

PROCEDIMIENTO:

VERIFICACIÓN DE COBERTURA DE SALUD

1- Introducción

La verificación de cobertura de salud es un proceso fundamental para asegurar la correcta asignación y recuperación de gastos en los efectores públicos de la Provincia de Buenos Aires. A través de un sistema de altas, bajas y modificaciones en el sector de empadronamiento de la Historia de Salud Integrada (HSI), se busca optimizar recursos y minimizar errores que pueden llevar a pérdidas de recupero, dado que un alto porcentaje de los débitos en la facturación se originan en una verificación de cobertura deficiente.

2- Fundamentación del proceso de verificación de cobertura

La verificación de la cobertura de salud en las ventanillas de admisión (guardia, consultorios externos, prácticas ambulatorias e internación) es **crucial** por dos motivos principales:

- Recupero de costos: Permite identificar la cobertura de cada paciente para asegurar el recupero de los gastos generados durante su atención.
- Actualización constante: La verificación rigurosa es necesaria debido a factores como cambios de empleo o demoras en la actualización de los padrones.

3- Sobre los financiadores: ¿A quiénes se le factura?

3.1. Obras Sociales Nacionales

Son entidades reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS). Su cobertura se rige por el Programa Médico Obligatorio (PMO) y están destinadas a trabajadores del sector privado, público nacional, monotributistas y sus familiares. Ejemplos: OSECAC, OSPRERA, OSPECON, OSDE, entre otras.

Figuran en la plataforma de la SSS.

3.2. Obras Sociales creadas por leyes especiales

Estas obras sociales fueron creadas para brindar cobertura a grupos poblacionales específicos. Incluyen:

- Obras Sociales Provinciales: IOMA (Buenos Aires), OBSBA (CABA).
- PAMI: Para jubilados y pensionados nacionales.
- Obras Sociales de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial.
- Obras Sociales de Fuerzas Armadas y de seguridad: IOSFA, Policía Federal Argentina.
- Mutuales no adheridas al régimen nacional de obras sociales.

No figuran en la plataforma de la SSS.

3.3. Obras Sociales Provinciales

Brindan cobertura a empleados públicos provinciales y municipales, docentes, personal de seguridad, jubilados y sus grupos familiares. No están reguladas por la SSS y se financian mediante los aportes de sus afiliados. Ejemplos: IOMA (Buenos Aires), OBSBA (CABA), OSEP (Mendoza), entre otras.

3.4. Empresas de Medicina Prepaga

Operan bajo un régimen distinto, pero también pueden recibir facturación por las prestaciones brindadas.

4. Criterios de afiliación y cobertura

4.1. Relación de Dependencia

- El empleador es responsable de la derivación de los aportes a la obra social elegida por el empleado a través del formulario 931.
- Aunque la afiliación administrativa la realiza el empleado, la cobertura es obligatoria mientras continúe la relación laboral, independientemente de si los aportes se hayan efectuado.
- Se debe verificar el último aporte declarado por el empleador.
- La Ley 23.660 establece una extensión de cobertura de 3 meses después de finalizada la relación laboral.
- La afiliación incluye al grupo familiar declarado.

4.2. Monotributo (Ley 26.565)

- La cobertura se pierde si el monotributista tiene 3 períodos consecutivos o 5 no consecutivos impagos (art. 42).
- La afiliación de familiares es voluntaria y requiere el pago completo del aporte.
- A partir del 1 de octubre de 2024, los trabajadores con **monotributo social** reempadronados deben tener abonado el 50% por afiliado para mantener la cobertura.

4.3. Régimen de Trabajadoras de Casas Particulares

- La cobertura se mantiene con el aporte correspondiente al último período en curso.
- Se pierde con un período impago o un pago incompleto.
- Los familiares adheridos realizan aportes voluntarios.

5. Proceso de verificación y actualización de cobertura

5.1. Herramientas de verificación

Se recomienda utilizar las siguientes plataformas para confirmar la cobertura del paciente:

- **SSS (Superintendencia de Servicios de Salud):**

[Consultas al Padrón de Beneficiarios de los Agentes Nacionales del Seguro de Salud](#)

- **ARCA (ex AFIP):**

[Aportes en Línea](#)

Usar "Consulta sin Clave Fiscal" para verificar los aportes realizados. Se debe ingresar con el CUIL del paciente y verificar la primera columna que expresa: "Incluído en declaración jurada" y la tercera columna que expresa: "Aportes de Obra Social"

Período	Incluido en declaración jurada	Aportes de seguridad social	Aportes de obra social	Contribución patronal de obra social
04/2024	SI	PAGO	PAGO	PAGO
05/2024	SI	PAGO	PAGO	PAGO
06/2024	SI	PAGO	PAGO	PAGO
07/2024	SI	PAGO	PAGO	PAGO
08/2024	SI	PAGO	PAGO	PAGO
09/2024	SI	PAGO	PAGO	PAGO
10/2024	SI	PAGO	PAGO	PAGO
11/2024	SI	PAGO	PAGO	PAGO
12/2024	SI	PAGO	PAGO	PAGO
01/2025	SI	PAGO	PAGO	PAGO
02/2025	SI	PAGO	PAGO	PAGO
03/2025	SI	PAGO	PAGO	PAGO
Referencias: Pago Pago parcial Impago No declarado				

Imagen: Captura de pantalla del sistema de consulta de ARCA.

- **ANSES - CODEM (Comprobante de empadronamiento):**

[Consulta de Obra Social](#)

- **SISA/PUCO:**

[Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino](#)

Permite consultar y guardar la información de cobertura de salud de pacientes. Este sistema se utiliza en conjunto con los padrones IOMA y PAMI para mayor precisión en la verificación.

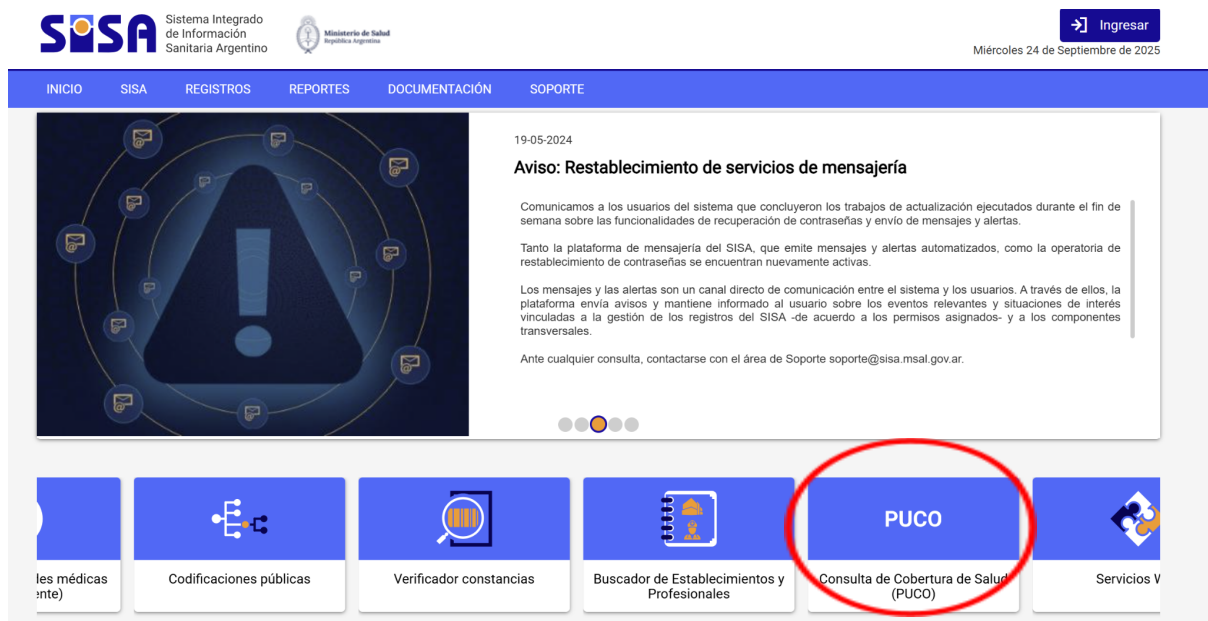


Imagen: Captura de pantalla del ingreso a PUCO.

- **Padrón IOMA:**

[CONSULTAS AL PADRÓN DE AFILIADOS](#)

- **Padrón PAMI:**

[Padrón de Afiliados](#)

IMPORTANTE: Las personas jubiladas y pensionadas desde el momento en que estén registradas en ANSES como tales figuran como afiliadas al INSSJP/PAMI. No obstante a los fines de la facturación para contar con la cobertura efectiva deben haber realizado el trámite de alta.

- **Trabajadoras/es de Casas Particulares o servicio doméstico:**

[Consultas pagos de Servicio Doméstico](#)

5.2. Pasos para la verificación

1. Iniciar la búsqueda en la SSS, ingresando el DNI del paciente en la página de la SSS.

Link: [Consultas al Padrón de Beneficiarios de los Agentes Nacionales del Seguro de Salud](#)

2. Si la SSS arroja una cobertura, verificar aportes en ARCA (AFIP) para confirmar que los aportes estén al día.

Link: [Aportes en Línea](#)

3. Si la SSS no arroja cobertura, verificar en PUCO- SISA.

Link: [Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino](#)

4. Verificación específica: Si la SSS indica que el paciente es monotributista, seguir estos pasos:

- Régimen Simplificado: En la página de la SSS, verificar los pagos. La cobertura está vigente a menos que haya 3 períodos consecutivos o 5 no consecutivos impagos.
- Monotributo Social: En la misma página, confirmar que los dos conceptos estén pagos.
- Casas Particulares: Verificar el pago del último período (entre el día 1 y 10) y que el aporte cumpla con el monto mínimo establecido (\$14.208,89).

5.3. Procedimientos especiales

- **Pacientes sin DNI:** Los recién nacidos (RN) hasta 30-45 días se identifican con los documentos de sus padres.
- **Extranjeros sin DNI:** Se debe verificar si cuentan con un seguro de salud contratado y control de pasaporte.

- **NN (Persona no identificada):** Se consideran sin cobertura hasta que se logre su identificación.

Observaciones:

! Si la cobertura verificada en los sistemas es distinta a la registrada en la HSI, se debe actualizar en el sistema con la última vigente.

! Si hay discrepancias, la cobertura vigente en la SSS es la que debe asignarse.

! Consultar al paciente sobre la activación de su afiliación o posibles cambios recientes.

! Tener especial atención a pacientes con prepagas debido a que no figuran en los padrones de SSS o en la HSI.

6- Casos testigo

→ Relación de Dependencia:

Para los casos en los que el padrón de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) mantenga el alta de la cobertura pero el histórico arroja la baja (motivo: "informado por obra social"), deberemos corroborar los aportes en línea en el ARCA.

En caso de NO figurar en la SSS o figurar dado de baja, deberá verificarse el último periodo aportado en ARCA y padrón de monotributo, auxiliares de casas particulares y padrón de opciones de cambio de obra social.

El seguro de desempleo es una cápita que se asigna a la última cobertura que tuvo el afiliado que, según edad y años de aporte, varía de 6 a 18 meses y es determinada por ANSES. Las bajas informadas por la SSS deberían contemplar los seguros de desempleo.

Si el titular de la cobertura está vigente (último periodo declarado por empleador) y el grupo familiar primario está declarado, la obra social no puede darlos de baja unilateralmente.

→ Monotributo Ley 26.565:

Los monotributistas sociales con su aporte al día según normativa tiene cobertura con el pago correspondiente al 50 % del valor vigente.

En caso de NO figurar en la SSS o figurar dado de baja, deberá verificarse el último periodo aportado en padrón de monotributo, auxiliares de casas particulares y padrón de opciones de cambio de obra social.

El periodo de carencia es 3 periodos consecutivos o 5 no consecutivos impagos.

→ **Auxiliares de Casas Particulares:**

En caso de NO figurar en la SSS o figurar dado de baja, deberá verificarse el último periodo aportado en padrón de monotributo, auxiliares de casas particulares y padrón de opciones de cambio de OS.

→ **Resolución 1/25:**

A partir del 01 de enero del 2025, todas las prestaciones dadas desde esa fecha, deberán ser facturadas al seguro de cobertura que figura en la SSS como "OS DESTINO". Las prestaciones dadas con anterioridad deben ser facturadas al seguro de cobertura que figura en la SSS como "OS ORIGEN".