
RESOLUCIÓN (SSSal.) 326/2020 ✓

Coronavirus. Apoyo financiero a las obras sociales

SUMARIO: *Se aprueba el otorgamiento de recursos extraordinarios a los Agentes del Seguro de Salud con el objeto de cubrir los gastos que específicamente demande la cobertura de pacientes sospechosos o con diagnóstico de COVID-19.*

JURISDICCIÓN:	Nacional
ORGANISMO:	Superint. Servicios de Salud
FECHA:	13/04/2020
BOL. OFICIAL:	15/04/2020
VIGENCIA DESDE:	15/04/2020

[Análisis de la norma](#)

[Anexos](#)

VISTO:

El Expediente N° EX-2020-25200923-APN-SCPASS#SSS, las [Leyes N° 23.660](#), [N° 23.661](#) y [N° 27.541](#), los Decretos N° 2710 del 28 de diciembre de 2012, N° 908 del 2 de agosto de 2016, [N° 554](#) del 14 de junio de 2018, [N° 251](#) del 5 de abril de 2019 y [N° 260](#) del 12 de marzo de 2020, la Resolución N° 619 del 18 de marzo de 2020 del Registro del MINISTERIO DE SALUD y,

CONSIDERANDO:

Que la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) declaró la pandemia global por el virus COVID-19, con fecha 11 de marzo de 2020.

Que mediante el Decreto N° 260/20, se amplió la emergencia pública en materia sanitaria, establecida por Ley N° 27.541, por el plazo de UN (1) año a partir del 13 de marzo de 2020.

Que en el marco de dicha emergencia pública en materia sanitaria, esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, con competencia en lo concerniente a los objetivos, conducción y supervisión del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD creado por la Ley N° 23.661 e integrado principalmente por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en la Ley N° 23.660, debe velar por la continuidad del normal funcionamiento del Sistema durante la pandemia de COVID-19.

Que toda vez que resulta difícil cuantificar el impacto y afectación de recursos que producirá la pandemia de COVID-19, como así también determinar por cuánto tiempo se extenderá esta crisis, resulta imperiosa la adopción de medidas oportunas tendientes a asegurar el normal funcionamiento de los Agentes del Seguro de Salud y su capacidad de financiar las prestaciones médico-asistenciales que deben brindar a sus beneficiarios, con motivo de sospecha o diagnóstico de COVID-19.

Que asimismo, ante una demanda imprevista de prestaciones asistenciales que es imposible cuantificar en magnitud y en duración, se estima necesario asegurar la continuidad de las prestaciones básicas e impostergables que, aunque no estén vinculadas a la cobertura para la atención de personas afectadas por el COVID-19, el subsistema de la seguridad social debe garantizar.

Que a dichos efectos, resulta imperativo ordenar la aplicación de recursos extraordinarios con el objeto de cubrir los gastos que específicamente demande la cobertura de pacientes sospechosos o con diagnóstico de COVID-19.

Que con esa finalidad y con el objeto de unificar los criterios de atención, de conformidad con los protocolos difundidos por el MINISTERIO DE SALUD y posibles modificaciones, como consecuencia del comportamiento viral y que justifiquen el aislamiento preventivo, se estima conveniente y oportuno determinar, durante la duración de la actual situación epidemiológica,

módulos prestacionales para la cobertura de pacientes sospechosos o con diagnóstico de COVID-19 con financiamiento de recursos de carácter extraordinario.

Que, en tal sentido, corresponde aprobar dichos módulos prestacionales, como así también fijar los valores únicos a reconocer a los Agentes del Seguro de Salud para la cobertura comprendida en cada uno de ellos, sin perjuicio de los valores pactados entre los Agentes y sus respectivos prestadores.

Que se estima conveniente distinguir tres (3) módulos: 1) MÓDULO DE AISLAMIENTO y DIAGNÓSTICO, 2) MÓDULO DE UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS POR COVID-19 SIN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA (ARM) y 3) MÓDULO DE UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS POR COVID-19 CON ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA (ARM).

Que a los fines de financiar el gasto que demande a los Agentes del Seguro de Salud la cobertura de las prestaciones contenidas en cada uno de los módulos referidos, esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dispone -en una cuenta especial abierta a su nombre en el BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA- de los recursos del FONDO DE EMERGENCIA Y ASISTENCIA, previsto en el artículo 6° del Decreto N° 908/16, destinados al PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PRESTACIONAL DE LOS AGENTES DEL SEGURO DE SALUD creado por el Decreto N° 554/18.

Que el citado Programa tiene como finalidad dar cumplimiento con los objetivos y finalidades indicados en el Anexo II del Decreto N° 908/16, entre los que se encuentra la asistencia financiera a obras sociales ante situaciones de epidemias y/o emergencias en el ámbito del territorio nacional y el financiamiento de situaciones de excepción, no contempladas en las normativas vigentes y que produzcan un impacto negativo sobre la situación económico financiera de las obras sociales.

Que esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD está facultada para dictar las normas reglamentarias y complementarias, con el fin de aplicar los fondos afectados a cumplir con los fines previstos en la normativa citada y dotar en lo inmediato de recursos a los Agentes del Seguro de Salud ante un escenario de demanda imprevista de prestaciones asistenciales, provocada por la pandemia de COVID-19.

Que por lo expuesto, resulta conveniente y oportuno que, con carácter excepcional y extraordinario, se apoye financieramente a los Agentes del Seguro de Salud, por vía de reintegro, según los valores determinados en la presente resolución, para cada uno de los módulos prestacionales que se establecen, mediante un procedimiento especial que permita contemporizar el reintegro con la erogación.

Que las Gerencias de Control Prestacional, de Gestión Estratégica, de Administración, de Control Económico Financiero y de Asuntos Jurídicos han tomado la intervención de sus respectivas competencias.

Que la presente se dicta en uso de las facultades conferidas por los Decretos N° 1615/96, N° 2710/12 y N° 34/20.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD

RESUELVE:

Art. 1 - Apruébanse los módulos prestacionales y valores de cada uno de ellos, previstos en el [Anexo I](#), que forma parte integrante de la presente.

Art. 2 - Dispónese que los módulos aprobados en el artículo anterior serán financiados con los recursos disponibles en el Fondo de Emergencia y Asistencia, creado por el artículo 6 del decreto 908/2016, destinados al programa de asistencia financiera para el fortalecimiento institucional y mejoramiento de la calidad prestacional de los Agentes del Seguro de Salud, instituido por el [decreto 554/2018](#).

Art. 3 - Apruébase el procedimiento especial de reintegro de aranceles por prestaciones moduladas por COVID-19, contenido en el [Anexo II](#), que forma parte integrante de la presente.

Art. 4 - Instrúyase a la Gerencia de Administración a que tramite la modificación presupuestaria específica para hacer efectiva la disposición de fondos prevista en la presente resolución.

Art. 5 - Instrúyase a la Gerencia de Sistemas de Información a fin de habilitar en forma inmediata el aplicativo informático, conforme el alcance y funcionalidad que se requiere en la presente, a través de la elaboración de los instructivos que correspondan.

Art. 6 - La presente resolución comenzará a regir a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 7 - De forma.

TEXTO S/R. (SSSal.) 326/2020 - **BO:** 15/4/2020

FUENTE: R. (SSSal.) 326/2020

VIGENCIA Y APLICACIÓN

Vigencia: 15/4/2020

Aplicación: desde el 16/4/2020

ANEXOS

[ANEXO I](#)

[ANEXO II](#)

ANEXO I

1.- MÓDULO DE AISLAMIENTO Y DIAGNÓSTICO

El presente módulo contempla la atención brindada en establecimientos asistenciales para pacientes sospechosos que requieran el correspondiente diagnóstico y/o confirmación de COVID-19 y que torne necesario la internación en aislamiento.

La confirmación de Casos Sospechosos se efectuará de acuerdo a los protocolos aprobados por el Ministerio de Salud de la Nación y las modificaciones que se vayan incorporando como consecuencia del comportamiento viral y que justifiquen el aislamiento preventivo, a saber:

- * Fiebre alta
- * Tos y/o dificultad respiratoria
- * Odinofagia/dolor de garganta
- * Fiebre alta signo importante más tos y/o dificultad respiratoria, afectación del estado general. Con fiebre más uno de los otros síntomas: sospechoso
- * Si a esto se agregan signos epidemiológicos de contacto, mayor presunción de contagio.

A fin de obtener el financiamiento aprobado en la resolución a la cual este Anexo complementa, será necesaria la presentación del resumen de historia clínica acompañado del informe del médico tratante, donde conste el resultado del examen específico para determinación de COVID-19.

Valor del reintegro: hasta pesos diez mil (\$ 10.000) por día, hasta un máximo de siete (7) días.

2.- MÓDULO DE UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS POR COVID-19 SIN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA (ARM)

El presente módulo contempla la atención de pacientes graves con insuficiencia respiratoria y neumonía que requieran cuidados críticos, incluyendo la oxigenoterapia en cualquiera de sus formas no invasivas.

Para el reconocimiento del cumplimiento del módulo será necesario acreditar la complejidad asistencial correspondiente a este tipo de prestaciones.

A fin de obtener el financiamiento aprobado en la resolución a la cual este Anexo complementa, será necesaria la presentación del resumen de historia clínica acompañado del informe del médico tratante con diagnóstico certificado de infección con COVID-19.

Valor del reintegro: hasta pesos diecinueve mil setecientos (\$ 19.700) por día, hasta un máximo de catorce (14) días.

3.- MÓDULO DE UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS POR COVID-19 CON ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA (ARM)

Cuando se brinde este tipo de atención a beneficiarios de los Agentes del Seguro de Salud, será reconocido el cumplimiento del módulo en establecimientos que acrediten la complejidad asistencial correspondiente para este tipo de prestaciones.

Este módulo contempla la atención de pacientes graves con insuficiencia respiratoria y neumonía que requieran Cuidados Críticos y Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM).

A fin de obtener el financiamiento aprobado en la resolución a la cual este Anexo complementa, será necesaria la presentación del resumen de historia clínica acompañado del informe del médico tratante con diagnóstico certificado de infección con COVID-19.

El módulo contempla la cobertura integral de las prestaciones habituales que requieren los pacientes críticos en estas áreas, incluyendo la ARM.

Valor del reintegro: hasta pesos veintitrés mil seiscientos cuarenta (\$ 23.640) por día, hasta un máximo de catorce (14) días.

ANEXO II

PROCEDIMIENTO ESPECIAL DE REINTEGRO DE ARANCELES POR PRESTACIONES MODULADAS POR COVID-19 PARA LOS AGENTES DEL SEGURO DE SALUD

Procedimientos y requisitos que deben cumplimentar los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud para acceder a la asignación de recursos extraordinarios del Fondo de Emergencia y Asistencia creado en el artículo 6 del decreto 908/2016, destinados a la financiación prestaciones brindadas por COVID-19.

1. PROCEDIMIENTO GENERAL

Los Agentes del Seguro de Salud que soliciten financiamiento directo del Fondo Especial de Emergencia y Asistencia (FEEA) para la cobertura de las prestaciones por COVID-19 aprobado en la resolución a la cual este Anexo complementa, o la norma que en el futuro la reemplace, deberán ajustarse al siguiente procedimiento:

Los Agentes del Seguro de Salud deberán presentar a la Superintendencia de Servicios de Salud, con carácter de declaración jurada, el detalle de las prestaciones efectivamente brindadas a los beneficiarios, con motivo de casos sospechosos o confirmados de COVID-19. No podrá solicitarse el financiamiento cuando las prestaciones hubieran sido cubiertas y/o financiadas, en todo o en parte, por las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo.

La Superintendencia de Servicios de Salud liquidará mensualmente los valores correspondientes a las prestaciones informadas en la presentación realizada, de conformidad con los módulos prestacionales aprobados en el Anexo I.

El presente procedimiento se aplicará a todas las prestaciones brindadas a partir del 12 de marzo de 2020 y hasta que se declare finalizada la pandemia.

La liquidación será aprobada una vez que se hubieran validado todos los datos indicados en las presentaciones.

Para la liquidación mensual de las prestaciones, se considerarán tres tipos de prestadores: reintegro por prestación en efector propio del Agente del Seguro de Salud, reintegro por prestación por prestador privado y reintegro por prestación en Hospital Público de Gestión Descentralizada.

2. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Para solicitar a la Superintendencia de Servicios de Salud la ayuda financiera destinada a prestaciones por COVID-19, los Agentes del Seguro de Salud deberán contar, en su totalidad, con la siguiente documentación médico prestacional respaldatoria:

* Nombre, apellido, DNI y CUIT del beneficiario.

* Diagnóstico presuntivo (sospecha de COVID-19, negativo o confirmación).

* Prestación brindada, según el Anexo I, detallando de forma individual los módulos prestacionales y días de estadía brindados en cada módulo hasta el momento del alta o deceso del paciente, indicando las fechas en cada caso.

* CUIT del prestador.

* Tipo de prestador (propio, privado, público).

* Importe solicitado.

* Resumen de historia clínica e informe del médico tratante.

* Documentación contable respaldatoria: factura o recibo como instrumento de facturación. En caso de que el prestador sea propio de la obra social, se admitirá la presentación de una factura pro forma de la propia obra social.

La factura o recibo deberá estar emitida por el prestador, dirigida a la Obra Social (CUIT y nombre) y contener la fecha que corresponda al periodo de la presentación.

Se deberá contar con el documento original emitido por el prestador completo en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP.

Será responsabilidad de los Agentes del Seguro de Salud verificar la validez de las facturas o recibos incluidos en la presentación efectuada con relación a las prestaciones de COVID-19.

3. PRESENTACIÓN DE DECLARACIÓN JURADA DE FACTURACIÓN ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Los Agentes del Seguro de Salud deberán presentar ante la Superintendencia de Servicios de Salud, con carácter de declaración jurada, el detalle de las prestaciones efectivamente brindadas por paciente.

Esta presentación se deberá realizar a través de un aplicativo WEB enmarcado en el sistema SISS que se encontrará operativo entre la Superintendencia de Servicios de Salud y los Agentes del Seguro de Salud en el que se deberán denunciar los casos y adjuntarse la documentación solicitada.

A tal efecto, la información cargada en este aplicativo quedará disponible al auditor de la Superintendencia de Servicios de Salud para su análisis, quien podrá rechazar, observar o aprobar la solicitud.

Una vez que se aprueban las solicitudes, quedan en estado "Aprobado", disponibles para ingresar en el proceso de liquidación mensual correspondiente.

Este servicio procesará las solicitudes ingresadas entre el primer y el último día hábil del mes. Asimismo, los registros que se incorporen en el período vigente podrán pertenecer a la facturación del período de cobertura de hasta dos (2) meses anteriores a esa fecha.

La presentación incluirá datos del beneficiario, de las prestaciones brindadas y de la facturación asociada a cada módulo y los adjuntos de la documentación respaldatoria requerida (nota solicitando el apoyo financiero firmada por autoridad de la obra social, factura del prestador, resumen de historia clínica).

En cada presentación de solicitud, la Superintendencia de Servicios de Salud efectuará controles de consistencia con los padrones informados, así como con los registros obrantes en el Ministerio de Salud, sobre la denuncia obligatoria de estos pacientes impuesta por la normativa vigente.

4. LIQUIDACIÓN DE MONTOS DEL FONDO DE EMERGENCIA Y ASISTENCIA

La Superintendencia de Servicios de Salud liquidará, a partir del día quince (15) de cada mes, los montos asignados a los Agentes del Seguro de Salud de manera específica, según el tipo de establecimiento prestador de los módulos asistenciales:

a. Reintegro por prestación en efector propio del Agente del Seguro de Salud o prestador privado contratado. Los totales liquidados asignados a cada Agente del Seguro de Salud se acreditarán en su totalidad en la cuenta bancaria que los Agentes del Seguro de Salud declaren ante la Superintendencia de Servicios de Salud.

b. Reintegro por prestación en Hospital Público de Gestión Descentralizada (HPGD). Los totales liquidados asignados a cada Agente del Seguro de Salud se acreditarán en su totalidad por cuenta y orden del mismo, a la cuenta que tenga el HPGD declarada en la Superintendencia de Servicios de Salud. A los efectos de poder acceder al pago de los módulos previstos en esta resolución, los Agentes del Seguro de Salud deben autorizar a la Superintendencia de Servicios de Salud a efectuar los pagos a los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, por su cuenta y orden. Los Agentes del Seguro de Salud tienen, además, la obligación de notificar la atención de sus beneficiarios por parte de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, conforme lo prevé el aplicativo dispuesto en el presente Anexo.

Por su parte, los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada podrán denunciar la atención de beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, para poder acceder al pago de los módulos aprobados en la presente resolución.

De conformidad con lo que se indique en la "Notificación obligatoria de pacientes que reciban atención por COVID-19" en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SIISA), se procederá a la verificación de la atención de los beneficiarios de los Agentes del Seguro de Salud en los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD).

5. AJUSTES DE PRESENTACIONES DE DECLARACIÓN JURADA DE FACTURACIÓN

El diseño de los registros de ajuste y la modalidad de presentación de cada caso planteado anteriormente, se detallará en un instructivo específico que se publicará en la página web del Organismo www.argentina.gob.ar/sssald/obras-sociales.

En el caso de cargas incorrectas de datos que detecten los Agentes del Seguro de Salud y no estén contempladas en los ajustes mencionados, deberán ser informadas a la Superintendencia de Servicios de Salud, la que definirá su resolución a través de este mecanismo de ajuste o reversión de registros, mediante disposición del gerente de la Gerencia de Control Prestacional.

6. INSTRUCTIVO

El modelo final de registro y la modalidad de presentación, se detallarán en un instructivo específico que se publicará en la página web del Organismo www.argentina.gob.ar/sssald/obras-sociales.