

ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES

CURSO ANUAL DE AUDITORIA MÉDICA

HOSPITAL ALEMAN 2011

PROF. DR. AGUSTIN ORLANDO

AUTORA: JULIETA VIEYTES



Índice

Prefacio.....	3
Creación y estructura de la Administración de Programas Especiales.....	3 a 7
Objetivo.....	11
Recursos.....	12
Obras Sociales alcanzadas y excluidas por la cobertura de la APE.....	14
Marco normativo, legislación y prestaciones cubiertas por la APE.....	15
▪ Resolución 500/2004	
▪ Resolución 310/2004.....	
▪ Resolución 5500/2006.....	
▪ Resolución 4806/2008.....	
▪ Resolución 18621/2007.....	
▪ Resolución 19133/2007.....	
▪ Resolución 400/1999.....	
▪ Resolución 7800/2003.....	

▪ Legislación específica para cada caso.....	31
Funcionamiento de la APE y modalidad de presentación de expedientes.....	32
Solicitud de apoyo financiero.....	
▪ Carga en el aplicativo SI-APE.....	
▪ Documentación General para la presentación del expediente a la APE.....	
▪ Doc. específica según patología para la presentación del expediente a la APE.....	
Recorrido del expediente desde su confección hasta su cobro.....	44
Conclusión.....	47
Bibliografía.....	48

Prefacio

El presente estudio pretende describir de manera sencilla la creación, los recursos y el objetivo de la Administración de Programas Especiales (APE), incluyendo los fundamentos de su creación, estructura, procedimientos, patologías cubiertas y la redistribución del Fondo Solidario de Redistribución a las obras sociales a través de ella.

Creación y estructura de la Administración de Programas Especiales

La Administración de Programas Especiales se crea a través del Decreto 53/98 el 15 de Enero de 1998, se crea como organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional en jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social, la Secretaria de Política y Regulación de Salud y la Subsecretaria de Regulación y Fiscalización con personalidad jurídica propia y con un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera.

La APE está a cargo de un Gerente General designado por el Poder Ejecutivo Nacional a propuesta del Ministerio de Salud y Acción Social, el mismo ejercerá su representación legal y será asistido por dos Subgerentes que podrán reemplazarlo en caso de ausencia o impedimento, los mismos serán designados por el Ministerio de Salud y Acción Social y permanecerán en sus funciones por el término de cuatro años.

“Serán atribuciones del Gerente General de la Administración de Programas Especiales”:

- a) Dictar el reglamento interno del organismo.
- b) Elaborar el anteproyecto anual del Presupuesto del organismo y elevarlo a las autoridades pertinente
- c) Proponer el proyecto de estructura organizativa del

organismo.

d) Planificar la

programación de sus actividades.

e) Elevar a las autoridades correspondientes la Memoria Anual del organismo, acompañada de un informe de la gestión contable, financiera y patrimonial al finalizar cada ejercicio presupuestario.

f) Administrar los recursos humanos, físicos, económicos y financieros que se le asignen.

g) Designar, evaluar, contratar, asignar funciones, promover y remover a los agentes del organismo de acuerdo a las normas vigentes."

La Superintendencia de Servicios de Salud transferirá a la APE al personal que resulte necesario para su correcto funcionamiento.

La APE cuenta con una **Gerencia de Prestaciones** y una **Gerencia de Control de Gestión**;

La Gerencia de Prestaciones debe:

- Instrumentar la implementación y la administración de los recursos afectados a los planes y programas de salud provenientes del Fondo Solidario de Redistribución y otras fuentes alternativas de financiación, destinados a los beneficios del Sistema conforme a la Ley 23.661.
- Elaborar y diseñar normas de otorgamiento de subsidios y programas especiales, reprogramar los ya existentes.

- Confeccionar el presupuesto previsto para cada programa, de acuerdo a la utilización esperada.
- Garantizar el acceso a las prácticas de alta complejidad a los beneficiarios del Sistema Nacional de Obras Sociales.
- Entender en la determinación de las prestaciones e insumos que integren los programas especiales, determinando su costo y fijando valores de referencia en función de los precios que cotizan en el mercado.
- Determinar los procedimientos e instrumentos administrativos para acceder a los subsidios y para efectuar la correspondiente rendición de cuentas.
- Garantizar el cumplimiento de la Ley 24.455.

La Gerencia de Control de Gestión tiene como responsabilidad primaria administrar y verificar desde su inicio, los requisitos a reunir por los subsidios, previo a la intervención de la Gerencia de Prestaciones. Realizar tareas, registros y controles económicos financieros.

A su vez debe:

- Receptar la solicitud de los subsidios.
- Verificar que la documentación aportada cumpla con las normas administrativas dictadas por el organismo.

- Verificar que el beneficiario que requiere la prestación o el insumo solicitado a ser subsidiado se encuentre en los padrones correspondientes al Agente del Seguro solicitante.
- Determinar los instrumentos administrativos necesarios para acceder a los subsidios, con mecanismos que procuren celeridad y transparencia a los otorgamientos.
- Enviar a la Gerencia de Prestaciones las solicitudes una vez verificadas.
- Realizar todas las registraciones contables inherentes a los movimientos de los fondos administrados.
- Entregar el monto solicitado al Agente del Seguro una vez aprobado el subsidio.
- Realizar el control de la ejecución de los subsidios otorgados.

Según lo establecido por el Decreto 1215/99 el 22 de Octubre de 1999 se sustituyeron varios artículos del Decreto N°53/98, entre los cuales se encuentran:

- El artículo 3° donde se modifica lo siguiente: El artículo 3° del Decreto N° 53/98 por el siguiente: “La dirección y administración de la Administración de Programas Especiales estará a cargo de un directorio integrado por 8 miembros, los que serán designados por el Poder Ejecutivo Nacional.

De los 8 miembros, 3 lo serán en representación del Estado Nacional, 4 representarán a los trabajadores organizados, a propuesta de la Confederación General del trabajo y 1 en representación del sector empresario.

Los miembros del Directorio, elegirán entre ellos, al Director que ejercerá la Presidencia del organismo.

Los cargos del Directorio serán desempeñados con carácter “ad honorem”.

Los integrantes del Directorio durarán 4 años en sus funciones y podrán ser nuevamente designados por otros períodos iguales consecutivos.

- El artículo 6° del Decreto N° 53/98, por el siguiente: “Serán atribuciones del Directorio de la Administración de Programas Especiales:
 - a) Dictar el reglamento del organismo
 - b) Elaborar el presupuesto anual del organismo.
 - c) Proponer su estructura orgánico–funcional y la dotación de personal. Los agentes que revistan actualmente en el Organismo mantendrán los respectivos niveles, grados y adicionales alcanzados a la fecha del dictado del presente decreto.
 - d) Redactar la Memoria Anual del Organismo y confeccionar el balance general acompañado de un informe de la gestión contable, financiera y patrimonial al finalizar cada ejercicio presupuestario.

- e) Designar, evaluar, contratar, asignar funciones, promover y remover a los gerentes del organismo de acuerdo a las normas vigentes.
- f) Administrar los recursos humanos, físicos, económicos y financieros que se le asignen.”

- El artículo 4° del Decreto N° 53/98, por el siguiente: La fiscalización y control de la Administración de Programas Especiales se efectuará de acuerdo a lo previsto en la Ley N° 24.156.
- El artículo 5° del Decreto N° 53/98, por el siguiente: La Administración Federal de Ingresos Públicos se encuentra facultada para recaudar, por cuenta y orden de las obras sociales, los aportes y contribuciones establecidos en el artículo 16 de la Ley N° 23.660 y sus modificatorias y los recursos del Fondo Solidario de Redistribución por cuenta y orden de la Administración de Programas Especiales. La APE ejercerá las facultades de fiscalización y ejecución judicial correspondientes a los ingresos del Fondo Solidario de Redistribución, aplicándose para su percepción las disposiciones de la Ley N° 18.820.
- El artículo 8° del Decreto N° 53/98, por el siguiente: De los recursos del Fondo Solidario de Redistribución se destinarán, anualmente, 8 millones de pesos (\$ 8.000.000) a la Administración de Programas Especiales, los que serán

transferidos en forma mensual y proporcional, para atender sus gastos administrativos y de funcionamiento.

Según lo establecido por el Decreto 64/00 el 18 de Enero del 2000:

- El artículo 1º: Derogase el Decreto N° 1215 del 22 de octubre de 1999 y restablécese la vigencia del Decreto N° 53 del 15 de enero de 1998.
- El artículo 2º: Sustitúyase el artículo 4º del Decreto N° 53/98 por el siguiente: "El Gerente General será designado por el Poder Ejecutivo Nacional a propuesta del Ministerio de Salud y los dos (2) Gerentes, uno (1) por el Ministerio de Salud y otro por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Formación de Recursos Humanos.

Objetivo de la APE

Su función es realizar una compensación económica dentro del sistema con aportes provenientes de sus mismos integrantes que atiende a patologías de alto costo como así también a las patologías crónicas que demandan cobertura prolongada no implicando un alto costo.

Para poder llevar a cabo la tarea la APE y la Obras Sociales se rigen bajo las resoluciones establecidas para cada patología. La modalidad para satisfacer los pedidos de reconocimiento económico por parte de los Agentes de Seguro de Salud a la Administración será a través de reintegros y no a través de subsidios como lo fue en la antigüedad y el otorgamiento de la financiación de las prestaciones será según lo establecido en la resolución correspondiente para cada patología.

Según lo establecido por el Decreto 1215/99 el 22 de Octubre de 1999 se sustituyeron varios artículos del Decreto N°53/98, se detallan los modificados:

El artículo 2° del Decreto N° 53/98 por el siguiente: **“La Administración de Programas Especiales tendrá por objeto la administración de los recursos correspondientes al Fondo Solidario de Redistribución creado por el artículo 22 de la Ley N°**

23.661, de conformidad con el artículo 24 de la Ley citada y lo dispuesto por el artículo 24 de la Reglamentación aprobada por el Decreto N° 576/93 y sus modificatorios, manteniéndose el mecanismo de distribución automática fijado por el Decreto N° 492/95 y la aplicación de dichos recursos a los planes y programas de salud que correspondan a los beneficiarios del Sistema, de acuerdo a lo que establece el artículo 24, inciso b) de la mencionada Ley”.

Recursos de la APE

El Organismo se financia con recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución que fue creado por la Ley N° 23.661, es administrado por la Superintendencia de Servicios de Salud, derivando a la APE los fondos necesarios para dar cumplimiento a los reintegros.

El Fondo Solidario de Redistribución se constituye mediante aportes y contribuciones sobre la nomina salarial del universo de los trabajadores comprendidos en el Sistema de Obras Sociales que rige la Ley N° 23.660 según lo establecido por el Artículo 90 de la Ley N° 25.725.

Las Obras Sociales reciben un porcentaje por cada beneficiario que va a depender de la remuneración percibida como así mismo de la categoría laboral a la que pertenece. El 10 o 15% de las Obras Sociales Sindicales y el 15 o 20% de las Obras Sociales de Dirección son retenidos y se depositan en el Fondo Solidario de Redistribución para atender y equiparar la compensación automática a aquellas Obras Sociales que no alcanzan un monto mínimo de ingreso por beneficiario y al pago del apoyo financiero a los Agentes del Seguro de Salud por prestaciones de alta complejidad o las de patologías crónicas prolongadas en el tiempo.

Obras Sociales alcanzadas y las excluidas por la cobertura de la APE

Es importante aclarar las entidades que pueden solicitar apoyo financiero a la APE, según la legislación vigente se encuentra dentro de la esfera de cobertura de la Administración los siguientes Agentes de Salud:

- Obras Sociales Sindicales.
- Obras Sociales de Origen Estatal.
- Obras Sociales por convenios de empresas.
- Obras Sociales del Personal de Dirección y Empresarios.
- Mutuales Adheridos al sistema.
- Asociaciones de Obras Sociales.

Las entidades que se encuentran fuera de la cobertura son:

- Las Obras Sociales Provinciales no Adheridas al Sistema.
- Las Obras Sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad.
- Las Obras Sociales de las Universidades Nacionales.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

- Las Empresas de Medicina Prepaga.
- Mutuales no adheridas al Sistema.

Marco normativo, legislación y prestaciones cubiertas por APE

Resolución 500/2004

Resolución madre de la Administración de Programas Especiales: “Características, normas y requisitos que deben cumplir los Agentes del Seguro para su reintegro”.

Según lo establecido por la Resolución 500/2004 el 27 de Enero del 2004:

- Se derogan las Resoluciones N° 001/98 – APE, N° 3502/99 – APE, N° 661/00 – APE, N° 3430/00, N° 5822/00 – APE, N° 239/02 – APE, N° 1001/03 – APE y 1400/03 – APE.
- Se establece el nuevo Programa de Cobertura de Prestaciones Médico Asistenciales a través del cual esta Administración de

Programas Especiales otorgará apoyo financiero para el pago de las prestaciones médicas, prótesis, órtesis, medicación y material descartable que taxativamente se establecen en los Anexos III, IV, V y VI que forman parte de la presente.

- Los Agentes del Seguro de Salud que requieran un apoyo financiero de esta Administración de Programas Especiales, deberán ajustar su solicitud a las normas, requisitos y condiciones que se aprueban como Anexo I, II y VII de la presente Resolución y su otorgamiento se efectuará con arreglo a las disponibilidades presupuestarias, económicas y financieras, y a las normas que en el futuro se dicten.
- Se mantiene la vigencia de la Resolución N° 155/02 – APE en relación a los plazos y condiciones que establece para la presentación de apoyos financieros.
- En el plazo de 90 días corridos Los Agentes del Seguro deberán suscribir un convenio con esta Administración de Programas Especiales a fin de implementar el Sistema de Comunicación Electrónica de Notificaciones, con el fin de agilizar los procedimientos administrativos vigentes.

En esta Resolución se determinan los requisitos para las solicitudes de apoyo financiero para prestaciones médico asistenciales:

- Cada solicitud de reintegro deberá ser presentada por escrito mediante nota dirigida a la máxima autoridad del Organismo, suscripta por el representante legal de la entidad solicitante, certificada su firma por institución bancaria o escribano público, excepto que la misma se halle registrada en el Registro de Autoridades y Representantes Legales creado por la Resolución N° 9486/03-APE.
- La solicitud deberá iniciarse con las siguientes declaraciones expresas de aceptación, formuladas por el Agente del Seguro de Salud solicitante:
El Agente de Salud solicitante reconoce que:
 - El apoyo financiero petitionado no es obligatorio para la Administración de Programas Especiales, la denegatoria o concesión parcial en ningún caso generará derecho alguno en favor del Agente de Salud solicitante.
 - Es el único obligado frente al beneficiario.
 - Asume la obligación de presentarse ante toda acción judicial que se inicie contra la Administración de Programas Especiales por motivo del pedido de apoyo financiero.
 - 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 Administración de Programas Especiales y/o sus diversas áreas, sin ninguna excepción.

– Deberá aportar la siguiente información para poder dar inicio a las solicitudes de apoyo financiero:

1. Nombre y apellido del paciente, edad, domicilio, tipo y número de documento de identidad, fecha de nacimiento, nacionalidad y estado civil.
2. Número y tipo de beneficiario.
3. Nombre completo y siglas de la Obra Social y número de inscripción en el Registro Nacional de Obras Sociales.

4. Diagnóstico, tratamiento y/o intervención quirúrgica que debe efectuarse al paciente, y evaluación de la auditoría médica del Agente de Salud solicitante avalando la necesidad del mismo, la que deberá estar fundada en la Historia Clínica del paciente realizada por el médico tratante.
5. Carácter del apoyo financiero solicitado (Reintegro).
6. Monto solicitado expresado en moneda de curso legal. En el supuesto del apartado IV del presente Anexo, se convertirá el valor de la moneda de origen a pesos, según la cotización tipo vendedor del Banco Nación especificando la fecha de la conversión respectiva.
7. 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. 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.

- Se adjuntarán a la solicitud de apoyo financiero, hasta tres (3) presupuestos en original de prestadores o proveedores acreditados de plaza y que se encuentren inscriptos en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud, en caso que este último requisito sea exigible. Los presupuestos deberán estar confeccionados en moneda de curso legal, o en la moneda de origen para el caso de productos extranjeros.
- La Gerencia de Prestaciones dispondrá el valor máximo del apoyo financiero conforme a los presupuestos presentados, sus estimaciones propias y/o de mercado y las disponibilidades presupuestarias del Organismo.
- La presentación de la solicitud del apoyo financiero con la documentación que lo sustente, se presentará por la Mesa de Entradas, Salidas y Archivo de la Administración de Programas Especiales, la que procederá a verificar la documentación presentada sin evaluar su contenido, otorgándole número de expediente o, en su defecto, devolverá el trámite con el requerimiento de los faltantes.
- 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 reiterará el pedido, otorgándose otros sesenta (60) días. En caso de no obtenerse respuesta a esta segunda instancia, se entenderá por desistida la petición, procediéndose a la caducidad del

trámite, mediante acto resolutivo de la Administración de Programas Especiales.

- La notificación del otorgamiento se efectuará en forma fehaciente al Agente de Salud. El Agente de Salud que autorice a un mandatario a recibir las notificaciones, deberá cumplimentar los requisitos establecidos en la Resolución N° 9486/03 – APE. La liquidación y pago del reintegro se practicará por medio del procedimiento establecido en la normativa vigente

Normas Generales

Los Agentes del Seguro de Salud, cuando requieran apoyo financiero con arreglo a la presente resolución, deberán cumplimentar las normas generales detalladas a continuación:

- Historia Clínica: El Agente del Seguro de Salud deberá presentar en cada solicitud, historia clínica del paciente confeccionada por el médico tratante, con indicación expresa de la práctica a realizar, debiendo estar auditada por el médico de Agente del Seguro de Salud, el que autorizará la realización de la misma.

En caso de pacientes crónicos que demanden un tratamiento prolongado en el tiempo, el Agente de Salud deberá presentar la historia clínica completa en la primera presentación que realice. En las posteriores presentaciones para el mismo paciente beneficiario, deberá indicar el

Expediente donde se encuentra la historia clínica completa, debiendo adjuntar sólo las actualizaciones de la misma.

- Auditoría: En todos los casos, la Administración de Programas Especiales se reserva el derecho de auditar, en sede o en terreno, las prestaciones efectuadas.
- Valores de la prestación: La Administración de Programas Especiales financiará las prácticas, prótesis/órtesis, medicamentos y transplantes hasta el monto máximo que establezca la Gerencia de Prestaciones del Organismo. Los valores que los Agentes de Seguro reciban como subsidio por las prácticas que estos efectúen tendrán carácter global y comprenderán los honorarios, gastos, insumos (material descartable y medicamentos) estudios de laboratorio, diagnóstico por imágenes y cualquier otro procedimiento que esté incluido en la práctica, representando dichos valores el 100% del gasto de la práctica, y no se contemplará reclamo alguno por elementos adicionales a los fijados en el monto global.
- Registro de prestadores: Todos los prestadores que ofrezcan sus servicios a los Agentes 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, salvo que dicha

inscripción no sea obligatoria para el prestador y/o proveedor. no se dará curso a solicitudes en los que el prestador o prestadores no cumplimenten este requisito.

- Monto a cargo del Agente del Seguro: Los apoyos financieros que se otorguen para dar cobertura a las prestaciones contempladas en los Anexos III y IV de la presente, cubrirán aquella parte del valor que supere el veinte por ciento (20%) del monto acordado por la Gerencia de Prestaciones de este Organismo, hasta un límite máximo de tres mil pesos (\$ 3.000.-), sean los prestadores públicos o privados, debiendo el Agente del Seguro atender con sus propios recursos las sumas que no excedan el monto indicado o bien hasta ese monto, cuando los valores sean superiores.
- Informe de Auditoría Médica: El Informe de Auditoría Médica de las prestaciones será efectuado por el Agente del Seguro al que pertenezca el beneficiario de acuerdo con los procedimientos que tenga implementados, pudiendo esta Administración supervisarlos por intermedio de sus profesionales o disponer que estos también la efectúen.
- Cumplimientos de normativas: Los Agentes del Seguro que soliciten apoyos financieros en las condiciones que fija la

presente resolución, deberán cumplir estrictamente con las normas de otorgamiento.

- Conocimiento de la presente Resolución: Todos los prestadores que brinden prestaciones que se recuperan a través de la APE deben tener por conocida y aceptada la presente resolución y sus anexos, debiendo prestar total colaboración, sin oposición, a la realización de las auditorías, y brindar información a los efectos de poder llevar a cabo estadísticas de evaluación de los beneficiarios que realice el Agente del Seguro, de lo contrario se verá sancionado.
- Cesión de derecho de cobro: El Agente de Salud podrá solicitar que se efectúen pagos directos a prestadores y/o proveedores por su cuenta y orden, asumiéndolos como propios. Para el caso que el Agente de Salud solicitante decida ceder sus derechos a un prestador o proveedor sobre posibles futuros créditos que pudiere tener a su favor por los subsidios solicitados ante esta Administración de Programas Especiales, se compromete a cumplir los requisitos y condiciones establecidos en la Resolución N° 9486/03 – APE.

Resolución 310/2004

Define los porcentajes a cubrir sobre medicamentos por los Agentes de Seguro de Salud, los fármacos de cobertura eventual, los medicamentos respaldados por la APE.

Resolución 5500/2006

Detalla los requisitos para presentar los troqueles y/o stickers en los expedientes presentados Ante la APE:

Cada troquel a presentar deberá contener: nombre del medicamento, presentación (capsulas, comprimidos, etc.), número de identificación del producto, código de barras, los troqueles y/o stickers en original deberán presentarse en hoja oficio, indicando número y letra la cantidad presentada, señalizados con microfibra indeleble y cubriendo los mismos con cinta adhesiva transparente para su inutilización rubricada por el Médico Auditor del Agente del Seguro de Salud.

Resolución 4806/2008

Establece que las solicitudes de apoyo financiero deberán ser presentadas con carácter de reintegro.

- Las presentaciones serán semestrales (excepto hemofilia y otros según la resol. 22769/2008).
- El régimen propuesto eliminará el trámite de la rendición de cuentas que tantos problemas ha llevado a los agentes de del Seguro de Salud al no poder conseguir la documentación contable de parte de algunos efectores sanitarios infieles.
- Las solicitudes deberán contener todos los requisitos exigidos por la Resolución N°500/04, sus modificatorias y ampliatorias. En primera solicitud por el semestre se acompañará, además la documentación exigida por la Resolución N° 7800/03
- Exceptuase el trámite calificado por riesgo de muerte de conformidad con la Resolución N° 154/02–APE.

Resolución 18621/2007–APE–Crease el Plan de Reintegro para la Atención del Nacimiento.

La alta de la tasa de natalidad de algunos Agentes del Seguro de Salud hace conveniente poner en marcha un plan de ayuda que

alivie las implicancias que demanda la gran cantidad de nacimientos.

En este caso se puede realizar una presentación colectiva, esto quiere decir que en un mismo expediente admitirán hasta de 50 nacimientos.

Resolución 19.133/2007

A efectos de poder acceder al reintegro que se reconoce por la Resolución N°18.621/07-APE, los Agentes del Seguro de Salud deberán presentar para

cada uno de los beneficiarios, además de la documentación exigida en dicho cuerpo normativo: el control del embarazo y el control al recién nacido, partida o certificado de nacimiento del recién nacido, en caso de que la prestación haya sido incluida en una factura global deberá incluirse un detalle con el nombre del beneficiario y prestación realizada, el mismo deberá estar firmado por el contador y Auditor Medico del Agente de Seguro de Salud.

Resolución 400/99 y sus modificatorias-Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad

Establece los distintos módulos, aranceles y documentación necesaria para el recupero de las prestaciones brindadas a las personas discapacitadas cubiertas por el Agente de Seguro de Salud.

La presente Resolución fue modificada por otras Resoluciones y los valores de los módulos han sido modificados por última vez con la **Resolución 24.100/2011** con vigencia a partir del 1 de Agosto del 2011.

	Categoría A	Categoría B	Categoría C
Hogar Permanente con Pre-primaria	7.719,20	6.482,62	4.942,25
Hogar Permanente con Primaria	7.719,20	6.482,62	4.942,25
Hogar Permanente con Formación Laboral	8.147,39	6.838,23	5.209,75
Hogar Lunes a Viernes con Pre-primaria	6.174,75	5.188,94	4.031,30
Hogar Lunes a Viernes con Primaria	6.174,75	5.188,94	4.031,30
Hogar Lunes a Viernes con Formación Laboral	6.278,30	5.274,49	4.015,06
Residencia Lunes a Viernes	3.891,21	3.234,09	2.988,90
Residencia Permanente	4.814,71	4.043,75	3.738,41
Pequeño Hogar Lunes a Viernes	3.863,28	3.248,04	2.988,90
Pequeño Hogar	4.765,60	3.817,08	3.738,41

Permanente			
Escolaridad Pre-primaria Jornada Simple	3.049,02	2.755,14	2.099,29
Escolaridad Pre-primaria Jornada Doble	4.788,44	4.022,44	3.063,00
Escolaridad Primaria Jornada Simple	3.279,02	2.755,14	2.099,29
Escolaridad Primaria Jornada Doble	4.788,44	4.022,44	3.063,00
Escolaridad Formación Laboral Jornada Simple	3.284,84	2.761,99	2.100,56
Escolaridad Formación Laboral Jornada Doble	4.737,67	3.983,34	3.035,09
Hogar Lunes a Viernes con Centro de Ed. Terapéutica	7.097,37	5.959,02	4.543,25
Hogar Lunes a Viernes con Centro de Día	6.440,24	5.408,48	4.312,04
Centro de Día – Jornada Simple	3.274,19	2.755,14	2.099,29
Centro de Día – Jornada Doble	4.920,42	4.132,58	3.146,78
Centro de Educación	3.775,47	3.169,10	2.419,85

Terapéutica – Jornada Simple			
Centro de Educación Terapéutica – Jornada Doble	5.366,85	4.506,19	3.437,38
Hogar – Lunes a Viernes	4.464,56	3.752,38	2.988,90
Hogar – Permanente	5.598,35	4.700,61	3.738,41
Hogar – Permanente con Centro de Día	7.907,02	6.644,06	5.056,96
Hogar – Permanente con Centro de Educación Terapéutica	8.748,91	7.351,69	5.681,60
	MENSUAL	HORA	
Estimulación Temprana	1.415,78	92,64	
Prestaciones de Apoyo	92,64		
Módulo de Apoyo a la Integración Escolar	2.360,47	92,64	
	SEMANAL		
Rehabilitación – Módulo Integral Intensivo	462,94		
Rehabilitación – Módulo Integral Simple	277,40		

	MENSUAL		
Rehabilitación - Hospital de Día Jornada Simple	2.775,94		
Rehabilitación - Hospital de Día Jornada Doble	3.886,41		
Rehabilitación - Internación	11.104,07		
	DIARIA		
Alimentación	20,44		
	KILOMETRO		
Transporte	3,31		

Resolución N° 7800/2003: Requisitos de presentación

Legislación específica:

- **Transplantes:** Res. 12186/2006
- **HIV:** Res. N° 3000/2005, 2500 y 3070/2006, al igual que en el caso de los nacimientos puede tratarse de una presentación colectiva donde se admitirán hasta 10 solicitudes por expediente.
- **Hemofilia:** Res. 2048/03,9500/05,5000 y 12184/06
- **Prótesis de rodilla:** Res. 3535/2006.
- **Implantes Cocleares:** Res. 1276/2002.
- **Hepatitis C. Interferon:** Res. 350/2006.
- **Riesgo de muerte, subsidio:** Res. 154/2002.
- **Stents liberadores indicaciones:** 1991/2005.
- **Programa de Salud Renal:** Res. 11300/2004.
- **Cobertura del Chagas por las OSS:** Res. 9494/2006.

Funcionamiento de la APE y modalidad de presentación de expedientes

Solicitud de apoyo financiero

La modalidad de satisfacer los pedidos de apoyo económico de los Agentes del Seguro de Salud se realizan a través de reintegro (anteriormente también se realizaba mediante subsidios) y el trámite de otorgamiento de la financiación de la prestación es según la Resolución de APE que corresponda a la patología a reintegrar.

Los reintegros pueden ser de patologías cubiertas en las resoluciones establecidas, así como también de prestaciones médicas, medicación, etc. que implican un alto costo que no se encuentran cubiertas, en estos casos en los que no están contemplados por ninguna resolución se pide a través de lo que se denomina pedido de *vía de excepción*.

El Agente de Seguro de Salud debe presentar al momento de la solicitud del reintegro documentación básica, que se conforma

de documentación común a todos los casos y otra específica según la patología.

Carga en el aplicativo SI-APE

Cada Obra Social cuenta con una clave única y exclusiva para ingresar a la página de la APE : www.ape.gov.ar . Allí se descarga el aplicativo del SI-APE para la carga de la documentación del expediente a presentar.

Para la carga es indispensable contar con los datos personales del beneficiario al cual se le brinda la prestación, de la afiliación, en caso de no ser titular también con la del mismo, datos de la prestación, período, presupuestos, remitos y facturas.

Luego de la carga en dicha página se obtiene: nota de solicitud del expediente, resumen de contenido de solicitudes con el detalle de conceptos y el certificado de afiliación que deberá ser firmado por la autoridad máxima de la Obra Social y certificada por la autoridad bancaria autorizada para la función. Finalizada la carga se deben registrar los datos en un diskette que se adjuntará a la documentación presentada.



Documentación General para la presentación del expediente al APE:

- Las 2 carátulas: Alta de solicitud y certificación de afiliación que se obtienen luego de la carga de la documentación en el Aplicativo SI-APE firmada por la Autoridad máxima del Agente del Seguro de Salud y certificada por la autoridad bancaria, cuadro apaisado que se obtiene de la carga.
- Constancia de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o Codem del ANSES.
- Copia de DNI, último recibo de sueldo (relación de dependencia) o 6 últimos recibos de pago (monotributista) y copia de la credencial afiliatoria.

- Indicación médica detallando la prestación, medicación u prótesis brindada al beneficiario
- Indicación médica detallando período de cobertura o procedimiento a realizar.
- Anexo correspondiente.
- Resumen de Historia Clínica con estudios que avalen lo solicitado.
- Factura/s.
- Remito/s.
- Recibo/s
- Relación de comprobantes.

Documentación específica según patología para la presentación del expediente a la APE:

Medicación:

- Planilla de troqueles (según normativa vigente).
- Nota de conformidad con firma del beneficiario.
- Indicación médica con nombre genérico de la droga, presentación, dosificación diaria, semanal, mensual y semestral.

- Presupuestos.
- Anexo IV
- Relación de comprobantes, firmada por el Auditor del Agente del Seguro de Salud y su autoridad máxima.

Patologías:

- Hormona de Crecimiento: Sme. Turner y Prader Willi, estudio de hormona de nivel sérico, estudio genético, tabla de crecimiento pondoestatural, estudio que determine la edad ósea. En la enfermedad de Gaucher se debe presentar los resultados de laboratorio, informe de Rx, confirmación de la patología por biopsia hepática y dosaje enzimático.
- Esclerosis múltiple, HC, diagnostico (forma clínica), informe de RMN donde se evidencien lesiones compatibles.
- Esclerosis lateral, se solicita lo mismo que para la múltiple pero además se debe contar con la documentación donde figure el estado evolutivo actual del paciente y el informe de capacidad vital forzada mayor al 60%.
- Hepatitis crónica, debe presentarse el resultado de la biopsia hepática, carga viral y tipificación del virus por única vez (anexo III), en los subsiguientes el informe de la variación de la carga viral

- Factores estimulantes de colonias granulocitas, debe presentarse análisis bioquímicos que demuestren neutropenia severa.
- Enfermedad de Fabry, debe presentarse historia clínica con peso del paciente, informe de estudios de diagnóstico donde demuestren lesión cardiológica, neurológica, dermatológica o nefrológica.
- Factor de Coagulación VIIa Recombinante, Eptacog alfa (activado) en el tratamiento a demanda de la hemofilia: Copia del resultado del dosaje del inhibidor circulante, peso del paciente, indicación médica con medida de UI (Mg) por peso y tipo de protocolo utilizado: estándar, doble estándar o alto.
- Factores de Coagulación para Pacientes bajo Tratamiento Profiláctico de la Hemofilia: Certificado de que hicieron el curso de cómo actuar en caso de hemorragia emitido por el Instituto de Hemofilia, anexo IV especial para hemofilia (verificación de aplicaciones a domicilio) con firma de auditoría y responsable asistencial y anexo III, que es el de ingreso al programa

Pretransplante–Transplantes–Criopreservación: Ante este tipo de prácticas los Agentes de Salud deberán tener especialmente en cuenta que :

- Los prestadores, sean públicos o privados, deberán estar habilitados por el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI).- La APE reconocerá el reintegro de gastos correspondientes al módulo de pretransplante en forma independiente del trámite de transplante.
- El importe por la procuración del Órgano será solicitado por el INCUCAI, u Organismo Regional, o Jurisdiccional, en caso de ser uno de éstos el actuante, y abonado al mismo por Tesorería de la APE de acuerdo a los valores establecidos en la Resolución N° 31 /97- INCUCAI. Cuando la procuración haya sido efectuada por un prestador distinto de los mencionados, la solicitud será incorporada por el Agente del Seguro al mismo expediente de la solicitud de transplante, y será abonada al Agente del Seguro.
- Se reconocerá un sólo estudio pretransplante por paciente y la solicitud deberá efectuarse por expediente aparte del correspondiente a la solicitud de cobertura del transplante.
- No se subsidiarán prácticas de transplantes en el exterior. La necesidad de la excepción, de corresponder, será evaluada por la Gerencia de Prestaciones de la Administración de Programas Especiales para cada caso particular.
- Para los supuestos en que habiéndose efectuado las prácticas de pretransplante y se hubiere producido el deceso del beneficiario, se admitirá la solicitud de cobertura por el módulo

citado, debiéndose acompañar a la petición el certificado de defunción, constancia de los estudios y/o prácticas realizadas e inscripción en el Sistema Nacional de Información de Procuración y Transplante de la República Argentina (SINTRA).

Pretransplante

- Estudios que certifiquen la necesidad de transplante y la compatibilidad con el órgano, análisis, biopsia
- Procuración del órgano
- Certificado de espera oficial por el INCUCAI.
- Anexo VIII firmado por el Auditor Medico del Agente de Seguro o del Prestador que brinda la prestación.
- Criopreservación del órgano
- Documentación de resultados de estudios, HC, epicrisis.

Transplante

- Certificado del INCUCAI.
- Anexo VIII firmado por el Auditor Médico del Agente de Seguro o del Prestador que brinda la prestación.
- Protocolo quirúrgico.
- Certificado de implante / certificado de ablación.

- En caso de fallecimiento debe presentarse el certificado de defunción.
- Módulo, anexo V.
- En caso de que el órgano haya sufrido algún daño en el traslado, si es aéreo se encarga el INCUCAI de presentar al APE porque el traslado es exclusivo del Ministerio de Salud por órgano perfundido.
- En el anexo III figuran los transplantes recuperables por la APE.

Prótesis

- Pedido médico con la indicación de la cirugía y por otro lado en de la prótesis.
- Anexo VII o X, según corresponda.

Drogadependencia

De acuerdo al estadio, en la resolución 500/2004 se detalla el modulo.

- Para lo que es internación se debe tener la indicación de la internación emitida por un médico psiquiatra o toxicólogo, informe de desintoxicación.
- Anexo VI para drogadependencia.
- Indicación médica con droga consumida.

- Informes evolutivos.
- Habilitación del centro por el Ministerio de Salud, constancia del Registro Nacional de prestadores y constancia de CUIT o AFIP.

HIV

- Denuncia del programa de HIV firmada por el infectólogo y firmada por el Ministerio de Salud.
- Indicación médica con tratamiento medicamentoso con tiempo estimado hasta el semestre entero puede estar indicado.
- Estudios: Carga Viral, CD4, Estudio de genotipificación.
- En caso de tratarse de un modulo 6 se debe adjuntarla planilla de adherencia/ Anexo III
- Anexo V para HIV.

Nacimientos

- Anexo de la atención del nacimiento y del recién nacido
- Tríptico firmado por la afiliada.
- Certificado de nacimiento emitido por el registro civil.

Discapacidad

- Certificado de discapacidad en vigencia durante el periodo a recuperar.
- Anexo IV, declaración jurada de discapacidad firmada por el Auditor Medico del Agente del Seguro de Salud.
- Plan de tratamiento.
- Informe evolutivo.
- Título habilitante, RNP.
- Proyecto institucional.

- Certificado de alumno regular.

En caso de utilizar transporte:

- Anexo IV (en caso de transporte)
- Solicitud y planilla de transporte con datos personales del afiliado, diagnóstico, deficiencia, justificación médica y firma del auditor.
- Presupuesto con recorrido exacto, cantidad de km diario, semanal y mensual. Con el valor de km unitario y total mensual.
- Seguro de transporte.
- Habilitación para poder trasladar personas.

- Licencia de conducir

Implante coclear

- Pretransplante: Estudios audiológicos: otoemisiones acústicas, BERA, audiometría tonal, timpanometria, logaudiometria y selección de audífonos.
- Transplante: certificado de implante.
- Pretransplante: Calibración del implante.

Recorrido del expediente desde su confección hasta su cobro

Solicitudes por Resolución

- Carga en el SI-APE.
- Ingreso a la APE por mesa de entradas .
- Gerencia de prestaciones, en caso de notificación por falta de documentación o por algún otro motivo se puede visualizar la misma en la página de APE o se retira personalmente en sus oficinas.
- Rendición de cuentas, controlan las facturas, los recibos y relación de comprobantes. Pueden notificar el expediente.
- Asesoría jurídica.
- Administrativo contable, se vuelve a realizar el control sobre las facturas, los recibos y relación de comprobantes.
- Leyes (Providencia), dan la orden y dictaminan el pago del expediente.
- Mesa de entradas.
- Archivo.

Solicitudes por medio de vías de excepción

Ante una prestación de alto el Agente de Seguro de Salud puede solicitar ayuda económica a la APE, se realiza mediante una nota dirigida a la autoridad máxima de la Administración y firmada por Auditor Médico del Agente de Seguro de Salud detallando tipo de prestación con toda la documentación respaldatoria y el importe que originó la misma.

Una vez presentada la solicitud se da alta a la nota y se debe aguardar a su aprobación o rechazo. En caso de aprobación, se notifica al Agente de Seguros de Salud y se puede presentar toda la documentación del expediente para luego continuar con el curso como los expedientes con recupero por Resolución.

Notificaciones

Se producen por falta de documentación en el expediente las pueden realizar tanto en el sector de Rendición de Cuentas o en la Gerencia de Prestaciones, el Agente de Seguro de Salud es informado de la misma y tiene un plazo para realizar la respuesta a la misma.

Pedido de desarchivo:

Puede solicitarse el pedido de desarchivo de un expediente a través de una nota, firmada por el Auditor del Agente de Seguro de Salud, elevada a la autoridad máxima de la Administración.

Desglose:

Se solicita para el recupero de documentación, la nota debe estar firmada por el Auditor del Agente de Seguro de Salud.

Prórroga:

En caso de no cumplir con los plazos estipulados puede solicitarse la misma mediante una nota que debe estar firmada por el Auditor del Agente de Seguro de Salud.

Conclusión

Según lo detallado en este trabajo se puede ver claramente que las Obras Sociales están obligadas a cubrir las prestaciones que se recuperan a través de la Administración de Programas Especiales pero esta puede no realizar el reintegro correspondiente a pesar de que la documentación haya sido presentada en tiempo y forma según lo establecen las resoluciones mencionadas anteriormente. Ahora bien es esto correcto teniendo en cuenta que la distribución del Fondo Solidario de Redistribución tendría que ser equitativa e igualitaria para todas las Obras Sociales, entonces nos podríamos preguntar: ¿qué criterio toma la APE para no realizar el reintegro?.

Una solución a implementar ante esta problemática podría ser que la APE establezca un tope de reintegros a otorgar a cada Obra Social para poder hacer la distribución equitativa ante los pedidos realizados por las mismas según patología y según vía de solicitud tanto sea por resolución o por vía de excepción.

También es importante destacar el alivio económico que produce el reintegro de las prestaciones alcanzadas por el recupero APE y la importancia que implica para las Obras Sociales en cuanto a la organización de su estructura para poder recabar la documentación necesaria para confeccionar los expedientes. Esto es así ya que para lograr ello la liquidación de

la prestación se debe realizar en tiempo y forma, lo que implica poder obtener a la brevedad el recibo de pago de la factura necesario para el recupero y la presentación del expediente.

Entonces en conclusión podemos decir que lo importante sería que se establezca un tope de reintegros por parte de APE para cada Obra Social y que la misma funcione organizadamente para cumplir con los plazos estipulados para la presentación de los expedientes, de esta manera sería un procedimiento dinámico y equitativo para las Obras Sociales.

Bibliografía:

- www.infoleg.gov.ar
- www.ape.gov.ar
- Material suministrado del curso de Administración de Programas Especiales en New Lici Salud.
- Material suministrado en el Curso de Anual de Auditoría Médica del Hospital Alemán dictado por el Dr. Agustín Orlando.