillas y cualquier otro tipo de documentación solicitada por la Autoridad de Aplicación.
- i) La falta de pago al HOSPITAL PÚBLICO DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA en tiempo y forma.

# TRAZABILIDAD



# **NORMATIVAS**

- **Resolución 435/2011 MS**
- **Disposición 3683/2011 ANMAT**
- **Disposición 1831/2012 ANMAT**  
(publicada 29/03/12 en Boletín Oficial)
- **Resolución 594/2011 SSSalud**

# CONCEPTO

## TRAZABILIDAD POR UNIDAD

*Sistema de seguimiento y rastreo colocado en el empaque (unidad de venta al público), de las especialidades medicinales que permite reconstruir la cadena de distribución de cada unidad de producto terminado, individualmente.*

*(art. 2º Disp. 3683/11)*

# TRAZABILIDAD DE MEDICAMENTOS

- ES UN SISTEMA DE INFORMACIÓN
- PERMITE ASEGURAR LA CALIDAD Y LEGITIMIDAD
- EL PRINCIPAL BENEFICIARIO ES EL PACIENTE
- MEDICAMENTOS PARA HIV, ONCOLÓGICOS, HEMOFILIA, TRANSPLANTES, ENTRE OTROS
- NO INCREMENTA EL COSTO DE LOS MEDICAMENTOS.
- MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO Y DE ENTREGA GRATUITA.

# TRAZABILIDAD DE MEDICAMENTOS

- **Un Sistema de información que permite establecer y Registrar el recorrido de un producto determinado desde su manufactura hasta el paciente.**

## PRINCIPIOS BÁSICOS

Identificación unívoca de los medicamentos utilizando soportes físicos variados

Registro de la Información: cada eslabón de la cadena de distribución debe registrar los movimientos logísticos de los medicamentos y transmitir en tiempo real la información a una base de datos administrada por la ANMAT.

Consulta de la información: PACIENTES, Agentes de Salud, Fiscalizadores, entre otros.

# TECNOLOGIA

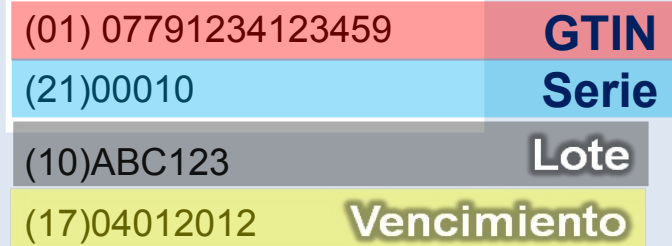
- LINEAL . CODIGO DE BARRAS
- DATAMATRIX (Bidimensional)
- RFID (Radiofrecuencia)

# OPCIONES PARA LABORATORIOS

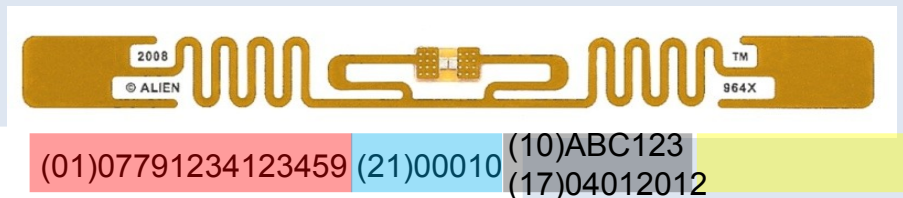
GS1 128



GS1 DATAMATRIX



EPC / RFID



# ACCIONES DE LA SSSALUD

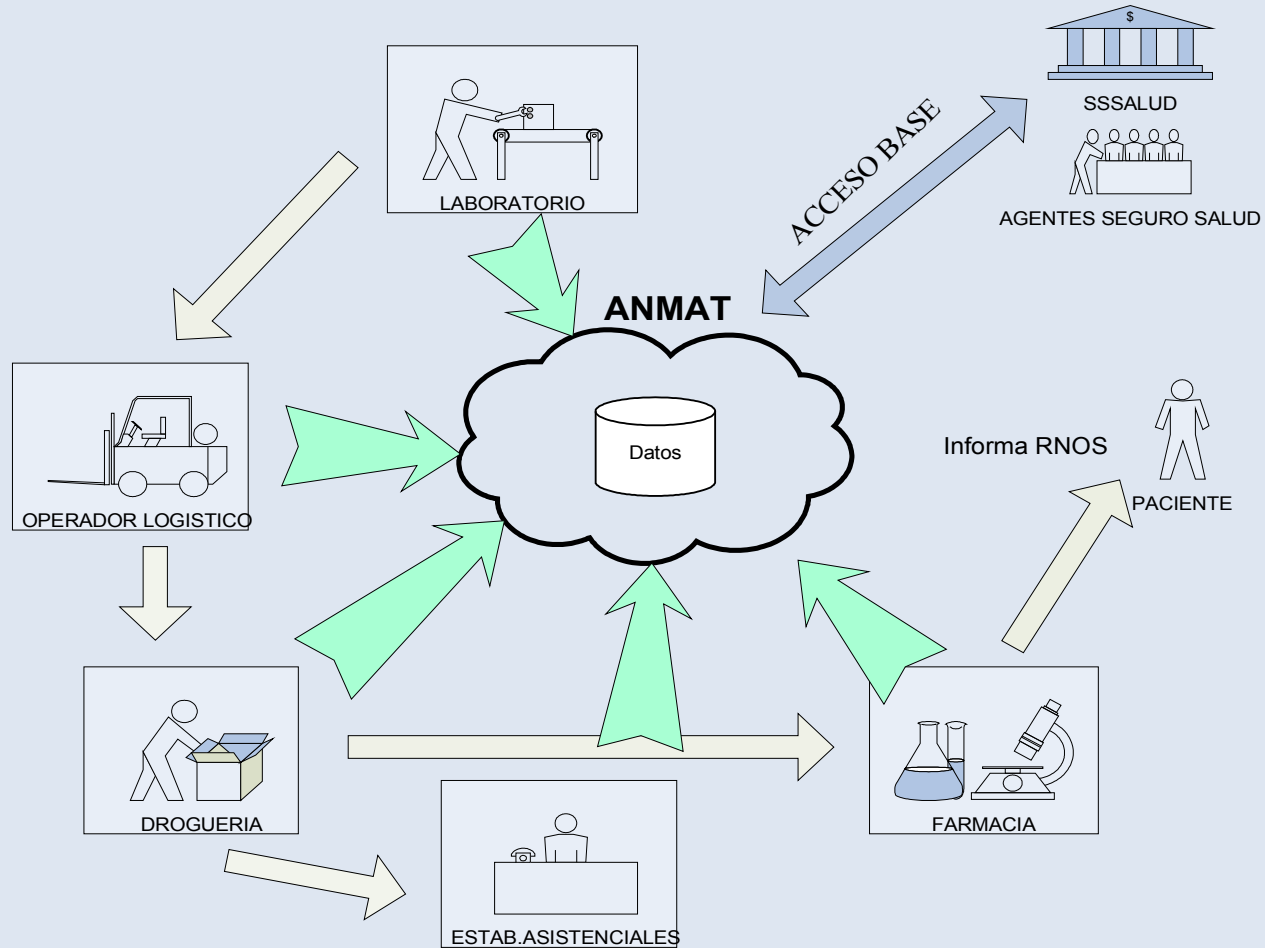
- Se conformó un grupo de trabajo con profesionales de 3 gerencias: GCP, GGE y SI, con gerentes médicos, farmacéuticos e informáticos.
- Nota a las Obras Sociales.
- Se confeccionó la Resolución 594/11 SSSalud.
- Reuniones con la ANMAT y GS<sub>1</sub>
- Atención de consultas Obras Sociales. Las farmacias ya pueden hacer los pasos de entrenamiento y registración en el portal de la ANMAT.

# ACCIONES DE LA SSSALUD

- Se solicitó a la ANMAT forma de acceso para Registro y Verificación de los agentes del seguro.
- Implementación de la receta electrónica o digital para lo cual deberá presentarse una Resolución.
- Se está trabajando en una Resolución de contratos.



# REPORTAR A ANMAT



**GRACIAS**

Dr. Ricardo Bellagio