•

NACIONAL



Resolución 232/2001 SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (S.S.Sal.)

Establécense los criterios que deberán utilizarse para definir la situación crítica de un Agente del Seguro de Salud y los procedimientos a activar cuando se detecten tales circunstancias. Pautas para su valoración.

Fecha de Emisión: 27/06/2001; Publicado en: Boletín Oficial 02/07/2001

VISTO las leyes Nros. 23.660, 23.661 y su Decreto reglamentario 576/93; los Decretos Nros. 1615/96, 405/98, 1576/98, 27/00 y 41/00; y

CONSIDERANDO:

Que es facultad de esta Superintendencia establecer los criterios sustantivos que definan la situación de crisis de un Agente del Seguro de Salud.

Que para ello deben dictarse nuevas normas que permitan disponer de información amplia y adecuada recopilada a través de los informes de Sindicatura, de las Auditorías que se practican en los Agentes mencionados y de las emergentes de las Resoluciones N° 109/00 SSSalud; y 117/00 SSSalud.

Que se dispone adicionalmente de información auxiliar, que confluye a conformar un seguimiento integral de la gestión prestacional, administrativa, jurídico-institucional, y patrimonial que permite actuar en forma precoz ante situaciones que puedan transitoria o definitivamente comprometer la capacidad del Agente del Seguro para afrontar sus responsabilidades.

Que los criterios a utilizar, deben abarcar todos los aspectos de la gestión de los Agentes del Seguro a través del análisis de tal información tendientes a proteger los derechos de los beneficiarios.

Que es necesario prever y escalonar la intensidad de las intervenciones y exigencias que el organismo plantee en cada caso para lo cual debe contar con procedimientos a activar cuando se detecten tales situaciones.

Que el temperamento adoptado ha sido aprobado por Acta de Directorio Nº 33.

Que ha tomado intervención la Gerencia de Asuntos Jurídicos.

Por ello, y conforme las atribuciones conferidas por los Decretos Nros. 1615/96, 27/00 y 41/00 EL SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD RESUELVE:

Artículo 1°. - Establecer los criterios que deberán utilizarse para definir la situación crítica de un Agente del Seguro de Salud y los procedimientos a activar cuando se detecten tales circunstancias, teniendo en cuenta para su valoración, las siguientes pautas:

- a) Marco Prestacional: Se contemplarán las coberturas no disponibles o no operativas en todas las jurisdicciones del ámbito de actuación; cortes de servicios parciales o totales; incumplimiento del PMO, indisponibilidad real de un PMA apropiado a las necesidades, informes relativos a tales situaciones recabados por las Sindicaturas y/o por las auditorías dispuestas por la Gerencia de Control Prestacional.
- b) Marco de Atención a Beneficiarios del Sistema: Se evaluarán las condiciones de inaccesibilidad e indisponibilidad de servicios de asesoramiento y orientación a los beneficiarios; la realidad observada en cada región, apropiada para cada realidad jurisdiccional;

los reclamos registrados, sus respuestas y descargos por parte de las Obras Sociales informados a través de la Gerencia de Servicios al Beneficiario y el área respectiva de Sindicatura.

- c) Marco Económico Financiero: Se tendrán en cuenta los criterios establecidos por la Resolución N° 109/00 SSSalud, 650/98 SSSalud complementaria y modificatorias, y los de evolución financiera así como los informes que resultaren del análisis de éstos y otros elementos que la Gerencia de Control Económico-Financiero emita.
- d) Marco Jurídico Institucional: Se examinarán los informes de Sindicatura y Auditoría acerca de la vigencia de los Estatutos y mandatos de las autoridades respectivas; pasivos judiciales y medidas cautelares y embargos sobre bienes y cuentas de la Institución; así como otros criterios que permitan evaluar la capacidad para afrontar compromisos y responsabilidades que emerjan de los juicios, de eventuales sentencias condenatorias, y de las transacciones judiciales o extrajudiciales en curso de ejecución, como así también la información que proporcione la Gerencia de Asuntos Jurídicos.

Las Gerencias señaladas en el presente artículo, el Comité de Sindicatura, la Administración de Programas Especiales, y todas aquellas áreas cuya información fuera necesaria para el análisis y valoración deberán remitirla dentro de los cinco (5) días de producido el requerimiento al Departamento Crisis y Liquidaciones de la Gerencia General del Organismo.

- Art. 2°. La Superintendencia de Servicios de Salud procederá a integrar una matriz de análisis del conjunto de variables a que se hace mención en el Art. 1, a las que se adicionarán otras fuentes de información disponibles, integradas principalmente por la facturación recibida por parte del régimen de Hospitales de Gestión Descentralizada, en el entendimiento que su recepción implica el no reconocimiento o no cumplimiento del Agente del Seguro de sus compromisos por utilización del Sector Público, los traspasos de beneficiarios por ejercicio de la opción de cambio de Obra Social, y las solicitudes recibidas, procesadas y otorgadas por la Administración de Programas Especiales en todas las modalidades que las normativas permitan en el momento de su análisis.
- Art. 3°. Determinada la situación de crisis del Agente del Seguro por parte del Directorio del Organismo se establecerá el procedimiento y los plazos correspondientes para cada caso, según el siguiente encuadre:
- a) Adoptar un procedimiento de prevención, intimando al Agente a la presentación y puesta en marcha de las medidas correctivas que se juzguen necesarias, o cumplimente lo exigido por la normativa de este organismo, con las modalidades que se determine en cada caso, con miras a revertir su situación crítica. Puesto en marcha el procedimiento, el Departamento de Crisis y Liquidaciones procederá a la verificación y seguimiento del plan a partir de las pautas, plazos y modalidades establecidas, en forma expresa para cada situación.
- b) Para el caso de incumplimiento de las medidas correctivas del inciso a), o de verificarse la inviabilidad de las soluciones propuestas o ante la gravedad de la situación que no permita la aplicación de medidas preventivas o plan de contingencia, se procederá a dar de baja al Agente del Seguro del Registro Nacional de Obras Sociales, transfiriendo su población beneficiaria para asegurar la continuidad de la prestación médica y se intimará a la Obra Social a solicitar su propia quiebra en un plazo máximo de sesenta (60) días.
- c) Vencido ese plazo sin cumplir el cometido, el Organismo propiciará la designación de un Interventor en la entidad a efectos de presentarse ante la justicia competente y solicitar la quiebra del ex Agente.
- Art. 4°. Derógase la Resolución N° 172/98 SSSalud, modificatorias y complementarias.
- Art. 5°. Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y oportunamente, archívese.
- Rubén Cano.

