



Maestría en Administración de Servicios de Salud

Director de la Maestría: Prof. Dr. Jorge Daniel Lemus Calderón

Tesis de Postgrado

Tema:

“FUNDAMENTOS PARA UNA NUEVA CONCEPCIÓN DEL SISTEMA DE COBERTURA DE SALUD DEL MONOTRIBUTO”

Autor: Dr. Vicente Luis Lourenzo

Nº Legajo: 24.508

Directora: Dra. Bibiana Gabriela Frare

Octubre de 2009

Ref.	TEMARIO	NºPág.
	RESUMEN	1
	I. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	3
	I.1. Introducción	3
	I.2. Contexto	11
	II. ANTECEDENTES	13
	II.1. Legales.	13
	II.1.1. Generales	13
	II.1.2. Administración de Programas Especiales (APE)	16
	II.1.3. Valor Mínimo Garantizado del FSR	17
	II.1.4. Plan Superador	19
	II.2. Otros Antecedentes.	19
	III. OBJETIVOS	29
	III.1. Objetivo general.	29
	III.2. Objetivos específicos.	29
	IV. HIPÓTESIS	31
	V. MARCO TEÓRICO	32
	V.1. Subsistema de Salud y PMO	32
	V.2. Cobertura de Salud en el monotributo y Población Adversa	33
	V.3. Informe de la S.S.S.	35
	V.4. La Administración de Programas Especiales (APE)	38
	VI. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	40
	VI.1. Análisis de un Estudio de Caso	40
	VI.1.1. Moral Hazard o Población Adversa	41
	VI.1.2. Relación Porcentual entre el total de Afiliados Monotributistas y Afiliados Habilitados a recibir cobertura	42
	VI.1.3. Relación entre Ingresos y Egresos por Monotributo	43
	VI.1.4. La Asistencia de la APE y la mora en el pago efectivo de los reintegros	46
	VI.1.5. La Incidencia de los Planes Superadores	47
	VI.1.6. La Judicialización de la Salud	47
	VI.2. Análisis de la Información Relevada a Informantes Calificados (Encuestas)	49
	VI.2.1. Alcance del Trabajo	49
	VI.2.2. Contenido de las Respuestas	49
	VI.2.3. Financiación del Sistema, Reintegros de la APE y Planes Superadores	50
	VII. METODOLOGÍA UTILIZADA	51
	VII.1. Tipo de estudio.	51
	VII.2. Universo.	51
	VII.3. Unidad de análisis.	51
	VII.4. Variables e Indicadores.	51
	VII.5. Criterio de selección de caso.	52
	VII.6. Técnicas e instrumentos.	52
	VII.7. Fuentes de información y unidades informantes	53
	VII.7.a. Fuentes de información	53
	VII.7.b. Unidades Informantes.	53

VII.8. La organización de la información.	53
VIII. CONCLUSIONES	54
IX. BIBLIOGRAFÍA	55
IX.1. Bibliografía general.	55
IX.2. Sitios web consultados.	55
<hr/>	
ANEXOS – INDICE GENERAL	

En América Latina la mayoría de los países aplican regímenes especiales que sustituyen exclusivamente impuestos. En ese marco, Brasil, Uruguay y Argentina han avanzado también en incluir los recursos de la seguridad social. Sin embargo, la República Argentina es el único país en el cual, un Régimen Simplificado de Tributación, habilita un módulo de cobertura a través de un seguro de salud.

La generación de este nuevo subsistema de salud está provocando en la actualidad ciertas llamadas de atención en cuanto al **grado de financiación** y en la forma de acceder al mismo. Por una parte, se establece un único aporte fijo cualquiera sea la capacidad contributiva del “potencial beneficiario” y por otro, no se establece ningún tipo de “carencias” ni preexistencias para el acceso a la cobertura de salud salvo por una progresividad de hasta seis meses de haber procedido a la inscripción establecida para prestaciones de cierta complejidad.

Esta situación estaría generando preocupantes desequilibrios financieros que ameritan un replanteo y reformulación del actual régimen. Cabe destacar que estos desequilibrios son amortiguados por los reintegros que realiza el Estado a través de la APE –Administración de Programas Especiales- de las prestaciones de baja incidencia y alto costo económico contenidas dentro del Programa Médico Obligatorio de emergencia (PMOe).

La APE es un organismo que depende del Ministerio de Salud de la Nación cuyo principal objetivo es la implementación y administración del Fondo Solidario de Distribución. Dicho fondo, ha sido creado para asistir a los distintos agentes del sistema de salud, por la fuerte incidencia económica financiera que genera la obligatoriedad de cumplimiento que determina el PMOe.

Tal como fue descrito, el monotributo es un instrumento creado a efectos de posibilitar que, una población que desarrolla sus actividades en la marginalidad, pudiera ser incluida dentro del sistema legal, simplificando las tareas que exige para el contribuyente común, con la única obligación de emitir su factura y realizar el pago de su impuesto único.

Sin embargo, el régimen al transcurrir los años, fue desnaturalizándose a punto de ser acusado de utilizarse como una vía de fraude (por ejemplo empleados que son tomados bajo esta figura con una relación de dependencia encubierta). Por un lado, es un subsistema de salud que permite acceder al P.M.O.e., sin ningún tipo de restricción para el uso del sistema, y que además, facilita el acceso de la población más adversa (moral hazard).

Y por otro lado, ese mismo subsistema sobrevive al desfinanciamiento que provocaría la cobertura de costosas prestaciones (por lo mencionado en el párrafo anterior) con un aporte mínimo, debido a dos motivos fundamentales: el primero se basa en que es un número escaso de monotributistas los que efectivamente lo utilizan por la falta de información que poseen sobre los derechos que otorga la afiliación al régimen y el segundo atento a la financiación que otorga el estado a través de la APE con demoras y quitas sustantivas en el aporte que terminan perjudicando al Financiador del servicio.

I.1.- Introducción

El Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes, denominado MONOTRIBUTO fue creado en el año 1998 mediante la Ley Nro. 24.977, a modo de simplificar todos los requisitos, formalidades y pagos que el Impuesto al Valor Agregado y el Impuesto a las Ganancias exigían para el contribuyente de cierta envergadura. Asimismo, se sustituyó el aporte obligatorio mensual previsto en el artículo 11 de la Ley Nro. 24.241 del año 1993 de Trabajadores Autónomos por un componente más reducido.

Su objetivo consistió en identificar al pequeño contribuyente segmentándolo por categorías. Por lo tanto, generó una matriz calificando a aquellos contribuyentes que facturaban menos de ciento cuarenta y cuatro mil pesos (\$ 144.000) al año, que consumían menos de 20.000 kilovatios y que su superficie de explotación no sea superior a 200 metros cuadrados, estableciendo, a través de los atributos mencionados, distintas categorías de contribuyentes.

Desde su implementación, el régimen simplificado sufrió dos grandes modificaciones. La primera, y la más importante, con efectos a partir de Abril de 2000 fue realizada a través de la Ley Nro. 25.239; y la segunda, a través de la Ley Nro. 25.865 con efectos desde Julio de 2004.

La Ley Nro. 25.239 cambió la idea original por la que se había creado el monotributo, modificando el régimen en materia de recursos de la seguridad social. A través de esta reforma **se comienza a brindar una cobertura médico-asistencial básica** y además, se establece como único destino del aporte el régimen de reparto (cuando, hasta ese momento, el monotributista podía optar por el régimen de capitalización o reparto).

Cabe mencionar que, con la reforma del año 2000, un grupo de monotributistas no ejerció el derecho de elegir una Obra Social. Por este motivo la Superintendencia de Servicios de Salud (S.S.S.), mediante la Resolución Nro. 376/2000 distribuyó a aquellos contribuyentes que no habían ejercido la opción al 30/9/2000, ponderando para su distribución el número de Obras Sociales inscriptas para tal fin en el Registro de Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, con la captación de beneficiarios por parte de cada Obra Social y la población original de las mismas. En esta primera etapa fueron beneficiadas sólo ocho Obras Sociales, e inclusive algunas fueron creadas para ser beneficiadas de esta distribución (Ej. Obra Social de Fedecámaras)

La reforma del año 2004, a través de la Ley Nro. 25.865, estuvo orientada a cambiar las categorías de los contribuyentes, eliminando la figura de Responsable No Inscripto en el Impuesto al Valor Agregado, estableciendo escalas para actividades de servicios y profesionales, y modificando las categorías referidas a actividades de comercio e industria.

Con este nuevo encuadre legislativo (Leyes Nros. 25.239 y 25.865) se genera la creación de un seguro de salud a través de su Artículo 51 inc. b) estableciendo la obligatoriedad de ingresar junto al impuesto único o sustituto un aporte de pesos veintidós (\$ 22) con destino al Régimen del Sistema Nacional del Seguro de Salud más pesos dos con cuarenta y cuatro (\$2.44) destinado al Fondo Solidario de Distribución (F.S.D.) y, en caso de optar por otorgarle cobertura al grupo familiar primario un aporte adicional de pesos veinte (\$ 20) adicionando pesos dos con veinte (\$2.20) para el F.S.D. por cada integrante. Asimismo, su artículo 52 inc. d) declara que, debido a ese aporte, tendrá derecho a las prestaciones previstas en el Sistema Nacional del Seguro de Salud, instituido por las Leyes Nros. 23.660 y 23.661. Agrega además, que el monotributista podrá elegir la obra social que le cubrirá las prestaciones. Para ello, la S.S.S. crea un registro especial donde figura el listado de Obras Sociales autorizadas. ¹

¹ En Anexo Nº 2 se exponen las Obras Sociales que actualmente están habilitadas para brindar esta cobertura.

Con la reforma y reempadronamiento realizado en el año 2004, nuevamente, la S.S.S. a través de la Resolución Nro. 667/2004 distribuye a 113.247 monotributistas que no ejercieron la elección por ninguna Obra Social, cambiando algunos parámetros en la forma de realizar la distribución, estableciendo que se ponderará “la cantidad de beneficiarios titulares en relación de dependencia, como así también la tendencia de la elección de los nuevos contribuyentes adheridos al régimen, según información suministrada por la Administración Federal de Ingresos Públicos (A.F.I.P.) hasta el 19/8/2004 y que alcanzan a 80.079 registros” (según considerandos de la Resolución Nro. 667/2004).

Los medios gráficos reflejaban las modificaciones introducidas en el año 2004, de la siguiente manera:

*“Los monotributistas podrán elegir cualquier obra social nacional, incluidas la de Ejecutivos o del personal de Dirección. Pero la cuota mensual será **sustancialmente mayor**. Para una familia tipo (matrimonio y dos hijos) el aumento bordea el **100%**, de acuerdo a los cambios en la ley de Monotributo, que ayer promulgó el Gobierno.*

*La nueva ley entrará a regir dentro de una semana para los monotributistas que se afilien de ahora en más. En cambio, el pase de los ya afiliados al nuevo régimen dependerá de la reglamentación de Gobierno, que no podrá ser mayor de 180 días, según explicaron a **Clarín** en la Superintendencia de Salud. Se estima que hay unos **300.000** monotributistas que pagan regularmente sus cuotas.*

*Según la nueva ley, la cuota obligatoria mensual de Salud de los monotributistas **pasa de 20 a 22 pesos**. Pero si incluye a su grupo familiar primario (cónyuge, padres o hijos) -una opción del afiliado titular-, en lugar de los 20 pesos actuales, la cuota será de **19 pesos por cada integrante de la familia**.*

Así, una familia tipo, en lugar de los actuales 40 pesos (20 pesos como titular y otros 20 pesos por su familia), el monotributista deberá pagar 79 pesos: 22 pesos, como titular y 19 pesos por cada familiar (57 pesos).

Aun así, para acceder a la cobertura médica de la obra social, la ley establece que el Gobierno dispondrá "como requisito" que el monotributista haya pagado "un número determinado de meses...durante un período anterior a la fecha que corresponda otorgar la cobertura".

Ahora la reglamentación deberá indicar la cantidad de meses que comprenden esas "carencias", si abarca o no a todas las prestaciones médicas y si se aplica al afiliado titular o solo al grupo familiar, por el carácter voluntario de la afiliación.

Es la primera vez que en el régimen de obras sociales se establece un "período de carencia". El argumento oficial es que muchos monotributistas se inscribían sólo cuando necesitaban hacer frente a patologías complejas, asegurándose así el tratamiento médico desde el primer día de la afiliación, algo que niegan las prepagas. No obstante, abogados especialistas en salud dijeron que se trata de una disposición discriminatoria, que abrirá un **amplio campo de litigios**, ya que el resto de los afiliados no tiene ningún tipo de carencias.

Para justificar la suba de la cuota, los legisladores que promovieron esta ley plantearon que los 40 pesos **no alcanzan** para cubrir las prestaciones médicas de un grupo familiar. Además, de esos 40 pesos no se derivaba ninguna suma al Fondo de Redistribución que financia los tratamientos de alta complejidad. Y todo eso determinaba que **muy pocas obras sociales** aceptaran recibir monotributistas.

Ahora, en cambio, el 10% de la cuota mensual irá al Fondo de Redistribución. Y todas las obras sociales nacionales deberán aceptar a los monotributistas. Incluso más. El Gobierno vetó una disposición de la ley votada por el Congreso que restringía la afiliación de los monotributistas a las obras sociales sindicales nacionales. Con el veto, todas las obras sociales nacionales, lo que comprenda a las entidades de Ejecutivos, estarán obligadas a aceptarlos.

Se descuenta que, para esos monotributistas, habrá planes médicos especiales con las prestaciones mínimas del PMO (Programa Médico Obligatorio), reservando los planes superiores para los que pagan una cuota sustancialmente mayor.

No obstante, especialistas de Salud dicen que, al igual que el anterior, el nuevo régimen no respeta el principio de solidaridad que debe tener el sistema obligatorio de Salud ya que la cuota mensual es fija, sin considerar el ingreso del afiliado.

En cambio, los que trabajan en relación de dependencia pagan un porcentaje de acuerdo al sueldo por lo que contribuyen más los que más ganan”.²

En definitiva el Decreto Nro. 806 del año 2004 reglamentó tardíamente (BO 25/06/2004) la Ley Nro. 25.865 (BO 19/01/2004) estableciendo una progresividad en el acceso a la cobertura de salud. Este escalonamiento es el que se detalla a continuación:

a) Cobertura desde el inicio de su inscripción al régimen:

I) NIVEL AMBULATORIO:

1. Consulta: en consultorio, de urgencia y emergencia en domicilio. Consulta programada en domicilio a mayores de SESENTA Y CINCO (65) años que no puedan movilizarse.

2. Atención ambulatoria de todas las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria competente.

3. Prácticas y estudios complementarios ambulatorios, diagnósticos y terapéuticos, detalladas en el Anexo II del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) o el que lo reemplace, incluyendo el material de diagnóstico y los medios de contraste como parte de la prestación que se realiza.

4. Salud Mental: Promoción y prevención.

Hasta TREINTA (30) visitas por año calendario, no pudiendo exceder la cantidad de CUATRO (4) consultas mensuales. Esto incluye las modalidades:

² <http://www.clarin.com/diario/2004/01/20/p-00401.htm> [F.C.: 06/07/08]

psiquiatría, psicología, psicopedagogía, psicoterapia grupal, individual, familiar, de pareja y psicodiagnóstico.

5. Rehabilitación ambulatoria:

Kinesiología: hasta VEINTICINCO (25) sesiones año calendario/beneficiario.

Fonoaudiología: hasta VEINTICINCO (25) sesiones año calendario/beneficiario.

Estimulación temprana: en los términos que los define el Anexo II del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) o el que lo reemplace.

6. Los traslados que correspondan a pacientes en ambulatorio.

7. Odontología: conforme el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), Resolución N° 201/02 o el que lo reemplace.

8. Medicamentos: Se asegura la cobertura de medicamentos en tratamientos ambulatorios que figuran en el Anexo III del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) o el que lo reemplace, con un CUARENTA POR CIENTO (40%) de cobertura, conforme al precio de referencia que se explicita en el Anexo IV, y en las formas farmacéuticas allí indicadas. La prescripción se hará por nombre genérico.

9. Cobertura al CIEN POR CIENTO (100%) de anteojos con lentes estándar en niños hasta los 15 años.

II) Otras Coberturas Ambulatorias

1. Plan materno infantil (prestaciones ambulatorias).

2. Programas de prevención de cánceres femeninos, en especial de cuello de útero y mama.

3. Cobertura de pacientes diabéticos (Resolución N° 301 de fecha 16 de abril de 1999 del ex- MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL).

4. Cobertura al CIEN POR CIENTO (100%) de piridostigmina 60 mg. Para el tratamiento de la miastenia gravis (Resolución N° 791 de fecha 6 de octubre de 1999 del ex-MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL).

b) Cobertura a los TRES (3) meses:

Se agrega toda la prevista en el "nivel internación", y la que se detalla a continuación:

I) NIVEL INTERNACION

1. Se asegura el CIEN POR CIENTO (100%) de cobertura en cualquiera de sus modalidades. Todas las prácticas y coberturas del Anexo II del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) o el que lo reemplace, se encuentran incluidas dentro de la cobertura. La cobertura se extiende sin límite de tiempo.

2. Salud Mental: Hasta TREINTA (30) días por año calendario, en patologías agudas, en la modalidad institucional u hospital de día.

3. Medicamentos. La cobertura será de un CIEN POR CIENTO (100%) en internados.

4. Los traslados que correspondan a pacientes internados.

5. Prótesis e implantes de colocación interna al CIEN POR CIENTO (100%) de cobertura, con las especificaciones previstas en el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) o el que lo reemplace.

6. Medicamentos oncológicos según protocolos nacionales aprobados al CIEN POR CIENTO (100%). Los medicamentos no oncológicos tendrán la cobertura del CUARENTA POR CIENTO (40%) a excepción del ondasetrón en el tratamiento de vómitos agudos inducidos por drogas altamente emetizantes.

7. Los cuidados paliativos, con cobertura al CIEN POR CIENTO (100%).

8. Hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria. Cobertura al CIEN POR CIENTO (100%).

9. Eritropoyetina al CIEN POR CIENTO (100%) en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica.

10. Plan Materno Infantil (prestaciones en internación).

11. Cobertura de otoamplifonos al CIEN POR CIENTO (100%) en niños hasta los 15 años.

12. Cobertura del CINCUENTA POR CIENTO (50%) en prótesis y órtesis de colocación externa, no reconociéndose las prótesis denominadas miogénicas o bioeléctricas.

c) Cobertura a los SEIS (6) meses:

Se incorporan las prestaciones subsidiadas por la Administración de Programas Especiales, de cobertura obligatoria por parte de los agentes del seguro, y por las que éstos puedan gestionar el cobro a través del Fondo Solidario de Redistribución.

I) COSEGUROS

En todos los casos se adaptarán a lo dispuesto en el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) o el que lo reemplace.

II) GRUPO FAMILIAR

A partir de su inscripción, ingresará progresivamente a la cobertura conforme se describe precedentemente para el titular.

I.2.- Contexto

Desde que se instituyó el monotributo en el año 1998 con 642.000 inscriptos, el régimen creció más de un 100% teniendo al año 2007, cerca de 1.870.000, de los cuales abonan regularmente la cuota aproximadamente 1.140.000 contribuyentes.³

En líneas generales, se puede sostener que el Monotributo tuvo para aquellos legisladores que mayoritariamente aprobaron la Ley, un objetivo esencial, que es la inclusión de los sectores de menos recursos de la población a tener una cobertura social (jubilación, pensión y prestaciones de salud).

Esto se corrobora en cuanto a la afectación del producido de este régimen especial: el 70 % del componente impositivo y el 100 % del componente previsional se destina a solventar al sistema de la seguridad social.

Otros de los motivos expuestos por los legisladores son que, debido al alto grado de morosidad en cuanto al cumplimiento de los impuestos y la gran informalidad que caracteriza a este tipo de contribuyente, había que otorgarle un incentivo o estímulo de estar con su impuesto fijo al día. Por esta razón, es que genera el módulo “social” incorporando el aporte a la seguridad social y la cobertura de salud.

El Jefe de la Bancada del Partido Unión Cívica Radical, Diputado Horacio Francisco Pernasetti al momento del debate del proyecto que luego se convertiría en la Ley Nro. 25.865 –reunión Nro. 28 de la 10ma. Sesión ordinaria de Diputados de fecha 4 de diciembre de 2003- expresaba lo siguiente⁴:

³ www.afip.gov.ar [F.C.: 12/04/2008]

⁴ www.hcdn.gov.ar/sesiones. [F.C.: 22/08/2008]

“...Si no incluimos el "gancho" para que la gente pague -que es la posibilidad de jubilarse y de tener una obra social-, estaremos perjudicando a todo el sistema. No queremos contribuir al desfinanciamiento de las obras sociales, pero creo que a los contribuyentes eventuales y a los monotributistas debemos garantizarles el acceso a un programa médico obligatorio.

Al respecto, cabe señalar que el proyecto del Poder Ejecutivo indica que aportando veintidós pesos el monotributista puede acceder a una obra social; pero ahora se propone, mediante una nueva modificación, que no sólo pague los veintidós pesos, sino diecinueve pesos más por cada uno de los integrantes del grupo familiar. De aceptarse esta propuesta el costo de la seguridad social se tornaría altamente limitativo para muchos monotributistas...”

No existen antecedentes en otros países que den este tipo de cobertura de salud en regímenes simplificados de tributación. Cabe agregar que, la combinación entre un aporte fijo, cualquiera sea la capacidad contributiva de ese pequeño contribuyente, con la posibilidad de acceder un programa médico obligatorio, sin ningún tipo de estudio para determinar patologías preexistentes y carencia limitada sólo a los 6 meses, podría generar un desfinanciamiento que atenta contra el propio sistema. Cabe mencionar que este desequilibrio financiero es atenuado por diversos factores a desarrollar en el presente trabajo como los reintegros de determinadas prestaciones por parte de la APE, o por la existencia de planes superadores en algunas de las Obras Sociales que atienden monotributistas.

Del análisis del funcionamiento del régimen en el año 2006 y 2007 a través de un estudio de algunas de las Obras Sociales inscriptas para este tipo de prestación; la injerencia del Estado como instrumento que equilibra el régimen, y la conducta del contribuyente monotributista en cuanto al “uso” de su cobertura de salud, entre otros factores, es lo que permitirá proponer una nueva concepción del sistema de salud para este segmento de la población.

II.1. Antecedentes Legales

II.1.1. Generales

Se reitera que, el Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes, denominado MONOTRIBUTO fue creado por la Ley Nro. 24.977 sancionada el 3 de Junio de 1998, luego modificada por las Leyes Nros. 25.239 del año 1999 y 25.865 sancionada en el año 2004. Su reglamentación fue realizada a través de los Decretos Nros. 774/98, 885/98, 485/2000, 290, 291 y 294/2001, y 806/2004 y por las Resoluciones Generales (R.G.) de la Administración Federal de Ingresos Públicos Nros. 198, 222, 226, 238, 307 del año 1998 y las R.G. Nros. 619, 329 y 391 del año 1999 finalmente ordenadas en un único cuerpo por la RG Nro 2150 publicada en el Boletín Oficial de fecha 02/11/2006.

Se pueden adherir al régimen, que es optativo, sólo los pequeños contribuyentes, que son definidos como las personas físicas que⁵:

*Realicen venta de cosa muebles, obras, locaciones y/o prestaciones de servicios, incluida la actividad primaria,

*Sean integrantes de cooperativas de trabajo, bajo determinadas circunstancias,

*Las sucesiones indivisas en su carácter de continuadoras de las mismas, hasta la finalización del mes en que se dicte la declaratoria de herederos o se apruebe el testamento que cumpla la misma finalidad,

*Las sociedades de hecho y comerciales irregulares (Capítulo I, Sección IV, de la Ley de Sociedades Comerciales Nro. 19.550 y sus modificaciones), en la medida que tengan un máximo de tres (3) socios.

En todos los casos siempre que cumplan las siguientes condiciones:

- a) Que por locaciones y/o prestaciones de servicios hayan obtenido en el año calendario inmediato anterior al período fiscal de que se trata, ingresos brutos inferiores o iguales al importe de pesos setenta y dos mil (\$ 72.000).

⁵ Ley 24.977, sus complementarias y modificatorias, Art° 2.

b) Que por el resto de las actividades enunciadas, incluida la actividad primaria, hayan obtenido en el año calendario inmediato anterior al período fiscal de que se trata, ingresos brutos inferiores o iguales al importe de pesos ciento cuarenta y cuatro mil (\$ 144.000).

c) Que no superen en el mismo período los parámetros máximos referidos a las magnitudes físicas que se establezcan para su categorización a los efectos del pago integrado de impuestos que les corresponda realizar.

d) Precio unitario de ventas sólo en los casos de venta de cosas muebles, no supere la suma de pesos ochocientos setenta (\$ 870).

e) Que no realicen, importaciones de cosas muebles y/o de servicios. Cuando se trata de sociedades comprendidas, además de cumplirse con los requisitos exigidos a las personas físicas, la totalidad de los integrantes – individualmente considerados – deben reunir las condiciones para ingresar al Régimen Simplificado (R.S.).

Se pueden adherir por la obtención de ingresos de actividades económicas alcanzadas por el régimen, aún cuando las mismas estén exentas o no gravadas en los impuestos a las ganancias o al valor agregado.

Por otro lado, no se encuentran comprendidos en el RS:

- 1-los ingresos provenientes de prestaciones e inversiones financieras
- 2-la compraventa de valores mobiliarios
- 3-las participaciones en las utilidades de cualquier sociedad no incluida en el RS.

Estas actividades no entran dentro del régimen pero ello no obstaculiza a que el sujeto pueda optar por el mismo por otras actividades.

Cabe señalar una limitación establecida mediante reglamentación a la Ley 24.977 que establece que "... quienes sean adquirientes, locatarios o prestarios de monotributistas solo pueden computar como gasto en su liquidación de impuesto a las ganancias con un mismo sujeto proveedor hasta un total del 10 % y para el conjunto de los sujetos proveedores hasta un total del 30 % sobre el total de compras, locaciones o prestaciones correspondiente al mismo ejercicio fiscal..."

“...Sin embargo, estos límites no serán aplicables cuando el monotributista opere como proveedor o prestador de servicio para un mismo sujeto en forma recurrente...”⁶

Asimismo, se crea el Régimen Especial de los Recursos de la Seguridad Social para Pequeños Contribuyentes por el cual se sustituye el aporte mensual previsto en el artículo 11 de la Ley Nro. 24.241 del año 1993 de Trabajadores Autónomos por las siguientes cotizaciones previsionales fijas:

- a) Aporte de pesos treinta y cinco (\$ 35), con destino al Régimen Provisional Público del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones.
- b) Aporte de pesos veintidós (\$ 22) con destino al Sistema Nacional del Seguro de Salud instituido por las leyes 23.660 y 23.661 del año 1989 y sus modificaciones.

A este importe hay que adicionarle pesos dos con 44/100 (\$ 2.44) que se destinará al Fondo Solidario de Redistribución establecido por el artículo 22 de la Ley Nro. 23.661/89 y sus modificaciones.

Una vez que el sujeto se adhiere al régimen este aporte es obligatorio, salvo que sea menor de 18 años, se encuentren jubilados Ley Nro 18.037 o 18.038 del año 1969, los profesionales universitarios afiliados a uno o más regimenes provinciales para profesionales y los empleados en relación de dependencia que aporten en tal carácter al régimen nacional o a algún régimen provincial provisional.

A través de esta normativa se permite al monotributista acceder al Programa Médico Obligatorio de emergencia (P.M.O.e.). El mismo cubre, entre otras prestaciones, consultas generales, consultas especializadas; atención odontológica; medicamentos; internación general y especializada; medios de diagnóstico (ambulatorio e internación); traslado en ambulancia; prótesis y ortesis; rehabilitación y hemodiálisis .

⁶ Spina Carlos E., Jiménez Enrique M. Scaletta Rubén A “*Los Servicios Relacionados con la Salud*” En *Su Límites para los adquirentes en el impuesto a las ganancias* Buenos Aires Ediciones Buyatti 2007, Cap. IV. Pág. 86.

Respecto a las Obras Sociales que están en condiciones de dar prestaciones a los monotributistas, los legisladores tuvieron como intención que únicamente estén facultadas las Obras Sociales Sindicales. A raíz del veto parcial del Poder Ejecutivo sobre el texto original del artículo 43 inc.c) de la Ley Nro. 25.865 es que, automáticamente, también incorporó a las Obras Sociales de Dirección. El texto vetado que se expone a continuación en tipo de letra negra o resaltada era el siguiente:

“...El pequeño contribuyente podrá elegir la obra social que le efectuará las prestaciones, desde su inscripción en el Régimen Simplificado (RS), en los términos y condiciones establecidos en el Decreto 9 del 7 de enero de 1993 y su modificatorio y el Decreto 504 de fecha 12 de mayo de 1998 y su modificatorio...”

II.1.2. Administración de Programas Especiales (APE)

Cabe mencionar a continuación, a efectos de una mejor comprensión del tema, la influencia que realiza la APE en la distribución del Fondo Solidario de Redistribución (FSR). Este fondo creado por la Ley Nro. 23.661/89 del Sistema Nacional del Seguro de Salud tuvo como objetivo fundamental subsidiar a agentes del sistema de salud que, por todo concepto, perciban menores ingresos promedio por beneficiario obligado, con el propósito de equiparar niveles de cobertura obligatoria. Asimismo, fue creado para apoyar financieramente a los agentes del seguro, en calidad de préstamos, subvenciones y subsidios, y la financiación de planes y programas de salud destinados a beneficiarios del seguro. Es de señalar que el FSR se financia con el aporte del DIEZ POR CIENTO (10%) o el QUINCE POR CIENTO (15%); el 10 % de la suma de la contribución y los aportes previstos del personal en relación de dependencia, y cuando se trate de las Obras Sociales del Personal de Dirección y de las Asociaciones Profesionales de Empresarios, el QUINCE POR CIENTO (15%) o el VEINTE POR CIENTO (20%), respectivamente.

Mediante el Decreto Nro 53 del 15/01/1998 se crea la Administración de Programas Especiales (APE) como organismo descentralizado de la ADMINISTRACIÓN PÚBLICA NACIONAL en jurisdicción del MINISTERIO DE

SALUD Y ACCIÓN SOCIAL, con personalidad jurídica propia y con un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera.

La APE tendrá como objetivo 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 N° 23.661 del año 1989.

Por Decreto Nro 446 del año 2000 fue suspendido el funcionamiento de la APE para luego, a través del Decreto Nro 486 del año 2002 se reestableció su funcionamiento hasta la actualidad.

II.1.3. Valor Mínimo Garantizado del Fondo Solidario de Redistribución (FSR)

A partir de la sanción del Decreto Nro 1901 de diciembre del año 2006 se fijó un valor mínimo garantizado que deben recibir las obras sociales según el sexo, edades y "riesgo médico" de los beneficiarios. Tendrán derecho a la Distribución por Ajuste de Riesgo de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución en caso que los titulares de afiliación pertenezcan al Cuarenta por Ciento (40%) de titulares de menor contribución por grupo familiar. Así, para los menores de 14 años se fijó en 22 pesos. Entre 15 y 49 años, en 35 pesos para el varón y en 41 para las mujeres. Y entre 50 y 64 pesos en \$ 41 para ambos sexos. Por encima de 65 años, el valor subió a 91,50 pesos.⁷

Esto significa que dicho Fondo deberá cubrir a las Obras Sociales la diferencia entre lo que recaudan de sus afiliados y los valores mínimos garantizados.

II.1.4. Plan Superador

De acuerdo a la Resolución S.S.S. N° 195/98, **"...las Obras Sociales además de la obligación legal de satisfacer el Programa Médico Obligatorio (PMO), pueden ofrecer a los beneficiarios planes**

⁷ Nuevos Valores Mínimos: Menores de 14 años se fijó en 28 pesos, de 15 a 49 años, en \$ 44 para el varón y \$ 52 para la mujer; de 50 a 64 años 52 pesos para ambos sexos y para los mayores de 65 años en 114,50 pesos también para ambos sexos. Resolución Nro. 1765/08 vigencia 01/12/2008

complementarios para lo cual están habilitadas a recibir aportes y contribuciones adicionales (art. 16 Decreto 576/93 Anexo I).”

Asimismo, a raíz de la Resolución de la SSS Nro.479 del año 2006 las Obras Sociales están obligadas a inscribirse en la SSS. Así lo dispone su Artículo 1º - *Las Obras Sociales que cuenten con planes superadores al PLAN MÉDICO OBLIGATORIO y que pretendan aumentar el monto de las cuotas que abonan sus beneficiarios o introducir modificaciones a los planes respectivos, deberán requerir previamente la autorización de este Organismo, conforme las pautas establecidas en el Anexo de esta Resolución.*

Su Artículo 2º expresa: *Las modificaciones autorizadas en el artículo que precede, deberán ser informadas por los Agentes del Seguro de Salud a los beneficiarios, en forma fehaciente y con una antelación no menor de noventa (90) días, contados a partir de la fecha en que la nueva cuota o modificación comenzará a regir.*

:- Por lo tanto, en el momento de realizar el trámite de opción, el beneficiario que desee optar por un plan superador, deberá completar la Solicitud de Ingreso correspondientes a los Planes Superadores, que quedará supeditada a la evaluación de Auditoría Médica.

- Una vez autorizado el plan superador del Programa Médico Obligatorio (PMO), el optante deberá firmar un contrato con la Obra Social, donde se establezcan las obligaciones de las partes.

- La cuota adicional que corresponde al plan superador es determinada en función de la diferencia entre el aporte que integra el módulo de salud del monotributo (\$22) y la cuota correspondiente al plan elegido,

- Con posterioridad al alta del afiliado, aproximadamente a los noventa días de su ingreso a la Obra Social, recién se puede identificar el aporte real de acuerdo a la clave única de identificación laboral (C.U.I.L.), según información suministrada por la AFIP.

II.2.-Otros Antecedentes

Además de los antecedentes legales expuestos en el apartado II.1.- de la presente investigación, es objetivo de este trabajo resaltar que desde sus inicios el régimen ya estaba siendo observado con preocupación por los funcionarios responsables de la Superintendencia de Servicios de Salud. Dando cuenta de ello, se expone a continuación parte del texto de una publicación de un medio gráfico del país:

“El superintendente de Servicios de Salud, Rubén Torres, sostuvo que el régimen de monotributo y otros sistemas de contribución a la seguridad social, como el del personal doméstico, son usados frecuentemente como una vía de fraude por personas que sólo se inscriben para obtener prestaciones de salud de alto costo del sistema de obras sociales, al que los pequeños contribuyentes sólo aportan \$20 mensuales...

...“Yo creo que el monotributo debe desaparecer”, sintetizó el consultor del BID y ex superintendente de AFJP Walter Schultess, uno de los autores de la reforma previsional de 1994”.⁸

El desfinanciamiento que genera este subsistema también es advertido, en la actualidad, por dirigentes de importantes Obras Sociales. *“...Cavaliere aseguró que para sostener la atención a los monotributistas el aporte debería subir de \$37 a por lo menos 90 pesos. “Darles salud nos cuesta mucha plata que impacta en los costos de nuestras obras sociales. Por lo general es gente de clase media que por cualquier cosa va al médico. Tienen más cultura preventiva que nuestros propios afiliados”, explicó. La obra social de Comercio cuenta con unos 700 mil afiliados y sus grupos familiares. También está obligada a prestar atención a 200 mil monotributistas.*

⁸ Diario La Nación. Sección Política. 29/06/2003 “Cuestionan el régimen del monotributo” [FC: 08/07/08].

El dirigente se quejó de que no existan límites en los requisitos para la atención médica de esos contribuyentes: “Vienen mujeres con ocho meses de embarazo y discapacitados. En la CGT hay unidad de criterio, todos estamos en contra de seguir con esta modalidad”.

Según Cavalieri, “lo más escandaloso es que tanto el que factura 40 mil pesos por año como el que factura 140 mil pesos, todos pagan 37 pesos por igual”, dijo a Crítica. Luego de la creación del régimen de monotributo, el ex ministro de Economía Domingo Cavallo ideó que las obras sociales prestasen salud para esos aportantes como mecanismo para atraerlos al sistema y blanquear su situación. Las organizaciones sindicales, que en un principio se incorporaron entusiastas a la modalidad, sumaron complicaciones en los últimos años por la falta de actualización de los montos de los aportes.

Las obras sociales más afectadas son las que tienen las redes más grandes de atención sanitaria, como Osecac (Comercio), Construir Salud (albañiles) y Osuthgra (Gastronómicos). El secretario de finanzas del sindicato gastronómico, Norberto Latorre, dijo que en su gremio se atienden casi 400 mil afiliados y sus familiares, y 80 mil monotributistas.

“El problema que tenemos con los del monotributo es que por lo general son de buenos ingresos, llegan a la obra social con un auto importado y te patean la puerta para exigirte prestaciones que ni nuestra propia gente pide”, argumentó.

*Latorre mencionó que Osuthgra atiende en la actualidad **a cuatro pacientes que sufren la enfermedad de Fabry, un mal poco común de origen genético que se origina por la falta de producción de una enzima. “Son cuatro monotributistas que nos direccionaron y cuya atención nos cuesta 90 mil dólares por mes”, explicó. Y agregó que la obra social atiende a 1.500 discapacitados que no son gastronómicos.***

Según el dirigente, la situación se agrava por los amparos judiciales a favor de pacientes que reclaman la cobertura de su obra social en tratamientos incluso no contemplados por el Programa Médico Obligatorio (PMO). Y agregó que la Administración de Programas Especiales (APE), un organismo del Estado que les reembolsa a las obras sociales el costo de los tratamientos complejos, “tiene valores desactualizados de hace diez años”. Latorre agregó que por ese desfase, “la obra social gasta en esos tratamientos 5 millones de pesos por mes” y que la APE “sólo restituye 2 millones”.⁹

Inclusive el subsistema estuvo a punto de ser suspendido por los propios gremios, a saber:

Los gremios no están dispuestos a esperar indefinidamente por una respuesta oficial a su reclamo para aumentar el aporte mensual que pagan los monotributistas por utilizar los servicios médicos que brindan las obras sociales. Si en 60 días, el Gobierno no avanza con alguna iniciativa para reformular el sistema y garantizar mayores ingresos a las obras sociales, alrededor de 1,5 millones de monotributistas se quedarían sin cobertura de salud.



La decisión ya fue consensuada entre la primera línea de la central obrera que conduce Hugo Moyano y será uno de los temas de discusión mañana (por 27/01/09) en la reunión de de la llamada mesa chica de la entidad.

Según anticiparon voceros sindicales, la idea es que el próximo encuentro del consejo directivo cegetista establezca que si no hay una definición sobre el incremento de los aportes durante los próximos 60 días, los gremios procedan a la suspensión de los servicios de salud a los monotributistas.

“Este es un tema recurrente que no se resuelve y sigue generando problemas de financiamiento a las obras sociales. Vamos a dar el último plazo para esperar respuestas, pero si no aparecen no vamos a seguir atendiendo a los monotributistas”, advirtieron ayer cerca de Moyano. En la CGT consideran que el problema de la cobertura sanitaria de esos contribuyentes no se resuelve

⁹ www.diariovictoria.com.ar 26/01/09 [F.C.: 23/06/09].

solo con un suba de los montos de los aportes, y exigen una nueva ley que reformule todo el sistema y disponga franjas diferenciadas de aportes según el nivel de ingresos, tal como ocurre con las contribuciones de los trabajadores en relación de dependencia.

Actualmente los monotributistas pagan mensualmente \$ 37 a las obras sociales sindicales por su atención médica y la de su grupo familiar, lo que representa apenas un tercio del aporte promedio de un empleado registrado. En los sindicatos opinan que para equilibrar el sistema habría que tratar de equiparar la contribución de los monotributistas con la de los trabajadores activos.¹⁰

Otros medios gráficos también informaban sobre los distintos inconvenientes que estaba generando el sistema:

La disconformidad de afiliados a la obra social **Andar** (Viajantes de Comercio), **que absorbe en su cartera de socios a un importante porcentaje de monotributistas, llegó a la Defensoría del Pueblo.**

Allí, hicieron saber que al caducar los convenios que esa mutual mantenía con clínicas privadas de Río Cuarto, buena parte de las prestaciones terminan orientándose hacia el hospital.

El médico auditor de ese centro asistencial, doctor Isaac Pérez Villarreal, dio fe de esta situación. Dijo que los inconvenientes con afiliados de Andar comenzaron a agudizarse este año y recordó que es la obra social la que debe ocuparse de la atención primaria y secundaria de la salud. “Nunca nos hemos negado a atender las urgencias, de hecho cuando los pacientes entran con una emergencia a la guardia son recibidos sin importar si tienen o no mutual, pero no nos vamos a hacer cargo de la atención que ellos tienen la obligación de cumplir”, dijo Pérez Villarreal.

Los mismos afiliados que fueron consultados por este diario hicieron saber las serias dificultades que están teniendo para recibir una atención adecuada: una mujer contó que ante la carencia de profesionales en diferentes

¹⁰ www.cronista.com 26/01/09 (F.C.: 26/06/09)

especialidades no le queda otra opción que ir al hospital, “pero no veo por qué voy a tener que hacer cola desde las cinco de la mañana cuando yo estoy pagando una mutual”, explicó una de las personas que se presentó en la Defensoría del Pueblo.

Una comunicación que recibió en julio de este año de parte de la mutual Andar le informaba que debido al incremento en el costo de las prestaciones la obra social se vio en la necesidad de modificar la nómina de prestadores. Para la atención clínica, ofrece un servicio de emergencia, con lo cual la elección de los profesionales médicos es prácticamente nula y en el ítem “Urgencias, emergencias e internación”, Andar incluye al propio hospital. “No corresponde que nosotros estemos incluidos en ninguna cartilla porque se entiende que en casos de urgencia vamos a actuar, pero no tenemos ningún tipo de convenio con ninguna obra social y lo que probablemente está pasando en este caso es que se está discriminando a los afiliados del plan básico de Andar porque la misma gerenciadora de esa obra social, que es Visitar, se ocupa de cubrir las prestaciones médicas en planes más costosos”, informó el auditor.



Doris Lucero, otra de las afiliadas que presentó sus quejas a la Defensoría, relató que si ella se atiende con algún especialista que está fuera de los prestadores debe pagar 30 pesos y la obra social sólo le restituye once. Agregó que si tiene que realizarse alguna operación, Andar hoy no tiene convenio con ninguna clínica, por lo tanto la única opción que tendría es el hospital, pero allí las operaciones programadas son para aquellas personas que no tienen mutual. “A mí me cobran todos los meses, tengo el monotributo al día, pero en este momento no tengo una clínica que me atienda”, explicó Lucero.

La opción que le queda es buscar presupuesto en alguna clínica. “Tenés que pagar de tu bolsillo y después esperar para ver si la obra social te reintegra algo o no, y cuando se le dé la gana”. La afiliada remarcó que hace un año que espera que Andar le reintegre los \$380 que pagó por unos análisis ginecológicos.

La obra social funciona en el mismo edificio que la gerenciadora Visitar y el auditor de la gerenciadora dijo que no le correspondía a él hacer comentarios sobre estos reclamos”.¹¹

A continuación se detalla un informe que preparó el Diario UNO de la Provincia de Mendoza sobre la prestación en salud a monotributistas detallando que obras sociales renunciaron a integrar el listado de Obras Sociales (OOSS) que atienden a este tipo de afiliado y cuales ofrecen planes superadores:

*Hay obras sociales que disminuyeron notablemente el número de especialistas que dentro del plan atienden bajo ese régimen. Aducen que los **24 pesos que aportan los monotributistas no alcanzan para cubrir los costos**. Desde la Superintendencia de Servicios de Salud se facilitó tal panorama e incluso que otras entidades no afilian a más monotributistas.*

También están las que no brindan ninguna prestación en el ámbito privado para el autónomo. Otras redujeron la cobertura en los medicamentos.

Lo peor del caso es que la Provincia no tiene ningún organismo de control en estos casos. Los afiliados tienen que acudir a la Superintendencia Nacional de Salud a través de Internet para realizar una denuncia.

- **Beneficiarios**

Junto con el componente tributario –variable según la categoría y el ingreso del contribuyente– el monotributista abona también jubilación y obra social. Estos últimos son componentes fijos y en el caso de la obra social el titular debe abonar 24,44 pesos. El pago es obligatorio.

Los monotributistas deben elegir alguna de las obras sociales (inscriptas en el) Sistema Nacional del Seguro de Salud.

¹¹ http://www.puntal.com.ar/noticia_ed_anteriores.php?id=3622 22/06/08 [F.C.: 05/06/09].

La obra social que elija el pequeño contribuyente debe brindar como mínimo la cobertura establecida en el PMOE (Programa Médico Obligatorio de Emergencia). Así lo informó a diario UNO Paola Rodríguez, encargada del área atención de afiliaciones monotributistas del organismo nacional.

El PMOE establece atención primaria, secundaria, internación, salud mental, rehabilitación. Odontología y medicamentos.

Los monotributistas que se incorporen al régimen incluso cuentan con una progresividad en el acceso a la cobertura a partir de su inscripción en AFIP, según reglamentación de la Ley N° 25.865/04.

- *Panorama*

Diario UNO consultó a las obras sociales para conocer las prestaciones que brindan a los monotributistas.

Algunas no poseen ninguna prestación para los monotributistas que abonen 22 o 24 pesos. Deben ser asistidos por hospitales públicos. Sí pueden acceder a descuentos del 40% en las farmacias. En la ciudad (Mendoza) hay dos cadenas de farmacias que trabajan con tal modalidad.

Se especificó que los monotributistas pueden optar únicamente por planes superadores mucho más amplios para acceder a la cobertura, pagando más.

El costo depende del grupo familiar y sus necesidades.

En una obra social sindical consultada, Ostrera (trabajadores rurales), dicen trabajar normalmente con los monotributistas tal como lo venían haciendo. Sin embargo, a UNO confiaron que se redujo el número de prestadores que trabajan con esa obra social en el caso de que el afiliado sea monotributista.

Por ejemplo en un centro asistencial de Crespo (Mendoza), donde hay especialistas que antes trabajaban con afiliados a tal obra social y con monotributistas, hoy ya no lo hacen. “En los medicamentos la cobertura que tenía era del 40%, ahora depende el medicamento. En los más baratos cubre un 40%. Los más caros sólo un 10%”, expresó una afiliada.

La obra social de Supervisores de la Industria Metal Mecánica ya no recibe más monotributistas. Así lo confirmó Luciana, operadora telefónica del lugar, la única que respondió la requisitoria de este diario.

A nivel nacional la obra social de Conductores Camioneros y Personal del Transporte Automotor de Cargas dio de baja como prestador a los empleados de monotributistas.

Se excluyeron del listado de obras sociales que aceptan brindar cobertura médico-asistencial a empleados de monotributistas, pero mantienen la obligación respecto de los beneficiarios ya inscriptos en ellas.

- **Opción**

Los pequeños contribuyentes adheridos al régimen cuentan con el derecho de opción de cambio de obra social una vez por año calendario.

Los beneficiarios monotributistas deben dirigirse a la sede de la obra social por la cual optaron, completar el formulario correspondiente y suscribir el libro rubricado. La cobertura de la nueva obra social comienza el primer día del tercer mes desde la fecha en que se realizó la opción de cambio. Ninguna obra social habilitada para recibir a beneficiarios monotributistas puede rechazar su afiliación.

- *Aumento*

A nivel nacional hablan de un posible aumento de alrededor de 12 o 13 pesos para la cuota mensual que pagan a la AFIP los monotributistas y el personal doméstico. El incremento de esa cuota impositiva involucra a casi 1,5 millones de personas.

El aumento se debe a que, por las normas vigentes, el Gobierno tiene que actualizar el aporte a la obra social de esos sectores. Hoy esa cuota (una suma fija) es de 24,44 pesos, y podría pasar a 37, según adelantaron fuentes de la Superintendencia de Servicios de Salud que pidieron no ser identificadas.

- *¿Qué es el PMOE?*

PMOE (Plan Médico Obligatorio de Emergencia) fue implementado por el Gobierno. Establece la cobertura exclusiva de las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria social.

Entre ellos los cuidados continuos a los beneficiarios, dando prioridad a la atención a través del médico de familia para que sea este quien acompañe en forma integral a los pacientes en el cuidado, la recuperación y la rehabilitación de su salud. En lo relacionado a internación, asegura el 100% de cobertura y establece que podrá existir una reprogramación de las cirugías en las cuales no esté en riesgo la vida del paciente.

- *Denuncias*

En la provincia (Mendoza) no existe ningún organismo que controle las prestaciones que brindan las obras sociales.

Entonces, cuando el afiliado se encuentra con una irregularidad debe dirigirse al organismo a nivel nacional. Entra a la página digital de la Superintendencia de Servicios de Salud www.sssalud.gov.ar y efectúa sus reclamos a través de un Formulario B. "Lo completa el titular y lo manda con fotocopia de su DNI.

Además de los últimos tres comprobantes del monotributo y en el caso de trabajar en relación de dependencia, los últimos recibos de sueldo”, dijo Paola, del organismo nacional. Debe enviarse por correo a avenida Roque Sáenz Peña 520, Código Postal 1.035.

En el formulario debe explicar el motivo del reclamo y si necesita puede enviar nota adjunta donde explique la situación. “Intimamos a la obra social para que cumpla con las normativas“. Recordó que el PMOE obliga a la obra social a brindar las prestaciones básicas.¹²



¹² http://apfdigital.com.ar/despachos.asp?cod_des=88746 17/07/07 [F.C.: 09/07/09].

III.1.- Objetivo General

Establecer las bases para una nueva concepción del sistema de cobertura de salud para los inscriptos en el Régimen Simplificado Para Pequeños Contribuyentes.

III.2 -Objetivos Específicos

Los Objetivos específicos, tal como lo afirman los Dres. Lemus J., Aragües y Oroz V. y colaboradores *“...deberían enfocar los varios aspectos del problema tal como se han definido; deberían especificar qué se hará en el estudio, dónde y con qué propósito.”*¹³

Los objetivos específicos son los que se detallan a continuación:

- a) Elaborar un diagnóstico de situación en aquellas Obras Sociales de más de 100.000 afiliados respecto al nivel de utilización de la cobertura de salud de contribuyentes monotributistas.
- b) Indagar, en determinadas Obras Sociales, las causas de la no utilización de la cobertura médica por parte del monotributista afiliado a las mismas.
- c) Establecer que nivel de adhesión se produce en la población de afiliados monotributistas a los planes superadores ofrecidos.
- d) Determinar, porcentualmente, la relación entre los ingresos financieros respecto de los costos prestacionales de la población monotributista en una Obra Social determinada para el trabajo de investigación.

¹³ Lemus J. - Aragües y Oroz V. y col. “Investigación en sistemas y servicios de salud” 1ra Ed. Rosario Corpus 2007.

- e) Determinar, sobre las cantidades de servicios prestacionales demandados por el monotributista, en cuanto participan las prestaciones de alta complejidad.
- f) Establecer los niveles de recupero que tienen estas prestaciones de alta complejidad respecto a los reintegros realizados por la APE y que nivel de desfinanciamiento producen.
- g) Identificar y analizar las características de las Obras Sociales inscriptas en el padrón de la SSS para dar prestaciones a afiliados del régimen simplificado.



El reducido aporte económico dirigido a la cobertura de salud realizado por el inscripto en el régimen simplificado y el acceso al sistema de salud, sin restricción alguna, por parte de la población más adversa producirían el desfinanciamiento del régimen; no colapsado en la actualidad por el reintegro insuficiente y atemporal realizado por la APE, la opción de obtener un plan superador por parte del afiliado y en función a la no utilización de los servicios por gran parte de la población monotributista.



V.1. Subsistema de Salud y PMO

El Dr. Jorge Lemus define en su libro “Salud Pública, Epidemiología y Atención Primaria de Salud que *”Un sistema de salud es una organización creada para proveer servicios destinados a promover, prevenir, recuperar o rehabilitar el daño en salud, con la meta de asegurar el acceso a una atención de calidad adecuada y a un costo razonable”*.

Continúa afirmando que *“El sistema sanitario argentino tiene como eje central el Sistema Nacional del Seguro de Salud (Ley 23.661/1989), que tiene los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica”*.¹⁴

Establece además, dicho Sistema Nacional del Seguro de Salud se estructura sobre la base de tres subsistemas *“con escasa complementariedad y articulación de sus instituciones y establecimientos”*, a saber:

- a) **el Público:** siendo su representante más típico el Hospital Público y que representa el 22 % del gasto en el sector salud.
- b) **el Paraestatal o de las Obras Sociales:** se trata de entidades sin fines de lucro destinadas a prestar servicios de cobertura médico-asistencial a las personas asociadas obligatoriamente por pertenecer a una determinada empresa o sector productivo, o por elección propia. Pueden ser de asociaciones gremiales de trabajadores con personería gremial con convenios colectivos de trabajo del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios, de las empresas y sociedades del Estado por convenio con empresas privadas o públicas. Representada por las Obras Sociales Nacionales

¹⁴ Fuente: Lemus J. D. y col. *Salud Pública, Epidemiología y Atención Primaria de la Salud* C.I.D.E.S, 2005. Págs. 115/116 y 117.

y el PAMI; las Obras Sociales Provinciales, las Obras Sociales Sindicales, las Obras Sociales de Personal de Dirección y otras Obras Sociales (Fuerzas de Seguridad), conformando el 37.1 % del gasto en el sector salud.

- c) **el Privado:** compuesto por empresas de medicina prepaga, compañías de seguro, aseguradoras de riesgo del trabajo y diversos efectores institucionales (hospitales, clínicas, sanatorios privados, centros de diagnóstico y tratamiento, etc.) representando el 40.9 % del gasto en el sector salud.

El mencionado autor amplía su explicación sobre el sistema de cobertura por PMO, de la siguiente manera:

“...Para que las entidades puedan cumplir adecuadamente con las prestaciones que por Ley deben brindar (PMO), deberían tener una población de beneficiarios de un tamaño y con características tales, que constituya un conjunto de riesgo adecuado. En la actualidad, un porcentaje muy significativo de entidades no reúne estas condiciones, ya que poseen una población insuficiente en cuanto a número de beneficiarios...”¹⁵

V.2. Cobertura de Salud en el monotributo y Población Adversa

El tema abordado se focaliza su análisis en la problemática de las Obras Sociales que están habilitadas para dar cobertura de salud al monotributista. Tal como está conformado el régimen, el sistema convierte a la entidad financiadora del servicio en un ente con alto riesgo en cuanto a su subsistencia futura por el potencial uso por parte de una población adversa.

¹⁵ Lemus, J. y col. Op.Cit .Pág 117.

Inclusive, se encuentran páginas web que “fomentan” la utilización del régimen para casos que carezcan de cobertura de salud como la publicada por la Dra. María Inés Bianco y la Dra. Leticia Crescentini en su **Guía Básica de Salud y Discapacidad**¹⁶. A continuación se detalla lo que estas profesionales del derecho aconsejan:

¿Cuáles son los caminos para obtener cobertura de salud cuando una persona con discapacidad, se encuentra sin relación de dependencia laboral?

A continuación se detallan los posibles caminos para obtener cobertura de salud y discapacidad cuando una persona se encuentra sin relación de dependencia laboral, careciendo de Obra Social. De esta enumeración no taxativa, se excluye a las empresas de Medicina Pre Paga, ya que las mismas se encuentran legitimadas para alegar " preexistencia de la enfermedad " y negar su cobertura.-

Los caminos previsibles son:

1.- **Monotributo:** *El primer modo de obtención es el inscribirse en el Monotributo. Este instrumento no sólo permite estar al día en la faz impositiva y previsional, sino que otorga los beneficios de la obra social -Al ser cobertura obligatoria de Obra Social¹⁷, no se pueden rechazar de la afiliación personas con enfermedades preexistentes. Y asciende la categoría más baja alrededor de los \$ 90 aproximadamente mensuales.- Es decir que el Monotributo permite trabajar en forma autónoma, reunir aportes para una jubilación y tener a su vez la cobertura total de obra social pudiendo elegirse cualquier obra social, incluyendo las de personal de dirección (osde, ase, osseg , etc).--En principio existe una carencia de 6 meses para acceder a la cobertura de alto costo. Pero esta reglamentación es inconstitucional y así puede ser impugnada para acceder a la cobertura integral.*

¹⁶ www.vcfs.com.ar/GuiaBasicadeSaludyDiscapacidadMAY2006.pdf 12/05/06 [F.C.: 26/01/2007]

¹⁷ Ver Listado de Obras Sociales para Monotributistas en Anexo II

2- **Servicio Doméstico:** es similar a la anterior, pero su costo es inferior, alrededor de \$ 55 mensuales, brindando los mismos servicios que el anterior: previsional y de obra social obligatoria. Y la boleta de pago queda registrada a nombre de la empleada y no del empleador. -

3.- **Personas sin tareas remuneradas (ley de seguro de salud):** Pueden igual acceder aquellas personas que se quedaron sin trabajo a inscribirse en un agente de seguro de salud (es decir las obras sociales sindicales, empresarias, etc.) abonando un valor de cápita más aportes al fondo de re-distribución). Su valor es similar al monotributo.

4- **Pensión no contributiva por invalidez y pensiones graciabiles:** Aquellas personas que reúnan los requisitos establecidos tienen cobertura de Obra Social, a través de PRO-FE (Programa Federal de Salud) dependiente de la Comisión”.

V.3. Informe de la SSS

La utilización indebida de la cobertura de salud del Régimen Simplificado fue alertada por el organismo de aplicación y contralor¹⁸.

Un estudio de la Superintendencia de Servicios de Salud detectó afiliaciones de personas mayores al sistema de monotributo para obtener prestaciones de alta complejidad. Por lo que muchos que aportan \$20 pesos mensuales obtienen servicios de alto costo.

Estos datos surgen de un estudio de la SSS, sobre una muestra de 48 beneficiarios inscriptos entre noviembre del 2002 y abril del 2003, donde se estudió el momento en que los mismos requirieron prestaciones de alta complejidad. Según el estudio, el 63% las solicitó en el mismo momento de la inscripción; 21% lo pidió dentro del mes de la inscripción; 10% dentro de los dos meses; 4% a los tres meses y 2 % a los cuatro meses.

¹⁸ www.buenafuente.com 04/07/2003 [F.C.: 21/07/2007].

El promedio de edad de quienes habrían realizado el mencionado fraude laboral es de 67.4 años. El 90% de esos pacientes tenían más de 65 años, 14% tenía más de 70 años y 10 por ciento de ellos, eran afiliados del programa de atención médica integral del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. El Doctor Rubén Torres adelantó que si el sistema sigue funcionando así terminará quebrándose, además de que eso provoca diferencias no justificadas con los autónomos.

Esta polémica remite directamente a la situación de las enfermedades de alta complejidad y costos en el país. En países como España, hay muchas patologías que insumen grandes gastos que son cubiertas por las obras sociales. En cambio en el país, los beneficiarios de las obras sociales aportan a un fondo destinado a financiar la alta complejidad. Pero hasta 2001, esa caja auxilió a las obras sociales con déficit financiero con mucho más que lo destinado realmente a los reintegros por prestaciones médicas, y ahora arrastra una deuda de casi \$ 200 millones.

El Director de la Maestría en Servicios de Salud y Seguridad Social del Instituto Universitario Isalud, mencionado precedentemente, Doctor Rubén Torres expresa respecto a la cobertura de salud en el monotributo que: *“Desde la implementación del sistema advertimos de las gravísimas falencias que el mismo tiene desde el punto de vista de la teoría del seguro, transformándose, para quienes desarrollamos labor académica en el campo de la seguridad social, en un prodigioso ejemplo de lo que no se debe hacer en un seguro de salud.*

Paso a mencionar algunos ejemplos:

1. El aporte para salud (al igual que el jubilatorio) es fijo, y no progresivo con el ingreso de los beneficiarios. De esta forma quienes ganan un promedio de \$ 1.000 por mes (1ra categoría) aportan lo mismo que quienes poseen un ingreso promedio de \$ 6.000 por mes. Esto contradice un principio básico de la seguridad social: el de la solidaridad, por el cual quienes más ganan más aportan.

2. En la misma línea, el aporte al Fondo Solidario de Redistribución (tal vez el más poderoso mecanismo de equilibrio solidario del sistema de obras sociales) tampoco es progresivo, por lo cual cuando es necesario cubrir las prestaciones de alto costo y baja incidencia, el subsidio es regresivo: los trabajadores en relación de dependencia que menos ganan, subsidian las prestaciones de los monotributistas que más ganan.

3. El valor del aporte fue fijado conforme al monto del llamado subsidio nominativo, con el cual sabiamente la ley compensaba a través del Fondo Solidario de Redistribución a aquellos beneficiarios cuyo aporte y contribución del 9% sobre sus salarios -los más bajos del sistema-, no alcanzaban para cubrir el costo del Programa Médico Obligatorio. Por lo tanto dicho valor no refleja el costo de dicho Programa, sino solamente alrededor del 45% del mismo, poniendo entonces en peligro la sustentabilidad económica del sistema. Cabe aclarar que la fijación de este valor como referencia, fuertemente resistido por el área de salud en las discusiones que precedieron a la implementación del sistema (contando en ese momento, por primera vez, con un estudio actuarial de los costos del PMO), fue sostenido e impuesto por las autoridades económicas y fiscales de la época, que vieron con lógica, la posibilidad de aseguramiento en salud como un incentivo para el pago de impuestos.

4. El error más grave lo representa, posiblemente, la tácita autorización que el sistema otorga para conformar el llamado "abuso moral" a favor de los beneficiarios, y en detrimento de las aseguradoras (las obras sociales); pues con el solo pago voluntario del aporte, éste otorga el acceso a la totalidad de los servicios. Con lo cual, además, con un pago menor al de todos los trabajadores en relación de dependencia (aproximadamente el 27 % de lo que aporta este trabajador con el mismo ingreso), se adquiere el derecho al mismo servicio. Con esta facilidad, uno puede entonces elegir asegurarse exclusivamente cuando se enferma, lesionando así, además, la solidaridad que existe en el sistema entre sanos y enfermos (para hacerlo más gráfico, el

resultado sería el mismo que se lograría si las aseguradoras de automóviles aseguraran los vehículos luego de robados o chocados)”¹⁹.

V.4. La Administración de Programas Especiales (APE)

Un análisis independiente amerita el funcionamiento de la APE y su injerencia en las OOSS que dan cobertura de salud al monotributista. Retomando lo ya informado en el presente trabajo la APE se encarga de la distribución del Fondo Solidario de Redistribución (FSR). Este fondo creado por la Ley Nro. 23.661/89 del Sistema Nacional del Seguro de Salud tuvo como objetivo fundamental subsidiar a agentes del sistema de salud que, por todo concepto, perciban menores ingresos promedio por beneficiario obligado, con el propósito de equiparar niveles de cobertura obligatoria.

La APE fue creada para asistir a los distintos agentes del sistema de salud por la fuerte incidencia económica financiera que genera la obligatoriedad de cumplimiento que determina el PMOe. En este sentido la APE otorga el subsidio en calidad de reintegro porque entiende que, para una mayor y mejor transparencia y eficacia es necesario generar ciertos requisitos que debe cumplir el agente de salud como paso previo a recibir el reintegro de los gastos efectuados.

La Resolución 10.800/04 de la APE establece en sus considerandos:

“Que teniendo en cuenta el alto costo de las prestaciones cubiertas por esta Administración de Programas Especiales y a efectos de resguardar las disponibilidades del Fondo Solidario de Redistribución sin correr el riesgo de desfinanciar su presupuesto, es necesario establecer los requisitos para solicitar apoyos financieros por los beneficiarios monotributistas de los Agentes del Seguro de Salud”. En tal sentido estableció que:

¹⁹ www.revistamedicos.com.ar/medico_44.pdf 02/05/07 [F.C.: 21/07/2007].

“Todas las solicitudes de apoyo financiero efectuadas por los Agentes del Seguro de Salud para cubrir las prestaciones de alta complejidad o que demanden una cobertura prolongada en el tiempo de sus beneficiarios monotributistas, de acuerdo a las Resoluciones N° 500/04 – APE y N° 400/99 – APE y sus modificatorias y complementarias, deberán ser presentadas con carácter de reintegro”. Estableció, además, “que no será tramitada ninguna solicitud de apoyo financiero por un beneficiario monotributista que no acredite una antigüedad mínima de seis (6) meses continuos de aporte efectivo al Fondo Solidario de Redistribución contados al momento de la efectiva prestación”.

Los Agentes del Seguro de Salud que requieran apoyos financieros para la cobertura de prestaciones de sus beneficiarios monotributistas deberán presentar, además de la información y documentación exigidos por la normativa específica, la constancia de inscripción del beneficiario en el Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes y los comprobantes de los pagos efectuados por el beneficiario de los últimos seis (6) meses anteriores a la realización de la práctica o comienzo del tratamiento.

VI. Análisis de la Información ▶

VI.1. Análisis de un estudio de caso:

A continuación se detallará la información relevada en la Obra Social OSDEPYM²⁰ para los años 2006 y 2007 respecto a las variables contempladas en la presente investigación, a saber:

a) Distribución etárea a efectos de determinar que afiliados se adhieren al Régimen Simplificado ubicando en que rango de edad se concentra el mayor número.

b) Relación entre el total de afiliados y aquellos que se encuentran habilitados a recibir cobertura, entendiendo como afiliado monotributista habilitado a aquel que se encuentra al día en sus pagos de la cuota o regularizada su situación en los padrones de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP).

c) Análisis de los Ingresos y Egresos de OSDEPYM por afiliado monotributista a efectos de determinar con que margen de rentabilidad opera el régimen. Asimismo, se observará los meses de mayores consumos con el objetivo de determinar que tipo de patología se brindó cobertura.

d) Análisis de los reintegros de la APE y su incidencia en la situación financiera de OSDEPYM.

e) Incidencia de los planes superadores en la población de afiliados monotributistas.

²⁰ OSDEPYM: “Obra Social de Empresarios, Profesionales y Monotributistas”. Obra Social de Dirección.

VI.1.1. MORAL HAZARD O POBLACION ADVERSA

A continuación, se presenta el gráfico correspondiente a la distribución por rango de edad en los años 2006 y 2007 de afiliados Monotributistas en OSDEPYM

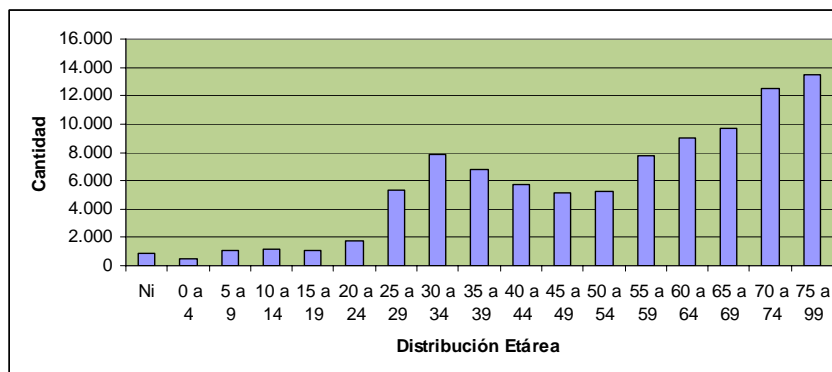


Gráfico Nro 1: Distribución por rango de edad de los afiliados monotributistas Año 2006.

Fuente: Elaboración Propia en base a datos de la empresa (2008).

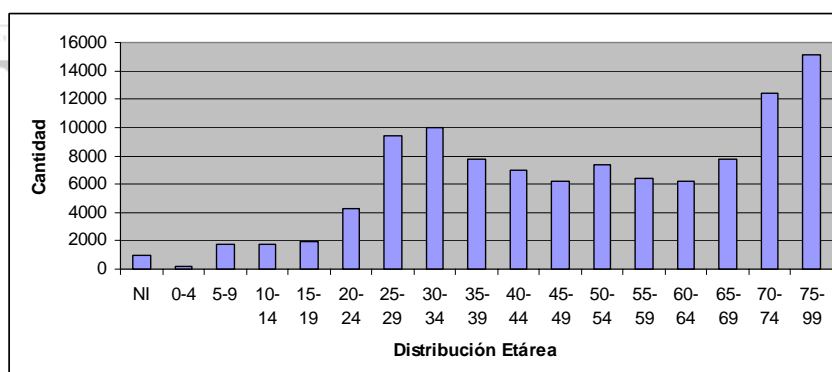


Gráfico Nro. 2: Distribución por rango de edad de los afiliados monotributistas Año 2007

Fuente: Elaboración Propia en base a datos de la empresa (2008).

Del análisis de los gráficos 1 y 2 en los que se detalla la distribución por edad de los afiliados monotributistas y sus adicionales de OSDEPYM de los años 2006 y 2007 puede observarse que claramente el grupo de mayor adhesión es el de los mayores de 70 años.

Este segmento, que supera los 30.000 afiliados es el que “elige” adherirse, sin desarrollar en la realidad, ninguna actividad económica, a efectos de recibir una cobertura de salud a muy bajo costo y con altísimas probabilidades de un uso intensivo de los servicios de la obra social que otorga la cobertura, en este caso OSDEPYM.

VI.1.2. RELACIÓN PORCENTUAL ENTRE TOTAL DE AFILIADOS MONOTRIBUTISTAS Y AFILIADOS HABILITADOS A RECIBIR COBERTURA

En los gráficos que se detallan a continuación se informa el total de afiliados que están en condiciones de recibir cobertura por haber depositado los últimos tres meses del monotributo respecto al total de afiliados monotributistas empadronados

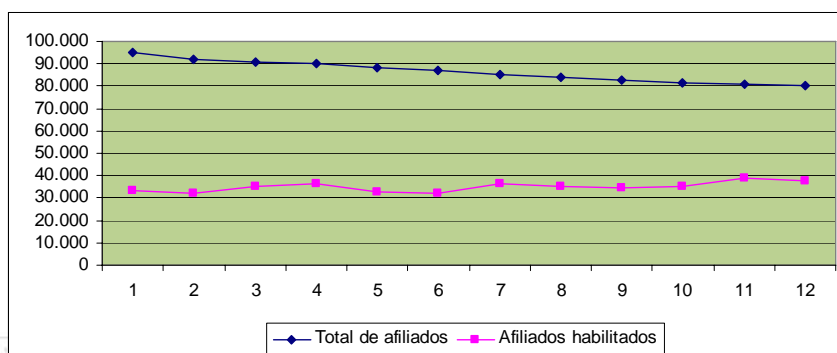


Gráfico Nro. 3: Relación entre total de afiliados monotributistas y aquellos habilitados a recibir cobertura Año 2006

Fuente: Elaboración Propia en base a datos de la empresa (2008).

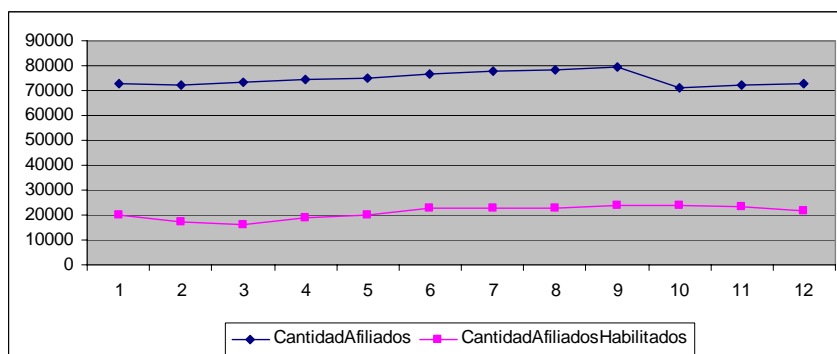


Gráfico Nro. 4: Relación entre total de afiliados monotributistas y aquellos habilitados a recibir cobertura Año 2007.

Fuente: Elaboración Propia en base a datos de la empresa (2008).

De acuerdo a lo que se viene sosteniendo en el presente trabajo, el régimen en estudio aún no colapsó, entre otras causales, debido a la falta de utilización de la cobertura por gran parte de la población monotributista.

Del análisis de los datos correspondientes a los años 2006 y 2007, de acuerdo a lo desarrollado en los Gráficos Nro. 3 y Nro. 4, se puede observar que sobre una población promedio en el año 2006 de casi 85.000 afiliados se encuentra habilitados un 40 % y en el año 2007 de casi 75.000 afiliados solamente un 28 % se encuentran en condiciones de recibir la cobertura. Esta situación se explica debido a que, para que reciba prestación el afiliado monotributista debe tener su cuota al día, tal como surge de los padrones de la Administración Federal de Ingresos Públicos (Afip). Es de destacar el atraso en cuanto al procesamiento de la información por parte de Afip que abarca un período de tres a diez meses. Por lo expuesto, una Obra Social puede encontrarse dando prestación a un contribuyente que se encuentra en mora con el régimen.

Estos datos confirman que en un escenario supuesto de que la totalidad de los afiliados estén sin deuda con sus pagos, aumentaría el riesgo de colapsar el sistema si, un alto porcentaje de ellos requiriera de los servicios de su cobertura.

VI.1.3. RELACIÓN ENTRE INGRESOS Y EGRESOS PROMEDIO POR MONOTRIBUTO

A continuación se detallará y analizará la relación entre ingresos y egresos de la Obra Social proveniente de los afiliados monotributistas, a través de los siguientes gráficos:

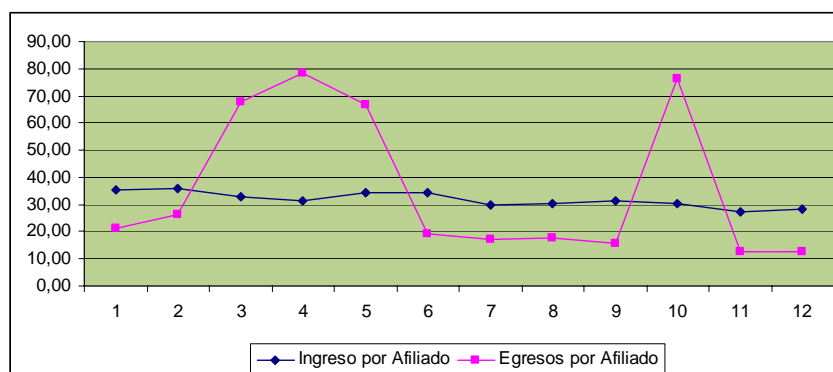


Gráfico Nro. 5: Relación de ingresos por afiliado respecto a egresos por afiliado Año 2006.

Fuente: Elaboración Propia en base a datos de la empresa (2008).

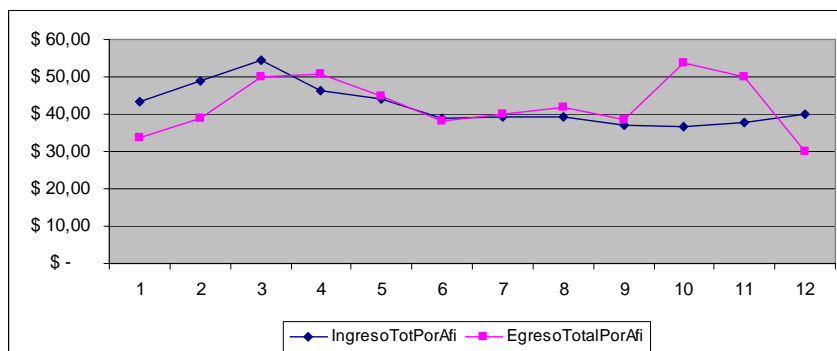


Gráfico Nro. 6: Relación de ingresos por afiliado respecto a egresos por afiliado Año 2007.

Fuente: Elaboración Propia en base a datos de la empresa (2008).

Continuando con el análisis sobre el nivel de resultado económico que genera el Régimen Simplificado se ha realizado un estudio sobre el total de ingresos que genera el régimen; éste se realiza sobre el ingreso que genera el afiliado titular y sus familiares respecto a los egresos totales por cada mes. A continuación se lo relacionó sobre la cantidad de afiliados registrados y se concluyó en un valor unitario.

En el Gráfico Nro 5 se observa el alto desequilibrio financiero que produce el caso de una paciente monotributista. La señora OCG a los 6 meses de haber ingresado a la Obra Social, y luego de haber aportado un total de \$132.- cuota mensual de \$24,44 menos el 10% para el fondo de redistribución), dio a luz una niña que presentó un diagnóstico de cardiopatía compleja conductiva congénita, bloqueo AV completo, aurícula única, parto que se cubrió a en su totalidad. Este caso produjo un grave desfasaje económico y financiero traducido, en el Gráfico 5, en valores unitarios.

En el año 2007, según el Gráfico 6 y analizando, particularmente, el mes de Octubre se pudo observar un caso de cáncer que había ingresado con una antigüedad menor a dos años. Se agrega como Anexo IV la Tabla Nro 1 la apertura de los veinte mayores consumos de dicho mes.

De lo analizado hasta aquí, se puede inferir que bajo el supuesto escenario de que la totalidad de los afiliados monotributistas estén en condiciones de recibir cobertura y que, adicionalmente, el sistema sea “elegido” por la población más adversa, el régimen colapsaría provocando un fuerte desfinanciamiento del sistema.

A continuación se agregan dos nuevos elementos para profundizar el análisis del funcionamiento de la cobertura de salud del monotributo: la asistencia de la APE y el ofrecimiento/aceptación a la población monotributista de los planes superadores por parte de las obras sociales.



VI.1.4. LA ASISTENCIA DE LA APE Y LA MORA EN EL PAGO EFECTIVO DE LOS REINTEGROS

De acuerdo a lo mencionado en el presente trabajo, los reintegros de la APE actúan en la cobertura de salud del monotributo como atenuante de los desequilibrios antes mencionados.

Como consecuencia del atraso que se produce en el cobro efectivo de las solicitudes de reintegro, las Obras Sociales debe resolver dificultades financieras que llegan a extenderse a más de un año.

Los gráficos que se detallan a continuación demostrarán que nivel de participación en el egreso total posee nominalmente los reintegros de la APE.

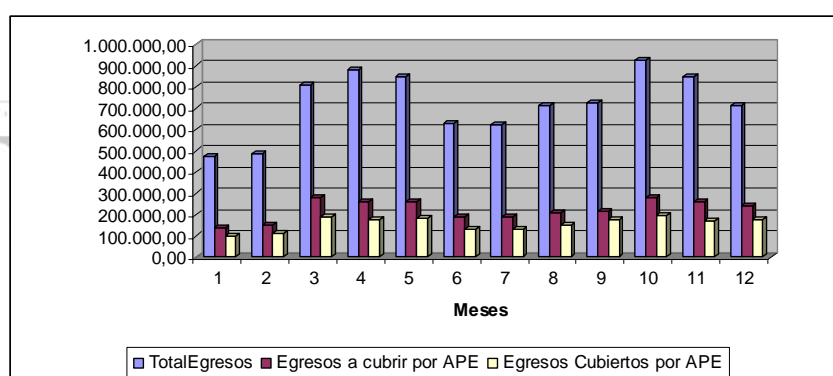


Gráfico Nro. 7: Relación de Total ingresos mensuales respecto a egresos a cubrir por la APE y los efectivamente admitidos por la APE Año 2006.

Fuente: Elaboración Propia en base a datos de la empresa (2008).

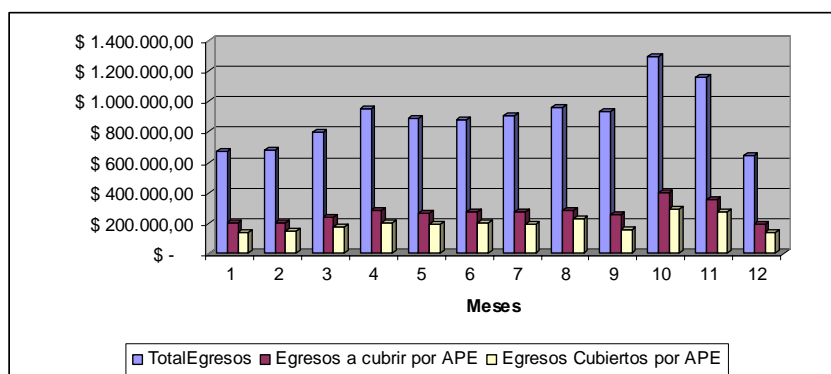


Gráfico Nro 8: Relación del Total Ingresos mensuales respecto a egresos a cubrir por la APE y los efectivamente admitidos por la APE Año 2007.

Fuente: Elaboración Propia en base a datos de la empresa (2008).

En los gráficos Nros 7 y 8 se describe que del total de egresos que posee la Obra Social bajo análisis, que corresponde a la cobertura del afiliado monotributista, aproximadamente es sujeta a reintegro, por ser prestaciones que están bajo la cobertura de la APE, un 30 % de las mismas y de éstas últimas, un 70 % son efectivamente admitidas²¹.

Del análisis de las presentaciones admitidas por la APE, se pudo observar que un altísimo porcentaje (71 %) aún no había sido efectivamente cobradas teniendo una mora promedio que supera los 277 días.

VI.1.5. LA INCIDENCIA DE LOS PLANES SUPERADORES

Con el objetivo de analizar la incidencia que tienen sobre los ingresos de los afiliados monotributistas, se analizó la cantidad de afiliados que ejercieron la opción de contratar un plan superador para computar su aporte a la cobertura de salud del Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes.

Del listado de afiliados habilitados (aquellos que se encuentran al día con sus aportes al sistema) un 4.78 % ejerce la opción de un plan superador. De ésta población o grupo, un 85 % optó por el plan más económico del total de planes ofrecidos. En los años 2006 y 2007 este plan más económico ascendía a los \$.45 y \$ 54, respectivamente, por lo que el afiliado

²¹ Ver Síntesis de las Formalidades Exigidas por la APE para reintegros en Anexo III

monotributista individual debía aportar la diferencia entre estos importes y los \$ 22 que estaban contenidos en su aporte al régimen. La incidencia económica de este mayor aporte es mínima respecto a los ingresos totales de la Obra Social.

VI.1.6. LA JUDICIALIZACIÓN DE LA SALUD

Del análisis de cada uno de los casos de mayor injerencia en el rubro de egresos de la cobertura de salud del monotributista se pudo observar como, a través de recursos de amparo otorgados por la justicia, se les permitió acceder a prestaciones no cubiertas por el PMOe.

La justicia competente es la Civil y Comercial Federal en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Justicia Federal en el ámbito de las Provincias, sin perjuicio que ocasionalmente también se recurre a la Defensoría del Pueblo y otros, ante la Dirección de Defensa del Consumidor.

En general, la justicia opta prima-facie por acceder al requerimiento del afiliado a través de una MEDIDA PRECAUTORIA y corre traslado a la Obra Social. Los descargos presentados, pocas y excepcionales veces, son bien recepcionados por los jueces que, amparados en Pactos Internacionales y en el artículo 42 de la Constitución Nacional, dan a lugar los requerimientos de los afiliados. Inclusive la Cámara del Fuero acompaña mayoritariamente lo resuelto en primera instancia.

VI.2. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RELEVADA A INFORMANTES CALIFICADOS (ENCUESTAS)²²

De acuerdo a la información contenida en el Anexo V he podido relevar los siguientes elementos:

VI.2.1. ALCANCE DEL TRABAJO

Se procedió a procesar encuestas de un abanico de financiadores que atienden afiliados monotributistas que abarcan desde los 120 a casi 200.000 afiliados donde un 44 % pertenecen a una Obra Social de Dirección, un 33 % pertenece a una Obra Social Sindical y un 23 % a otras.

VI.2.2. CONTENIDO DE LAS RESPUESTAS

Se pudo observar que, entre los financiadores relevados un 33 % ofrece cobertura al afiliado monotributista desde el inicio, es decir desde el año 2000 (fecha que se sancionó la Ley 25.239 por la que se creó dicha cobertura), otro 33 % lo hizo a partir de la sanción de la reforma del año 2004 (Ley 25.865) y el resto en tiempo reciente (año 2008).

Un 55 % de los encuestados informó que el grado de utilización de los servicios por parte de este tipo de afiliados es media y un 45 % que es alta. Asimismo un 89 % respondió que posee dentro de la base de afiliados monotributistas “población adversa o moral hazard”. La participación de éstos en el universo de monotributistas abarcó entre un 3 % a un 20 % y se resaltó que se tratan de pacientes en pleno tratamiento oncológico, con cirugías cardiovasculares o neurológicas (entre otras) ya indicadas e incluso pacientes con tratamiento crónicos de costos que superan con creces los aportes por ejemplo diabéticos insulino dependientes. Asimismo, resaltan que:

- ✓ *El porcentaje de pacientes de alto costo y baja incidencia es, en comparación con los beneficiarios en relación de dependencia, muy alto siendo el aporte de estos últimos el que es destinado para cubrir los costos de los monotributistas repercutiendo en las prestaciones de toda la población.*

²² La ampliación del presente acápite se encuentra en el Anexo V de la investigación.

VI.2.3. FINANCIACIÓN DEL SISTEMA. REINTEGROS DE LA APE Y PLANES SUPERADORES

Todos los informantes detallaron que reciben reintegros de la APE que oscila entre el 5 y el 30 % del total de las erogaciones y todos /100% confirmaron que sin los reintegros de la APE no se podría brindar este tipo de cobertura sin pérdidas económico-financieras. Asimismo, destacaron que la APE exige un máximo de 20 presentaciones por día y que los valores de reintegro se hallan totalmente desactualizados.

Un 78 % de los encuestados informaron que el régimen es DEFICITARIO atento a que el gasto es muy alto y el pago o cuota al sistema es proporcionalmente muy bajo. En esta línea, manifiestan que es “Es ridículo e inequitativo que todos los monotributistas paguen por el rubro salud el mismo importe sin considerar la facturación anual de cada uno de ellos”.

Respecto a los Planes Superadores, el 100 % informó que ofrecen Planes Superadores, ofreciendo un 67 % de ellos cobertura propia y de terceros y sólo un 23 % lo ofrecen en forma tercerizada únicamente.

De la población monotributista sólo un 12 % promedio opta por estos planes, cuando, todos ofrecen cartilla cerrada con mejor calidad de servicio, beneficios en turismo, etc.

Fue casi unánime la opinión respecto a que se debería modificar por lo inequitativo del sistema. Incluso se resaltó la inmoralidad que permite el régimen al obligar al financiador a dar cobertura a un paciente con tumor renal que registraba deuda de aportes por 8 meses y que, habiéndose adherido a una moratoria, la SSS instó a la Obra Social a dar cobertura cuando en realidad no había certeza que la moratoria se iba a honrar hasta la última cuota.

VII. Metodología utilizada ▶

VII.1.- Tipo de Estudio

El tipo de estudio es Observacional de diseño descriptivo, longitudinal, con elaboración de un análisis de situación retrospectivo que permite proponer una modalidad prospectiva.

VII.2.- Universo

Sistemas de cobertura de salud de la población.

VII.3.- Unidad de Análisis

El sistema de cobertura de salud de la población monotributista.

VII.4.- Variables e Indicadores

Las variables utilizadas son de tipo numéricas discretas y categóricas nominales. Se detallan a continuación:

- ✓ Variable :Tipología de Monotributista
 - Dimensión:
 - Cantidad de afiliados monotributistas sobre total de afiliados.
 - Sexo
 - Actividad
- ✓ Variable: Cobertura de Salud del Monotributista:
 - Dimensión:
 - Morosidad de la población monotributista analizada.
 - Nivel de uso de la cobertura del afiliado monotributista activo.
 - Tipo de prestación utilizada por el afiliado monotributista –Alta o Baja Complejidad-.
 - Nivel de Resultado (Deficitario o Superavitario) por grupo de utilización de la prestación.

VII.5.- Criterio de Selección de Caso

Del sistema financiador que brinda cobertura a aproximadamente 1.200.000 monotributistas, se ha procedido a seleccionar una Obra Social del listado de Obras Sociales autorizadas a atender al afiliado monotributista –Ver Anexo II- para el análisis de la cobertura de salud del Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes. La misma ha sido seleccionada en función a poseer una cantidad reducida de afiliados monotributistas (aproximadamente 45.000 activos) denominada Obra Social de Empresarios, Profesionales y Monotributistas (OSDEPYM). Además, se realizaron encuestas a informantes calificados de Obras Sociales que brindan cobertura a monotributistas a efectos de enriquecer el trabajo de investigación realizado.

VII.6-Técnicas e Instrumentos

Se utilizaron estrategias cuantitativas y cualitativas.

Técnicas: a través de encuestas semiestructuradas y análisis de documentos.

Instrumentos: mediante cuestionario semiestructurado y protocolo de análisis de documentos.

Se ha realizado prueba piloto de los instrumentos.

VII. 7.-Fuentes de información y unidades informantes

VII.7.a. Fuentes de información

- a) Primarias: de elaboración propia (encuestas, y protocolo de análisis de documentos).
- b) Secundarias: bibliografía, publicaciones y material extraído de sitios webs, entre otros.

VII.7.b. Unidades informantes

Informantes calificados, legislación, documentos (estadísticas, etc.)

VII.8.- La organización de la información

Se realizaron salidas a terreno; procesamiento y análisis de la información recabada.²³



²³ La ampliación del presente acápite se encuentra en el Anexo V de la investigación.

VIII. Conclusiones ▶

De acuerdo con el análisis de la información y elementos aportados se puede concluir que el reducido aporte económico dirigido a la cobertura de salud realizado por el inscripto en el régimen simplificado y el acceso al sistema de salud, sin restricción alguna, por parte de la población más adversa producirían el desfinanciamiento del régimen; no colapsado en la actualidad por los siguientes motivos:

1) No utilización de los servicios por parte de la mayoría de la población monotributista.

2) Reintegro de las prestaciones cubiertas por el PMOe de forma insuficiente y atemporal realizado por la APE.

3) La opción de obtener un plan superador por parte del afiliado monotributista que le permite mejorar mínimamente los ingresos de la Obra Social.

Esta situación amerita el desarrollo de una nueva legislación que genere un criterio solidario en la implementación del sistema, permitiendo que el que más gana más aporte. Asimismo, este nuevo encuadre normativo debe restringir el “abuso moral” de aquellos inescrupulosos que con un aporte fijo y mínimo exigen prestaciones de alta incidencia económica.

Para finalizar es necesario dotar a la justicia del esquema legal que permita generar un justo equilibrio en donde el sistema nacional de salud encuentre una vía que resuelva los problemas de aquellos que acuden a él.

IX.1.- Bibliografía General:

- Collosa, A.; Duelli, J. y Franchi, C-; **“Análisis y efectos del nuevo Régimen para Pequeños Contribuyentes”**; Boletín de la Administración Federal de Ingresos Públicos Nro. 21. Buenos Aires.1999.
- Diez, H. y Coto, A. ; **“Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes (Monotributo)”** ; La Ley; Buenos Aires. 2005.
- Eco, U.; **“Cómo se hace una tesis: técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura”**, Gedisa: México. 2000.
- González, D.; **“Regímenes Especiales de Tributación: tendencias actuales en la política y administración tributaria de los países de América Latina”**, Boletín Impositivo de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) Nro. 59, Buenos Aires 2002.
- Lemus J. y col; **“Salud Pública, Epidemiología y Atención Primaria de la Salud”**, C.I.D.E.S. Argentina, Bs.As. 2005.
- Lemus J., Aragües y Oroz V. y otros; **“Investigación en Sistemas y Servicios de Salud”** Corpus, Rosario 2007.
- Rodrigues Jefferson J.; **“Los Regímenes Simplificados de Tributación. Declaración y Pago para los Pequeños Contribuyentes”**, Conferencia Técnica celebrada en Taormina, Italia del Centro Interamericano de Administraciones Tributarias (CIAT) , 2000.

- Salim, José; “**Economía Informal: Régimen Tributario Especial para Pequeños y Microempresas-Experiencias en la República Argentina**”; Trabajo presentado en el Tercer Taller de Trabajo Regional en Tributación (Brasilia: Naciones Unidas y Centro Interamericano de Administraciones Tributarias –CIAT-) 2002.
- Spina C. E., Jiménez E- M. Scaletta Rubén A “**Los Servicios Relacionados con la Salud**” En Su Límites para los adquirentes en el impuesto a las ganancias Buenos Aires Ediciones Buyatti 2007.



IX.2. Periódicos y sitios web consultados:

- www.hcdn.gov.ar/sesiones
- www.lanacion.com.ar
- www.clarin.com
- www.vcfs.com.ar/GuiaBasicaDeSaludyDiscapacidad
- www.buenafuente.com
- www.revistamedicos.com.ar
- www.iadb.org
- www.mecon.gov.ar
- www.federicotobar.com.ar
- www.cyta.com.ar/biblioteca
- www.terra.com.ar
- www.inus.org.ar
- www.cedss.com.ar
- www.sssalud.gov.ar
- www.diariovictoria.com.ar
- www.cronista.com

ANEXOS – Índice - ▶

Ref.	TEMARIO	NºPág.
I	Ley 24.977 Capítulo Pertinente	1
II	Listado de Obras Sociales para Monotributistas	2
III	Síntesis de las Formalidades Exigidas por la APE para Reintegros	11
IV	Detalle de Egresos por Afiliado OSDEPYM Octubre de 2007	36
V	Encuestas Índice	37

ANEXO I

CAPITULO PERTINENTE A LA COBERTURA DE SALUD DEL CONTRIBUYENTE MONOTRIBUTISTA DE LA LEY 24.977 (sus compl. y modif..)

"...Régimen Especial de los Recursos de la Seguridad Social para Pequeños Contribuyentes

ARTICULO 39. — El empleador acogido al régimen de esta ley deberá ingresar, por sus trabajadores dependientes, los aportes, contribuciones y cuotas establecidos en los regímenes generales del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, del Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, del Régimen del Sistema Nacional del Seguro de Salud, de Asignaciones Familiares y Fondo Nacional de Empleo y de la ley sobre Riesgos del Trabajo, en los plazos y formas establecidos por las normas de fondo y de procedimiento que regulan cada uno de ellos.

ARTICULO 40. — El pequeño contribuyente inscripto en el Régimen Simplificado (RS) que desempeñe actividades comprendidas en el inciso b) del artículo 2° de la ley 24.241 y sus modificaciones, queda encuadrado desde su inscripción en el Régimen Previsional Público instituido por el Título II del Libro I de la ley 24.241 y sus modificaciones, sin perjuicio de la opción que se indica en el artículo siguiente y sustituye su aporte mensual previsto en el artículo 11 de la citada ley por las siguientes cotizaciones previsionales fijas:

a) Aporte de pesos treinta y cinco (\$ 35), con destino al Régimen Previsional Público del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones.

b) Aporte de pesos veintidós (\$ 22) con destino al Sistema Nacional del Seguro de Salud instituido por las leyes 23.660 y 23.661 y sus modificaciones, de los cuales un diez por ciento (10%) se destinará al Fondo Solidario de Redistribución establecido por el artículo 22 de la ley 23.661 y sus modificaciones. El aporte fijado no podrá ser inferior a la cotización mínima establecida por el artículo 24 del Anexo II del decreto 576/93, o el que lo reemplace en el futuro, con más el aporte al Fondo Solidario de Redistribución. (**Nota Infoleg:** por art. 1° de la [Resolución General N° 2538/2009](#) de la AFIP B.O. 30/1/2009, se modifica el valor de la cotización establecida por el presente inciso, la que a partir del 1 de diciembre de 2008, será de CUARENTA Y SEIS PESOS CON SETENTA Y CINCO CENTAVOS (\$ 46,75). Dicho monto incluye el aporte correspondiente al Fondo Solidario de Redistribución.)

c) Aporte adicional de pesos diecinueve (\$ 19), a elección del contribuyente, al Régimen Nacional de Obras Sociales instituido por la ley 23.660 y sus modificaciones, por la incorporación de cada integrante de su grupo familiar primario. Un diez por ciento (10%) de dicho aporte adicional se destinará al Fondo Solidario de Redistribución establecido por el artículo 22 de la ley 23.661 y sus modificaciones. El aporte fijado no podrá ser inferior a la cotización mínima establecida por el artículo 24 del Anexo II del decreto 576/93, o el que lo reemplace en el futuro, con más el aporte al Fondo Solidario de Redistribución. (**Nota Infoleg:** por art. 1° de la [Resolución General N° 2538/2009](#) de la AFIP B.O. 30/1/2009, se modifica el valor de la cotización establecida por el presente inciso, la que a partir del 1 de diciembre de 2008, será de TREINTA Y NUEVE PESOS (\$ 39.-). Dicho monto incluye el aporte correspondiente al Fondo Solidario de Redistribución.)..."

ANEXO II

LISTADO OBRAS SOCIALES. PARA MONOTRIBUTISTAS¹		
	Registro Nacional de Obras Sociales Nro.	Denominación
1	000001	MUTUAL DE LOS MEDICOS MUNICIPALES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
2	000208	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA GRAFICA DE LA PROVINCIA DE CORDOBA
3	000307	OBRA SOCIAL PORTUARIOS ARGENTINOS DE MAR DEL PLATA
4	000406	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL ORGANISMO DE CONTROL EXTERNO
5	000505	OBRA SOCIAL DE CAPITANES, PILOTOS Y PATRONES DE PESCA
6	000604	OBRA SOCIAL DE AGENTES DE LOTERIAS Y AFINES DE LA REPUBLICA ARGENTINA
7	000703	MUTUAL DEL PERSONAL DEL AGUA Y LA ENERGIA ELECTRICA DE MENDOZA
8	000901	OBRA SOCIAL DE LA ACTIVIDAD DE SEGUROS, REASEGUROS, CAPITALIZACION Y AHORRO Y PRESTAMO PARA LA VIVIENDA
9	001003	OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE OBRAS Y SERVICIOS SANITARIOS
10	001201	OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DEL MINISTERIO DE ECONOMIA Y DE OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS
11	001300	OBRA SOCIAL FERROVIARIA
12	001508	OBRA SOCIAL DE LA ASOCIACION CIVIL PRO SINDICATO DE AMAS DE CASA DE LA REPUBLICA ARGENTINA
13	001607	OBRA SOCIAL DEL SINDICATO UNIDO DE TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DE AGUAS GASEOSAS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE
14	001706	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL JERARQUICO DE LA REPUBLICA ARGENTINA PARA EL PERSONAL JERARQUICO DE LA INDUSTRIA GRAFICA Y EL PERSONAL JERARQUICO DEL AGUA Y LA ENERGIA
15	001805	OBRA SOCIAL DE LEGISLADORES DE LA REPUBLICA ARGENTINA
16	001904	OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION DE CAMARAS Y CENTROS COMERCIALES ZONALES DE LA REPUBLICA ARGENTINA (O.S. FEDECAMARAS)
17	002105	OBRA SOCIAL PROFESIONALES DEL TURF DE LA REPUBLICA ARGENTINA
18	002204	OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS Y PERSONAL JERARQUICO DEL NEUMATICO ARGENTINO DE NEUMATICOS GOODYEAR S.R.L.
19	002303	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE EMPRESAS DE LIMPIEZA, SERVICIOS Y MAESTRANZA
20	002402	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL JERARQUICO DEL TRANSPORTE AUTOMOTOR DE PASAJEROS DE CORDOBA Y AFINES
21	002501	OBRA SOCIAL DE MINISTROS, SECRETARIOS, Y SUBSECRETARIOS
22	002600	OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA CARNE Y AFINES DE LA REP. ARG.
23	002709	OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES ASOCIADOS A LA ASOCIACION MUTUAL MERCANTIL ARGENTINA (OSTAMMA)

¹ Fuente: www.sssalud.gov.ar

24	002808	OBRA SOCIAL DE LA CAMARA DE EMPRESARIOS DE AGENCIAS DE REMISES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (OSCEARBA)
25	002907	OBRA SOCIAL ASOCIACION MUTUAL METALURGICA VILLA CONSTITUCION (OSAMMVC)
26	003009	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL ASOCIADO A LA ASOCIACION MUTUAL SANCOR
27	100106	OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE LA INDUSTRIA ACEITERA, DESMOTADORA Y AFINES (OSIAD SALUD)
28	100205	OBRA SOCIAL DE ACTORES
29	100304	OBRA SOCIAL DE TECNICOS DE VUELO DE LINEAS AEREAS
30	100403	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL SUPERIOR Y PROFESIONAL DE EMPRESAS AEROCOMERCIALES
31	100502	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL AERONAUTICO
32	100601	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE AERONAVEGACION DE ENTES PRIVADOS
33	100700	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL TECNICO AERONAUTICO
34	100809	OBRA SOCIAL DE AERONAVEGANTES
35	100908	OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DE AGENCIAS DE INFORMES
36	101000	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE AGUAS GASEOSAS Y AFINES
37	101109	OBRA SOCIAL DE ALFAJOREROS, REPOSTEROS, PIZZEROS Y HELADEROS
38	101208	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DE LA ALIMENTACION
39	101604	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL AUTOMOVIL CLUB ARGENTINO
40	101802	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL AZUCAR DEL INGENIO LA ESPERANZA
41	101901	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL AZUCAR DEL INGENIO LEDESMA
42	102102	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL AZUCAR DEL INGENIO RIO GRANDE
43	102300	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL AZUCAR DEL INGENIO SAN MARTIN
44	102706	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA AZUCARERA
45	102904	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE BARRACAS DE LANAS, CUEROS Y ANEXOS
46	103006	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA BOTONERA
47	103105	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL CALZADO
48	103204	OBRA SOCIAL DE CONDUCTORES CAMIONEROS Y PERSONAL DEL TRANSPORTE AUTOMOTOR DE CARGA
49	103402	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE CARGA Y DESCARGA
50	103600	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL AUXILIAR DE CASAS PARTICULARES
51	103709	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL CAUCHO
52	103808	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL CAUCHO
53	103907	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL CAUCHO DE SANTA FE
54	104009	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE CEMENTERIOS
55	104108	OBRA SOCIAL DE CERAMISTAS
56	104207	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA CERAMICA, SANITARIOS, PORCELANA DE MESA Y AFINES
57	104306	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD CERVECERA Y AFINES
58	104405	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL CINEMATOGRAFICO DE MAR DEL PLATA
59	104504	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA CINEMATOGRAFICA
60	104603	OBRA SOCIAL DE OPERADORES CINEMATOGRAFICOS
61	104801	OBRA SOCIAL DE COLOCADORES DE AZULEJOS, MOSAICOS, GRANITEROS, LUSTRADORES Y PORCELANEROS
62	105002	OBRA SOCIAL DE CONDUCTORES NAVALES
63	105309	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y TECNICO DE LA CONSTRUCCION Y AFINES
64	105408	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA CONSTRUCCION

65	105507	OBRA SOCIAL DE LOS CORTADORES DE LA INDUMENTARIA
66	105606	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL CUERO Y AFINES
67	105705	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL CHACINADO Y AFINES
68	105804	OBRA SOCIAL DE CHOFERES DE CAMIONES
69	106104	OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DE DESPACHANTES DE ADUANA
70	106203	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DISTRIBUIDORAS CINEMATOGRAFICAS DE LA REPUBLICA ARGENTINA
71	106302	OBRA SOCIAL DE DOCENTES PARTICULARES
72	106401	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE EDIFICIOS DE RENTA Y HORIZONTAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA
73	106500	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE EDIFICIOS DE RENTA Y HORIZONTAL DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES Y GRAN BUENOS AIRES
74	106609	OBRA SOCIAL ELECTRICISTAS NAVALES
75	106708	OBRA SOCIAL DE OBREROS EMPACADORES DE FRUTAS DE RIO NEGRO Y NEUQUEN
76	106807	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ENSEÑANZA PRIVADA
77	106906	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE ESCRIBANIAS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
78	107008	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE ESCRIBANOS
79	107107	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL ESPECTACULO PUBLICO
80	107206	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE ESTACIONES DE SERVICIO, GARAGES, PLAYAS DE ESTACIONAMIENTO Y LAVADEROS AUTOMATICOS
81	107404	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA
82	107602	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FERMOLAC
83	107800	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL FIBROCEMENTO
84	107909	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA FIDEERA
85	108001	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA FORESTAL DE SANTIAGO DEL ESTERO
86	108100	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL FOSFORO
87	108209	OBRA SOCIAL DE FOTOGRAFOS
88	108407	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD FRUTICOLA
89	108506	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE MANIPULEO, EMPAQUE Y EXPEDICION DE FRUTA FRESCA Y HORTALIZAS DE CUYO
90	108605	OBRA SOCIAL DE FUTBOLISTAS
91	108704	OBRA SOCIAL DE TECNICOS DE FUTBOL
92	108803	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL TURISMO, HOTELERO Y GASTRONOMICO DE LA UNION DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONOMICOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA
93	109004	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL GRAFICO
94	109202	OBRA SOCIAL DE GUINCHEROS Y MAQUINISTA DE GRUAS MOVILES
95	109301	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE CONSIGNATORIOS DEL MERCADO NACIONAL DE HACIENDA DE LINIERS
96	109400	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL HIELO Y MERCADOS PARTICULARES
97	109509	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LOS HIPODROMOS DE BUENOS AIRES Y SAN ISIDRO
98	109608	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL MENSUALIZADO DEL JOCKEY CLUB DE BUENOS AIRES Y LOS HIPODROMOS DE PALERMO Y SAN ISIDRO
99	109707	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE IMPRENTA, DIARIOS Y AFINES
100	110008	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE JABONEROS
101	110107	OBRA SOCIAL DE JARDINEROS, PARQUISTAS, VIVERISTAS Y FLORICULTORES DE LA REPUBLICA ARGENTINA (O.S.J.P.V.F.R.A.)

102	110206	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL JOCKEY CLUB DE ROSARIO
103	110305	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL LADRILLERO
104	110404	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA LADRILLERA A MAQUINA
105	110503	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA LECHERA
106	110602	OBRA SOCIAL DE LOCUTORES
107	110701	OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION ARGENTINA DE TRABAJADORES DE LUZ Y FUERZA
108	110800	OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LAS EMPRESAS DE ELECTRICIDAD
109	110909	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LUZ Y FUERZA DE CORDOBA
110	111001	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MADERERA
111	111209	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE MAESTRANZA
112	111308	OBRA SOCIAL DE MAQUINISTAS DE TEATRO Y TELEVISION
113	111407	OBRA SOCIAL DE CAPITANES DE ULTRAMAR Y OFICIALES DE LA MARINA MERCANTE
114	111506	OBRA SOCIAL DE CAPITANES BAQUEANOS FLUVIALES DE LA MARINA MERCANTE
115	111605	OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DE LA MARINA MERCANTE
116	111704	OBRA SOCIAL DE ENCARGADOS APUNTADES MARITIMOS
117	111803	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL MARITIMO
118	112004	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL SUPERIOR MERCEDES BENZ ARGENTINA
119	112103	OBRA SOCIAL DE LA UNION OBRERA METALURGICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA
120	112202	OBRA SOCIAL DE LOS SUPERVISORES DE LA INDUSTRIA METAL MECANICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA
121	112301	OBRA SOCIAL DE MICROS Y OMNIBUS DE MENDOZA
122	112400	OBRA SOCIAL DE LA ACTIVIDAD MINERA
123	112509	OBRA SOCIAL MODELOS ARGENTINOS
124	112608	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA
125	112707	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL MOSAISTA
126	112806	OBRA SOCIAL DE MUSICOS
127	113205	OBRA SOCIAL DE JEFES Y OFICIALES NAVALES DE RADIOCOMUNICACIONES
128	113304	OBRA SOCIAL DE JEFES Y OFICIALES MAQUINISTAS NAVALES
129	113403	OBRA SOCIAL PERSONAL NAVAL
130	113601	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL NEUMATICO
131	113700	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA NAVAL
132	113809	OBRA SOCIAL DE COMISARIOS NAVALES
133	113908	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PANADERIAS
134	114000	OBRA SOCIAL DE PANADEROS, PASTELEROS Y FACTUREROS DE ENTRE RIOS
135	114109	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTON Y QUIMICOS
136	114208	OBRA SOCIAL DE LA INDUSTRIA DE PASTAS ALIMENTICIAS
137	114307	OBRA SOCIAL TRABAJADORES PASTELEROS, CONFITEROS, PIZZEROS, HELADEROS Y ALFAJOREROS DE LA REPUBLICA ARGENTINA
138	114505	OBRA SOCIAL DE PATRONES DE CABOTAJE DE RIOS Y PUERTOS
139	114703	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PELUQUERIA, ESTETICAS Y AFINES
140	114901	OBRA SOCIAL DE OFICIALES PELUQUEROS Y PEINADORES DE ROSARIO
141	115003	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD PERFUMISTA
142	115102	OBRA SOCIAL DE TRABAJADORES DE PRENSA DE BUENOS AIRES
143	115300	OBRA SOCIAL DE PETROLEROS
144	115409	OBRA SOCIAL DEL PETROLEO Y GAS PRIVADO
145	115508	OBRA SOCIAL DE PETROLEROS DE CORDOBA

146	115607	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA PETROQUIMICA
147	115706	OBRA SOCIAL PARA PILOTOS DE LINEAS AEREAS COMERCIALES Y REGULARES
148	115805	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FABRICAS DE PINTURA
149	116006	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL PLASTICO
150	116105	OBRA SOCIAL DE CAPATACES ESTIBADORES PORTUARIOS
151	116204	OBRA SOCIAL DE PORTUARIOS ARGENTINOS
152	116709	OBRA SOCIAL PORTUARIOS DE PUERTO SAN MARTIN Y BELLA VISTA
153	117207	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PRENSA DE LA REPUBLICA ARGENTINA
154	117405	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PRENSA DE BAHIA BLANCA
155	117603	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PRENSA DE LA PROVINCIA DE CHACO
156	117702	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PRENSA DE MAR DEL PLATA
157	117801	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PRENSA DE MENDOZA
158	118002	OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DE PRENSA DE CORDOBA
159	118200	OBRA SOCIAL DE AGENTES DE PROPAGANDA MEDICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA
160	118309	OBRA SOCIAL DE AGENTES DE PROPAGANDA MEDICA DE CORDOBA
161	118408	OBRA SOCIAL DE AGENTES DE PROPAGANDA MEDICA DE ENTRE RIOS
162	118507	OBRA SOCIAL DE AGENTES DE PROPAGANDA MEDICA DE ROSARIO
163	118606	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA PUBLICIDAD
164	118705	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INDUSTRIAS QUIMICAS Y PETROQUIMICAS
165	118804	OBRA SOCIAL DE RECIBIDORES DE GRANOS Y ANEXOS
166	118903	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE RECOLECCION Y BARRIDO DE ROSARIO
167	119005	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE REFINERIAS DE MAIZ
168	119203	OBRA SOCIAL DE RELOJEROS Y JOYEROS
169	119302	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL RURAL Y ESTIBADORES DE LA REPUBLICA ARGENTINA
170	119500	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD ARGENTINA
171	119609	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INSTALACIONES SANITARIAS
172	119708	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE SEGURIDAD COMERCIAL, INDUSTRIAL E INVESTIGACIONES PRIVADAS
173	119906	OBRA SOCIAL DE SERENOS DE BUQUES
174	120306	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE SUPERVISION DE LA EMPRESA SUBTERRANEOS DE BUENOS AIRES
175	120405	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCION DE LA EMPRESA SUBTERRANEOS DE BUENOS AIRES
176	120504	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL TABACO
177	120603	OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DEL TABACO
178	120702	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LAS TELECOMUNICACIONES DE LA REPUBLICA ARGENTINA
179	120801	OBRA SOCIAL DE TRABAJADORES DE LAS COMUNICACIONES
180	120900	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE TELEVISION
181	121002	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA TEXTIL
182	121101	OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES
183	121309	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL TRACTOR
184	121507	OBRA SOCIAL DE LA INDUSTRIA DEL TRANSPORTE AUTOMOTOR DE CORDOBA
185	121606	OBRA SOCIAL DE CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS
186	121705	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF
187	121804	OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TAXIS DE CORDOBA
188	121903	OBRA SOCIAL DE VAREADORES

189	122005	OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL VESTIDO Y AFINES
190	122104	OBRA SOCIAL DE VIAJANTES VENDEDORES DE LA REPUBLICA ARGENTINA
191	122302	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD VIAL
192	122401	OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DE LA INDUSTRIA DEL VIDRIO
193	122500	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL VIDRIO
194	122609	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD VITIVINICOLA
195	122807	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD COMERCIAL, INDUSTRIAL E INVESTIGACIONES PRIVADAS DE CORDOBA
196	122906	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE ESTACIONES DE SERVICIO, GARAGES, PLAYAS Y LAVADEROS AUTOMATICOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE
197	123008	OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE ESTACIONES DE SERVICIO GARAGES, PLAYAS DE ESTACIONAMIENTO, LAVADEROS AUTOMATICOS Y GOMERIAS DE LA REPUBLICA ARGENTINA
198	123107	OBRA SOCIAL DE TALLERISTAS A DOMICILIO
199	123305	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE SOCIEDADES DE AUTORES AFINES
200	123404	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PRENSA DE ROSARIO
201	123503	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PRENSA DE TUCUMAN
202	123602	OBRA SOCIAL DE TRABAJADORES DE PERKINS ARGENTINA S.A.C.I.
203	123701	OBRA SOCIAL DE PEONES DE TAXIS DE LA CAPITAL FEDERAL
204	123909	OBRA SOCIAL DE VENDEDORES AMBULANTES DE LA REPUBLICA ARGENTINA
205	124001	OBRA SOCIAL DE BOXEADORES AGREMIADOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA
206	124506	OBRA SOCIAL DE TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS
207	125004	OBRA SOCIAL DE YACIMIENTOS CARBONIFEROS
208	125103	OBRA SOCIAL DE LOS PROFESIONALES UNIVERSITARIOS DEL AGUA Y LA ENERGIA ELECTRICA
209	125509	OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION ARGENTINA DEL TRABAJADOR DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES
210	125707	OBRA SOCIAL UNION PERSONAL
211	125905	OBRA SOCIAL DE ARBITROS DEPORTIVOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA
212	126007	OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION GREMIAL DE LA INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS
213	126106	OBRA SOCIAL PARA LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACION PRIVADA
214	126205	OBRA SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE COMERCIO Y ACTIVIDADES CIVILES
215	126304	OBRA SOCIAL BANCARIA ARGENTINA
216	126502	OBRA SOCIAL DE LA CONFEDERACION DE OBREROS Y EMPLEADOS MUNICIPALES DE LA REPUBLICA ARGENTINA
217	126601	OBRA SOCIAL DE INDUSTRIA QUIMICA Y PETROQUIMICAS DE ZARATE CAMPANA
218	126809	OBRA SOCIAL DE CONDUCTORES DE REMISES Y AUTOS AL INSTANTE Y AFINES DE LA REPUBLICA ARGENTINA
219	126908	OBRA SOCIAL DE LOS MEDICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
220	127000	OBRA SOCIAL TRABAJADORES DE ESTACIONES DE SERVICIO
221	127109	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE TELECOMUNICACIONES SINDICATO BUENOS AIRES
222	127208	OBRA SOCIAL DE MANDOS MEDIOS DE TELECOMUNICACIONES EN LA REPUBLICA ARGENTINA Y MERCOSUR
223	127307	OBRA SOCIAL DE TRABAJADORES VIALES Y AFINES DE LA REPUBLICA ARGENTINA

224	127406	OBRA SOCIAL DE OBREROS Y EMPLEADOS TINTOREROS SOMBREREROS Y LAVADEROS DE LA REPUBLICA ARGENTINA
225	127505	OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DE FARMACIA
226	200400	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA EMPRESA NACIONAL DE CORREOS Y TELEGRAFOS S.A. Y DE LAS COMUNICACIONES DE LA REPUBLICA ARGENTINA
227	300704	OBRA SOCIAL CERAS JOHNSON
228	301509	OBRA SOCIAL MUTUALIDAD EMPLEADOS FIRESTONE
229	301707	OBRA SOCIAL DE ALLIED DOMEQ ARGENTINA S.A.
230	302106	OBRA SOCIAL PARA DIRECTIVOS, TECNICOS Y EMPLEADOS DE JOHN DEERE ARGENTINA
231	302304	OBRA SOCIAL COMPAÑIA MINERA AGUILAR S.A.
232	302601	OBRA SOCIAL COOPERATIVA DE ASISTENCIA MUTUA Y TURISMO DEL PERSONAL DE LAS SOCIEDADES PIRELLI LTDA
233	302809	OBRA SOCIAL REFINERIAS DE MAIZ S.A.I.C.F.
234	303109	OBRA SOCIAL SUPERCO
235	303307	OBRA SOCIAL CABOT ARGENTINA
236	303406	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL SHELL-CAPSA
237	303703	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PBBPOLISUR DE BAHIA BLANCA S.A.I.C.(modificado por Res. N° 060/03 - SSSalud 10/02/03
238	303901	OBRA SOCIAL DE FORD ARGENTINA S.A.
239	304003	OBRA SOCIAL DE VOLKSWAGEN ARGENTINA S.A.
240	400107	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCION DE LAS EMPRESAS DE LA ALIMENTACION Y DEMAS ACTIVIDADES EMPRESARIAS
241	400206	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCION DE LA INDUSTRIA AUTOMOTRIZ ARGENTINA
242	400305	OBRA SOCIAL COOPERATIVA LTDA. DE ASISTENCIA MEDICA, FARMACEUTICA, CREDITO Y CONSUMO DEL PERSONAL SUPERIOR DE LA INDUSTRIA DEL CAUCHO Y OTRAS ACTIVIDADES INDUSTRIALES
243	400404	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCION DE LA INDUSTRIA CERVECERA Y MALTERA
244	400503	OBRA SOCIAL ASOCIACION DEL PERSONAL DE DIRECCION Y JERARQUICO DE LA INDUSTRIA DEL CIGARRILLO
245	400602	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DIRECTIVO DE LA INDUSTRIA DE LA CONSTRUCCION
246	400701	OBRA SOCIAL CAMARA DE LA INDUSTRIA CURTIDORA ARGENTINA
247	400800	OBRA SOCIAL DE EJECUTIVOS Y DEL PERSONAL DE DIRECCION DE EMPRESAS
248	400909	OBRA SOCIAL ACCION SOCIAL DE EMPRESARIOS
249	401001	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCION DE LAS EMPRESAS QUE ACTUAN EN FRUTOS DEL PAIS
250	401100	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCION ALFREDO FORTABAT
251	401209	OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE DIRECCION DE LA INDUSTRIA METALURGICA Y DEMAS ACTIVIDADES EMPRESARIAS
252	401308	OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE DIRECCION DE LA INDUSTRIA MADERERA
253	401605	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCION DE LA INDUSTRIA PRIVADA DEL PETROLEO
254	401704	OBRA SOCIAL DE EMPRESARIOS, PROFESIONALES Y MONOTRIBUTISTAS (OSDEPYM)
255	401803	OBRA SOCIAL ASOCIACION MUTUAL DEL PERSONAL DE PHILIPS ARGENTINA (AMPAR)
256	401902	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCION DE PERFUMERIA E.W. HOPE

257	402004	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCION DE LA SANIDAD LUIS PASTEUR
258	402103	OBRA SOCIAL ASOCIACION DEL PERSONAL DE DIRECCION DE LA INDUSTRIA SIDERURGICA
259	402202	OBRA SOCIAL MUTUALIDAD INDUSTRIAL TEXTIL ARGENTINA
260	402301	OBRA SOCIAL ASOCIACION DEL PERSONAL SUPERIOR DE LA ORGANIZACION TECHINT
261	402400	OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE DIRECCION DE LA INDUSTRIA VITIVINÍCOLA Y AFINES
262	402509	OBRA SOCIAL DE YPF
263	402608	OBRA SOCIAL ASOCIACION DE SERVICIOS SOCIALES PARA EMPRESARIOS Y PERSONAL DE DIRECCION DE EMPRESAS DEL COMERCIO, SERVICIOS, PRODUCCION, INDUSTRIA Y CIVIL (ASSPE) Res. N° 437/99 -SSSALUD 26/10/99
264	402707	OBRA SOCIAL DE DIRECCION OSDO
265	402905	OBRA SOCIAL DE DIRECCION WITCEL
266	501105	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PATAGONIA SAN JUAN BOSCO
267	501303	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
268	600309	ASOCIACION DE OBRAS SOCIALES DE BELLA VISTA
269	600408	ASOCIACION DE OBRAS SOCIALES DE COMODORO RIVADAVIA
270	601302	ASOCIACION DE OBRAS SOCIALES DE MAR DEL PLATA
271	602305	ASOCIACION DE OBRAS SOCIALES DE ROSARIO
272	602701	ASOCIACION DE OBRAS SOCIALES DE SAN JUAN
273	603100	ASOCIACION DE OBRAS SOCIALES DE TRELEW
274	700108	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL MUNICIPAL DE AVELLANEDA
275	700801	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL MUNICIPAL DE LA MATANZA
276	701002	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL MUNICIPAL DE TRES DE FEBRERO
277	800105	OBRA SOCIAL ATANOR S.A. MIXTA
278	800303	OBRA SOCIAL PAPEL MISIONERO SAIF Y C
279	800501	OBRA SOCIAL ACEROS PARANA
280	900102	OBRA SOCIAL FIAT

ANEXO III

SINTESIS DE LAS FORMALIDADES EXIGIDAS POR LA APE PARA REINTEGROS

Patología	Documentación necesaria	Item a tener en cuenta (Supervisión)	Periodicidad	MONT O DEL REINT EGRO
Prtesis / Cardiodesfi briladores	Nota de solicitud	Ver que la Resolución sea la correcta 500/04 (Firma del Apoderado)	Se presenta por única vez	
	Certificado de afiliación	Ver que los datos del afiliado sean los correctos y que tengo un N° tel. (Firma del Apoderado)		
	Constancia de Afiliacion SSS	Ver que este declarado vigente en el padrón de la Obra Social		
	Resumen de contenido de solíc. indiv.	Ver que coincida la solicitud medica con lo cargado en SIAPE		
	Resumen de Presupuesto	Ver que coincida lo presupuestado con lo cargado en SIAPE		
	Nota de Auditoría Médica	Ver que el periodo solicitado sea el mismo que cuando se realizó la práctica.Firma y sello de Aud. Medica de la O.Social		
	Resumen de H/C	Ver que la fecha del R.H.Cca. sea anterior a la práctica realizada		
	Pedido médico	Ver que la fecha de la solicitud medica sea anterior a la práctica realizada		
	Presupuesto	Ver que la fecha sea posterior a la solicitud médica y que además sea la protesis comprada.		
	Certificado de Implante	Ver que contenga la cantidad de sticker que se hayan comprado, fecha de cirugía y en caso de no poseer sticker nota aclaratoria del proveedor indicando esta situación.		
	Stickers originales	Firma y sello del médico. (Firma de auditoria médica)		
	Parte quirúrgico, epicrisis, evolución	Ver que tenga resumen de cirugía y alta. Firma y sello del médico.		

	Anexo VIII	Ver que tenga los datos del afiliado correcto, datos del establecimiento y práctica realizada (colocación de protesis), firma y sello de responsable del establecimiento.	
	Orden de Pago	Original (firma y sello de Responsable del sector Contable de O.Social y Aud. Médica)	
	Factura y remito	Original (firma y sello de Responsable del sector Contable de O.Social y Aud. Médica)	
	Recibo	Original (firma y sello de Responsable del sector Contable de O.Social y Aud. Médica)	



Discapacitad	Nota de solicitud	Ver que la Resolución sea la correcta 5700/04 (Firma del apoderado)	Como minimo tenemos que presentar 3 facturas (3 Meses) por cada prestación solicitada , se pueden hacer más de una presentación	RIGEN VALORES RES.1 074/08 MINIS. SALUD
	Certificado de afiliación	Ver que los datos del afiliado sean los correctos y que tengo un N° tel. (Firma del apoderado)		
	Constancia de Afiliacion SSS	Ver que este declarado vigente en el padrón de O.Social		
	Resumen de contenido de solíc. indiv.	Ver que coincida la solicitud medica con lo cargado en SIAPE		
	Cuadro Resumen de solíc. indiv. Por Disc.	Ver que las prestaciones sean las mismas solicitadas por el medico, tambien verificar el periodo solicitado ya que en discapacidad es anual.		
	Nota de Auditoría Médica	Detallar bien las practicas solicitadas y los periodos solicitados.Firma y sello de Aud. Medica de O.Social		
	Certificado de discapacidad	Ver que no este vencido.		
Certificado de alumno regular	Solo se necesita este certificado cuando la prestación solicitada es Apoyo a la Int. Escolar (Escuela Común) o Prestación de apoyo.(Centro de rehabilitación o Escuela Especial)			

	Historia Clinica	<p>Ver que detalle la patología del afiliado. Siempre necesitamos este requisito.</p> <p>Ver que prestaciones solicita el medico y tiene que detallar el periodo solicitado si o si.</p> <p>Ver que por cada prestación solicitada es necesario un presupuesto en donde contenga el periodo solicitado por el médico, y tener en cuenta que quien presupuesta obligatoriamente debe presentar factura. Valores vigentes seg. Res en curso.</p> <p>Siempre se necesitan estos requisitos.</p> <p>En caso de ser un establecimiento se requiere RNP y ademas que detalle su categoría. En caso de ser un profesional solo tienen RNP los Kinesiólogos, Fonoaudiólogos, Psicólogos las demás especialidades solo requieren su título. Centro de rehabilitación no hace falta su categorización.</p> <p>Habilitación no necesaria son las habilitaciones municipales. Pueden o no tener.</p> <p>Siempre se necesita este requisito.</p> <p>Ver que los datos del afiliado sean los correctos, por cada prestación se necesita un anexo diferente y el periodo declarado tiene que ser coincidente con las facturas que presentamos.</p> <p>Cuando tenemos mas de 1 factura necesitamos este requisito. Lo supervisa Contable con firma y sello de Responsable del sector Contable de O.Social y Aud. Médica</p>	
	Pedido médico		
	Presupuesto		
	Obj. a cumplir/logrados/Plan de trabajo		
	Registro de prestadores (R.N.P.) / Título		
	Habilitación		
	Conformidad		
Anexo IV			
Anexo I			



HIV	Nota de solicitud	<p>Ver que la Resolución sea la correcta 3000/05 (Firma del Apoderado)</p> <p>Ver que los datos del afiliado sean los correctos y que tengo un N° tel. (Firma del Apoderado)</p> <p>Ver que coincida la solicitud</p>	<p>Se presenta trimestral o semestralmente</p>
	Certificado de afiliación		
	Resumen de contenido de		

	solic. indiv.	medica con lo cargado en SIAPE	
	Cuado HIV	Ver que contengan el periodo solicitado, tener en cuenta que las solicitudes pueden ser trimestrales o semestrales.	
	Nota de Auditoría Médica	Ver que esten detallados los medicamentos por monodroga no marca con toma semanal, mensual o semestral. Firma y sello de Aud. Medica de O.Social	
	Denuncia	Siempre se necesita este requisito tanto para presentación de medicamentos o cargas virales (tiene que estar completado por su medico tratante firma y sello)	
	Anexo V (Resumen de H/C)	Siempre se necesita este requisito tanto para presentación de medicamentos (tiene que estar completado por su medico tratante firma y sello)	
	Anexo III (Planilla de Adherencia)	Siempre se necesita este requisito tanto para presentación de cargas virales (tiene que estar completado por su medico tratante firma y sello)	
	Pedido médico	Ver que tenga medicamentos solicitados por monodrogas y no por marca, ademas siempre tiene que figurar nombre, apellido y fecha completa del afiliado codificado: Ej. 1º y 2º Letras de su nombre, 1º y 2º letras de apellidos mas fecha completa de nacimiento. Tiene que tener proyección 1º Sem o 2º Sem según que corresponda	
	Presupuesto	Siempre ver que el presupuesto tenga un valor mayor al abonado como mas caro. (Según Anexo I)	
	Anexo V (Declaración Jurada)	Siempre es necesario este requisito para la solicitud de medicamentos (Firma y Sello del medico) y tambien firma y sello de Aud. Medica de O.Social	
	Troqueles	Tiene que coincidir la cantidad comprada con la presenta en una hoja especial para los mismos, estar identificados con nuestro RNOS "X" , y	

		detallada la cantidad numero y letras, ademas firmado por la Aud. Médica	
	Anexo I	Quando tenemos mas de 1 factura necesitamos este requisito. Lo supervisa Contable con firma y sello de Responsable del sector Contable de O.Social y Aud. Médica	

Genotipificación	Nota de solicitud	Ver que la Resolucion sea la correcta 3000/05 (Firma del Apoderado)	Se pueden presentar cada 6 mese.
	Certificado de afiliación	Ver que los datos del afiliado sean los correctos y que tengo un N° tel. (Firma del Apoderado)	
	Resumen de contenido de solíc. indiv.	Ver que coincida la solicitud medica con lo cargado en SIAPE	
	Cuado HIV	Ver que contengan el periodo solicitado, tener en cuenta que las solicitudes según el mes que se haya realizado el Test de Resistencia se toma desde el 1º día de ese mes hasta el último día de ese mes.	
	Nota de Auditoría Médica	Ver que esten detallados los medicamentos por monodroga no marca con toma semanal, mensual o semestral. Firma y sello de Aud. Medica de O.Social	
	Denuncia	Siempre se necesita este requisito tanto para presentación de medicamentos o cargas virales (tiene que estar completado por su medico tratante firma y sello)	
	Anexo V (Resumen de H/C)	Siempre se necesita este requisito tanto para presentación de medicamentos (tiene que estar completado por su medico tratante firma y sello)	
	Anexo III (Planilla de Adherencia)	Siempre se necesita este requisito debe constatar que existió un fallo (tiene que estar completado por su medico tratante firma y sello)	
	Pedido médico	Ver que tenga solicitado el Test de Resistencia, ademas siempre tiene que figurar nombre, apellido y fecha completa del afiliado <p>copificado: Ej. 1º y 2º Letras</p>	

		de su nombre, 1º y 2º letras de apellidos mas fecha completa de nacimiento.	
		Siempre es necesario este requisito para la solicitud de este estudio solo podemos recuperar hasta \$ 600.	
	Presupuesto	Es un único presupuesto.	
	Anexo V (Declaración Jurada)	Siempre es necesario este requisito para la solicitud (Firma y Sello del medico) y tambien firma y sello de Aud. Medica de O.Social	
	Anexo I	Cuando tenemos mas de 1 factura necesitamos este requisito. Lo supervisa Contable con firma y sello de Responsable del sector Contable de O.Social y Aud. Médica	



Hemofilia (<u>Demanda, solo se recupera el 50 % de lo solicitado</u>)	Nota de solicitud	Ver que la Resolucion sea la correcta Res 500/04 (Firma del Apoderado)	Se presenta semestralmente pero podemos enviar con el expedient e una factura sola y a medida que tengamos las demas facturas hasta completar el semestre las enviamos con Nota haciendo referenci a al expedient e ingresado .
	Certificado de afiliación	Ver que los datos del afiliado sean los correctos y que tengo un N° tel. (Firma del Apoderado)	
	Constancia de Afiliacion SSS	Ver que este declarado vigente en el padrón de O.Social	
	Resumen de contenido de solíc. indiv.	Ver que coincida la solicitud medica con lo cargado en SIAPE	
	Cuadro Hemofilia	Ver que contengan el periodo solicitado, tener en cuenta que las solicitudes pueden ser trimestrales o semestrales.	
	Nota de Auditoría Médica	Ver que este detallado el medicamento por monodroga no marca con toma semanal, mensual o semestral. Firma y sello de Aud. Medica de O.Social	
	Historia Clínica	Tiene que estar emitida por Fundación de la Hemofilia	
	Pedido medico	Ver que tenga medicamento solicitado por monodrogas y no por marca, tiene que tener proyección 1º Sem o 2º Sem. Tiene que ser por Manuscrito.	
	Certificado de Fundación de Hemofilia	Tiene que estar emitida por Fundación de la Hemofilia	
	Accidentes / Grilla de Episodios	Es una hoja con todos los episodios (hemorragias) en	

		caso de ser a demandada.	
	Presupuesto	Siempre ver que el presupuesto tenga un valor mayor al abonado como mas caro. (Según Anexo I)	
	Anexo VI (Declaración Jurada)	Siempre es necesario este requisito.	
	Troqueles	Tiene que coincidir la cantidad comprada con la presenta en una hoja especial para los mismos, estar identificados con nuestro RNOS "X" , y detallada la cantidad numero y letras, ademas firmado por la Aud. Médica	
	Anexo I	Quando tenemos mas de 1 factura necesitamos este requisito. Lo supervisa Contable con firma y sello de Responsable del sector Contable de O.Social y Aud. Médica	

Hemofilia (Profilaxis se recupera el 100% de lo solicitado)	Nota de solicitud	Ver que la Resolucion sea la correcta 2048/03 (Firma del apoderado)	Se presenta semestralmente o anualmente pero podemos enviar con el expedient e una factura sola y a medida que tengamos las demas facturas hasta completar el semestre las enviamos con Nota haciendo referenci a al expedient e ingresado .
	Certificado de afiliación	Ver que los datos del afiliado sean los correctos y que tengo un N° tel. (Firma del Apoderado)	
	Constancia de Afiliacion SSS	Ver que este declarado vigente en el padrón de O.Social	
	Resumen de contenido de solíc. indiv.	Ver que coincida la solicitud medica con lo cargado en SIAPE	
	Cuadro Hemofilia	Ver que contengan el periodo solicitado, tener en cuenta que las solicitudes pueden ser trimestrales o semestrales.	
	Nota de Auditoría Médica	Ver que este detallado el medicamento por monodroga no marca con toma semanal, mensual o semestral. Firma y sello de Aud. Medica de O.Social	
	Historia Clínica	Tiene que estar emitida por Fundación de la Hemofilia	
	Pedido medico	Ver que tenga medicamento solicitado por monodrogas y no por marca, tiene que tener proyección 1º Sem o 2º Sem. Tiene que ser por Manuscrito.	
Presupuesto	Siempre ver que el presupuesto tenga un valor mayor al abonado como mas caro. (Según Anexo I)		

	Certificación médica de primera hemorragia mayor a articular (Profilaxis primaria) o de mas de dos hemorragias articulares (Profilaxis secundaria)	Esta documentación se solicita por única vez al momento de ingresar bajo el programa de profilaxis		
	Informe Social familiar que demuestre continencia ante la terapeutica profilactica			
	Descripción y antecedentes del equipo técnico a cargo del tratamiento Certificación de entrenamiento familiar			
	Anexo III (Hoja de Ingreso)			Solo para Profilaxis completado por el medico y firmado por Aud. Medica de O.Social
	Anexo IV (Hoja de Seguimiento)			Solo para Profilaxis completado por el medico y firmado por Aud. Medica de OSIM
	Anexo VI (Declaración Jurada)			Solo para cuando es por Demanda.
	Troqueles			Tiene que coincidir la cantidad comprada con la presenta en una hoja especial para los mismos, estar identificados con nuestro RNOS "X" , y detallada la cantidad numero y letras, ademas firmado por la Aud. Médica
Anexo I	Quando tenemos mas de 1 factura necesitamos este requisito. Lo supervisa Contable con firma y sello de Responsable del sector Contable de OS y Aud. Médica			



Esclerosis Multiple / Esclerosis Lateral amiotrofica	Nota de solicitud	Ver que la Resolucion sea la correcta 500/04 (Firma del Apoderado)	Se presenta semestral mente pero podemos enviar con el expedient e una factura sola y a medida que tengamos las demas
	Certificado de afiliación	Ver que los datos del afiliado sean los correctos y que tengo un N° tel. (Firma del Apoderado de O.S)	
	Constancia de Afiliación SSS	Ver que este declarado vigente en el padrón de O.S.	
	Resumen de contenido de solíc. indiv.	Ver que coincida la solicitud medica con lo cargado en SIAPE	
	Nota de Auditoría Médica	Ver que esten detallados los medicamentos por monodroga no marca con toma semanal, mensual o semestral. Firma y sello de Aud. Medica de O.S.	

	Historia Clínica	Ver que detalle la patología del afiliado. Siempre necesitamos este requisito.	facturas hasta completar el semestre las enviamos con Nota haciendo referenci a al expedient e ingresado .
	Pedido medico	Ver que tengan los medicamentos solicitados por monodrogas y no por marca, tiene que tener proyección 1º Sem o 2º Sem. Tiene que ser por Manuscrito.	
	R.M.N.	Siempre es necesario este requisito.	
	Resumen Clinico OSIM	Siempre es necesario este requisito tiene que estar completado por el medico tratante y firmado por Aud. Medica de OS	
	Presupuesto	Siempre ver que el presupuesto tenga un valor mayor al abonado como mas caro. (Según Anexo I)	
	Anexo VI (Declaración Jurada)	Ver que los datos del afiliado sean los correctos, por cada prestación se necesita un anexo diferente y el periodo declarado tiene que ser coincidente con las facturas que presentamos.	
	Troqueles	Tiene que coincidir la cantidad comprada con la presenta en una hoja especial para los mismos, estar identificados con nuestro RNOS "X" , y detallada la cantidad numero y letras, ademas firmado por la Aud. Médica	
	Anexo I	Cuando tenemos mas de 1 factura necesitamos este requisito. Lo supervisa Contable con firma y sello de Responsable del sector Contable de OS y Aud. Médica	



Pre y Transplante	Nota de solicitud	Ver que la Resolucion sea la correcta 500/04 (Firma del apoderado)	Se presenta en forma colesctiva el pre-transplant e y transplant e o Individual mente
	Certificado de afiliación	Ver que los datos del afiliado sean los correctos y que tengo un N° tel. (Firma del Apoderado)	
	Constancia de Afiliación SSS	Ver que este declarado vigente en el padrón de OS	
	Resumen de contenido de solicitudes individuales	Ver que coincida la solicitud medica con lo cargado en SIAPE	
	Nota de Auditoría Médica	Ver que esten detallados las . Firma y sello de Aud. Medica	

		de OS	
	Constancia de inscripción en lista de espera oficial del INCUCAI	Este requisito es necesario para el pre-transplante (Lo envía el establecimiento)	
	Certificado de implante de órganos del INCUCAI	Este requisito es necesario para el Transplante (Lo envía el establecimiento)	
	Pedido médico	Ver que se solicite el estudio de pre y transplante.	
	Historia Clínica	Este requisito es necesario para el Transplante	
	Parte Quirúrgico	Ver que tenga resumen de cirugía y alta solo se presentará para el transplante. Firma y sello del médico.	
	Resumen de Historia Clínica post transplante	Este requisito es necesario para el Pre - Transplante	
	Presupuesto	Este requisito tiene que estar confeccionado por el establecimiento que realice el pre y transplante.	
	Anexo VIII Informe de Auditoría	Ver que tenga los datos del afiliado correcto, datos del establecimiento y práctica realizada, firma y sello de responsable del establecimiento. Solo se presenta con el transplante.	
	Orden de Pago	Original (firma y sello de Responsable del sector Contable de OS y Aud. Médica)	
	Factura	Original (firma y sello de Responsable del sector Contable de OS y Aud. Médica)	
	Recibo	Original (firma y sello de Responsable del sector Contable de OS y Aud. Médica)	



Inmunosupresores	Nota de solicitud	Ver que la Resolución sea la correcta 500/04 (Firma del apoderado)	Se presenta semestralmente pero podemos enviar con el expediente una factura sola y a medida que tengamos las
	Certificado de afiliación	Ver que los datos del afiliado sean los correctos y que tengo un N° tel. (Firma del Apoderado)	
	Constancia de Afiliación SSS	Ver que este declarado vigente en el padrón de OS	
	Resumen de contenido de solíc. indiv.	Ver que coincida la solicitud médica con lo cargado en SIAPE	
	Nota de Auditoría Médica	Ver que estén detallados los medicamentos por monodroga no marca con toma semanal,	

		mensual o semestral. Firma y sello de Aud. Medica de OS	demas facturas hasta completar el semestre las enviamos con Nota haciendo referenci a al expedient e ingresado
	Resumen de H/C	Ver que detalle la patología del afiliado. Siempre necesitamos este requisito.	
	Pedido médico	Ver que tengan los medicamentos solicitados por monodrogas y no por marca, tiene que tener proyección 1º Sem o 2º Sem. Tiene que ser por Manuscrito.	
	Presupuesto	Siempre ver que el presupuesto tenga un valor mayor al abonado como mas caro. (Según Anexo I)	
	Anexo VI (Declaración Jurada)	Ver que los datos del afiliado sean los correctos, por cada prestación se necesita un anexo diferente y el periodo declarado tiene que ser coincidente con las facturas que presentamos.	
	Troqueles	Tiene que coincidir la cantidad comprada con la presenta en una hoja especial para los mismos, estar identificados con nuestro RNOS "X" , y detallada la cantidad numero y letras, ademas firmado por la Aud. Médica	
	Anexo I	Quando tenemos mas de 1 factura necesitamos este requisito. Lo supervisa Contable con firma y sello de Responsable del sector Contable de OS y Aud. Médica	



Fibrosis Quística (F.Q.P)	Nota de solicitud	Ver que la Resolucion sea la correcta 500/04 (Firma del apoderado)	Se presenta semestral mente pero podemos enviar con el expedient e una factura sola y a medida que tengamos las demas facturas hasta
	Certificado de afiliación	Ver que los datos del afiliado sean los correctos y que tengo un N° tel. (Firma del Apoderado)	
	Constancia de Afiliación SSS	Ver que este declarado vigente en el padrón de OS	
	Resumen de contenido de solíc. indiv.	Ver que coincida la solicitud medica con lo cargado en SIAPE	
	Nota de Auditoría Médica	Ver que esten detallados los medicamentos por monodroga no marca con toma semanal, mensual o semestral. Firma y sello de Aud. Medica de OS	
	Resumen de H/C	Ver que detalle la patología	

	Estudios	<p>del afiliado. Siempre necesitamos este requisito. Este requisito es necesario.</p> <p>Ver que tengan los medicamentos solicitados por monodrogas y no por marca, tiene que tener proyección 1º Sem o 2º Sem. Tiene que ser por Manuscrito.</p> <p>Siempre ver que el presupuesto tenga un valor mayor al abonado como mas caro. (Según Anexo I)</p> <p>Ver que los datos del afiliado sean los correctos, por cada prestación se necesita un anexo diferente y el periodo declarado tiene que ser coincidente con las facturas que presentamos.</p> <p>Tiene que coincidir la cantidad comprada con la presenta en una hoja especial para los mismos, estar identificados con nuestro RNOS "X" , y detallada la cantidad numero y letras, ademas firmado por la Aud. Médica</p> <p>Cuando tenemos mas de 1 factura necesitamos este requisito. Lo supervisa Contable con firma y sello de Responsable del sector Contable de OS y Aud. Médica</p>	<p>completar el semestre las enviamos con Nota haciendo referenci a al expedient e ingresado</p>
	Pedido médico		
	Presupuesto		
	Anexo VI (Declaración Jurada)		
	Troqueles		
	Anexo I		



Enf. De Gaucher	Nota de solicitud	<p>Ver que la Resolucion sea la correcta 500/04 (Firma del Apoderado)</p> <p>Ver que los datos del afiliado sean los correctos y que tengo un N° tel. (Firma del Apoderado)</p> <p>Ver que este declarado vigente en el padrón de OS</p> <p>Ver que coincida la solicitud medica con lo cargado en SIAPE</p> <p>Ver que este detallado el medicamento por monodroga no marca con toma semanal, mensual o semestral. Firma y sello de Aud. Medica de OS</p> <p>Siempre se necesita este requisito.</p>	<p>Se presenta trimestral mente o semestral mente</p>
	Certificado de afiliación		
	Constancia de Afiliación SSS		
	Resumen de contenido de solíc. indiv.		
	Nota de Auditoría Médica		
	Historia Clínica detallada con tipo de enfermedad (I, II o III).		

	Exámenes de laboratorio (Hemograma completo, contaje de plaquetas).	Siempre se necesita este requisito.	
	Informe radiológico.	Siempre se necesita este requisito.	
	biopsia hepática y/o dosaje enzimático (beta-glucocerebrosidasa u otras)	Siempre se necesita este requisito.	
	Pedido Médico	Ver que tengan los medicamentos solicitados por monodrogas y no por marca, tiene que tener proyección 1º Sem o 2º Sem. Tiene que ser por Manuscrito.	
	Presupuesto	Siempre ver que el presupuesto tenga un valor mayor al abonado como mas caro. (Según Anexo I)	
	Anexo VI (Declaración Jurada)	Ver que los datos del afiliado sean los correctos, por cada prestación se necesita un anexo diferente y el periodo declarado tiene que ser coincidente con las facturas que presentamos.	
	Anexo I	Quando tenemos mas de 1 factura necesitamos este requisito. Lo supervisa Contable con firma y sello de Responsable del sector Contable de OS y Aud. Médica	



Drogadependencia	Nota de solicitud	Ver que la Resolución sea la correcta 500/04 (Firma del Apoderado)	Se presenta trimestralmente o semestralmente
	Certificado de afiliación	Ver que los datos del afiliado sean los correctos y que tengo un N° tel. (Firma del Apoderado)	
	Constancia de afiliación de la SSS	Ver que este declarado vigente en el padrón de OS	
	Resumen de contenido de solíc. indiv.	Ver que coincida la solicitud medica con lo cargado en SIAPE	
	Nota de Auditoría Médica	Ver que este detallada la modalidad solicitada . Firmado por Aud. Medica de OS	
	Historia Clínica con diag. DSM IV	Siempre es necesario este requisito	
	Pedido medico, modalidad y tiempo tto.	Siempre es necesario este requisito	
	Presupuesto	Siempre ver que el presupuesto tenga un valor mayor al abonado como mas caro. (Según Anexo I)	

	Cons. Inscripción SSS del prestador	Siempre es necesario este requisito.	
	Anexo (Declaración Jurada)	Ver que los datos del afiliado sean los correctos, por cada prestación se necesita un anexo diferente y el periodo declarado tiene que ser coincidente con las facturas que presentamos.	
	Conformidad	Siempre es necesario este requisito.	
	Anexo I	Cuando tenemos mas de 1 factura necesitamos este requisito. Lo supervisa Contable con firma y sello de Responsable del sector Contable de OS y Aud. Médica	



Hormona del Crecimiento	Nota de solicitud	Ver que la Resolución sea la correcta 500/04 (Firma del Apoderado)	Se presenta trimestralmente o semestralmente
	Certificado de afiliación	Ver que los datos del afiliado sean los correctos y que tengo un N° tel. (Firma del Apoderado)	
	Constancia de afiliación de la SSS	Ver que este declarado vigente en el padrón de OS	
	Resumen de contenido de solíc. indiv.	Ver que coincida la solicitud medica con lo cargado en SIAPE	
	Nota de Auditoría Médica	Ver que este detallado el medicamento por monodroga no marca con toma semanal, mensual o semestral. Firma y sello de Aud. Medica de OS	
	Historia Clínica con diag. DSM IV	Siempre es necesario este requisito	
	Pedido medico, modalidad y tiempo tto.	Ver que tengan los medicamentos solicitados por monodrogas y no por marca, tiene que tener proyección 1º Sem o 2º Sem. Tiene que ser por Manuscrito.	
	Presupuesto	Siempre ver que el presupuesto tenga un valor mayor al abonado como mas caro. (Según Anexo I)	
Anexo VI (Declaración Jurada)	Ver que los datos del afiliado sean los correctos, por cada prestación se necesita un anexo diferente y el periodo declarado tiene que ser coincidente con las facturas que presentamos.		

	Troqueles	Tiene que coincidir la cantidad comprada con la presenta en una hoja especial para los mismos, estar identificados con nuestro RNOS "X" , y detallada la cantidad numero y letras, ademas firmado por la Aud. Médica	
	Anexo I	Cuando tenemos mas de 1 factura necesitamos este requisito. Lo supervisa Contable con firma y sello de Responsable del sector Contable de OS y Aud. Médica	



Psoriasis RESOL 16,300/05	Nota de solicitud	Ver que la Resolución sea la correcta 500/04 (Firma del Apoderado)	Se presenta semestralmente
	Certificado de afiliación	Ver que los datos del afiliado sean los correctos y que tengo un N° tel. (Firma del Apoderado)	
	Constancia de Afiliación SSS	Ver que este declarado vigente en el padrón de OS	
	Resumen de contenido de solíc. indiv.	Ver que coincida la solicitud medica con lo cargado en SIAPE	
	Nota de Auditoría Médica	Ver que este detallado el medicamento por monodroga no marca con toma semanal, mensual o semestral. Firma y sello de Aud. Medica de OS	
	dosis y duración del tratamiento		
	Historia Clínica Completa	Siempre es necesario este requisito	
	Certificación de consumo de otra medicación y respuesta negativa	Siempre es necesario este requisito	
	Conformidad de utilización del EFALIZUMAB y sus consecuencias	Siempre es necesario este requisito	
	Biopsia de por lo menos una articulación	Siempre es necesario este requisito	
	Inscripción en la SSSalud del médico	Siempre es necesario este requisito	
	Inscripción en el Sistema de Tutelaje SSS del afiliado (en trámite)	Siempre es necesario este requisito	
	Pedido médico / Proyección	Ver que tengan los medicamentos solicitados por monodrogas y no por marca, tiene que tener proyección 1º Sem o 2º Sem. Tiene que ser por Manuscrito.	

	Presupuesto	Siempre ver que el presupuesto tenga un valor mayor al abonado como mas caro. (Según Anexo I)	
	Troqueles	Tiene que coincidir la cantidad comprada con la presenta en una hoja especial para los mismos, estar identificados con nuestro RNOS "x" , y detallada la cantidad numero y letras, ademas firmado por la Aud. Médica	
	Anexo I	Cuando tenemos mas de 1 factura necesitamos este requisito. Lo supervisa Contable con firma y sello de Responsable del sector Contable de OS y Aud. Médica	



Tumor Maligno de Colon (Somatostatina / Síndrome Carcinoide	Nota de solicitud	Ver que la Resolución sea la correcta 500/04 (Firma del Apoderado)	Se presenta semestralmente
	Certificado de afiliación	Ver que los datos del afiliado sean los correctos y que tengo un N° tel. (Firma del Apoderado)	
	Constancia de Afiliación SSS	Ver que este declarado vigente en el padrón de OS	
	Resumen de contenido de solíc. indiv.	Ver que coincida la solicitud medica con lo cargado en SIAPE	
	Nota de Auditoría Médica	Ver que este detallado el medicamento por monodroga no marca con toma semanal, mensual o semestral. Firma y sello de Aud. Medica de OS	
	Resumen de H/C	Siempre es necesario este requisito (Tiene que estar muy completa)	
	Estudios	Estudios de Laboratorio e Imágenes	
	Pedido médico	Ver que tengan los medicamentos solicitados por monodrogas y no por marca, tiene que tener proyección 1º Sem o 2º Sem. Tiene que ser por Manuscrito.	
	Presupuesto	Siempre ver que el presupuesto tenga un valor mayor al abonado como mas caro. (Según Anexo I)	
	Anexo VI (Declaración Jurada)	Ver que los datos del afiliado sean los correctos, por cada prestación se necesita un anexo diferente y el periodo declarado tiene que ser	

		coincidente con las facturas que presentamos.	
	Troqueles	Tiene que coincidir la cantidad comprada con la presenta en una hoja especial para los mismos, estar identificados con nuestro RNOS "X" , y detallada la cantidad numero y letras, ademas firmado por la Aud. Médica	
	Anexo I	Cuando tenemos mas de 1 factura necesitamos este requisito. Lo supervisa Contable con firma y sello de Responsable del sector Contable de OS y Aud. Médica	



Implante Coclear	Nota de solicitud		Se pueden presentar en forma colectiva o individual
	Certificado de afiliación		
	Resumen de contenido de solicitudes individuales		
	Nota de Auditoría Médica		
	Certificado de discapacidad		
	Constancia de certificado de discapacidad en tramite		
	Pedido medico		
	Historia Clinica		
	Modulo de Preimplante		
	<i>En caso de pagar la OS las prestaciones deben contar con el pedido medico, presupuesto, facturas y recibos.</i>		
	Estudios Audiologicos		
	Otoemisiones Acústicas		
	BERA (Potenciales Evocados de Tronco Cerebral)		
	Audiometría Tonal a Campo Libre sin audifonos.		
	Audiometría Tonal a Campo Libre con audifonos oídos por separado.		
	Timpanometria y reflejos estapediales.		
	Test de precepcion de los sonidos del habla (odios por separado sin audifonos y con audifonos)		
	Logaudiometria en adultos y evaluacion e		

Bisilabas y Frases
Entrenamiento en lectura labial en los casos que lo requieran
Examen Vestibular
Selección de audifonos
Estudios Medicos
Exámenes otológicos
Estudios por imagen (TAC y eventualmente RMN)
Exámenes clínicos prequirúrgicos
Estudios Psicológicos
Estudios neurolinguisticos
Estudios psicopedagogicos
Evaluacion del Pronostico y expectativas con devolución familiar . Presentar acta con conclusiones y recomendaciones
IMPLANTE COCLEAR
Modulo de Quirurgico
<i>Internacion en habitacion doble hasta 2 dias / Honaorarios del equipo profesional y derechos opertarios, anestesia, monitoreo, oximetria de pulso, clinicos y del monitoreo del facial/ Medicamentos y materiales descartables quirurgicos y de piso.</i>
Presupuesto Cirugia
Constancia de Registro de Prestadores de la SSSalud
Presupuesto del Implante
Certificado de implante
Sticker
Parte quirurgico
Copia de Historia Clinica de la Internacion
Evaluación intraquirurgica - impedanciometria de electrodos
Evaluación intraquirurgica - reflejo estapedial
Evaluación intraquirurgica - telemetria neural
Nota de Conformidad del afiliado o familiar a cargo del menor

	Anexo VI Declaración Jurada		
	Orden de Pago		
	Factura		
	Recibo		
	Modulo de Seguimiento		
	Cobertura APE durante tres meses postquirurgicos		
	Pedido medico		
	Historia Clínica		
	Presupuesto		
	Orden de Pago		
	Factura		
	Recibo		
	Cuando tenemos mas de 1 factura necesitamos este requisito. Lo supervisa Contable con firma y sello de Responsable del sector Contable de OS y Aud. Médica		



Quemados	Nota de solicitud	Ver que la Resolución sea la correcta 500/04 (Firma del apoderado)	Se presenta por única vez
	Certificado de afiliación	Ver que los datos del afiliado sean los correctos y que tengo un N° tel. (Firma del Apoderado)	
	Constancia de Afiliacion SSS	Ver que este declarado vigente en el padrón de OS	
	Resumen de contenido de solíc. indiv.	Ver que coincida la solicitud medica con lo cargado en SIAPE	
	Resumen de Presupuesto	Ver que coincida lo presupuestado con lo cargado en SIAPE	
	Nota de Auditoría Médica	Ver que el periodo solicitado sea el mismo que cuando se realizó la práctica. Firma y sello de Aud. Medica de OS	
	Resumen de H/C	Ver que la fecha del R.H.Cca. sea anterior a la práctica realizada	
	Pedido médico	Ver que la fecha de la solicitud medica sea anterior a la práctica realizada	
	Presupuesto	Ver que la fecha sea posterior a la solicitud médica y que además sea la protesis comprada.	
	Parte quirúrgico, epicrisis, evolución	Ver que tenga resumen de cirugía y alta. Firma y sello del	

		médico.	
	Observaciones	Se recupera cuando la quemadura sea mas del 10 % de superficie corporal y hasta un monto máximo \$ 1500 por día.	
	Orden de Pago	Original (firma y sello de Responsable del sector Contable de OS y Aud. Médica)	
	Factura y remito	Original (firma y sello de Responsable del sector Contable de OS y Aud. Médica)	
	Recibo	Original (firma y sello de Responsable del sector Contable de OS y Aud. Médica)	



Internación Domiciliaria (vía de EXCEPCIÓN N: APE-E: lo define la O.S.)	Nota de solicitud	Ver que la Resolución sea la correcta 5700/04 (Firma del apoderado)	Se presenta semestralmente
	Certificado de afiliación	Ver que los datos del afiliado sean los correctos y que tengo un N° tel. (Firma del apoderado)	
	Constancia de Afiliación SSS	Ver que este declarado vigente en el padrón de OS	
	Resumen de contenido de solíc. indiv.	Ver que coincida la solicitud medica con lo cargado en SIAPE	
	Cuadro Resumen de solíc. indiv. Por Disc.	Ver que las prestaciones sean las mismas solicitadas por el medico, tambien verificar el periodo solicitado ya que en discapacidad es anual.	
	Nota de Auditoría Médica	Detallar bien las practicas solicitadas y los periodos solicitados.Firma y sello de Aud. Medica de OS	
	Certificado de discapacidad	Ver que no este vencido.	
	Historia Clinica	Ver que detalle la patología del afiliado. Siempre necesitamos este requisito.	
	Pedido médico	Ver que prestaciones solicita el medico y tiene que detallar el periodo solicitado si o si.	
	Presupuesto	Ver que por cada prestación solicitada es necesario un presupuesto en donde contenga el periodo solicitado por el médico, y tener en cuenta que quien presupuesta obligatoriamente debe presentar factura. Valores vigentes seg. Res en curso.	

	Obj. a cumplir/logrados/Plan de trabajo: cada profesional de la salud, debe completar los objetivo , evolución y registro de firmas de concurrencia	Siempre se necesitan estos requisitos.	
	Registro de prestadores (R.N.P.) / Título	En caso de ser un establecimiento se requiere RNP y además que detalle su categoría. En caso de ser un profesional solo tienen RNP los Kinesiólogos, Fonoaudiólogos, Psicólogos las demás especialidades solo requieren su título. Centro de rehabilitación no hace falta su categorización.	
	Habilitación	Habilitación no necesaria son las habilitaciones municipales. Pueden o no tener.	
	Conformidad	Siempre se necesita este requisito.	
	Anexo IV	Ver que los datos del afiliado sean los correctos, por cada prestación se necesita un anexo diferente y el periodo declarado tiene que ser coincidente con las facturas que presentamos.	
Anexo I	Cuando tenemos más de 1 factura necesitamos este requisito. Lo supervisa Contable con firma y sello de Responsable del sector Contable de OS y Aud. Médica		



Art. Rematoidea (vía de EXCEPCIÓN: APE-E: lo define la O.S.)	Nota de solicitud	Ver que la Resolución sea la correcta 500/04 (Firma del Apoderado)	Se presenta semestralmente
	Certificado de afiliación	Ver que los datos del afiliado sean los correctos y que tengo un N° tel. (Firma del Apoderado)	
	Constancia de Afiliación SSS	Ver que este declarado vigente en el padrón de OS	
	Resumen de contenido de solíc. indiv.	Ver que coincida la solicitud medica con lo cargado en SIAPE	
	Nota de Auditoría Médica	Ver que este detallado el medicamento por monodroga no marca con toma semanal, mensual o semestral. Firma y sello de Aud. Medica de OS	
	Actividad o no de la artritis reumatoidea (AR)	Siempre es necesario este requisito	

	Número de articulaciones comprometidas.	Siempre es necesario este requisito	
	Tiempo de evolución	Siempre es necesario este requisito	
	Medicaciones anteriores y tiempo de uso de estas medicaciones	Siempre es necesario este requisito	
	Especificar si se uso metotrexate y el tiempo de uso	Siempre es necesario este requisito	
	Valor de VSG	Siempre es necesario este requisito	
	Clase funcional	Siempre es necesario este requisito	
	Pedido médico	Ver que tengan los medicamentos solicitados por monodrogas y no por marca, tiene que tener proyección 1º Sem o 2º Sem. Tiene que ser por Manuscrito.	
	Presupuesto	Siempre ver que el presupuesto tenga un valor mayor al abonado como mas caro. (Según Anexo I)	
	Troqueles	Tiene que coincidir la cantidad comprada con la presenta en una hoja especial para los mismos, estar identificados con nuestro RNOS "X" , y detallada la cantidad numero y letras, ademas firmado por la Aud. Médica	
	Anexo I	Quando tenemos mas de 1 factura necesitamos este requisito. Lo supervisa Contable con firma y sello de Responsable del sector Contable de OS y Aud. Médica	



MEDICAMENTOS (vía de EXCEPCIÓN: APE-E: lo define la O.S.)	Nota de solicitud	Ver que la Resolución sea la correcta 500/04 (Firma del apoderado)	Se presenta semestralmente
	Certificado de afiliación	Ver que los datos del afiliado sean los correctos y que tengo un N° tel. (Firma del Apoderado)	
	Constancia de Afiliación SSS	Ver que este declarado vigente en el padrón de OS	
	Resumen de contenido de solíc. indiv.	Ver que coincida la solicitud medica con lo cargado en SIAPE	
	Nota de Auditoría Médica	Ver que este detallado el medicamento por monodroga no marca con toma semanal, mensual o semestral. Firma y sello de Aud. Medica de OS	

	Resumen de Historia Clínica y Tiempo de evolución	Siempre es necesario este requisito	
	Medicaciones anteriores y tiempo de uso de estas medicaciones	Siempre es necesario este requisito	
	estudios de laboratorio que avalen el diagnóstico y tratamiento	Siempre es necesario este requisito	
	estudios por imágenes que avalen el diagnóstico y tratamiento	Siempre es necesario este requisito	
	Pedido médico	Ver que tengan los medicamentos solicitados por monodrogas y no por marca, tiene que tener proyección 1º Sem o 2º Sem. Tiene que ser por Manuscrito.	
	Presupuesto	Siempre ver que el presupuesto tenga un valor mayor al abonado como mas caro. (Según Anexo I)	
	Troqueles	Tiene que coincidir la cantidad comprada con la presenta en una hoja especial para los mismos, estar identificados con nuestro RNOS "X" , y detallada la cantidad numero y letras, ademas firmado por la Aud. Médica	
	Anexo I	Cuando tenemos mas de 1 factura necesitamos este requisito. Lo supervisa Contable con firma y sello de Responsable del sector Contable de OS y Aud. Médica	



Stent	Nota de solicitud	Ver que la Resolucion sea la correcta 500/04 (Firma del Apoderado)	Se presenta por única vez
	Certificado de afiliación	Ver que los datos del afiliado sean los correctos y que tengo un N° tel. (Firma del Apoderado)	
	Constancia de Afiliacion SSS	Ver que este declarado vigente en el padrón de OS	
	Resumen de contenido de solíc. indiv.	Ver que coincida la solicitud medica con lo cargado en SIAPE	
	Resumen de Presupuesto	Ver que coincida lo presupuestado con lo cargado en SIAPE	
	Nota de Auditoría Médica	Ver que el periodo solicitado sea el mismo que cuando se realizó la práctica.Firma y sello de Aud. Medica de OS	

	Resumen de H/C	Ver que la fecha del R.H.Cca. sea anterior a la práctica realizada	
	Pedido médico	Ver que la fecha de la solicitud medica sea anterior a la práctica realizada	
	Presupuesto	Ver que la fecha sea posterior a la solicitud médica y que además sea la prótesis comprada.	
	Certificado de Implante	Ver que contenga la cantidad de sticker que se hayan comprado, fecha de cirugía y en caso de no poseer sticker nota aclaratoria del proveedor indicando esta situación.	
	Stickers originales	Firma y sello del médico. (Firma de auditoria médica)	
	Informe de Angioplastía	Ver que tenga resumen de cirugía . Firma y sello del médico.	
	Anexo VIII	Ver que tenga los datos del afiliado correcto, datos del establecimiento y práctica realizada (colocación de stent), firma y sello de responsable del establecimiento.	
	Orden de Pago	Original (firma y sello de Responsable del sector Contable de OS y Aud. Médica)	
	Factura y remito	Original (firma y sello de Responsable del sector Contable de OS y Aud. Médica)	
	Recibo	Original (firma y sello de Responsable del sector Contable de OS y Aud. Médica)	



Otros Medicamentos	Nota de solicitud	Ver que la Resolución sea la correcta 500/04 (Firma del Apoderado)	Se presenta semestralmente
	Certificado de afiliación	Ver que los datos del afiliado sean los correctos y que tengo un N° tel. (Firma del Apoderado)	
	Constancia de Afiliación SSS	Ver que este declarado vigente en el padrón de OS	
	Resumen de contenido de solíc. indiv.	Ver que coincida la solicitud medica con lo cargado en SIAPE	
	Nota de Auditoría Médica	Ver que esten detallados los medicamentos por monodroga no marca con toma semanal, mensual o semestral. Firma y sello de Aud. Medica de OS	

	Resumen de H/C	Ver que detalle la patología del afiliado. Siempre necesitamos este requisito.	
	Pedido médico	Ver que tengan los medicamentos solicitados por monodrogas y no por marca, tiene que tener proyección 1º Sem o 2º Sem. Tiene que ser por Manuscrito.	
	Estudios	Siempre es necesario este requisito	
	Presupuesto	Siempre ver que el presupuesto tenga un valor mayor al abonado como mas caro. (Según Anexo I)	
	Anexo VI (Declaración Jurada)	Ver que los datos del afiliado sean los correctos, por cada prestación se necesita un anexo diferente y el periodo declarado tiene que ser coincidente con las facturas que presentamos.	
	Troqueles	Tiene que coincidir la cantidad comprada con la presenta en una hoja especial para los mismos, estar identificados con nuestro RNOS "X" , y detallada la cantidad numero y letras, ademas firmado por la Aud. Médica	
	Anexo I	Cuando tenemos mas de 1 factura necesitamos este requisito. Lo supervisa Contable con firma y sello de Responsable del sector Contable de OS y Aud. Médica	

PARTOS	Resolución N° 18.621/2007			REINT EGRO \$800
---------------	--------------------------------------	--	--	---------------------------------

Observaciones: Toda documentación médica que sea copia debe en todos los casos tener la firma de Auditoria Médica

ANEXO IV

OSDEPYM DETALLE DE EGRESOS POR AFILIADO OCTUBRE 2007

Tabla Nro 1

Id_Afiliado	Periodo	CUIT	IngresosPorAportes	EgresosPorPrestaciones	EgresosPorPrestacionesAdic	TotalIngresos	TotalEgresos
534370	200710	2327xxxxxxx	22 \$	225.104,00	0	22 \$	225.104,00 (*)
472535	200710	2030xxxxxxx	41,99 \$	33.180,00	0	41,99 \$	33.180,00
396983	200710	2717xxxxxxx	0 \$	29.618,86	0	0 \$	29.618,86
446398	200710	2022xxxxxxx	0 \$	28.029,49	105,54	0 \$	28.135,03
403557	200710	2016xxxxxxx	22 \$	27.215,14	0	22 \$	27.215,14
536352	200710	2792xxxxxxx	22 \$	23.157,26	0	22 \$	23.157,26
446706	200710	2014xxxxxxx	0 \$	21.177,10	0	0 \$	21.177,10
377761	200710	2011xxxxxxx	22 \$	18.963,90	0	22 \$	18.963,90
423275	200710	2704xxxxxxx	22 \$	14.836,40	0	22 \$	14.836,40
372300	200710	2007xxxxxxx	41,99 \$	14.034,18	0	41,99 \$	14.034,18
276635	200710	2713xxxxxxx	0 \$	13.717,38	0	0 \$	13.717,38
522047	200710	2092xxxxxxx	81,99 \$	13.068,15	0	81,99 \$	13.068,15
367317	200710	2011xxxxxxx	22 \$	11.975,43	0	22 \$	11.975,43
333056	200710	2720xxxxxxx	22 \$	11.695,14	0	22 \$	11.695,14
129619	200710	2711xxxxxxx	0 \$	11.428,96	0	0 \$	11.428,96
320082	200710	2713xxxxxxx	0 \$	10.616,68	0	0 \$	10.616,68
568810	200710	2725xxxxxxx	22 \$	9.336,15	0	22 \$	9.336,15
402587	200710	2004xxxxxxx	0 \$	9.133,52	0	0 \$	9.133,52
473579	200710	2012xxxxxxx	41,99 \$	8.971,78	0	41,99 \$	8.971,78
420412	200710	2310xxxxxxx	41,99 \$	8.878,37	0	41,99 \$	8.878,37
365969	200710	2016xxxxxxx	0 \$	8.734,71	0	0 \$	8.734,71

(*) Ingreso diagnostico 1er consumo
Ene-06 Cancer Mar-07



ANEXO N° V

ÍNDICE			
ENCUESTAS			
Instrumento utilizado, pasos realizados para el relevamiento, clasificación de informantes calificados; procesamiento de los datos obtenidos.			
N° Ref.	Contenido		N° de Página
I		Matriz del Instrumento dirigidos a informantes calificados en la materia:	38
	I.1.	Encuesta: Matriz del Instrumento: “Cuestionario”.	38
II		Pasos seguidos para la realización de las Encuestas.	41
III		Clasificación de informantes calificados.	44
IV		Procesamiento de los datos obtenidos.	46

I.-Matriz del Instrumento:

Encuesta N°:.....
Informante N°:.....
Fecha: ..././.....

1.1. Encuesta: “Cuestionario con preguntas abiertas y cerradas”

Dirigido a: “Informantes Calificados en la materia”

Cuestionario:

Estoy realizando una investigación sobre el sistema de cobertura en salud dirigido a los Monotributistas y su mecanismo de financiación en Financiadores –Obras Sociales- habilitados por la S.S.S..

Datos Formales: (Anónimo)

A los fines de la presente encuesta, en caso de que Ud. se desempeñe ó se hubiere desempeñado laboralmente en Financiadores que brinden cobertura de salud a Monotributistas, por favor le pido, si es tan amable, responder las preguntas del presente cuestionario:

I.- Identificación de Financiador “Obra Social”:

I.1.- Nacional/Provincial/Municipal

I.2.- Sindical

I.3.- De Dirección

I.4.- Otra:..... [Abierta]

II.- Cantidad aproximada de:

II.1.- Afiliados totales:.....

II.2.- Afiliados “Monotributistas”:.....

II.3.- Comentarios:..... [Abierta]

III.- Antigüedad laboral en el Financiador mencionado:

III.1. Meses a 1 año

III.2. De 1 año a 5 años

III.3. De 6 a 10 años

III.4. Más de 10 años

IV.- Cargo:

IV.1.- Por favor defina el cargo actual:..... [Abierta]

IV.2.- Antigüedad en el mismo: [Abierta]

V.- Antigüedad laboral en el área de Salud:

V.1. Meses a 1 año

V.2. De 1 año a 5 años

V.3. De 6 a 10 años

V.4. Más de 10 años

Guía de Preguntas:

En relación con el Sistema de cobertura en salud para Monotributistas del Financiador al cual Ud. refiere, podría indicar si:

1.- ¿Conoce las características del sistema de salud para Monotributistas brindado?

- a. Si
- b. No
- c. Comentarios:[Abierta]

2.- ¿Podría comentar alguna de ellas?[Abierta]

3.- El Financiador al cual Ud. refiere: ¿les brinda cobertura de forma directa y/o con prestadores propios de cartilla?

- a. SI
- b. NO
- c. NS/NC
- d. Comentarios:[Abierta]

4.- En el caso que la respuesta a la pregunta 3 resultara negativa: ¿procede la cobertura a través de entidades tercerizadas?

- a. SI
- b. NO
- c. NS/NC

5.- En el caso que la respuesta a la pregunta 4 resultara afirmativa, es decir que procede la cobertura a través de entidades tercerizadas. ¿Podría indicar a través de qué tipo de entidad?

- a. Gerenciadora
 - b. Otra Obra Social: Indicar:
 - 1.- Sindical
 - 2.- De Dirección
 - 3.- Otra:.....
 - c. Asociación
 - d. Fundación
 - e. Consultora
 - f. Otra:.....
- [Abierta]

6.- En el caso que las respuestas a las preguntas 3, ó 4 y 5 resultaran afirmativas: ¿desde qué año se aplicó esta modalidad de cobertura?.....[Abierta]

7.- Según su entender:¿Cuál es el nivel de utilización de servicios aproximado de la cobertura de salud de dichos contribuyentes, es decir consumo per cápita?

- a. Cero –ninguna-
- b. Escasa
- c. Media
- d. Alta
- e. NS/NC
- f.

Comentarios:.....[Abierta]

8.- En el caso que la respuesta a la pregunta 7 resultara “Cero”-ninguna-: ¿a qué motivo lo atribuiría?.....[Abierta]

9.- Se entiende como “Población adversa” a quienes pertenecen al subsistema de salud que permite acceder al P.M.O.e., sin ningún tipo de restricción para el uso del mismo, y que además, facilita el acceso de la población más adversa (moral hazard) –alto grado de consumos prestacionales-. ¿Posee el Financiador este tipo de población en Monotributistas?

- a. SI
- b. NO
- c. NS/NC

10.- En el caso que la respuesta a la pregunta 9 resultara afirmativa:

- a. Aproximadamente:
¿qué porcentaje estima sobre el total de monotributistas?:..... [Abierta]
- b. Podría enunciar: ¿qué tipo de prestaciones se destacan?:..... [Abierta]
- c. ¿Qué porcentaje le atribuiría a prestaciones de alto costo y baja incidencia?.. [Abierta]
- d. Comentarios..... [Abierta]

11.- El Financiador: ¿recibe reintegros de la APE en prestaciones a Monotributistas?

- a. Aproximadamente:
¿qué porcentaje estima sobre el total de erogaciones?:..... [Abierta]
- b. Podría enunciar: ¿qué montos aproximados y tipos de prestaciones reciben dicho reintegro?:..... [Abierta]
- c. Considera Ud. que “sin” los reintegros de la APE ¿se podría brindar cobertura en salud a los monotributistas sin pérdidas económico-financieras? . [Abierta]
- d. Comentarios..... [Abierta]

12.- Considera Ud que el sistema de cobertura en salud para Monotributistas es:

- a. Deficitario
- b. Superavitario
- c. ¿A qué atribuye su respuesta?..... [Abierta]
- d. Comentarios..... [Abierta]

13.- El Financiador: ¿ofrece Planes Superados a Monotributistas?

- a. SI
- b. NO
- c. NS/NC

14.- En el caso que la respuesta a la pregunta 13 resultara afirmativa:

- a. ¿Lo brinda la misma Obra Social ó están tercerizados?
- b. ¿Qué porcentaje aproximado de Monotributistas optan por ellos?
- c. ¿Podría referenciar algunas características distintivas en dichos planes?
- d. Comentarios: [Abierta]

15. ¿Podría indicar otros comentarios significativos referentes al tema?.

- a. SI
- b. NO

- Si la respuesta es afirmativa:
✓ 15.1.¿Cuáles serían?..... [Abierta]

Muchas Gracias

II. “Pasos seguidos para la realización de las Encuestas”

1.- Fuentes de recopilación de datos:

1.1.- Primaria:

- Encuestas a informantes calificados: Jefaturas- Responsables- Gerentes-Otros de Obras Sociales que brinden cobertura de salud a “Monotributistas” en la actualidad ubicadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o Conurbano de la República Argentina. La nómina de encuestados es anónima pero constarán en un Anexo interno del autor.

En referencia a los informantes calificados, se entiende que...“ Deben conocer su cultura tan bien que no necesita pensar en ella. Deben estar compenetrados de una cultura particular. Bajo estudio. El informante no sólo debe estar interesado en hablar con los investigadores, sino que debe tener tiempo para hacerlo, dado que la explotación de una escena con informantes claves insume tiempo y varias entrevistas. El mejor informante es el que utiliza su propio lenguaje y conceptos para describir acontecimientos y acciones.”¹

Estos informantes calificados han sido seleccionados por su estrecha relación profesional a la pregunta del problema en estudio. Los relatos de los mismos se expondrán en “Anonimato” a efectos de exposición pero constarán en un anexo interno del autor. Se expone ejemplo de estructura a continuación:

1. Dr. (Tipo de Obra Social... Cargo....Antigüedad.....) Período tal...
2. Lic. (Tipo de Obra Social... Cargo....Antigüedad.....) Período tal...
3. Cont. (Tipo de Obra Social... Cargo....Antigüedad.....) Período tal...
4. Dra. (Tipo de Obra Social... Cargo....Antigüedad.....) Período tal...
5. Lic. (Tipo de Obra Social... Cargo....Antigüedad.....) Período tal..., etc.

1.2. Secundarias: El contenido de fuentes secundarias se expone en el capítulo de bibliografía.

¹ Yalour M.R.- Tobar F.. ¿Cómo hacer tesis y monografías sobre políticas, servicios y sistemas de salud?. ° 2 ° ed.-Buenos Aires Isalud,1999. Página 81.

2. Instrumentos:

Se realizaron “Encuestas” a informantes calificados.

- **INSTRUMENTO:** (La Matriz de la misma es expuesta en el punto I del presente Anexo)
 - **Encuesta:** A través del instrumento “**Cuestionario semiestructurado**” (con preguntas abiertas y cerradas).

2.1. Elaboración de instrumentos:

Se llevó a cabo a través de **encuestas –cuestionarios-**.

2.2. Prueba piloto del instrumento:

“Hacer una prueba piloto a fin de verificar la calidad de las preguntas, su grado de comprensión la disposición de las personas para responder y las reacciones de los encuestados/entrevistados frente al tema sobre el que se va a interrogar, el tiempo de la encuesta/entrevista la claridad de las instrucciones y las dificultades con que se enfrenta el investigador.”².

La prueba piloto se efectuó a fin de perfeccionar los instrumentos. Se realizaron a través de tres personas calificadas de un segmento similar a la muestra objetivo. En la primera de ellas, se observó que el instrumento presentaba inconvenientes en su interpretación, razón por la cual se decidió realizar nuevas versiones con aportes del director. Se realizaron en junio de 2009 dos pruebas pilotos adicionales. Una vez que no presentaron obstáculos de comprensión, se inició la obtención de información.

3. Plan de recopilación de datos:

3.1. Realización de las encuestas a través del cuestionario

Dirigidas a informantes calificados en la materia.

Se desarrollan a continuación las tareas programadas para las encuestas:

Tareas programadas:

1. Se programó un orden de encuestados posibles.
2. Se corroboró que cumplieran con las especificaciones de la muestra.
3. Se realizaron comunicaciones personales, telefónicas y vía e-mail con ellos.
4. Se mencionó el tema a tratar y la importancia de contar con sus puntos de vistas.
5. Cuando se obtuvo el consentimiento para efectuar la reunión, se procedió a organizar día y horario de la misma/ ó remisión vía e-mail con carácter anónimo.
6. Se confirmaron cada una de las citas preestablecidas.

² Yalour M.R. – Tobar F. (1999) “¿Cómo hacer tesis y monografías sobre políticas, servicios y sistemas de salud?”. ° 2 ° Ed.-Buenos Aires Isalud. Páginas 85-86.

7. Reunión con cada encuestado:

7.1. En el caso de un encuestado que debió ser entrevistados, se solicitó el debido permiso para realizar la grabación de la entrevista/encuesta, teniendo presente que esta modalidad enriquece el trabajo de análisis.

7.2. Apertura: “presentación” – exposición de objetivos de la investigación –, etc.

7.3. Orientación: se destacó el aporte valioso al trabajo. Atento a ello, se brindó una sinopsis del trabajo en estudio, para dar comienzo con el cuestionario semiestructurado (instrumento), tratando de no influir sobre el encuestado.

7.4. Objetivo de la encuesta: recorrido por los ítems a abordar a través del instrumento utilizado; en los cuales los encuestados han realizado sus aportes.

7.5. Conclusión: en algunos casos, se intercambiaron opiniones para poder lograr un redondeo al tema.

7.6. Terminación: se agradeció la colaboración y el aporte de conocimientos específicos del tema. Se procedió luego al cierre de la encuesta. En el caso de grabación, no se apagó el grabador hasta la despedida.

4. Plan de Análisis:

El procesamiento y análisis de datos se realizaron en forma manual, con apoyo de sistema computarizado “Excel/SPSS” y “Word – Atlas ti”.

En primera instancia se realizó la desgrabación de una entrevista/encuesta y transcripciones de las encuestas. Luego, la desgrabación se transcribió en el procesador de texto, incorporándola a las transcripciones y se procedió a estudiar cada una de ellas.

A posteriori se identificaron variables y categorías. Se compararon, utilizando las variables/categorías de las matrices de datos como organizador para el análisis de las encuestas.

Además, se elaboró la Estadística de datos cuantitativos relevados en las mismas que obedecen a las preguntas cerradas. Procediendo luego a su análisis. En el caso de respuestas a preguntas cerradas y abiertas se elaboró una aproximación a las categorías de análisis.

5.- Nota: Las barreras e inconvenientes presentados durante el proceso refieren a sistemas de confidencialidad, políticos, geográficos, etc.

III.- Clasificación de Informantes Calificados:

De 15 Informantes Calificados seleccionados, sólo 9 accedieron a la entrevista-encuesta; que como característica distintiva era considerada como “Anónima”.

Esto significa que fue relevado el 60% de los mismos.

Cabe destacar que el criterio de selección de Informantes Calificados fue que conocieran sobre la cobertura en salud de los “Monotributistas” y su gestión.

1. Muestra:

Por lo cual la muestra relevada que brindaron respuestas a las preguntas de los instrumentos elaborados, asciende a 9 Informantes Calificados.

En referencia a los 6 Informantes Calificados (I.C.) que no respondieron al requerimiento, sus argumentaciones fueron las siguientes:

- 2 I.C.: Por “Falta de tiempo”.
- 2 I.C.: Dijeron que accedían. No obstante después de acudir en varias oportunidades al lugar de encuentro (con confirmación previa), no estaban ó no tenían tiempo disponible.
- 1 I.C.: Delegó en otra persona (que conocía más sobre el tema) el encuentro. Los datos que me brindara de dicha persona no me permitieron su localización.
- 1 I.C.: No dió respuesta a la solicitud telefónica, presencial y/o por e-mail, por temas de confiabilidad/políticos.

2. Datos Generales de los relevamientos efectuados:

- Período del relevamiento en terreno: De Agosto a Setiembre 2009.
- Duración promedio de las entrevistas/encuestas: Entre 50 minutos y una hora. Ya sean las personales y/o telefónicas. Y ante el pedido de envío previo por e-mail o dejárselas presencialmente, se realizaron bajo el mismo contenido.
- Se realizaron:
 - 1 entrevista grabada (I.C. Nº: 1) y
 - 8 encuestas (I.C. Nº: 2-3-4-5-6-7-8-9), que presentaron las siguientes características:
 - 1 I.C. a quienes les dejara el instrumento impreso y luego (a pedido) fuera enviado por e-mail, me entregaron las respuestas escritas.
 - 4 I.C. a quienes les remitiera el instrumento por e-mail, me brindaron el instrumento con las preguntas respondidas y además gentilmente me adicionaron información sobre los puntos abordados como una entrevista, en las cuales no me permitieron utilizar el grabador pero sí tomar notas.
 - 3 I.C. a quienes les remitiera el instrumento por e-mail, me respondieron las preguntas por esa misma vía y se pusieron a disposición ante cualquier inquietud mía sobre sus respuestas.

3.- Datos de los encuestados (ordenados por orden cronológico de realización de encuestas)

Encues- ta N°	Fecha	Informante Calificado N°	Ident. O.Soc.	Cantidad Aprox. de: Preg. II.-		Antigüedad laboral en el Financiador
		“Anónimos ”	Preg.I.-	Afil.Totales	Monot.	Preg. III.-
1	28/08/2009	5	I.4.-	2140	120	III.1.-
2	08/09/2009	3	I.2.-	400.000	100.000	III.4.-
3	09/09/2009	1	I.3.-	62.000	6.450	III.2.-
4	10/09/2009	9	I.2.-	700.000	200.000	III.4.-
5	15/09/2009	10	I.4.-	17.000	17.000	III.2.-
6	22/09/2009	8	I.3.-	160.000	67.000	III.2.-
7	23/09/2009	14	I.3.-	1.600.000	85.000	III.2.-
8	26/09/2009	15	I.2.-	37.000	10.000	III.4.-
9	27/09/2009	11	I.3.-	11.000	560	III.1.-

Tabla N°: 1

Fuente: Elaboración propia 2009.

4.- Datos relevantes de clasificación de los Encuestados:

De los 9 I.C. se obtuvieron datos de clasificación de los mismos a efectos del trabajo de campo. Ellos fueron:

4.1. Cargos Laborales de los I.C. relevados (Preg. IV.1.-):

Cargo Laboral	Cantidad de I.C.
Gerente Comercial	1
Jefe de atención al beneficiario	2
Responsable Contralor – Área de Auditoría	1
Jefatura Del Dto. Reintegros de la A.P.E.	1
Jefatura de Ventas	1
Sub Gerente General	1
Sub Gerente Administrativo	1
Sub Jefe Auditoría Médica	1
Total	9

Tabla N°: 2

Fuente: Elaboración propia. 2009.

4.2. Antigüedad en dicho Cargo Laboral de los I.C. relevados (Preg. IV.2.-), y antigüedad laboral en el área de Salud (Preg. V.-):

Años de Antigüedad	En el Financiador Actual	En el Área de Salud
De 1 a 5 años	5	2
De 6 a 10 años	2	2
De 11 a 15 años	1	5
De 16 a 20 años	1	0
De 21 años en adelante	0	0

Tabla N°: 3

Fuente: Elaboración propia. 2009.

El promedio de antigüedad en el cargo laboral del Financiador de los I.C. relevados es de 4.7 años, es decir casi 5 años promedio de antigüedad en dicho Financiador.

El promedio de antigüedad laboral en el área de Salud de los I.C. relevados es de 12.6 años, es decir casi 13 años promedio en el área.

IV.- Procesamiento de los datos obtenidos:

Respuestas a las Preguntas 1 a 15 –Guía de Preguntas-:

1.- ¿Conoce las características del sistema de salud para Monotributistas brindado?
a. SI (100 %) b. NO (0 %) c. NS/NC (...)

2.- ¿Podría comentar alguna de ellas?

Comentarios:

- ✓ Sólo con los reintegros de la APE y planes superadores podría considerarse no deficitario (si la primera gestión mencionada es correcta y oportuna).
- ✓ Falta actualizar montos de los aportes por lo correspondiente al rubro salud. En nuestro caso en particular la mayoría son personas de clase media que asisten frecuentemente a los consultorios, son muy exigentes y en general utilizan mucho nuestros servicios en todo el país de manera preventiva.
- ✓ Cumplimiento del PMOe.
- ✓ Gerenciado por médico de familia.
- ✓ Esta basado en el PMO emitido por la SSS por un aporte mínimo a la Obra Social elegida.
- ✓ Resulta deficitario para financiadores.

3.- El Financiador al cual Ud. refiere: ¿les brinda cobertura de forma directa y/o con prestadores propios de cartilla?
a. SI (67 %) b. NO (33 %) c. NS/NC (...)

Comentarios:

- ✓ A través de una cartilla elaborada por una Fundación.
- ✓ En forma directa e indirecta (centros propios y contratados).
- ✓ Los beneficiarios monotributistas utilizan todos las prestaciones que se describen en la Cartilla de la Obra Social.

4.- En el caso que la respuesta a la pregunta 3 resultara negativa: ¿procede la cobertura a través de entidades tercerizadas?
a. SI (33 %) b. NO (0 %) c. NS/NC (67 %)

5.- En el caso que la respuesta a la pregunta 4 resultara afirmativa, es decir que procede la cobertura a través de entidades tercerizadas. ¿Podría indicar a través de qué tipo de entidad?

- a. Gerenciadora (1)
- b. Otra Obra Social: Indicar:
 - 1.- Sindical (0)
 - 2.- De Dirección (2)
 - 3.- Otra:.....(0)
- c. Asociación (1)
- d. Fundación (2)
- e. Consultora (0)
- f. Otra:.....(0)

6.- En el caso que las respuestas a las preguntas 3, ó 4 y 5 resultaran afirmativas: ¿desde qué año se aplicó esta modalidad de cobertura?.

Entrev. N°	2000/2003	2004/2005	2006/2009	NC
1			1	
2	1			
3				1
4	1			
5	1			
6				1
7		1		
8		1		
9		1		
Total	3	3	1	2
Porcentaje	33,33%	33,33%	11,11%	22,22%

7.- Según su entender:¿Cuál es el nivel de utilización de servicios aproximado de la cobertura de salud de dichos contribuyentes, es decir consumo per cápita?

- a. Cero –ninguna- (0%)
- b. Escasa (0 %)
- c. Media (55 %)
- d. Alta (45 %)
- e. NS/NC (0 %)
- f. Comentarios:
 - ✓ Con respecto al uso del afiliado Trabajador.
 - ✓ Altísima por lo mencionado precedentemente.
 - ✓ Además de encontrarse entre la población que se adhiere al monotributo gran cantidad de preexistencias de resolución quirúrgica (motivo por el cual muchos adhieren) se pueden encontrar un gran porcentaje de pacientes crónico tales como hipertensos, dislipémicos, diabéticos, insulín dependientes, etc.
 - ✓ Se adhieren los más enfermos.

8.- En el caso que la respuesta a la pregunta 7 resultara “Cero”-ninguna-: ¿a qué motivo lo atribuiría?

Comentarios: Sin comentarios en 100%

9.- Se entiende como "Población adversa" a quienes pertenecen al subsistema de salud que permite acceder al P.M.O.e., sin ningún tipo de restricción para el uso del mismo, y que además, facilita el acceso de la población más adversa (moral hazard) –alto grado de consumos prestacionales-. ¿Posee el Financiado este tipo de población en Monotributistas?

a. SI (89 %)

b. NO (11 %)

c. NS/NC (0 %)

10.- En el caso que la respuesta a la pregunta 9 resultara afirmativa:

Aproximadamente:

¿qué porcentaje estima sobre el total de monotributistas?:

- ✓ 20 %
- ✓ 7 %
- ✓ 5 %
- ✓ 15 a 20 %
- ✓ 5 %
- ✓ 5 %
- ✓ 5 %
- ✓ 3%

Podría enunciar: ¿qué tipo de prestaciones se destacan?

- ✓ De alto costo y baja incidencia (discapacidad, Cirugía Cardiovascular, Oncología, }Transplantes, Implantes Cocleares.
- ✓ Transplantes, Drogodependientes, HIV, cáncer.
- ✓ Se basan en la Res. 500/04 APE y sus modif..
- ✓ Se puede mencionar pacientes que ingresan al sistema en pleno tratamiento oncológico, con cirugías cardiovasculares o neurológicas (entre otras) ya indicadas e incluso pacientes con tratamiento crónicos de costos que superan con creces los aportes por ejemplo diabéticos insulín dependientes.

¿Qué porcentaje le atribuiría a prestaciones de alto costo y baja incidencia?

- 7 %
- Altísimo
- 5 %
- 40 %
- 35 %

Comentarios

- ✓ El porcentaje de pacientes de alto costo y baja incidencia es, en comparación con los beneficiarios en relación de dependencia, muy alto siendo el aporte de estos últimos el que es destinado para cubrir los costos de los monotributistas repercutiendo en las prestaciones de toda la población.

11.- El Financiador: ¿recibe reintegros de la APE en prestaciones a Monotributistas?

a) Aproximadamente:

¿qué porcentaje estima sobre el total de erogaciones?

- 5 %
- 5 %
- 30 %
- 5 %
- 20 %
- 17 %

b) Podría enunciar: ¿qué montos aproximados y tipos de prestaciones reciben dicho reintegro?:

- ✓ Se basan en la Res. 500/04 APE y sus modif.: Discapacidad, HIV, Medicación, TX.
- ✓ Transplantes, droga-dependientes, HIV, Problemas de crecimiento, cáncer, etc.
- ✓ Los montos y las prestaciones son los mismos para toda la población beneficiaria ej: partos \$ 800, stent \$ 1.800, etc.

c) Considera Ud. que “sin” los reintegros de la APE ¿se podría brindar cobertura en salud a los monotributistas sin pérdidas económico-financieras?

a. SI (0 %) b. NO (100 %) c. NS/NC (0 %)

d) Comentarios;

- Depende del tipo de población monotributista y su estado de salud.
- Sin los reintegros del APE las pérdidas serían inevitables.
- Lamentablemente aún no (se recibió), de ello se debería encargar la Fundación y sólo hizo tres presentaciones aún sin cobrar.
- Deseo destacar que nos han puesto un tope de 20 presentaciones por día a la APE, lo cual torna dificultoso aún más la obtención de reintegros. Ello trae aparejado problemas económicos y financieros. Los valores de los reintegros de la APE están desactualizados, contamos aprox. con 20 empleados para esta gestión.

12.- Considera Ud que el sistema de cobertura en salud para Monotributistas es:

a) DEFICITARIO (78 %) b) SUPERAVITARIO (22 %)

c. ¿A qué atribuye su respuesta?

- El gasto es muy alto y el pago al sistema es proporcionalmente escaso.
- Los monotributistas gastan o consumen el servicio de salud a partir de necesidad o sea cuando se enferman o deciden revisar su performance en salud. Si no consumen pagan su cuota y no gastan en servicio de salud.
- Al sistema y Legislación.
- El importe de cuota es bajo.

Comentarios.

*Debería como mínimo estar al nivel del aportante obligatorio.

*Es ridículo e inequitativo que todos los monotributistas paguen por el rubro salud el mismo importe sin considerar la facturación anual de cada uno de ellos

13.- El Financiado: ¿ofrece Planes Superadores a Monotributistas?

- a. SI **(100%)** b. NO **(0 %)** c. NS/NC **(0 %)**

14.- En el caso que la respuesta a la pregunta 13 resultara afirmativa:

- a. ¿Lo brinda la misma O.Social ó están tercerizados?
- Propia O. Social ...(44 %)
 - Tercerizados.....(33 %)
 - Ambos.....(23 %)
- b. ¿Qué porcentaje aproximado de Monotributistas optan por ellos?
- 1%
 - 5%
 - 10%
 - 15%
 - 50 %
- c. ¿Podría referenciar algunas características distintivas en dichos planes?
- Cartilla cerrada pero de mejor calidad.
 - Beneficios en Turismo.
 - Particularmente es ofrecer un prestador de mayor categoría.
 - Libre acceso.
- d. Comentarios: Sin comentarios 100%

15. ¿Podría indicar otros comentarios significativos referentes al tema?.

- a. SI **(22%)** b. NO **(78 %)** c. NS/NC **(0 %)**

- Si la respuesta es afirmativa:

✓ 15.1. ¿Cuáles serían?

- Es inequitativo y debería cambiar su legislación.
- Otro de los problemas que surge es la gente que no aporta al sistema regularmente ej: un paciente con diagnóstico de tumor renal registraba deuda de aportes por 8 meses. El día que le indicaron la cirugía hizo una moratoria para pagar dicha deuda en un año. La SSS obligó la cobertura de la prestación en dicha circunstancias no habiendo certeza alguna que el paciente pagara lo correspondiente.