

## Cartilla de la Fundación Flexer

Conoce tus derechos y los de sus hijos, infórmate y aprende a exigirlos

A través de la presente cartilla queremos que los papas y toda la familia sepa cuales son sus derechos, la forma correcta de realizar los trámites y el conocimiento de todo lo relacionado al derecho a la salud.

El derecho a la salud es un derecho inalienable que se encuentra consagrado en forma explícita en la enunciación de los derechos del consumidor que efectúa el artículo 42 de la Constitución Nacional, en el artículo 140 de nuestra Constitución Provincial, así como en varios tratados internacionales que actualmente cuentan con jerarquía constitucional. Asimismo se trata de una prestación de servicios tutelada por la Ley Nacional 24.240 y el Código de Implementación de los Derechos de los Consumidores y Usuarios (ley 13.133). Si ud. es adherente a una **Obra Social Nacional**, debe saber que cuenta con un organismo específico para su protección, siendo la **Superintendencia de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social**, ante quien debe dirigirse ante cualquier inconveniente, consulta o reclamo.

La Superintendencia de Servicios de Salud posee competencia específica en el control y fiscalización de las obras sociales y mutuales que se encuentren inscriptas como agentes de seguro en el registro especial creado por el Ministerio de Salud, y especialmente en el control del cumplimiento del Programa Médico Obligatorio (P.M.O.) que detalla las **prestaciones mínimas** a que se encuentran obligadas. Actualmente se encuentra en vigencia el Programa Medico Obligatorio de Emergencia (P.M.O.E) que incluyó ciertas modificaciones al catálogo de prestaciones de cumplimiento obligatorio y los porcentajes de cobertura mínima. Para conocer su normativa puede ingresarse a la página web de la Superintendencia de Servicios de Salud ([www.sssalud.gov.ar](http://www.sssalud.gov.ar)) e informarse sobre sus Resoluciones básicas:

- resolución 247/96: P.M.O.
- resolución 201/02 :P.M.O.E.
- resolución 310/04: Prestaciones básicas y cobertura en medicamentos (especialmente en enfermedades crónicas).

Las que se integran con otras resoluciones complementarias, entre las que se destacan: la resolución 758/04, 1747/05 y 1991/05.

La Superintendencia cuenta con una línea de atención gratuita a los beneficiarios ( 0800-222-72583 ) que funciona en el horario de 9 a 19 hs. O puede dirigirse personalmente de Lunes a Viernes de 09:00 a 12: 12:00 en la Delegación Tucumán, sita en calle Republica del Líbano 09 Capital.

**Recuerde:** El P.M.O. ( y en la actualidad el P.M.O.E. ) establece las prestaciones mínimas que resultan de cumplimiento obligatorio para todo prestador del servicio de salud ( obras sociales, mutuales inscriptas como agentes de seguro y empresas de medicina prepaga ), siendo el -piso mínimo- que deben asegurar, pudiendo en cada caso brindar mayor cobertura pero nunca menos de la allí dispuesta.

Si Ud. se encuentra afiliado a una empresa de medicina prepaga debe saber que cuenta con los mismos derechos que los beneficiarios de obras sociales, encontrándose dichas empresas obligadas en igual medida al cumplimiento de las prestaciones básicas



contempladas en el Programa Medico Obligatorio ( P.M.O.), ya que la ley 24.754/96 establece que las empresas o entidades que presten los servicios de medicina prepaga deben cubrir, como mínimo, las mismas prestaciones obligatorias dispuestas por las obras sociales.

Por ello puede consultar el listado de prestaciones mínimas obligatorias para conocer las prestaciones médico-asistenciales que deben cubrirse por la prepaga y los porcentajes de cobertura mínima que deben asegurar a los beneficiarios.

- PMO
- PMOE

Si su prepaga se niega a cubrir alguna de las prestaciones contempladas en el PMO puede realizar su reclamo ante la Oficina Municipal de Información al Consumidor que corresponda según el lugar de contratación del servicio, debiendo conocer también que cuenta con la posibilidad de presentar un recurso de amparo en la instancia judicial

### **Prestaciones que debe cubrir la Obra social y al medicina prepaga en enfermedades crónicas**

### **ATENTOS ESTOS DERECHOS DEBEN EXIGIRLOS SON OBLIGACION SU COBERTURA**

La cobertura de medicamentos para patologías crónicas más frecuentes aumentó de un 40 % a un 70%. (Res. 310/04 M.S. y Res. 758/04 M.S.).

Se amplió la cobertura sobre el precio de referencia de aquellos medicamentos destinados a las enfermedades de curso crónico y gran impacto sanitario, que requieren de modo permanente y/o recurrente del uso de fármacos.

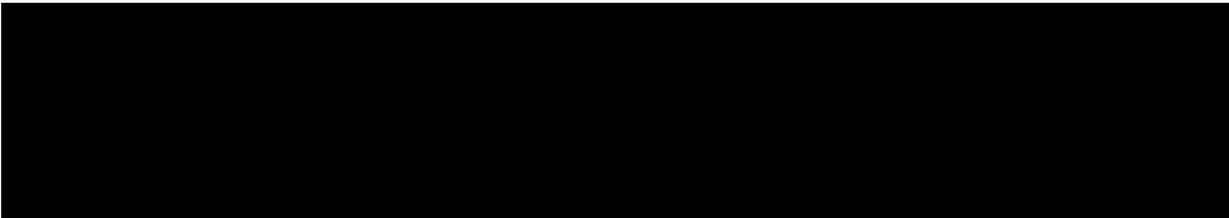
Esta medida beneficia a los afiliados de Obras Sociales Nacionales, Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud y a los socios de empresas de medicina prepaga a fin de cumplir los tratamientos evitando las complicaciones propias del abandono de los mismos, constituyendo una medida sanitaria que mejora la accesibilidad económica de los beneficiarios, y evita los gastos generados por el incumplimiento terapéutico para los Agentes del Seguro y la pérdida de calidad de vida de los beneficiarios.

Son de cobertura al 100% todos Medicamentos para uso oncológico según protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación .para las obras sociales y medicinas prepagas

**Atención Primaria de la Salud:** En este nivel se privilegia la atención a partir de un Médico especialista en Medicina Familiar quien debe reforzar los programas de prevención en los distintos niveles, brindando una atención integral.

**Programas de Prevención Primaria y Secundaria:** Los Agentes del Seguro de Salud tienen la obligación de implementar programas de prevención, elevando en forma trimestral el listado de personas bajo programa, en conjunto con la información requerida en la Resolución 650/97 ANSSAL y modificatorias.

**Plan Materno Infantil:** No presenta modificaciones respecto del PMI de la Resolución 939/00 del Ministerio de Salud. Se dará cobertura durante el embarazo y el parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento.



Atención del recién nacido hasta cumplir una año de edad. La cobertura es del 100% tanto en internación como en ambulatorio y exceptuada del pago de coseguros, para las atenciones y medicaciones específicas.

Infantil: Será obligatoria la realización de los estudios para detección de la fenilcetonuria, del hipotiroidismo congénito y enfermedad fibroquística en el recién nacido. Deberán cubrirse las consultas de seguimiento y control, inmunizaciones del período, cobertura del 100% de la medicación requerida para el primer año de vida siempre que esta figure en el listado de medicamentos esenciales

Consulta en consultorio y en internación.  
Consulta en urgencia y emergencia en domicilio.

Consulta programada en domicilio: a) Mayores de 65 años que no puedan movilizarse. Co-seguro \$ 10 por visita, y b) Todo otro grupo etario donde el paciente este imposibilitado de desplazarse, a evaluar por la auditoría del Agente del Seguro de Salud.

Se otorgan todas las prácticas diagnósticas, terapéuticas, y estudios complementarios ambulatorios detallados en el Anexo 2 del P.M.O.E. Debe considerarse el material descartable y los medios de contraste como parte de la prestación que se realizo

## **INTERNACION**

Modalidades: institucional, hospital de día o domiciliaria.

Cobertura: a) Se otorgan sin límite de tiempo, a excepción de lo establecido para Salud Mental, y b) No se abonan coseguros.

Cuidado paliativo: un equipo multidisciplinario brindará asistencia total a los pacientes con expectativa de vida estimada no mayor a 6 meses. Objetivos: alivio del dolor, de los síntomas y abordaje psicosocial del paciente.

Cobertura: 100%.Traslados:  
Están incluidos en la prestación que se otorga.

## **NO ABONAN COSEGUROS**

Pacientes oncológicos.

Programas preventivos.

Periodo de carencia.

Muchas prepagas y algunas obras Sociales incluyen en sus contratos este ítem ilegal. Según esta cláusula, debe pasar un tiempo hasta que el usuario pueda acceder a determinadas prestaciones. Las empresas suelen fijar este período de abstención entre los 6 y 9 meses. El PMO no establece períodos de carencia

¿Qué pasa si carezco de Obra Social?

El estado Provincial y Nacional están obligados a la cobertura integral de medicamentos, internación, traslados, alojamiento en otras provincias y coberturas de descartables. En la Actualidad se esta tratando en al Legislatura Tucumana el proyecto de ley de protección integral al paciente oncológico infantil la fin de que exista debidamente normado las obligaciones y su futura incorporación en el PMO tal como se los hizo en su momento con el cáncer femenino

En la provincia de Tucumán el trámite es el siguiente

### Solicitud de Medicamentos

Descripción general

Responsable	Lic. Graciela Sare mcdiaz@guiadetrmites.tucuman.gov.ar
Descripción	Proveer de medicamentos a personas carentes de recursos económicos y sin posibilidades de afrontar los gastos que demanda su adquisición
Repartición	Dirección General de Políticas Sociales
Ministerio / Secretaría	Secretaría General de Políticas Sociales

Formularios que intervienen en el trámite

Tipo N° 1 <http://www.guiadetrmites.tucuman.gov.ar/form/nota1.odt>

Domicilios donde Ud. puede realizar el trámite

Oficinas de atención	
Localidad	S.M.de Tucumán
Oficina	Atención al Ciudadano
Domicilio	Las Piedras 530 - 3° Piso - Tucumán- C.P.: 4000
Teléfono	4311167 / 4311358 - interno 325
Responsable	Sr. Domingo Kairuz
E-mail	mcdiaz@guiadetrmites.tucuman.gov.ar
Día de Atención	Lunes a Viernes
Horario de Atención	08:00 a 13:00

**Solicitud de Prótesis, Materiales descartables, Elementos Ortopedicos,  
Oftalmologicos, Silla de rueda**

Descripción general

Responsable	Lic. Graciela Sare <a href="mailto:mcdiaz@guiadetrmites.tucuman.gov.ar">mcdiaz@guiadetrmites.tucuman.gov.ar</a>
Descripción	Proveer de elementos de ortopedia como por ejemplo prótesis, ortesis, silla de ruedas, muletas, material descartable, anteojos u otros insumos médicos a personas carentes de recursos económicos y sin posibilidades de afrontar los gastos que demandan su adquisicion
Repartición	Dirección General de Políticas Sociales
Ministerio / Secretaría	Secretaría General de Políticas Sociales

Formularios que intervienen en el trámite

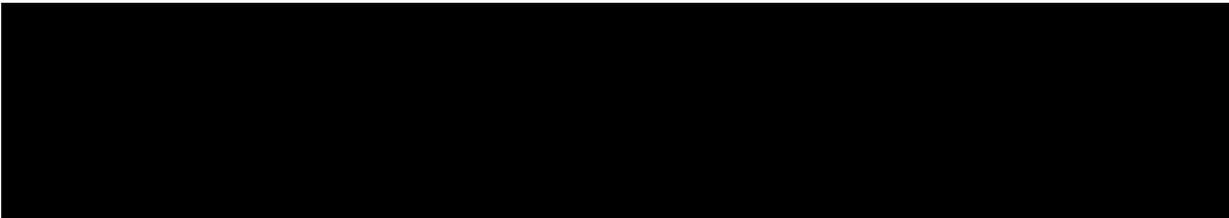
Tipo N° 1 <http://www.guiadetrmites.tucuman.gov.ar/form/nota1.odt>

Domicilios donde Ud. puede realizar el trámite

Oficinas de atención	
Localidad	S.M.de Tucumán
Oficina	Atención al Ciudadano
Domicilio	Las Piedras 530 - 3° Piso - Tucumán- C.P.: 4000
Teléfono	4311167 / 4311358 - interno 325
Responsable	Sr. Domingo Kairuz
E-mail	<a href="mailto:mcdiaz@guiadetrmites.tucuman.gov.ar">mcdiaz@guiadetrmites.tucuman.gov.ar</a>
Día de Atención	Lunes a Viernes
Horario de Atención	08:00 a 13:00

Requisitos para cumplimentar el trámite:

- \* Nota de Pedido: dirigida a la Secretaría General de Política Sociales Prof. Beatriz Graciela Mirkin
- \* Fotocopia de D.N.I. (Solicitante y Beneficiario)
- \* Acta de nacimiento (Cuando el potencial beneficiario es un hijo).
- \* Acta de matrimonio (Cuando uno de los cónyuges es el potencial beneficiario).
- \* Constancia de convivencia y autorización (Cuando la pareja convive en unión de hecho).
- \* Negativas de Obras Sociales -Anses – Subsidio de Salud del potencial beneficiario
- \* Certificado Médico y /o Historia Clínica con diagnóstico y tratamiento a seguir.(con la firma del facultativo tratante y refrendada por el Director o Sub- Director si es emitida por un Centro Asistencial Estatal del Medio).
- \* Si es emitido por un C.A.P.S. debe estar firmada por el médico tratante y por el jefe del servicio.
- \* Prescripción de la prótesis, material descartable, elementos ortopédicos, silla de ruedas; debiendo contener las características, fecha y lugar de realización de la práctica médica cuando los solicitante sean los tres primeros insumos.
- \* Presentar tres presupuestos con datos identificatorios del comercio y fecha de emisión.



\*Para pedidos de prótesis se debe adjuntar la negativa del Banco de Prótesis dependiente del Ministerio de Salud Pública.

Personas que pueden realizarlo:

\* Personas en situación crítica de salud con elevado índice de pobreza y riesgo social.

Observación:

\*Si el peticionante tuvieron Obra Social deberá acreditar la falta de cobertura a la asistencia que gestiona o en su caso el porcentaje a cubrir por la Obra Social, adjuntando además los requisitos arriba establecidos. Previa evaluación del personal técnico social y auditoría médica del Área.

Tiempo de gestión y observaciones referentes al trámite

Tiempo estimado de demora:

Aproximadamente cinco días en trámites normales y en relación a la urgencia de cada uno de los casos setenta y dos horas (72 hs.).

La atención a estas necesidades se encuentran condicionadas a las disponibilidades financieras, operativas, administrativas y contables de la Secretaría General de Políticas Sociales.

### **Solicitud de traslado por problemas de salud**

Descripción general

Responsable	Lic. Graciela Sare <a href="mailto:mcdiaz@guiadetramites.tucuman.gov.ar">mcdiaz@guiadetramites.tucuman.gov.ar</a>
Descripción	Proveer de pasajes a personas carentes de recursos económicos que necesitan trasladarse a centros asistenciales de otra provincia para la continuidad de su tratamiento médico y sin posibilidades de afrontar los gastos que demanda su adquisición.
Repartición	Dirección General de Políticas Sociales
Ministerio / Secretaría	Secretaría General de Políticas Sociales

Formularios que intervienen en el trámite

Tipo N° 1 <http://www.guiadetramites.tucuman.gov.ar/form/nota1.odt>

Domicilios donde Ud. puede realizar el trámite

Oficinas de atención	
Localidad	S.M.de Tucumán
Oficina	Atención al Ciudadano
Domicilio	Las Piedras 530 - 3º Piso - Tucumán- C.P.: 4000
Teléfono	4311167 / 4311358 - interno 325
Responsable	Sr. Domingo Kairuz
E-mail	mc Diaz@guiadetramites.tucuman.gov.ar
Día de Atención	Lunes a Viernes
Horario de Atención	08:00 a 13:00

Requisitos para cumplimentar el trámite:

- \* Nota de Pedido: Dirigida a la Secretaría Gral de Política Sociales Prof. Beatriz Graciela Mirkin.
- \* Fotocopia de D.N.I. ( Solicitante y Beneficiario ).
- \* Acta de nacimiento ( Cuando el potencial beneficiario es un hijo ).
- \* Acta de matrimonio (Cuando uno de los cónyuges es el potencial beneficiario ).
- \* Constancia de convivencia y autorización ( Cuando la pareja convive en unión de hecho).
- \* Negativas de Obras Sociales – Anses –Subsidio de Salud del potencial beneficiario.
- \* Certificado Médico y/o Historia Clínica con Diagnóstico y tratamiento a seguir (con la firma del facultativo tratante y refrendada por el Director o Sub-Director si es emitida por un Centro Asistencial Estatal del Medio).
- \* Si es emitida por un C.A.P.S. debe estar firmada por el Médico Tratante y el Jefe de Servicio.
- \* Constancia de Derivación al centro asistencial en la que debe acreditarse la fecha de turno.
- \* Certificado emitido por el Facultativo tratante cuando el enfermo necesite trasladarse con un acompañante.

Personas que pueden solicitar:

- \* Personas en situación crítica de salud con elevado índice de pobreza y Riesgo Social.

Observación:

- \*Debe iniciarse el trámite en el Servicio Social del Centro Asistencial Estatales tratante (Hospital Público).

Tiempo de gestión y observaciones referentes al trámite:

Tiempo estimado de demora:

Aproximadamente cinco días en trámites normales y en relación con la urgencia del caso, setenta y dos horas (72 hs.). La atención a estas necesidades se encuentra condicionada a las disponibilidades financieras, operativas, administrativas y contables de la Secretaría General de Políticas Sociales.

Costos para cumplimentar el trámite  
SERVICIO GRATUITO

Normas que hacen referencia al presente trámite

<b>Normas legales</b>		
<b>Norma</b>	<b>Número</b>	<b>Detalle</b>
Decreto	1532/4 / S .G .P .S.	Régimen de subsidios y subvenciones
Resolución	523/4 / S .G .P .S.	Instrumenta el otorgamiento de subsidios
Resolución	3419/4/S.G.P.S	Regula monto en subsidios y/o ayudas económicas por razones de salud

Categorías en las que se encuentra el trámite

<b>Categorías del trámite</b>	
<b>Número</b>	<b>Denominación</b>
3	Atención para la salud
15	Planes y programas

### **Subsidio de Salud**

#### **Cobertura Plan Oncológico**

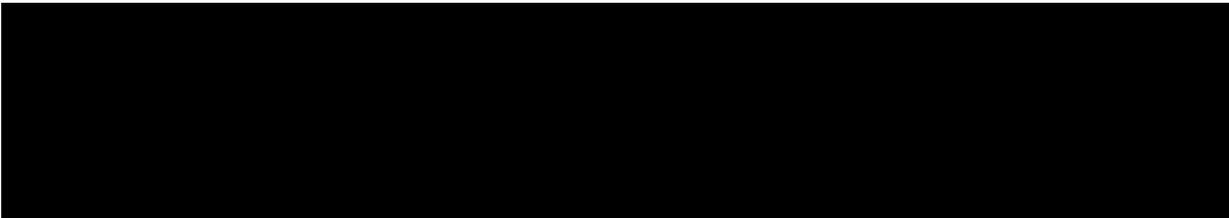
- Atención Médica y estudios: 80% a cargo de la Obra Social
- Medicamentos: cobertura al 100% (según vademécum oncológico)
- Radioterapia, Braquioterapia y Acelerador lineal: 100% de cobertura (Plan Complementario)

Orientación Nutricional: Talleres Educativos gratuitos

- Apoyo Psicológico: gratuito para el afiliado y su grupo familiar
- Actividad Física, Podología, Terapia Ocupacional en el Centro de Calidad de Vida - IPSST (calle La Rioja 271)

#### **El Plan Complementario: Solidaridad y Asistencia Social**

El Plan Complementario fue implementado por Decreto (No. 3336/21- MSP), el 1 de noviembre de 2004. Atiende a los principios de "solidaridad y asistencia social" y se busca proteger al empleado estatal y a su familia en los casos de enfermedades graves que "lo colocan en estado de indefensión y de quebranto económico".



El descuento en boleta de sueldo para el Plan Complementario es de \$11 mensuales (Titular y Grupo Familiar Primario), y \$11 por cada Adherente. Las prestaciones del Plan Complementario incluyen: Hemodinamia, Prácticas Cardiológicas y Vasculares, Litotricia, Endourología, Transplantes, Neurocirugía, Oncología, Prótesis de Traumatología, Traslado en Avión Sanitario, Servicio de Urgencias y Emergencias Médicas. Ver prestaciones del Plan Complementario

**Importante:**

- En el caso de necesitar de alguna de las prestaciones, los renunciados no pueden reclamar financiación alguna a la Obra Social porque, según el decreto, con el Plan Complementario se elimina el coseguro y cualquier facilidad de pago para las prácticas contempladas. Sin embargo, la resolución N° 2491, que reglamenta la aplicación del Plan prevé que puedan solicitar ser incluidos. Para estos casos se estableció una carencia (lapso durante el cual no se puede utilizar la cobertura) de un año. El mismo período de carencia está fijado para los adherentes que no hayan sido incluidos hasta el 31 de diciembre de 2004, y para los afiliados voluntarios que no hubieran manifestado su voluntad de adhesión hasta ese día, o se incorporen con posterioridad.
- Los empleados que hayan ingresado a la Administración Pública luego del 31 de diciembre de 2004, conservan el derecho de optar por no ser incluidos en el Plan Complementario, durante los sesenta días posteriores a su incorporación.
- El Plan Complementario incluye la cobertura de emergencias y urgencias médicas, -sin carencia-, con 30 ambulancias en toda la provincia, llamando al 0800 888 0412.

**Traslado en Avión Sanitario**

- Exclusivamente en casos comprobados de real urgencia y que no tengan resolución en el área local.
  - Es requisito fundamental la autorización del médico de cabecera a través de la historia clínica.
  - Se excluye el traslado de regreso en caso de fallecimiento, o cuando el estado del paciente no lo requiera.
  - La aceptación del servicio a derivar debe ser procesada por el médico de cabecera o institución sanatorial o privada que realice la derivación.
- Con este trabajo queremos que se conozca los derechos para que sean cumplidos en forma efectiva por los prestadores de SALud

Con este trabajo queremos que se conozca los derechos para que sean cumplidos en forma efectiva por los prestadores de Salud.