

**DEBERIAMOS TENER POSTURAS  
LEGISLATIVAS CLARAS SOBRE**

**COBERTURA UNIVERSAL DE ALTA  
COMPLEJIDAD**

**COBERTURA UNIVERSAL DE ATENCION  
PRIMARIA**

**DOBLE COBERTURA**

**Cobertura Universal de  
Alta Complejidad  
y Atención Primaria de la Salud**

## **SUBSECTOR PUBLICO**

**-INTERNACIONAL – NACIONAL - PROVINCIAL – MUNICIPAL- BARRIAL  
-38 MILLONES**

## **SUBSECTOR DE OBRAS SOCIALES**

**LEY 23660 – PAMI – NACIONALES –PROVINCIALES – MUNICIPALES UNIVERSITARIAS-  
MILITARES - JUDICIALES- OTRAS = 19 MILLONES ?**

## **SUBSECTOR PRIVADO**

**300 EMPRESAS DE MEDICINA PRE PAGA C/ PLANES PMO = 4 MILLONES**

**300 Ó MAS MUTUALES DE SERVICIOS PARCIALES Y COMPLEMENTARIOS = 12 MILLONES**

**Asistencia al Viajero – Tarjetas Post Pago – SEGUROS DE ALTA COMPLEJIDAD**

## **SECTOR ONG**

**CLUB DE LEONES, ROTARY – LALCEC – BENEFICENCIA**

**ASOCIACIONES DE INMIGRANTES – FUNDACIONES –**

**ASOCIACIONES POR PATOLOGIAS , ETC**

**( SOLO DIOS PODRIA ESTIMAR CUANTA GENTE APORTA Y SE ATIENDE )**

**10 MILLONES ?**

**COMO COORDINAR CON TODOS ESTOS ACTORES EN  
UN PLAN DE SALUD UNIVERSAL ??**

**75 MILLONES DE CARNETS  
PARA 38 MILLONES DE HABITANTES**

**COMO COORDINAR**

**UN PLAN DE SALUD  
UNIVERSAL ??**

*“ En la organización del sistema de salud se propiciará **la articulación y la complementariedad entre los subsectores público, privado y de la seguridad social**, para un uso más eficiente de los recursos, a la vez que se dará promoción e impulso a la activa participación de la comunidad y de las Organizaciones de la Sociedad y del voluntariado, cuando desarrollen actividades relacionadas a la finalidad salud.”*

## *Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social*

### *Rol del Estado en los sistemas de Salud con Modelo de seguros Múltiples en Competencia*

*2004*

#### *Función de provisión de servicios*

*Es deber indelegable del Estado (rectoría):*

*1) Establecer las políticas necesarias para garantizar la armonización de la provisión de los servicios de salud (públicos y privados), **con un grado de complementariedad razonable de la capacidad instalada y condiciones básicas de calidad.***

**DIARIO DE SESIONES  
CONVENCIÓN CONSTITUYENTE  
DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES  
9ª REUNIÓN - 7ª SESIÓN ORDINARIA - 13 DE  
SEPTIEMBRE DE 1996**

***“Asimismo, también hablamos en esta política de salud de la **complementariedad y la articulación del sector privado con la seguridad social**. Sin embargo, algunos dirán que nuevamente estamos haciendo estatismo y populismo y no faltarán quienes señalen que estamos volviendo al asistencialismo. Pero esto no es así ; se equivocan”***

## Una Charla en el MSN

XXX dice : Que hacés ?

Enrique dice : Estudio **complementariedad entre los subsectores publico , privado y de OOSS**

XXX dice : todo el mundo habla de eso pero nunca supe qué es, como no sea sacarle los clavos al privado y a las OOSS , y mandárselos al hospital...

Un plan de salud universal

**que no pueda ser explicado en 3 minutos**

**Y sea ventajoso para los subsectores**

no tiene ninguna posibilidad de lograr  
Consenso en la Argentina

# Fondo nacional de enfermedades catastróficas, de alto costo y patologías especiales

**Cobertura Universal de los 39 millones de habitantes**

**Todas las patologías que en un período de 30 días gasten más de 2000 dólares**

**Patologías, medicamentos y tecnologías especiales de alto impacto económico**

**CUANDO CUALQUIER SUBSECTOR TIENE UN CASO DE ESTE TIPO, DIRECTAMENTE SE DESENTIENDE DE SU COBERTURA, GESTION, AUDITORIA, FINANCIAMIENTO Y PAGO A LOS PRESTADORES Y SE HACE CARGO LA ESTRUCTURA CREADA AD HOC**

# **Fondo nacional de enfermedades catastróficas, de alto costo y patologías especiales**

**NORMATIZACION CENTRALIZADA**

**GESTION CENTRALIZADA EN PATOLOGIAS MUY ESPECIFICAS  
POR EJEMPLO TRASPLANTE**

**GESTION DESCENTRALIZADA PROVINCIAL EN EL RESTO DE LAS  
COBERTURAS**

**1,5 - 2 PESOS PARA SECTORES CARENCIADOS  
Y SIN COBERTURAS**

**2,5 – 3 PESOS PARA OBRAS SOCIALES**

**6-7 PESOS PARA PRE PAGAS CLASE MEDIA**

**8 - 10 PESOS PARA PLANES EJECUTIVOS**

**10 - 12 PESOS PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS**

# Fondo nacional de enfermedades catastroficas, de alto costo y patologías especiales

Porque ??

Porque es lo que nadie puede pagar por su cuenta

Porque es lo que desfinancia a muchos agentes de salud

Porque para gestionar este segmento se requiere

concentración – acumulación de conocimiento

Porque es ético que todos puedan acceder

**Porque es una locura total lo que esta sucediendo  
en esta franja de la prestación**

# Fondo Nacional de Atención Primaria de la Salud

Médicos de Cabecera asignados a toda la población ( generalistas – ginecoobstetras – pediatras – geriatras ( 45000 – 50000 profesionales ) con alta accesibilidad A LA ATENCION .  
Enfermería – Psicólogos – Agentes Sanitarios

Planificación y Normatización centralizada

Ejecución descentralizada- Provincial-Municipal

Consulta – Las 15 prácticas básicas – Psicoterapia  
Planes preventivos – Atención del Individuo sano-

Coordinación con Municipios ( Agua-Cloacas-Viales-Adicciones -etc)

420101	CONSULTA	73,75	73,70
170101	ECG	1,81	75,51
340213	RX MS	1,34	76,86
340601	MAMO	1,34	78,20
340301	RX TX	1,29	79,49
180104	ECO GIN	1,24	80,73
150106	PAP	1,22	81,95
340210	RX COL	1,15	83,10
330101	PSIQ	1,15	84,25
340209	RX COL	0,94	85,19
420201	DOMIC	0,92	86,12
300122	EXOFT	0,89	87,01
340201	RX CRAN	0,81	87,81
340602	MAMO	0,78	88,59
340302	TX PERFIL	0,66	89,25
300119	OFT IND	0,61	89,87
300108	GONIO	0,59	90,46

# Fondo Nacional de Atención Primaria de la salud

POR QUE ???

Porque es lo que puede cambiar el rumbo de la salud.

Porque la estrategia de atención primaria ha demostrado su costo – eficacia

**PERO SOBRE TODO POR RESPETO A NUESTRAS  
CASTIGADAS POBLACIONES**

Fondo Nacional de Atencion  
Primaria de la Salud

7 - 9 pesos

# Fondo Nacional de Atencion Primaria de la Salud

Como se Financia ??

Coordinando en una sola estructura todas las acciones Nacionales, provinciales, Municipales , y con aportes de las OOSS , las pre pagas y mutuales

# **ENTONCES NUESTRO PLAN DE SALUD ES SENCILLO Y SE EXPLICA EN 3 MINUTOS**

**SEGURO NACIONAL UNIVERSAL DE ALTA  
COMPLEJIDAD Y ALTO COSTO 100% COBERTURA**

**SEGURO NACIONAL UNIVERSAL DE ATENCION  
PRIMARIA 100% ACCESIBILIDAD**

**Y en el medio .... Regulación de la Medicina Pre Paga**

**Regulación de la Doble Cobertura**

**PMO para las Obras Sociales y el Sector Público**

**Centro Nacional de Provision de Prótesis y Medicamentos de Alto Impacto**

**Normatizaciones – PNGCAM**

**Dejar que compitan los subsectores... y dentro de 5 años lo analizamos**

**LA SALUD CONSISTE  
EN PODER SER LIBRE ,  
PODER SER FELIZ,  
PODER SER SOLIDARIO**

( " nadie puede dormir tranquilo  
mientras sesiona el parlamento .... " )

# Regulación de la Medicina Pre paga

Dr.Enrique De Michele  
Director

# Problemas en la definición de “ENTIDADES DE MEDICINA PRE PAGA”

**UN CONTRATO DE ADHESION  
PREPAGO DE UNA CUOTA MENSUAL  
EVENTUALMENTE COSEGUROS**

**COMPROMISO DE ABSORBER EL COSTO Y BRINDAR  
PRESTACIONES DE SALUD A FUTURO  
EN DETERMINADAS CONDICIONES ESTABLECIDAS  
EN UN PLAN .**

**Y no ser resarcitorios, indemnizatorios o seguros**

# Problemas en la definición del Financiamiento

**CUOTAS ( TODO EN LA CUOTA ? )**

**COSEGUROS ( TODO EN EL  
COSEGURO ? )**

## Problemas en el LENGUAJE

Por ejemplo , la palabra “ SERVICIOS”

Sería importante que en la ley se utilice la terminología aceptada en el argot de esta actividad

“PRESTACIONES”

“COBERTURAS”

Y si no veamos lo que paso con la ley 24754.....

# PROBLEMAS CON LOS PERIODOS DE CARENCIA Y EL FALSEAMIENTO DE INFORMACION AL INGRESO

Existen fundamentalistas de los dos lados

Se propone desde Ninguna carencia a 180 DIAS  
para suspender un contrato sin expresión de  
causa

120 DÍAS puede ser un limite razonable, y solo  
para afiliaciones individuales, no corporativas o  
padrones o convenios y para patologias  
claramente previsibles y conocidas por el  
solicitante .

## Problemas en la Definición de la MORA y la BAJA POR MORA

- Se pretende que la mora de 90 días, no habilita la baja , ni la suspensión del los servicios
- Se pretende que toda baja debe ser comunicada con anticipación y aceptada fehacientemente ( ESTO ES O CARTA DOCUMENTO, O FIRMA DE UN FORMULARIO , sin fijar quien se hará cargo de este costo )
- Es decir que se podría seguir teniendo servicios hasta por 120 días sin pagar la cuota
  
- LOS PROBLEMAS QUE ESTO TRAE SON :
- YA NO ES MEDICINA PRE PAGA, SINO CUANDO “MEDICINA CUANDO PUEDO PAGAR”
- COSTOS ADICIONALES AL SISTEMA
- LA PARADOJA DE UN JUEZ DICTAMINO A FAVOR DE UN AFILIADO QUE HACIA DOS AÑOS QUE NO PAGABA LA CUOTA
  
- ENTONCES ...“PARA QUE PAGAR LA CUOTA ??? “

- **Problemas con las leyes antidiscriminatorias**
- **En nombre de estas leyes tan progresistas**
- **Se propone que no se podran rechazar afiliados por razones de raza , sexo, religion o enfermedad**

## Variación de precios por edad

- SE PODRIA APLICAR AL INGRESO
- Y NO SE PUEDE FIJAR VARIACION DE PRECIOS POR EDAD DURANTE EL CONTRATO
- LOS INCRMENTOS LOS DEBERIA FIJAR LA AUTORIDAD DE APLICACIÓN

# Prestaciones y Coberturas a BRINDAR ( PROYECTO SANTA FE)

- **Cobertura integral**, la que contendrá, como mínimo, la totalidad de las prácticas y servicios contemplados en el Programa Médico Obligatorio dispuesto por el Ministerio de Salud.
- **Coberturas parciales**, las que se diferenciarán entre sí por niveles de complejidad y/o ámbitos específicos de actividad prestacional, de conformidad con lo que al respecto determine la autoridad de aplicación.
- 
- Las entidades de medicina prepaga que ofrezcan las coberturas a que se refiere el inciso b) del artículo anterior, **deberán dejar establecido en los respectivos contratos qué institución se hará cargo de las prestaciones del programa médico obligatorio no comprendidas en la cobertura contratada.** La modalidad de articulación entre esta institución y la empresa de medicina prepaga deberá estar expresamente establecida entre ellas, será comunicada a la autoridad de aplicación, y se explicitará en la publicidad de la misma institución.

# Nuestra propuesta

SI TIENE INTERNACION DE CUALQUIER TIPO Y COMPLEJIDAD, EL PLAN DEBE BRINDAR TODAS LAS PRESTACIONES DEL PMO

LOS PLANES PARCIALES NO TIENEN INTERNACION Y PUEDEN BRINDAR

PRESTACIONES MEDICAS AMBULATORIAS  
ODONTOLOGICAS  
FARMACEUTICAS ( RESOL 433 )  
EMERGENCIAS , Y URGENCIAS  
Y SUS COMBINACIONES

# PROYECTO DE DECRETO PARA LA REGULACION DE LA RESPONSABILIDAD COMPARTIDA EN CASOS DE DOBLE COBERTURA

Dr. Enrique De Michele

# ▪ MISION DE LA PROPUESTA

**COORDINAR Y SINERGIZAR LOS  
ESFUERZOS ECONOMICOS DE LOS  
FINANCIADORES DE LOS DISTINTOS  
SUBSECTORES EN ORDEN A BRINDAR  
MAS Y MEJORES SERVICIOS A LOS  
AFILIADOS**

... precepto largamente enunciado , pero al que no se logra encontrar una vía de realización fáctica.

# Personas Involucradas

Afiliados de :

- OO.SS DE LA LEY 23660 - PAMI
- OTRAS BAJO LA ORBITA DE SSSalud
- MEDICINA PRE PAGA PLANES INTEGRALES
- MEDICINA PRE PAGA PLANES PARCIALES
  
- Se INVITA A ADHERIR A LAS OOS JUDICIALES, UNIVERSITARIAS, PROVINCIALES, FFAARMADAS , MUNICIPALES, ETC .
  
- estimamos una superposición del orden de los 2,5 - 3 MILLONES DE BENEFICIARIOS ( ??!! )

# Entidades Beneficiarias

El financiador inicial de la prestación y a la vez solicitante del Beneficio, será un Agente del Sistema o Entidad al Cuidado de la Salud, debe estar inscripto como tal, y ser una empresa social sin fines de lucro :

Obras Sociales, Cooperativas, Mutuales, etc

# Efectos Esperados

**Ordenamiento del gasto dentro del sector que permanece con cobertura, sin afectar mayormente los intereses sectoriales**

**Contar con un marco normativo actualmente inexistente**

**Asegurar más amplia cobertura geográfica y accesibilidad económica a los afiliados**

# Efectos Esperados

- **Bajar los costos de cada entidad financiadora**
- **incrementar la capacidad de prestación en regiones alejadas o con baja densidad de afiliación**
- **eleva los niveles de eficiencia de la prestación**

# Efectos Esperados

- **homogeneizar los costos de contrataciones**
- **asegurar el pago a los prestadores**

**El primer Financiador facturará al Segundo el 50 % de una Tabla de Aranceles AD- HOC ( Nomenclador Hospitalario , u otro que se fije al efecto )**

**En caso de incumplimiento se habilitará una vía expedita para la cobranza , vía Anssal o por vía Judicial ( mediación y / o amparo ? )**

**Solo serán exigibles reintegros sobre prestaciones encuadradas dentro del Plan M. Obligatorio**

**Definición de la medicina pre paga parcial y niveles de complejidad Horizontales**

- Se definirán a los planes de medicina
- pre paga parcial en cinco cortes horizontales, a saber :
  - Prestaciones ambulatorias
  - Odontología
  - Medicamentos
  - Prestaciones en internacion
  - Emergencias y urgencias

**y sus combinaciones,**
- Se deberá brindar en cada corte o plan “ *las mismas prestaciones a que están obligadas las OOSS* “ , en un todo de acuerdo con la ley 24754 Banzas de Moreau , es decir todo lo que el PMOE obliga en esos rubros o escalones de complejidad.

# ASPECTOS PRINCIPALES

- **No se contrapone a la libertad de mantener la doble afiliación (OOSS / OOSS; OOSS/ Prepaga – Prepaga / mutuales, y otras combinaciones) con o sin concentración de aportes , de acuerdo a lo que decida la autoridad competente en este tema.**

# Antecedentes y Fundamentos

“ in solidum ”

Compartir la misma responsabilidad , por eventos ocurridos en la misma persona, por dos responsables . Código Civil y Comercial

*.... Sí que era conocida, en cambio, la **noción de responsabilidad solidaria**, un concepto de naturaleza jurídica trasladado, como tantos otros, a la moral. Su origen hay que encontrarlo en el Derecho romano, donde se designaba como responsabilidad **in solidum** la correspondiente a **las personas que contraían conjuntamente una obligación**. Este sentido permanece hasta nuestros días...”*

## Antecedentes y Fundamentos

Ley Nacional de Seguros

SECCION II: Pluralidad de seguros

### *Notificación*

**Art. 67. Quien asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de un asegurador, notificará sin dilación a cada uno de ellos los demás contratos celebrados, con indicación del asegurador y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad, salvo pacto en contrario.**

### *Responsabilidad de cada asegurador*

**En caso de siniestro, cuando no existan estipulaciones especiales en el contrato o entre los aseguradores se entiende que cada asegurador contribuye proporcionalmente al monto de su contrato, hasta la concurrencia de la indemnización debida.** La liquidación de los daños se hará considerando los contratos vigentes al tiempo del siniestro. El asegurador que abona una suma mayor que la proporcionalmente a su cargo, tiene acción contra el asegurado y contra los demás aseguradores para efectuar el correspondiente reajuste.

# Antecedentes y Fundamentos

## *Seguro subsidiario*

Puede estipularse que **uno o más aseguradores respondan sólo subsidiariamente** o cuando el daño exceda de una suma determinada.

## *Subrogación*

**Art. 80. Los derechos que correspondan al asegurado contra un tercero, en razón del siniestro, se transfieren al asegurador hasta el monto de la indemnización abonada. El asegurado es responsable de todo acto que perjudique este derecho del asegurador.**

Economía de la Reforma de los Seguros de Salud en Argentina  
(ParteIV)

*Autor: Federico Tobar, Fundación ISALUD /2/9//2001*

...El panorama se completa si se vuelven a cruzar estos datos con los de la encuesta SIEMPRO y se considera que entre los de mayores ingresos el 13,3% tiene doble cobertura (obra social y prepaga) y entre los del cuarto quintil de ingresos 5,3% se hallan en esa condición. **Esto significa que de los 3 millones aproximadamente 1, 3 millones tendrían doble cobertura.**

**Entonces... si es sencillo de implementar , fácil de entender, bueno para los afiliados, bueno para los prestadores, bueno para los financiadores que cumplen su misión y hay antecedentes suficientes ...**

**PORQUE NO SE HACE DE UNA BUENA VEZ ?**

**LA RESPUESTA, EN ELPRÓXIMO SLIDE**

No se hace , porque con honrosas excepciones  
, en este país a nadie le importa la salud de la  
gente...

...Y PORQUE EN ARGENTINA **SE PROTEGE A**  
**AQUELLOS QUE COBRAN POR BRINDAR**  
**SERVICIOS DE SALUD Y SE BENEFICIAN AL**

...

**...NO BRINDAR NADA !!!**

**MIENTRAS PERSISTA EL ANALFABETISMO,  
HABRA ENFERMEDADES PREVENIBLES.**

**UNO DE LOS GRANDES PROBLEMAS  
QUE AFRONTAN NUESTRO SISTEMAS DE SALUD,  
ES LA FALTA DE EDUCACION DE VASTOS  
SECTORES DE LA POBLACION.**

**MUCHAS CAMPAÑAS DE VACUNACION NO LLEGAN  
AL DESTINO DE UNIVERSALIDAD  
CON EL QUE FUERON DISEÑADAS ,  
POR PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN .**

**ENTRE LOS SECTORES QUE PADECEN  
LA PLAGA DEL ANALFABETISMO,  
ES MUY DIFÍCIL LLEGAR  
CON ESTAS CAMPAÑAS**

**Hay que mejorar la inversión educativa  
si queremos mejores resultados  
en salud de nuestra población.**

**LOS RESULTADOS, NATURALMENTE,  
SOLO SE VERAN A LARGO PLAZO**