



Auditoría General de la Nación

Informe de Auditoría de Gestión

**SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
AUDITORÍA DE GESTIÓN**

Proyecto N° S00198/2019



Auditoría General de la Nación

ÍNDICE

1. OBJETO DE LA AUDITORÍA	6
2. ALCANCE DEL EXAMEN	6
2.1. ENFOQUE DEL TRABAJO DE AUDITORÍA	6
2.2. PROCEDIMIENTOS APLICADOS	7
2.3. MUESTRAS ANALIZADAS	9
3. ACLARACIONES PREVIAS	9
3.1. MARCO REGULATORIO	9
3.2. OBJETIVOS Y FUNCIONES DE LA SSSALUD	11
3.3. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	12
3.4. ÁREAS INVOLUCRADAS EN LA GESTIÓN	12
3.5. FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA	15
3.6. INCREMENTO DEL VALOR DE LAS CUOTAS QUE ABONAN LOS USUARIOS	17
3.7. CONTROL Y VERIFICACIÓN	18
3.8. REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA	19
3.9. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS DE EMP	21



Auditoría General de la Nación

3.10. CONSOLIDACIÓN DE LA PRESENCIA INSTITUCIONAL EN EL TERRITORIO NACIONAL DE MANERA EFICIENTE, EFICAZ Y ACCESIBLE AL USUARIO.	22
4. HALLAZGOS	23
5. DESCARGO DEL AUDITADO	44
6. RECOMENDACIONES	44
7. CONCLUSIONES	47
ANEXO A	52
ANEXO B	64
ANEXO C	77
ANEXO D	78
ANEXO E	80
ANEXO F	83
ANEXO G	85
ANEXO H	88
ANEXO I - DESCARGO DEL AUDITADO	90
ANEXO J -ANÁLISIS DEL DESCARGO	104



Auditoría General de la Nación

SIGLARIO

ADM: Gerencia de Administración

APN: Administración Pública Nacional

ASS: Agentes del Seguro de Salud

CAD: Coordinación de Asistencia a las Delegaciones

CGYRR: Coordinación de Gestión y Resolución de Reclamos

DUSS: Defensoría del Usuario del Sistema de Salud

EMP: Entidades de Medicina Prepaga

GAJ: Gerencia de Asuntos Jurídicos

GASUSS: Gerencia de Atención y Servicios al Usuario del Sistema de Salud

GGE: Gerencia de Gestión Estratégica

GCEF: Gerencia de Control Económico y Financiero:

GCP: Gerencia de Control Prestacional

GG: Gerencia General

GDYAISS: Gerencia de Delegaciones y de Articulación de los Integrantes del Sistema de Salud

GSI: Gerencia de Sistemas de Información.

PMO: Programa Médico obligatorio.

M: Muestra.

RNEMP: Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga.

SCEFASS: Subgerencia de Control Económico Financiero de Agentes de Seguro de Salud

SCEFMP: Subgerencia de Control Económico Financiero de Medicina Prepaga

SCPME: Subgerencia de Control Prestacional de Medicina Prepaga

SG: Secretaría General

SGAUSS: Subgerencia de Atención al Usuario de Servicios de Salud

SGEC: Subgerencia de Evaluación de Costos

SGD: Subgerencia de Delegaciones



Auditoría General de la Nación

UCRN: Unidad de Coordinación de Registro y Normativa de la Ley 26.682



Auditoría General de la Nación

INFORME DE AUDITORÍA DE GESTIÓN

Al Señor Superintendente
Superintendencia de Servicios de Salud
Dr. Daniel Alejandro LÓPEZ
Av. Pdte. Roque Sáenz Peña 530
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En virtud de las funciones conferidas por el artículo 85 de la Constitución Nacional y en uso de las facultades conferidas por el artículo 118 de la Ley 24.156, la Auditoría General de la Nación procedió a efectuar una auditoría de gestión en el ámbito de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

1. OBJETO DE LA AUDITORÍA

Superintendencia de Servicios de Salud – auditoría de gestión – Ley 26.682, Entidades de Medicina Prepaga: Análisis del procedimiento para autorizar el incremento de los valores de las cuotas, actividades de control efectuadas y la adecuada protección de los derechos de los usuarios. Periodo auditado 01/01/2017 a 31/12/2019.

2. ALCANCE DEL EXAMEN

El trabajo se realizó de conformidad con las Normas de Control Externo Gubernamental aprobadas por las Resoluciones 26/2015 AGN, 186/2016 AGN, dictadas en virtud de las facultades conferidas por la Ley 21.156, artículo 119º, inciso d), aplicándose los procedimientos que se detallan en el punto 2.2. de este informe. Las tareas de campo en sede del ente auditado se realizaron entre el mes de agosto de 2019 y mayo de 2022.

2.1. Enfoque del trabajo de auditoría

Efectuado el análisis preliminar y la evaluación de riesgos, se determinaron como objetivos de auditoría:



Auditoría General de la Nación

Objetivo 1: Evaluación del procedimiento y decisorio sobre los aumentos de cuota autorizados a las Empresas de Medicina Prepaga; y análisis del control, verificación y fiscalización con relación a los estados contables presentados. <auditoría de proceso y resultado>.

Objetivo 2: Análisis de la gestión en torno a las obligaciones impuestas por la Ley 26.682, art. 5º, en especial la creación y actualización de Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga – RNEMP. <auditoría de proceso y resultado>.

Objetivo 3: Análisis de las medidas adoptadas para asegurar una adecuada atención de los derechos de los usuarios del sistema de EMP (entidades de medicina prepaga) en todo el país, con relación a la efectividad del procedimiento implementado con el fin de dar respuesta a las peticiones referentes a condiciones de atención, funcionamiento de los servicios e incumplimientos por parte de las EMP. <auditoría de proceso y resultado>.

a) Evaluación sobre el nivel de avance en la descentralización del sistema, en relación a la consolidación de la presencia institucional en el territorio nacional de manera eficiente, eficaz y accesible al usuario, a través de las delegaciones del organismo existentes en el interior del país. <auditoría de proceso y resultado>.

2.2. Procedimientos aplicados

Durante el análisis preliminar se realizaron los siguientes procedimientos:

- Entrevistas presenciales, por zoom y cuestionarios de relevamiento con los responsables de la Gerencia de Control Económico y Financiero, Gerencia de Gestión Estratégica, Gerencia de Asuntos jurídicos, Gerencia de Atención y Servicios al Usuario de Sistema de Salud, Gerencia de Delegaciones y Articulación, Gerencia de Control Prestacional, Gerencia de Sistemas de Información y la Defensoría del Usuario, a fin de relevar las tareas desarrolladas por cada una de las áreas en la materia auditada.
- Recopilación y análisis del régimen normativo aplicable.
- Análisis de la estructura organizativa y acciones desarrolladas por las áreas involucradas en la gestión de los objetivos determinados.
- Relevamiento y análisis de los Manuales de Procedimiento formalmente aprobados.



Auditoría General de la Nación

- Análisis de las respuestas recibidas a las Notas 188/19 RCSCSNF, 87/20 AG02, 98/22 GCGSNF, 99/22 GCGSNF, 38/22 GCGSNF, 51/22 GCGSNF y de la información remitida por correo electrónico.
- Análisis sobre la actividad desarrollada por SSSalud en torno a la autorización del incremento de valores de las cuotas de las EMP.
- Relevamiento y análisis de los expedientes correspondientes a los aumentos de cuota autorizados en el período auditado: N° EX - 2017-09038991--APN-DD#MS, N° EX - 2017-14170756--APN-SSS#MS, N° EX - 2017-24637793--APN-SSS#MS, N° EX - 2017-34821492- -APN-SSS#MS, N° EX - 2018-17120697--APN-SG#SSS, N° EX - 2018-29457031--APN-GGE#SSS, N° EX - 2018-41906280- -APN-GGE#SSS, N° EX - 2018-51986316--APN-GGE#SSS, N° EX - 2018-67509986--APN-GGE#SSS, N° EX - 2019-18014747--APN-GGE#SSS, N° EX - 2019-48703312--APN-GGE#SSS, N° EX - 2019-77736745--APN-GGE#SSS.
- Evaluación de los circuitos, procesos y acciones desarrolladas por las áreas competentes en el control, verificación y fiscalización de las EMP inscriptas.
- Constatación de la elaboración de la Planificación Anual Integral, con definición de los criterios empleados para la selección de las EMP sujetas a verificación y/o controles específicos.
- Revisión de la aplicación de sanciones por falta de cumplimiento de las EMP: Se realizó un cotejo y cruce de las intimaciones que cursó la Subgerencia de Control Económico Financiero de Medicina Prepaga a las EMP incumplidoras y el estado del expediente donde se inicia el procedimiento sancionatorio.
- Situación del RNEMP: Se evaluó la actividad desarrollada para otorgar la inscripción definitiva y la autorización para funcionar. Análisis de los 10 expedientes que finalizaron el trámite de inscripción, y sobre una muestra, en función de la cantidad de usuarios informados en el Padrón se relevó el estado del trámite de inscripción de las que se encuentran pendientes de resolución.
- Evaluación del nivel de cumplimiento de las EMP la obligación establecida en la Resolución 353/2016 - SSS.



Auditoría General de la Nación

- Relevamiento y análisis del proceso de resolución de los reclamos iniciados por los usuarios ante incumplimiento de las EMP, para determinar el nivel de efectividad del auditado en la satisfacción de sus derechos.
- Se realizó el cruce de la información existente en el Sistema de Gestión empleado “Resolución 75/98” y el trámite del expediente en el GDE, para evaluar la consistencia en la información.
- Análisis de una muestra de 97 expedientes de reclamos en GDE para determinar la eficiencia en la resolución.
- Se cotejó la información obtenida con la existente en la Coordinación de Sumarios a los fines de determinar el nivel de aplicación de sanciones a las EMP por los incumplimientos prestacionales detectados.
- Para determinar el nivel de eficiencia en la atención de los derechos de los usuarios de las EMP en el interior del país, se requirió a la Gerencia de Delegaciones y de Articulación de los Integrantes del Sistema de Salud los informes producidos por las Sedes sobre las tareas desarrolladas en la etapa de atención inicial al usuario y “1era. Instancia” del reclamo y los reportes existentes, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento del organismo sobre la eficiencia de las sedes.

Se deja constancia que el trabajo realizado no constituyó una auditoría especial sobre el correcto funcionamiento del sistema de procesamiento electrónico de datos en cuanto a los programas de computación diseñados, los elementos de control incluidos y la configuración y seguridad de los equipos empleados al efecto, sino que se realizó un análisis de la información procesada por los sistemas computarizados del auditado.

2.3. Muestras analizadas

Para arribar a las conclusiones de manera fundada, se realizaron procedimientos de muestreo para el análisis de los objetivos planteados, conforme los criterios que se exponen en el ANEXO A.

3. ACLARACIONES PREVIAS

3.1. Marco Regulatorio de las Entidades de Medicina Prepaga



Auditoría General de la Nación

La Ley 26.682 sancionada en el año 2011, establece el régimen de regulación de las Entidades de Medicina Prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen Agentes del Seguro de Salud contemplados en las Leyes 23.660 y 23.661.

Quedan también incluidas las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones cuyo objeto total o parcial consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa.

En el presente informe, se utiliza el término “Entidades de Medicina Prepaga” (EMP) a los fines de designar a los sujetos regulados.

El art. 2º define a las Entidades de Medicina Prepaga como “toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopte, cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea con efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa”.

La SSSalud, constituida por el Decreto 1.615/1996, en jurisdicción del entonces Ministerio de Salud y Acción Social, como consecuencia de la fusión de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), creada por la Ley 23.661, de la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS) establecida por la Ley 23.660 y del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) instituido por la Ley 18.610, es la Autoridad de Aplicación¹ de la Ley 26.682.

Es un Organismo descentralizado de la APN en la órbita del Ministerio de Salud de la Nación, siendo el órgano de regulación, supervisión, fiscalización y control de los ASS con el fin de garantizar las prestaciones de salud a sus beneficiarios en el marco de las Leyes 23.660 y 23.661, como así también a los usuarios de las EMP, reguladas por la Ley 26.682.

¹ Decreto reglamentario 1993/2011.



Auditoría General de la Nación

La normativa complementaria que se vincula a los objetivos planteados en 2.1. se expone en detalle en el ANEXO B.

3.2. Objetivos y funciones de la Superintendencia de Servicios de Salud

Los objetivos y funciones asignados a la SSSalud en el art. 5º de la Ley 26.682, que se vinculan al cumplimiento de los objetivos planteados en 2.1. son:

- Fiscalizar el cumplimiento de la presente ley y sus reglamentaciones en coordinación con las autoridades sanitarias de cada jurisdicción;
- Crear y mantener actualizado el Registro Nacional de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley y el Padrón Nacional de Usuarios, al solo efecto de ser utilizado por el sistema público de salud, en lo referente a la aplicación de la presente ley, no debiendo en ningún caso contener datos que puedan afectar el derecho a la intimidad;
- Determinar las condiciones técnicas, de solvencia financiera, de capacidad de gestión, y prestacional, así como los recaudos formales exigibles a las entidades para su inscripción en el Registro previsto en el inciso anterior, garantizando la libre competencia y el acceso al mercado, de modo de no generar perjuicios para el interés económico general;
- Fiscalizar el cumplimiento, por parte de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, de las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y de cualquier otra que se hubiere incorporado al contrato suscripto;
- Otorgar la autorización para funcionar a los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, evaluando las características de los programas de salud, los antecedentes y responsabilidad de los solicitantes o miembros del órgano de administración y los requisitos previstos en el inciso c);
- Autorizar y fiscalizar los modelos de contratos que celebren los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley y los usuarios en todas las modalidades de contratación y planes, en los términos del artículo 8º de la presente ley;
- Autorizar en los términos de la presente ley y revisar los valores de las cuotas y sus modificaciones que propusieren los sujetos comprendidos en su artículo 1º;



Auditoría General de la Nación

- Disponer de los mecanismos necesarios en cada jurisdicción para recibir los reclamos efectuados por usuarios y prestadores del sistema, referidos a condiciones de atención, funcionamiento de los servicios e incumplimientos;
- Requerir periódicamente con carácter de declaración jurada a los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley informes demográficos, epidemiológicos, prestacionales y económico-financieros, sin perjuicio de lo establecido por la Ley 19.550;

3.3. Estructura Organizativa

El Decreto 1576/1998 aprueba la estructura organizativa y establece como autoridad máxima del organismo un Superintendente de Servicios de Salud, nombrado por el Poder Ejecutivo Nacional (PEN), un Gerente General, nueve gerencias y veinte subgerencias. El Decreto 2710/2012 aprueba la estructura del Primer Nivel operativo, previendo el funcionamiento de un Consejo Asesor, la Defensoría del Beneficiario, la Unidad de Auditoría Interna y la Secretaría General. Organigrama en el ANEXO C.

3.4. Áreas involucradas en la gestión

Para el presente informe, se evaluaron las tareas desarrolladas por las áreas que, en función de las responsabilidades y acciones asignadas, intervienen en la gestión de la materia auditada:

- Gerencia de Control Económico y Financiero (GCEF): con la responsabilidad primaria de *“entender en el control económico, financiero y de legalidad de los ASS, EMP, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del Sistema de Salud, fiscalizando, supervisando, orientando y fomentando la correcta gestión de los recursos y gastos de su patrimonio para asegurar las condiciones de viabilidad económica y financiera suficientes que permitan solventar los servicios comprometidos”*.
- Subgerencia de Control Económico Financiero de Medicina Prepaga (SCEFMP): con la responsabilidad primaria de *“asistir a la Gerencia en la ejecución de sus actividades en lo atinente al control económico financiero de las Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del sistema de salud de acuerdo a las obligaciones establecidas para estas entidades en la Ley 26.682 y sus normas reglamentarias”*.



Auditoría General de la Nación

- Gerencia de Gestión Estratégica (GGE): con la responsabilidad primaria de *“administrar la información del funcionamiento del Sistema de Salud y desarrollar el conocimiento del desempeño del mismo y promover su permanente mejoramiento mediante regulaciones y acciones tendientes a optimizar los resultados y/o corregir desvíos a nivel global. Entender en la aprobación de los aumentos de las cuotas de las entidades de medicina prepaga y en la fijación de los precios de las prestaciones, de los medicamentos y de los insumos médicos y, en general, de los subsidios a financiar por medio del Fondo de Redistribución Solidaria”*.
- Gerencia de Control Prestacional (GCP): con la responsabilidad primaria de *“entender en el control de las relaciones prestacionales entre los prestadores de Servicios de Salud y los ASS, las EMP, Cooperativas, Mutuales, asociaciones civiles y fundaciones del Sistema de Salud. Fiscalizar el cumplimiento de las normas prestacionales, considerando al PMO como condición básica, por parte de las mencionadas entidades del sistema, así como de los prestadores de Servicios de Salud”*.
 - Subgerencia de Control Prestacional de Medicina Prepaga: con la responsabilidad primaria de *“asistir a la Gerencia en la ejecución, sistematización y organización de la información referida al control de las prestaciones de las EMP, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del Sistema de Salud y los prestadores de Servicios de Salud correspondientes, de acuerdo a las obligaciones establecidas para estas entidades en la Ley 26.682 y sus normas reglamentarias”*.
- Gerencia de Atención y Servicios al Usuario del Sistema de Salud (GASUSS): con la responsabilidad primaria de *“promover acciones tendientes a fortalecer el ejercicio de los derechos de los usuarios, beneficiarios y/o afiliados y controlar el cumplimiento de las normas de atención al usuario por parte de los ASS, EMP, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del sistema de salud. Ordenar la recepción de las solicitudes, reclamos, denuncias y recursos presentados por los usuarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud y gestionar dichas peticiones para lograr una creciente satisfacción por parte de los usuarios”*.
- Defensoría del Usuario del Sistema de Salud (DUSS): con la responsabilidad primaria de *“asistir a los beneficiarios y/o afiliados de los ASS, de las EMP, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del sistema de salud, en aquellas*



Auditoría General de la Nación

cuestiones atinentes a sus reclamos, en el marco del procedimiento previsto por la normativa vigente”.

- Gerencia de Delegaciones y de Articulación de los Integrantes del Sistema de Salud (GDYAISS): con la responsabilidad primaria de *“impulsar todas las acciones tendientes a la integración de los distintos Sistemas de Servicios de Salud existentes en la República Argentina y supervisar el funcionamiento de las Delegaciones de la SSSalud en el interior del país”.*

- Subgerencia de Delegaciones (SGD): con la responsabilidad primaria de *“coordinar y apoyar el funcionamiento de las Delegaciones de la SSSalud en el interior del país”.*

- Gerencia de Asuntos Jurídicos (GAJ): con la responsabilidad primaria de *“asesorar y asistir en los aspectos jurídicos de su gestión, ejercer la representación jurídica del organismo y efectuar el control de legitimidad y legalidad de los actos administrativos, participar en la elaboración de los anteproyectos de leyes, decretos y reglamentos que presente la SSSalud. Administrar los registros de los ASS, de las EMP, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del sistema de salud, de los operadores y de los beneficiarios del Sistema. Intervenir en los trámites de sanción de los ASS, EMP, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del Sistema de Salud. Entender en la administración y mantenimiento del registro de obras sociales, entidades de medicina prepaga y prestadores”.*

- Coordinación de Registros de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga: con la función de *“recibir las solicitudes y verificar la correcta y completa presentación de la documentación requerida para la inscripción de los sujetos obligados en el Registro Nacional de Obras Sociales (RNOS) y en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP). Solicitar a las entidades la presentación de nueva documentación o la ampliación de la documentación presentada de acuerdo con la normativa vigente en la materia. Producir los informes y la recomendación de aprobación o rechazo, debidamente fundada, de las solicitudes de inscripción presentadas. Proceder a la inscripción de las entidades en los registros correspondientes una vez que las respectivas solicitudes sean aprobadas por la SSSalud. Mantener actualizados los registros, los padrones de afiliados y usuarios y, con la asistencia de la GSI, informar en tiempo real, a las áreas de la SSSalud, el estado de los registros”.*



Auditoría General de la Nación

- Gerencia de Sistemas de Información (GSI): con la responsabilidad primaria de *“diseñar y administrar las bases de datos, el equipamiento y la prestación de los servicios informáticos y de comunicaciones de voz y datos en todo el ámbito de la SSSalud”*.
- Unidad de Coordinación de Registro y Normativa de la Ley 26.682, (UCRN). En el ámbito de la GGE y a cargo de su titular, con el objetivo de *“coordinar la actuación de las diversas áreas del organismo en la implementación y aplicación de la Ley 26.682 y su normativa reglamentaria, a fin de garantizar la unicidad de criterios e interpretaciones, a la vez que dotar de mayor agilidad y eficiencia a los procesos que se llevan adelante de manera interrelacionada entre las distintas Gerencias del Organismo, constituyéndose en instancia de articulación de los distintos sectores a fin de armonizar e impulsar los diversos proyectos que se estén llevando adelante de manera institucional”* (Creada por la Resolución 1.842/2019 - SSS, posteriormente derogada por la Resolución 1.950/2021 - SSS).

3.5. Financiamiento del Sistema

Con relación al financiamiento instituido en el Marco Regulatorio de la Medicina Prepaga, el art. 25° de la Ley 26.682 establece que los recursos están constituidos por: a) Una matrícula anual abonada por cada entidad, cuyo monto será fijado por la reglamentación; b) Las multas abonadas por los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley a la Autoridad de Aplicación; c) Las donaciones, legados y subsidios que reciba; d) Todo otro ingreso compatible con su naturaleza y fines; estando a cargo del Ministerio de Salud, a través de la SSSalud² dictar la normativa pertinente que establezca el monto que deberá abonar cada entidad en concepto de matrícula anual.

En este contexto, la Resolución 1769/2014 - SSS - con vigencia a partir del 1° de enero de 2015 - establece el cobro de la Matrícula Anual, fijando una alícuota del dos por mil (0,2%) que se calculará sobre la base del total de los ingresos devengados en el año anterior en concepto de cuotas y mayores servicios comercializados mediante planes de salud totales y/o parciales que brinden prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios. La matrícula anual se cancelará en doce anticipos mensuales a cuenta.

² Decreto reglamentario 1993/2011 art. 25°.



Auditoría General de la Nación

Esta medida, motivó que se interpusieran diversos planteos impugnatorios³ fundamentando que la “Matrícula Anual” reviste *“naturaleza jurídica tributaria y las normas señaladas afectaban el principio de reserva de la ley tributaria, que abarca tanto a la creación de impuestos, tasas o contribuciones como a las modificaciones de los elementos esenciales que componen el tributo, es decir el hecho imponible, la alícuota, los sujetos alcanzados y las exenciones (Fallos: 329:1554)”*.

Ante este escenario el auditado, *“a fin de evitar una afectación del interés público comprometido”*, dispuso a través de la Resolución 301/2016 - SSS la suspensión de los efectos de la Resolución 1769/2014 - SSS por un término de NOVENTA (90) días, medida que fue prorrogada por la Resolución 571/2016 - SSS, por otros noventa (90) días.

Las causas mencionadas obtuvieron resolución a favor a las EMP en Primera y Segunda Instancia, por este motivo y *“con el fin de evitar situaciones que pudieran alterar el normal funcionamiento del sector involucrado, profundizar inequidades entre las entidades alcanzadas por las resoluciones judiciales y las que no, y/o afectar el interés público, por medio de la Resolución N° 554/2018”*, se prorrogó la vigencia de la Resolución 301/2016 - SSS, sin perjuicio de los actos realizados y efectos jurídicos producidos, desde la fecha de vencimiento de la prórroga establecida por la Resolución 571/2016 - SSS, hasta que la Corte Suprema de Justicia de la Nación se expida sobre la constitucionalidad del art. 25° de la Ley 26.682 en las causas incoadas.

Para el periodo bajo examen, el pago de la Matrícula Anual se encontraba suspendido, razón por la cual no aplicó como objetivo de auditoría. No obstante, durante el desarrollo de las tareas de campo, con fecha 18 de febrero de 2020 la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en los autos “Swiss Medical S.A. C/EN-SSS S/Amparo Ley 16.986” (causa 2028/2015), confirmó la sentencia adversa a la posición del organismo y reafirmó la inconstitucionalidad de las normas, fallando a posteriori con idéntico criterio en las causas restantes.

³ Swiss Medical S.A. C/En-Sss S/Amparo Ley 16.986” (Causa N° 2028/2015), “Medicus S.A. De Asistencia Médica y Científica C/EN-Ministerio de Salud de la Nación y Otro S/Amparo Ley 16.986” (Causa N° 52882/2015), “Galeno Argentina S.A. C/EN-Ministerio de Salud de la Nación-Sss S/Amparo Ley 16.986” (Causa N° 2067/2015) y “Met Córdoba S.A. C/ EN- Ministerio de Salud de la Nación y Ot. S/Amparo Ley 16.986” (Expte. N° FCB 26073/2016).



Auditoría General de la Nación

En este contexto, se efectuó la consulta al auditado sobre las acciones desarrolladas al efecto y por nota NO-2022-48640287-APN-SSS#MS manifestó: *“que no podría requerir al resto de las entidades el cobro de la “matrícula anual” declarada inconstitucional en los casos de mención (incluyendo tanto a los que tuvieron sentencia de segunda instancia como de CSJN), so pena de realizar una discriminación inconducente, provocar distorsiones en las estructuras de costos de unas y otras entidades y generar inequidades hacia el interior del Sistema (...) resulta indudable, a nuestro criterio, que el organismo se encuentra -a partir del fallo emanado por la CSJN- impedido de requerir el cobro de la matrícula anual prevista en el artículo 25 de la Ley N° 26.682 a las Entidades de Medicina Prepaga”*.

Sosteniendo asimismo que *“no obstante, a efectos de evitar confusiones en el sector regulado, resulta conveniente derogar la Resolución N° 1769/2014 y disponer lo conducente a los efectos de elevar al PODER EJECUTIVO NACIONAL un proyecto de Ley para reformar el artículo 25 de la Ley N° 26.682, sobre cuyo texto se ha trabajado en los últimos años entre las distintas áreas técnicas del organismo”*.

Al momento de finalización de las tareas de campo, la Resolución 1769/2014 - SSS se encuentra vigente y no se remitió el Proyecto de Ley para la reforma del art. 25° de la Ley 26.682.

3.6. Incremento en el valor de las cuotas que deben abonar los usuarios

La función de la SSSalud es autorizar y revisar los valores de las cuotas y las modificaciones que propusieren las EMP⁴, agregando que el incremento mismo debe estar fundado en variaciones de la estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgos⁵. En función de lo establecido por el decreto reglamentario⁶, las EMP que pretendan aumentar el monto de las cuotas que abonan los usuarios, deberán presentar el requerimiento a la SSSalud, la que lo elevará al Ministro de Salud para su aprobación, previo dictamen vinculante de la Secretaría de Comercio Interior del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.

⁴ Ley 26.682, art. 5°, inc. g.

⁵ Ley 26.682, art. 17°.

⁶ Decreto reglamentario 1993/2011.



Auditoría General de la Nación

Este procedimiento fue modificado por el Decreto 66/2019, con el fin de actualizarlo y adecuarlo, suprimiéndose el dictamen vinculante mencionado, incorporándose la exigencia de que la “*solicitud de autorización de aumento*” debe ser presentada en forma “*individual*” por la EMP, y fijándose un plazo máximo de 45 días para que la SSSalud se expida sobre el requerimiento. Por último, se modifica el plazo de comunicación anticipada a los usuarios, disponiendo que será no inferior a los 30 días corridos, contados a partir de la fecha en que la nueva cuota comenzará a regir.

Para autorizar los aumentos que pretendan las EMP, la ley⁷ establece que la SSSalud implementará la estructura de costos que deberán presentar las EMP, con los cálculos actuariales necesarios, la verificación fehaciente de incremento del costo de las prestaciones obligatorias, suplementarias y complementarias, las nuevas tecnologías y reglamentaciones legales que modifiquen o se introduzcan en el PMO en vigencia, el incremento de costos de recursos humanos y cualquier otra circunstancia que incida sobre los costos de la cuota de los planes ya autorizados.

3.7. Control y verificación

Con la misión de fiscalizar el cumplimiento de las obligaciones impuestas a los sujetos regulados, determinar las condiciones técnicas, de solvencia financiera, de capacidad de gestión y prestacional, la SSSalud tiene el deber de requerir periódicamente con carácter de declaración jurada, informes demográficos, epidemiológicos, prestacionales y económico-financieros, y sancionar a las EMP en caso de detectar infracciones o incumplimientos.

La SSSalud designará síndicos, auditores y veedores, que tendrán por cometido la fiscalización y control de los actos de los órganos y funcionarios de los sujetos regulados⁸.

El marco regulatorio precisa la documentación e información que deberán presentar las EMP, indicando que los sujetos que revistan forma societaria deberán presentar: Balance General de cierre de ejercicio con Dictamen de Contador Público Independiente y Estados Intermedios con Informe Profesional, a los 4 y 8 meses del inicio del ejercicio económico. El resto de los sujetos deberán presentar: un informe cuatrimestral que contenga los ingresos percibidos y las erogaciones efectuadas y un

⁷ Ley 26.682 art. 17°.

⁸ Decreto reglamentario 1993/2011, art. 5, inc. a).



Auditoría General de la Nación

informe anual que dé cuenta de los bienes afectados a la actividad y de las deudas generadas por la misma. En ambos casos deberán acompañar detalles pormenorizados de los efectores médicos asistenciales que integren el pasivo de la entidad y los montos adeudados. Asimismo, deberán constituir y mantener un “*Capital Mínimo, las garantías y avales*” que será fijado por la SSSalud.

Por último, los ASS que comercialicen planes de adhesión voluntaria o planes superadores o complementarios por mayores servicios deben llevar un sistema diferenciado de información patrimonial y contable de registros con fines de fiscalización y control de las contribuciones, aportes y recursos de otra naturaleza previstos por las Leyes 23.660 y 23.661; consignando “*en sus registros rubricados, en forma discriminada del resto de las operaciones, los movimientos patrimoniales y de ingresos y egresos vinculados a la comercialización de planes de adhesión voluntaria o planes superadores o complementarios por mayores servicios*”.

Con relación a la falta de cumplimiento, la Ley 26.682 enumera cuales son las infracciones, el Decreto reglamentario 1993/2011 detalla los tipos de sanciones aplicables y la Resolución 156/2018 - SSS crea el Régimen de Graduación de Sanciones.

3.8. Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (R.N.E.M.P)

La Ley 26.682 crea el RNEMP, donde deben inscribirse de forma obligatoria las EMP, para obtener la autorización para funcionar, estando a cargo de la SSSalud el control del cumplimiento de los recaudos exigidos a las EMP para obtener su inscripción. La misma será dispuesta por acto del Superintendente de Servicios de Salud e implicará la autorización para funcionar, debiendo dejarse constancia de ello en el respectivo acto resolutivo. Con respecto a la cancelación de la inscripción, esta procederá a pedido de la EMP o cuando derive de la aplicación del régimen sancionatorio dispuesto en la Ley 26.682, art. 24º, inc. c), previa sustanciación del sumario administrativo.

La Resolución 55/2012 - SSS fija el procedimiento de inscripción, estableciendo en el art. 3º que “*durante el período comprendido entre la fecha de inicio del trámite y la fecha del acto resolutivo que admita o rechace la solicitud, la inscripción de las entidades solicitantes revestirá carácter de ‘Provisoria’, quedando facultadas a continuar funcionando mediante una autorización también ‘Provisoria’ cuyo vencimiento operará indefectiblemente en la fecha del acto resolutivo mencionado*”. Se



Auditoría General de la Nación

instituye el procedimiento de inscripción por vía electrónica, efectuada la carga de datos se emite automáticamente una constancia asignando un turno con indicación de la documentación a presentar y el número de inscripción provisoria de la entidad.

La documentación presentada, será evaluada por las áreas técnicas pertinentes que emitirán un “*Informe Técnico*” respecto del cumplimiento de los recaudos exigidos. En caso de ser favorable se remitirán las actuaciones a la GAJ para la emisión del dictamen de control de legalidad procediendo luego a emitir el acto resolutivo de inscripción de la entidad y la emisión del respectivo certificado en el que se hará constar el número de registro de Inscripción que será adjudicado en el mismo acto, con la consecuente publicación en la página web de la SSSalud y en el Boletín Oficial.

El procedimiento descripto fijó el 6 de marzo de 2012 como fecha límite para el inicio del trámite de las EMP que se encontraran funcionando. No obstante, previo a la fecha de cierre de inscripción se dictaron sucesivas prórrogas, hasta que la Resolución 132/2018 - SSS estableció un plazo máximo de 30 días corridos de publicada, como límite para que aquellos sujetos que hubieren iniciado actividades con anterioridad a la fecha de publicación de la Resolución 55/2012 - SSS, puedan iniciar el trámite de inscripción en el RNEMP, plazo a partir del cual no podrán funcionar sin autorización definitiva.

Asimismo, se deroga el art. 3º de la Resolución 55/2012 - SSS, por lo cual no podrán realizar actividades aquellas personas físicas o jurídicas que no posean la autorización definitiva por parte de la SSSalud, con la única excepción de las que contasen con autorización provisoria y hasta tanto se acepte o rechace su solicitud de inscripción.

Para las nuevas inscripciones, dispone que “*las Entidades de Medicina Prepaga que inicien el procedimiento de inscripción deberán cumplimentar la totalidad de los requisitos previstos en la normativa aplicable y obtener la autorización para funcionar en forma previa a la comercialización de planes de salud a potenciales usuarios*”, imponiendo en el caso de incumplimiento, las sanciones previstas en la Ley 26.682, sin perjuicio de proceder también conforme a lo establecido en el Decreto reglamentario 1993/2011, art. 5º, inc. e), segundo párrafo.

Por otro lado, debemos considerar que todas las solicitudes de inscripción informadas son anteriores a la modificación introducida por la Resolución 132/2018 - SSS (la última solicitud ingresada es la RNEMP N° 318.082 del 09/08/2018).



Auditoría General de la Nación

Para la gestión y coordinación de las acciones vinculadas con el RNEMP se pusieron en funcionamiento diferentes áreas operativas de carácter transitorio, hasta que con la aprobación de la estructura orgánico funcional⁹, se dicta la Resolución 2621/2013 - SSS, creando la Coordinación de Registros de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga en el ámbito de la GAJ con la función de entender en las acciones vinculadas a la gestión del RNEMP.

Por último, es importante mencionar que las EMP que hayan iniciado o inicien en lo sucesivo el trámite de inscripción en el RNEMP deben remitir cuatrimestralmente el Padrón de Usuarios actualizado, en función de lo dispuesto por la Resolución 353/2016 - SSS.

3.9. Protección de los derechos de los usuarios de las Entidades de Medicina Prepaga en el Territorio Nacional

Con el fin de garantizar la celeridad y asegurar los derechos de los reclamantes, se insta con el dictado de la Resolución 75/1998 - SSS un procedimiento sumarísimo de formulación y solución de reclamos frente a hechos o actos de los ASS que afecten o que puedan afectar la normal prestación médico asistencial de los usuarios. Con la sanción de la Ley 26.682 este procedimiento se hace aplicable a las EMP¹⁰.

El procedimiento, denominado internamente “*1era. Instancia*”, tipifica a los trámites en función de su materia y objeto en “*Urgente*”, “*Especial*” y “*Normal*”, asignándoles plazos de resolución diferenciados.

La actividad del auditado en esta instancia se circunscribe a recibir el reclamo, asignarle un número, ingresarlo al sistema de gestión implementado al efecto - denominado “*R 75/98*”- analizar el reclamo y la documentación acompañada, tipificar y proceder a notificar a la EMP el incumplimiento denunciado, informando al reclamante.

La EMP deberá dar una respuesta al usuario y acompañar una copia de esta a la SSSalud en su contestación. Si la resolución es favorable, se procede al archivo del reclamo como “*Finalizado/Solucionado*”.

⁹ Decreto 2710/2012

¹⁰ Resolución 1319/2011 SSS.



Auditoría General de la Nación

Si la EMP responde negativamente o en caso de silencio, el usuario tiene un plazo de 10 días corridos para recurrir¹¹, y si no lo hace, el trámite se archiva bajo la categoría "*Finalizado sin pedido de continuidad*". Si continúa, se da apertura a la denominada "*2da. Instancia*" donde se caratula el expediente, y se gira a la GASUSS para la evaluación legal, técnica, contable y/o médica; una vez efectuada da lugar a la producción del dictamen de la GAJ, para culminar con el dictado del Acto dispositivo por parte del responsable de la GASUSS, intimando a la EMP a acreditar el cumplimiento bajo apercibimiento de aplicar el régimen de sanciones previsto en la Ley 26.682.

Para agilidad del proceso, a través de la Resolución 1422/2014 - SSS se implementa la Notificación Electrónica obligatoria como medio fehaciente, y se delega en el Gerente¹² de la GASUSS la suscripción de las disposiciones que se dicten en el marco de los reclamos iniciados.

Con el dictado de la Resolución 155/2018 - SSS, se reformula el procedimiento sumarísimo, adoptando un medio de resolución alternativa a través de audiencias voluntarias entre las partes.

3.10. Consolidación de la presencia institucional en el Territorio Nacional de manera eficiente, eficaz y accesible al usuario

La SSSalud tiene 23 Sedes operativas en 22 provincias del país: Catamarca, Chaco, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Buenos Aires (Mar del Plata), Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Santa Fe (Santa Fe y Rosario), Tierra del Fuego (Rio Grande), Tucumán, Santiago del Estero – Coordinación que funciona por convenio en las instalaciones del Ministerio de Salud.

Esta descentralización posibilita a los usuarios del sistema de EMP del interior del país, presentar ante las sedes, las consultas y reclamos por problemas relacionados con la prestación de los servicios de las EMP, los que ingresan por los CAV-CAP-CAT (Centros de atención virtual, presencial o telefónica) y se tramitan de forma directa en la sede hasta la finalización de la denominada "*1era. Instancia*" del procedimiento regulado por la Resolución 75/1998 - SSS, descripto en 3.9.

¹¹ Conf. art. 17º de la Resolución 075/1998 SSS.

¹² Resolución 777/2014 SSS y sus ratificaciones.



Auditoría General de la Nación

Si no se obtiene una respuesta favorable de la EMP y ante el pedido de continuidad del usuario, se efectúa la apertura de la “2da. Instancia” que tramita desde la Sede Central con la asistencia de la Coordinación de Articulación de Delegaciones en la recepción y el procesamiento de las presentaciones, y en la coordinación con la Subgerencia de Atención al Usuario de Servicios de Salud del seguimiento y la resolución del mismo.

4. HALLAZGOS

4.1. Incremento en el valor de las cuotas que abonan los usuarios

4.1.1. No se cumplió el procedimiento de control establecido para autorizar el incremento del valor de las cuotas que abonarán los usuarios

En el periodo bajo examen la SSSalud dictó doce resoluciones autorizando el incremento del valor de la cuota: Resoluciones 613/2017, 1.050/2017, 1.975/2017, 2.479/2017, 798/2018, 1.239/2018, 1.780/2018, 262/2018, 933/2018, 592/2019, 872/2019 y 1.701/2019.

Del análisis de los expedientes¹³ no se ha podido constatar que el auditado haya realizado el procedimiento de control establecido en la Ley 26.682, art. 5º inc. g) el cual establece que la función de la SSSalud es “autorizar en los términos de la presente ley y revisar los valores de las cuotas y sus modificaciones que propusieren los sujetos”, procediendo en función de lo estipulado en el art. 17 a autorizar el aumento de las cuotas “cuando el mismo esté fundado en variaciones de la estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgos”.

No consta en los expedientes de autorización de cuotas del periodo bajo examen, el análisis sobre las variaciones de costos que deben presentar las EMP y la verificación fehaciente de incremento del costo de las prestaciones obligatorias, suplementarias y complementarias, las nuevas tecnologías y reglamentaciones legales que modifiquen o se introduzcan en el Programa Médico Obligatorio (PMO) en vigencia, el incremento de costos de recursos humanos y cualquier otra circunstancia que incida sobre los costos de la cuota de los planes ya autorizados, como así tampoco consta la elaboración de informes

¹³ Detalle en el ANEXO E.



Auditoría General de la Nación

técnicos completos y pertinentes previos a la aprobación del aumento conteniendo los cálculos actuariales necesarios.

4.1.2. La SSSalud carece de un registro de las solicitudes presentadas por la Entidades de Medicina Prepaga para el aumento de cuota.

Se requirió la documentación respaldatoria de las solicitudes de aumento de cuotas presentadas por las EMP para el periodo auditado, con la documentación que avale la pretensión, y de forma individual a partir del dictado del Decreto 66/2019. La misma, no fue suministrada porque el auditado no puede determinar que EMP solicitó autorización para aumentar el monto de la cuota, por la inexistencia de un registro de los pedidos presentados.

Al efecto, la GGE respondió por nota que *“Por no considerarlo un dato relevante, el organismo no ha llevado, en momento alguno desde la vigencia de la Ley N° 26.682, un registro de los pedidos de autorización de aumentos realizados por las EMP, de forma tal que puedan ser individualizados a los efectos de brindar la información requerida, por lo que esto deviene en la práctica de cumplimiento imposible. Por lo demás, cabe dejar asentado que esta Gerencia considera que carecería de utilidad generar a futuro un registro como el señalado” (...)* *“tales pedidos han sido presentados, en todos los casos, indistintamente mediante el inicio de expedientes o bien por notas simples recibidas a través de la Mesa de Entradas del organismo.”* y *“Corresponde señalar que, sin perjuicio de quién presentase el pedido, en todos los casos el aumento aprobado resultó de aplicación a todas las EMP alcanzadas por la Ley N° 26.682, y aplicaron a todos sus planes sin distinción, no habiéndose emitido autorización de aumento alguna a título individual¹⁴”.*

4.1.3. La SSSalud no implementó la estructura de costos que deben presentar las Entidades de Medicina Prepaga.

La SSSalud no dio cumplimiento a lo dispuesto por el art. 17° del Decreto reglamentario 1993/2011, con la implementación de la estructura de costos que deben presentar las EMP.

¹⁴ Nota NO-2020-43238397-APN-SSS#MS (07/07/20)



Auditoría General de la Nación

4.1.4. Las SSSalud autorizó los incrementos del valor de las cuotas a las Entidades de Medicina Prepaga sin que se pueda verificar su razonabilidad por la falta de información que permita su análisis previo.

Los expedientes tramitaron con algunas solicitudes presentadas por EMP de forma agrupada, con pretensiones disímiles, calculadas en función de una estructura de costos propia de la EMP requirente. Esta situación y la falta de información necesaria, pone de manifiesto que el auditado no tuvo los elementos suficientes para poder efectuar el análisis razonable que determina el art. 17º del Decreto reglamentario 1993/2011, a saber: Presentación de la estructura de costos implementada, valores de cuota de cada una de las EMP (discriminado por rango etario), prestaciones incluidas en cada uno de los planes, contratos con prestadores para la estimación de las tasas de uso de las prestaciones, padrón de usuarios y contrato suscripto con los usuarios.

4.1.5. Los aumentos autorizados fueron otorgados de manera general incumpliendo con el procedimiento establecido en la norma.

Los aumentos fueron autorizados en base a un informe de carácter general elaborado por la Gerencia de Gestión Estratégica. Estos informes obran agregados en cada uno de los expedientes y en términos generales indican: *“La elaboración e implementación de la matriz de costos utilizada para el cálculo de aumento de cuotas a autorizar, implica la recopilación de diversas fuentes de información de las cámaras que representan al sector (principalmente ADEMP y ADECRA), así como estructuras de costos remitidas por las distintas entidades que conforman el mismo”*, considerando únicamente los costos de las EMP solicitantes y en forma general, la evolución de los costos de los recursos humanos, insumos médicos y otros productos medicinales, sin considerar las diferentes pretensiones efectuadas¹⁵.

Esta metodología basada en análisis de costos, donde el componente de mayor impacto es el de Recursos Humanos -representa el 45%- y se rige por las paritarias de Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA), siendo los otros componentes medicamentos, insumos y gastos generales que se ajustan por el

¹⁵ Cuadro 1. Detalle de las resoluciones de autorización - Anexo E.



Auditoría General de la Nación

Índice de Precios al Consumidor (IPC) y el IPC Salud de la Ciudad, no considera el requerimiento y análisis individual de cada entidad, situación que no permite determinar de manera razonable el porcentaje de incremento aplicable, ni considera la existencia de reclamos de los usuarios por incumplimiento de las EMP, sumarios sustanciados, aplicación de sanciones y/o multas, como así tampoco que hayan presentado los EE.CC., Balances, Padrones de Beneficiarios, cartillas, planes e incluso la ecuación económico-financiera que debería dar sustento al aumento pretendido.

Al efecto, las resoluciones dictadas en el periodo auditado, autorizaron el incremento del valor de las cuotas hasta “un determinado porcentaje”, a todas las EMP inscriptas en el RNEMP, sin considerar las pretensiones efectuadas por cada entidad, ni la modificación introducida por el Decreto reglamentario 66/2019, que determina de forma explícita que el requerimiento referido debe efectuarse de forma individual.

4.1.6. La SSSalud no reglamentó el procedimiento para autorizar el aumento del valor de la cuota, ni elaboró el Manual de Procedimientos.

4.2. Control y verificación.

4.2.1. La SSSalud no elaboró un Manual de Procedimientos para controlar y verificar a las Entidades de Medicina Prepaga, ni cuenta con un sistema de gestión adecuado.

No se elaboró el Manual de Procedimiento para el circuito examinado. El área a cargo no determinó de manera formal los parámetros mínimos exigibles a las EMP que le permita evaluar la solvencia financiera de las mismas ni cuenta con un sistema de gestión adecuado al desempeño de la tarea asignada.

4.2.2. La SSSalud incumple con el art. 21° de la Ley 26.682 al no fijar el Capital Mínimo que deben constituir y mantener las Entidades de Medicina Prepaga, imposibilitando de esta forma realizar los controles pertinentes.

La SSSalud no dictó las resoluciones pertinentes a fin de establecer las características del Capital Mínimo, las garantías y avales que deberán cumplimentar las EMP. Esta situación evidencia la inexistencia de definición formal de los criterios utilizados para determinar los controles a efectuar, como así también de una matriz de



Auditoría General de la Nación

riesgos que considere las fortalezas y debilidades del proceso a verificar en las EMP. A su vez, no se elaboró formalmente un Plan de Auditoría integral (comprendiendo el control de los aspectos económico-financieros, prestacionales y legales) para el periodo auditado, con la excepción del segundo semestre de 2019¹⁶ donde solo enuncia las EMP a auditar sin fundamentar la selección.

4.2.3. El organismo auditado no designó síndicos, auditores y veedores en las Entidades de Medicina Prepaga como lo establece la normativa al efecto.

El Decreto reglamentario 1993/2011 en su art. 5º, inc. a) establece que la SSSalud *“designará síndicos, auditores y veedores, que tendrán por cometido la fiscalización y control de los actos de los órganos y funcionarios de los sujetos indicados en la Ley 26.682 vinculados con el cumplimiento de las normas y disposiciones de la citada ley y su reglamentación. Estas sindicaturas, auditorías y/o veedurías serán asignadas a cada entidad en la oportunidad, condiciones y objetivos de supervisión y control que para cada caso disponga la SSSalud.”*

4.2.4. Se verificó una escasa actividad de control del auditado sobre las Entidades de Medicina Prepaga evidenciando un estado crítico del sistema de contralor que permita constatar las condiciones técnicas, la capacidad de gestión y la solvencia financiera de las mismas.

En el cuadro siguiente se exponen las presentaciones y controles realizados en el periodo:

Presentación y Control de EE.CC.								
	2017		2018		2019		Total del Periodo	
EMP activas	726		726		726			
EE.CC. presentados	281	38,71%	205	28,24%	72	9,92%	558	25,62%
Informes de Monitoreo	77	10,61%	62	8,54%	12	1,65%	151	6,93%
Verificaciones y Auditorías	7	0,96%	6	0,83%	4	0,55%	17	0,78%

¹⁶ Tramitado por EX-2019-68488694- -APN-SCPASS#SSS.



Auditoría General de la Nación

* Fuente: NO-2020-43238397-APN-SSS#MS, 7 de julio de 2020.

En el periodo bajo análisis, existen 726 EMP activas en el RNEMP con obligación de presentar sus EE.CC. y para el periodo auditado debieron presentarse 2178 EE.CC.

En el listado remitido por la GCEF¹⁷ consta la presentación de 558 EE.CC., cifra que representa un cumplimiento del 25,62%.

Con relación a la actividad de control efectuada, se realizan dos tipos de tareas, por un lado, los denominados “*Informes de Monitoreo*” sobre los EE.CC. y, por el otro, las “*auditorías integrales y verificaciones*”.

Se constató que los Informes de Monitoreo se efectuaron exclusivamente sobre el 27% de los EE.CC. presentados (151 Informes), evidenciándose una debilidad en la función de control de las EMP, situación que se agrava considerando que solo se realizó el monitoreo del 6,93% de las EMP activas en el RNEMP.

Con relación a las Auditorías y Verificaciones, se realizaron 17, a saber: 7 en 2017, 6 en 2018 y 4 en 2019. Para la determinación de estas, se informó que el criterio de selección es el resultado de los monitoreos mencionados en el párrafo precedente, teniendo en cuenta el Patrimonio y el Resultado Neto (en el caso del Resultado Neto se consideran los últimos 3 ejercicios negativos).

La situación descripta evidencia el estado crítico del sistema de control, por la escasa intervención por parte del auditado, en función del universo de EMP que se encuentra sujetas al mismo, concluyendo que no se determina de manera razonable las condiciones técnicas, de capacidad de gestión y de solvencia financiera, con el fin de asegurar la normalización, preservación y continuidad de las prestaciones de salud hacia la población.

En particular, a los efectos de verificar las tareas de control efectuadas por la SSSalud, se procedió al análisis de una muestra de EE.CC.¹⁸, resultado los siguientes hallazgos:

i) Los ASS que comercializan Planes de adhesión voluntaria, superadores o complementarios, no llevan un sistema diferenciado de información patrimonial y

¹⁷ NO-2020-43238397-APN-SSS

¹⁸ Detalle de la Muestra en ANEXO A.



Auditoría General de la Nación

contable de registros con fines de fiscalización y control de las contribuciones, aportes y recursos de otra naturaleza previstos por las Leyes 23.660 y 23.661¹⁹.

ii) Las EMP cumplen parcialmente con los requisitos formales de presentación de EE.CC. Se observa la falta de presentación de Memorias (39,29%), informes del Auditor (10,74%), informes de la Comisión Revisora de Cuentas (39,29%), Actas de Asamblea (60,71%), Actas de Órganos de Administración (53,57%) e informes de cantidad de beneficiarios (46,43%), como también el incumplimiento de los plazos previstos en la normativa²⁰.

iii) El control efectuado no resulta oportuno. Muestra 3: El informe de monitoreo del EE.CC. sobre el Ejercicio 2017, concluye el 23/07/2019 que la EMP *“no sería solvente y podría presentar dificultades para operar como una entidad en marcha”*. Sin embargo, recién el 28/04/2022, la Subgerencia de Control Económico Financiero de Medicina Prepaga eleva *“Informe de Situación”* la SGEC, señalando que la entidad *“podría haber cesado sus actividades”*, todo ello sin haberlo informado oportunamente a los efectos de evaluar la procedencia de dar curso a las verificaciones previstas en la norma. Muestra 15: El Informe de Monitoreo del EE.CC.: sobre el ejercicio 2017 del 25/4/2019, concluye que la situación de la EMP *“sería vulnerable”* por lo que se recomienda un proceso de verificación, el cual inicia el 2/10/2019. Sin embargo, en los EE.CC. del Ejercicio 2018 la EMP presenta una situación patrimonial sin observaciones. Muestra 16: Los informes de monitoreo sobre el EE.CC. de los ejercicios 2017 y 2018 se realizan prácticamente de manera simultánea, en agosto y septiembre de 2019, respectivamente.

4.2.5. Los Agentes del Seguro de Salud que comercializan planes de adhesión voluntaria o planes superadores o por mayores servicios no dan cumplimiento a la presentación de la información patrimonial y contable en forma separada.

De las verificaciones efectuadas surge que existen Agentes de Seguros de Salud que comercializan planes de adhesión voluntaria o planes superadores o complementarios por mayores servicios que no cumplen con lo establecido en el art. 22º de la Ley 26.682.

¹⁹ Muestras 10, 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 27 y 28.

²⁰ Detalle en ANEXO G.



Auditoría General de la Nación

4.2.6. No se aplicaron sanciones a las Entidades de Medicina Prepaga que no cumplen con la obligación de presentación de EE.CC.

Se verificó que para el año 2017 y 2019 no se iniciaron expedientes a la EMP que no presentaron la documentación Económico Financiera. Del análisis de la información evaluada²¹, surge que para el ejercicio 2018 la Subgerencia de Control Económico de Medicina Prepaga inició 102 expedientes por *“incumplimiento de las entidades a la obligación de presentación de la documentación contable anual e información complementaria que permitan monitorear la evolución de la situación económica y financiera”* intimándolas a regularizar la situación bajo apercibimiento de dar inicio a la aplicación de las sanciones establecidas en la art. 24º de la Ley 26.682.

El auditado notificó a las EMP en el mes de marzo de 2018, luego los expedientes no tuvieron trámite hasta el mes de noviembre de 2020. Posteriormente, se vuelve a efectuar una notificación a las EMP vía TAD, una vez vencido el plazo, en abril de 2021 se remiten a la GAJ a los fines de dar inicio, de corresponder, a la aplicación del régimen de sanciones.

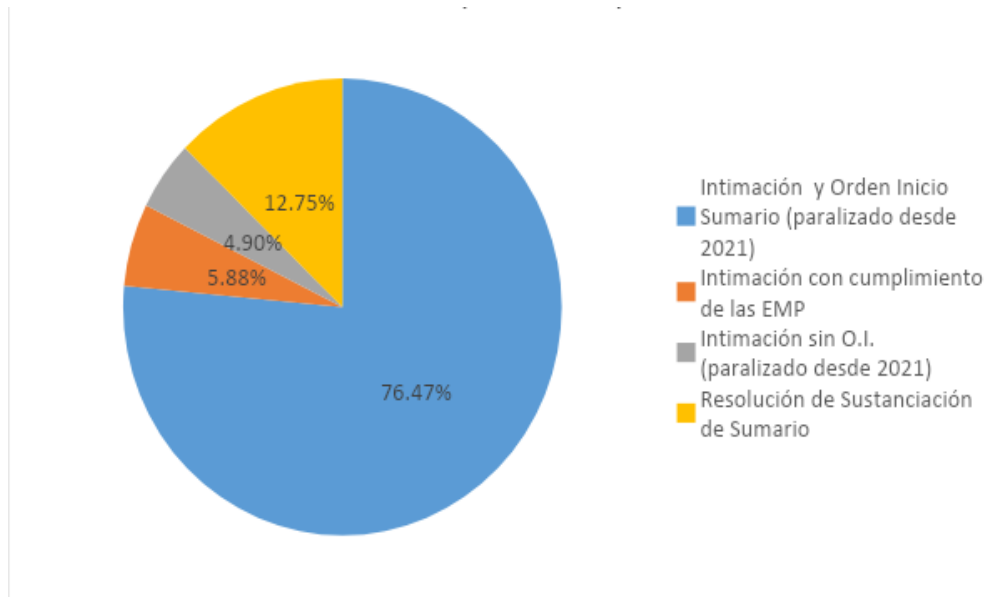
Producido el Dictamen Jurídico del cual se desprende que *“ante la reiterada falta de respuesta de la entidad (...), pese a encontrarse debidamente notificada, cabría poner en funcionamiento el mecanismo establecido por el art. 24º de la Ley N° 26.682”* (sanciones). Al cierre de las tareas de campo, la situación de los trámites era la siguiente:

Intimaciones por Incumplimiento

²¹ Correo electrónico del 13/06/22.



Auditoría General de la Nación



4.3. Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga.

4.3.1. No se cumplió con el procedimiento de inscripción ordenado por la Ley 26.682 por falta de impulso de los trámites respectivos por parte de la SSSalud.

El RNEMP fue creado, pero no se dio cumplimiento de manera eficaz a las obligaciones atribuidas normativamente²². El procedimiento de inscripción regulado por la Resolución 55/2012 - SSS, tuvo sucesivas prórrogas, hasta la modificación producida por la Resolución 132/2018 - SSS²³ tendiente a lograr la regularización registral de las EMP activas, estableciendo un plazo límite, a partir del cual no podrán realizar actividades si no poseen la autorización definitiva. A su vez, mantiene como excepción la situación las entidades que tienen autorización provisoria, hasta que se acepte o rechace su solicitud de inscripción.

Del análisis realizado surge que, no se inscribieron nuevas entidades una vez vencido el plazo mencionado, pero al cierre de las tareas de campo, continúa sin regularizarse la situación de aquellas inscriptas provisoriamente, porque el auditado no impulsó las acciones necesarias para los trámites de inscripción.

²² Ley 26.682, art. 5º, incs. b), c), d) y normas reglamentarias.

²³ Publicada en el BO el 25/10/2018.



Auditoría General de la Nación

4.3.2. El 98.62% de las Entidades de Medicina Prepaga activas funcionaron con “Inscripción Provisoria”.

El auditado informó un listado con 726²⁴ EMP activas en el RNEMP, con fecha de solicitud de inscripción desde 2012 a 2018, siendo la última presentada el 09/08/2018, es decir previa a la entrada en vigencia de la Resolución 132/2018 - SSS. De ellas el 98.62% (716 EMP) poseen “Inscripción Provisoria”, con el número RNEMP otorgado automáticamente al momento de iniciar el trámite, y una autorización provisoria sujeta al análisis y aprobación por parte de la SSSalud. La fecha de alta registral corresponde al momento en que la EMP efectuó la carga del Formulario de inscripción²⁵.

Respecto del resto de las solicitudes que permanecen en trámite, se observa que, luego de haberse realizado el estudio de las presentaciones no se dio impulso al expediente, sin poder determinarse el motivo por el cual no se otorgó o rechazó la solicitud de Inscripción y autorización definitiva para funcionar.

El auditado informa²⁶ que si bien dio de baja a algunas EMP “a la fecha no se ha conseguido regularizar en su totalidad la situación registral de las EMP, siendo ello un objetivo propuesto por esta gestión”.

4.3.3. Durante el periodo auditado no se dictó ninguna “Inscripción Definitiva y autorización para funcionar”. De las 726 Entidades de Medicina Prepagas activas en el RNEMP, 10 entidades poseen la “Inscripción Definitiva y autorización para funcionar” lo que representa el 1.37% del Registro.

Las Entidades de Medicina Prepaga activas, que poseen la “Inscripción Definitiva” con dictado de la “Resolución de Inscripción Definitiva y Autorización para Funcionar”, cuyos trámites tuvieron una duración mayor a 3 años, son las siguientes:

EMP	Resolución SSS	Fecha		Tiempo de Trámite (en días)	Tiempo de Trámite (en años)
		Solicitud de Inscripción	Dictado de la Resolución		

²⁴ Nota NO-2020-43238397-APN-SSS#MS.

²⁵ Aprobado por el Anexo III de la Resolución 55/2012 SSS.

²⁶ NO-2020-43238397-APN-SSS#MS.



Auditoría General de la Nación

Hospital Alemán Asociación Civil	678/2015	29/2/2012	22/7/2015	1.239	3,39
Asociación Mutual Sancor	679/2015	2/3/2012	22/7/2015	1.237	3,39
Medicus S.A. de Asistencia Médica y Científica	690/2015	2/3/2012	27/7/2015	1.242	3,40
Sociedad Italiana De Beneficencia En Buenos Aires	805/2015	5/3/2012	18/10/2015	1.322	3,62
Hospital Británico de Buenos Aires- Asociación Civil	816/2015	5/3/2012	19/10/2015	1.323	3,62
Apres S.A.	844/2015	2/2/2012	24/8/2015	1.299	3,56
Vita`S S.A.	1.000/2015	5/3/2012	14/10/2015	1.318	3,61
Medifé Asociación Civil	1199/2015	5/3/2012	3/12/2015	1.368	3,75
Medicina Prepaga Hominis S.A.	1200/2015	2/3/2012	3/12/2015	1.371	3,76
Omint S.A. de Servicios	134/2016	5/3/2012	29/3/2016	1.485	4,07

4.3.4. De las Entidades de Medicina Prepaga señaladas en 4.3.3., nueve no presentaron oportunamente la totalidad de la documentación obligatoria necesaria para obtener la “Inscripción Definitiva y Autorización para funcionar”.

Del análisis efectuado, se constató que, si bien 10 EMP habían concluido el trámite de inscripción en el RNEMP obteniendo la “Inscripción Definitiva y Autorización para funcionar”, hay obligaciones pendientes de cumplimiento - presentación de documentación obligatoria para la finalización del trámite en cuestión - que se mantienen en el periodo bajo examen. Al efecto, se procedió a relevar el estado de situación detectando que:

En efecto, solo la Resolución 1199/2015 - SSS- MEDIFÉ ASOCIACIÓN CIVIL, se dictó efectuando el análisis técnico completo, puesto que en los restantes casos no se cursó la intimación para que la entidad presentara la documentación faltante y subsanara el incumplimiento, bajo apercibimiento de disponer el rechazo de la inscripción, sino que se dictó la resolución intimando en ella a la EMP al cumplimiento.

Dieron cumplimiento a la intimación mencionada 4 entidades de forma completa, 1 de forma parcial, 1 solicitó eximición por no haberse aprobado el Reglamento Modelo



Auditoría General de la Nación

(Contrato con los Usuarios) conforme lo determina la normativa y 3 no dieron cumplimiento²⁷.

4.3.5. El auditado no ha dado cumplimiento al dictado de la normativa tendiente a regular los modelos de Contrato a suscribir con los usuarios.

La empresa OMINT S.A. DE SERVICIOS en respuesta a la intimación a presentar el modelo de contrato a suscribir con sus usuarios, por nota 28/04/2016, solicita que se la exima de presentarlo, hasta tanto se dé cumplimiento a lo establecido en el art. 8º del Decreto reglamentario 1993/2011 y se dicte la normativa a la que deben adecuarse los mismos.

El auditado no dio respuesta a la presentación, siendo ese el último movimiento del expediente.

4.3.6. No se elaboraron los Manuales de Procedimiento ni están formalmente definidos los parámetros de control y fiscalización de la documentación, ni el circuito de procedimiento de las áreas involucradas.

No existen Manuales de Procedimiento, ni parámetros definidos y aprobados formalmente para determinar el tipo de control y fiscalización sobre la documentación e información remitida por las EMP para obtener la Inscripción en el RNEMP. No se elaboraron los circuitos determinando las acciones que deben efectuar las áreas intervinientes en el procedimiento, regulando los plazos y la información que deben producir.

4.3.7. El auditado no posee un sistema o aplicativo eficiente para el funcionamiento de RNEMP, manteniendo los expedientes desactualizados y sin digitalizar, por lo cual no resulta posible determinar el grado de cumplimiento de las Entidades de Medicina Prepaga en tiempo oportuno y de manera segura

Se analizó la información remitida por nota NO-2020-43238397-APN-SSS#MS (en documentos Excel o escaneos) porque el RNEMP no posee un aplicativo específico o

²⁷ Detalle en el ANEXO D.



Auditoría General de la Nación

sistema de registro que permita administrar de manera eficiente y segura la información y gestión.

Los expedientes de las solicitudes se encuentran en papel, conteniendo la documentación recibida oportunamente, la que se encuentra desactualizada. Por la carencia de las herramientas necesarias no es posible, para el área gestionante, determinar la situación de cada trámite y el grado de observancia de las entidades a las obligaciones impuestas, debiendo efectuar un relevamiento individual de cada expediente al efecto, dificultando de esta forma efectuar la trazabilidad de los trámites de inscripción.

4.3.8. No se estableció formalmente el procedimiento y la periodicidad para la actualización de la información por parte de los sujetos regulados, no existiendo un mecanismo que permita detectar de manera oportuna los incumplimientos de las Entidades de Medicina Prepaga.

Del relevamiento normativo y del análisis de la información evaluada se constató que no se estableció el procedimiento ni la periodicidad para que las EMP actualicen la información, con excepción de la remisión del “*Padrón de Usuarios*”, de presentación obligatoria para las EMP inscriptas en el RNEMP, según lo establecido en la Resolución 353/2016 - SSS.

No existe un mecanismo que permita verificar si las EMP presentan la actualización exigida (EE.CC., Padrón de Usuarios, cartilla de prestadores, etc.); detectando oportunamente los incumplimientos para instar de manera eficiente la aplicación del régimen de sanciones establecido.

No constan expedientes iniciados por el RNEMP para determinar la aplicación de sanciones por incumplimiento.

4.3.9. La mayoría de los usuarios del sistema se concentran en Entidades de Medicina Prepaga, con Inscripción Provisoria.

Del Padrón remitido, con un total de 5.906.196 usuarios, en función de las presentaciones efectuadas por las 96²⁸ Entidades de Medicina Prepaga que dieron cumplimiento a los establecido en la Resolución 353/2016 - SSS y su rectificatoria

²⁸ Conforme información vigente a abril 2020 remitida por NO-2020-43238397-APN-SSS#MS.



Auditoría General de la Nación

355/2016 - SSS que dispuso que las entidades que hayan iniciado el trámite de inscripción deberán presentar el Padrón de Usuarios actualizado cuatrimestralmente, se observa sobre el mismo que el 85,88% de los usuarios se concentran en 10 Entidades de Medicina Prepaga, con la siguiente distribución:

Estado de la Inscripción	EMP	Cant. de Usuarios
Provisoria	Obra Social de Ejecutivos y del Personal de Dirección de Empresas	2.153.216
Provisoria	Swiss Medical S.A.	900.661
Provisoria	Galeno Argentina S.A.	587.286
Definitiva	Asociación Mutual Sancor	360.488
Definitiva	Omint S.A. de Servicios	252.566
Definitiva	Medifé Asociación Civil	239.729
Definitiva	Medicus S.A. de Asistencia Médica y Científica	174.104
Definitiva	Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires	168.091
Provisoria	Aca Salud Cooperativa de Prestación de Servicios Medico Asistenciales Ltda.	145.518
Provisoria	Prevención Salud S.A.	90.915
Subtotal		5.072.574
Restantes 86 EMP		833.622
Total		5.906.196

Del análisis del cuadro precedente surge que tres EMP con “*Inscripción Provisoria*” reúnen el 61% de los usuarios informados (3.641.163). Analizados los expedientes de solicitud de inscripción se constata que el estado de cada trámite es el siguiente:

Expediente del trámite de Inscripción 206.574/2012 - Obra Social de Ejecutivos y del Personal de Dirección de Empresas (OSDE): el expediente se



Auditoría General de la Nación

encuentra sin trámite desde que a Fs. 1095 el organismo solicita por Nota 53.775/14 SCEFMP el 03/10/2014 la presentación de documentación en cumplimiento de la Ley 26.682, art. 5°, incisos b), d) y l), a los fines de tomar conocimiento de la población afiliada, su perfil epidemiológico y los servicios disponibles, otorgándole un plazo de cumplimiento de 10 días hábiles. El requerimiento no fue respondido por la Entidad.

Expediente del trámite de Inscripción N° 206.101/2012 Swiss Medical S.A.: el expediente se encuentra sin trámite desde que, a Fs., el 26/11/2018 se presenta la Entidad solicitando pronto despacho e instando la resolución definitiva del trámite de Inscripción.

Expediente del trámite de Inscripción N° 205.728/2012 - Galeno Argentina S.A.: el 19/11/2014 la Gerencia de Control Prestacional, produce el Informe Técnico N° 1299/2014 y remite el expediente a la GAJ para la continuación del trámite, siendo este el último movimiento del expediente.

4.3.10. Bajo nivel de cumplimiento de las Entidades de Medicina Prepaga a la remisión cuatrimestral del Padrón de Usuarios.

De la información suministrada por la Gerencia de Sistemas de Información ²⁹ se verifica un bajo nivel de cumplimiento menor al 10% a la obligación de remisión cuatrimestral del Padrón de Usuarios por parte de las EMP, con Inscripción Definitiva o Provisoria, sin haberse informado acciones para regularizar la situación, como así tampoco la aplicación de sanciones y/o multas. (Cuadro con Detalle en ANEXO F).

4.3.11. La información brindada a los usuarios en la página web institucional no es completa.

Con relación al deber de publicidad, se constató que al cierre de las tareas de campo no se encuentra publicado en el sitio web Institucional el listado de las entidades Inscriptas como lo establece la normativa³⁰. La consulta a través del sitio³¹ debe realizarse de manera individual, y se informa el número de RNEMP (inscripción), los datos de

²⁹ Información remitida por NO-2020-43238397-APN-SSS#MS.

³⁰ Resolución 55/2012 SSS “Anexo I, punto 5.1, se dispuso que “Con posterioridad al cierre de inscripción indicado en el artículo 5° de la resolución, el R.N.E.M.P. informará a través de página web de la SSSalud (www.SSSalud.gov.ar) el listado de aquellas entidades que mediante el inicio del trámite de inscripción se encuentren autorizadas provisoriamente para funcionar.”

³¹ Consulta: https://www.sssalud.gob.ar/index.php?cat=consultas&page=bus_emp_padron



Auditoría General de la Nación

contacto de la EMP, sin aclarar si la entidad posee inscripción provisoria o definitiva y autorización para funcionar.

Por último, con posterioridad al periodo auditado se dictó la Resolución 1950/2021 - SSS disponiendo la tipificación de las EMP con los requisitos específicos que se deberán acreditar para integrar cada clasificación las entidades inscriptas en el RNEMP, sea en forma definitiva o provisoria. Dentro de los NOVENTA (90) días corridos de la entrada en vigencia, las EMP deben solicitar su inclusión dentro del tipo que les resulte aplicable, cargando la información actualizada que permita acreditar los requisitos previstos.

4.4. Protección de los derechos de los usuarios de las Entidades de Medicina Prepaga en el Territorio Nacional

4.4.1. El sistema de resolución de reclamos implementado por el auditado no otorga una protección eficiente a los derechos de los usuarios, toda vez que un alto porcentaje de los trámites permanecen sin resolución.

El reporte del sistema de gestión “Resolución 95/98” emitido por la Gerencia de Sistemas de Información tiene 8.902³² reclamos iniciados en el periodo bajo análisis, con un porcentaje total de finalización del 36.45%, detectándose que 43.59% permanecen en trámite en la 2da. Instancia:

Estado* /Año	Iniciado	1ª Inst. en curso	2ª Inst. en curso	Finalizados	Total
2017	259	269	1.462	1.254	3.244
2018	328	291	1.693	1.468	3.780
2019**	414	215	726	523	1.878
Total	1.001	775	3.881	3.245	8.902

*Los Estados descriptos responden a la clasificación efectuada por el auditado.

**Según información remitida por el auditado al 30/06/2019.

³² Según reporte remitido en octubre de 2019, con fecha de corte 30/06/2019.



Auditoría General de la Nación

4.4.2. El sistema informático de gestión “R 75/98” utilizado como fuente de información por el auditado se encuentra desactualizado.

La SSSalud en función de lo establecido en la Resolución 75/1998 - SSS desarrolló un sistema informático denominado “R 75/98” para la gestión de los reclamos iniciados por los usuarios. Este sistema es utilizado como una herramienta para la elaboración de estadísticas e informes vinculados al cumplimiento de las obligaciones prestacionales de los ASS. Del análisis efectuado se observa que la información obrante en el sistema de gestión mencionado se encuentra desactualizada; a saber:

Del relevamiento de los reclamos se observaron discrepancias entre los estados de tramitación, detectándose que reclamos cargados en trámite, se encuentran finalizados en el expediente GDE.

4.4.3. El sistema “R 75/98” no permite la vinculación del reclamo con el expediente GDE, una vez que se da apertura a la “2 Instancia” impidiendo efectuar la trazabilidad de las actuaciones.

El sistema de gestión utilizado por la SSSalud “R 75/98” funcionó de manera simultánea con los sistemas de seguimiento de expedientes SEGEX y COMDOC. En 2016 se implementó el “Expediente Electrónico” obligatorio a través del GDE, no obstante, el auditado no adecuó su sistema de gestión de forma tal que permita la vinculación del reclamo con el Expediente Electrónico respectivo.

El procedimiento sumarísimo insaturado en la “1era. Instancia” se gestiona en el aplicativo “R 75/98”. Cuando el usuario solicita la apertura de la “2 Instancia” se procede a generar el expediente GDE, del que no queda registro en el sistema mencionado, con la salvedad del cambio de “Estado” a “2da. Instancia”. Esta situación genera problemas en la gestión, no permitiendo la vinculación del reclamo con el expediente respectivo, impidiendo efectuar la trazabilidad de las actuaciones, conocer las áreas que tomaron intervención y los plazos de permanencia en cada una de ellas.

Tampoco posee un sistema de alerta de vencimiento de los plazos conforme la tipificación del reclamo que posibilite al gestionante el seguimiento del trámite de manera eficiente.



Auditoría General de la Nación

4.4.4. El Manual de Procedimientos y Normas para el Proceso “Promoción y Atención de Reclamos” se encuentra desactualizado.

El Manual de Procedimientos y Normas para el Proceso: “*Promoción y Atención de Reclamos*” elaborado en el año 2009, no incluye a las EMP y no se actualizó con el dictado de la Resolución 155/2018 - SSS. No describe en su totalidad los circuitos y procesos implementados.

4.4.5. No ha sido reglamentado el proceso por el que tramitan los reclamos a partir de la “2 da. Instancia”, estando sin definir el circuito a seguir y los plazos máximos de permanencia en las áreas intervinientes.

4.4.6. Se verificaron demoras en las áreas intervinientes para la resolución de los reclamos, como asimismo se observó la remisión al archivo o guarda temporal sin comprobar el cumplimiento por parte de las Entidades de Medicina Prepaga.

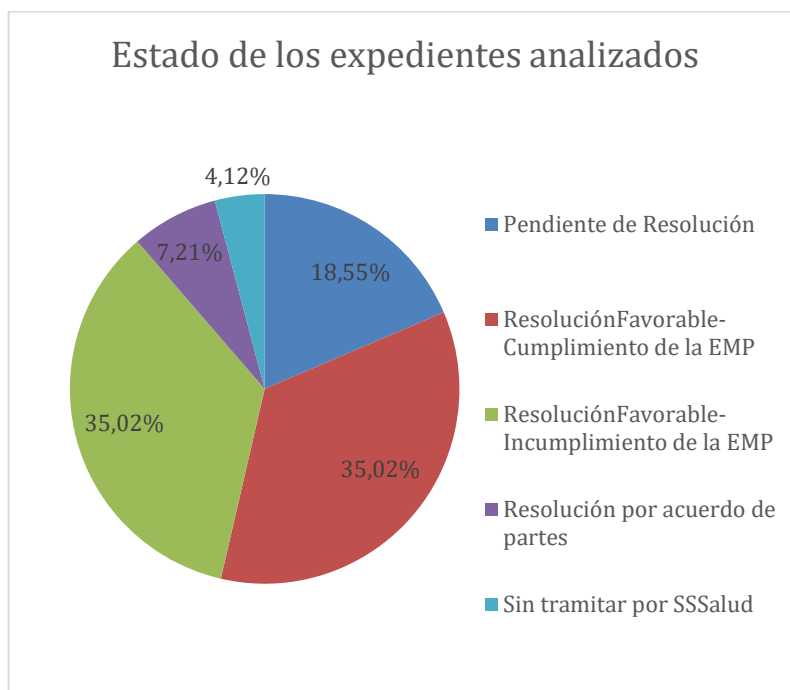
Con relación al análisis de la muestra de expedientes de reclamos, se verifica la permanencia de los trámites en las áreas incumpliendo los plazos administrativos, ocasionando dilaciones en la tramitación, guarda temporal de expedientes sin constatar el cumplimiento por parte de la EMP; escasa sustanciación de sumarios para determinar la aplicación de sanciones por incumplimiento a las EMP. (Detalle en el ANEXO H).

En el gráfico siguiente, se expone la situación en la que se encuentran, al cierre de las tareas de campo, los expedientes de trámite GDE seleccionados para la muestra, en función del reporte remitido por la Gerencia de Sistemas de Información³³.

³³ Estado de los reclamos al mes de febrero de 2020 (según el reporte Gerencia de Sistemas de Información remitido por correo electrónico el 26/12/20)



Auditoría General de la Nación



El 35% de los reclamos fueron resueltos por la SSSalud a favor del usuario con cumplimiento de la EMP. El 7% de los reclamos recibidos se resolvieron por acuerdo de las partes, el restante 58% de los reclamos presentados permanecen sin resolución por encontrarse los expedientes - al cierre de las tareas de campo- en la siguiente situación: “sin tramitar: 4%; con incumplimiento de la EMP debidamente intimada y notificada: 35% y archivados sin haber sido resueltos: 19%”.

4.4.7. Existe una baja sustanciación de sumarios para determinar la aplicación de sanciones ante los incumplimientos de las Entidades de Medicina Prepaga.

Con relación a las EMP que no cumplieron con la disposición que resuelve a favor del reclamante, de los 34 reclamos de la muestra que se encuentran en esta situación, solo se sustanció sumario 8 expedientes (24%)³⁴ que se encuentran, al momento de terminación de las tareas de campo, en trámite sin resolución, evidenciándose una excedencia en los

³⁴ Muestras: 6, 21, 34, 37, 41, 60, 61, 88.



Auditoría General de la Nación

plazos de sustanciación. Por otro lado, en 7 expedientes (el 21%)³⁵, se solicitó la apertura del sumario, sin haberse dictado la resolución respectiva.

Del análisis efectuado se considera oportuno mencionar las siguientes situaciones verificadas:

Muestra 1 - Inicio del reclamo 26/12/2017 - Negativa cobertura prestacional: trámite iniciado en la provincia de Catamarca; el usuario solicitó la elevación a segunda instancia en marzo de 2018, la SSS se expide solicitando informe médico a la delegación de origen, se gira para dar cumplimiento a lo ordenado, siendo este el último movimiento registrado. A pesar del tiempo transcurrido, el expediente se encuentra “*En trámite*”, sin dar solución al reclamo o pasado a Archivo ante la falta de impulso o por el transcurso del tiempo.

Muestra 8 - Inicio del reclamo 6/11/2017 - Aumento indebido de cuota: excesiva demora en las áreas, intervención (pases) a áreas que no tiene competencia debido a la temática del reclamo. En abril de 2019 se gira para efectuar el informe técnico, el cual no surge en el expediente. La GAJ decide que con la documentación presentada no se puede realizar el análisis competente y remite el expediente para su archivo sin verificar si el usuario continuaba con su reclamo. La SSSalud no dictó Disposición.

Muestra 9 - Inicio del reclamo 11/12/2017 - Cobro de deuda indebida: el reclamo se archiva porque la usuaria no contestó al requerimiento. No obstante, se debe mencionar que el expediente estuvo más de un año en la GAJ sin movimiento. La SSSalud no dictó Disposición.

Muestra 54 - Inicio del reclamo 31/05/2018 - Paciente transplantado. Negativa cobertura de análisis: la SSSalud no dictó Disposición. Luego de una permanencia inactiva del expediente en la GAJ entre el **29/08/2018 al 14/04/2020**, la SSSalud corre traslado al usuario para que informe el estado de situación del reclamo y ante su silencio, lo archiva. No se verificó que el reclamo haya sido resuelto.

Muestra 66 - Inicio del reclamo 12/09/2018 - Baja por falseamiento en la DDJJ de embarazo: la SSSalud no emitió la Disposición. No se registran movimientos en el GDE entre octubre 2018 y febrero 2019, a pesar de tratarse de un trámite especial por corresponder el reclamo a un embarazo en curso. Se giró para elaboración del informe

³⁵ Muestras 25, 31, 32, 57, 77, 97, 92.



Auditoría General de la Nación

técnico, el cual no se emitió. Ante el tiempo transcurrido y por tratarse de un embarazo, se gira a la usuaria y ante su silencio, se archiva. No se verificó que el reclamo haya sido resuelto.

Muestra 86 - Inicio del reclamo 06/03/2019 - Negativa cobertura leche medicamentosa: permanencia inactiva del expediente en la GAJ desde el 04/07/2019 al 05/05/2021. Se corre traslado al usuario a los fines de que informe si existen temas pendientes de resolución y ante su silencio, se archiva. La SSSalud no emitió Disposición. No se verificó que el reclamo haya sido resuelto.

4.5. Consolidación de la presencia institucional en el Territorio Nacional de manera eficiente, eficaz y accesible al usuario

4.5.1. La SSSalud no ha elaborado un Manual de Procedimiento que establezca mecanismos uniformes de gestión para las Sedes.

No se elaboró el Manual de Procedimientos, ni se implementaron mecanismos uniformes en la gestión de las Sedes, que permitan efectuar el control de las tareas desarrolladas en la etapa preliminar, previo a la carga del Reclamo que procede en la etapa de “*1era. Instancia*” del Sistema de Gestión “*R 75/98*”.

4.5.2. Las Sedes no informan a la Gerencia de Delegaciones y de Articulación de los Integrantes del Sistema de Salud las actividades desarrolladas para la resolución de los reclamos recibidos.

La gestión de la Sede comienza con el asesoramiento y orientación al usuario que presenta una problemática prestacional enmarcada en lo establecido por la Resolución 75/1998 - SSS, realizándose una de intermediación previa con la EMP.

El auditado informa que “*esta gestión es importante, resuelve en gran medida los reclamos y da cuenta del flujo de trabajo diario en sede provincial*”.

Cuando no prospera la intermediación se inicia el reclamo formal en “*1era. Instancia*” según lo establece la Resolución 75/1998 - SSS. Si el reclamo no se resuelve, y con la solicitud de continuidad por parte del usuario, prosigue el trámite en la Sede Central - Gerencia de Delegaciones y Articulación - donde comienza la “*2da. Instancia*” con la confección del informe de elevación al área técnica pertinente.



Auditoría General de la Nación

La Gerencia de Delegaciones y de Articulación de los Integrantes del Sistema de Salud no tiene información suficiente sobre las actividades efectuadas en la etapa previa de intermediación donde manifiesta que se resuelven reclamos.

4.5.3. No es posible evaluar la eficacia y eficiencia de las tareas desarrolladas por las sedes con relación a la atención de los usuarios de Entidades de Medicina Prepaga.

La SSSalud no desarrolló indicadores, que permitan evaluar si la gestión realizada por las sedes provinciales durante la etapa inicial y la “*1era. Instancia*” de tramitación de los reclamos de usuarios de las EMP es eficiente y eficaz.

Por lo expuesto en 4.5.1. y 4.5.2. con relación a la defensa de los derechos de los usuarios por incumplimiento de las EMP, se observa que la inexistencia de indicadores, la carencia de mecanismos uniformes de gestión y la insuficiencia de información, imposibilitan al auditado contar con elementos suficientes para reunir información integral y confiable que le permita llevar adelante una toma de decisiones racional e informada.

5. DESCARGO DEL AUDITADO

Mediante Nota AGN N° 106/23 AG02 se envió a SSSalud el Proyecto de Informe para que efectuara las aclaraciones o comentarios que considere pertinentes, por Nota NO-2023-67630273-APN-SSS#MS el organismo solicitó prórroga para responder, que fue otorgada por Nota AGN N° 127/23 AG02.

El organismo por nota del Superintendente NO-2023-74057165-APN-SSS#MS remitió comentarios y aclaraciones que ratificaron, complementaron o ampliaron los aspectos tratados en el proyecto, los cuales fueron tenidos en cuenta al momento de la redacción final del Informe. El mencionado descargo se agrega al presente Informe como Anexo I. Asimismo, como Anexo J se incorpora el análisis efectuado al descargo.

6. RECOMENDACIONES

6.1. Incremento en el valor de las cuotas que abonan los usuarios



Auditoría General de la Nación

6.1.1. Cumplir con el procedimiento establecido en la Ley 26.682, art. 5° inc. g) y art. 17° para autorizar el incremento del valor de cuotas que abonarán los usuarios del sistema de EMP. (cde. 4.1.1.).

6.1.2. Registrar las solicitudes de aumento presentadas por las EMP. (cde. 4.1.2.).

6.1.3. Dar cumplimiento a lo dispuesto por el art. 17° del Decreto reglamentario 1993/2011, implementando la estructura de costos que deben presentar las EMP. (cde. 4.1.3.).

6.1.4. Implementar los mecanismos tendientes a obtener la información necesaria que posibilite efectuar el análisis razonable según lo determinado en el art. 17° del Decreto reglamentario 1993/2011. (cde. 4.1.4.).

6.1.5. Aplicar los procedimientos necesarios que permitan otorgar las autorizaciones de aumento, considerando las pretensiones efectuadas por cada entidad. (cde. 4.1.5.).

6.1.6. Reglamentar el procedimiento para autorizar los incrementos del valor de las cuotas. Elaborar el Manual de Procedimiento respectivo. (cde. 4.1.6.).

6.2. Control y verificación

6.2.1. Elaborar el Manual de Procedimientos e implementar un sistema de gestión adecuado a las funciones asignadas. (cde. 4.2.1.).

6.2.2. Definir el Plan de Auditoría Integral, la matriz de riesgo y las características de Capital Mínimo, las garantías, avales y demás criterios de control que deberán cumplimentar las EMP. (cde. 4.2.2.).

6.2.3. Cumplir con lo establecido en el art. 5° inc. a) del Decreto reglamentario 1993/2011 y designar síndicos, auditores y veedores. (cde. 4.2.3.).

6.2.4. Implementar los mecanismos para regularizar el sistema de control imperante sobre las EMP, procurando determinar de manera razonable y oportuna las condiciones técnicas, de capacidad de gestión y de solvencia financiera de las EMP. (cde. 4.2.4.).

6.2.5. Arbitrar los medios necesarios para que los ASS que comercializan Planes de adhesión voluntaria, superadores o complementarios, presenten la información patrimonial y contable diferenciada, conforme lo establecido en el art. 22° de la Ley 26.682. (cde. 4.2.5.).

6.2.6. Aplicar las sanciones a las EMP que no cumplen con la obligación de presentación de EE.CC. (cde. 4.2.6.).



Auditoría General de la Nación

6.3. Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga

6.3.1. Adoptar las acciones necesarias para dar cumplimiento de manera eficiente a la obligación impuesta en el art. 5º incs. b), c), d) la Ley 26.682 y normas reglamentarias, regularizando la situación registral de las EMP activas, aprobando o rechazando la solicitud de inscripción presentada. (cde. 4.3.1., 4.3.2., 4.3.3. y 4.3.8.).

6.3.2. Instar los mecanismos necesarios para lograr el cumplimiento por parte de las EMP mencionadas. (cde. 4.3.4.).

6.3.3. Elaborar el Modelo de Contrato a suscribir con los usuarios, conforme lo estipula la norma. (cde. 4.3.5.).

6.3.4. Elaborar el Manual de Procedimiento y definir formalmente los parámetros de control y fiscalización de la documentación, y el circuito de procedimiento de las áreas involucradas. (cde. 4.3.6.).

6.3.5. Desarrollar un sistema de registro o aplicativo acorde a la gestión del RNEMP, que permita administrar de manera eficiente y segura la información, determinando el grado de cumplimiento de las EMP de manera oportuna y efectuar la trazabilidad de los trámites respectivos. Digitalizar los expedientes de trámite de inscripción y actualizar la información contenida. (cde. 4.3.7.).

6.3.6. Reglamentar el procedimiento y la periodicidad para la actualización de la información por parte de los sujetos regulados. Implementar un sistema de gestión y control de cumplimiento. Instar de manera eficaz la aplicación del régimen de sanciones establecido en la Ley 26.682. (cde. 4.3.8.).

6.3.7. Exigir el cumplimiento de las EMP a la remisión cuatrimestral del Padrón de Usuarios, aplicar sanciones en caso de incumplimiento. (cde. 4.3.10.).

6.3.8. Publicar en la página web institucional los listados de las EMP inscriptas informando si la entidad posee “*Inscripción Provisoria*” o “*Definitiva con Autorización para funcionar*” dando cumplimiento a la normativa vigente. (cde. 4.3.11.).

6.4. Sistema de reclamos

6.4.1. Arbitrar las acciones tendientes a lograr la eficiencia del Sistema de resolución de reclamos instaurado por la Resolución 75/1998 - SSS. (cde. 4.4.1.).

6.4.2. Actualizar el estado de los trámites cargados en el sistema “R 75/98”. (cde. 4.4.2.).



Auditoría General de la Nación

6.4.3. Implementar un sistema de gestión que permita efectuar la trazabilidad de los reclamos y consultas formulados por los usuarios, desde el inicio hasta la conclusión, incluyendo todas las etapas involucradas en la tramitación. (cde. 4.4.3.).

6.4.4. Actualizar el Manual de Procedimientos y Normas para el Proceso: “*Promoción y Atención de Reclamos*”. (cde. 4.4.4.).

6.4.5. Reglamentar el proceso de trámite de los reclamos de los usuarios a partir de la “*2da. Instancia*”, definiendo el circuito, las tareas desarrolladas y los plazos máximos de permanencia en las áreas intervinientes. (cde. 4.4.5. y 4.4.6.).

6.4.6. Instar el procedimiento sancionatorio para determinar la aplicación de multas y sanciones en los supuestos de incumplimiento de las EMP. (cde. 4.4.7.).

6.5. Consolidación de la presencia institucional en el Territorio Nacional de manera eficiente, eficaz y accesible al usuario

6.5.1. Elaborar el Manual de Procedimiento e implementar mecanismos uniformes de gestión. (cde. 4.5.1.).

6.5.2. Establecer el reporte de información sobre la atención inicial de los reclamos que efectúan las sedes. (cde. 4.5.2.).

6.5.3. Desarrollar indicadores que permitan evaluar la eficacia y eficiencia de las tareas desarrolladas por las sedes con relación a la atención de los usuarios de EMP. (cde. 4.5.3.).

6.6. Derogar la Resolución 1769/2014 – SSS e impulsar la modificación normativa del art. 25° de la Ley 26.682, a fin de que la Superintendencia de Servicios de Salud obtenga el financiamiento que le fuera previsto.

7. CONCLUSIONES

La SSSalud, es la autoridad de aplicación de la Ley 26.682 “Marco Regulatorio de las Entidades de Medicina Prepaga” y debe ejercer las funciones y atribuciones conferidas en el art. 5° de la citada ley. Los hallazgos expuestos evidencian incumplimientos y debilidades respecto de la función de contralor asignada al organismo.



Auditoría General de la Nación

Con relación a la autorización de incremento de las cuotas, no se cumplió el procedimiento de control establecido en la Ley 26.682, art. 5º inc. g) que permite “autorizar en los términos de la presente ley y revisar los valores de las cuotas y sus modificaciones que propusieren los sujetos”, procediendo en función de lo estipulado en el art. 17º a autorizar, “cuando el mismo esté fundado en variaciones de la estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgos”, detectándose que no se encuentra implementada la estructura de costos que deben presentar las EMP a los efectos de obtener el aumento en el valor de sus cuotas, como así tampoco es posible verificar la razonabilidad de los incrementos autorizados en el periodo, porque el auditado no tuvo los elementos suficientes para poder efectuar el análisis razonable que determina el art. 17º del Decreto reglamentario 1993/2011.

Los aumentos autorizados fueron otorgados en base a un análisis de costos del sector de carácter general, sin considerar las pretensiones efectuadas por cada entidad, ni la modificación introducida por el Decreto reglamentario 66/2019, que determina de forma explícita que el requerimiento referido debe efectuarse de forma individual. El auditado no puede determinar que EMP solicitó autorización para aumentar el monto de la cuota en el periodo, por la inexistencia de un registro de los pedidos presentados.

El procedimiento para autorizar el incremento del valor de la cuota no está reglamentado, ni se elaboró el Manual de Procedimientos a efectos de determinar de forma precisa las funciones e intervenciones de cada uno de los sectores involucrados en la autorización mencionada.

La SSSalud debe determinar las condiciones técnicas, de solvencia financiera, de capacidad de gestión, y prestacional de las EMP, no obstante, se detectaron incumplimientos normativos como la falta de fijación de las características del Capital Mínimo, las garantías y avales que deberán cumplimentar las EMP; tampoco se designaron síndicos, auditores y veedores en las Entidades de Medicina Prepaga como lo establece la Ley 26.682.

Esta situación evidencia una actividad de control escasa sobre las EMP, debido a que no es posible determinar de manera razonable las condiciones técnicas, de capacidad



Auditoría General de la Nación

de gestión y de solvencia financiera, con el fin de asegurar la normalización, preservación y continuidad de las prestaciones de salud hacia la población.

Los ASS que comercializan planes de adhesión voluntaria o planes superadores o por mayores servicios, no dan cumplimiento a la presentación de la información patrimonial y contable en forma separada y se evidenció un incumplimiento a la obligación de presentación de EE.CC, que no fue sancionado.

La SSSalud debe crear y mantener actualizado el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga. Si bien el procedimiento de inscripción fue regulado por la Resolución 55/2012 SSS, transcurridos más de 10 años desde su creación, el 98.62% de las EMP activas funcionan con “Inscripción Provisoria”; es decir que, de las 726 EMP activas en el RNEMP en el periodo auditado, sólo 10 poseen la “Inscripción Definitiva y autorización para funcionar”, por falta de impulso a los trámites recibidos. Esta situación se traduce en que la mayoría de los usuarios del sistema estén concentrados en EMP con Inscripción Provisoria.

En la información brindada a los usuarios en la página web institucional, no se expone el estado de situación de la Entidad con relación a si obtuvo o no su “Inscripción Definitiva y Autorización para Funcionar”.

Se detectó el otorgamiento de “Inscripción Definitiva y Autorización para Funcionar”, sin haberse realizado un análisis completo de la documentación obligatoria incumpléndose el procedimiento reglado: de las 10 (diez) Entidades que la obtuvieron, 9 (nueve) fueron intimadas a presentar documentación faltante en la Resolución que aprobó su “Inscripción Definitiva y Autorización para funcionar”.

En relación con el control específico, existen aspectos normativos sin reglamentar como los modelos de Contrato a suscribir con los usuarios y el procedimiento y la periodicidad para la actualización de la información por parte de las EMP; tampoco existe un mecanismo que permita al auditado detectar de manera oportuna los incumplimientos de las entidades.



Auditoría General de la Nación

Se evidenció un nivel de cumplimiento del 10% a la obligación de remisión cuatrimestral del Padrón de Usuarios, sin haberse informado acciones para regularizar la situación, como así tampoco la aplicación de sanciones y/o multas.

La falta de elaboración de Manuales de Procedimiento, junto con la ausencia en la definición del circuito de procedimiento y los parámetros de control y fiscalización de la documentación, impactan de forma negativa en la labor de las áreas involucradas.

En torno a la gestión del RNEMP, el auditado no posee un sistema o aplicativo eficiente: los expedientes con las solicitudes de inscripción se encuentran en papel y contienen la documentación desactualizada, situación que impide efectuar la trazabilidad de los trámites y determinar de manera segura y en tiempo oportuno el cumplimiento de las Entidades.

Sobre la protección de los derechos de los usuarios de las Entidades de Medicina Prepaga en el Territorio Nacional, el sistema de resolución de reclamos implementado no otorga una protección eficiente, toda vez que un alto porcentaje de los trámites permanecen sin resolución, por la demora en que incurren las áreas intervinientes. Se remitieron al archivo o guarda temporal reclamos sin comprobar el cumplimiento por parte de la EMP. Asimismo, se verificó una baja sustanciación de sumarios para determinar la aplicación de sanciones a las EMP que no cumplieron con la disposición que resuelve a favor del reclamante.

El sistema informático de gestión “R 75/98” utilizado como una herramienta para la elaboración de estadísticas e informes vinculados al cumplimiento de las obligaciones prestacionales de las EMP, se encuentra desactualizado y no permite la vinculación del reclamo con el expediente GDE, impidiendo efectuar la trazabilidad de las actuaciones: se observaron discrepancias entre los estados de tramitación, detectándose que reclamos cargados en trámite, se encuentran finalizados en el expediente GDE.

El Manual de Procedimientos y Normas para el Proceso “Promoción y Atención de Reclamos” elaborado en 2009, está desactualizado: no incluye a las EMP y no describe en su totalidad los circuitos y procesos implementados. No fue reglamentado el proceso



Auditoría General de la Nación

por el que tramitan los reclamos a partir de la “2 da. Instancia”, estando sin definir el circuito a seguir y los plazos máximos de permanencia en las áreas intervinientes.

En relación a la consolidación de la presencia institucional en el Territorio Nacional de manera eficiente, eficaz y accesible al usuario, la inexistencia de un Manual de Procedimiento que establezca mecanismos uniformes de gestión para las Sedes y la ausencia de indicadores para evaluar la eficacia y eficiencia de las tareas desarrolladas, junto con la falta de remisión de reportes sobre la resolución de los reclamos recibidos, imposibilitan al auditado contar con elementos suficientes a los fines de efectuar una toma de decisiones racional e informada en relación a la defensa de los derechos de los usuarios por incumplimiento de las EMP en el territorio nacional.

Por último, es importante destacar, que el financiamiento del sistema está instituido en la Ley 26.682, artículo 25º, inc. a), que establece una matrícula anual pagada por cada entidad, cuyo monto será determinado por la reglamentación. La Resolución 1769/2014, estableció una alícuota del 0,2%; sin embargo, en febrero de 2020 fue declarada inconstitucional por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en la causa “Swiss Medical S.A. C/EN-SSS S/Amparo Ley 16.986” (causa 2028/2015).

En este sentido, se recomienda a la SSSalud que derogue la Resolución 1769/2014 SSS e impulse la modificación normativa del art. 25º de la Ley 26.682, para asegurar el financiamiento previsto para la Superintendencia de Servicios de Salud.

BUENOS AIRES, 16 de agosto de 2023



Auditoría General de la Nación

ANEXO A - MUESTRAS

Durante el periodo auditado se dictaron 12 resoluciones que autorizaron el incremento del valor de las cuotas de las EMP. Del análisis del expediente en el cual tramitó cada uno de los aumentos, se constató que comenzó con la solicitud presentada por una o más EMP, a las que se dio curso agrupándolas en un expediente general. Por lo tanto, para el objetivo 1.1. se procedió al relevamiento de los 12 expedientes sustanciados al efecto que se exponen a continuación:

AÑO 2017
Resolución 613/2017 - SSS - Expediente N° EX - 2017-09038991- -APN-DD#MS
Resolución 1050/2017 - SSS - Expediente N° EX - 2017-14170756- -APN-SSS#MS
Resolución 1975/2017 - SSS - Expediente N° EX - 2017-24637793- -APN-SSS#MS
Resolución 2479/2017 - SSS - Expediente N° EX-2017-34821492- -APN-SSS#MS
AÑO 2018
Resolución 798/2018 - SSS - Expediente N° 2018-17120697- -APN-SG#SSS
Resolución 1239/2018 - SSS - Expediente N° EX-2018-29457031- -APN-GGE#SSS
Resolución 1780/2018 - SSS - Expediente N° EX- 2018-41906280- -APN-GGE#SSS
Resolución 262/2018 - SSS - Expediente N° EX2018-51986316- -APN-GGE#SSS
Resolución 933/2018 - SSS - Expediente N° EX-2018-67509986- -APN-GGE#SSS
AÑO 2019
Resolución 592/2019 - SSS - Expediente N° EX-2019-18014747- -APN-GGE#SSS
Resolución 872/2019 - SSS - Expediente N° EX-2019-48703312- -APN-GGE#SSS
Resolución 1701/2019 - SSS - Expediente N° EX-2019-77736745- -APN-GGE#SSS

ESTADOS CONTABLES - CONTROL Y VERIFICACIÓN

Dentro del periodo auditado se encuentran 726 EMP con la obligación de presentar sus EE.CC. anualmente, por lo tanto, el universo sujeto a control por parte del



Auditoría General de la Nación

auditado es de 2.178 EE.CC. (2017-2019). Sin embargo, GCEF informó la recepción de 558 EE.CC. presentados por EMP (25,62%).

Tomando en cuenta los balances presentados bajo el periodo auditado (N=558), se ordenó la base de manera descendente por número de RNEMP y, utilizando la técnica de muestreo probabilístico sistemático (1 cada 10), se extrajo muestra total de 28 unidades de análisis (n=28), lo que representa un 5% de cobertura, distribuido proporcionalmente por cada periodo, de la siguiente manera:

1. 2019. De 72 EE.CC. presentados, se seleccionaron 4.
2. 2018. De 205 EE.CC. presentados, se seleccionaron 10.
3. 2017. De 281 EE.CC. presentados, se seleccionaron 14.

14. MUESTRA ESTADOS CONTABLES

M	RNEMP	RAZÓN SOCIAL	EECC
1	111537	COBENSIL S.A.	2017
2	113274	CLINICA MEDICO QUIRURGICA SANATORIO JUNÍN S.A.	2017
3	116785	CORSALUD S.A.	2017
4	310453	ASOCIACIÓN MUTUAL 12 DE ENERO TRABAJADORES PASTELEROS, CONFITEROS, PIZZEROS, HELADEROS, ALFAJOREROS Y SERVICIOS RAPIDOS	2017
5	311586	MUTUAL FEDERADA 25 DE JUNIO SOCIEDAD DE PROTECCION RECIPROCA.	2017
6	313773	HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA - ASOCIACIÓN DE SOCORROS MUTUOS Y BENEFICENCIA	2017
7	315830	ASOCIACIÓN MUTUAL DE TRABAJADORES CULTURALES Y SOCIALES	2017
8	320393	ASOCIACIÓN MUTUAL SAN LUCAS 23	2017
9	417178	SOCIEDAD ARGENTINA DE AUTORES Y COMPOSITORES DE MÚSICA (SADAIC)	2017
10	610393	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL NEUMÁTICO	2017



Auditoría General de la Nación

11	612511	OBRA SOCIAL MUTUALIDAD INDUSTRIAL TEXTIL ARGENTINA	2017
12	614357	OBRA SOCIAL DE TRABAJADORES VIALES Y AFINES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA	2017
13	615961	OBRA SOCIAL DE ACTORES	2017
14	620646	OBRA SOCIAL DE PETROLEROS	2017
15	112110	VITA`S S.A.	2018
16	117634	KOOLDENT	2018
17	311319	SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SOCORROS MUTUOS DE TRES ARROYOS	2018
18	314493	CÍRCULO MUTUAL DE SUBOFICIALES RETIRADOS DE LA POLICÍA FEDERAL ARGENTINA	2018
19	411446	CIRCULO MEDICO DE LOMAS DE ZAMORA	2018
20	813833	CONSEJO PROFESIONAL DE CIENCIAS ECONÓMICAS DE LA CABA	2018
21	611549	OBRA SOCIAL YPF (OSYPF)	2018
22	613996	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCIÓN DE LA EMPRESA SUBTERRÁNEOS DE BUENOS AIRES	2018
23	615114	OBRA SOCIAL DE LA ACTIVIDAD DE SEGUROS, REASEGUROS, CAPITALIZACION Y AHORRO Y PRESTAMO PARA LA VIVIENDA	2018
24	619611	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA PUBLICIDAD	2018
25	110633	GRUPO SAN NICOLÁS S.R.L.	2019
26	410573	COLEGIO MÉDICO DE LA PAMPA	2019
27	612474	OBRA SOCIAL PARA PILOTOS DE LÍNEAS AÉREAS COMERCIALES Y REGULARES (OSPLA)	2019
28	615510	OBRA SOCIAL DE DIRECCIÓN DE LA ACTIVIDAD AEROCOMERCIAL PRIVADA	2019

Por último, con respecto a la actividad de Control y Verificación, se informó que durante el periodo auditado se efectuaron 17 Auditorías y Verificaciones a Entidades de Medicina Prepaga: 7 en 2017, 6 en 2018 y 4 en 2019:



Auditoría General de la Nación

M	Fecha de Inicio	RNEMP	Razón Social	Nº Orden Verificación
1	2017	813833	CONSEJO PROFESIONAL DE CIENCIAS ECONÓMICAS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES SIMECO (SISTEMA MÉDICO CONSEJO)	2017/8-01
2	2017	112110	VITA`S S.A.	2017/8-004
3	2017	113458	PLENA SALUD S.A.	2017/8-005
4	2017	113496	ADMINISTRAR SALUD S.A.	2017/8-006
5	2017	111438	MEDICINA PREPAGA HOMINIS S.A.	2017/8-007
6	2017	110510	BRISTOL MEDICINE	2017/8-008
7	2017	311777	ASOCIACIÓN MUTUAL Y PROTECCIÓN RECÍPROCA UNISOL SALUD	2017/8-009
8	2018	115553	ORGANIZACION GALVEZ S.A.	2018/8-001
9	2018	112646	ASOCIACIÓN MUTUAL TRANSPORTE AUTOMOTOR (AMTA)	2018/8-002
10	2018	316826	MUTUAL PROVINCIAL DE LUZ Y FUERZA DE SANTA FE	2018/8-003
11	2018	111186	MEDICAL`S ORGANIZACIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS PRIVADAS S.A.	2018/8-004
12	2018	120085	MEDICINA PRIVADA S.A.	2018/8-005
13	2018	313339	MUTUAL SM SALUD DE SOCIEDAD MEDICA DEL DEPARTAMENTO LAS COLONIAS	2018/8-006
14	2019	111438	HOMINIS S.A.,	EX-2019-2019-68488694-APN-SCPASS#SSS.
15	2019	112110	VITA S.A	EX-2019-2019-68488694-APN-SCPASS#SSS
16	2019	111612	APRES S.A	EX-2019-101782329- - APN-GCEF#SSS
17	2019	410863	HOSPITAL ALEMAN	EX-2019-101764332- - APN-GCEF#SSS



Auditoría General de la Nación

R.N.E.M.P. INSCRIPCIÓN DEFINITIVA Y PROVISORIA RESPECTIVAMENTE

El Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga -RNEMP- informó que se encuentran inscriptas y activas 726 Entidades al 31/12/2019, de las cuales 10 obtuvieron la Resolución de Inscripción Definitiva y el resto se encuentra funcionando con Inscripción Provisoria.

Se procedió al análisis de las 10 resoluciones de otorgamiento de Inscripción Definitiva.

M	RNEMP	Denominación	Usuarios
1	311371	ASOCIACION MUTUAL SANCOR	397.632
2	113366	OMINT S.A. DE SERVICIOS	250.164
3	412258	MEDIFÉ ASOCIACIÓN CIVIL	220.182
4	413145	SOCIEDAD ITALIANA DE BENEFICENCIA EN BUENOS AIRES	176.984
5	111834	MEDICUS SOCIEDAD ANONIMA DE ASISTENCIA MEDICA Y CIENTIFICA	171.723
6	410863	HOSPITAL ALEMAN ASOCIACION CIVIL	46.471
7	111438	MEDICINA PREPAGA HOMINIS S.A.	40.864
8	412555	ASOCIACIÓN HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES	34.078
9	111612	APRES S.A.	13.658
10	112110	VITA`S S.A.	7.421

Con relación a las Entidades de Medicina Prepaga que se encuentran funcionando con Inscripción Provisoria se seleccionaron aquellas que según el último “*Padrón de Usuarios*” informado poseían más de 150.000 usuarios.

RNEMP - INSCRIPCIÓN PROVISORIA

Se seleccionaron aquellas que en función del último padrón informado tuvieran más de 150.000 usuarios, que representan el 61.64% de los usuarios de las Entidades de Medicina Prepaga inscriptas que informaron la cantidad de usuarios -96 entidades- con un total general de 5.906.196, resultando:



Auditoría General de la Nación

RNEMP	Denominación	Usuarios
614081	Obra Social de Ejecutivos y del Personal de Dirección de Empresas	2.153.216
113328	Swiss Medical S.A.	900.661
112851	Galeno Argentina S.A.	587.286
Total		3.641.163

ATENCIÓN DE LOS RECLAMOS DE LOS USUARIOS EN EL TERRITORIO NACIONAL.

La Gerencia de Sistemas de Información remitió un listado con 8.902 reclamos de usuarios presentados por incumplimientos de las Entidades de Medicina Prepaga en el periodo auditado. Para el análisis, se procedió a seleccionar una muestra del 2,5% sobre los 3.881 reclamos que se encuentran en la etapa denominada “*Segunda Instancia*”, con solicitud de continuidad del trámite a pedido del usuario, acto que da lugar a apertura del expediente administrativo, resultando 97 unidades de muestreo.

MUESTRA EXPEDIENTES DE RECLAMOS

M	Nº REC	FECHA	MOTIVO
1	135497	28/12/2017	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES / OTROS
2	135476	28/12/2017	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN / AUMENTO DE CUOTA
3	135293	26/12/2017	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN /
4	135274	26/12/2017	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN /
5	135050	20/12/2017	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN / OTROS
6	134993	19/12/2017	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN / AUMENTO DE CUOTA
7	134764	14/12/2017	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN / PROBLEMÁTICAS DE PROCESAMIENTO



Auditoría General de la Nación

8	134638	12/12/2017	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN / OTROS
9	134503	11/12/2017	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN / OTROS
10	134501	11/12/2017	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN / OTROS
11	134426	7/12/2017	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN / AUMENTO DE CUOTA
12	122544	31/5/2017	DISCAPACIDAD-MEDICACIÓN
13	123029	6/6/2017	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA
14	134391	7/12/2017	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN / BAJA DE AFILIACIÓN
15	123953	22/6/2017	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA
16	124569	4/7/2017	DISCAPACIDAD-MEDICACIÓN
17	125381	13/7/2017	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-INCUMPLIMIENTO PMI
18	134351	6/12/2017	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES / OTROS
19	126288	28/7/2017	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-INCUMPLIMIENTO PMO
20	126654	2/8/2017	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-
21	127092	10/8/2017	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-INCUMPLIMIENTO PMO
22	127639	17/8/2017	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-NEGATIVA DE AFILIACIÓN
23	128131	28/8/2017	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA
24	128644	5/9/2017	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-ALTA COMPLEJIDAD
25	129193	13/9/2017	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA
26	129692	21/9/2017	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-REINTEGROS
27	130368	2/10/2017	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA
28	130966	10/10/2017	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA



Auditoría General de la Nación

29	131398	19/10/2017	DISCAPACIDAD-ASISTENTE DOMICILIARIO
30	131959	26/10/2017	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA
31	132516	6/11/2017	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA
32	133037	14/11/2017	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA
33	133462	22/11/2017	DISCAPACIDAD-AYUDAS TÉCNICAS
34	134037	30/11/2017	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-REINTEGROS
35	134680	13/12/2017	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-REINTEGROS
36	135226	26/12/2017	DISCAPACIDAD-HOGAR
37	135893	5/1/2018	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-
38	136739	17/1/2018	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA
39	137415	26/1/2018	DISCAPACIDAD-PRÓTESIS EXTERNAS
40	137883	1/2/2018	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-
41	138395	9/2/2018	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-NEGATIVA DE AFILIACIÓN
42	138958	21/2/2018	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA
43	139487	1/3/2018	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA
44	140020	9/3/2018	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-FERTILIZACIÓN ASISTIDA
45	140423	15/3/2018	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-INCUMPLIMIENTO PMO
46	140840	21/3/2018	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-NEGATIVA DE AFILIACIÓN
47	141453	4/4/2018	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-COSEGUROS Y CAMBIO DE PLANES
48	141998	11/4/2018	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-COSEGUROS Y CAMBIO DE PLANES
49	142601	23/4/2018	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-OTROS



Auditoría General de la Nación

50	143081	2/5/2018	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-BAJA DE AFILIACIÓN FALSEAMIENTO EN LA DECLARACIÓN
51	143425	8/5/2018	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-INCUMPLIMIENTO PMO
52	143933	15/5/2018	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA
53	144497	23/5/2018	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-REINTEGROS
54	144951	31/5/2018	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-ALTA COMPLEJIDAD
55	145479	11/6/2018	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-
56	145971	18/6/2018	DISCAPACIDAD-REINTEGROS
57	146557	29/6/2018	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-FERTILIZACIÓN ASISTIDA
58	147168	11/7/2018	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-
59	147694	18/7/2018	DISCAPACIDAD-OTROS
60	148251	26/7/2018	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA
61	148728	3/8/2018	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-COSEGUROS Y CAMBIO DE PLANES
62	149188	10/8/2018	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-INCUMPLIMIENTO PMO
63	149837	21/8/2018	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA
64	150380	29/8/2018	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-FALTA DE PRESTACIONES
65	150982	5/9/2018	DISCAPACIDAD-ASISTENTE DOMICILIARIO
66	151631	13/9/2018	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-
67	152298	26/9/2018	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA
68	152860	3/10/2018	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA
69	153633	12/10/2018	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA



Auditoría General de la Nación

70	154277	23/10/2018	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-
71	154852	30/10/2018	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-COSEGUROS Y CAMBIO DE PLANES
72	155562	8/11/2018	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-FALTA DE PRESTACIONES
73	156142	13/11/2018	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-FALTA DE PRESTACIONES
74	156787	23/11/2018	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-
75	157466	5/12/2018	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA
76	157990	10/12/2018	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-
77	158639	17/12/2018	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA
78	159473	20/12/2018	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-NEGATIVA DE AFILIACIÓN
79	159981	3/1/2019	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA
80	160915	14/1/2019	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA
81	161686	21/1/2019	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-PRESTACIONES NO INCLUIDAS
82	162638	31/1/2019	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-INCUMPLIMIENTO PMO
83	163450	4/2/2019	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-NEGATIVA AFILIACIÓN FAMILIAR A CARGO
84	164871	14/2/2019	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-BAJA DE AFILIACIÓN
85	165978	25/2/2019	MEDICACIÓN-OTROS
86	166784	6/3/2019	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-INCUMPLIMIENTO PMO
87	167702	14/3/2019	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA
88	168836	22/3/2019	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-PROBLEMÁTICAS DE PROCESAMIENTO
89	169997	4/4/2019	MEDICACIÓN-OTROS



Auditoría General de la Nación

90	170890	11/4/2019	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-OTROS
91	172147	25/4/2019	DISCAPACIDAD-MEDICACIÓN
92	173280	8/5/2019	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA
93	174476	22/5/2019	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA
94	175371	31/5/2019	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA
95	176152	5/6/2019	PROBLEMÁTICAS PRESTACIONALES-OTROS
96	177128	14/6/2019	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-
97	178163	28/6/2019	IRREGULARIDADES DE AFILIACIÓN-AUMENTO DE CUOTA

SEDES EN EL TERRITORIO NACIONAL

Para evaluar la representación de la SSSalud en el territorio nacional, se procedió a efectuar un relevamiento de la actividad realizada por las delegaciones con mayor cuantía de gestiones atendidas en la primera etapa del procedimiento instaurado. Del reporte emitido por la Subgerencia de Delegaciones “*Estadísticas CAT CAP CAV*” - Centros de Atención Telefónica, Presencial y Virtual - surgen 3.203 registros (excluyendo CABA y GBA), siendo las delegaciones con mayor actividad: Córdoba, Mendoza, Río Negro y Tucumán, que concentran el 81.90% (2.623) de los registros para el periodo auditado, las que fueron seleccionadas para el análisis:

Sede	Cantidad
Córdoba	1.268
Mendoza	1.017
Río Negro	200
Tucumán	138



Auditoría General de la Nación

Total	2.623
-------	-------



Auditoría General de la Nación

ANEXO B -NORMATIVA COMPLEMENTARIA

Específicamente con relación a la materia auditada el Marco Regulatorio establece:

1. Para el procedimiento de incremento en el valor de las cuotas que deben abonar los usuarios:

Entre los objetivos y funciones de la SSSalud, la Ley 26.682 establece en el art. 5º inc. g), la de *“Autorizar en los términos de la presente ley y revisar los valores de las cuotas y sus modificaciones que propusieren los sujetos comprendidos en su artículo 1º”*.

Art. 17º: Cuotas de Planes. La Autoridad de Aplicación fiscalizará y garantizará la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales.

La Autoridad de Aplicación autorizará el aumento de las cuotas cuando el mismo esté fundado en variaciones de la estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgos.

Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley pueden establecer precios diferenciales para los planes prestacionales, al momento de su contratación, según franjas etarias con una variación máxima de tres (3) veces entre el precio de la primera y la última franja etaria.

Por su parte, el Decreto reglamentario 1993/2011 establece en el art. 5º inc. g) que las cuotas que deberán abonar los usuarios se autorizarán conforme las pautas establecidas en el art. 17º.

Es dable mencionar, que durante el periodo auditado se dictó el Decreto 66/2019, BO 23/01/2019 que modificó los art. 1º, 5º, 7º, 9º, 10º, 12º y 17º del decreto reglamentario, de aplicación para los aumentos otorgados a partir de 2019 y en lo sustancial se suprime el dictamen vinculante de la Secretaría de Comercio Interior del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas; disponiendo que las entidades que pretendan aumentar el monto de las cuotas que abonan los usuarios, deberán efectuar la presentación en *“forma individual”*; el auditado deberá expedirse en un plazo máximo de CUARENTA Y CINCO (45) días a partir de la presentación completa del trámite y elevarlo al Ministerio de Salud y Desarrollo Social para su aprobación; el deber de información con antelación mínima a los usuarios una vez autorizado el aumento, se modifica de TREINTA (30) días hábiles a días corridos. En razón de lo expuesto, el procedimiento quedó regulado de la siguiente manera:



Auditoría General de la Nación

Art. 5° inc. g) Las cuotas que deberán abonar los usuarios se autorizarán conforme las pautas establecidas en el artículo 17° del presente. Las entidades que pretendan aumentar el monto de las cuotas que abonan los usuarios, deberán presentar en forma individual el requerimiento a la SSSalud, quien deberá expedirse en un plazo máximo de CUARENTA Y CINCO (45) días, a partir de la presentación completa del trámite en la SSSalud, para elevarlo al MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL para su aprobación.

Las entidades deberán, una vez autorizado el aumento, informar a los usuarios los incrementos que se registrarán en el monto de las cuotas con una antelación no inferior a los TREINTA (30) días corridos, contados a partir de la fecha en que la nueva cuota comenzará a regir. Se entenderá cumplimentado el deber de información del aumento al usuario al que se refiere el presente apartado, con la notificación incorporada en la factura del mes precedente y/o carta informativa.

Art. 17° La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD implementará la estructura de costos que deberán presentar las entidades, con los cálculos actuariales necesarios, la verificación fehaciente de incremento del costo de las prestaciones obligatorias, suplementarias y complementarias, las nuevas tecnologías y reglamentaciones legales que modifiquen o se introduzcan en el Programa Médico Obligatorio (PMO) en vigencia, el incremento de costos de recursos humanos y cualquier otra circunstancia que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y las entidades comprendidas en la presente Reglamentación consideren que incide sobre los costos de la cuota de los planes ya autorizados.

El pago de las cuotas será efectuado por los usuarios a través de red bancaria. Cada entidad deberá denunciar ante la Autoridad de Aplicación, los datos de la entidad bancaria y de la cuenta recaudadora. Las respectivas entidades bancarias deberán debitar automáticamente los importes correspondientes a los artículos 24° y 25° de la Ley 26.682 y su modificación. Tales débitos serán acreditados por las entidades bancarias en una cuenta especial a crearse por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en el BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA.

Cuando se trate de planes con diferenciación de la cuota por plan y por grupo etario sólo se admitirá el cambio de categoría de cuota cuando el mismo haya sido expresamente previsto en el contrato de AFILIACIÓN. La relación de precio entre la



Auditoría General de la Nación

primera franja etaria y la última no puede presentar una variación de más de TRES (3) veces, siendo que la primera franja será la menos onerosa y la última la más onerosa.

2. Con relación a la función de Control y Verificación

La Ley 26.682 encomienda a la SSSalud en el art. 5º:

Inc. a) Fiscalizar el cumplimiento de la presente ley y sus reglamentaciones en coordinación con las autoridades sanitarias de cada jurisdicción;

Inc. c) Determinar las condiciones técnicas, de solvencia financiera, de capacidad de gestión y prestacional, así como los recaudos formales exigibles a las entidades para su inscripción en el Registro previsto en el inciso anterior³⁶, garantizando la libre competencia y el acceso al mercado, de modo de no generar perjuicios para el interés económico general.

i) Implementar los mecanismos necesarios en cada jurisdicción, para garantizar la disponibilidad de información actualizada y necesaria para que las personas puedan consultar y decidir sobre las entidades inscriptas en el Registro, sus condiciones y planes de los servicios brindados por cada una de ellas, como así también sobre aspectos referidos a su efectivo cumplimiento;

Inc. l) Requerir periódicamente con carácter de declaración jurada a los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley informes demográficos, epidemiológicos, prestacionales y económico-financieros, sin perjuicio de lo establecido por la Ley 19.550.

En concordancia, el Decreto Reglamentario establece en el art. 5º:

Inc. a) La SSSalud designará síndicos, auditores y veedores, que tendrán por cometido la fiscalización y control de los actos de los órganos y funcionarios de los sujetos indicados en el artículo 1º vinculados con el cumplimiento de las normas y disposiciones de la Ley 26.682 y su modificación y de la presente Reglamentación. Estas sindicaturas, auditorías y/o veedurías serán asignadas a cada entidad en la oportunidad, condiciones y objetivos de supervisión y control que para cada caso disponga la SSSalud y podrán ser individuales o colegiadas según lo establezca la SSSalud y, cada una de ellas, podrá abarcar a más de una entidad. Su actuación será rotativa con un máximo de

³⁶ Inc. b) Crear y mantener actualizado el Registro Nacional de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley y el Padrón Nacional de Usuarios, al solo efecto de ser utilizado por el sistema público de salud, en lo referente a la aplicación de la presente ley, no debiendo en ningún caso contener datos que puedan afectar el derecho a la intimidad;



Auditoría General de la Nación

CUATRO (4) años de funciones en una misma entidad. Los síndicos, auditores y veedores podrán ser removidos por la SSSalud y percibirán la remuneración que esta determine, con cargo a su presupuesto. La SSSalud establecerá las normas referidas a las atribuciones y funcionamiento de las sindicaturas, auditorías y veedurías.

Inc. c) A los fines de obtener la inscripción en el REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA (R.N.E.M.P), aquellas entidades que obligatoriamente deben inscribirse suministrarán la siguiente información:

1. Padrón actualizado de usuarios discriminando titulares, grupo familiar primario, personas a cargo y personas comprendidas en el artículo 14, inciso b) de la ley.
2. Distribución territorial por jurisdicción de los usuarios de la cobertura prestacional brindada por la entidad.
3. Modelos de contratos a suscribir con los usuarios, en todas las modalidades de contratación y planes, en los términos del artículo 8º de la ley.
4. Composición del patrimonio e inventario de los bienes.
5. Últimos TRES (3) Estados Contables aprobados, o Certificación Contable de Inicio de Actividades.
6. Cobertura prestacional-médico-asistencial, Planes de extensión de coberturas y programas y otras prestaciones.
7. Estatuto, Contrato Social y/o Convenio de Adhesión al Sistema de la Ley 23.661 y sus modificaciones si correspondiere.
8. Estructura orgánico-funcional, y estructura de gastos administrativos. Las entidades indicadas en el artículo 1º, inciso b) de la presente Reglamentación deberán, además, acreditar su inscripción en el registro respectivo, como Obra Social (Ley 23.660 y sus modificatorias) o Agente del Seguro (Ley 23.661 y sus modificaciones), según corresponda.

La SSSalud fijará un plazo de hasta TREINTA (30) días hábiles contados a partir de la fecha de la presentación de la solicitud de inscripción dentro del cual cada entidad deberá completar la información antes detallada.

La información suministrada deberá ser actualizada con la periodicidad que establezca la SSSalud.

La SSSalud podrá disponer la cancelación de la inscripción en el (R.N.E.M.P) a pedido de las mismas. También podrá disponer cancelaciones cuando deriven de la



Auditoría General de la Nación

aplicación del régimen sancionatorio dispuesto en el artículo 24, inciso c) de la ley, previa sustanciación del respectivo sumario administrativo.

La SSSalud determinará las condiciones técnicas, de solvencia financiera, de capacidad de gestión y prestacional, además de otros recaudos formales, que serán exigibles a las entidades para su inscripción en el Registro previsto en el artículo 5º, inciso b) de la ley.

Inc. i) Aquellos sujetos del artículo 1º que revistan forma societaria deberán presentar: Balance General de cierre de ejercicio con Dictamen de Contador Público Independiente y Estados Intermedios con Informe Profesional, a los CUATRO (4) y OCHO (8) meses del inicio del ejercicio económico. El resto de los sujetos deberán presentar: un informe cuatrimestral que contenga los ingresos percibidos y las erogaciones efectuadas y un informe anual que dé cuenta de los bienes afectados a la actividad y de las deudas generadas por esta. En ambos casos deberán acompañar detalles pormenorizados de los efectores médicos asistenciales que integren el pasivo de la entidad y los montos adeudados.

l) La SSSalud dictará las normas complementarias para requerir a los sujetos mencionados en el artículo 1º de la presente Reglamentación, los datos demográficos, epidemiológicos y estadísticos de prestaciones médicas realizadas por los prestadores contratados, como también datos de los distintos planes de prevención y detección de patologías de acuerdo con la normativa de realización y ejecución de la cobertura, dentro del marco teórico y los objetivos generales y específicos, con la definición de población bajo programa, así como de acciones y metas con las correspondientes evaluaciones programáticas.

El art. 21º impone a los sujetos regulados la obligación de constituir y mantener un “*Capital Mínimo*” que será fijado por la Autoridad de Aplicación. Los Agentes de Seguro de Salud a que se refiere el artículo 1º de la presente ley se rigen, en este aspecto, por las resoluciones que emanen de la Autoridad de Aplicación y la SSSalud “*dictará las resoluciones pertinentes a fin de establecer las características de las garantías y avales que deberán cumplimentar las Empresas de Medicina Prepaga*” (Decreto reglamentario 1993/2011, art. 21º).



Auditoría General de la Nación

El art. 22° establece que los ASS que comercialicen planes de adhesión voluntaria o planes superadores o complementarios por mayores servicios deben llevar un sistema diferenciado de información patrimonial y contable de registros con fines de fiscalización y control de las contribuciones, aportes y recursos de otra naturaleza previstos por las Leyes 23.660 y 23.661; debiendo *“consignar en sus registros rubricados, en forma discriminada del resto de las operaciones, los movimientos patrimoniales y de ingresos y egresos vinculados a la comercialización de planes de adhesión voluntaria o planes superadores o complementarios por mayores servicios”*.

Asimismo, en los informes económico-financieros requeridos en la reglamentación del artículo 5°, inc. i), deberán incluir un Estado de Situación (Estado Patrimonial y Estado de Recursos y Gastos) específico por las actividades mencionadas en el párrafo anterior (art. 22° del Decreto reglamentario 1993/2011).

Por último, el art. 24° determina el régimen de Sanciones conforme; a saber: “Toda infracción a la presente ley será sancionada por la Autoridad de Aplicación conforme a lo siguiente:

a) Apercibimiento;

b) Multa cuyo valor mínimo es equivalente al valor de tres cuotas que comercialice el infractor y el valor máximo no podrá superar el treinta por ciento (30%) de la facturación del ejercicio anterior;

c) Cancelación de la inscripción en el Registro. Esta sanción sólo puede ser aplicada, en caso de gravedad extrema y reincidencia.

A los fines de la sustanciación del sumario será aplicable la Ley 19.549 de procedimientos administrativos. Toda sanción puede ser apelada ante la Cámara Nacional de Apelaciones, en lo Contencioso Administrativo Federal. El recurso deberá interponerse y fundarse dentro del plazo de diez (10) días hábiles de notificada ante la autoridad que dictó la resolución, quien remitirá las actuaciones al tribunal competente sin más trámite. Sin perjuicio de la sanción que se imponga, el sujeto obligado debe brindar la prestación requerida con carácter urgente.

En tanto, la reglamentación detalla las infracciones:

a) La violación de las disposiciones de la Ley 26.682 y de la presente reglamentación, las normas que establezca el MINISTERIO DE SALUD, y la Autoridad de Aplicación.



Auditoría General de la Nación

- b) Falta de pago de los aranceles dispuestos.
- c) Violaciones a las Leyes 24.240, 25.156 y 23.592 y sus respectivas modificatorias, según correspondiere.
- d) Falta de cobertura sanitaria científicamente determinada en tiempo y forma correspondiente al plan contratado.
- e) La violación por parte de los prestadores de las condiciones contenidas en las contrataciones de los servicios.
- f) La negativa de las entidades comprendidas en el artículo 2º de la Ley 26.682 a proporcionar la documentación informativa y demás elementos de juicio que la Autoridad de Aplicación a través de sus funcionarios, auditores y/o síndicos requiera en el ejercicio de sus funciones, derechos y atribuciones.
- g) El incumplimiento de las directivas impartidas por las Autoridades de Aplicación.
- h) La no presentación en tiempo y forma de los programas, presupuestos, balances y memorias generales y copia de los contratos celebrados, cartillas y cualquier otro tipo de documentación solicitada por la Autoridad de Aplicación.
- i) La falta de pago al Hospital Público de Gestión Descentralizada en tiempo y forma.

La Resolución 156/2018 - SSS establece el Régimen de Graduación de Sanciones (derogada a posteriori del periodo bajo análisis por la Resolución 607/2022 - SSS que aprueba el Procedimiento Sumarial aplicable a la Investigación de Infracciones a las Leyes 23.660, 23.661 y 26.682).

3. Con relación a la obligación de creación y gestión del RNEMP

Es función de la SSSalud conforme lo dispuesto en la Ley 26.682, art. 5º, inc. b) *“Crear y mantener actualizado el Registro Nacional de los sujetos comprendidos en su artículo 1º”*.

El Decreto reglamentario en el art. 5º b) enuncia: “1. El Registro Nacional de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la ley, se denominará REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA (R.N.E.M.P). Deben inscribirse en el Registro:

- i) Las Empresas de Medicina Prepaga definidas en el artículo 2º de la ley;



Auditoría General de la Nación

- ii) Las obras sociales comprendidas en el artículo 1º de la Ley 23.660 y sus modificatorias, y las entidades adheridas o que en el futuro se adhieran como Agentes del Seguro al Sistema Nacional del Seguro De Salud regulado en la Ley 23.661 y sus modificaciones, que comercialicen planes de salud de adhesión voluntarios (individuales o corporativos), superadores y/o complementarios por mayores servicios médicos; y
- iii) Las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones, con los alcances del segundo párrafo del artículo 1º de la ley.

2. El Padrón Nacional de Usuarios se creará con la información proporcionada por las entidades que obligatoriamente deben inscribirse en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (R.N.E.M.P). El Padrón de Usuarios de cada entidad será exigido como recaudo formal a los fines de obtener su inscripción en el Registro.

La SSSalud establecerá las características que deberá reunir el Padrón Nacional de Usuarios y los datos de cada uno de los usuarios y los integrantes de sus respectivos grupos familiares que se deberán consignar en el padrón, determinando el sistema y periodicidad para la actualización de los mismos con la información de altas y bajas que se produzcan.

A continuación, en el inc. c) precisa la información que deberán suministrar aquellas entidades que obligatoriamente deben inscribirse, fijando un plazo de hasta TREINTA (30) días hábiles contados a partir de la fecha de la presentación de la solicitud de inscripción dentro del cual cada entidad deberá completar la información antes detallada, la que deberá ser actualizada con la periodicidad que se establezca.

Con respecto a la cancelación de la inscripción, esta procederá a pedido de las entidades o cuando deriven de la aplicación del régimen sancionatorio dispuesto en el artículo 24º, inc. c) de la ley, previa sustanciación del respectivo sumario administrativo.

Por último, se establece que la SSSalud determinará las condiciones técnicas, de solvencia financiera, de capacidad de gestión y prestacional, además de otros recaudos formales, que serán exigibles a las entidades para su inscripción en el Registro previsto en el artículo 5º, inc. b) de la ley.

En el inc. e) se dispone el control del cumplimiento de los recaudos exigidos a las entidades para obtener su inscripción, la que será dispuesta por acto del Superintendente



Auditoría General de la Nación

de Servicios de Salud e implicará la autorización para funcionar como EMP, debiendo dejarse constancia de tal implicancia en el respectivo acto resolutivo.

Ninguna entidad sin autorización para funcionar como EMP, podrá brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa. De comprobarse fehacientemente el incumplimiento de esta disposición, la SSSalud lo pondrá en conocimiento de las autoridades competentes y procederá a formular la denuncia penal si correspondiere.

f) En oportunidad de solicitar su inscripción en el Registro, las entidades deberán presentar, para fiscalización y autorización de la SSSalud, los modelos de contratos a suscribir con los usuarios, en todas las modalidades de contratación y planes, en los términos del artículo 8º de la ley. La SSSalud resolverá dentro de los TREINTA (30) días hábiles inmediatos a su presentación la aprobación, observaciones o rechazo de los modelos contractuales referidos.

Con el dictado de la Resolución 55/2012 - SSS se fijan las normas de procedimiento para la inscripción y se establece en el art. 3º que *“Durante el período comprendido entre la fecha de inicio del trámite y la fecha del acto resolutivo que admita o rechace la solicitud, la inscripción de las entidades solicitantes revestirá carácter de ‘Provisoria’, quedando facultadas a continuar funcionando mediante una autorización también ‘Provisoria’ cuyo vencimiento operará indefectiblemente en la fecha del acto resolutivo mencionado”*.

En el Anexo I, punto 1.4. se instituye el procedimiento de inscripción por vía electrónica, efectuando la carga de datos se emite automáticamente una constancia asignando un turno con indicación de la documentación a presentar y el número de inscripción provisoria de la entidad.

La documentación a presentar, detallada en el Anexo II, será evaluada por las áreas técnicas pertinentes del organismo que emitirán un *“Informe Técnico”* respecto del cumplimiento de los recaudos exigidos por la normativa vigente para obtener la Inscripción en el RNEMP. Cuando surgieren observaciones para formular sobre la documentación y/o cualquier otra cuestión relativa a los recaudos a cumplimentar para



Auditoría General de la Nación

obtener la inscripción, se cursará intimación a la entidad para que subsane las observaciones en el plazo que a tal efecto se estipule (el que no podrá ser mayor a diez días hábiles), bajo apercibimiento de dictar acto resolutivo disponiendo el rechazo de la inscripción. De obtener informe favorable, se remitirán las actuaciones a la Gerencia de Asuntos Jurídicos para la emisión del dictamen pertinente de control de legalidad.

Con dictamen favorable, se emitirá acto resolutivo disponiendo la inscripción de la entidad y la emisión del respectivo certificado en el que se hará constar el número de registro de Inscripción que será adjudicado en el mismo acto, con la consecuente publicación en la página web de la SSSalud y en el Boletín Oficial.

El art. 5° de la Resolución 55/2012 - SSS, dispone que las entidades que hubieren iniciado actividades con anterioridad a la fecha de publicación de la misma, deben iniciar el trámite de inscripción antes del día 6 de marzo de 2012. No obstante, previo a la fecha de cierre de inscripción por la Resolución 174/2012 - SSS se prorroga para el 16 de marzo de 2012.

Con relación a la presentación del Padrón de Beneficiarios y el Listado de Efectores (puntos 3.1 y 3.7 del Anexo II de la Resolución 55/2012 - SSS) la Resolución 470/2012 - SSS estableció como fecha el día 30 de junio de 2012 pero la Resolución 595/2012 - SSS prorrogó hasta el día 31 de julio de 2012. Con el dictado de la Resolución 353/2016 - SSS y su rectificatoria 355/2016 - SSS – ambas abrogadas a posteriori del periodo auditado por el art. 10° de la Resolución 1950/2021 - SSS - se dispuso que las entidades que hayan iniciado el trámite de inscripción deberán presentar el Padrón de Usuarios actualizado cuatrimestralmente estableciéndose el día 31/10/2016 como fecha límite para dar cumplimiento a la primera entrega (art. 2°) y se relevó del cumplimiento de la obligación de informar el Listado de Efectores Prestacionales a las entidades que hayan iniciado o inicien en lo sucesivo el trámite de inscripción (art. 5°).

Finalmente, la Resolución 132/2018 - SSS establece un plazo máximo de TREINTA (30) días corridos de publicada, como límite para que aquellos sujetos que hubieren iniciado actividades con anterioridad a la fecha de publicación de la Resolución 55/2012 - SSS, puedan iniciar el trámite de inscripción en el RNEMP, considerando que *“ha transcurrido el tiempo suficiente para que todas las entidades ajustarán su actividad al marco regulatorio, correspondiendo dar por concluida la etapa de regularización “provisoria” y estableciendo al efecto un último y perentorio plazo a partir del cual no*



Auditoría General de la Nación

podrán funcionar sin autorización definitiva”. Asimismo, se deroga el art. 3º de la Resolución 55/2012 - SSS, por lo cual no podrán realizar actividades aquellas personas físicas o jurídicas que no posean la autorización definitiva por parte de la SSSalud, con la única excepción de las que contasen con autorización provisoria y hasta tanto se acepte o rechace su solicitud de inscripción.

Con relación a las nuevas inscripciones, dispone el art. 3º que *“las Entidades de Medicina Prepaga que inicien el procedimiento de inscripción deberán cumplimentar la totalidad de los requisitos previstos en la normativa aplicable y obtener la autorización para funcionar en forma previa a la comercialización de planes de salud a potenciales usuarios”*, imponiendo en el caso de incumplimiento, las sanciones previstas en la Ley 26.682, sin perjuicio de proceder también conforme lo indica el art. 5º, inc. e), segundo párrafo, del Decreto reglamentario 1993/2011.

Con relación a la modificación introducida por la Resolución 132/2018 - SSS, es dable mencionar que del análisis de la información suministrada surge que todas las solicitudes de inscripción son anteriores a su entrada en vigencia (la última solicitud ingresada es la RNEMP N° 318.082 del 09/08/2018).

Por último, debe destacarse que se pusieron en funcionamiento diferentes áreas operativas de carácter transitorio para la gestión y coordinación de las acciones vinculadas con los trámites y presentaciones realizados por las EMP.

Para el periodo auditado se encontraba vigente la Resolución 1321/2012 - SSS que dispuso que las presentaciones, requerimientos y trámites relacionados con los sujetos y usuarios alcanzados por la Ley 26.682 debían canalizarse a través de la *“Oficina Recepción Ley 26.682”* el ámbito de la SGE.

Posteriormente, la Resolución 1842/2019 - SSS crea la Unidad de Coordinación de Registro y Normativa de la Ley 26.682, en el ámbito de la GGE con el objeto de analizar y evaluar de manera integral la situación del RNEMP a los efectos de optimizar procesos, regularizar cuestiones pendientes de registración, promover actualizaciones de la normativa aplicable y contribuir a un mejor contralor de la actividad regulada, en beneficio de sus afiliados y deroga las unidades operativas creadas por las Resoluciones 1386/2011 - SSS, 471/2012 - SSS, 1152/2012 - SSS y 1321/2012 - SSS.

Se establece en el art. 3º que tendrá, entre sus funciones, la coordinación de las acciones de las distintas áreas del organismo de acuerdo con sus competencias



Auditoría General de la Nación

asignándole “*el deber de verificar la situación registral de las entidades incluidas en el Registro y proponer las medidas necesarias para completar los requerimientos faltantes en cada caso, alcanzar el registro definitivo de las entidades que cuentan con registros provisorios y procesar las bajas de entidades que así lo hayan requerido y/o no se encuentren funcionando*”.

La Unidad se puso a cargo del titular de la GGE y se definió que tendría un Coordinador Operativo (art. 4º).

4. En torno a la adecuada protección de los derechos de los usuarios de Entidades de Medicina Prepaga en el territorio nacional

5. Ley 26.682, art. 5º, inc. j), estipula que se debe “*Disponer de los mecanismos necesarios en cada jurisdicción para recibir los reclamos efectuados por usuarios y prestadores del sistema, referidos a condiciones de atención, funcionamiento de los servicios e incumplimientos*” y el Decreto Reglamentario establece que “*La Superintendencia de Servicios de Salud dictará las normas que resulten pertinentes relacionadas con la facultad de impartir instrucciones, fijar criterios y señalar los procedimientos que determinen las reglas aplicables a la atención al usuario, trámite de peticiones y reclamos por incumplimiento del servicio*”.

Para la gestión de los reclamos de los usuarios, la Resolución 75/1998 - SSS con el fin de garantizar la celeridad y asegurar los derechos de los reclamantes, instaura un procedimiento sumarisimo de formulación y solución de reclamos frente a hechos o actos de los Agentes del Seguro de Salud (ASS) que afecten o que puedan afectar la normal prestación médico asistencial de los usuarios. Con la sanción de la Ley 23.682 se hizo aplicable a las Entidades de Medicina Prepaga (Resolución 1319/2011 - SSS).

La Resolución 1422/2014 - SSS implementa la Notificación Electrónica obligatoria como medio fehaciente a los Agentes del Seguro de Salud y a las Entidades de Medicina Prepaga, la Resolución 777/2014 - SSS y sus ratificaciones, delega en el Gerente de Atención y Servicios al Usuario del Sistema de Salud la suscripción de las disposiciones que se dicten en el marco de los reclamos iniciados y la Resolución 1614/2020 - SSS declara sensibles los datos personales contenidos en las actuaciones por las que tramitan los reclamos.



Auditoría General de la Nación

Con el dictado de la Resolución 155/2018 - SSS, se reformula el procedimiento disponiéndose la adopción de acciones ordenadoras necesarias para la celeridad, economía, sencillez y eficacia del procedimiento administrativo, adoptando un medio de resolución alternativa consistente en realizar audiencias entre las partes involucradas a efectos de posibilitar una resolución alternativa y de forma voluntaria al reclamo, garantizando la celeridad del procedimiento administrativo, aprobándose en el Anexo II un nuevo “*Formulario de Reclamo – Resolución 75/98*”.

6. Sobre la descentralización del sistema, en relación a la consolidación de la presencia institucional en el territorio nacional de manera eficiente, eficaz y accesible al usuario

La SSSalud tiene representación en el territorio nacional a través de las Sedes, siendo responsabilidad de la Gerencia de Delegaciones y de Articulación de los Integrantes del Sistema de Salud impulsar todas las acciones tendientes a la integración de los distintos Sistemas de Servicios de Salud existentes en la República Argentina y supervisar el funcionamiento de las Delegaciones en el interior del país debiendo mantener a través de la Subgerencia de Delegaciones una comunicación permanente, recibir las presentaciones y reclamos que se efectúen antes las sedes y coordinar las auditorías que deba realizar la SSSalud, dentro del ámbito de su jurisdicción.

Los reclamos recibidos ingresan por CAV-CAP-CAT (Centros de atención virtual, presencial o telefónica) y son tramitados por las Sedes hasta concluir la “*1era. Instancia*”, conforme lo dispuesto por la Resolución 75/1998 - SSS, por falta de respuesta favorable de la entidad y ante el pedido de continuidad del usuario se efectúa la apertura de la “*2da. Instancia*” que se tramita desde la Sede Central, siendo responsabilidad de la Coordinación de Asistencia a las Delegaciones asistir en la recepción y el procesamiento de las presentaciones y reclamos y coordinar con la Subgerencia de Servicios al Usuario del Sistema de Salud el seguimiento y la resolución de las presentaciones y reclamos que efectúen los usuarios en las Delegaciones.



Auditoría General de la Nación

ANEXO C -ORGANIGRAMA





Auditoría General de la Nación

ANEXO D - RESOLUCIONES DICTADAS CON DOCUMENTACION INCOMPLETA

1. Resolución 678/2015 - SSS- HOSPITAL ALEMÁN: se la intima a completar, dentro del término de 60 (SESENTA) días, la documentación relativa a las certificaciones exigidas por el artículo 3° del Decreto reglamentario 1993/2011 respecto de todas las personas designadas como titulares, fundadores, directores, administradores, miembros de los consejos de vigilancia, síndicos, liquidadores o gerentes de la entidad (art. 4°) y a presentar, dentro del término de 30 (TREINTA) días, el modelo de contrato a suscribir con sus usuarios, ajustado a los términos de la normativa vigente (art. 5°). **-Cumplimiento parcial:** Pendiente de cumplimiento la presentación del modelo de contrato a suscribir con sus usuarios. Se encuentra agregada la documentación relativa a las certificaciones exigidas por el art. 3° del Decreto reglamentario 1993/2011 respecto de todas las personas designadas como titulares, fundadores, directores, administradores, miembros de los consejos de vigilancia, síndicos, liquidadores o gerentes de la entidad.

2. Resolución 679/2015 - SSS - ASOCIACIÓN MUTUAL SANCOR: se la intima a presentar, dentro del término de 30 (TREINTA) días, el modelo de contrato a suscribir con sus usuarios, ajustado a los términos de la normativa vigente (art. 4°). **-No consta que se haya dado cumplimiento a la intimación.**

3. Resolución 690/2015 - SSS - MEDICUS SA: se la intima a presentar, dentro del término de 30 (TREINTA) días, el modelo de contrato a suscribir con sus usuarios, ajustado a los términos de la normativa vigente (art. 4°). **Cumplimiento a la intimación efectuada.**

4. Resolución 805/2015 - SSS -SOCIEDAD ITALIANA DE BENEFICENCIA EN BUENOS AIRES (Hospital Italiano): se la intima a presentar, dentro del término de 30 (TREINTA) días, el modelo de contrato a suscribir con sus usuarios, ajustado a los términos de la normativa vigente. **No consta que se haya dado cumplimiento a la intimación.**

5. Resolución 816/2015 - SSS - HOSPITAL BRITANICO DE BUENOS AIRES (Asociación Civil): se la intima a completar, dentro del término de 60 (SESENTA) días, la documentación relativa a las certificaciones exigidas por el artículo 3° del Decreto



Auditoría General de la Nación

reglamentario 1993/2011 respecto de todas las personas designadas como titulares, fundadores, directores, administradores, miembros de los consejos de vigilancia, síndicos, liquidadores o gerentes de la entidad (art. 4º) y a presentar, dentro del término de 30 (TREINTA) días, el modelo de contrato a suscribir con sus usuarios, ajustado a los términos de la normativa vigente (art. 5º). **Se presenta, contesta y fundamenta su imposibilidad de cumplimiento por ser una Asociación Civil. No se expide la SSSalud.**

6. Resolución 844/2015 - SSS - APRES SA: se la intima a completar, dentro del término de 60 (SESENTA) días, la documentación relativa a las certificaciones exigidas por el artículo 3º del Decreto reglamentario 1993/2011 respecto de todas las personas designadas como titulares, fundadores, directores, administradores, miembros de los consejos de vigilancia, síndicos, liquidadores o gerentes de la entidad (art. 4º) y a presentar, dentro del término de 30 (TREINTA) días, el modelo de contrato a suscribir con sus usuarios, ajustado a los términos de la normativa vigente (art. 5). **Cumple con la intimación y presenta la documentación requerida.**

7. Resolución 1000/2015 - SSS - VITA`S SA: se la intima a presentar, dentro del término de 30 (TREINTA) días, el modelo de contrato a suscribir con sus usuarios, ajustado a los términos de la normativa vigente (art. 4º). **Cumple con la intimación y presenta la documentación requerida.**

8. Resolución 1200/2015 SSS - MEDICINA PREPAGA HOMINIS S.A.: se la intima a presentar, dentro del término de 30 (TREINTA) días, el modelo de contrato a suscribir con sus usuarios, ajustado a los términos de la normativa vigente (art. 4º). **Cumple con la intimación y presenta la documentación requerida.**

9. Resolución 134/2016 - SSS – OMINT S.A. DE SERVICIOS: se la intima a presentar, dentro del término de 30 (TREINTA) días, el modelo de contrato a suscribir con sus usuarios, ajustado a los términos de la normativa vigente (art. 4º). Se presenta y manifiesta falta de reglamentación sobre el modelo de Contrato a suscribir con los Usuarios.



Auditoría General de la Nación

ANEXO E - RESOLUCIONES DE AUTORIZACIÓN DE INCREMENTO DEL VALOR DE LAS CUOTAS

CUADRO 1. DETALLE DE LAS RESOLUCIONES DE AUTORIZACIÓN DEL PERIODO:

Nº Resolución SSS	Requirente	Porcentaje requerido	Informe SSSalud	Informe Secretaria de Comercio	Autorizado	Tipo de aumento
613/2017	Gerencia de Gestión Estratégica	11%	-	Sugiere autorizar 6% en julio y 5% en agosto	6% en julio y 5% en agosto	General
1050/2017	SWISS MEDICAL	8% en septiembre y 7% en octubre	Sugiere 5% en septiembre y 5% en octubre	Único aumento 5% en septiembre y desestima el 5% de octubre	5% en septiembre	General
1975/2017	SWISS MEDICAL	12,82% en diciembre	6% en diciembre	6% en diciembre	6% en diciembre	General
2479/2017	OSDE	4% en febrero	4% en febrero	4% en febrero	4% en febrero	General
798/2018	SWISS MEDICAL	15%	7,5% en junio	7,5% en junio	7,5% en junio	General
	HOSPITAL BRITÁNICO	8% en mayo y 6% en agosto				
	HOSPITAL ITALIANO	8% en mayo y 6,5% en junio				
1239/2018	MEDICAL'S	Entre 15% y 25% anual	7,5% en agosto	7,5% en agosto	7,5% en agosto	General
	HOSPITAL ITALIANO	26,88% a partir de julio				



Auditoría General de la Nación

1780/2018	MEDICINA ESENCIAL	12% en octubre	8% en octubre	8% en octubre	8% en octubre	General
	OMINT	28,7% en octubre				
262/2018	CEMIC	29,1%	8,5% diciembre	8,5% en diciembre	8,5% en diciembre	General
	HOSPITAL BRITÁNICO	19,4% a partir de diciembre				
	OMINT	25,7%				
	MEDICUS	21,7%				
	MEDIFÉ	23,8% entre diciembre y marzo				
933/2018	HOSPITAL ITALIANO	31,4%	Sugiere 5% en febrero 2019	Sugiere 5% febrero 2019	5 % en febrero	General
	OMINT					
592/2019	HOSPITAL BRITÁNICO	12,5% a abril	7,5% a partir de mayo 2019	N/A	7,5% en mayo	General
	MEDICUS	9,3 % a mayo				
	HOSPITAL ITALIANO	51% anual				
	APRES SA	19% a marzo				
	SANCOR SALUD	26,52%				



Auditoría General de la Nación

	CORP. ASIST. SA,	13% a abril				
	CEMIC	10% abril y 10 en junio				
872/2019	STAFF MÉDICO	25% en mayo para resto del año	5,5% a partir de julio, 6% a partir de agosto y 6% a partir de septiembre	N/A	17,5% desdoblado en 3, 5,5% a julio, 6% agosto y 6% a partir de septiembre	General
	SANCOR SALUD	26,52%				
	HOSPITAL BRITÁNICO	20% en julio				
	MEDICUS	27% anual				
1701/2019	SWISS MEDICAL	33,61% de octubre a diciembre	4% en octubre y 4% en noviembre	N/A	4% a partir del 1 de octubre y hasta 4% adicional y acumulativo a partir del 1 de noviembre	General
	MEDICUS	8,1%				



Auditoría General de la Nación

ANEXO F - REMISIÓN DEL PADRÓN DE USUARIOS

Entidades Activas: (Cumplimiento menor al 10%)

	1° CUATRIM.		2° CUATRIM.		3° CUATRIM.		1° CUATRIM.		2° CUATRIM.		3° CUATRIM.	
	2017-04		2017-08		2017-12		2018-04		2018-08		2018-12	
EMP ACTIVAS	726		726		726		726		726		726	
Presentaron	44	6,06%	57	7,85%	48	6,61%	43	5,92%	47	6,47%	52	7,16%
NO presentaron	682	93,94%	669	92,15%	678	93,39%	683	94,08%	679	93,53%	674	92,84%

	1° CUATRIM.		2° CUATRIM.		3° CUATRIM.	
	2019-04		2019-08		2019-12	
EMP ACTIVAS	726		726		726	
Presentaron	35	4,82%	39	5,37%	45	6,20%
NO presentaron	691	95,18%	687	94,63%	681	93,80%

Entidades con Inscripción Definitiva (usuarios informados por cuatrimestre):

	2017	2017	2017	2018	2018	2018	2019	2019	2019	% de cumplimiento
Hospital Alemán	2.207*	24.473	53.530	50.308	50.162	45.791	46.115	45.978	46.050	100
Hospital Británico de Bs. As.	35.914	33.748	34.337	34.561	34.629	34.652	34.717	34.685	34.761	100



Auditoría General de la Nación

Vita`S SA	9.071	3.933	8.718	8.571	8.624	8.423	7.999	8.140	7.953	100
Medifé Asoc. Civil	-	282.585	298.233	298.932	301.818	296.861	277.214	263.338	252.403	88,89
Asoc. Mutual Sancor	336.774	336.400	355.772	352.947	364.867	377.604	377.583	-	378.824	88,89
Soc. Italiana de Benef. en Bs. As.	-	126.399	133.889	-	-	167.640	167.819	168.172	168.616	66,67
Medicus SA	-	-	-	-	-	175.749	-	-	-	11,11
Apres SA	-	169*	-	-	-	-	-	-	-	11,11
Medicina Prepaga Hominis S.A.	-	-	-	-	-	-	-	-	71.556	11,11
Omint S.A. de Servicios	2.083	-	-	-	-	-	-	-	-	11,11

Entidades con Inscripción Provisoria:

	2017	2017	2017	2018	2018	2018	2019	2019	2019	% de cumplimiento
OSDE	2.109.907	-	-	2.094.150	2.167.308	-	-	-	-	33,33
SWISS MEDICAL S.A.	-	-	-	-	-	175*	842.079	897.850	842.091	44,44
GALENO ARGENTIN A S.A.	-	-	-	-	-	592.426	-	-	-	11,11

*Con relación a la consistencia de la información -cantidad de usuarios- se advierte que difiere en algunos casos de manera sustancial; al respecto la Gerencia de Sistemas de Información manifestó que se debe a errores en el control de subida de la información por parte de las Entidades.



Auditoría General de la Nación

ANEXO G - DETALLE DEL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA EVALUADA

M	Memorias	Informe de Auditor	Informes de Comisión Revisora de Cuentas	Actas de Asamblea	Actas del órgano de Administración	Cantidad de Beneficiarios
M1	0	1	0	0	0	0
M2	0	1	0	0	0	0
M3	0	1	0	0	0	0
M4	0	1	0	0	0	0
M5	1	1	1	0	1	1
M6	1	1	1	0	0	0
M7	0	1	0	0	0	0
M8	0	1	0	0	0	0
M9	1	1	1	0	0	1
M10	1	1	1	1	1	1
M11	1	1	1	1	1	1
M12	1	1	1	0	1	1
M13	1	1	1	1	1	1



Auditoría General de la Nación

	M14	1	1	1	1	0	1
	M15	1	1	0	1	0	1
	M16	0	0	0	0	0	0
	M17	1	1	1	0	1	0
	M18	1	1	0	0	0	0
	M19	0	1	1	0	0	0
	M20	1	1	1	1	1	1
	M21	1	1	1	1	1	1
	M22	1	1	1	1	1	1
	M23	1	1	1	1	1	1
	M24	1	1	1	1	1	1
	M25	0	1	0	0	0	0
	M26	0	0	0	0	0	0
	M27	0	0	1	1	1	1
	M28	1	1	1	0	1	1
		17	25	17	11	13	15
%	SI	60,71	89,29	60,71	39,29	46,43	53,57



Auditoría General de la Nación

	NO	39,29	10,71	39,29	60,71	53,57	46,43
--	----	-------	-------	-------	-------	-------	-------

*En gris se exponen los 6 EECC en los que la Subgerencia de Control Económico Financiero de Medicina Prepaga no realizó informe de monitoreo y se verificó la información a partir del análisis de los Balances presentados.



Auditoría General de la Nación

ANEXO H - DETALLE DE LOS EXPEDIENTES DE RECLAMOS ANALIZADOS

Del análisis de la muestra de 97 expedientes surgen las siguientes consideraciones:

El 35.02% (34 expedientes). Se dictó la Disposición favorable al usuario y se ha verificado el cumplimiento de la entidad: Muestras 4, 10, 12, 16, 17, 18, 23, 28, 29, 30, 33, 35, 36, 39, 44, 47, 48, 49, 51, 55, 57, 59, 63, 64, 65, 68, 75, 76, 77, 78, 80, 84, 90, 96.

El 35.02% (34 expedientes). Se dictó la Disposición favorable al usuario, con incumplimiento de la entidad, pese a encontrarse debidamente intimada. Muestras: 3, 6, 11, 14, 19, 21, 22, 25, 27, 31, 32, 34, 37, 38, 41, 46, 52, 58, 60, 61, 62, 67, 69, 70, 74, 79, 81, 82, 83, 87, 88, 92, 94, 97.

El 4.12% (4 expedientes) no fue tramitado el reclamo, solo consta la carátula de inicio, la documentación y algún pase interno, pero sin consecución. Muestras: 1, 15, 43, 93.

El 7.21% (7 expedientes) se resolvió por acuerdo de las partes o por cumplimiento de la entidad sin llegar al dictado de la Disposición. Muestras: 5, 13, 20, 24, 42, 53, 72.

El 18.55% (18 expedientes) se remitieron al archivo sin ser resueltos. Muestras: 2, 7, 8, 9, 26, 40, 45, 50, 54, 56, 66, 71, 73, 85, 86, 89, 91, 95.

El 77.31% (75 expedientes) de los reclamos presentan demoras significativas en la tramitación. Muestras: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 37, 38, 39, 40, 41, 45, 47, 48, 49, 50, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 65, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97.

El 72.16% (70 expedientes), tienen el Estado desactualizado en el Sistema que es utilizado con fines estadísticos, estando cargados en “*en trámite - 2º instancia*” mientras que la gestión del mismo llevada en GDE ha llegado hasta la remisión a la guarda temporal para su archivo. Muestras: 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19,



Auditoría General de la Nación

20, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 35, 36, 39, 40, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52,
53, 54, 55, 56, 58, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 75, 76, 78, 80, 82, 83, 84, 85, 86,
89, 90, 91, 94, 95, 96.



Auditoría General de la Nación

ANEXO I - DESCARGO DEL AUDITADO



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

Nota

Número: NO-2023-74057165-APN-SSS#MS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Miércoles 28 de Junio de 2023

Referencia: Respuesta Nota N° 106/23—AGO2

A: Dr. Juan Ignacio FORLON (AUDITORIA GENERAL DE LA NACIÓN),

Con Copia A:

De mi mayor consideración:

Visto el requerimiento efectuado mediante Nota N° 106/23—AGO2, recaída en el marco de la actuación N° 228/19-AGN esta Superintendencia cumple en remitir las aclaraciones y/o comentarios correspondientes a los hallazgos detectados por esta Auditoría General de la Nación, las cuales se acompañan como archivo embebido a la presente.

Sin otro particular saluda atte.

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2023.06.28 19:21:16 -03:00

Daniel Alejandro Lopez
Superintendente
Superintendencia de Servicios de Salud

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2023.06.28 19:21:17 -03:00



Auditoría General de la Nación

ANEXO - NO-2023-74057165-APN-SSS#MS
Respuesta Nota N° 106/23—AGO2

28/06/2023

Aclaraciones y/o comentarios correspondientes a los hallazgos detectados por esta Auditoría General de la Nación, a saber:

4.1. Incremento en el valor de las cuotas que abonan los usuarios

En cuanto a los hallazgos mencionados en el punto 4.1 del proyecto de informe de auditoría de la AGN, corresponde señalar, en lo que refiere al procedimiento de autorización de aumentos de cuota, que existiría una diferencia de interpretación entre lo aplicado por este organismo y lo observado por la autoridad auditora.

En efecto, se endilga que no se cumplió el procedimiento de control establecido para autorizar el incremento del valor de las cuotas que abonarán los usuarios y, en particular, que no se otorgaron aumentos en forma individual de acuerdo con las modificaciones dispuesta por el Decreto N° 66/2019.

Lo cierto es que se han considerado procesos distintos. El artículo 5°, inciso g, del Decreto N° 1993/2011 (modificado según Decreto N° 66/2019), establece, en primer lugar, que "Las cuotas que deberán abonar los usuarios se autorizarán conforme las pautas establecidas en el artículo 17".

Seguido a ello, agrega que "Las entidades que pretendan aumentar el monto de las cuotas que abonan los usuarios, deberán presentar en forma individual el requerimiento a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, quien deberá expedirse en un plazo máximo de CUARENTA Y CINCO (45) días, a partir de la presentación completa del trámite en la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, para elevarlo al MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL para su aprobación".

El artículo 17 del Decreto, por su parte, establece que "La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD implementará la estructura de costos que deberán presentar las entidades, con los cálculos actuariales necesarios, la verificación fehaciente de incremento del costo de las prestaciones obligatorias, suplementarias y complementarias, las nuevas tecnologías y reglamentaciones legales que modifiquen o se introduzcan en el Programa Médico Obligatorio (PMO) en vigencia, el incremento de costos de recursos humanos y cualquier otra circunstancia que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y las entidades comprendidas en la presente Reglamentación consideren que incide sobre los costos de la cuota de los planes ya autorizados".

Cabe recordar que la Ley a la cual reglamenta (Ley N° 26.682) establece en su artículo 5°, inciso g, que es función de la autoridad de aplicación "Autorizar (...) y revisar los valores de las cuotas", y en el artículo 17 que "fiscalizará y garantizará la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales. La Autoridad de Aplicación autorizará el aumento de las cuotas cuando el mismo esté fundado en variaciones de la estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgos".



Auditoría General de la Nación

ANEXO - NO-2023-74057165-APN-SSS#MS
Respuesta Nota N° 106/23—AGO2

28/06/2023

Como puede verse, las autorizaciones de cuotas no sólo pueden (ni deben) darse a pedido de una Entidad de Medicina Prepaga (EMP), sino que también este organismo se encuentra facultado para realizar evaluaciones generales de costos y autorizar aumentos a todas las EMP.

Esto es lo que se ha realizado desde la vigencia de la Ley y no constituye incumplimiento de procedimiento alguno. Si una EMP considerase insuficiente el aumento general otorgado, podría formular requerimiento individual y, si estuviera adecuadamente fundado y justificado, podría autorizársele dicho aumento, sin perjuicio de los autorizados con carácter general.

Hasta 2022, los aumentos a recomendar fueron analizados en función de una estructura de costos promedio del sector elaborada por ADECRA (Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina) y CEDIM (Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio). Cabe aclarar que desde el organismo se formula una recomendación y la normativa que implementa los aumentos se emite desde el Ministerio de Salud.

Ahora bien, en el artículo 4° la Resolución MSAL N° 867/2022, se instruyó a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD para que, conjuntamente con la DIRECCIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD, elabore un Índice de Costos de Salud que contemple la evolución de los rubros de recursos humanos, medicamentos, insumos médicos, otros insumos y gastos generales que resulten significativos para el sector, dentro del plazo de TREINTA (30) días de su entrada en vigencia.

En el artículo 5° de dicha norma se autorizaron incrementos bimestrales en el valor de las cuotas de las Entidades de Medicina Prepaga inscriptas en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP), los que "tendrán como límite máximo la variación del Índice de Costos de Salud definido en el artículo precedente".

Por la Resolución MSAL N° 1293/2022 se aprobó el citado Índice de Costos de Salud y se dispuso que fuera calculado al último día de los meses de junio, agosto y octubre de 2022, y publicado por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (artículo 2°).

El Índice de Costos de Salud establece una estructura de costos que se sustenta en CUATRO (4) parámetros o componentes: el de Recursos Humanos, que se rige por las paritarias del sector; un componente de medicamentos, que se calcula en función de la evolución de los precios de referencia que publica el Ministerio de Salud de la Nación de conformidad con lo previsto en la Resolución MSAL N° 27/2022; un componente de insumos médicos, que considera la evolución del componente "Productos medicinales, artefactos y equipos para la salud" del Índice de Precios para la División Salud (IPC Salud por Regiones Geográficas) del INDEC; y otros insumos o gastos generales, que toma en cuenta la evolución del Índice de Precios al Consumidor Nivel General (IPC Total Nacional) del INDEC.



Auditoría General de la Nación

ANEXO - NO-2023-74057165-APN-SSS#MS
Respuesta Nota N° 106/23—AGO2

28/06/2023

Posteriormente, por el artículo 1° del Decreto N° 743/22 se dispuso que, “a partir del 1° de febrero de 2023 y por el plazo de DIECIOCHO (18) meses, el incremento del valor de las cuotas -autorizado conforme las pautas establecidas en el artículo 17 de la Ley N° 26.682- de los contratos individuales de adhesión voluntaria que deberán abonar las personas afiliadas a los sujetos alcanzados por la Ley N° 26.682 e inscriptos en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP), incluidas aquellas que acceden al servicio por derivación de sus aportes obligatorios del sistema de Obras Sociales, tendrá como tope máximo el NOVENTA POR CIENTO (90 %) del Índice de Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables (RIpte) del mes inmediato anterior publicado. Esta medida se aplicará respecto de los y las titulares contratantes que posean ingresos netos inferiores a SEIS (6) Salarios Mínimos, Vitales y Móviles”.

A su vez, el artículo 1° de la Resolución MSAL N° 2577/2022 autorizó, a partir del 1° de febrero de 2023, “incrementos mensuales en el valor de las cuotas de las Entidades de Medicina Prepaga inscriptas en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP) conforme la última variación publicada del Índice de Costos de Salud aprobado por el artículo 1° de la Resolución N° 1293/22 del MINISTERIO DE SALUD, por el plazo y con los topes establecidos en el artículo 1° del Decreto N° 743/22”.

En el artículo 4° de dicha Resolución, se instruyó también a esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD que publique, “de manera simultánea con el Índice de Costos de Salud, el Índice de Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables (RIpte), el valor resultante de la aplicación del artículo 1° del Decreto N° 743/22 y el valor correspondiente a SEIS (6) salarios mínimos, vitales y móviles”.

Los valores del Índice de Costos de Salud y sus topes se encuentran disponibles en <https://www.argentina.gob.ar/sssalud/transparencia-activa-superintendencia-de-servicios-de-salud/indice-de-costos-de-salud>.

Por consiguiente, existe actualmente un nuevo proceso reglado por el cual se autorizan aumentos generales periódicos a las EMP. Esto no impide que cualquiera de ellas solicite aumentos a título individual si acreditase que los aumentos generales le resultan insuficientes.

No obstante, ninguna EMP ha acreditado a la fecha que los aumentos generales, tanto los otorgados en la época previa a la vigencia del Índice de Costos de Salud como los posteriores a éste, fueran insuficientes para su situación particular.

Corresponde poner de resalto que los aumentos de mención representan límites máximos autorizados, pudiendo las EMP aplicar porcentajes menores o no aplicar aumentos.

Por último, se cuestiona que los aumentos otorgados por no contaron con la intervención previa del Consejo Permanente de Participación del artículo 27 de la Ley N° 26.682.

Al respecto, existe un claro error de concepto, ya que la Ley en ningún momento previó la intervención del citado Consejo para la determinación de aumentos de cuota.



Auditoría General de la Nación

ANEXO - NO-2023-74057165-APN-SSS#MS
Respuesta Nota N° 106/23—AGO2

28/06/2023

Conforme surge del artículo 27 del Decreto N° 1993/2011, se previó que "El CONSEJO PERMANENTE DE CONCERTACION funcionará como paritaria periódica a los efectos de la actualización de los valores retributivos".

Ahora bien, ni las cuotas de servicios de medicina prepaga constituyen propiamente "valores retributivos" ni se encuentran sometidas a negociación paritaria (precisamente, como fue señalado en los párrafos previos, existe un régimen completamente distinto para su determinación)

La referencia contenida en el artículo 27 debe entenderse referida a los prestadores de las EMP y no guarda relación con las autorizaciones de aumento de cuota.

4.1.3. La SSSalud no implementó la estructura de costos que deben presentar las Entidades de Medicina Prepaga.

Se informa que como acción correctiva esta Superintendencia de Servicios de Salud dictó la Resolución 151/2022 – SSSALUD, por medio de la cual se implementó la herramienta para que las Entidades de Medicina Prepaga presenten sus balances generales anuales con la inclusión de una estructura de costos determinada por esta autoridad de aplicación.

4.2.3. El organismo auditado no designó síndicos, auditores y veedores en las Entidades de Medicina Prepaga como lo establece la normativa al efecto.

Mediante la Resolución 1950/2021 – SSSALUD, se aprobó la tipificación de las Entidades de Medicina Prepaga en función a 3 parámetros, siendo las Tipo A las principales del mercado, que comercializan planes integrales y tienen más de 50.000 afiliados. En el artículo 6° de la mencionada resolución, se instruye a designar síndicos, auditores y veedores de las Entidades Tipo A. Las SSSalud lo realizó en las 16 entidades tipificadas como A que representan el 86% del padrón.

4.2.4. Se verificó una escasa actividad de control del auditado sobre las Entidades de Medicina Prepaga evidenciando un estado crítico del sistema de contralor que permita constatar las condiciones técnicas, la capacidad de gestión y la solvencia financiera de las mismas.

En el cuadro que se detalla a continuación se informan las presentaciones y controles efectuados por la Gerencia de Control Económico Financiera a partir del año 2020. Si bien el periodo auditado y el hallazgo observado por la Auditoría es previo se informa como acción correctiva por parte del Organismo, hasta mayo del corriente año demostrando un incremento notable.



Auditoría General de la Nación

ANEXO - NO-2023-74057165-APN-SSS#MS
Respuesta Nota N° 106/23—AGO2

28/06/2023

Presentación y Control de EE.CC.						
	2020	2021	2022	Cumplimiento 2022	2023 (Mayo)	Cumplimiento 2023 (Mayo)
EMP inscriptas	726	698	443		443	
EECC Presentados	113	153	228	51,5%	119	26,9%
Informes de monitoreo	79	75	130	57,0%	64	53,8%
Verificaciones y auditorías	12	12	24		13	

Notas:

En los 2020 y 2021 se consideró el total de EMP inscriptas en el RNEMP.

En los años 2022 y 2023 (mayo) se consideró el total de EMP Tipificadas.

112 EMP Tipificadas como C, es decir, comercializan exclusivamente planes parciales.

En el año 2022 se estableció un criterio de riesgo económico financiero para incluir las EMP en el plan de Verificación. Y se incluyó a la totalidad de las Tipo A (16).

Cumplimiento de informes de monitoreo se realiza sobre lo presentado

A su vez, mediante la resolución 151/2021 a través de la plataforma de Trámites a Distancia, en conjunto con la presentación del balance general anual se solicita el informe del auditor, memoria, actas de asamblea, actas de los órganos de administración y la cantidad de beneficiarios mediante el aplicativo.

4.2.6. No se aplicaron sanciones a las Entidades de Medicina Prepaga que no cumplen con la obligación de presentación de EE.CC

Si bien es cierto que durante 2017 y 2019 no se iniciaron sumarios contra EMP, también es cierto que luego se realizaron los siguientes sumarios:

EXP	Prepaga	Inicio
EX-2018-11779846- - APN-GCEF#SSS	PREPASA S.A. PRESTADORA PARA LA SALUD	RESOL-2021- 977-APN- SSS#MS
EX-2018-12022256- - APN-GCEF#SSS	USINA POPULAR COOPERATIVA DE OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS Y SOCIALES LTDA. DE NECOCHEA	RESOL-2021- 978-APN- SSS#MS
EX-2018-13168026- - APN-GCEF#SSS	MUTUAL DE DIRECTIVOS, EX DIRECTIVOS, FUNCIONARIOS, EX FUNCIONARIOS DE MUTUALES DE BANCOS PRIVADOS DE LA RA	RESOL-2021- 991-APN- SSS#MS



Auditoría General de la Nación

ANEXO - NO-2023-74057165-APN-SSS#MS
Respuesta Nota N° 106/23—AGO2

28/06/2023

EX-2018-12643616- - APN-GCEF#SSS	MUTUAL DEL CIRCULO MEDICO DEL DEPARTAMENTO FEDERACION	RESOL-2021- 984-APN- SSS#MS
EX-2018-13178745- - APN-GCEF#SSS	ASOCIACIÓN MUTUAL ENTRE SOCIO DE ASER	RESOL-2021- 980-APN- SSS#MS
EX-2018-12997531- - APN-GCEF#SSS	POLICLINICO LOMAS MEDICINA PREPAGA S.A	RESOL-2021- 971-APN- SSS#MS
EX-2018-11769979- - APN-GCEF#SSS	IE EMERGENCIAS BOLIVAR S.A	RESOL-2022- 388-APN- SSS#MS
EX-2018-12026517- - APN-GCEF#SSS	AGREMIACIÓN MEDICA DE LANUS	RESOL-2022- 1495-APN- SSS#MS
EX-2018-12238388- - APN-GCEF#SSS	CLINICA ESPORA	RESOL-2021- 1191-APN- SSS#MS
EX-2018-13188025- - APN-GCEF#SSS	ASOCIACIÓN MUTUAL ENTRE EMPLEADOS MUNICIPALES Y ADHERENTES	RESOL-2022-73- APN-SSS#MS
EX-2018-12671168- - APN-GCEF#SSS	MU.SE.PE.BO.	RESOL-2022-91- APN-SSS#MS

Sin perjuicio del estado procesal de cada uno, tampoco se debe perder de vista que, a la fecha, sigue vigente el plazo del art. 4 y siguientes de la Resolución N° 607/22-SSSALUD que a continuación se transcriben:

“...ARTICULO 4°.- Los sujetos alcanzados por un procedimiento sumarial contarán con un plazo de VEINTE (20) días hábiles, contados desde la notificación del acto que ordena la instrucción del sumario, para efectuar el reconocimiento voluntario de la infracción imputada, acreditar la subsanación del hecho reprochado o que la cuestión se ha tornado abstracta y abonar el importe equivalente a MEDIO (0,5) módulo, para dar por finalizada la instrucción sumarial.

ARTÍCULO 5°.- Los sujetos que a la fecha de entrada en vigencia de la presente Resolución posean procedimientos sumariales inconclusos, por cualquier causa que fuere, con o sin



Auditoría General de la Nación

ANEXO - NO-2023-74057165-APN-SSS#MS
Respuesta Nota N° 106/23—AGO2

28/06/2023

imposición de sanciones, podrán proceder de conformidad con lo previsto en el artículo anterior por un plazo de CIENTO VEINTE (120) días desde la entrada en vigencia de la presente Resolución.

(Nota por art. 1° de la Resolución N° 1766/2022 de la Superintendencia de Servicios de Salud B.O. 9/11/2022 se prorroga el plazo previsto en el presente artículo desde su vencimiento y por el término de CIENTO OCHENTA (180) días, a contar desde la entrada en vigencia de la Resolución de referencia. Vigencia: a partir del día siguiente al de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL.)

ARTÍCULO 6°.- Los Agentes del Seguro de Salud y las Entidades de Medicina Prepaga que, por cualquier causa, posean deudas con la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, tendrán la facultad de realizar su pago voluntario con una quita del CINCUENTA POR CIENTO (50%) de los intereses devengados y en cuotas, a cuyo efecto se aplicará la tasa de interés de financiación prevista en la Resolución N° 367/10 (modificada cfr. Resolución N° 477/15)..."

4.3.1. No se cumplió con el procedimiento de inscripción ordenado por la Ley 26.682 por falta de impulso de los trámites respectivos por parte de la SSSalud.

En fecha 19/10/2018 se dicta la Resolución N° 132 del registro de esta Superintendencia de Servicios de Salud, con la finalidad de reordenar el padrón de Entidades de Medicina Prepaga. Mediante dicho acto administrativo se estableció un plazo máximo de TREINTA (30) días corridos contados a partir de su publicación (25/10/18) como plazo límite para que aquellos sujetos comprendidos en el artículo 1° de la Ley N° 26.682 (modificado por DNU N° 1991/11) que hubieren iniciado actividades con anterioridad a la fecha de publicación de la Resolución N° 55/2012-SSSALUD, puedan iniciar el trámite de inscripción en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (R.N.E.M.P.).

También se abordó la depuración del padrón mediante un procedimiento regulado a través del dictado de la Resolución 1904 de fecha 4/11/2019 para producir la baja de aquellas entidades que no registraban movimiento o verificación de cierre o cesación de actividades o estado de quiebra, y la consecuente redistribución de usuarios conforme lo dispone el artículo 5° inc. m) de la Ley N° 26.682.

4.3.7. El auditado no posee un sistema o aplicativo para el funcionamiento de RNEMP, manteniendo los expedientes desactualizados y sin digitalizar, por lo cual no resulta posible determinar el grado de cumplimiento de las Entidades de Medicina Prepaga en tiempo oportuno y de manera segura

En cuanto a lo que refiere la Auditoría General de la Nación sobre la inexistencia de un sistema u aplicativo informático para el funcionamiento del Registro Nacional de Empresas



Auditoría General de la Nación

ANEXO - NO-2023-74057165-APN-SSS#MS
Respuesta Nota N° 106/23—AGO2

28/06/2023

de Medicina Prepaga (RNEMP), cabe destacar que desde el mes de junio de 2018, existe un aplicativo informático desarrollado en conjunto por la Gerencia de Sistemas de Información y el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga, el mismo permite mantener actualizados los registros que esta SSSALUD posee de las EMP inscriptas. Este sistema permite al registro vincular la información y documentación presentada a través de los expedientes TAD, a los efectos de mantener agrupada toda la información inherente a las EMP, como ser:

- Módulo Cabecera RNEMP: en este módulo se agrupa toda la información particular y unívoca correspondiente a cada EMP.
- Módulo de planes parciales, módulo de planes integrales y módulo de planes históricos: estos módulos agrupan la información correspondiente a los planes que la EMP comercializa o ha comercializado a lo largo de su inscripción en el registro.
- Módulo autoridades: este posee la información relativa a las autoridades de las EMP.
- Módulo Documentación: en el se haya toda la información relativa a la documentación presentada ante esta SSSALUD por parte de las EMP.

Como se observa en la actualidad la SSSALUD posee un sistema que permite gestionar los datos que el RNEMP requiere a los efectos de administrar de manera eficiente y segura la información y efectuar la traza de los trámites de inscripción en el RNEMP.

Se adjuntan las siguientes imágenes a los efectos de que resulten necesarias.



Logo SSSalud: SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Logo Ministerio de Salud de la Nación: Ministerio Argentini

Barra de navegación: RNEMP GEF REPORTES CERRAR

Barra de navegación: Gerencia de Sistemas de Información

Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga

Ayuda ?

Agregar

Buscador

RNEMP	CUIT	Razón Social	Tipo entidad	Baja
				No
				No
				No
				No
				No
				No
				No



Auditoría General de la Nación

ANEXO - NO-2023-74057165-APN-SSS#MS
Respuesta Nota N° 106/23—AGO2

28/06/2023

4.3.8. No se estableció formalmente el procedimiento y la periodicidad para la actualización de la información por parte de los sujetos regulados, no existiendo un mecanismo que permita detectar de manera oportuna los incumplimientos de las Entidades de Medicina Prepaga.

Aunque con posterioridad al cierre del ejercicio correspondiente a esta Auditoría de Gestión, con la finalidad de establecer los plazos y contenido de tanto de la información como de la documentación a actualizar, mediante la Resolución N° 1950 de fecha 18/11/2021 del registro de esta Superintendencia de Servicios de Salud se dispuso la tipificación de las entidades de medicina prepaga exigiendo a las entidades que solicitaran la inclusión en cada uno de los tipos regulados a efectos de especificar la información que deberían actualizar de conformidad con la tipología en la que quedaran incluidas.

A dichos fines y con carácter de DDJJ las entidades tenían un plazo de 90 días a fin de informar: a) Nombre de la Entidad: b) N° de RNEP (definitivo o provisorio): c) CUIT: d) Tipo en el que solicita ser incluida: e) Ámbito territorial en el que comercializa planes de salud: f) Cantidad de usuarios: g) Cápita de ingreso promedio por usuario, en el último ejercicio económico: h) Cobertura brindada.

Por su parte el artículo 5° y Anexo II de la citada Resolución, se reglamentó la presentación de:

- su padrón de usuarios actualizado;
- detalles de planes vigentes que comercializa al público en general, con sus valores correspondiente a cada franja etaria y grupo familiar, a la fecha de carga;
- Balance General de cierre de ejercicio con dictamen de contador público independiente, debidamente certificado;



Auditoría General de la Nación

ANEXO - NO-2023-74057165-APN-SSS#MS
Respuesta Nota N° 106/23—AGO2

28/06/2023

d. Estados Intermedios con Informe Profesional, o informe que contenga los ingresos percibidos, erogaciones efectuadas y que dé cuenta de los bienes afectados a la actividad y de las deudas generadas por ella, según corresponda, de conformidad con lo previsto en el artículo 5°, inciso i, del Decreto N° 1993/2011.

4.3.10. Bajo nivel de cumplimiento de las Entidades de Medicina Prepaga a la remisión cuatrimestral del Padrón de Usuarios.

Actualmente y atento el dictado de la Resolución N° 1950/21 el padrón se encuentra actualizado e informando casi la totalidad de las Entidades de Medicina Prepaga.

4.4. Protección de los derechos de los usuarios de las Entidades de Medicina Prepaga en el Territorio Nacional

4.4.1. El sistema de resolución de reclamos implementado por el auditado no otorga una protección eficiente a los derechos de los usuarios, toda vez que un alto porcentaje de los trámites permanecen sin resolución.

Se señala en primer término que, desde marzo de 2020, con la carga del Reclamo Res. 75/98, inmediatamente los analistas generan un expediente GEDE, con la finalidad de que, desde ese momento, cualquier otra Gerencia pueda tomar conocimiento del Número de expediente electrónico y su estado. Tanto si ingresa por TAD o de manera presencial o por mail.

En cuanto a lo observado en este acápite, se informa que el proceso de sustanciación del reclamo en el ámbito de GASSUS solo comprende el período en el que se cumplen las distintas etapas establecidas en la Resolución 075/98, esto es, recepción de documentación, notificaciones, recepción de respuestas y/o descargos y/o cumplimientos por parte de los agentes de salud, emisión de informe médico y con la segunda instancia, giro a la Gerencia de Control económico financiero para emisión de informe contable o a la Gerencia de Asuntos Jurídicos para la elaboración del dictamen jurídico, quedando fuera del área de incumbencia de esta GASUSS la continuación del reclamo.

Al recibir el pedido de segunda instancia automáticamente el expediente se gira a las áreas antes citadas GCEF o GAJ, saliendo de la incumbencia y/o presencia física en la GASUSS.

Con la inclusión del número de Expediente GEDE en el formulario puede continuarse o verificarse el estado del expediente generado por el reclamo.



Auditoría General de la Nación

ANEXO - NO-2023-74057165-APN-SSS#MS
Respuesta Nota N° 106/23—AGO2

28/06/2023

4.4.3. El sistema "R 75/98" no permite la vinculación del reclamo con el expediente GDE, una vez que se da apertura a la "2 Instancia" impidiendo efectuar la trazabilidad de las actuaciones

En respuesta a la observación se informa que, a partir del mes de marzo de 2020, y con motivo de las distintas exigencias impuestas por el ASPO con motivo de la PANDEMIA COVID, se modificó el procedimiento de registro de reclamos conforme los siguientes parámetros de acuerdo con la modalidad de ingreso:

A) Ingreso por TRAMITE A DISTANCIA: Los expedientes ingresan a un buzón grupal y son asignados entre los analistas de reclamos. El analista debe cargar en primer término el expediente GEDO generado por el usuario a través del TAD, en el registro de reclamos RESOLUCION 75/98, ingresando en el formulario los datos habituales, y el Número de expediente GEDO. De lo expuesto surge que ante cada reclamo iniciado por TAD desde su inicio se cuenta con un número de registro de reclamo RES 75/98 y su correspondiente Número de expediente GEDE.

B) Con el ingreso del reclamo por mail a través de consultasyreclamos@sssalud.gob.ar, o de manera presencial concurriendo con turno previo, a SEDE CENTRAL sita en MITRE 434 CABA, el equipo de administrativos registra el reclamo con un número que identifique el Reclamo 075/98. Se asignan a los analistas quienes deben en primer término caratular como expediente GEDE los reclamos recibidos y dejar constancia en el formulario Res 75/98, el número de expediente GEDE generado por ellos.

Con el nuevo sistema de registro implementado, se vincula inmediatamente el reclamo con el Expediente GEDE. Todas las áreas tienen acceso al expediente GEDE. A la fecha áreas como Secretaria General y Defensoría, también tienen acceso a la vista, no a la edición, de los Reclamos 075/98 lo que les permite conocer el número de expediente GEDE generado.

Por último se informa que el aplicativo en cuestión, tanto en el formulario de carga como en el de modificación, apartado "Reservado para la SSS", existe el campo Genera Expediente SSS, a los efectos de vincular el reclamo presentado con número de expediente GDE generado, tanto para la 1era como para la 2 da instancia del reclamo. Se adjunta imagen del mismo.

Reservado para la SSS

* Código RNOS	DENOMINACIÓN		
* Clasificación del reclamo	Fecha de envío	Fecha de recepción	Genera expediente SSS
Seleccione			
* Delegación			
Sede Central			



Auditoría General de la Nación

ANEXO - NO-2023-74057165-APN-SSS#MS
Respuesta Nota N° 106/23—AGO2

28/06/2023

4.6. Se verificaron demoras en las áreas intervinientes para la resolución de los reclamos, como asimismo se observó la remisión al archivo o guarda temporal sin comprobar el cumplimiento por parte de las Entidades de Medicina Prepaga.

4.4.7. Existe una baja sustanciación de sumarios para determinar la aplicación de sanciones ante los incumplimientos de las Entidades de Medicina Prepaga.

Respecto de las observaciones practicadas en ambos puntos, se destaca que las muestras a las que hacen referencia, no sólo no fueron remitidas a esta Coordinación oportunamente, sino que tampoco es posible determinar lo que sucede en los casos particulares, puesto que el único dato relevante brindado es la fecha de reclamo, haciendo imposible para esta Coordinación de Sumarios dar una cabal respuesta respecto de la muestra.

Sin perjuicio de lo anterior, se destaca que, previo al pedido de información de esa AUDITORÍA GENERAL DE LA NACIÓN a esta Coordinación de Sumarios en fechas 21/03/2022 y 29/03/2022 (Notas N° 38/22-GCGSNF y N° 51/22-GCGSNF respectivamente), ya se estaba trabajando en una modificación a la Resolución 156/18-SSSALUD para darle otro enfoque a los sumarios realizados y a realizar, hecho que culmina con el dictado de la Resolución 607/22-SSSALUD.

Si bien en el informe recibido mediante Nota N° NO-2023-58177249-APN-SG#SSS, en su página 64, sólo se dice que la Resolución N° 607/22 deroga la N° 156/18; a consideración de esta Coordinación de Sumarios, la mera modificación/derogación de la norma ya es una acción correctiva en sí conforme a los argumentos que a continuación se exponen:

Mediante el EX-2022-05210263-APN-GGE#SSS, caratulado el 18/01/2022, se inician las actuaciones para modificar las Resoluciones Nros. 77/98, 1379/10, 1515/10 y 156/18 de esta Superintendencia (todas ellas referidas al Procedimiento Sumarial y a la cuantificación de sanciones contra las Obras Sociales y las Entidades de Medicina Prepaga).

Aunque aún no se pueden evaluar cabalmente las bondades de dicha norma (puesto que se encuentra aún vigente el plazo otorgado por el art. 4 y siguientes de dicha norma) ya es positiva la unificación de criterios de procedimientos y de cuantificación de multas, resultando así de mayor facilidad la sustanciación de los sumarios.

Sin perjuicio de lo anterior, creemos que también es positivo que varias Entidades de Medicina Prepaga y varias Obras Sociales ya se hayan acogido al beneficio del reconocimiento voluntario por un total de UN MIL CIENTO SESENTA Y OCHO EXPEDIENTE (1168) expedientes (según el detalle brindado el 24/04/2023 a la Jefatura de Gabinete), de los cuales 272 pertenecen a prepagas. Nuevamente se destaca que el plazo otorgado se encuentra aún vigente y dicho número podría aumentar.

Por otro lado, creemos que dicha norma también es positiva en tanto los reconocimientos voluntarios conllevan un doble beneficio:



Auditoría General de la Nación

ANEXO - NO-2023-74057165-APN-SSS#MS
Respuesta Nota N° 106/23—AGO2

28/06/2023

1. El aumento de los recursos de esta SSSALUD conforme art. 25 Ley 26682 y conforme art. 22 Ley 23.661 (FSR);

2. El cumplimiento de las decisiones de esta SSSALUD y/o la satisfacción del reclamo del beneficiario/usuario (lo más importante).

No es menor este último punto, toda vez que, en caso de aplicase la sanción de multa sin que se haya subsanado el incumplimiento detectado, en nada arregla el reclamo del beneficiario/usuario. Y, en definitiva, lo que se trata es de incentivar el cumplimiento de las decisiones de esta SSSALUD, no el mero hecho recaudatorio.

Por último, se cumple en informar a los montos totales recaudados y la cantidad de sumarios involucrados hasta la fecha por la Resolución N° 607/22, mediante los reconocimientos voluntarios:

Entidad de Medicina Prepaga	Cantidad	Monto
ASOC MÉDICOS DE GRAL SAN MARTÍN y TRES DE FEBRERO	4	\$117.330,88
AVALIANT (ACA SALUD)	7	\$263.994,39
GALENO	48	\$2.843.446,25
Unión Personal	8	\$173.410,40
OSDE	66	\$1.430.635,80
Prevención Salud SA	9	\$226.588,50
GILSA	2	\$18.762,48
Swiss Medical	109	\$2.406.617,03
MUTUAL SANCOR	19	\$356.487,50
TOTALES	272	\$7.837.273,23

Dr. Daniel Alejandro López
SUPERINTENDENTE
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD



Auditoría General de la Nación

ANEXO J -ANÁLISIS DEL DESCARGO

Organismo	Superintendencia de Servicios de Salud		
Objeto	Superintendencia de Servicios de Salud – Auditoría de Gestión – Ley 26.682, Entidades de Medicina Prepaga: Análisis del procedimiento para autorizar el incremento de los valores de las cuotas, actividades de control efectuadas y la adecuada protección de los derechos de los usuarios.		
Periodo	01/01/2017 a 31/12/2019		
Proyecto	S00198/2019		
Actuación N°	228/19-AGN		
Proyecto de Informe ³⁷	Descargo SSS	Comentarios sobre el descargo	
4.1. Incremento en el valor de las cuotas que abonan los usuarios 4.1.1. No se cumplió el procedimiento de control establecido para autorizar el incremento del valor de las cuotas que abonarán los usuarios En el periodo bajo examen la SSSalud dictó doce resoluciones autorizando el incremento del valor de la cuota: Resoluciones 613/2017, 1.050/2017, 1.975/2017, 2.479/2017, 798/2018, 1.239/2018, 1.780/2018, 262/2018, 933/2018, 592/2019, 872/2019 y 1.701/2019. Del análisis de los expedientes no se ha podido constatar que el auditado haya realizado el procedimiento de control establecido en la Ley 26.682, art. 5° inc. g) el cual establece que la función de la SSSalud es “autorizar en los términos de la presente ley y revisar los valores de las cuotas y sus modificaciones que propusieren los sujetos”, procediendo en función de lo estipulado en el art. 17 a autorizar el aumento de las cuotas “cuando el mismo esté fundado en variaciones de la estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgos”. No consta en los expedientes de autorización de cuotas del periodo bajo examen, el análisis sobre las variaciones de costos que deben presentar las EMP y la verificación fehaciente de incremento del costo de las prestaciones	NO-2023-74057165-APN-SSS#MS Aclaraciones y/o comentarios correspondientes a los hallazgos detectados por esta Auditoría General de la Nación, a saber: 4.1. Incremento en el valor de las cuotas que abonan los usuarios En cuanto a los hallazgos mencionados en el punto 4.1 del proyecto de informe de auditoría de la AGN, corresponde señalar, en lo que refiere al procedimiento de autorización de aumentos de cuota, que existiría una diferencia de interpretación entre lo aplicado por este organismo y lo observado por la autoridad auditora. En efecto, se endilga que no se cumplió el procedimiento de control establecido para autorizar el incremento del valor de las cuotas que abonarán los usuarios y, en particular, que no se otorgaron aumentos en forma individual de acuerdo con las modificaciones dispuesta por el Decreto N° 66/2019. Lo cierto es que se han considerado procesos distintos. El artículo 5°, inciso g, del Decreto N° 1993/2011 (modificado según Decreto N° 66/2019), establece, en primer lugar, que “Las cuotas que deberán abonar los usuarios se autorizarán conforme las pautas establecidas en el artículo 17”. Seguido a ello, agrega que “Las entidades que pretendan aumentar el monto de las cuotas que abonan los usuarios,	4.1. Independientemente de las consideraciones vertidas por el auditado, el hallazgo se verifica sobre el incumplimiento al procedimiento instituido normativamente de forma general, y no solamente a las peticiones de las EMP para aumentar su cuota, sobre las cuales el auditado manifestó no tener registro de estas, incluso después de la modificación introducida por el Decreto 66/2019, que exige la solicitud de forma individual para obtenerlo. Durante el periodo auditado no fue implementada la estructura de costos que debían presentar la EMP, obligación exigida a la SSSalud en el art. 17 de la Ley 26.682, razón por la cual no es posible realizar un informe técnico completo y pertinente, conteniendo los cálculos actuariales necesarios previos a la autorización del incremento, dando de esta forma incumplimiento a lo estipulado.	

³⁷ A los fines de una adecuada visualización se modifica parcialmente la redacción por no transcribirse tablas ni gráficos.



Auditoría General de la Nación

obligatorias, suplementarias y complementarias, las nuevas tecnologías y reglamentaciones legales que modifiquen o se introduzcan en el Programa Médico Obligatorio (PMO) en vigencia, el incremento de costos de recursos humanos y cualquier otra circunstancia que incida sobre los costos de la cuota de los planes ya autorizados, como así tampoco consta la elaboración de informes técnicos completos y pertinentes previos a la aprobación del aumento conteniendo los cálculos actuariales necesarios.	deberán presentar en forma individual el requerimiento a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, quien deberá expedirse en un plazo máximo de CUARENTA Y CINCO (45) días, a partir de la presentación completa del trámite en la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, para elevarlo al MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL para su aprobación”. El artículo 17 del Decreto, por su parte, establece que “La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD implementará la estructura de costos que deberán presentar las entidades, con los cálculos actuariales necesarios, la verificación fehaciente de incremento del costo de las prestaciones obligatorias, suplementarias y complementarias, las nuevas tecnologías y reglamentaciones legales que modifiquen o se introduzcan en el Programa Médico Obligatorio (PMO) en vigencia, el incremento de costos de recursos humanos y cualquier otra circunstancia que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y las entidades comprendidas en la presente Reglamentación consideren que incide sobre los costos de la cuota de los planes ya autorizados”. Cabe recordar que la Ley a la cual reglamenta (Ley N° 26.682) establece en su artículo 5°, inciso g, que es función de la autoridad de aplicación “Autorizar (...) y revisar los valores de las cuotas”, y en el artículo 17 que “fiscalizará y garantizará la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales. La Autoridad de Aplicación autorizará el aumento de las cuotas cuando el mismo esté fundado en variaciones de la estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgos”. Como puede verse, las autorizaciones de cuotas no sólo pueden (ni deben) darse a pedido de una Entidad de Medicina Prepaga (EMP), sino que también este organismo se encuentra facultado para realizar evaluaciones generales de costos y autorizar aumentos a todas las EMP. Esto es lo que se ha realizado desde la vigencia de la Ley y no constituye incumplimiento de procedimiento alguno. Si una	Y en particular, sobre el hallazgo 4.1.5, sobre la exigencia de las solicitudes por parte de cada EMP, en los expedientes de autorizaciones de cuotas analizados consta la presentación individual por parte de algunas EMP, desconociéndose si existían más, y esas no fueron consideradas, de forma independiente a si las EMP tengan la facultad de efectuar a posteriori un reclamo conforme da cuenta el auditado. Sobre el procedimiento instituido a partir de 2022, por ser extemporáneo al periodo auditado, será objeto de análisis en futuras auditorias. Dado que el auditado no aportó documentación respaldatoria de haber implementado una estructura de costos, y no consta en los fundamentos de las autorizaciones de aumento otorgadas el análisis de los requerimientos individuales y, que la recomendación se refiere al cumplimiento del procedimiento integral, teniendo en cuenta las variaciones de costos, los cálculos actuariales de riesgos y también las pretensiones efectuadas por cada EMP, para garantizar la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales, se mantiene la observación oportunamente formulada procediendo a modificarse la recomendación respectiva, la cual quedará redactada de la siguiente manera:” 6.1.5. Aplicar los procedimientos necesarios que permitan otorgar las
---	--	--



Auditoría General de la Nación

	EMP considerase insuficiente el aumento general otorgado, podría formular requerimiento individual y, si estuviera adecuadamente fundado y justificado, podría autorizársele dicho aumento, sin perjuicio de los autorizados con carácter general. Hasta 2022, los aumentos a recomendar fueron analizados en función de una estructura de costos promedio del sector elaborada por ADECRA (Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina) y CEDIM (Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio). Cabe aclarar que desde el organismo se formula una recomendación y la normativa que implementa los aumentos se emite desde el Ministerio de Salud. Ahora bien, en el artículo 4° la Resolución MSAL N° 867/2022, se instruyó a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD para que, conjuntamente con la DIRECCIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD, elabore un Índice de Costos de Salud que contemple la evolución de los rubros de recursos humanos, medicamentos, insumos médicos, otros insumos y gastos generales que resulten significativos para el sector, dentro del plazo de TREINTA (30) días de su entrada en vigencia. En el artículo 5° de dicha norma se autorizaron incrementos bimestrales en el valor de las cuotas de las Entidades de Medicina Prepaga inscriptas en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP), los que “tendrán como límite máximo la variación del Índice de Costos de Salud definido en el artículo precedente”. Por la Resolución MSAL N° 1293/2022 se aprobó el citado Índice de Costos de Salud y se dispuso que fuera calculado al último día de los meses de junio, agosto y octubre de 2022, y publicado por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (artículo 2°). El Índice de Costos de Salud establece una estructura de costos que se sustenta en CUATRO (4) parámetros o componentes: el de Recursos Humanos, que se rige por las	<i>autorizaciones de aumento, considerando las pretensiones efectuadas por cada EMP. (cde. 4.1.5).</i>
--	---	---



Auditoría General de la Nación

	paritarias del sector; un componente de medicamentos, que se calcula en función de la evolución de los precios de referencia que publica el Ministerio de Salud de la Nación de conformidad con lo previsto en la Resolución MSAL N° 27/2022; un componente de insumos médicos, que considera la evolución del componente “Productos medicinales, artefactos y equipos para la salud” del Índice de Precios para la División Salud (IPC Salud por Regiones Geográficas) del INDEC; y otros insumos o gastos generales, que toma en cuenta la evolución del Índice de Precios al Consumidor Nivel General (IPC Total Nacional) del INDEC. Posteriormente, por el artículo 1° del Decreto N° 743/22 se dispuso que, “a partir del 1° de febrero de 2023 y por el plazo de DIECIOCHO (18) meses, el incremento del valor de las cuotas -autorizado conforme las pautas establecidas en el artículo 17 de la Ley N° 26.682- de los contratos individuales de adhesión voluntaria que deberán abonar las personas afiliadas a los sujetos alcanzados por la Ley N° 26.682 e inscriptos en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP), incluidas aquellas que acceden al servicio por derivación de sus aportes obligatorios del sistema de Obras Sociales, tendrá como tope máximo el NOVENTA POR CIENTO (90 %) del Índice de Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables (RIPTE) del mes inmediato anterior publicado. Esta medida se aplicará respecto de los y las titulares contratantes que posean ingresos netos inferiores a SEIS (6) Salarios Mínimos, Vitales y Móviles”. A su vez, el artículo 1° de la Resolución MSAL N° 2577/2022 autorizó, a partir del 1° de febrero de 2023, “incrementos mensuales en el valor de las cuotas de las Entidades de Medicina Prepaga inscriptas en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP) conforme la última variación publicada del Índice de Costos de Salud aprobado por el artículo 1° de la Resolución N° 1293/22 del	
--	---	--



Auditoría General de la Nación

	MINISTERIO DE SALUD, por el plazo y con los topes establecidos en el artículo 1° del Decreto N° 743/22”. En el artículo 4° de dicha Resolución, se instruyó también a esta SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD que publique, “de manera simultánea con el Índice de Costos de Salud, el Índice de Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables (RIPE), el valor resultante de la aplicación del artículo 1° del Decreto N° 743/22 y el valor correspondiente a SEIS (6) salarios mínimos, vitales y móviles”. Los valores del Índice de Costos de Salud y sus topes se encuentran disponibles en https://www.argentina.gob.ar/sssalud/transparencia-activa-superintendencia-de-servicios-de-salud/indice-de-costos-de-salud. Por consiguiente, existe actualmente un nuevo proceso reglado por el cual se autorizan aumentos generales periódicos a las EMP. Esto no impide que cualquiera de ellas solicite aumentos a título individual si acreditase que los aumentos generales le resultan insuficientes. No obstante, ninguna EMP ha acreditado a la fecha que los aumentos generales, tanto los otorgados en la época previa a la vigencia del Índice de Costos de Salud como los posteriores a éste, fueran insuficientes para su situación particular. Corresponde poner de resalto que los aumentos de mención representan límites máximos autorizados, pudiendo las EMP aplicar porcentajes menores o no aplicar aumentos.	
4.1.2. La SSSalud carece de un registro de las solicitudes presentadas por la Entidades de Medicina Prepaga para el aumento de cuota. Se requirió la documentación respaldatoria de las solicitudes de aumento de cuotas presentadas por las EMP para el periodo auditado, con la documentación que avale la pretensión, y de forma individual a partir del dictado del Decreto 66/2019. La misma, no fue suministrada porque el auditado no puede determinar que EMP solicitó autorización para aumentar el	Sin descargo.	



Auditoría General de la Nación

monto de la cuota, por la inexistencia de un registro de los pedidos presentados. Al efecto, la GGE respondió por nota que “Por no considerarlo un dato relevante, el organismo no ha llevado, en momento alguno desde la vigencia de la Ley N° 26.682, un registro de los pedidos de autorización de aumentos realizados por las EMP, de forma tal que puedan ser individualizados a los efectos de brindar la información requerida, por lo que esto deviene en la práctica de cumplimiento imposible. Por lo demás, cabe dejar asentado que esta Gerencia considera que carecería de utilidad generar a futuro un registro como el señalado” (...) “tales pedidos han sido presentados, en todos los casos, indistintamente mediante el inicio de expedientes o bien por notas simples recibidas a través de la Mesa de Entradas del organismo.” y “Corresponde señalar que, sin perjuicio de quién presentase el pedido, en todos los casos el aumento aprobado resultó de aplicación a todas las EMP alcanzadas por la Ley N° 26.682, y aplicaron a todos sus planes sin distinción, no habiéndose emitido autorización de aumento alguna a título individual		
4.1.3. La SSSalud no implementó la estructura de costos que deben presentar las Entidades de Medicina Prepaga. La SSSalud no dio cumplimiento a lo dispuesto por el art. 17° del Decreto reglamentario 1993/2011, con la implementación de la estructura de costos que deben presentar las EMP.	4.1.3. La SSSalud no implementó la estructura de costos que deben presentar las Entidades de Medicina Prepaga. Se informa que como acción correctiva esta Superintendencia de Servicios de Salud dictó la Resolución 151/2022 – SSSALUD, por medio de la cual se implementó la herramienta para que las Entidades de Medicina Prepaga presenten sus balances generales anuales con la inclusión de una estructura de costos determinada por esta autoridad de aplicación.	No se formulan comentarios al hallazgo, se lo ratifica. Las aclaraciones corresponden a hechos posteriores al periodo auditado, que serán objeto de análisis en futuras labores de auditoría. Se mantiene el hallazgo.
4.1.4. Las SSSalud autorizó los incrementos del valor de las cuotas a las Entidades de Medicina Prepaga sin que se pueda verificar su razonabilidad por la falta de información que permita su análisis previo. Los expedientes tramitaron con algunas solicitudes presentadas por EMP de forma agrupada, con pretensiones disímiles, calculadas en función de una estructura de costos propia de la EMP requirente. Esta situación y la falta de información	Sin descargo.	



Auditoría General de la Nación

necesaria, pone de manifiesto que el auditado no tuvo los elementos suficientes para poder efectuar el análisis razonable que determina el art. 17º del Decreto reglamentario 1993/2011, a saber: Presentación de la estructura de costos implementada, valores de cuota de cada una de las EMP (discriminado por rango etario), prestaciones incluidas en cada uno de los planes, contratos con prestadores para la estimación de las tasas de uso de las prestaciones, padrón de usuarios y contrato suscripto con los usuarios.		
4.1.5. Los aumentos autorizados fueron otorgados de manera general incumpliendo con el procedimiento establecido en la norma. Los aumentos fueron autorizados en base a un informe de carácter general elaborado por la Gerencia de Gestión Estratégica. Estos informes obran agregados en cada uno de los expedientes y en términos generales indican: “La elaboración e implementación de la matriz de costos utilizada para el cálculo de aumento de cuotas a autorizar, implica la recopilación de diversas fuentes de información de las cámaras que representan al sector (principalmente ADEMP y ADECRA), así como estructuras de costos remitidas por las distintas entidades que conforman el mismo”, considerando únicamente los costos de las EMP solicitantes y en forma general, la evolución de los costos de los recursos humanos, insumos médicos y otros productos medicinales, sin considerar las diferentes pretensiones efectuadas. Esta metodología basada en análisis de costos, donde el componente de mayor impacto es el de Recursos Humanos -representa el 45%- y se rige por las paritarias de Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA), siendo los otros componentes medicamentos, insumos y gastos generales que se ajustan por el Índice de Precios al Consumidor (IPC) y el IPC Salud de la Ciudad, no considera el requerimiento y análisis individual de cada entidad, situación que no permite determinar de manera razonable el porcentaje de incremento aplicable, ni	Descargo en 4.1.	Remitir a la respuesta y consideraciones expuestas en 4.1.



Auditoría General de la Nación

considera la existencia de reclamos de los usuarios por incumplimiento de las EMP, sumarios sustanciados, aplicación de sanciones y/o multas, como así tampoco que hayan presentado los EE.CC., Balances, Padrones de Beneficiarios, cartillas, planes e incluso la ecuación económico-financiera que debería dar sustento al aumento pretendido. Al efecto, las resoluciones dictadas en el periodo auditado, autorizaron el incremento del valor de las cuotas hasta “un determinado porcentaje”, a todas las EMP inscriptas en el RNEMP, sin considerar las pretensiones efectuadas por cada entidad, ni la modificación introducida por el Decreto reglamentario 66/2019, que determina de forma explícita que el requerimiento referido debe efectuarse de forma individual.		
4.1.6. La SSSalud no reglamentó el procedimiento para autorizar el aumento del valor de la cuota, ni elaboró el Manual de Procedimientos.	Sin descargo.	
4.1.7. Los aumentos otorgados por la SSSalud no contaron con la intervención previa del Consejo Permanente de Participación. No se verificó en los expedientes relevados la intervención del CPC como instancia paritaria periódica a los efectos de la actualización de los valores retributivos. La Resolución N° 458/2018 - SSS aprobó el reglamento de funcionamiento del Consejo Permanente de Concertación (CPC) creado en el art. 27° de la ley 26.682, como un órgano consultivo con la función de “Participar en la elaboración de normas y procedimientos a que se ajustará la prestación de servicios, modalidades y valores retributivos, y funcionar como marco de discusión paritaria periódica a los efectos de la actualización de dichos valores”, entre otras. No obstante, a partir de su funcionamiento, que comenzó en 2018, no se verificó en los expedientes relevados, la intervención del mismo como instancia paritaria periódica a los efectos de la actualización de los valores retributivos, incumpléndose con la función asignada.	Por último, se cuestiona que los aumentos otorgados por no contaron con la intervención previa del Consejo Permanente de Participación del artículo 27 de la Ley N° 26.682. Al respecto, existe un claro error de concepto, ya que la Ley en ningún momento previó la intervención del citado Consejo para la determinación de aumentos de cuota. Conforme surge del artículo 27 del Decreto N° 1993/2011, se previó que “El CONSEJO PERMANENTE DE CONCERTACION funcionará como paritaria periódica a los efectos de la actualización de los valores retributivos”. Ahora bien, ni las cuotas de servicios de medicina prepaga constituyen propiamente “valores retributivos” ni se encuentran sometidas a negociación paritaria (precisamente, como fue señalado en los párrafos previos, existe un régimen completamente distinto para su determinación) La referencia contenida en el artículo 27 debe entenderse referida a los prestadores de las EMP y no guarda relación con las autorizaciones de aumento de cuota.	Se aceptan los comentarios y se procede a levantar el hallazgo.



Auditoría General de la Nación

4.2.3. El organismo auditado no designó síndicos, auditores y veedores en las Entidades de Medicina Prepaga como lo establece la normativa al efecto. El Decreto reglamentario 1993/2011 en su art. 5º, inc. a) establece que la SSSalud “designará síndicos, auditores y veedores, que tendrán por cometido la fiscalización y control de los actos de los órganos y funcionarios de los sujetos indicados en la Ley 26.682 vinculados con el cumplimiento de las normas y disposiciones de la citada ley y su reglamentación. Estas sindicaturas, auditorías y/o veedurías serán asignadas a cada entidad en la oportunidad, condiciones y objetivos de supervisión y control que para cada caso disponga la SSSalud.”	4.2.3. El organismo auditado no designó síndicos, auditores y veedores en las Entidades de Medicina Prepaga como lo establece la normativa al efecto. Mediante la Resolución 1950/2021 – SSSALUD, se aprobó la tipificaron de las Entidades de Medicina Prepaga en función a 3 parámetros, siendo las Tipo A las principales del mercado, que comercializan planes integrales y tienen más de 50.000 afiliados. En el artículo 6º de la mencionada resolución, se instruye a designar síndicos, auditores y veedores de las Entidades Tipo A. Las SSSalud lo realizó en las 16 entidades tipificadas como A que representan el 86% del padrón.	No se formulan comentarios al hallazgo, se lo ratifica. Las aclaraciones corresponden a hechos posteriores al periodo auditado, que serán objeto de análisis en futuras labores de auditoría. Se mantiene el hallazgo.																																										
4.2.4. Se verificó una escasa actividad de control del auditado sobre las Entidades de Medicina Prepaga evidenciando un estado crítico del sistema de contralor que permita constatar las condiciones técnicas, la capacidad de gestión y la solvencia financiera de las mismas. En el cuadro siguiente se exponen las presentaciones y controles realizados en el periodo: En el periodo bajo análisis, existen 726 EMP activas en el RNEMP con obligación de presentar sus EE.CC. y para el periodo auditado debieron presentarse 2178 EE.CC. En el listado remitido por la GCEF consta la presentación de 558 EE.CC., cifra que representa un cumplimiento del 25,62%. Con relación a la actividad de control efectuada, se realizan dos tipos de tareas, por un lado, los denominados “<i>Informes de Monitoreo</i>” sobre los EE.CC. y, por el otro, las “<i>auditorías integrales y verificaciones</i>”. Se constató que los Informes de Monitoreo se efectuaron exclusivamente sobre el 27% de los EE.CC. presentados (151 Informes), evidenciándose una debilidad en la función de control de las EMP, situación que se agrava considerando	4.2.4. Se verificó una escasa actividad de control del auditado sobre las Entidades de Medicina Prepaga evidenciando un estado crítico del sistema de contralor que permita constatar las condiciones técnicas, la capacidad de gestión y la solvencia financiera de las mismas. En el cuadro que se detalla a continuación se informan las presentaciones y controles efectuados por la Gerencia de Control Económico Financiera a partir del año 2020. Si bien el periodo auditado y el hallazgo observado por la Auditoria es previo se informa como acción correctiva por parte del Organismo, hasta mayo del corriente año demostrando un incremento notable. <table><tr><th colspan="7">Presentación y Control de EE.CC.</th></tr><tr><th></th><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>Cumplimiento 2022</th><th>2023 (Mayo)</th><th>Cumplimiento 2023 (Mayo)</th></tr><tr><td>EMP inscriptas</td><td>726</td><td>698</td><td>443</td><td></td><td>443</td><td></td></tr><tr><td>EECC Presentados</td><td>113</td><td>153</td><td>228</td><td>51,5%</td><td>119</td><td>26,9%</td></tr><tr><td>Informes de monitoreo</td><td>79</td><td>75</td><td>130</td><td>57,0%</td><td>64</td><td>53,8%</td></tr><tr><td>Verificaciones y auditorías</td><td>12</td><td>12</td><td>24</td><td></td><td>13</td><td></td></tr></table> Notas: En los 2020 y 2021 se consideró el total de EMP inscriptas en el RNEMP. En los años 2022 y 2023 (mayo) se consideró el total de EMP Tipificadas.112 EMP Tipificadas como C, es decir, comercializan exclusivamente planes parciales.	Presentación y Control de EE.CC.								2020	2021	2022	Cumplimiento 2022	2023 (Mayo)	Cumplimiento 2023 (Mayo)	EMP inscriptas	726	698	443		443		EECC Presentados	113	153	228	51,5%	119	26,9%	Informes de monitoreo	79	75	130	57,0%	64	53,8%	Verificaciones y auditorías	12	12	24		13		No se formulan comentarios al hallazgo, se lo ratifica. Las aclaraciones corresponden a hechos posteriores al periodo auditado, que serán objeto de análisis en futuras labores de auditoría. Se mantiene el hallazgo.
Presentación y Control de EE.CC.																																												
	2020	2021	2022	Cumplimiento 2022	2023 (Mayo)	Cumplimiento 2023 (Mayo)																																						
EMP inscriptas	726	698	443		443																																							
EECC Presentados	113	153	228	51,5%	119	26,9%																																						
Informes de monitoreo	79	75	130	57,0%	64	53,8%																																						
Verificaciones y auditorías	12	12	24		13																																							



Auditoría General de la Nación

que solo se realizó el monitoreo del 6,93% de las EMP activas en el RNEMP. Con relación a las Auditorías y Verificaciones, se realizaron 17, a saber: 7 en 2017, 6 en 2018 y 4 en 2019. Para la determinación de estas, se informó que el criterio de selección es el resultado de los monitoreos mencionados en el párrafo precedente, teniendo en cuenta el Patrimonio y el Resultado Neto (en el caso del Resultado Neto se consideran los últimos 3 ejercicios negativos). La situación descripta evidencia el estado crítico del sistema de control, por la escasa intervención por parte del auditado, en función del universo de EMP que se encuentra sujetas al mismo, concluyendo que no se determina de manera razonable las condiciones técnicas, de capacidad de gestión y de solvencia financiera, con el fin de asegurar la normalización, preservación y continuidad de las prestaciones de salud hacia la población. En particular, a los efectos de verificar las tareas de control efectuadas por la SSSalud, se procedió al análisis de una muestra de EE.CC., resultado los siguientes hallazgos: i) Los ASS que comercializan Planes de adhesión voluntaria, superadores o complementarios, no llevan un sistema diferenciado de información patrimonial y contable de registros con fines de fiscalización y control de las contribuciones, aportes y recursos de otra naturaleza previstos por las Leyes 23.660 y 23.661. ii) Las EMP cumplen parcialmente con los requisitos formales de presentación de EE.CC. Se observa la falta de presentación de Memorias (39,29%), informes del Auditor (10,74%), informes de la Comisión Revisora de Cuentas (39,29%), Actas de Asamblea (60,71%), Actas de Órganos de Administración (53,57%) e informes de cantidad de beneficiarios (46,43%), como también el incumplimiento de los plazos previstos en la normativa. iii) El control efectuado no resulta oportuno. Muestra 3: El informe de monitoreo del EE.CC. sobre el Ejercicio 2017,	<i>En el año 2022 se estableció un criterio de riesgo económico financiero para incluir las EMP en el plan de Verificación. Y se incluyó a la totalidad de las Tipo A (16).</i> <i>Cumplimiento de informes de monitoreo se realiza sobre lo presentado.</i> A su vez, mediante la resolución 151/2021 a través de la plataforma de Trámites a Distancia, en conjunto con la presentación del balance general anual se solicita el informe del auditor, memoria, actas de asamblea, actas de los órganos de administración y la cantidad de beneficiarios mediante el aplicativo.	
---	--	--



Auditoría General de la Nación

concluye el 23/07/2019 que la EMP “no sería solvente y podría presentar dificultades para operar como una entidad en marcha”. Sin embargo, recién el 28/04/2022, la Subgerencia de Control Económico Financiero de Medicina Prepaga eleva “Informe de Situación” la SGEC, señalando que la entidad “podría haber cesado sus actividades”, todo ello sin haberlo informado oportunamente a los efectos de evaluar la procedencia de dar curso a las verificaciones previstas en la norma. Muestra 15: El Informe de Monitoreo del EE.CC.: sobre el ejercicio 2017 del 25/4/2019, concluye que la situación de la EMP “sería vulnerable” por lo que se recomienda un proceso de verificación, el cual inicia el 2/10/2019. Sin embargo, en los EE.CC. del Ejercicio 2018 la EMP presenta una situación patrimonial sin observaciones. Muestra 16: Los informes de monitoreo sobre el EE.CC. de los ejercicios 2017 y 2018 se realizan prácticamente de manera simultánea, en agosto y septiembre de 2019, respectivamente.											
4.2.6. No se aplicaron sanciones a las Entidades de Medicina Prepaga que no cumplen con la obligación de presentación de EE.CC. Se verificó que para el año 2017 y 2019 no se iniciaron expedientes a la EMP que no presentaron la documentación Económico Financiera. Del análisis de la información evaluada, surge que para el ejercicio 2018 la Subgerencia de Control Económico de Medicina Prepaga inició 102 expedientes por “incumplimiento de las entidades a la obligación de presentación de la documentación contable anual e información complementaria que permitan monitorear la evolución de la situación económica y financiera” intimándolas a regularizar la situación bajo apercibimiento de dar inicio a la aplicación de las sanciones establecidas en la art. 24° de la Ley 26.682. El auditado notificó a las EMP en el mes de marzo de 2018, luego los expedientes no tuvieron trámite hasta el mes de noviembre de 2020. Posteriormente, se vuelve a efectuar una	4.2.6. No se aplicaron sanciones a las Entidades de Medicina Prepaga que no cumplen con la obligación de presentación de EE.CC Si bien es cierto que durante 2017 y 2019 no se iniciaron sumarios contra EMP, también es cierto que luego se realizaron los siguientes sumarios: <table border="1" data-bbox="884 970 1518 1359"> <thead> <tr> <th>EXP</th><th>Prepaga</th><th>Inicio</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EX-2018-11779846- - APN-GCEF#SSS</td><td>PREPASA S.A. PRESTADORA PARA LA SALUD</td><td>RESOL-2021-977-APN-SSS#MS</td></tr> <tr> <td>EX-2018-12022256- - APN-GCEF#SSS</td><td>USINA POPULAR COOPERATIVA DE OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS Y SOCIALES LTDA. DE NECOCHEA</td><td>RESOL-2021-978-APN-SSS#MS</td></tr> </tbody> </table>	EXP	Prepaga	Inicio	EX-2018-11779846- - APN-GCEF#SSS	PREPASA S.A. PRESTADORA PARA LA SALUD	RESOL-2021-977-APN-SSS#MS	EX-2018-12022256- - APN-GCEF#SSS	USINA POPULAR COOPERATIVA DE OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS Y SOCIALES LTDA. DE NECOCHEA	RESOL-2021-978-APN-SSS#MS	El auditado informa las Resoluciones dictadas en 2021 y 2022 ordenando la sustanciación de sumario. No obstante, es importante aclarar que, el expediente de la primera columna (2018) corresponde al que hace mención el informe en 4.26. “para el ejercicio 2018 la Subgerencia de Control Económico de Medicina Prepaga inició 102 expedientes por “incumplimiento”. La información presentada ratifica el hallazgo, y corresponden a hechos posteriores al periodo auditado, que serán objeto de análisis en futuras labores de auditoría. Se mantiene el hallazgo
EXP	Prepaga	Inicio									
EX-2018-11779846- - APN-GCEF#SSS	PREPASA S.A. PRESTADORA PARA LA SALUD	RESOL-2021-977-APN-SSS#MS									
EX-2018-12022256- - APN-GCEF#SSS	USINA POPULAR COOPERATIVA DE OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS Y SOCIALES LTDA. DE NECOCHEA	RESOL-2021-978-APN-SSS#MS									



Auditoría General de la Nación

notificación a las EMP vía TAD, una vez vencido el plazo, en abril de 2021 se remiten a la GAJ a los fines de dar inicio, de corresponder, a la aplicación del régimen de sanciones. Producido el Dictamen Jurídico del cual se desprende que “ante la reiterada falta de respuesta de la entidad (...), pese a encontrarse debidamente notificada, cabría poner en funcionamiento el mecanismo establecido por el art. 24º de la Ley N° 26.682” (sanciones). Al cierre de las tareas de campo, la situación de los trámites era la siguiente:	EX-2018-13168026- - APN-GCEF#SSS	MUTUAL DE DIRECTIVOS, EX DIRECTIVOS, FUNCIONARI OS, EX FUNCIONARI OS DE MUTUALES DE BANCOS PRIVADOS DE LA RA	RESOL-2021- 991-APN- SSS#MS	
	EX-2018-12643616- - APN-GCEF#SSS	MUTUAL DEL CIRCULO MEDICO DEL DEPARTAME NTO FEDERACION	RESOL-2021- 984-APN- SSS#MS	
	EX-2018-13178745- - APN-GCEF#SSS	ASOCIACIÓN MUTUAL ENTRE SOCIO DE ASER	RESOL-2021- 980-APN- SSS#MS	
	EX-2018-12997531- - APN-GCEF#SSS	POLICLINICO LOMAS MEDICINA PREPAGA S.A	RESOL-2021- 971-APN- SSS#MS	
	EX-2018-11769979- - APN-GCEF#SSS	IE EMERGENCIA S BOLIVAR S.A	RESOL-2022- 388-APN- SSS#MS	
	EX-2018-12026517- - APN-GCEF#SSS	AGREMIACIÓ N MEDICA DE LANUS	RESOL-2022- 1495-APN- SSS#MS	
	EX-2018-12238388- - APN-GCEF#SSS	CLINICA ESPORA	RESOL-2021- 1191-APN- SSS#MS	
	EX-2018-13188025- - APN-GCEF#SSS	ASOCIACIÓN MUTUAL ENTRE EMPLEADOS	RESOL-2022-73- APN-SSS#MS	



Auditoría General de la Nación

		MUNICIPALES Y ADHERENTES	
	EX-2018-12671168- - APN-GCEF#SSS	MU.SE.PE.BO.	RESOL-2022-91- APN-SSS#MS
	Sin perjuicio del estado procesal de cada uno, tampoco se debe perder de vista que, a la fecha, sigue vigente el plazo del art. 4 y siguientes de la Resolución N° 607/22-SSSALUD que a continuación se transcriben: “...ARTICULO 4°. - Los sujetos alcanzados por un procedimiento sumarial contarán con un plazo de VEINTE (20) días hábiles, contados desde la notificación del acto que ordena la instrucción del sumario, para efectuar el reconocimiento voluntario de la infracción imputada, acreditar la subsanación del hecho reprochado o que la cuestión se ha tornado abstracta y abonar el importe equivalente a MEDIO (0,5) módulo, para dar por finalizada la instrucción sumarial. ARTÍCULO 5°. - Los sujetos que a la fecha de entrada en vigencia de la presente Resolución posean procedimientos sumariales inconclusos, por cualquier causa que fuere, con o sin imposición de sanciones, podrán proceder de conformidad con lo previsto en el artículo anterior por un plazo de CIENTO VEINTE (120) días desde la entrada en vigencia de la presente Resolución. (Nota por art. 1° de la Resolución N° 1766/2022 de la Superintendencia de Servicios de Salud B.O. 9/11/2022 se prorroga el plazo previsto en el presente artículo desde su vencimiento y por el término de CIENTO OCHENTA (180) días, a contar desde la entrada en vigencia de la Resolución de referencia. Vigencia: a partir del día siguiente al de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL.) ARTÍCULO 6°.- Los Agentes del Seguro de Salud y las Entidades de Medicina Prepaga que, por cualquier causa, posean deudas con la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, tendrán la facultad de realizar su pago voluntario con una quita del CINCUENTA POR		



Auditoría General de la Nación

	CIENTO (50%) de los intereses devengados y en cuotas, a cuyo efecto se aplicará la tasa de interés de financiación prevista en la Resolución N° 367/10 (modificada cfr. Resolución N° 477/15)...”	
4.3.1. No se cumplió con el procedimiento de inscripción ordenado por la Ley 26.682 por falta de impulso de los trámites respectivos por parte de la SSSalud. El RNEMP fue creado, pero no se dio cumplimiento de manera eficaz a las obligaciones atribuidas normativamente. El procedimiento de inscripción regulado por la Resolución 55/2012 - SSS, tuvo sucesivas prórrogas, hasta la modificación producida por la Resolución 132/2018 - SSS tendiente a lograr la regularización registral de las EMP activas, estableciendo un plazo límite, a partir del cual no podrán realizar actividades si no poseen la autorización definitiva. A su vez, mantiene como excepción la situación las entidades que tienen autorización provisoria, hasta que se acepte o rechace su solicitud de inscripción. Del análisis realizado surge que, no se inscribieron nuevas entidades una vez vencido el plazo mencionado, pero al cierre de las tareas de campo, continúa sin regularizarse la situación de aquellas inscriptas provisoriamente, porque el auditado no impulsó las acciones necesarias para los trámites de inscripción.	<i>4.3.1. No se cumplió con el procedimiento de inscripción ordenado por la Ley 26.682 por falta de impulso de los trámites respectivos por parte de la SSSalud.</i> En fecha 19/10/2018 se dicta la Resolución N° 132 del registro de esta Superintendencia de Servicios de Salud, con la finalidad de reordenar el padrón de Entidades de Medicina Prepaga. Mediante dicho acto administrativo se estableció un plazo máximo de TREINTA (30) días corridos contados a partir de su publicación (25/10/18) como plazo límite para que aquellos sujetos comprendidos en el artículo 1° de la Ley N° 26.682 (modificado por DNU N° 1991/11) que hubieren iniciado actividades con anterioridad a la fecha de publicación de la Resolución N° 55/2012-SSSALUD, puedan iniciar el trámite de inscripción en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (R.N.E.M.P.). También se abordó la depuración del padrón mediante un procedimiento regulado a través del dictado de la Resolución 1904 de fecha 4/11/2019 para producir la baja de aquellas entidades que no registraban movimiento o verificación de cierre o cesación de actividades o estado de quiebra, y la consecuente redistribución de usuarios conforme lo dispone el artículo 5° inc. m) de la Ley N° 26. 682.	No se formulan comentarios al hallazgo, se lo ratifica. Las aclaraciones corresponden a hechos posteriores al periodo auditado, que serán objeto de análisis en futuras labores de auditoría. Se mantiene el hallazgo.
4.3.7. El auditado no posee un sistema o aplicativo para el funcionamiento de RNEMP, manteniendo los expedientes desactualizados y sin digitalizar, por lo cual no resulta posible determinar el grado de cumplimiento de las Entidades de Medicina Prepaga en tiempo oportuno y de manera segura Se analizó la información remitida por nota NO-2020-43238397-APN-SSS#MS (en documentos Excel o escaneos) porque el RNEMP no posee un aplicativo específico o	<i>4.3.7. El auditado no posee un sistema o aplicativo para el funcionamiento de RNEMP, manteniendo los expedientes desactualizados y sin digitalizar, por lo cual no resulta posible determinar el grado de cumplimiento de las Entidades de Medicina Prepaga en tiempo oportuno y de manera segura</i> En cuanto a lo que refiere la Auditoría General de la Nación sobre la inexistencia de un sistema u aplicativo informático para el funcionamiento del Registro Nacional de Empresas de Medicina Prepaga (RNEMP), cabe destacar que desde el mes	Si bien el descargo del auditado se refiere al desarrollo de un aplicativo informático desde junio de 2018, no aporta elementos e información suficiente (sólo print de las pantallas) que fundamenten los motivos de la ausencia de digitalización de expedientes y la sistematización eficiente de los procesos mencionados en el contenido del hallazgo. Las aclaraciones sobre el sistema actual corresponden a



Auditoría General de la Nación

sistema de registro que permita administrar de manera eficiente y segura la información y gestión.

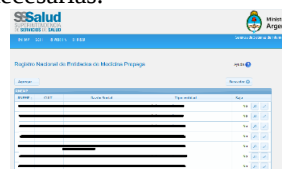
Los expedientes de las solicitudes se encuentran en papel, conteniendo la documentación recibida oportunamente, la que se encuentra desactualizada. Por la carencia de las herramientas necesarias no es posible, para el área gestionante, determinar la situación de cada trámite y el grado de observancia de las entidades a las obligaciones impuestas, debiendo efectuar un relevamiento individual de cada expediente al efecto, dificultando de esta forma efectuar la trazabilidad de los trámites de inscripción.

de junio de 2018, existe un aplicativo informático desarrollado en conjunto por la Gerencia de Sistemas de Información y el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga, el mismo permite mantener actualizados los registros que esta SSSALUD posee de las EMP inscriptas. Este sistema permite al registro vincular la información y documentación presentada a través de los expedientes TAD, a los efectos de mantener agrupada toda la información inherente a las EMP, como ser:

- Módulo Cabecera RNEMP: en este módulo se agrupa toda la información particular y univoca correspondiente a cada EMP.
- Módulo de planes parciales, módulo de planes integrales y módulo de planes históricos: estos módulos agrupan la información correspondiente a los planes que la EMP comercializa o ha comercializado a lo largo de su inscripción en el registro.
- Módulo autoridades: este posee la información relativa a las autoridades de las EMP.
- Módulo Documentación: en él se haya toda la información relativa a la documentación presentada ante esta SSSALUD por parte de las EMP.

Como se observa en la actualidad la SSSALUD posee un sistema que permite gestionar los datos que el RNEMP requiere a los efectos de administrar de manera eficiente y segura la información y efectuar la traza de los trámites de inscripción en el RNEMP.

Se adjuntan las siguientes imágenes a los efectos de que resulten necesarias.



hechos posteriores al periodo auditado, que serán objeto de análisis en futuras labores de auditoría.

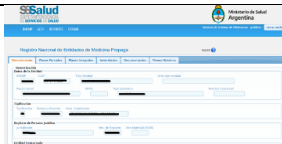
En función de lo manifestado por el auditado se propone, para el hallazgo y su respectiva recomendación, la siguiente redacción:

4.3.7. El auditado no posee un sistema o aplicativo eficiente para el funcionamiento de RNEMP, manteniendo los expedientes desactualizados y sin digitalizar, por lo cual no resulta posible determinar el grado de cumplimiento de las Entidades de Medicina Prepaga en tiempo oportuno y de manera segura

6.3.5. Recomendación: Desarrollar un sistema de registro o aplicativo acorde a la gestión del RNEMP, que permita administrar de manera eficiente y segura la información, determinando el grado de cumplimiento de las EMP de manera oportuna y efectuar la trazabilidad de los trámites respectivos. Digitalizar los expedientes de trámite de inscripción y actualizar la información contenida. (cde. 4.3.7.).



Auditoría General de la Nación

		
4.3.8. No se estableció formalmente el procedimiento y la periodicidad para la actualización de la información por parte de los sujetos regulados, no existiendo un mecanismo que permita detectar de manera oportuna los incumplimientos de las Entidades de Medicina Prepaga. Del relevamiento normativo y del análisis de la información evaluada se constató que no se estableció el procedimiento ni la periodicidad para que las EMP actualicen la información, con excepción de la remisión del “Padrón de Usuarios”, de presentación obligatoria para las EMP inscriptas en el RNEMP, según lo establecido en la Resolución 353/2016 - SSS. No existe un mecanismo que permita verificar si las EMP presentan la actualización exigida (EE.CC., Padrón de Usuarios, cartilla de prestadores, etc.); detectando oportunamente los incumplimientos para instar de manera eficiente la aplicación del régimen de sanciones establecido. No constan expedientes iniciados por el RNEMP para determinar la aplicación de sanciones por incumplimiento.	<i>4.3.8. No se estableció formalmente el procedimiento y la periodicidad para la actualización de la información por parte de los sujetos regulados, no existiendo un mecanismo que permita detectar de manera oportuna los incumplimientos de las Entidades de Medicina Prepaga.</i> Aunque con posterioridad al cierre del ejercicio correspondiente a esta Auditoría de Gestión, con la finalidad de establecer los plazos y contenido de tanto de la información como de la documentación a actualizar, mediante la Resolución N° 1950 de fecha 18/11/2021 del registro de esta Superintendencia de Servicios de Salud se dispuso la tipificación de las entidades de medicina prepaga exigiendo a las entidades que solicitaran la inclusión en cada uno de los tipos regulados a efectos de especificar la información que deberían actualizar de conformidad con la tipología en la que quedaran incluidas. A dichos fines y con carácter de DDJJ las entidades tenían un plazo de 90 días a fin de informar: a) Nombre de la Entidad: b) N° de RNEMP (definitivo o provisorio): c) CUIT: d) Tipo en el que solicita ser incluida: e) Ámbito territorial en el que comercializa planes de salud: f) Cantidad de usuarios: g) Cápita de ingreso promedio por usuario, en el último ejercicio económico: h) Cobertura brindada. Por su parte el artículo 5° y Anexo II de la citada Resolución, se reglamentó la presentación de: a. su padrón de usuarios actualizado; b. detalles de planes vigentes que comercializa al público en general, con sus valores correspondiente a cada franja etaria y grupo familiar, a la fecha de carga; c. Balance General de cierre de ejercicio con dictamen de contador público independiente, debidamente certificado;	Si bien el auditado informa el dictado de una norma, con posterioridad al periodo analizado, no adjunta documentación que permita verificar la existencia un procedimiento para la presentación y actualización de los padrones de usuarios, detectando de manera oportuna los incumplimientos. Lo informado ratifica el hallazgo y las aclaraciones corresponden a hechos posteriores al periodo auditado, que serán objeto de análisis en futuras labores de auditoría. Se mantiene el hallazgo.



Auditoría General de la Nación

	d. Estados Intermedios con Informe Profesional, o informe que contenga los ingresos percibidos, erogaciones efectuadas y que dé cuenta de los bienes afectados a la actividad y de las deudas generadas por ella, según corresponda, de conformidad con lo previsto en el artículo 5°, inciso i, del Decreto N° 1993/2011.	
4.3.10. Bajo nivel de cumplimiento de las Entidades de Medicina Prepaga a la remisión cuatrimestral del Padrón de Usuarios. De la información suministrada por la Gerencia de Sistemas de Información se verifica un bajo nivel de cumplimiento menor al 10% a la obligación de remisión cuatrimestral del Padrón de Usuarios por parte de las EMP, con Inscripción Definitiva o Provisoria, sin haberse informado acciones para regularizar la situación, como así tampoco la aplicación de sanciones y/o multas. (Cuadro con Detalle en ANEXO F).	4.3.10. Bajo nivel de cumplimiento de las Entidades de Medicina Prepaga a la remisión cuatrimestral del Padrón de Usuarios. Actualmente y atento el dictado de la Resolución N° 1950/21 el padrón se encuentra actualizado e informando casi la totalidad de las Entidades de Medicina Prepaga.	La Resolución 1950/2021 SSSalud fue dictada con posterioridad al periodo analizado. El auditado no adjunta documentación que permita verificar cual es el nivel de cumplimiento de la EMP a la obligación de actualizar su Padrón de Usuarios, da cuenta de ello la expresión “casi la totalidad” Lo informado ratifica el hallazgo y las aclaraciones corresponden a hechos posteriores al periodo auditado, que serán objeto de análisis en futuras labores de auditoría. Se mantiene el hallazgo.
4.4. Protección de los derechos de los usuarios de las Entidades de Medicina Prepaga en el Territorio Nacional 4.4.1. El sistema de resolución de reclamos implementado por el auditado no otorga una protección eficiente a los derechos de los usuarios, toda vez que un alto porcentaje de los trámites permanecen sin resolución. El reporte del sistema de gestión “Resolución 95/98” emitido por la Gerencia de Sistemas de Información tiene 8.902 reclamos iniciados en el periodo bajo análisis, con un porcentaje total de finalización del 36.45%, detectándose que 43.59% permanecen en trámite en la 2da. Instancia.	4.4. Protección de los derechos de los usuarios de las Entidades de Medicina Prepaga en el Territorio Nacional 4.4.1. El sistema de resolución de reclamos implementado por el auditado no otorga una protección eficiente a los derechos de los usuarios, toda vez que un alto porcentaje de los trámites permanecen sin resolución. Se señala en primer término que, desde marzo de 2020, con la carga del Reclamo Res. 75/98, inmediatamente los analistas generan un expediente GEDE, con la finalidad de que, desde ese momento, cualquier otra Gerencia pueda tomar conocimiento del Número de expediente electrónico y su estado. Tanto si ingresa por TAD o de manera presencial o por mail. En cuanto a lo observado en este acápite, se informa que el proceso de sustanciación del reclamo en el ámbito de GASSUS solo comprende el período en el que se cumplen las	No se formulan comentarios al hallazgo, se lo ratifica. Las aclaraciones corresponden a hechos posteriores al periodo auditado, que serán objeto de análisis en futuras labores de auditoría. Se mantiene el hallazgo.

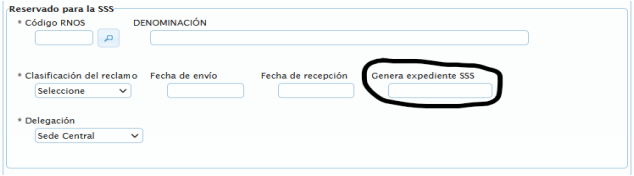


Auditoría General de la Nación

	distintas etapas establecidas en la Resolución 075/98, esto es, recepción de documentación, notificaciones, recepción de respuestas y/o descargos y/o cumplimientos por parte de los agentes de salud, emisión de informe médico y con la segunda instancia, giro a la Gerencia de Control económico financiero para emisión de informe contable o a la Gerencia de Asuntos Jurídicos para la elaboración del dictamen jurídico, quedando fuera del área de incumbencia de esta GASUSS la continuación del reclamo. Al recibir el pedido de segunda instancia automáticamente el expediente se gira a las áreas antes citadas GCEF o GAJ, saliendo de la incumbencia y/o presencia física en la GASUSS. Con la inclusión del número de Expediente GEDE en el formulario puede continuarse o verificarse el estado del expediente generado por el reclamo.	
4.4.3. El sistema “R 75/98” no permite la vinculación del reclamo con el expediente GDE, una vez que se da apertura a la “2 Instancia” impidiendo efectuar la trazabilidad de las actuaciones. El sistema de gestión utilizado por la SSSalud “R 75/98” funcionó de manera simultánea con los sistemas de seguimiento de expedientes SEGEX y COMDOC. En 2016 se implementó el “Expediente Electrónico” obligatorio a través del GDE, no obstante, el auditado no adecuó su sistema de gestión de forma tal que permita la vinculación del reclamo con el Expediente Electrónico respectivo. El procedimiento sumarisimo instaurado en la “1era. Instancia” se gestiona en el aplicativo “R 75/98”. Cuando el usuario solicita la apertura de la “2 Instancia” se procede a generar el expediente GDE, del que no queda registro en el sistema mencionado, con la salvedad del cambio de “Estado” a “2da. Instancia”. Esta situación genera problemas en la gestión, no permitiendo la vinculación del reclamo con el expediente respectivo, impidiendo efectuar la trazabilidad de las actuaciones, conocer las áreas que tomaron intervención	<i>4.4.3. El sistema “R 75/98” no permite la vinculación del reclamo con el expediente GDE, una vez que se da apertura a la “2 Instancia” impidiendo efectuar la trazabilidad de las actuaciones</i> En respuesta a la observación se informa que, a partir del mes de marzo de 2020, y con motivo de las distintas exigencias impuestas por el ASPO con motivo de la PANDEMIA COVID, se modificó el procedimiento de registro de reclamos conforme los siguientes parámetros de acuerdo con la modalidad de ingreso: A) Ingreso por TRAMITE A DISTANCIA: Los expedientes ingresan a un buzón grupal y son asignados entre los analistas de reclamos. El analista debe cargar en primer término el expediente GEDO generado por el usuario a través del TAD, en el registro de reclamos RESOLUCIÓN 75/98, ingresando en el formulario los datos habituales, y el Número de expediente GEDO. De lo expuesto surge que ante cada reclamo iniciado por TAD desde su inicio se cuenta con un número de registro de reclamo RES 75/98 y su correspondiente Número de expediente GEDE.	No se formulan comentarios al hallazgo, se lo ratifica. Las aclaraciones corresponden a hechos posteriores al periodo auditado, que serán objeto de análisis en futuras labores de auditoría. Se mantiene el hallazgo.



Auditoría General de la Nación

y los plazos de permanencia en cada una de ellas. Tampoco posee un sistema de alerta de vencimiento de los plazos conforme la tipificación del reclamo que posibilite al gestionante el seguimiento del trámite de manera eficiente.	B) Con el ingreso del reclamo por mail a través de consultasyreclamos@sssalud.gob.ar, o de manera presencial concurrendo con turno previo, a SEDE CENTRAL sita en MITRE 434 CABA, el equipo de administrativos registra el reclamo con un número que identifique el Reclamo 075/98. Se asignan a los analistas quienes deben en primer término caratular como expediente GEDE los reclamos recibidos y dejar constancia en el formulario Res 75/98, el número de expediente GEDE generado por ellos. Con el nuevo sistema de registro implementado, se vincula inmediatamente el reclamo con el Expediente GEDE. Todas las áreas tienen acceso al expediente GEDE. A la fecha áreas como Secretaria General y Defensoría, también tienen acceso a la vista, no a la edición, de los Reclamos 075/98 lo que les permite conocer el número de expediente GEDE generado. Por último, se informa que el aplicativo en cuestión, tanto en el formulario de carga como en el de modificación, apartado “Reservado para la SSS”, existe el campo Genera Expediente SSS, a los efectos de vincular el reclamo presentado con número de expediente GDE generado, tanta para la 1era como para la 2 da instancia del reclamo. Se adjunta imagen del mismo. 	
4.4.6. Se verificaron demoras en las áreas intervinientes para la resolución de los reclamos, como asimismo se observó la remisión al archivo o guarda temporal sin comprobar el cumplimiento por parte de las Entidades de Medicina Prepaga. Con relación al análisis de la muestra de expedientes de reclamos, se verifica la permanencia de los trámites en las	<i>4.6. Se verificaron demoras en las áreas intervinientes para la resolución de los reclamos, como asimismo se observó la remisión al archivo o guarda temporal sin comprobar el cumplimiento por parte de las Entidades de Medicina Prepaga.</i>	Preliminarmente, el auditado en su descargo incluye el hallazgo 4.4.6 sobre el cual no formula consideraciones. Se mantiene el hallazgo. Con relación al hallazgo 4.4.7. manifiesta la imposibilidad de determinar lo que



Auditoría General de la Nación

áreas incumpliendo los plazos administrativos, ocasionando dilaciones en la tramitación, guarda temporal de expedientes sin constatar el cumplimiento por parte de la EMP; escasa sustanciación de sumarios para determinar la aplicación de sanciones por incumplimiento a las EMP. (Detalle en el ANEXO H).

El 35% de los reclamos fueron resueltos por la SSSalud a favor del usuario con cumplimiento de la EMP. El 7% de los reclamos recibidos se resolvieron por acuerdo de las partes, el restante 58% de los reclamos presentados permanecen sin resolución por encontrarse los expedientes - al cierre de las tareas de campo- en la siguiente situación: “sin tramitar: 4%; con incumplimiento de la EMP debidamente intimada y notificada: 35% y archivados sin haber sido resueltos: 19%”.

4.4.7. Existe una baja sustanciación de sumarios para determinar la aplicación de sanciones ante los incumplimientos de las Entidades de Medicina Prepaga.

Con relación a las EMP que no cumplieron con la disposición que resuelve a favor del reclamante, de los 34 reclamos de la muestra que se encuentran en esta situación, solo se sustanció sumario 8 expedientes (24%) que se encuentran, al momento de terminación de las tareas de campo, en trámite sin resolución, evidenciándose una excedencia en los plazos de sustanciación. Por otro lado, en 7 expedientes (el 21%), se solicitó la apertura del sumario, sin haberse dictado la resolución respectiva.

Del análisis efectuado se considera oportuno mencionar las siguientes situaciones verificadas:

Muestra 1 - Inicio del reclamo 26/12/2017 - Negativa cobertura prestacional: trámite iniciado en la provincia de Catamarca; el usuario solicitó la elevación a segunda instancia en marzo de 2018, la SSS se expide solicitando informe médico a la delegación de origen, se gira para dar

4.4.7. Existe una baja sustanciación de sumarios para determinar la aplicación de sanciones ante los incumplimientos de las Entidades de Medicina Prepaga.

Respecto de las observaciones practicadas en ambos puntos, se destaca que las muestras a las que hacen referencia, no sólo no fueron remitidas a esta Coordinación oportunamente, sino que tampoco es posible determinar lo que sucede en los casos particulares, puesto que el único dato relevante brindado es la fecha de reclamo, haciendo imposible para esta Coordinación de Sumarios dar una cabal respuesta respecto de la muestra. Sin perjuicio de lo anterior, se destaca que, previo al pedido de información de esa AUDITORÍA GENERAL DE LA NACIÓN a esta Coordinación de Sumarios en fechas 21/03/2022 y 29/03/2022 (Notas N° 38/22-GCGSNF y N° 51/22-GCGSNF respectivamente), ya se estaba trabajando en una modificación a la Resolución 156/18-SSSALUD para darle otro enfoque a los sumarios realizados y a realizar, hecho que culmina con el), ya se estaba trabajando en una modificación a la Resolución 156/18-SSSALUD para darle otro enfoque a los sumarios realizados y a realizar, hecho que culmina con el dictado de la Resolución 607/22-SSSALUD Si bien en el informe recibido mediante Nota N° NO-2023-58177249-APN-SG#SSS, en su página 64, sólo se dice que la Resolución N° 607/22 deroga la N° 156/18; a consideración de esta Coordinación de Sumarios, la mera modificación/derogación de la norma ya es una acción correctiva en sí conforme a los argumentos que a continuación se exponen:

Mediante el EX-2022-05210263-APN-GGE#SSS, caratulado el 18/01/2022, se inician las actuaciones para modificar las Resoluciones Nros. 77/98, 1379/10, 1515/10 y 156/18 de esta Superintendencia (todas ellas referidas al Procedimiento Sumarial y a la cuantificación de sanciones contra las Obras Sociales y las Entidades de Medicina Prepaga).

Aunque aún no se pueden evaluar cabalmente las bondades de dicha norma (puesto que se encuentra aún vigente el plazo

sucede en las muestras observadas, por falta de información. En el Informe a la vista, Anexo A- Muestras, obra la información sobre cada uno de los reclamos analizados por esta auditoría.

En segundo lugar, menciona las dos notas AGN de requerimiento de información a la Coordinación de Sumarios, agregando que “*ya se estaba trabajando en una modificación a la Resolución 156/18-SSSALUD para darle otro enfoque a los sumarios realizados y a realizar, hecho que culmina con el dictado de la Resolución 607/22-SSSALUD*”, situación que no indicó en sus respuestas oportunamente. Señala que la labor indicada concluyó con el dictado de la Resolución 607/22-SSSALUD, no obstante, este hecho no da cuenta por sí solo de los resultados de esta iniciativa, lo cual constituye una promesa de hacer, que el mismo ratifica al mencionar: “*Aunque aún no se pueden evaluar cabalmente las bondades de dicha norma (puesto que se encuentra aún vigente el plazo otorgado por el art. 4 y siguientes de dicha norma) ya es positiva la unificación de criterios de procedimientos y de cuantificación de multas, resultando así de mayor facilidad la sustanciación de los sumarios*”

Por último, sobre la mención efectuada por esta auditoría en la pág. 64 del Anexo B - Normativo, sobre qué el Régimen de Graduación de Sanciones instaurado por la Resolución 156/2018 SSSalud, fue derogado por la Resolución 607/2022



Auditoría General de la Nación

cumplimiento a lo ordenado, siendo este el último movimiento registrado. A pesar del tiempo transcurrido, el expediente se encuentra “En trámite”, sin dar solución al reclamo o pasado a Archivo ante la falta de impulso o por el transcurso del tiempo.

Muestra 8 - Inicio del reclamo 6/11/2017 - Aumento indebido de cuota: excesiva demora en las áreas, intervención (pases) a áreas que no tiene competencia debido a la temática del reclamo. En abril de 2019 se gira para efectuar el informe técnico, el cual no surge en el expediente. La GAJ decide que con la documentación presentada no se puede realizar el análisis competente y remite el expediente para su archivo sin verificar si el usuario continuaba con su reclamo. La SSSalud no dictó Disposición.

Muestra 9 - Inicio del reclamo 11/12/2017 - Cobro de deuda indebida: el reclamo se archiva porque la usuaria no contestó al requerimiento. No obstante, ello, se debe mencionar que el expediente estuvo más de un año en la GAJ sin movimiento. La SSSalud no dictó Disposición.

Muestra 54 - Inicio del reclamo 31/05/2018 - Paciente transplantado. Negativa cobertura de análisis: la SSSalud no dictó Disposición. Luego de una permanencia inactiva del expediente en la GAJ entre el **29/08/2018 al 14/04/2020**, la SSSalud corre traslado al usuario para que informe el estado de situación del reclamo y ante su silencio, lo archiva. No se verificó que el reclamo haya sido resuelto.

Muestra 66 - Inicio del reclamo 12/09/2018 - Baja por falseamiento en la DDJJ de embarazo: la SSSalud no emitió la Disposición. No se registran movimientos en el GDE entre octubre 2018 y febrero 2019, a pesar de tratarse de un trámite especial por corresponder el reclamo a un embarazo en curso. Se giró para elaboración del informe técnico, el cual no se emitió. Ante el tiempo transcurrido y por tratarse de un embarazo, se gira a la usuaria y ante su silencio, se archiva. No se verificó que el reclamo haya sido resuelto.

otorgado por el art. 4 y siguientes de dicha norma) ya es positiva la unificación de criterios de procedimientos y de cuantificación de multas, resultando así de mayor facilidad la sustanciación de los sumarios.

Sin perjuicio de lo anterior, creemos que también es positivo que varias Entidades de Medicina Prepaga y varias Obras Sociales ya se hayan acogido al beneficio del reconocimiento voluntario por un total de UN MIL CIENTO SESENTA Y OCHO EXPEDIENTE (1168) expedientes (según el detalle brindado el 24/04/2023 a la Jefatura de Gabinete), de los cuales 272 pertenecen a prepagas. Nuevamente se destaca que el plazo otorgado se encuentra aún vigente y dicho número podría aumentar.

Por otro lado, creemos que dicha norma también es positiva en tanto los reconocimientos voluntarios conllevan un doble beneficio:

1. El aumento de los recursos de esta SSSALUD conforme art. 25 Ley 26682 y conforme art. 22 Ley 23.661 (FSR);

2. El cumplimiento de las decisiones de esta SSSALUD y/o la satisfacción del reclamo del beneficiario/usuario (lo más importante).

No es menor este último punto, toda vez que, en caso de aplicase la sanción de multa sin que se haya subsanado el incumplimiento detectado, en nada arregla el reclamo del beneficiario/usuario. Y, en definitiva, lo que se trata es de incentivar el cumplimiento de las decisiones de esta SSSALUD, no el mero hecho recaudatorio.

Por último, se cumple en informar a los montos totales recaudados y la cantidad de sumarios involucrados hasta la fecha por la Resolución N° 607/22, mediante los reconocimientos voluntarios:

Entidad de Medicina Prepaga	Cantidad	Monto
-----------------------------	----------	-------

SSSalud, sostiene el auditado que “a *consideración de esta Coordinación de Sumarios, la mera modificación/derogación de la norma ya es una acción correctiva en sí (...)*”. Al efecto, la modificación de una normativa es el primer paso para corregir o mejorar una situación, pero no es una acción correctiva per se, por ende, no subsana el hallazgo. Para que se pueda aseverar que se ha tomado una acción correctiva, debe analizarse la implementación de esa normativa en casos concretos. Situación que no es posible, porque el auditado no acompaña documentación de respaldo que evidencie que para el periodo auditado no existe una baja sustanciación de sumarios, que fue el hallazgo formulado.

Respecto de las aclaraciones que corresponden a hechos posteriores al periodo auditado, serán objeto de análisis en futuras labores de auditoría.

Se mantiene el hallazgo.



Auditoría General de la Nación

Muestra 86 - Inicio del reclamo 06/03/2019 - Negativa cobertura leche medicamentosa: permanencia inactiva del expediente en la GAJ desde el 04/07/2019 al 05/05/2021. Se corre traslado al usuario a los fines de que informe si existen temas pendientes de resolución y ante su silencio, se archiva. La SSSalud no emitió Disposición. No se verificó que el reclamo haya sido resuelto.	ASOC MÉDICOS DE GRAL SAN MARTÍN y TRES DE FEBRERO	4	\$117.330,88	
	AVALIANT (ACA SALUD)	7	\$263.994,39	
	GALENO	48	\$2.843.446,25	
	Unión Personal	8	\$173.410,40	
	OSDE	66	\$1.430.635,80	
	Prevención Salud SA	9	\$226.588,50	
	GILSA	2	\$18.762,48	
	Swiss Medical	109	\$2.406.617,03	
	MUTUAL SANCOR	19	\$356.487,50	
	TOTALES	272	\$7.837.273,23	



Auditoría General de la Nación

INFORME EJECUTIVO

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIO DE SALUD – ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA – AUDITORIA DE GESTIÓN

1. OBJETO DE LA AUDITORIA

Superintendencia de Servicios de Salud – auditoría de gestión – Ley 26.682, Entidades de Medicina Prepaga: Análisis del procedimiento para autorizar el incremento de los valores de las cuotas, actividades de control efectuadas y la adecuada protección de los derechos de los usuarios. Periodo auditado 01/01/2017 a 31/12/2019.

2. ALCANCE DEL EXAMEN

El trabajo se realizó de conformidad con las Normas de Control Externo Gubernamental aprobadas por las Resoluciones 26/2015 AGN, 186/2016 AGN, dictadas en virtud de las facultades conferidas por la Ley 21.156, artículo 119º, inciso d), aplicándose los procedimientos que se detallan en el punto 2.2. de este informe.

Las tareas de campo en sede del ente auditado se realizaron entre el mes de agosto de 2018 y mayo de 2022.

3. ACLARACIONES PREVIAS

3.1. Marco Regulatorio de las Entidades de Medicina Prepaga

La Ley 26.682 sancionada en el año 2011, establece el régimen de regulación de las Entidades de Medicina Prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen Agentes del Seguro de Salud contemplados en las Leyes 23.660 y 23.661.

Quedan también incluidas las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones cuyo objeto total o parcial consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa.



Auditoría General de la Nación

En el presente informe, se utiliza el término “Entidades de Medicina Prepaga” (EMP) a los fines de designar a los sujetos regulados.

El art. 2º define a las Entidades de Medicina Prepaga como “toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopte, cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea con efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa”.

La SSSalud, constituida por el Decreto 1615/1996, en jurisdicción del entonces Ministerio de Salud y Acción Social, como consecuencia de la fusión de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), creada por la Ley 23.661, de la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS) establecida por la Ley 23.660 y del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) instituido por la Ley 18.610, es la Autoridad de Aplicación³⁸ de la Ley 26.682.

Es un Organismo descentralizado de la APN en la órbita del Ministerio de Salud de la Nación, siendo el órgano de regulación, supervisión, fiscalización y control de los ASS con el fin de garantizar las prestaciones de salud a sus beneficiarios en el marco de las Leyes 23.660 y 23.661, como así también a los usuarios de las EMP, reguladas por la Ley 26.682.

3.2. Objetivos y funciones de la Superintendencia de Servicios de Salud

Los objetivos y funciones asignados a la SSSalud en el art. 5º de la Ley 26.682, que se vinculan al cumplimiento de los objetivos planteados en 2.1. son:

- Fiscalizar el cumplimiento de la presente ley y sus reglamentaciones en coordinación con las autoridades sanitarias de cada jurisdicción;
- Crear y mantener actualizado el Registro Nacional de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley y el Padrón Nacional de Usuarios, al solo efecto de ser utilizado por el sistema público de salud, en lo referente a la aplicación de la presente ley, no debiendo en ningún caso contener datos que puedan afectar el derecho a la intimidad;

³⁸ Decreto reglamentario 1993/2011.



Auditoría General de la Nación

- Determinar las condiciones técnicas, de solvencia financiera, de capacidad de gestión, y prestacional, así como los recaudos formales exigibles a las entidades para su inscripción en el Registro previsto en el inciso anterior, garantizando la libre competencia y el acceso al mercado, de modo de no generar perjuicios para el interés económico general;
- Fiscalizar el cumplimiento, por parte de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley, de las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y de cualquier otra que se hubiere incorporado al contrato suscripto;
- Otorgar la autorización para funcionar a los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley, evaluando las características de los programas de salud, los antecedentes y responsabilidad de los solicitantes o miembros del órgano de administración y los requisitos previstos en el inciso c);
- Autorizar y fiscalizar los modelos de contratos que celebren los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley y los usuarios en todas las modalidades de contratación y planes, en los términos del artículo 8° de la presente ley;
- Autorizar en los términos de la presente ley y revisar los valores de las cuotas y sus modificaciones que propusieren los sujetos comprendidos en su artículo 1°;
- Disponer de los mecanismos necesarios en cada jurisdicción para recibir los reclamos efectuados por usuarios y prestadores del sistema, referidos a condiciones de atención, funcionamiento de los servicios e incumplimientos;
- Requerir periódicamente con carácter de declaración jurada a los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley informes demográficos, epidemiológicos, prestacionales y económico-financieros, sin perjuicio de lo establecido por la Ley 19.550;

3.3. Estructura Organizativa

El Decreto 1576/1998 aprueba la estructura organizativa y establece como autoridad máxima del organismo un Superintendente de Servicios de Salud, nombrado por el Poder Ejecutivo Nacional (PEN), un Gerente General, nueve gerencias y veinte subgerencias. El Decreto 2710/2012 aprueba la estructura del Primer Nivel operativo, previendo el funcionamiento de un Consejo Asesor, la Defensoría del Beneficiario, la Unidad de Auditoría Interna y la Secretaría General. Organigrama en el ANEXO C.



Auditoría General de la Nación

3.4. Financiamiento del Sistema

Con relación al financiamiento instituido en el Marco Regulatorio de la Medicina Prepaga, el art. 25° de la Ley 26.682 establece que los recursos están constituidos por: a) Una matrícula anual abonada por cada entidad, cuyo monto será fijado por la reglamentación; b) Las multas abonadas por los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley a la Autoridad de Aplicación; c) Las donaciones, legados y subsidios que reciba; d) Todo otro ingreso compatible con su naturaleza y fines; estando a cargo del Ministerio de Salud, a través de la SSSalud³⁹ dictar la normativa pertinente que establezca el monto que deberá abonar cada entidad en concepto de matrícula anual.

En este contexto, la Resolución 1769/2014 - SSS - con vigencia a partir del 1° de enero de 2015 - establece el cobro de la Matrícula Anual, fijando una alícuota del dos por mil (0,2%) que se calculará sobre la base del total de los ingresos devengados en el año anterior en concepto de cuotas y mayores servicios comercializados mediante planes de salud totales y/o parciales que brinden prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios. La matrícula anual se cancelará en doce anticipos mensuales a cuenta.

Esta medida, motivó que se interpusieran diversos planteos impugnatorios⁴⁰ fundamentando que la “Matrícula Anual” reviste *“naturaleza jurídica tributaria y las normas señaladas afectaban el principio de reserva de la ley tributaria, que abarca tanto a la creación de impuestos, tasas o contribuciones como a las modificaciones de los elementos esenciales que componen el tributo, es decir el hecho imponible, la alícuota, los sujetos alcanzados y las exenciones (Fallos: 329:1554)”*.

Ante este escenario el auditado, *“a fin de evitar una afectación del interés público comprometido”*, dispuso a través de la Resolución 301/2016 - SSS la suspensión de los efectos de la Resolución 1769/2014 - SSS por un término de NOVENTA (90) días, medida que fue prorrogada por la Resolución 571/2016 - SSS, por otros noventa (90) días.

³⁹ Decreto reglamentario 1993/2011 art. 25°.

⁴⁰ Swiss Medical S.A. C/En-Sss S/Amparo Ley 16.986” (Causa N° 2028/2015), “Medicus S.A. De Asistencia Médica y Científica C/EN-Ministerio de Salud de la Nación y Otro S/Amparo Ley 16.986” (Causa N° 52882/2015), “Galeno Argentina S.A. C/EN-Ministerio de Salud de la Nación-Sss S/Amparo Ley 16.986” (Causa N° 2067/2015) y “Met Córdoba S.A. C/ EN- Ministerio de Salud de la Nación y Ot. S/Amparo Ley 16.986” (Expte. N° FCB 26073/2016).



Auditoría General de la Nación

Las causas mencionadas obtuvieron resolución a favor a las EMP en Primera y Segunda Instancia, por este motivo y *“con el fin de evitar situaciones que pudieran alterar el normal funcionamiento del sector involucrado, profundizar inequidades entre las entidades alcanzadas por las resoluciones judiciales y las que no, y/o afectar el interés público, por medio de la Resolución N° 554/2018”*, se prorrogó la vigencia de la Resolución 301/2016 - SSS, sin perjuicio de los actos realizados y efectos jurídicos producidos, desde la fecha de vencimiento de la prórroga establecida por la Resolución 571/2016 - SSS, hasta que la Corte Suprema de Justicia de la Nación se expida sobre la constitucionalidad del art. 25° de la Ley 26.682 en las causas incoadas.

Para el periodo bajo examen, el pago de la Matrícula Anual se encontraba suspendido, razón por la cual no aplicó como objetivo de auditoría. No obstante, durante el desarrollo de las tareas de campo, con fecha 18 de febrero de 2020 la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en los autos “Swiss Medical S.A. C/EN-SSS S/Amparo Ley 16.986” (causa 2028/2015), confirmó la sentencia adversa a la posición del organismo y reafirmó la inconstitucionalidad de las normas, fallando a posteriori con idéntico criterio en las causas restantes.

En este contexto, se efectuó la consulta al auditado sobre las acciones desarrolladas al efecto y por nota NO-2022-48640287-APN-SSS#MS manifestó: *“que no podría requerir al resto de las entidades el cobro de la “matrícula anual” declarada inconstitucional en los casos de mención (incluyendo tanto a los que tuvieron sentencia de segunda instancia como de CSJN), so pena de realizar una discriminación inconducente, provocar distorsiones en las estructuras de costos de unas y otras entidades y generar inequidades hacia el interior del Sistema (...) resulta indudable, a nuestro criterio, que el organismo se encuentra -a partir del fallo emanado por la CSJN- impedido de requerir el cobro de la matrícula anual prevista en el artículo 25 de la Ley N° 26.682 a las Entidades de Medicina Prepaga”*.

Sosteniendo asimismo que *“no obstante, a efectos de evitar confusiones en el sector regulado, resulta conveniente derogar la Resolución N° 1769/2014 y disponer lo conducente a los efectos de elevar al PODER EJECUTIVO NACIONAL un proyecto de Ley para reformar el artículo 25 de la Ley N° 26.682, sobre cuyo texto se ha trabajado en los últimos años entre las distintas áreas técnicas del organismo”*.



Auditoría General de la Nación

Al momento de finalización de las tareas de campo, la Resolución 1769/2014 - SSS se encuentra vigente y no se remitió el Proyecto de Ley para la reforma del art. 25º de la Ley 26.682.

4. HALLAZGOS

4.1. Incremento en el valor de las cuotas que abonan los usuarios

4.1.1. No se cumplió el procedimiento de control establecido para autorizar el incremento del valor de las cuotas que abonarán los usuarios

4.1.2. La SSSalud carece de un registro de las solicitudes presentadas por la Entidades de Medicina Prepaga para el aumento de cuota.

4.1.3. La SSSalud no implementó la estructura de costos que deben presentar las Entidades de Medicina Prepaga.

4.1.4. Las SSSalud autorizó los incrementos del valor de las cuotas a las Entidades de Medicina Prepaga sin que se pueda verificar su razonabilidad por la falta de información que permita su análisis previo.

4.1.5. Los aumentos autorizados fueron otorgados de manera general incumpliendo con el procedimiento establecido en la norma.

4.1.6. La SSSalud no reglamentó el procedimiento para autorizar el aumento del valor de la cuota, ni elaboró el Manual de Procedimientos.

4.2. Control y verificación.

4.2.1. La SSSalud no elaboró un Manual de Procedimientos para controlar y verificar a las Entidades de Medicina Prepaga, ni cuenta con un sistema de gestión adecuado.

4.2.2. La SSSalud incumple con el art. 21º de la Ley 26.682 al no fijar el Capital Mínimo que deben constituir y mantener las Entidades de Medicina Prepaga, imposibilitando de esta forma realizar los controles pertinentes.

4.2.3. El organismo auditado no designó síndicos, auditores y veedores en las Entidades de Medicina Prepaga como lo establece la normativa al efecto.

4.2.4. Se verificó una escasa actividad de control del auditado sobre las Entidades de Medicina Prepaga evidenciando un estado crítico del sistema de contralor que permita constatar las condiciones técnicas, la capacidad de gestión y la solvencia financiera de las mismas.



Auditoría General de la Nación

4.2.5. Los Agentes del Seguro de Salud que comercializan planes de adhesión voluntaria o planes superadores o por mayores servicios no dan cumplimiento a la presentación de la información patrimonial y contable en forma separada.

4.2.6. No se aplicaron sanciones a las Entidades de Medicina Prepaga que no cumplen con la obligación de presentación de EE.CC.

4.3. Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga.

4.3.1. No se cumplió con el procedimiento de inscripción ordenado por la Ley 26.682 por falta de impulso de los trámites respectivos por parte de la SSSalud.

4.3.2. El 98.62% de las Entidades de Medicina Prepaga activas funcionaron con *“Inscripción Provisoria”*.

4.3.3. Durante el periodo auditado no se dictó ninguna *“Inscripción Definitiva y autorización para funcionar”*. De las 726 Entidades de Medicina Prepagas activas en el RNEMP, 10 entidades poseen la *“Inscripción Definitiva y autorización para funcionar”* lo que representa el 1.37% del Registro.

4.3.4. De las Entidades de Medicina Prepaga señaladas en 4.3.3., nueve no presentaron oportunamente la totalidad de la documentación obligatoria necesaria para obtener la *“Inscripción Definitiva y Autorización para funcionar”*.

4.3.5. El auditado no ha dado cumplimiento al dictado de la normativa tendiente a regular los modelos de Contrato a suscribir con los usuarios.

4.3.6. No se elaboraron los Manuales de Procedimiento ni están formalmente definidos los parámetros de control y fiscalización de la documentación, ni el circuito de procedimiento de las áreas involucradas.

4.3.7. El auditado no posee un sistema o aplicativo eficiente para el funcionamiento de RNEMP, manteniendo los expedientes desactualizados y sin digitalizar, por lo cual no resulta posible determinar el grado de cumplimiento de las Entidades de Medicina Prepaga en tiempo oportuno y de manera segura

4.3.8. No se estableció formalmente el procedimiento y la periodicidad para la actualización de la información por parte de los sujetos regulados, no existiendo un mecanismo que permita detectar de manera oportuna los incumplimientos de las Entidades de Medicina Prepaga.

4.3.9. La mayoría de los usuarios del sistema se concentran en Entidades de Medicina Prepaga, con Inscripción Provisoria.



Auditoría General de la Nación

4.3.10. Bajo nivel de cumplimiento de las Entidades de Medicina Prepaga a la remisión cuatrimestral del Padrón de Usuarios.

4.3.11. La información brindada a los usuarios en la página web institucional no es completa.

4.4. Protección de los derechos de los usuarios de las Entidades de Medicina Prepaga en el Territorio Nacional

4.4.1. El sistema de resolución de reclamos implementado por el auditado no otorga una protección eficiente a los derechos de los usuarios, toda vez que un alto porcentaje de los trámites permanecen sin resolución.

4.4.2. El sistema informático de gestión “R 75/98” utilizado como fuente de información por el auditado se encuentra desactualizado.

4.4.3. El sistema “R 75/98” no permite la vinculación del reclamo con el expediente GDE, una vez que se da apertura a la “2 Instancia” impidiendo efectuar la trazabilidad de las actuaciones.

4.4.4. El Manual de Procedimientos y Normas para el Proceso “Promoción y Atención de Reclamos” se encuentra desactualizado.

4.4.5. No ha sido reglamentado el proceso por el que tramitan los reclamos a partir de la “2 da. Instancia”, estando sin definir el circuito a seguir y los plazos máximos de permanencia en las áreas intervinientes.

4.4.6. Se verificaron demoras en las áreas intervinientes para la resolución de los reclamos, como asimismo se observó la remisión al archivo o guarda temporal sin comprobar el cumplimiento por parte de las Entidades de Medicina Prepaga.

4.4.7. Existe una baja sustanciación de sumarios para determinar la aplicación de sanciones ante los incumplimientos de las Entidades de Medicina Prepaga.

4.5. Consolidación de la presencia institucional en el Territorio Nacional de manera eficiente, eficaz y accesible al usuario

4.5.1. La SSSalud no ha elaborado un Manual de Procedimiento que establezca mecanismos uniformes de gestión para las Sedes.

4.5.2. Las Sedes no informan a la Gerencia de Delegaciones y de Articulación de los Integrantes del Sistema de Salud las actividades desarrolladas para la resolución de los reclamos recibidos.



Auditoría General de la Nación

4.5.3. No es posible evaluar la eficacia y eficiencia de las tareas desarrolladas por las sedes con relación a la atención de los usuarios de Entidades de Medicina Prepaga.

**OBJETO DE AUDITORIA: SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD –
Entidades de Medicina Prepaga – Auditoría de Gestión**

Período auditado: 01/01/2017 a 31/12/2019

GERENCIA DE CONTROL DE GESTION DEL SECTOR NO FINANCIERO.

Departamento de Control de Organismos Descentralizados y otras Entidades.

Normativa analizada / Marco normativo aplicable

- ✓ Ley 26.682: Marco regulatorio de la Medicina Prepaga
- ✓ Decreto 588/2011: Promulga la Ley 26.682
- ✓ Resolución N° 1276/11 MS: establece que las funciones, atribuciones y facultades de autoridad de aplicación de la Ley 26.682, conferidas al Ministerio de Salud, serán ejercidas por la Superintendencia de Servicios de Salud, en su carácter de Organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional, en jurisdicción de este ministerio
- ✓ Decreto 1991/2011(DNU): modifica el art. 1° de la Ley 26.682, en cuanto a los sujetos incluidos en el alcance de la norma.
- ✓ Decreto reglamentario 1993/2011: dicta las normas reglamentarias necesarias para permitir la inmediata puesta en funcionamiento de las previsiones contenidas en la Ley 26.682. En el art. 4° del Anexo que aprueba, dispone que la autoridad de aplicación será el Ministerio de Salud a través de la SSSalud.
- ✓ Resolución 1319/2011 SSSalud: establece que las normativas aplicables en materia prestacional y dispone a su vez, que el procedimiento administrativo de reclamos establecido en la Resolución 075/1998 SSSalud aplicables a los usuarios de las EMP.
- ✓ Decreto 2710/12: aprueba la estructura organizativa de primer nivel operativo de la Superintendencia de Servicios de Salud
- ✓ Resolución 55/2012 SSSalud y modificatorias: aprueba las normas de procedimiento para la inscripción al RNEMP
- ✓ Resolución 353/2016 SSSalud: aprueba el procedimiento para el envío y recepción del Padrón actualizado de usuarios, que deberán seguir las entidades que hayan iniciado o inicien en lo sucesivo el trámite de inscripción en el RNEMP
- ✓ Resolución 1769/2014 SSSalud: determina para el pago de la matrícula anual una alícuota del dos por mil (0,2%) que se calculará sobre la base del total de los ingresos devengados en cada año calendario en concepto de cuotas y mayores servicios comercializados.
- ✓ Resoluciones del Ministerio de Salud de autorización para aumentos de cuotas: 613/2017, 1050/2017, 1975/2017, 2479/2017, 798/2018, 1239/2018, 1780/2018, 262/2018, 933/2018, 592/2019, 872/2019, 1701/2019.

Aclaraciones previas

La Ley 26.682 sancionada en el año 2011, establece el régimen de regulación de las Entidades de Medicina Prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen Agentes del Seguro de Salud contemplados en las Leyes 23.660 y 23.661.

Quedan también incluidas las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones cuyo objeto total o parcial consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa.

En el presente informe, se utiliza el término “Entidades de Medicina Prepaga” (EMP) a los fines de designar a los sujetos regulados.

El art. 2° define a las Entidades de Medicina Prepaga como “toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopte, cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea con efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa”.

La SSSalud, constituida por el Decreto 1.615/1996, en jurisdicción del entonces Ministerio de Salud y Acción Social, como consecuencia de la fusión de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), creada por la Ley 23.661, de la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS) establecida por la Ley 23.660 y del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) instituido por la Ley 18.610, es la Autoridad de Aplicación⁴¹ de la Ley 26.682.

Es un Organismo descentralizado de la APN en la órbita del Ministerio de Salud de la Nación, siendo el órgano de regulación, supervisión, fiscalización y control de los ASS con el fin de garantizar las

⁴¹ Decreto reglamentario 1993/2011.

prestaciones de salud a sus beneficiarios en el marco de las Leyes 23.660 y 23.661, como así también a los usuarios de las EMP, reguladas por la Ley 26.682.

CONCLUSIONES

La SSSalud, es la autoridad de aplicación de la Ley 26.682 “Marco Regulatorio de las Entidades de Medicina Prepaga” y debe ejercer las funciones y atribuciones conferidas en el art. 5º de la citada ley. Los hallazgos expuestos evidencian incumplimientos y debilidades respecto de la función de contralor asignada al organismo.

Con relación a la autorización de incremento de las cuotas, no se cumplió el procedimiento de control establecido en la Ley 26.682, art. 5º inc. g) que permite “autorizar en los términos de la presente ley y revisar los valores de las cuotas y sus modificaciones que propusieren los sujetos”, procediendo en función de lo estipulado en el art. 17º a autorizar, “cuando el mismo esté fundado en variaciones de la estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgos”, detectándose que no se encuentra implementada la estructura de costos que deben presentar las EMP a los efectos de obtener el aumento en el valor de sus cuotas, como así tampoco es posible verificar la razonabilidad de los incrementos autorizados en el periodo, porque el auditado no tuvo los elementos suficientes para poder efectuar el análisis razonable que determina el art. 17º del Decreto reglamentario 1993/2011.

Los aumentos autorizados fueron otorgados en base a un análisis de costos del sector de carácter general, sin considerar las pretensiones efectuadas por cada entidad, ni la modificación introducida por el Decreto reglamentario 66/2019, que determina de forma explícita que el requerimiento referido debe efectuarse de forma individual. El auditado no puede determinar que EMP solicitó autorización para aumentar el monto de la cuota en el periodo, por la inexistencia de un registro de los pedidos presentados.

El procedimiento para autorizar el incremento del valor de la cuota no está reglamentado, ni se elaboró el Manual de Procedimientos a efectos de determinar de forma precisa las funciones e intervenciones de cada uno de los sectores involucrados en la autorización mencionada.

La SSSalud debe determinar las condiciones técnicas, de solvencia financiera, de capacidad de gestión, y prestacional de las EMP, no obstante, se detectaron incumplimientos normativos como la falta de fijación de las características del Capital Mínimo, las garantías y avales que deberán cumplimentar las EMP; tampoco se designaron síndicos, auditores y veedores en las Entidades de Medicina Prepaga como lo establece la Ley 26.682.

Esta situación evidencia una actividad de control escasa sobre las EMP, debido a que no es posible determinar de manera razonable las condiciones técnicas, de capacidad de gestión y de solvencia financiera, con el fin de asegurar la normalización, preservación y continuidad de las prestaciones de salud hacia la población.

Los ASS que comercializan planes de adhesión voluntaria o planes superadores o por mayores servicios, no dan cumplimiento a la presentación de la información patrimonial y contable en forma separada y se evidenció un incumplimiento a la obligación de presentación de EE.CC, que no fue sancionado.

La SSSalud debe crear y mantener actualizado el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga. Si bien el procedimiento de inscripción fue regulado por la Resolución 55/2012 SSS, transcurridos más de 10 años desde su creación, el 98.62% de las EMP activas funcionan con “Inscripción Provisoria”; es decir que, de las 726 EMP activas en el RNEMP en el periodo auditado, sólo 10 poseen la “Inscripción Definitiva y autorización para funcionar”, por falta de impulso a los trámites recibidos. Esta situación se traduce en que la mayoría de los usuarios del sistema estén concentrados en EMP con Inscripción Provisoria.

En la información brindada a los usuarios en la página web institucional, no se expone el estado de situación de la Entidad con relación a si obtuvo o no su “Inscripción Definitiva y Autorización para Funcionar”.

Se detectó el otorgamiento de “Inscripción Definitiva y Autorización para Funcionar”, sin haberse realizado un análisis completo de la documentación obligatoria incumpléndose el procedimiento reglado: de las 10 (diez) Entidades

que la obtuvieron, 9 (nueve) fueron intimadas a presentar documentación faltante en la Resolución que aprobó su “Inscripción Definitiva y Autorización para funcionar”.

En relación con el control específico, existen aspectos normativos sin reglamentar como los modelos de Contrato a suscribir con los usuarios y el procedimiento y la periodicidad para la actualización de la información por parte de las EMP; tampoco existe un mecanismo que permita al auditado detectar de manera oportuna los incumplimientos de las entidades.

Se evidenció un nivel de cumplimiento del 10% a la obligación de remisión cuatrimestral del Padrón de Usuarios, sin haberse informado acciones para regularizar la situación, como así tampoco la aplicación de sanciones y/o multas.

La falta de elaboración de Manuales de Procedimiento, junto con la ausencia en la definición del circuito de procedimiento y los parámetros de control y fiscalización de la documentación, impactan de forma negativa en la labor de las áreas involucradas.

En torno a la gestión del RNEMP, el auditado no posee un sistema o aplicativo eficiente: los expedientes con las solicitudes de inscripción se encuentran en papel y contienen la documentación desactualizada, situación que impide efectuar la trazabilidad de los trámites y determinar de manera segura y en tiempo oportuno el cumplimiento de las Entidades.

Sobre la protección de los derechos de los usuarios de las Entidades de Medicina Prepaga en el Territorio Nacional, el sistema de resolución de reclamos implementado no otorga una protección eficiente, toda vez que un alto porcentaje de los trámites permanecen sin resolución, por la demora en que incurren las áreas intervinientes. Se remitieron al archivo o guarda temporal reclamos sin comprobar el cumplimiento por parte de la EMP. Asimismo, se verificó una baja sustanciación de sumarios para determinar la aplicación de sanciones a las EMP que no cumplieron con la disposición que resuelve a favor del reclamante.

El sistema informático de gestión “R 75/98” utilizado como una herramienta para la elaboración de estadísticas e informes vinculados al cumplimiento de las obligaciones prestacionales de las EMP, se encuentra desactualizado y no permite la vinculación del reclamo con el expediente GDE, impidiendo efectuar la trazabilidad de las actuaciones: se observaron discrepancias entre los estados de tramitación, detectándose que reclamos cargados en trámite, se encuentran finalizados en el expediente GDE.

El Manual de Procedimientos y Normas para el Proceso “Promoción y Atención de Reclamos” elaborado en 2009, está desactualizado: no incluye a las EMP y no describe en su totalidad los circuitos y procesos implementados. No fue reglamentado el proceso por el que tramitan los reclamos a partir de la “2 da. Instancia”, estando sin definir el circuito a seguir y los plazos máximos de permanencia en las áreas intervinientes.

En relación a la consolidación de la presencia institucional en el Territorio Nacional de manera eficiente, eficaz y accesible al usuario, la inexistencia de un Manual de Procedimiento que establezca mecanismos uniformes de gestión para las Sedes y la ausencia de indicadores para evaluar la eficacia y eficiencia de las tareas desarrolladas, junto con la falta de remisión de reportes sobre la resolución de los reclamos recibidos, imposibilitan al auditado contar con elementos suficientes a los fines de efectuar una toma de decisiones racional e informada en relación a la defensa de los derechos de los usuarios por incumplimiento de las EMP en el territorio nacional.

Por último, es importante destacar, que el financiamiento del sistema está instituido en la Ley 26.682, artículo 25º, inc. a), que establece una matrícula anual pagada por cada entidad, cuyo monto será determinado por la reglamentación. La Resolución 1769/2014, estableció una alícuota del 0,2%; sin embargo, en febrero de 2020 fue declarada inconstitucional por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en la causa “Swiss Medical S.A. C/EN-SSS S/Amparo Ley 16.986” (causa 2028/2015).

En este sentido, se recomienda a la SSSalud que derogue la Resolución 1769/2014 SSS e impulse la modificación normativa del art. 25º de la Ley 26.682, para asegurar el financiamiento previsto para la Superintendencia de Servicios de Salud.