

INFORME DE AUDITORÍA

GESTIÓN DE TRANSFERENCIAS

**Programa 63 de la Superintendencia de Servicios de Salud
"Asistencia Financiera a Agentes del Seguro de Salud"**

Proyecto S00183-19/2019

Actuación 672/19-AGN

**Departamento de Control de Transferencias a Municipios, CABA y Sector
Privado**

Gerencia de Control de Transferencia de Fondos Nacionales

AUDITORÍA GENERAL DE LA NACIÓN



Auditoría General de la Nación

Contenido

1.	OBJETO DE AUDITORÍA	1
1.1.	Objetivo	1
2.	ALCANCE	1
2.1.	Enfoque.....	2
2.2.	Procedimientos de auditoría	2
3.	CONSIDERACIONES PRELIMINARES.....	3
3.1.	Programa 63 “Asistencia Financiera a Agentes del Seguro de Salud” de la Superintendencia de Servicios de Salud	3
3.2.	Financiamiento del Programa 63.....	4
3.3.	Fondo Solidario de Redistribución.....	4
3.4.	Sistema Único de Reintegros.....	6
3.5.	Estructura organizativa.....	9
3.6.	Circuito SUR	10
3.7.	Evolución presupuestaria Programa 63.....	12
3.7.1.	Fondos del régimen especial de afectación de los recursos acumulados en el FSR durante la gestión de APE.....	12
3.7.2.	Transferencias SUR	14
4.	HALLAZGOS Y RESULTADOS.....	17
4.1.	Procedimientos administrativos	17
4.1.1.	No fue aprobado el manual de procedimientos diseñado para el SUR	17
4.1.2.	En los expedientes no se expone el detalle de la valorización de los tratamientos o la información sobre los rechazos de las solicitudes. La conformidad en la confección de los expedientes está afectada en menos del 10% de las solicitudes en cuanto a exposición de la normativa de pago y de la fecha de prestación, y en la presentación y legibilidad del sello de mesa de entrada.....	17
4.1.3.	El procedimiento utilizado por la SSSalud para incorporar al SUR las solicitudes presentadas como "pago por apoyo financiero" no se encuentra formalizado y no se contempla un criterio para la determinación de los montos a reconocer de los tratamientos ingresados por este mecanismo	21
4.1.4.	Los expedientes con solicitudes por discapacidad no presentan la resolución de pago correspondiente al período de prestación y no incluyen información detallada sobre la inclusión de dependencia o zona desfavorable	24
4.1.5.	Los expedientes colectivos no cuentan con un criterio explícito para su armado. El tiempo promedio insumido para su confección fue de 39 días corridos	26



Auditoría General de la Nación

4.2.	<i>Definición y cumplimiento de criterios para procesamiento y pago de solicitudes por reintegro</i>	28
4.2.1.	En el 2% de las solicitudes no hubo correspondencia entre el monto pagado y los valores máximos reconocidos en las resoluciones de la SSSalud. En tanto, el 8% de los expedientes no contaba con información suficiente para verificar el cumplimiento del criterio.....	28
4.2.2.	La metodología de cálculo para determinar los montos máximos no contempla un criterio de periodicidad de actualización de los valores o un mecanismo predefinido para modificarlos	32
4.2.3.	La determinación del valor del módulo transporte en las solicitudes por discapacidad presenta inconsistencias y no se encuentra estipulado un límite de kilómetros o tope monetario máximo a reintegrar	34
4.2.4.	Los montos máximos establecidos en la normativa quedaron desfasados de los costos reales de los tratamientos. El porcentaje del monto solicitado cubierto por la SSSalud disminuyó del 62% en 2017 al 53% en 2019.....	36
4.2.5.	La SSSalud no estableció plazos límites para analizar las solicitudes. El tiempo promedio insumido por la SSSalud en analizarlas, administrarlas y liquidarlas fue de 165 días, que suma un total de 248 días si se agrega el tiempo insumido por las obras sociales desde el inicio del trámite	39
4.2.6.	No se estableció de forma explícita un orden de prioridades para el procesamiento, análisis y pago de las solicitudes por reintegros	44
4.3.	<i>Planificación, diseño y cumplimiento de metas de ejecución</i>	47
4.3.1.	La SSSalud no cuenta con una planificación estratégica que permita orientar las acciones del Programa 63 hacia los objetivos de largo plazo	47
4.3.2.	Se identificaron desvíos en la ejecución de las metas respecto al objetivo programado, cuyas causas fueron explicadas por la SSSalud	49
4.3.3.	Las metas físicas no contemplan todos los objetivos del programa. Tampoco se encuentran desagregadas con precisión y no resultan suficientes para demostrar su desempeño	53
4.3.4.	La SSSalud no realizó informes de evaluación de las metas del Programa 63 y no se establecieron indicadores que midan el desempeño ni un tablero de control para el monitoreo y seguimiento de resultados	57
5.	COMENTARIOS DEL AUDITADO.....	60
6.	RECOMENDACIONES	61
7.	CONCLUSIONES.....	63
ANEXOS		66
	<i>Anexo I: Análisis de correlación entre cantidad de afiliados y solicitudes por reintegro</i>	66
	<i>Anexo II: Montos máximos (valores en pesos)</i>	69



Auditoría General de la Nación

Tratamientos, prótesis y procedimientos	69
Medicamentos.....	77
Tratamiento para VIH/SIDA	86
Discapacidad.....	88
Diabetes	94
<i>Anexo III: Ejemplos de solicitudes.....</i>	<i>95</i>
<i>Anexo IV: Descargo del auditado</i>	<i>97</i>
<i>Anexo V: Análisis del descargo del auditado.....</i>	<i>102</i>



Auditoría General de la Nación

Glosario

SSSalud: Superintendencia de Servicios de Salud

MinSalud: Ministerio de Salud

Programa 63: Programa 63 “Asistencia Financiera a Agentes del Seguro de Salud” de la Superintendencia de Servicios de Salud

FSR: Fondo Solidario de Redistribución

Obras Sociales: engloba a todo Agente del Seguro de Salud contemplado por la Ley 23.661 del Sistema Nacional del Seguro de Salud

SUR: Sistema Único de Reintegros

RNOS: Registro Nacional de Obras Sociales

Organismos:

ADEA: Administradora de Archivos

AFIP: Administración Federal de Ingresos Públicos

ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

APN: Administración Pública Nacional

APE: Administración de Programas Especiales

INSSJP: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (antes PAMI)

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo

INCUCAI: Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante

SIGEN: Sindicatura General de la Nación

PEN: Poder Ejecutivo Nacional

UBA: Universidad de Buenos Aires

ONP: Oficina Nacional de Presupuesto

Gerencias, Departamentos y Áreas de la SSSalud:

Gerencia SUR: Gerencia Operativa de Subsidios por Reintegros

Subgerencia RVS: Subgerencia de Recepción, Verificación y Valorización de Solicitudes

Subgerencia de Control de Legalidad: Subgerencia de Control de Legalidad de Subsidios por Reintegros

Subgerencia de Liquidación: Subgerencia de Liquidación de Subsidios por Reintegros

Subgerencia de Presupuesto: Subgerencia de Presupuesto y Contabilidad

UAI: Unidad de Auditoría Interna



Auditoría General de la Nación

Otros programas de la SSSalud:

SUMA: Subsidio de Mitigación de Asimetrías

SUMARTE: Subsidio de Mitigación de Asimetrías para el Trabajo Especial

SUMA70: Subsidio de Mitigación de Asimetrías para personas de más de 70 años

SANO: Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales

Sistemas y elementos administrativos:

Sistema de Tutelaje: Sistema de Tutelaje de Tecnologías Sanitarias Emergentes

SINTRA: Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina

ECS: Expedientes colectivos SUR

EE: Expediente electrónico

GDE: Sistema de Gestión Documental Electrónica

SISS: Sistema Integrado de la Seguridad Social

e-SIDIF: Sistema Integrado de Información Financiera

SAF: Sistema de Administración Financiera

RAEM: Régimen de Acceso de Excepción de Medicamentos

Otros:

ODS: Objetivos de Desarrollo Sustentable

PSL: Precio de Salida de Laboratorio

PVP: Precios de Venta al Público



**INFORME DE AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL PROGRAMA 63 DE LA
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
“ASISTENCIA FINANCIERA A AGENTES DEL SEGURO DE SALUD”**

Señor Superintendente de Servicios de Salud

Lic. Gabriel Gonzalo ORIOLO

S. / D.

En virtud de las funciones atribuidas 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 un examen de los fondos transferidos en el marco del Programa 63 de Asistencia Financiera a Agentes del Seguro de Salud, en el ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud.

1. Objeto de auditoría

Transferencias a los Agentes del Seguro de Salud en el marco del Programa 63 "Asistencia Financiera a Agentes del Seguro de Salud" de la Superintendencia de Servicios de Salud, implementadas a través del Sistema Único de Reintegros.

Período: 2017-2019

1.1. Objetivo

Evaluar la gestión de las transferencias a los Agentes del Seguro de Salud en relación a su eficiencia, eficacia, equidad y transparencia en el marco del Programa 63 "Asistencia Financiera a Agentes del Seguro de Salud" de la Superintendencia de Servicios de Salud, implementadas a través del Sistema Único de Reintegros y realizadas entre 2017 y 2019.

2. Alcance

El examen se realizó de conformidad con las Normas de Control Externo Gubernamental aprobadas por Resolución 26/2015-AGN “Normas de Control Externo Gubernamental” y Resolución 186/2016-AGN “Normas de Control Externo de la Gestión Gubernamental”, dictadas en virtud de las facultades conferidas por el art. 119 inc. d) de la Ley 24.156.



2.1. Enfoque

Enfoque orientado a resultados para evaluar el cumplimiento de los objetivos y metas del Programa 63 y a procesos para analizar su funcionamiento y detectar puntos críticos que permitan mejorar su eficiencia.

2.2. Procedimientos de auditoría

Las tareas de campo se llevaron a cabo entre septiembre de 2020 y noviembre de 2022. A continuación, se detallan brevemente:

- Entrevistas y consultas a los responsables de las áreas correspondientes al Sistema Único de Reintegro.
- Encuesta a las obras sociales.
- Elaboración de una muestra de expedientes con solicitudes por reintegro pagadas.
- Sistematización y análisis de la muestra de expedientes pagados.
- Análisis de la evolución presupuestaria y ejecución del Programa 63 de la SSSalud.
- Evaluación de las metas físicas y financieras y de la planificación institucional, estratégica o de planes de acción.
- Análisis de la evidencia solicitada y provista por la SSSalud.
- Relevamiento, sistematización y análisis de la normativa referida al Sistema Nacional del Seguro de Salud, a la SSSalud, APE, al FSR, al SUR y SUR Discapacidad, Sistema de Tutelaje y pagos por Apoyo Financiero, y al Mecanismo de Integración.
- Relevamiento, sistematización y análisis de información pública.
- Solicitud y análisis de informes de auditoría (UAI, SIGEN, AGN).
- Observación de procedimientos administrativos, evaluación de los criterios de pago y análisis de cumplimiento de los montos máximos en el pago de los reintegros.
- Análisis estadístico de los tiempos de presentación de solicitudes, procesamientos, administración y pago.
- Análisis financiero comparativo entre los montos pagados y los montos solicitados por reintegro.
- Detección de criterios de orden o prioridades para el pago de solicitudes.



3. Consideraciones preliminares

3.1. Programa 63 “Asistencia Financiera a Agentes del Seguro de Salud” de la Superintendencia de Servicios de Salud

La Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud), creada en 1996¹, es un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional (APN) dependiente del Ministerio de Salud de la Nación (MinSalud). Regula y controla a las obras sociales², las entidades de la medicina prepaga³, y al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP, conocido a nivel público como PAMI).

Entre los principales objetivos de la SSSalud, se menciona:

- Implementar, reglamentar y administrar los recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución (FSR), dirigiendo todo su accionar al fortalecimiento de la atención de la salud de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, destinando todos los recursos disponibles para la cobertura de subsidios por reintegros por prestaciones de alto impacto económico y que demanden una cobertura prolongada en el tiempo, a fin de asegurar el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, garantizando a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones.
- Desarrollar e implementar Programas de Prevención de patologías de alto impacto económico y de aquellas que demanden una atención prolongada en el tiempo, y de Promoción de la Salud para los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Para instrumentar estos objetivos, se creó el Programa 63 “Asistencia Financiera a Agentes del Seguro de Salud” (Programa 63), cuya unidad ejecutora es la SSSalud.

Este Programa fue diseñado para transferir fondos a los Agentes del Seguro de Salud⁴ (en adelante, Obras Sociales) registrados en el Registro Nacional de Obras Sociales (RNOS) en concepto de reintegros por prestaciones de alto impacto económico y baja incidencia en la población, como también prestaciones por patologías crónicas de cobertura prolongada. De esta manera, se desarrollan acciones necesarias para financiar el tratamiento, medicamento y tecnologías médicas de alrededor de 180 patologías, entre las que se encuentran trasplantes e

¹ Creada por el Decreto 1615/96 del PEN, como consecuencia de la fusión de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS), y del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS).

² Comprendidas en el art. 1 de la Ley 23.660.

³ Reguladas por la Ley 26.682 y los Decretos 1991/12 y 1993/12 del PEN.

⁴ Incluye obras sociales y mutuales comprendidas en la Ley 23.661.



intervenciones de alta complejidad, tratamientos para pacientes hemofílicos, VIH/SIDA o enfermedades relacionadas, pacientes dependientes del uso de estupefacientes, tratamientos prolongados con medicamentos, pacientes con diversas discapacidades, entre otros. Son prestaciones que requieren un volumen de recursos que, en la mayoría de los casos, supera las capacidades económicas de las obras sociales.

3.2. Financiamiento del Programa 63

Los recursos del Programa 63 provienen del Fondo Solidario de Redistribución (FSR), administrado por la SSSalud, e integrado por un porcentaje de las contribuciones y aportes de los empleadores y trabajadores efectuados al Sistema Nacional de Obras Sociales. Estos fondos son utilizados para financiar a las obras sociales inscriptas en el RNOS (beneficiarios directos del Programa 63) por medio de subsidios (transferencias) por reintegro de prestaciones médicas pagadas por la obra social y contempladas por el Programa 63. Estas transferencias son operadas por el Sistema Único de Reintegros (SUR) de la SSSalud.

3.3. Fondo Solidario de Redistribución

El FSR fue constituido por la Ley 23.661 del Sistema Nacional del Seguro de Salud⁵ para financiar aspectos específicos del sistema, a saber:

1. Brindar apoyo financiero a las jurisdicciones adheridas con destino a la incorporación de las personas sin cobertura y carentes de recursos.
2. Atender los gastos administrativos y de funcionamiento de la SSSalud.
3. Subsidiar automáticamente a las obras sociales que, por todo concepto, perciban menores ingresos, con el propósito de equiparar sus niveles de cobertura obligatoria. Para ello se instruyeron los programas Subsidio de Mitigación de Asimetrías⁶ (SUMA) y Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales⁷ (SANO).
4. Otorgar préstamos, subvenciones y subsidios a las obras sociales de acuerdo lo determine la SSSalud, como el Programa 63, objeto de esta auditoría.
5. Financiar planes y programas de la salud destinados a beneficiarios del seguro.

La fuente principal de recursos financieros del FSR procede del 10% de la suma de los aportes y contribuciones patronales que los trabajadores y empleadores efectúan al Sistema

⁵ Art. 22 de la Ley 23.661 del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

⁶ Decreto 1609/12 - PEN.

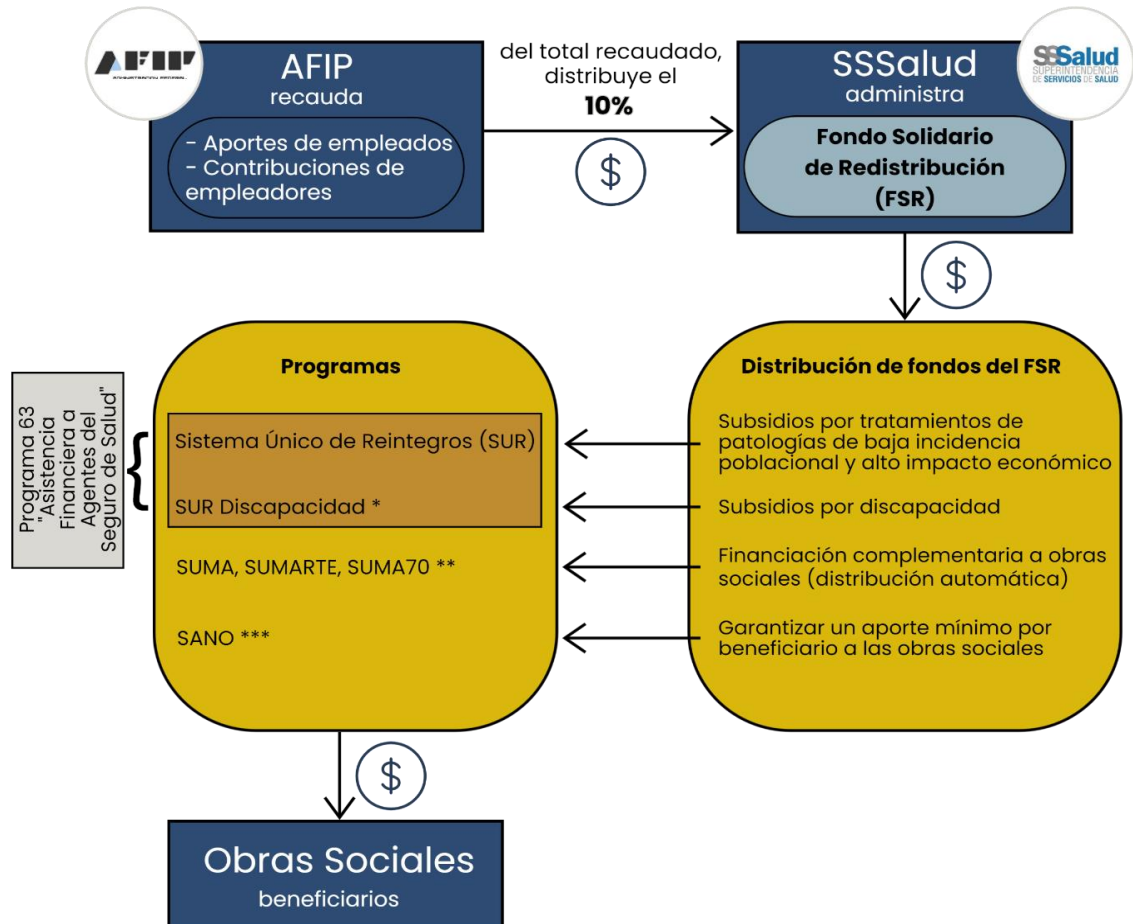
⁷ Decreto 1901/06 - PEN.



Auditoría General de la Nación

Nacional de Obras Sociales⁸, los cuales son recaudados por la Administración Federal de Impuestos (AFIP) y administrados por la SSSalud.

Esquema 1: Recursos y aplicación de fondos del FSR



*Sistema Único de Reintegros por Prestaciones Otorgadas a Personas con Discapacidad. Reemplazado por el Mecanismo de Integración (Decreto 904/16)

** SUMA: Subsidio de Mitigación de Asimetrías; SUMARTE: Subsidio de Mitigación de Asimetrías para el Trabajo Especial; SUMA70: Subsidio de Mitigación de Asimetrías para personas de más de 70 años

*** SANO: Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales

Fuente: elaboración propia sobre la información provista por la SSSalud y las leyes 23.660 y 23.661.

Entre 2017 y 2019, el FSR recibió en promedio el 3,2% de los recursos remitidos por AFIP a los Organismos de Seguridad Social, como se observa en el cuadro 1:

⁸ El Art. 22 de la Ley 23.661 del Sistema Nacional del Seguro de Salud presenta el listado completo de recursos que integran el FSR. En el caso de obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios corresponde el 15% de la suma de contribuciones y aportes.



Cuadro 1: Fondos distribuidos a organismos de la Seguridad Social
(pesos corrientes)

Organismos de la Seguridad Social	2017	2018	2019
ANSES	580.110.923.350	724.286.050.551	964.439.017.525
FSR	29.070.186.315	36.756.675.215	51.322.201.897
Obras Sociales	158.829.645.191	201.168.183.051	279.922.408.848
ART	80.498.613.098	92.959.734.223	123.557.117.817
Seguro colectivo de vida	670.428.912	845.991.307	1.041.999.685
INSSJP	84.602.355.109	105.374.969.855	142.567.635.085
RENATEA	1.050.275.754	1.346.942.154	2.052.063.335
Otros Organismos	38.236	1.253	439
TOTAL	934.832.465.966	1.162.738.547.609	1.564.902.444.617
Participación del FSR sobre total de fondos a organismos de la seguridad social	3,1%	3,2%	3,3%
Crecimiento interanual FSR	42,0%*	26,44%	40%

* En 2016 el monto fue de \$20.470.217.977.

Fuente: Elaboración propia según datos de AFIP.

3.4. Sistema Único de Reintegros

Para acceder a la financiación, las obras sociales deben iniciar el proceso para solicitar el reintegro de las prestaciones médicas brindadas a través del SUR, en cumplimiento de los requisitos establecidos en la correspondiente normativa y que acredite el efectivo pago y cumplimiento de la prestación. Una vez presentada la solicitud, se le asigna un turno para presentar la documentación respaldatoria, que, dado que no se tratan de transferencias automáticas, son analizadas por diferentes áreas de la Gerencia Operativa de Subsidios por Reintegro (Gerencia SUR) de la SSSalud, a cargo del SUR, que determinan si el tratamiento es pertinente al programa y si cumplen con los requisitos necesarios, además de valorizar la solicitud y autorizar el pago.

El SUR fue creado por la Res. 1200/12 de la SSSalud para garantizar el financiamiento de las obras sociales en materia de prestaciones originadas en la atención de enfermedades de baja incidencia poblacional y alto impacto económico, y aquellas de largo tratamiento. Estos tratamientos implican un abordaje diferente al resto de las enfermedades y demandan un nivel de erogación tal que supone un riesgo para la sustentabilidad económica de las propias obras sociales. Con la creación del SUR, se buscaba un sistema de otorgamiento de subsidios más transparente, ágil, operativo y eficaz, que reemplace el anterior Programa de Cobertura de



Auditoría General de la Nación

Prestaciones Médico Asistenciales, administrado por la APE. Para ello, fueron incorporadas ciertas prestaciones médicas sustentado en análisis basados en la evidencia científica, efectividad, costo, y autorizaciones de los organismos nacionales regulatorios. A su vez, se modificó el procedimiento y requisitos de acceso teniendo como objetivo la eficiencia y efectividad en la gestión. Los reintegros se pagan según las disponibilidades presupuestarias y por razones de oportunidad, mérito y conveniencia en tanto la obra social haya cumplido las condiciones para su otorgamiento⁹.

La Res. 1200/12 de la SSSalud presenta las patologías que pueden ser ingresadas por el SUR, agrupadas en dos listados, uno para medicamentos y otro para prestaciones médicas, las cuales fueron modificadas y actualizadas por diferentes resoluciones, principalmente las Res. 1048/14 y 400/16 de la SSSalud. El enunciado de las enfermedades no implica el reconocimiento de todos los gastos que supone su tratamiento, sino solo las prestaciones médicas que la SSSalud estipule.

Asimismo, para las prestaciones por discapacidad¹⁰ se creó el Sistema Único de Reintegro por Prestaciones Otorgadas a Personas con Discapacidad (SUR Discapacidad) por la Res. 1511/12 de la SSSalud, para mejorar y agilizar el procesamiento de las solicitudes por estos tratamientos. Ante reclamos y sugerencias de las obras sociales, en 2016 se implementó el Mecanismo de Integración¹¹, que eventualmente reemplazaría al SUR Discapacidad. La particularidad de este nuevo sistema es que consiste en transferencia directa desde el FSR a las obras sociales, por lo que no opera bajo el Programa 63 y no requiere el análisis y autorización de la Gerencia SUR. Debido a cuestiones de procedimiento y ante la transición de un sistema a otro, entre 2016 y 2019 coexistieron tanto el SUR Discapacidad como el Mecanismo de Integración¹², según cómo fuese ingresada la solicitud por la obra social.

En el marco normativo vigente se detalla tanto el listado de tratamientos y medicamentos contemplados por el Programa 63 como la documentación y material respaldatorio que deben presentar las obras sociales a la SSSalud. Con la creación del SUR se

⁹ Art. 8 de la Res. 1200/12 de la SSSalud.

¹⁰ Prestaciones contempladas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad aprobado mediante Resolución 428/1999 del Ministerio de Salud y Acción Social y modificatorias.

¹¹ Decreto 904/16 del PEN.

¹² Desde el 01 de enero de 2019 las solicitudes por apoyo financiero de las obras sociales por prestaciones para personas con discapacidad deben solicitarse únicamente por el Mecanismo de Integración.



derogó toda vía de excepción en la tramitación de las solicitudes por reintegro¹³, por lo que los requisitos formales deben encontrarse presentes en todo el procedimiento y cumplirse.

El procedimiento para la solicitud del reintegro debe ser acorde a la resolución que corresponde a la fecha de prestación (o última fecha de prestación en caso de tratamiento prolongado), esto es, el beneficiario accede a la solicitud de reintegro según la normativa vigente al momento de realizar la prestación.

Este conjunto de normas establece el proceso para realizar la solicitud y garantiza el tratamiento equitativo de todas las solicitudes por reintegro. Está comprendido por las siguientes resoluciones:

Esquema 2: Normativa aplicable al Programa 63 respecto a los requisitos de acceso al reintegro y procedimiento SUR, vigente entre 2017-2019

Normativa aplicable	
Res. 1200/12 – SSSalud	Crea el SUR y establece los requisitos generales y particulares de cada patología que las obras sociales deben cumplir para acceder al reintegro
Res. 1048/14 – SSSalud	Modifican y actualizan la Res. 1200/12 – SSSalud. Establecen los valores máximos a reconocer para los tratamientos
Res. 400/16 – SSSalud	
Res. 46/17 – SSSalud	
Dto. 2710/12 – PEN	Establece la estructura organizativa de primer nivel de la SSSalud, con sus responsabilidades y funciones
Res. 1561/12 – SSSalud	Establece el procedimiento de autorización para el sistema de tutelaje de tecnologías médicas emergentes
Res. 1511/12 – SSSalud	Crea el SUR Discapacidad y establece los requisitos para acceder al reintegro de las solicitudes por discapacidad
Dto. 904/16 – PEN	
Crea el Mecanismo de Integración, que sustituye el SUR Discapacidad	
Res. 1711/14 – SSSalud	Establece el procedimiento y requisitos para acceder a reintegros por diabetes
Res. 453/14 – SSSalud	Establece el procedimiento y requisitos para acceder a reintegros por VIH-SIDA y hemofilia

Fuente: elaboración propia sobre la base de información normativa.

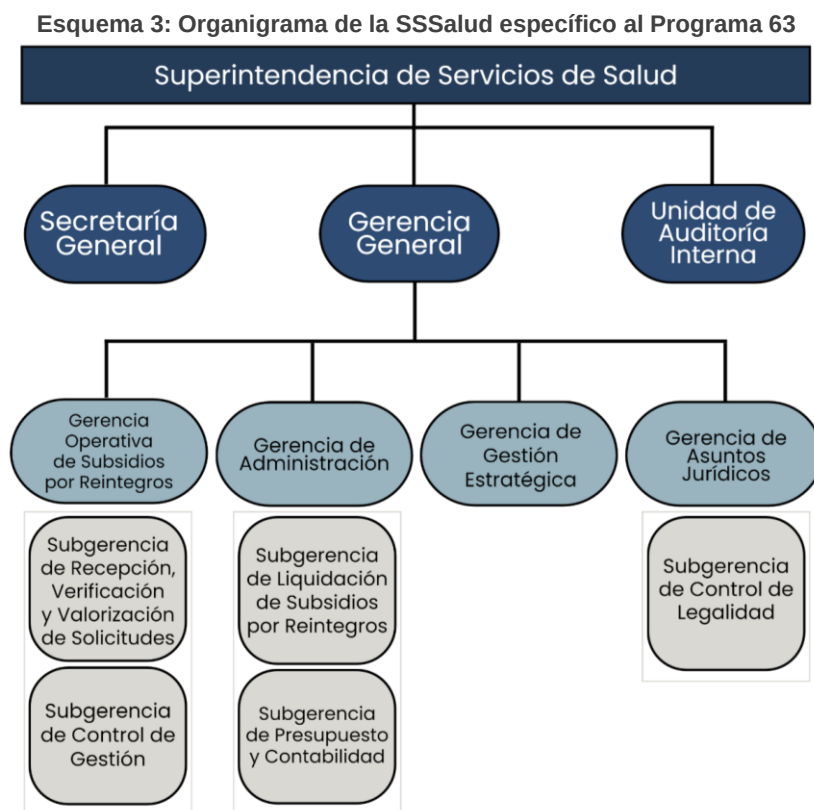
¹³ Art. 6 de la Res. 1200/12 de la SSSalud.



3.5. Estructura organizativa

Ante la desintegración de la APE y la absorción de sus funciones por la SSSalud, el Poder Ejecutivo Nacional (PEN) emitió el Decreto 2710/12 donde se establece la estructura organizativa de primer nivel de la SSSalud, en la que se especifican las áreas intervinientes en el procesamiento de las solicitudes por reintegro. Allí se encuentran definidas las responsabilidades primarias de cada área que analiza las solicitudes y liquida los reintegros, tal como la recepción, registro e inicio de expedientes, la aplicación de procedimientos y la verificación, validez y control de las solicitudes por reintegro.

El organigrama de las áreas de administración y análisis de las solicitudes por reintegro del Programa 63 se presenta sintetizado en el siguiente esquema:



Fuente: elaboración propia sobre datos de la SSSalud.

Sus funciones principales son:

- Gerencia Operativa de Subsidios por Reintegros (Gerencia SUR): gestiona las solicitudes de subsidios por reintegros que presentan las obras sociales, e interviene en la aplicación de los recursos del FSR.
 - Subgerencia de Recepción, Verificación y Valorización de Solicitudes (Subgerencia RVS): recibe, registra e inicia expedientes con las solicitudes por



Auditoría General de la Nación

reintegro presentadas por las obras sociales. Verifica la identidad de los solicitantes y de los beneficiarios, la pertinencia, autenticidad, validez y legalidad de la documentación presentada y probatoria de las prestaciones médicas a financiar y la pertinencia de su cobertura. Realiza la valorización de las solicitudes.

- Subgerencia de Control de Gestión: contribuye a la mejora de la legitimidad, eficiencia, eficacia y transparencia de los procesos de adjudicación y otorgamiento de subsidios por reintegros mediante procedimientos sistemáticos de auditoría *ex-ante* la elevación de los expedientes.
- Gerencia de Administración:
 - Subgerencia de Liquidación de Subsidios por Reintegro: imputa, registra y liquida las órdenes de pago de los subsidios por reintegro.
 - Subgerencia de Presupuesto y Contabilidad: planifica y ejecuta los sistemas administrativos y financieros de la SSSalud.
- Gerencia de Asuntos Jurídicos:
 - Subgerencia de Control de Legalidad: analiza, evalúa, califica o dictamina sobre la legalidad y sujeción a derecho de las solicitudes de subsidios por reintegro presentadas. Elabora y eleva los proyectos de actos administrativos de calificación y de aprobación o rechazo de las solicitudes de otorgamiento de subsidios por reintegros y de aprobación, revocación o rechazo de las solicitudes de las obras sociales.
- Gerencia de Gestión Estratégica: elabora guías de tratamiento, protocolos de intervención y toda otra norma complementaria que se requiera para la aplicación del sistema de tutelaje de tecnologías sanitarias emergentes (sistema de tutelaje).

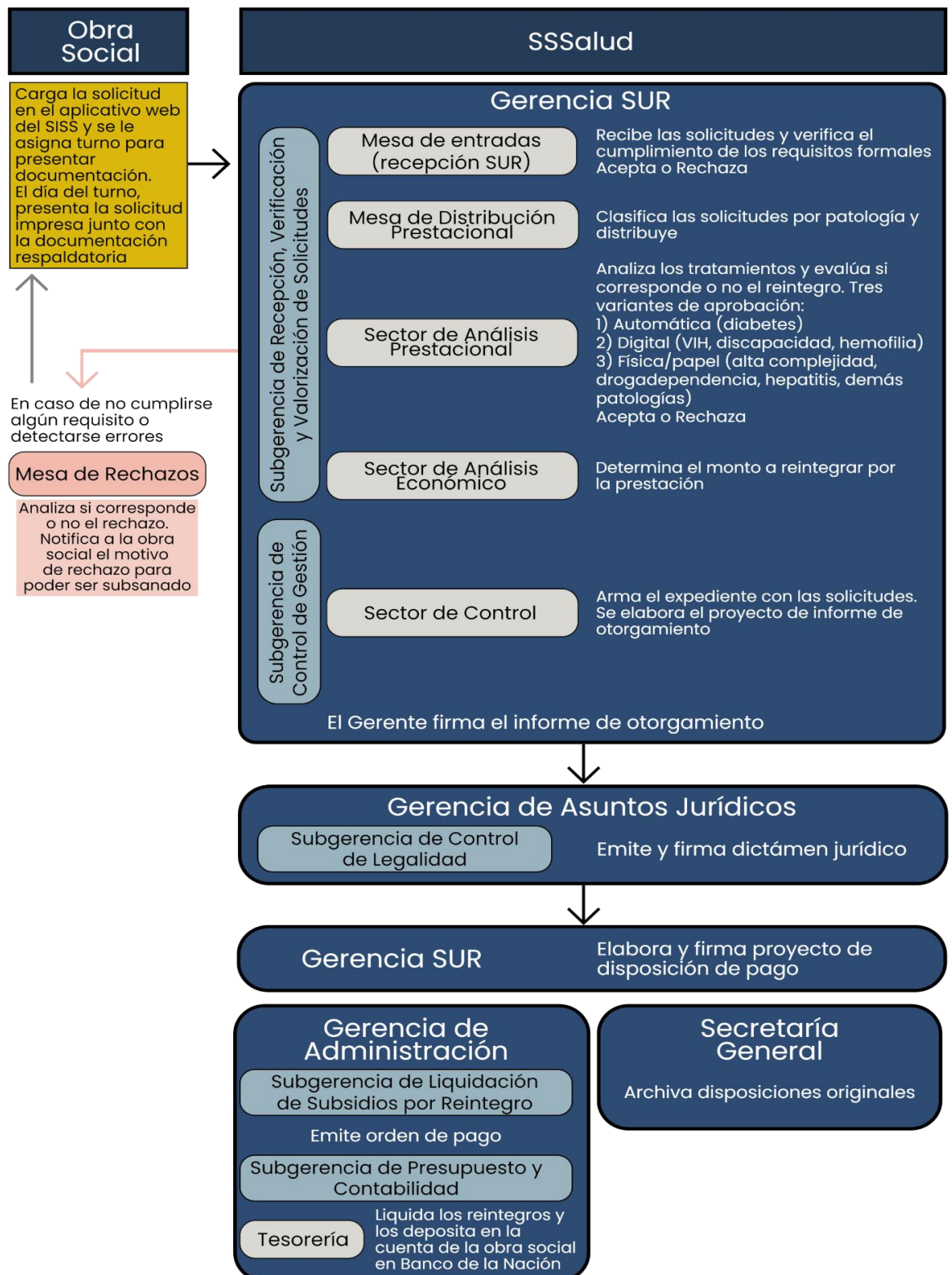
En tanto, la Secretaría General coordina la tramitación administrativa de las áreas del organismo de acuerdo con las decisiones del Superintendente y supervisa su cumplimiento, y la Unidad de Auditoría Interna (UAI), encargada del control interno del organismo.

3.6. Circuito SUR

Para determinar tanto si corresponde o no otorgar el reintegro a la obra social como el monto a reconocer, la solicitud es analizada por las diferentes áreas de la SSSalud. El esquema siguiente presenta los procedimientos SUR, desde el ingreso de la solicitud de la obra social en el aplicativo web de la SSSalud hasta su pago y archivo del expediente:



Esquema 4: Procedimientos SUR



SISS: Sistema Integrado de la Seguridad Social.

Nota: En caso de tratarse de solicitudes que ingresan por el sistema de tutelaje de tecnologías sanitarias emergentes, el procedimiento incluye un paso previo en el que la Gerencia de Gestión Estratégica analiza y autoriza o no la inclusión del tratamiento al SUR.

Fuente: elaboración propia sobre datos de la SSSalud.



3.7. Evolución presupuestaria Programa 63

La afectación del gasto¹⁴ se imputa en el Presupuesto Público Nacional a la partida:

SAF 914: Superintendencia de Servicios de Salud

5. Transferencias

5.1 Transferencias al sector privado para financiar gastos corrientes

5.1.7 Transferencias a otras instituciones culturales y sociales sin fines de lucro

Para responder a los objetivos del Programa 63, la SSSalud transfirió a las obras sociales los siguientes montos para los años 2017-2019:

Cuadro 2: Transferencias del Programa 63 - SAF 914
(devengado consumido en pesos corrientes)

Actividad	2017	2018	2019
Acciones de Adquisición de Insumos Médicos (Compra Centralizada)		339.217.104,00	
Asistencia Financiera a Agentes del Seguro de Salud	9.410.396.431,29	9.171.114.611,42	17.704.657.096,71
Total general	9.410.396.431,29	9.510.331.715,42	17.704.657.096,71
Participación Programa 63 sobre FSR	32%	26%	34%

Fuente: elaboración propia según datos de eSIDIF (bajada 12/05/2020) y AFIP.

Estos montos fueron imputados a las obras sociales para el pago de reintegros por los tratamientos contemplados. En promedio, el Programa 63 demandó aproximadamente un tercio de los recursos del FSR.

3.7.1. Fondos del régimen especial de afectación de los recursos acumulados en el FSR durante la gestión de APE

Cabe destacar que el monto expuesto en el cuadro 2 para el año 2019 incluye las transferencias recibidas por \$3.000 millones por el régimen de compensación según el Decreto 700/19 del PEN¹⁵, que complementan el financiamiento de las obras sociales, pero resultan automáticas y no suponen el paso por el SUR¹⁶.

¹⁴ Clasificación presupuestaria por objeto del gasto, de acuerdo al Manual de Clasificaciones Presupuestarias para el Sector Público Nacional, sexta edición actualizada, 2016.

¹⁵ Según montos informados por la SSSalud, se destinaron \$2.999.934.195,25 a las Obras Sociales por el Decreto 700/19 - PEN en 2019, incluyendo retroactivos pagados en 2020 que corresponden al período 2019.

¹⁶ El Art. 3 del Decreto 700/2019 - PEN establece que los recursos se transferirán de manera directamente proporcional al número de afiliados de cada AS, según el siguiente criterio: a) 90% a Obras Sociales cuyo ingreso promedio por afiliado sea menor o igual a \$1.450; b) 10% a Obras Sociales cuyo ingreso promedio por afiliado sea mayor a \$1.450.



Auditoría General de la Nación

Estos fondos proceden de los \$26.800 millones acumulados durante el tiempo en que el FSR era administrado por APE, que no habían sido distribuidos oportunamente antes de su disolución y no contaban con un fin específico. Con el Decreto 908/16 del PEN se estableció un régimen excepcional para redistribuir estos recursos acumulados, que fueron aplicados de diferentes maneras y para diversos fines:

- Constituir un fideicomiso por \$8.000 millones para financiar la estrategia de Cobertura Universal de Salud (CUS).
- Conformar un fondo de emergencia y asistencia por \$4.500 millones para asistir determinadas necesidades de las obras sociales, como situaciones de emergencia o epidemia, programas de prevención, modernización institucional, entre otras.
- Invertir el saldo remanente de \$14.267 millones en “Bonos de la Nación Argentina en pesos 2020” hasta su amortización y cuyos intereses generados serán integrados al FSR para el uso que la SSSalud estime conveniente.

Mediante la Res. 373/19 de la SSSalud se estableció que los intereses resultantes de los bonos mencionados, liquidados a favor de la SSSalud e integrados al FSR, serán destinados a financiar el SUR. Sin embargo, esta decisión quedó sin efecto por el Decreto 700/19 del PEN¹⁷, y, en su lugar, se estableció un régimen excepcional de afectación y distribución de recursos provenientes del FSR por un total de \$3.000 millones para complementar el financiamiento de las obras sociales beneficiarias. Con la Res. 1690/19 de la SSSalud se instruyó a la Gerencia General de la SSSalud a arbitrar los medios necesarios para distribuir los fondos del Decreto 700/2019, que se distribuyeron efectivamente entre octubre y diciembre de 2019 de acuerdo al criterio establecido.

Por otro lado, fueron afectados al SUR los otros recursos del Decreto 908/16:

- Los intereses devengados¹⁸ hasta junio de 2018 resultantes de la inversión a plazo fijo del Fondo de Emergencia y Asistencia¹⁹. La SSSalud tiene la facultad de aplicarlo en las oportunidades y modalidades que determine conveniente.

¹⁷ El art. 8° del Decreto 700/19 - PEN deroga el art. 5° de la Res. 373/19 de la SSSalud, donde se establece la asignación de los intereses resultantes de los “Bonos Nación Argentina en pesos 2020” al SUR.

¹⁸ Establecidos en el Art 4° del Decreto 554/18 - PEN.

¹⁹ Art. 6° del Decreto 908/16 – PEN.



Auditoría General de la Nación

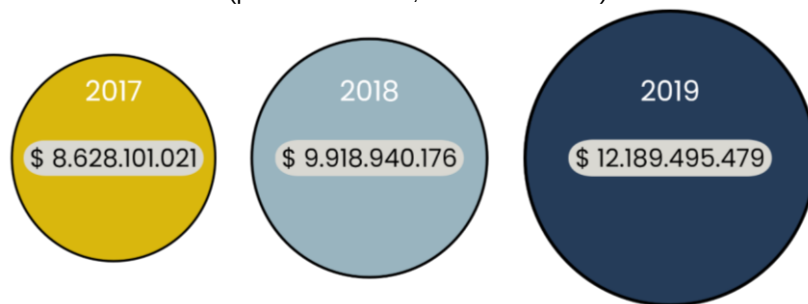
- Los intereses devengados²⁰ entre el 1 de marzo y 31 de diciembre de 2019 resultantes de la inversión del Fondo de Emergencia y Asistencia, según la forma de distribución que establezca la SSSalud.

La aplicación de los recursos del Decreto 251/2019 fue postergada por dos años mediante el Decreto 619/2020, contados a partir del 1° de enero de 2020.

3.7.2. Transferencias SUR

De esta manera, los montos transferidos exclusivamente por el SUR y SUR Discapacidad a las obras sociales entre 2017-2019 fueron los siguientes:

Gráfico 1: Monto transferido a las obras sociales por SUR
(pesos corrientes, años 2017-2019)



Fuente: elaboración propia sobre datos de la SSSalud.

En cuanto a la distribución presupuestaria por patología, se agruparon las diferentes solicitudes por reintegro de acuerdo con las siguientes categorías de tratamiento:

- Alta complejidad
- Artritis (diversos tipos)
- Asistencia al drogadependiente
- Atención por discapacidad
- Cáncer (diversos tipos)
- Diabetes
- Esclerosis múltiple
- Enfermedad articular o sistémica
- Hematológicas/oncológicas/hereditarias/inmunológicas
- Hemofilia
- Prolongados con medicación
- Rechazo de órgano o tejido
- VIH/SIDA
- No identificado²¹.

²⁰ Establecidos en el Art. 4° del Decreto 251/19 – PEN.

²¹ Esta categoría reúne aquellas solicitudes que no pudieron ser agrupadas por falta de información o datos específicos para poder ser agrupadas bajo determinada categoría o por contar con monto por patología no significativo (<1%) para contar con categoría propia.



Auditoría General de la Nación

De esta categorización, los tratamientos por discapacidad resulta ser la categoría que más recursos financieros demandó al programa entre 2017 y 2019, con un total acumulado de \$8.222 millones, lo que representa el 27% del total destinado a reintegros del SUR; los tratamientos por diabetes, en tanto, insumieron el 14% del total de recursos y los tratamientos prolongados con medicación, un 13%. Esto puede observarse en el cuadro 3, donde se especifica la participación de las diferentes categorías de tratamientos sobre los recursos totales de 2017, 2018 y 2019.

Cuadro 3: Gasto total entre 2017-2019 por tipo de tratamiento

Tratamientos	Total (pesos corrientes)	Participación en el gasto total
Discapacidad	\$ 8.222.083.618	27%
Diabetes	\$ 4.306.625.941	14%
Prolongados con medicación	\$ 4.099.616.502	13%
VIH/SIDA	\$ 2.145.182.168	7%
Esclerosis múltiple	\$ 2.057.693.035	7%
Artritis (diversos tipos)	\$ 2.054.905.666	7%
Cáncer (diversos tipos)	\$ 1.698.663.780	6%
Hemofilia	\$ 1.379.746.945	5%
Enfermedad articular o sistémica	\$ 1.249.647.869	4%
No identificado	\$ 1.232.532.673	4%
Alta complejidad	\$ 1.020.087.554	3%
Hematológicas/oncológicas/hereditarias/inmunológicas	\$ 752.579.897	2%
Rechazo de órgano o tejido	\$ 330.492.195	1%
Drogodependencia	\$ 80.366.081	0%
Total	\$ 30.630.223.924	100%

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos provista por la SSSalud. Muestra estratificada de 4.254 solicitudes. Selección probabilística aleatoria simple sin reemplazo. Nivel de confianza $1 - \alpha = 90\%$, error de estimación $\varepsilon = 5\%$ para expedientes colectivos y $\varepsilon = 10\%$ para expedientes individuales.

En cuanto a cantidad de personas atendidas, se puede observar que diabetes representa la mayor cantidad, con 391.368 personas cuyos tratamientos por diabetes mellitus tipo 1 y 2 fueron cubiertos por el programa entre 2017-2019, lo que alcanza el 60% del total de beneficiarios finales. Asimismo, los tratamientos por discapacidad y VIH/SIDA también son los más demandados, con un 16,2% y 7,9% de la cantidad de beneficiarios totales respectivamente.



Auditoría General de la Nación

Cuadro 4: Cantidad de personas atendidas por tipo de tratamiento entre 2017-2019

Tratamientos	Cantidad total de beneficiarios	Participación
Diabetes	391.368	59,5%
Discapacidad	106.208	16,2%
VIH/SIDA	52.238	7,9%
Enfermedad articular o sistémica	19.083	2,9%
Prolongados con medicación	16.611	2,5%
Artritis (diversos tipos)	14.588	2,2%
Hematológicas/oncológicas/hereditarias/inmunológicas	13.196	2,0%
No identificado	12.149	1,8%
Esclerosis múltiple	8.360	1,3%
Alta complejidad	6.733	1,0%
Cáncer (diversos tipos)	6.622	1,0%
Rechazo de órgano o tejido	5.984	0,9%
Drogodependencia	2.992	0,5%
Hemofilia	1.269	0,2%
Total	657.401	100%

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos provista por la SSSalud. Muestra estratificada de 4.254 solicitudes. Selección probabilística aleatoria simple sin reemplazo. Nivel de confianza $1 - \alpha = 90\%$, error de estimación $\varepsilon = 5\%$ para expedientes colectivos y $\varepsilon = 10\%$ para expedientes individuales.



4. Hallazgos y resultados

4.1. Procedimientos administrativos

4.1.1. No fue aprobado el manual de procedimientos diseñado para el SUR

El manual de procedimientos es una herramienta de buenas prácticas administrativas para instrumentar la normativa, donde se describen los pasos necesarios para completar un proceso específico. Sirve como un elemento de estandarización de los procedimientos y proporciona información acerca de las atribuciones, estructura orgánica, objetivos, políticas, responsabilidad, funciones y actividades de cada área del organismo. Para la gestión de los programas, la adopción de un manual de procedimientos permite establecer los protocolos a seguir para el tratamiento de las solicitudes y definir con más detalle las funciones del personal y cómo llevarlas a cabo. En consecuencia, resulta un instrumento que incentiva la eficiencia en la gestión.

Del análisis de la estructura orgánica, no se observaron superposiciones en las tareas o funciones. En los dictámenes jurídicos examinados no se encontraron observaciones de la Subgerencia de Control de Legalidad al respecto.

La Gerencia SUR diseñó un manual de procedimientos que establece instrucciones estándar para todo el personal, con descripción de las etapas administrativas, técnicas, de control y de registro. Si bien los procedimientos descritos eran aplicados *de facto* durante el período de auditoría, el manual se encontraba pendiente de aprobación.

La falta de formalización de este instrumento implica posibles descoordinaciones entre las áreas y dificulta el procesamiento de las solicitudes en todo el proceso de análisis, valorización y administrativo.

4.1.2. En los expedientes no se expone el detalle de la valorización de los tratamientos o la información sobre los rechazos de las solicitudes. La conformidad en la confección de los expedientes está afectada en menos del 10% de las solicitudes en cuanto a exposición de la normativa de pago y de la fecha de prestación, y en la presentación y legibilidad del sello de mesa de entrada.

La tramitación de las solicitudes por reintegro consta de tres pasos generales:

1. Recepción y verificación de la documentación
2. Análisis prestacional y económico, que incluye la valorización de las solicitudes (reconocimiento del monto a pagar por las solicitudes)



3. Administración y liquidación de pagos.

Estos pasos son ejecutados por las áreas de la Gerencia SUR y de las otras vinculadas al Programa 63, de acuerdo con las responsabilidades primarias definidas en el Decreto 2710/12. Las buenas prácticas administrativas y de gestión documental²² sugieren que los expedientes deben dejar constancia del procedimiento realizado por los organismos, en este caso, para determinar tanto si corresponde otorgar el reintegro como cuál es el monto a reintegrar por cada concepto y cantidad.

El tratamiento de las solicitudes por reintegro no se encuentra unificado en un solo formato: la documentación e información requerida por la SSSalud (facturas, troqueles, certificados, etc.) se presenta en forma física (según patología); en tanto, los pases de área, el informe de otorgamiento, dictamen jurídico, disposición de la Gerencia SUR, liquidación de pago, orden de pago presupuestaria y comprobantes de pago, se encuentran en formato digital, a través de la plataforma de Gestión Documental Electrónica (GDE). Esta dualidad puede afectar la presentación completa de la información tanto en el expediente físico como electrónico.

Tanto los expedientes físicos como los digitales no exponen el procedimiento de cálculo del monto reconocido (valorización) por cada concepto solicitado que realiza la Subgerencia de Recepción, Verificación y Valorización de Solicitudes (Subgerencia RVS). Únicamente consta el monto reconocido por la suma de todos los conceptos, sin desagregarse, en el informe de otorgamiento y en la resolución de la Gerencia SUR, con un texto predefinido. En el caso de los expedientes colectivos, se emite un solo informe de otorgamiento y una sola disposición de pago para varias solicitudes de una misma obra social. Allí se presenta el monto global y una tabla en donde se describe por solicitud el monto solicitado y el monto efectivamente otorgado. La relevancia de ello radica en que las solicitudes, que se presentan por beneficiario y por patología, pueden incluir más de un concepto como así también diferentes períodos de cobertura, especialmente las solicitudes por discapacidad, cuyos montos se actualizan con mayor frecuencia y presentan mayor complejidad para determinar el monto a reconocer²³.

²² Guía de Aplicación de la Ley Modelo Interamericana sobre Gestión Documental, OEA, 2020.

²³ Esta información puede verse detallada en el cuadro de conceptos de cada solicitud, donde figura concepto, cantidad, fecha de prescripción y de inicio de tratamiento, período de cobertura, y los valores unitarios y totales de los conceptos pagados por la obra social. Sin embargo, no se expone el detalle de la valorización por concepto que realiza el área de análisis económico de la Subgerencia RVS.



Auditoría General de la Nación

En línea con lo anterior, en los expedientes no se deja constancia de los rechazos ni sus motivos, sino que sólo se informa a las obras sociales para su posterior subsanación. En el mismo sentido se expidió la UAI de la SSSalud en sus informes²⁴.

La exposición de los cálculos y su registro forman parte de las buenas prácticas administrativas. Esto contribuye a un mejor control y transparencia, al exponer el circuito de decisiones, incluidos los cálculos y razones por las que se otorga o no el reintegro.

Más allá de los requisitos particulares de cada patología (facturas, troqueles, historias clínicas, prescripción médica, y toda otra documentación médica, contable y comercial necesaria), los elementos comunes que deben presentar las obras sociales para solicitar el reintegro y que deben constar en los expedientes físicos son los siguientes²⁵:

- Nota de solicitud de reintegro, con firma certificada del presidente o responsable de la obra social, donde se expone el motivo, el beneficiario, y las obras sociales reconocen que el apoyo financiero solicitado no es una obligación para la SSSalud y que es este organismo quien dispondrá el valor máximo a reconocer. Aceptan ser los únicos obligados frente al beneficiario.
- Certificado de afiliación, con los datos del beneficiario de la prestación.
- Cuadro de conceptos, donde consta el listado de tratamientos solicitados con los detalles sobre el periodo solicitado, cantidad solicitada para el periodo de referencia (de acuerdo a la unidad de medida de cada concepto) y monto total imputado a ese concepto y período. Firmado y sellado por el auditor médico de la obra social²⁶ (no aplica para el caso de diabetes tipo I y II).
- Cuadro de comprobantes: se genera luego de ingresar en el sistema la información contable respaldatoria (facturas y recibos) de la compra y pago de los conceptos consignados en el cuadro de conceptos²⁷ (no aplica para el caso de diabetes tipo I y II).

En resumen, por tipo de patología, los elementos comunes que se exponen en los expedientes físicos son:

²⁴ Informe de Auditoría 06/2018 de la UAI. Observaciones informes anteriores. Anexo E. 10.4.

²⁵ Res. 1200/2012 de la SSSalud y modificatorias.

²⁶ El Cuadro de Conceptos se deberá acompañar con la documentación de la prestación médica por la cual se requiere reintegro, de acuerdo con lo detallado en el punto 2 del Anexo II de la Res. 1200/12 y modificatorias, y con la documentación adicional que se especifica en el Anexo III junto a la descripción de las patologías y conceptos reconocidas.

²⁷ El Cuadro de Comprobantes deberá presentarse firmado y sellado en original por representante del Área Contable y representante de Auditoría Médica del Agente del Seguro de Salud, lo cual será válido como reemplazo de la firma de ambos en cada Factura, Recibo o Comprobante individual ingresado al cuadro.



Esquema 5: Elementos comunes expuestos en los expedientes físicos

Patología	Carátula	Nota de solicitud	Certificado de afiliación	Cuadro de conceptos	Cuadro de comprobantes
Discapacidad	✓	✓	✓	✓	✓
Alta complejidad	✓	✓	✓	✓	✓
Diabetes	✓	✓	✓	✗	✗
VIH/SIDA	✓	✓	✓	✓	✓
Tratamientos crónicos	✓	✓	✓	✓	✓

Referencias:

✓

Solicitado o requerido por normativa

✗

No requerido por normativa

Fuente: elaboración propia sobre la información relevada de la SSSalud y la normativa.

Los expedientes físicos observados, contaban con estos elementos y fueron confeccionados de acuerdo a la normativa vigente.

No obstante, se observaron las siguientes inconsistencias:

- En el 7,3% del total de solicitudes analizadas (311 de 4.253 solicitudes) no figura el sello de mesa de entradas o no es legible. Esto adquiere relevancia si se considera que este sello, además de ser un comprobante de recepción, certifica las firmas de las solicitudes. En este sentido, por normativa²⁸ solo se aceptaban las solicitudes cuyas firmas estuvieran certificadas por escribano público o institución bancaria. Posteriormente²⁹, se habilitó al personal de mesa de entradas a certificar la firma del representante de cada obra social. En las solicitudes analizadas conviven tanto aquellas que presentan la firma certificada como las que solo constan con el sello de mesa de entradas.
- Se observaron discrepancias en la exposición de las resoluciones de otorgamiento para las solicitudes de discapacidad: no coincide la resolución de otorgamiento con las de la solicitud. En lugar de figurar la resolución con la se reconoció el monto de pago según el período de cobertura correspondiente, figura la Res. 1511/12 de la SSSalud como resolución de otorgamiento, que establece que se rige por los valores máximos que publique el MinSalud en sus resoluciones. Ni el informe de otorgamientos ni el dictamen

²⁸ Punto VI, del Anexo I, de la Res. 1200/12 de la SSSalud.

²⁹ A partir de la Res. 407/14 de la SSSalud.



jurídico mencionan si hay una diferencia entre la resolución con la cual solicitan y la que finalmente utilizan para hacer el otorgamiento.

- En la carátula del 5,2% de las solicitudes analizadas (222 de 4.253 solicitudes) no se expone correctamente el período de cobertura del tratamiento. En particular, hay discrepancias entre el período expuesto en la carátula y el cuadro de conceptos, error que se traslada a la carga de información en el sistema. El 93% de estas solicitudes corresponden a solicitudes para el tratamiento de VIH/SIDA.

4.1.3. El procedimiento utilizado por la SSSalud para incorporar al SUR las solicitudes presentadas como "pago por apoyo financiero" no se encuentra formalizado y no se contempla un criterio para la determinación de los montos a reconocer de los tratamientos ingresados por este mecanismo

La normativa del Programa 63 establece un listado específico de tratamientos que son pasibles de reintegro. Sin embargo, es posible que ingresen solicitudes que no puedan ser incorporadas directamente al circuito ordinario del SUR, pero que pueden ser consideradas excepcionalmente por contar con una orden judicial de cobertura, tratarse de una medicación no recuperable por SUR, o porque el alto costo del tratamiento implica un posible desequilibrio financiero para la obra social. Estas solicitudes se conocen como pagos por “apoyo financiero”.

El procedimiento utilizado por la SSSalud para incorporar al SUR las solicitudes de "pago por apoyo financiero" no se encuentra formalizado y no se contempla un criterio sobre los montos a reconocer de los tratamientos ingresados por este mecanismo. En la práctica, para ser incorporadas al SUR, estas solicitudes se tramitan con un protocolo administrativo diferencial que requiere la intervención de la Gerencia de Gestión Estratégica. Una vez aceptadas por esta gerencia y autorizadas por el Superintendente de la SSSalud, quedan sujetas a los requisitos establecidos en la Res. 1200/12 de la SSSalud y sus modificatorias, dado que por su art. 6° se deroga toda tramitación por vías de excepción.

En este sentido, su incorporación se guía por el Sistema de Tutelaje de Tecnologías Sanitarias Emergentes (Sistema de Tutelaje)³⁰ donde se establece un protocolo de autorización, análisis y seguimiento de tecnologías médicas que requieren de un tutelaje³¹ para poder ser incluidas en el circuito administrativo SUR. Para ello, las obras sociales deben requerir la

³⁰ Creado por la Res. 1561/12 de la SSSalud, en el marco de la Res. 621/06 de la SSSalud.

³¹ Con el sistema de tutelaje se pretende determinar el grado de seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia de las tecnologías y tratamientos médicos. Esto implica velar por una adecuada utilización de las innovaciones tecnológicas en medicamentos y prácticas médicas, con un registro de la evolución de los beneficiarios receptores de esta tecnología.



Auditoría General de la Nación

solicitud de evaluación y autorización a la Gerencia de Gestión Estratégica³², quien analiza las solicitudes y determina la pertinencia de la solicitud y autorizará su presentación en el SUR. Entre los criterios de inclusión de una tecnología sanitaria en el Sistema de Tutelaje se incluyen los siguientes:

- Fecha de introducción al mercado
- Nivel de evidencia científica o información sobre sus resultados
- Información sobre su seguridad
- Medicamentos de uso compasivo
- Medicamentos oncológicos de segunda o tercera línea de tratamiento (no representan opciones curativas, poco aumento de la sobrevida)

El tutelaje permite ampliar la información respecto de la tecnología, a efectos de decidir su definitiva inclusión o exclusión del listado de prestaciones pasibles de reintegro³³. La inscripción en el tutelaje no asegura el reintegro de la prestación, ya que debe atravesar por todo el circuito administrativo SUR, tal como está contemplado para los demás tratamientos bajo el Programa 63.

Se detectaron 28 solicitudes que ingresaron como “apoyo financiero” al SUR y fueron reintegradas. Esto representa un porcentaje inferior al 1% de las solicitudes pagadas totales en esos años. Esta situación contrasta con lo expuesto por la AGN en su informe sobre la gestión de APE³⁴, cuando el Programa 63 se encontraba bajo su órbita, donde se observó el uso regular de los ingresos por excepción, que llegó a representar el 13% del gasto total del período observado (2005-2010).

Como caso testigo, del total de solicitudes de pagos por “apoyo financiero”, se seleccionaron de forma aleatoria 8 solicitudes, que dan cuenta del motivo por el cual fueron incorporadas al SUR. En el siguiente cuadro se exponen los motivos por los que ingresaron las solicitudes por apoyo financiero seleccionadas y por lo que fue aprobada su incorporación al SUR:

³² Las Gerencias de Gestión Estratégica y de Control Prestacional son las responsables de elaborar guías de tratamiento, protocolos de intervención y toda otra norma complementaria que se requiera para la aplicación del Sistema de Tutelaje.

³³ La normativa establece el procedimiento para autorizar los reintegros del Sistema de Tutelaje y se incorpora el detalle de las prácticas y medicamentos contemplados. El listado está incorporado en el Anexo VI de la Res. 1200/12 de la SSSalud.

³⁴ Res. 30/2012 de la AGN.



Auditoría General de la Nación

Cuadro 5: Motivo de ingreso y aprobación de solicitudes por apoyo financiero seleccionadas

RNOS	Patología	Monto solicitado	Monto pagado	Motivo de ingreso por apoyo financiero	Motivo de aprobación	Res. de la SSSalud
126304	Hemoglobinuria Paroxística Nocturna	\$14.970.456	\$5.420.000	Medicación sin aprobación de ANMAT (Eculizumab).	La medicación ingresa por el RAEM y se encuentra contemplado en la normativa de Tutelaje de Tecnologías Sanitarias Emergentes.	1358/19
116006	Hemoglobinuria Paroxística Nocturna	\$18.992.713	\$9.756.000			1358/19
406	Síndrome urémico hemolítico atípico	\$13.402.448	\$8.672.000			1358/19
401209	Leucemia linfoblástica aguda (LLA) de precursores B	\$2.991.965	\$1.791.397	Medicación no plausible de reintegro por la Res. 400/2016 de la SSSalud (Blinatumomab).	Medicación ingresada por RAEM, de alto costo e incorporada al Sistema de Tutelaje.	525/18
406	Lipofuscinosis Neuronal Ceroidea (2021)	\$30.199.086	\$20.400.000	Medicación sin aprobación de la ANMAT (Cerliponase Alfa) y con requerimiento judicial que la obra social debe brindar.	Autoriza a la OS a iniciar los trámites de la solicitud de reintegro ante el SUR, por los gastos que irroge la cobertura del medicamento.	2020/21
2204	Síndrome de Intestino Corto	\$594.000	\$246.000	Medicación sin aprobación de ANMAT (Teduglutide) y con requerimiento judicial de que la obra social cubra al 100% la medicación.	La patología se encuentra contemplada en el Programa 63. El medicamento puede ser ingresado por el RAEM y su costo compromete la economía de la obra social.	469/18
108209	Síndrome de Morquio	\$2.736.000	\$2.736.000	Vencimiento del plazo de autorización para el reintegro del medicamento ingresado por Tutelaje de Tecnologías Sanitarias (Elosulfasa Alfa).	Requería renovar la autorización. El medicamento había sido aprobado anteriormente (Sistema de Tutelaje) y el tratamiento al paciente continuaba. Medicamento de alto costo.	371/20
108209	Síndrome de Morquio	\$816.000	\$816.000			701/17

ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica.

RAEM: Régimen de Acceso de Excepción de Medicamentos, disposición 10874-E/2017 y 4616/2019 de ANMAT.

Fuente: elaboración propia sobre el análisis de los expedientes provistos por la SSSalud.

En resumen, las solicitudes analizadas fueron ingresadas al SUR con justificación a través de resolución, luego de la evaluación de la Gerencia de Gestión Estratégica. Los motivos comunes por el que acceden al sistema de tutelaje pueden ser porque el medicamento no dispone de la aprobación de la ANMAT, pero puede ser ingresado por el RAEM o porque su alto costo puede comprometer la economía de la obra social.

En consecuencia, las solicitudes de pago por apoyo financiero constituyen casos especiales que requieren un protocolo administrativo diferenciado, ya que la Gerencia de Gestión Estratégica debe evaluar su pertinencia y el Superintendente las autoriza para ser incluidas en el circuito SUR, similar al protocolo previsto para el Sistema de Tutelaje. Sin embargo, el procedimiento no se encuentra formalizado en una normativa específica, lo que



puede dar lugar a falta de consistencia en la consideración de tratamientos o en los procedimientos para incorporarlos al SUR.

4.1.4. Los expedientes con solicitudes por discapacidad no presentan la resolución de pago correspondiente al período de prestación y no incluyen información detallada sobre la inclusión de dependencia o zona desfavorable

Las prestaciones para la atención de personas con discapacidad³⁵ poseen un cuerpo normativo diferente al resto de las patologías del Programa 63. El reintegro de solicitudes para este concepto se encuentra reglamentado por la Res. 1511/12 de la SSSalud, donde se crea el mecanismo SUR Discapacidad³⁶, que surgió ante reclamos y sugerencias de las obras sociales.

A diferencia del resto de las patologías cubiertas por el Programa 63, en este caso se establece que las prestaciones y valores quedan sujetos a las modificaciones y actualizaciones que el MinSalud formule a través de la normativa³⁷; por lo tanto, no es la SSSalud quien determina los valores máximos a reconocer, sino que se adhiere a lo que establezca el MinSalud. Esta transferencia de responsabilidad en la definición de los montos máximos para prestaciones por discapacidad a un organismo diferente al que administra los recursos, si bien permite una actualización más automática de los valores, puede conllevar un riesgo en la sustentabilidad financiera del Programa 63, ya que los valores de pagos quedan desentendidos de la capacidad de pago o disponibilidad presupuestaria.

Los aranceles del Sistema de Prestaciones de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad fueron modificados en diferentes resoluciones del MinSalud, para distintos rubros del nomenclador de prestaciones básicas. A continuación, se exponen aquellas relacionadas, emitidas en el período 2017-2019.

³⁵ Conforme al nomenclador de prestaciones básicas aprobado por Res. 428/1999 del Ministerio de Salud y Acción Social y los valores establecidos en la Res. 1685/2012 del Ministerio de Salud.

³⁶ Nombre completo: Sistema Único de Reintegro por Prestaciones Otorgadas a Personas con Discapacidad.

³⁷ Art. 5° de la Res. 1511/12 de la SSSalud.



Cuadro 6: Resoluciones sobre prestaciones para la atención de personas con discapacidad período 2017-2019

Resolución	Referencia
1993-E/2017 - Ministerio de Salud	Actualización del valor de los aranceles (a partir del 1° de octubre de 2017)
2133-E/2017 - Ministerio de Salud	Modificación de Res. 1993-E/2017 Ministerio de Salud (a partir del 1° de octubre de 2017)
Conjunta 4/2018 - Secretaría de Gobierno de Salud y Agencia Nacional de Discapacidad	Actualización del valor de los aranceles (a partir del 1° de abril de 2018)
Conjunta 1/2018 - Secretaría de Gobierno de Salud y Agencia Nacional de Discapacidad	Actualización del valor de los aranceles (a partir del 1° de noviembre de 2018)
Conjunta 4/2019 - Secretaría de Gobierno de Salud y Agencia Nacional de Discapacidad	Actualización del valor de los aranceles (a partir del 1° de mayo de 2019)

Fuente: elaboración propia sobre la información provista por la SSSalud y obtenida de Infoleg.

El SUR Discapacidad fue reemplazado en 2016 por el Mecanismo de Integración, con el Decreto 904/16 del PEN. La particularidad del Mecanismo de Integración es que el pago de los reintegros procede directamente desde el FSR a las obras sociales, sin necesidad de ser evaluados por la Gerencia SUR. Durante el período auditado, en el que se llevó a cabo la transición, convivieron ambos sistemas para el tratamiento de las solicitudes por discapacidad.

Para valorizar y resolver las solicitudes por discapacidad se utilizan las resoluciones correspondientes que emite el MinSalud en donde se establecen los aranceles vigentes del sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, tal como fue establecido en la Res. 1511/12 de la SSSalud. En los expedientes de las demás patologías figuran las resoluciones por las que se resuelve el pago del reintegro, sin embargo, para el caso de las solicitudes por discapacidad, no figura la correspondiente resolución del MinSalud, sino que solamente se expone la Res. 1511/12 de la SSSalud. Asimismo, en el cuadro de conceptos de las solicitudes por discapacidad anteriores a 2018 no consta la aclaración de si incluyen o no dependencia ni zona desfavorable. Esta información es necesaria dado que modifica el valor plausible de reintegro: se adiciona un 35% en caso de que la prestación cuente con dependencia³⁸ y un 20% sobre el arancel básico a las prestaciones brindadas en las provincias de la zona patagónica³⁹. Por otro lado, al igual que para los tratamientos de las demás

³⁸ Se considera persona con discapacidad dependiente a la que, debido a su tipo y grado de discapacidad, requiere asistencia completa o supervisión constante por terceros para desarrollar algunas de las actividades básicas de la vida cotidiana, conforme el índice de independencia funcional (FIM). A los aranceles de las prestaciones de Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico y Transporte, se les reconoce un adicional del 35% sobre los valores establecidos en la normativa por cada persona discapacitada dependiente atendida (Res. 1511/12 de la SSSalud).

³⁹ A partir de la Res. 1104/2015 del MinSalud, en su artículo 2°, se reconoce un adicional del veinte por ciento (20%) sobre el arancel básico, por zona desfavorable, a las prestaciones brindadas en las provincias de la zona patagónica.



patologías, tampoco queda constancia en los expedientes de los rechazos ni los motivos en caso de que los hubiera. Si bien se informa al beneficiario el motivo de rechazo y se devuelve para su subsanación, la constancia del rechazo no queda registrada en el expediente.

**4.1.5. Los expedientes colectivos no cuentan con un criterio explícito para su armado.
El tiempo promedio insumido para su confección fue de 39 días corridos**

A partir de mayo de 2017 se implementó el uso de expedientes colectivos (ECS) como forma de organizar las solicitudes de una misma obra social (independientemente del tratamiento solicitado) para simplificar procedimientos, disminuir la carga administrativa de las áreas involucradas en el proceso y facilitar los pagos de los reintegros. Anteriormente, cada expediente era conformado por una única solicitud. De acuerdo a la Gerencia SUR, la agrupación de varias solicitudes en un solo expediente propicia la economía administrativa ya que se genera una disposición de pago única que corresponde a todo el colectivo, que de no hacerse de esa manera habría que realizar un informe de otorgamiento, un dictamen de control de legalidad y una disposición de pago por cada recupero que solicite cada obra social.

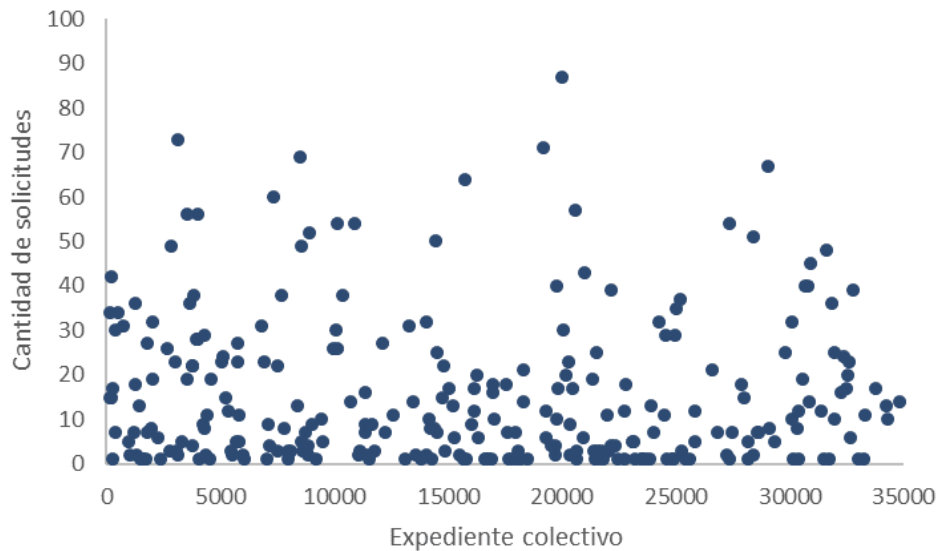
El armado de los ECS depende de diversos factores:

- El volumen de presentación de solicitudes de cada una de las obras sociales
- La ejecución presupuestaria disponible
- Otras variables vinculadas a la programación de tareas de cada sector
- El monto de los expedientes

Se analizaron los datos muestrales en función de la cantidad de solicitudes que conforman los ECS y el tiempo que demanda su armado y preparación. De este análisis, se observó una alta dispersión en cuanto a la cantidad de solicitudes que lo componen, que pueden ser expedientes con una sola solicitud hasta expedientes con 87 solicitudes de reintegro, y un promedio de 15 solicitudes por ECS. Esto evidencia que los ECS no son homogéneos en cuanto a la cantidad de solicitudes que lo conforman.



Gráfico 2: Cantidad de solicitudes que componen los expedientes colectivos



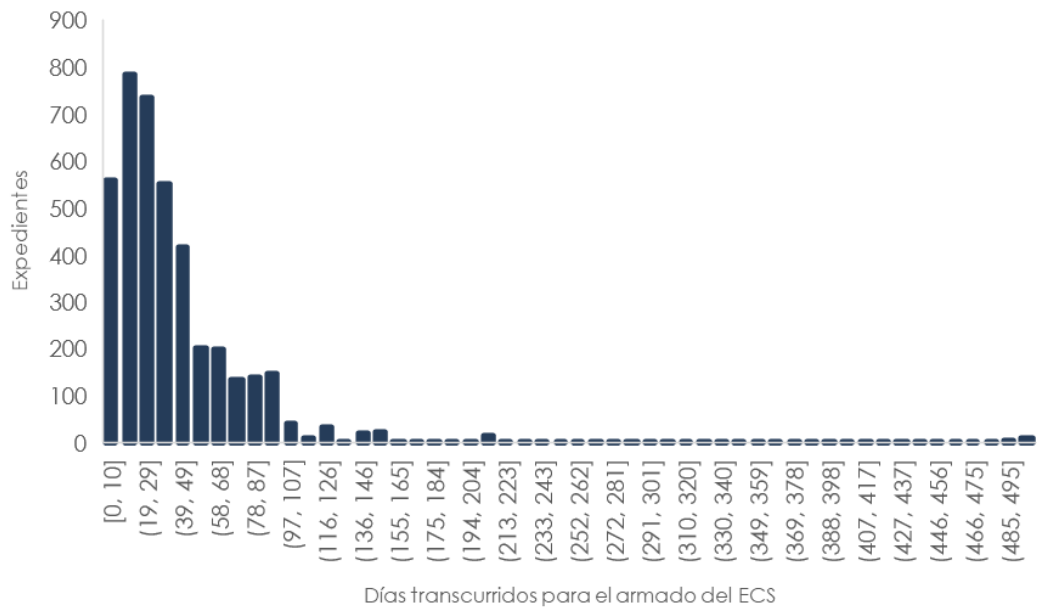
Fuente: elaboración propia sobre los datos de la SSSalud. Muestra estratificada de 4.254 solicitudes. Selección probabilística aleatoria simple sin reemplazo. Nivel de confianza $1 - \alpha = 90\%$, error de estimación $\varepsilon = 5\%$ para expedientes colectivos y $\varepsilon = 10\%$ para expedientes individuales.

De aquí se observa que no hay un criterio explícito para el armado de los ECS. Esto puede dar lugar a disentimientos en su conformación, que pueden derivar en posibles retrasos en los pagos, dado que no hay límites preestablecidos para cuando cerrar el ECS y darle curso administrativo como así tampoco sobre la cantidad de solicitudes que los conforman.

Para aislar el tiempo que conlleva el ECS, se analizó el tiempo que demanda su conformación, esto es desde que finaliza el análisis de las solicitudes hasta la fecha del ECS. De allí surge que este proceso insume en promedio 39 días corridos. En algunos casos, este tiempo es casi automático mientras que el extremo opuesto es de 498 días. A continuación, se presenta el histograma, donde se evidencia la frecuencia en la cantidad de expedientes según el tiempo de armado de los ECS:



Gráfico 3: Frecuencia de cantidad de expedientes según los días insumidos en el armado de ECS



Nota: media muestral de 38,8 días, y desviación estándar de 44,1 días.

Fuente: elaboración propia sobre los datos de la SSSalud. Muestra estratificada de 4.254 solicitudes. Selección probabilística aleatoria simple sin reemplazo. Nivel de confianza $1 - \alpha = 90\%$, error de estimación $\varepsilon = 5\%$ para expedientes colectivos y $\varepsilon = 10\%$ para expedientes individuales.

4.2. Definición y cumplimiento de criterios para procesamiento y pago de solicitudes por reintegro

4.2.1. En el 2% de las solicitudes no hubo correspondencia entre el monto pagado y los valores máximos reconocidos en las resoluciones de la SSSalud. En tanto, el 8% de los expedientes no contaba con información suficiente para verificar el cumplimiento del criterio

Al tratarse de un programa de financiamiento y contar con un presupuesto específico, el establecimiento de un criterio de pago de los reintegros, como topes al monto de pago o a la cantidad solicitada por determinado concepto, otorga certeza y permite garantizar una distribución equitativa y transparente de los recursos presupuestarios disponibles a las obras sociales. El principio de administración y disponibilidad presupuestaria⁴⁰ sugiere usar de forma eficiente y razonable los recursos presupuestarios, para no agotarlos, y administrarlos de acuerdo a la existencia y disponibilidad del crédito presupuestario o de la fuente de financiamiento que la superioridad determine. En consecuencia, establecer montos máximos es un criterio que contribuye a la sustentabilidad del sistema y lo dota de mayor previsibilidad para los beneficiarios.

⁴⁰ "El Sistema Presupuestario en la Administración Nacional de la República Argentina", Ministerio de Economía de la Nación Argentina



Con la creación del SUR, la SSSalud otorga un marco de regulación, requerimientos y procedimientos estandarizados para administrar los recursos disponibles del FSR⁴¹ y financiar las patologías del Programa 63, a fin de garantizar a los beneficiarios el mismo tipo y nivel de prestación. Se estableció un listado de patologías a cubrir, de acuerdo a los estudios técnicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA), de la Gerencia de Gestión Estratégica y de la Subgerencia de Informática de la SSSalud. Las patologías fueron agrupadas en dos anexos, una para medicamentos y otra para el resto de las prestaciones médicas⁴². Allí se establecen los valores máximos a reintegrar para los diferentes tratamientos.

De esta manera, los montos máximos quedan establecidos con carácter previo en el cuerpo normativo y fijados para un período específico. Esto resulta en una mejora respecto a la situación previa, cuando el programa era administrado por la APE. En ese entonces, se establecía que los montos máximos fuesen definidos por la Gerencia de Prestaciones de ese organismo, previo a su pago⁴³.

Los montos máximos reconocidos por cada prestación se encuentran expresados en términos nominales en las resoluciones de la SSSalud y al tratarse de normativa pública se encuentran disponibles, accesibles para los beneficiarios y público interesado⁴⁴, lo que aporta transparencia y claridad al sistema. Esto está en línea con lo establecido en la Ley 27.275 donde se fundamentan los principios de acceso a la información pública. Por lo tanto, las obras sociales pueden conocer el importe que va a ser reconocido por la prestación brindada, y así poder planificar sus presupuestos, y determinar si sus solicitudes fueron pagadas de acuerdo a lo estipulado. Asimismo, a la hora de cargar la solicitud de reintegro en el sistema, la obra social puede ver la normativa que le corresponde según qué patología se trate.

Las resoluciones vigentes entre 2017-2019 donde se expresan los montos máximos para los diferentes tratamientos y medicamentos se encuentran expuestos en el esquema 6.

⁴¹ De acuerdo a lo establecido por el Decreto 2710/12 del PEN.

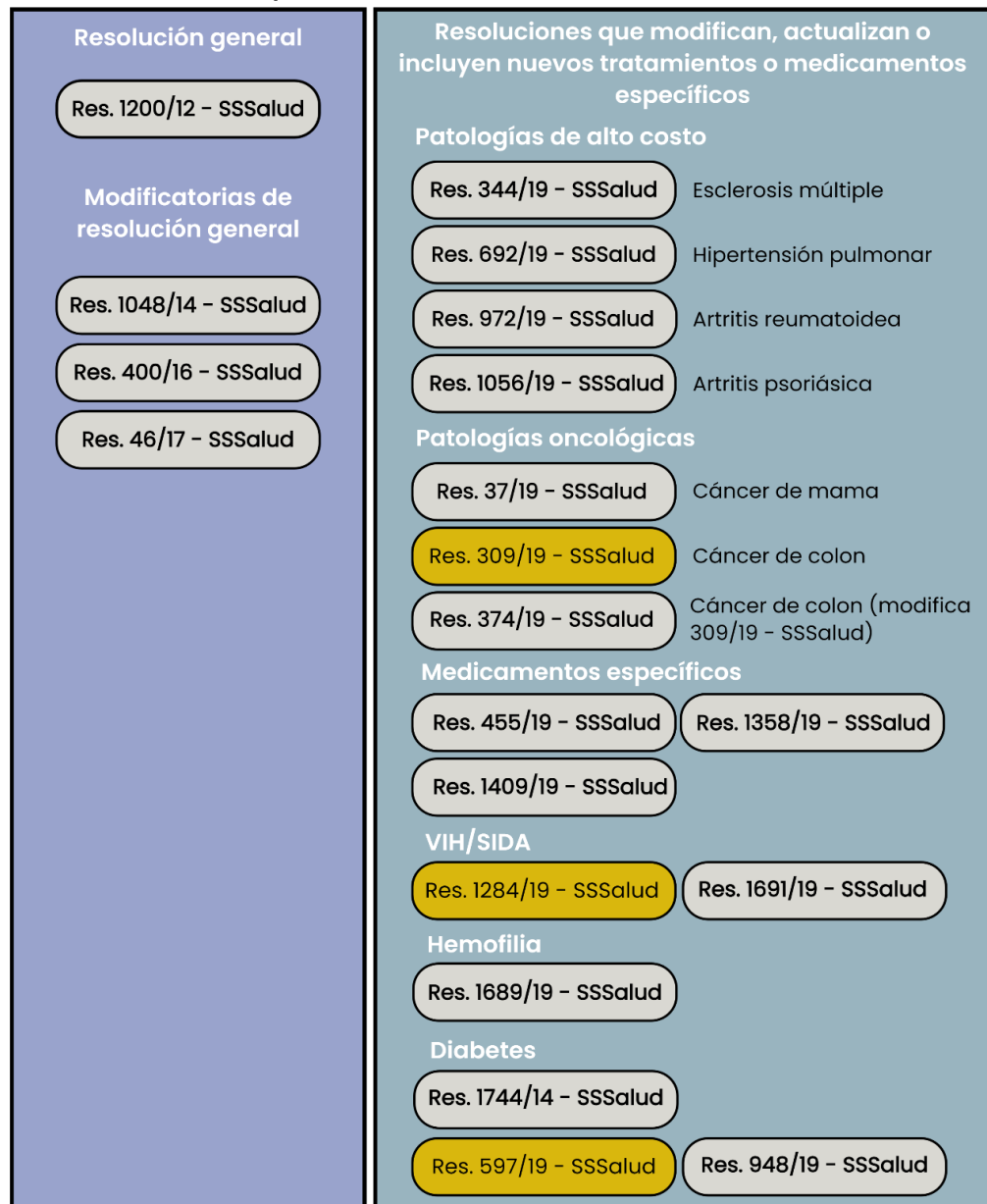
⁴² Res. 1200/12 y modificatorias 1561/12, 1048/12, 400/16 y 46/17 de la SSSalud.

⁴³ Res. 500/2004 de APE. Ver informe Res. 30/2012 de la AGN.

⁴⁴ Sitio oficial de consulta normativa: Infoleg [<http://www.infoleg.gob.ar/>]



Esquema 6: Resoluciones de montos máximos



Nota: las resoluciones en amarillo fueron rectificadas o derogadas.

Fuente: elaboración propia sobre la información provista por la SSSalud e Infoleg.

La SSSalud debe respetar esta prescripción normativa, considerando el presupuesto disponible. No se prevén excepciones respecto al monto máximo a reintegrar. En el caso de una tecnología médica sin un valor de referencia establecido, existe la posibilidad de incluirla en el mecanismo de tecnologías sanitarias emergentes, siempre y cuando haya sido previamente analizada por la Gerencia de Gestión Estratégica y autorizada por el Superintendente, y se hayan cumplido todos los requisitos correspondientes.

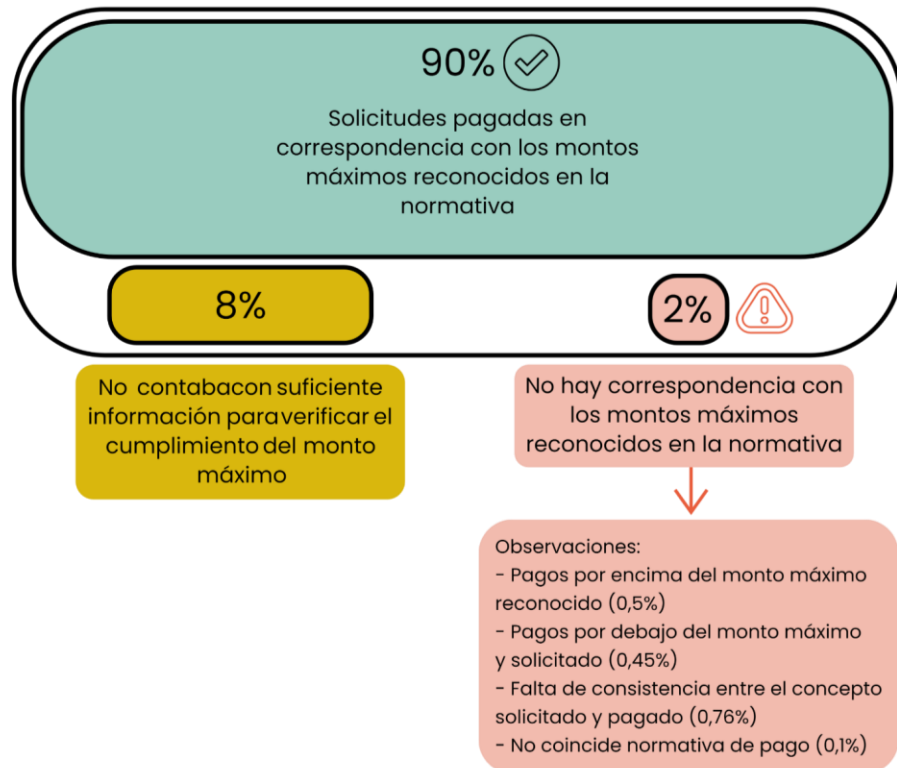
Del total de solicitudes analizadas, el 90% (3802 solicitudes) fue pagado respetando los montos máximos de la normativa correspondiente, en tanto, un 2% (78 solicitudes) presentó



Auditoría General de la Nación

diferencias respecto a lo estipulado en la normativa de montos máximos tales como inconsistencias en los montos pagados, en la resolución de pago o en el concepto solicitado⁴⁵. El restante 8% (373 solicitudes) no contaba con la totalidad de información para realizar el cálculo y verificar el cumplimiento del monto máximo⁴⁶. Este resultado puede ser extrapolable al total de la población de solicitudes⁴⁷.

Esquema 7: Cumplimiento de montos máximos en el pago de las solicitudes por reintegro



Fuente: elaboración propia sobre los datos de la SSSalud. Muestra estratificada de 4.254 solicitudes. Selección probabilística aleatoria simple sin reemplazo. Nivel de confianza $1 - \alpha = 90\%$, error de estimación $\varepsilon = 5\%$ para expedientes colectivos y $\varepsilon = 10\%$ para expedientes individuales.

El 70% de las solicitudes que presentan diferencias respecto a la normativa de montos máximos (55 solicitudes) corresponden a prestaciones por discapacidad. En ningún caso observado constan los motivos de las diferencias entre el monto solicitado y el monto reconocido.

En el caso de los pagos realizados que se encontraban por debajo del monto máximo y solicitado, cabe mencionar que la SSSalud no está obligada a pagar el monto máximo posible⁴⁸,

⁴⁵ En una solicitud, se expone el concepto “revisión de rodilla” cuando corresponde “prótesis primaria de rodilla”.

⁴⁶ Se expresan los porcentajes en magnitudes (pesos corrientes): el 2% equivale a \$ 4.263.664 y su porcentaje representa el 1.4% del monto total de la muestra, y el 8% equivale a \$ 36.776.647, que representa un 12% del monto total de la muestra. Los montos no son extrapolables al conjunto de la población.

⁴⁷ Extrapolable con un margen de error del 10% y un nivel de confianza del 90%.

⁴⁸ La Res. 1200/12 de la SSSalud y sus modificatorias establece que la obra social solicitante “reconoce que el apoyo financiero peticionado no es obligatorio para el SUR, que éste lo podrá otorgar según las disponibilidades presupuestarias y razones de oportunidad, mérito, y conveniencia en tanto el Agente de Salud haya dado



ya que va a depender de la disponibilidad presupuestaria. Sin embargo, la exposición del motivo por no otorgar el monto máximo posible contribuye a preservar la claridad, equidad y transparencia en el pago de los reintegros.

Por otro lado, la Gerencia de Asuntos Jurídicos de la SSSalud, informa que no obran registros de litigios referidos a la gestión del otorgamiento de las transferencias en el marco del programa 63, para el período 2017-2019.

4.2.2. La metodología de cálculo para determinar los montos máximos no contempla un criterio de periodicidad de actualización de los valores o un mecanismo predefinido para modificarlos

Para gestionar los recursos disponibles de manera sustentable y eficiente, y dotar de uniformidad, claridad y transparencia al criterio de pago, la determinación de los montos máximos a reconocer por los tratamientos debe estar anclada en cálculos sobre valores objetivos de referencia, como la disponibilidad presupuestaria o costos según los valores de mercado. Los elementos que deben ser considerados a la hora de estimar costos incluyen la definición precisa de las tareas o actividades a cubrir, la participación de los principales *stakeholders*, disponibilidad de datos actualizados y pertinentes, una estructura estandarizada para el cálculo (lo más detallada posible), considerar las incertidumbres inherentes, reconocer los aumentos de costos, y prever una revisión de los valores⁴⁹.

El SUR consiste en el pago de reintegros retroactivos basados en el precio que fue facturado por los proveedores médicos autorizados durante el período de prestación, con un tope máximo de reintegro fijado por las resoluciones de montos máximos de la SSSalud. Estos valores máximos se establecieron inicialmente en base a los precios publicados en el Manual Farmacéutico⁵⁰. Ante esto, la SSSalud debe revisar periódicamente los valores de recupero para actualizarlos, conforme a los valores de mercado publicados⁵¹.

Para establecer el valor máximo a reintegrar por medicamento, la SSSalud utiliza de referencia el Precio de Salida de Laboratorio (PSL), el cual se entiende como el precio tipo de

cumplimiento a las condiciones para su otorgamiento. La denegatoria o concesión parcial en ningún caso generará derecho alguno en favor del Agente de Salud solicitante.” Asimismo, indica que el AS “acepta que la SSSalud dispondrá el valor máximo del apoyo financiero a reconocer conforme a los montos que se establezcan al efecto”.

⁴⁹ “*Características Básicas para la Estimación de Costos*”, Government Accountability Office (GAO) de los Estados Unidos de América. Ver GAO-09-3SP, GAO.

⁵⁰ El Art. 7 de la Res.1048/14 de la SSSalud exhorta a los laboratorios a publicar los medicamentos con sus respectivos valores en el Manual Farmacéutico y a mantenerlo actualizado.

⁵¹ Art. 6 de la Res. 1048/14 de la SSSalud.



Auditoría General de la Nación

adquisición del producto y se calcula en base a los precios publicados de venta al público⁵² (PVP) del Vademécum de medicamentos de KAIROS. Cuando se trata de productos monopolísticos⁵³, se utiliza el 90% del PSL y para los productos con competencia, se utiliza el 90% del promedio de PSL de todas las marcas comerciales disponibles en el mercado. Para los tratamientos y otros conceptos como prótesis, radiografías o estudios, los montos por patologías se dividen en módulos que incluyen diferentes conceptos a reintegrar, con un tope máximo. En el caso de patologías moduladas, se calcula el promedio del PSL de todas las opciones terapéuticas. Ante la falta de un compendio de precios de referencia, se toma el 75% del promedio no ponderado de los precios de mercado de los proveedores, instituciones y financiadores. El relevamiento inicial de precios se realizó en 2016.

Los valores máximos a reintegrar por las solicitudes se encuentran expresados en el cuerpo normativo en valores nominales y se establecen en una unidad de tiempo. Solamente son modificados ante cambio de resolución, a criterio de la SSSalud. La Gerencia General de la SSSalud es la responsable de revisar el listado de prestaciones y medicamentos a fin de garantizar su continua actualización, en base a la información técnica brindada por la Gerencia de Gestión Estratégica de la SSSalud⁵⁴. Sin embargo, no se establecieron mecanismos de indexación ni criterio de periodicidad para la revisión de los montos máximos ante el aumento de los precios de medicamentos, tratamientos, prótesis, y demás conceptos cubiertos por el Programa 63.

La última modificación general de los valores a reintegrar en el período auditado fue realizada por la Res. 400/16 de la SSSalud⁵⁵, que actualizó los valores expresados en la Res. 1048/14 de la SSSalud a fin de corregir los desvíos acumulados por la evolución del precio de los productos contemplados entre 2014 y 2016. Estos valores no fueron corregidos por un mecanismo preestablecido de revisión y actualización, sino que la iniciativa surgió a propuesta

⁵² El Precio de Venta al Público (PVP) es fijado por los laboratorios y se trata del precio teórico de venta de los medicamentos ambulatorios en farmacias. En el mercado de medicamentos, el PVP es público por lo que es frecuente interpretar al mecanismo de márgenes y precios como un sistema de descuentos sobre el PVP. Se observa que el laboratorio vende los medicamentos a las droguerías con un descuento del PVP, mientras que las droguerías también venden a las farmacias con un descuento del PVP. Para el caso de los medicamentos de alto costo, la participación de los laboratorios en la formación de precios es directa, dado que el resto de los agentes de la cadena de comercialización solo recibe estos medicamentos en consignación y las obras sociales pagan directamente al laboratorio fabricante. Por otra parte, los precios a los que se comercian los medicamentos en el mercado institucional surgen del funcionamiento de los procedimientos de compra implementados por las distintas instituciones de salud involucradas.

⁵³ Esto es, un solo proveedor del medicamento.

⁵⁴ Art. 7 de la Res. 1200/12 de la SSSalud.

⁵⁵ Rectificada por la Res. 46/2017 de la SSSalud.



del Instituto de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social⁵⁶, ante un análisis de sus técnicos que consideraba que había un retraso en los montos máximos respecto a los precios reales de los medicamentos y tratamientos.

Ante la indeterminación de un mecanismo periódico de revisión de precios o de un tablero de comandos que alerte sobre las modificaciones en los valores de mercado, se presenta el riesgo de que los valores a reintegrar queden retrasados respecto a los costos reales que enfrentan las obras sociales, y así, comprometer su economía en caso de no ser actualizados oportunamente. Para las obras sociales esto resulta de interés, como fue manifestado en la encuesta realizada en diciembre de 2019 por el equipo de auditoría, donde la falta de actualización de los montos resultó ser el principal aspecto a mejorar.

4.2.3. La determinación del valor del módulo transporte en las solicitudes por discapacidad presenta inconsistencias y no se encuentra estipulado un límite de kilómetros o tope monetario máximo a reintegrar

Los valores máximos reconocidos por los conceptos de las solicitudes por discapacidad se exponen según la correspondiente unidad de medida, que puede ser mes, semana, día o kilómetro:

Cuadro 7: Unidad de medida para prestación por discapacidad incluida en el SUR Discapacidad

Concepto	Unidad de medida
Centro de día	Monto máximo mensual
Centro educativo terapéutico	Monto máximo mensual
Formación laboral	Monto máximo mensual
Apresto laboral	Monto máximo mensual
Escolaridad preprimaria y primaria	Monto máximo mensual
Hogar permanente o de lunes a viernes	Monto máximo mensual
Hogar con centro de educación terapéutica o centro de día	Monto máximo mensual
Pequeño hogar	Monto máximo mensual
Residencia	Monto máximo mensual
Estimulación temprana	Monto máximo mensual
Prestaciones de apoyo	Monto máximo mensual
Maestro de apoyo	Monto máximo mensual
Apoyo a la integración escolar	Monto máximo mensual
Rehabilitación (hospital de día, integral o internación)	Monto máximo semanal o mensual
Alimentación	Monto máximo diario
Transporte	Monto máximo por kilómetro

Fuente: elaboración propia sobre la normativa de la SSSalud y del MinSalud.

⁵⁶ El Instituto de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social es una asociación civil sin fines de lucro, dedicada a la investigación, educación y cooperación técnica en el ámbito de la seguridad social y la salud pública en general, cuya misión principal es la defensa de los principios esenciales de Solidaridad, Equidad y Justicia que sustentan la Seguridad Social.



En las resoluciones del MinSalud con los aranceles para las prestaciones por discapacidad se observó una inconsistencia en los montos para el concepto de transporte. Para el mismo período se superponen dos valores máximos diferentes a reintegrar. En la Res. 2001-E/16 del MinSalud el monto máximo por kilómetro para los valores a partir del 01/01/17 es de \$11,46. En tanto, en la posterior Res. 2133-E/17 del MinSalud, el valor que figura para el mismo período es de \$14 por kilómetro. Asimismo, entre noviembre de 2016 y noviembre de 2017, se emitieron tres resoluciones específicas que modificaron los valores para transporte, más allá de los dos generales mencionadas, en donde se superponen valores diferentes para el mismo período. Esta situación puede derivar en errores involuntarios a la hora de computar los montos a pagar por cada solicitud, y presentar dificultades para determinar la regularidad del reintegro, ya que diferentes solicitudes por transporte del mismo periodo pueden ser procesadas en el SUR con montos máximos distintos.

Cuadro 8: Resoluciones del MinSalud con los valores máximos reconocidos por el módulo de transporte en las prestaciones por discapacidad

Resolución	Fecha de sanción	Valores	Vigencia del valor
2001-E/16 - Ministerio de Salud	11/11/2016	\$11,46	01/01/2017
2239-E/16 - Ministerio de Salud	14/12/2016	\$12,89	01/10/2016
662-E/17 - Ministerio de Salud	31/05/2017	\$13,53	01/03/2017
		\$14,20	01/07/2017
1993-E/17 - Ministerio de Salud	31/10/2017	\$16,47	01/10/2017
2133-E/17 - Ministerio de Salud	09/11/2017	\$14,00	01/01/2017
		\$16,24	01/10/2017

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de Infoleg.

Por otro lado, la Res. 1511/12 de la SSSalud establece como requisito presentar un formulario donde conste el detalle de la cantidad de viajes y kilómetros recorridos, el punto de partida y destino, si es beneficiario con dependencia, la fecha de prestación, y el monto individual y suma total de la prestación facturada⁵⁷. En el análisis de la muestra de expedientes se observó que solo dos solicitudes contaban con el detalle del origen y destino y cantidad de viajes realizados, en tanto, en las restantes solicitudes solo figuraba en el cuadro de conceptos la cantidad de kilómetros y el monto total solicitado.

Asimismo, si bien se estipula un monto máximo por kilómetro, no se estableció un límite a la cantidad total de kilómetros a reconocer que contribuya a determinar la razonabilidad de los reintegros para este concepto. En particular, dos solicitudes analizadas presentan cantidades

⁵⁷ Punto IV "Requisitos de la documentación", del Anexo I de la Res. 1511/12 de la SSSalud.



de kilómetros atípicas para el período y localización⁵⁸. En ambos casos los reintegros fueron pagados dentro de los límites de montos por kilómetro establecidos por las respectivas resoluciones; sin embargo, no es posible corroborar la cantidad de kilómetros presentados ante la falta de comprobantes o información con el detalle de puntos de origen y destino y cantidad de viajes realizados.

4.2.4. Los montos máximos establecidos en la normativa quedaron desfasados de los costos reales de los tratamientos. El porcentaje del monto solicitado cubierto por la SSSalud disminuyó del 62% en 2017 al 53% en 2019

De acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), los precios de los productos medicinales, artefactos y equipos para la salud aumentaron 285% entre 2017 y 2019. Esto tiene un impacto directo sobre los costos de las prestaciones que enfrentan las obras sociales.

Cuadro 9: Evolución del índice de precios al consumidor

	2017	2018	2019	2017-2019
Nivel general	25,04%	47,10%	52,87%	181,18%
Aumento de precios de salud	27,16%	49,83%	68,61%	221,23%
Productos medicinales, artefactos y equipos para la salud	27,02%	63,60%	85,04%	284,51%
Gastos de prepagas	30,45%	42,19%	60,82%	198,29%

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos del INDEC.

Esto impacta de forma directa sobre la estructura de costos e ingresos de las obras sociales, quienes cubren inicialmente el tratamiento. Por ello, al momento de plantear el financiamiento, debe considerarse no sólo los recursos disponibles, sino también el posible aumento de precios.

La normativa vigente de la SSSalud prevé la actualización de los valores, no obstante, no presenta un mecanismo de monitoreo o seguimiento de precios que permita alertar sobre el desfase que puede ocurrir entre los montos máximos de la normativa y los costos reales de los productos medicinales, y así actuar en consecuencia. En 2016 se instrumentó el establecimiento de un observatorio de precios bajo la órbita de la Subgerencia de Evaluación de Costos, de la Gerencia de Gestión Estratégica, para, entre otras funciones, analizar el impacto de los costos sobre el financiamiento de las obras sociales. Sin embargo, no se evidenció durante el tiempo

⁵⁸ Dos solicitudes analizadas solicitaron 8.520 km y 3.400 km para traslados dentro de AMBA, en un plazo de dos meses.



Auditoría General de la Nación

de análisis, ninguna acción en cuanto al análisis de los costos de las patologías de alto costo y baja incidencia.

La actualización de los montos que dio origen a la Res. 46/2017 de la SSSalud (modificatoria de la 400/2016 de la SSSalud) surgió del análisis que realizó un organismo ajeno a la SSSalud (el Instituto de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social). En tanto, durante el período auditado, no hubo modificaciones generales en los montos máximos. Más allá de las actualizaciones en los montos para las prestaciones por discapacidad, que se rigen por lo dictaminado por el MinSalud, solamente se detectaron modificaciones de valores para tratamientos específicos durante 2019, presentadas en el esquema 6.

Por lo tanto, las solicitudes ingresadas durante 2017-2019 se rigen por la Res. 46/2017 de la SSSalud o anteriores, según la última fecha de la prestación solicitada.

El monto solicitado por las obras sociales y el monto otorgado por la SSSalud para cada año, de acuerdo con la fecha de solicitud de los casos que forman parte de la muestra, se exponen a continuación:

Cuadro 10: Monto solicitado y monto otorgado por año (datos muestrales)

Año (según fecha de solicitud)	Monto solicitado	Monto otorgado
2017	\$ 91.736.406	\$ 68.201.179
2018	\$ 131.142.056	\$ 103.726.006
2019	\$ 112.678.883	\$ 92.844.155
Total	\$ 335.557.346	\$ 264.771.340

Nota: los datos por monto no son extrapolables a la población

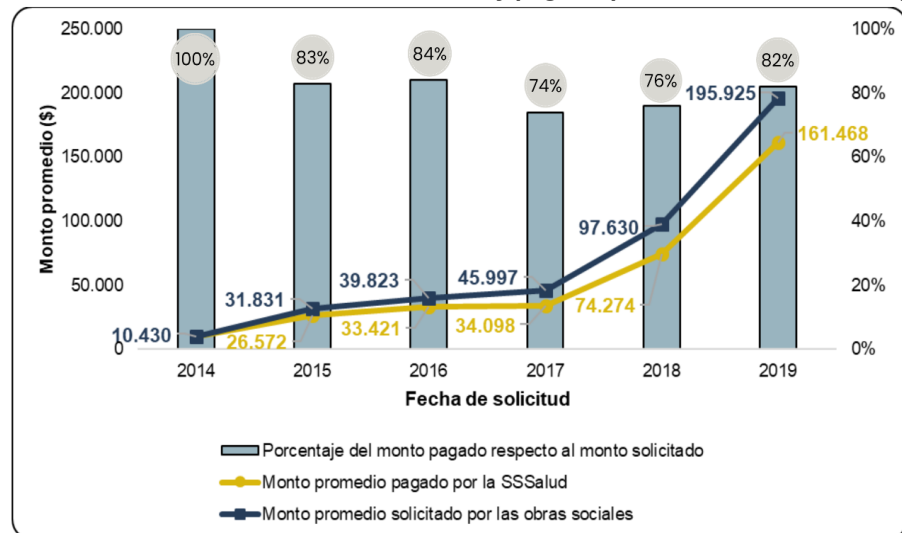
Fuente: elaboración propia sobre los datos de la SSSalud. Muestra estratificada de 4.254 solicitudes. Selección probabilística aleatoria simple sin reemplazo. Nivel de confianza $1-\alpha=90\%$, error de estimación $\varepsilon=5\%$ para expedientes colectivos y $\varepsilon=10\%$ para expedientes individuales

Para precisar el impacto que tuvo el aumento de los costos de las prestaciones médicas y la no actualización de los montos máximos, se utilizó como variable proxy la evolución del monto pagado como porcentaje del monto solicitado. De esta manera, a mayor diferencia entre lo pagado respecto de lo solicitado, mayor es el desfase de los montos máximos respecto a los costos reales de los medicamentos, insumos y equipos para la salud.

A nivel general, si se consideran todas las patologías, en promedio, el porcentaje cubierto por el reintegro de la SSSalud respecto al monto solicitado por la obra social fue cada vez menor entre año y año, con un ajuste en 2019, como puede observarse en el gráfico 3. Los montos de las solicitudes iniciadas en 2014 (y que fueron pagadas entre 2017 y 2019) fueron cubiertos en su totalidad; ese porcentaje cayó hasta un mínimo del 74% en 2017. Para 2019 se cubrió el 82%.



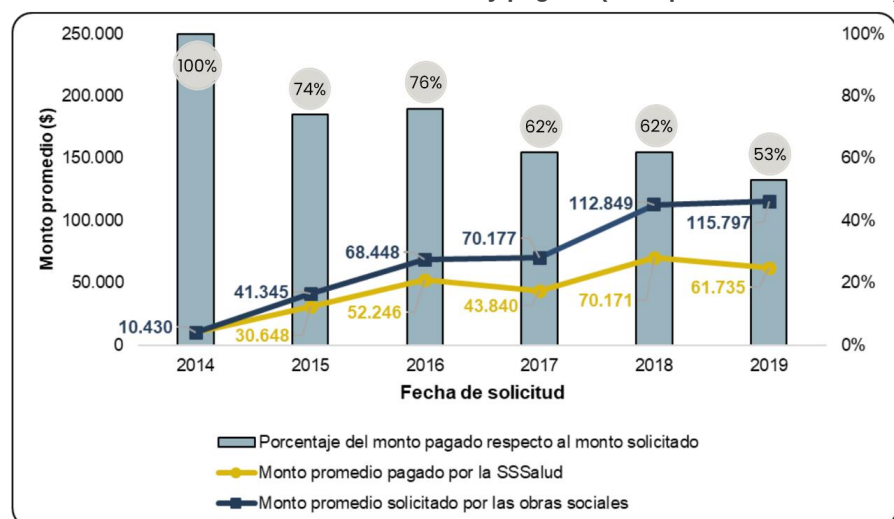
Gráfico 4: Evolución del monto solicitado y pagado (totalidad de tratamientos)



Fuente: elaboración propia sobre los datos de la SSSalud. Muestra estratificada de 4.254 solicitudes. Selección probabilística aleatoria simple sin reemplazo. Nivel de confianza $1 - \alpha = 90\%$, error de estimación $\varepsilon = 5\%$ para expedientes colectivos y $\varepsilon = 10\%$ para expedientes individuales.

Estos datos presentados incluyen las solicitudes para la atención de tratamientos por discapacidad. La modificación de sus valores máximos a cubrir se actualiza en base a resoluciones del MinSalud y no de la SSSalud, las cuales fueron más regulares durante el período auditado. Sumado a que representan el 51% del total de solicitudes pagadas, su incidencia sobre el monto promedio es alta y su ponderación eleva el monto promedio pagado. Por lo tanto, para aislar su efecto se las excluye del análisis. En este caso, si no se consideran las solicitudes de tratamientos por discapacidad, la diferencia entre los años es más marcada, como se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico 5: Evolución del monto solicitado y pagado (discapacidad no incluida)



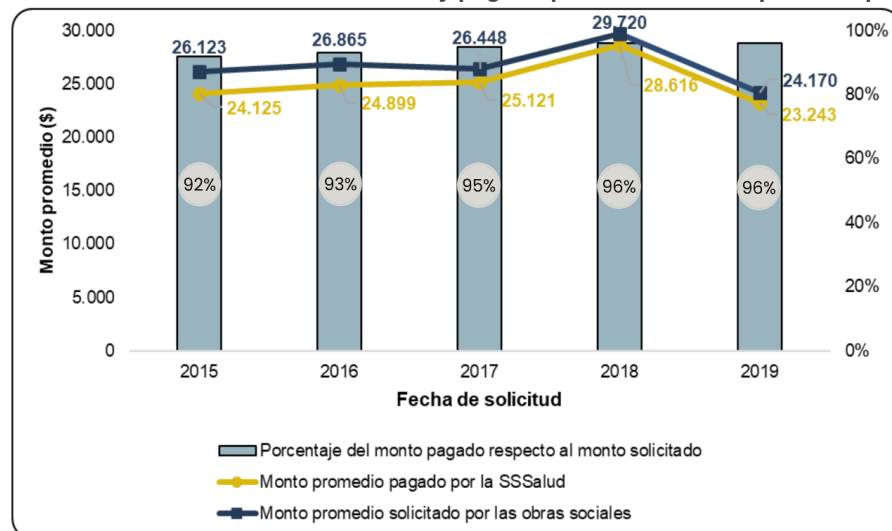
Fuente: elaboración propia sobre los datos de la SSSalud. Muestra estratificada de 4.254 solicitudes. Selección probabilística aleatoria simple sin reemplazo. Nivel de confianza $1 - \alpha = 90\%$, error de estimación $\varepsilon = 5\%$ para expedientes colectivos y $\varepsilon = 10\%$ para expedientes individuales.



De aquí se puede observar que, en promedio, en 2015 se cubría el 74% del monto solicitado por las obras sociales; para 2019, ese porcentaje descendió hasta la mitad (53%). Esto es, los valores promedio declarados por las obras sociales fueron incrementándose a mayor ritmo que los montos máximos cubiertos por la SSSalud.

Efectivamente, si se analiza el caso específico de discapacidad, se puede observar que el monto promedio cubierto fue estable a lo largo de los años analizados, alrededor del 95%, dado que las resoluciones de actualización de montos máximos se emitieron con mayor asiduidad y el monto promedio solicitado no evidenció el desfase observado en el caso de las demás patologías.

Gráfico 6: Evolución del monto solicitado y pagado para tratamientos por discapacidad



Fuente: elaboración propia sobre los datos de la SSSalud. Muestra estratificada de 4.254 solicitudes. Selección probabilística aleatoria simple sin reposición. Nivel de confianza $1 - \alpha = 90\%$, error de estimación $\varepsilon = 5\%$ para expedientes colectivos y $\varepsilon = 10\%$ para expedientes individuales.

En conclusión, la falta de actualización de la normativa de montos máximos y el aumento en los precios de los medicamentos y tratamientos de salud durante los años auditados, resultaron en un desfase entre los montos solicitados por las obras sociales y los pagados por la SSSalud, por lo que el monto cubierto fue cada vez menor con el transcurso de los años.

4.2.5. La SSSalud no estableció plazos límites para analizar las solicitudes. El tiempo promedio insumido por la SSSalud en analizarlas, administrarlas y liquidarlas fue de 165 días, que suma un total de 248 días si se agrega el tiempo insumido por las obras sociales desde el inicio del trámite

El pago oportuno de las solicitudes por reintegro hace referencia no solamente al valor nominal del pago sino también al tiempo que transcurre desde que la obra social cubrió la prestación hasta su efectivo reintegro por la SSSalud. En este sentido, el pago del reintegro debe



Auditoría General de la Nación

realizarse en un tiempo tal que no se afecte significativamente el valor real de los montos recibidos, considerando el aumento de los costos que pudiesen ocurrir en los conceptos solicitados.

Las obras sociales cubren las prestaciones y luego solicitan el reintegro del período cubierto, para lo que cuentan con 24 meses desde el último período de prestación solicitado. Una vez recibida la solicitud por la SSSalud, se verifica, evalúa, valoriza y determina si corresponde otorgar o no el subsidio. Estos procesos insumen tiempo y, dado que la solicitud ingresa bajo una resolución determinada según el período de cobertura (que fija los montos máximos financiados de la patología), el valor real del reintegro está expuesto a una desvalorización producto del aumento de los costos de los productos, medicamentos e insumos médicos. De allí, el criterio de oportunidad del presupuesto indica que los pagos de las solicitudes por reintegro deben efectuarse en un tiempo tal que no afecte de forma significativa el valor real de los montos recibidos. Si los tiempos se extienden, entonces el monto que reciben las obras sociales se deprecia y si bien cubre el monto nominal de lo efectivamente gastado, no resulta oportuno para cubrir el costo de reposición⁵⁹.

Para el tratamiento de las solicitudes, la SSSalud no estableció formalmente plazos límites, ni en la normativa ni en el manual de procedimientos, por lo que los tiempos para el análisis, administración y pagos dependen lo que demore cada área de la SSSalud en particular.

Durante el período bajo estudio, el tiempo promedio insumido por la SSSalud desde el momento en que ingresa la solicitud a mesa de entradas hasta que se paga (recepción, análisis, administración y liquidación) es de 165 días. Si se considera el tiempo que ocupa la obra social en presentar la solicitud desde la última fecha de prestación, el tiempo total asciende a 248 días corridos, en promedio. Esto no incluye el plazo de dos años permitido para que la obra social realice la solicitud desde la fecha de la prestación.

La media de 248 días puede dividirse en cuatro etapas principales, de acuerdo al tipo de actividad o proceso que se realiza:

1. Presentación de la solicitud y documentación: tiempo que insume la obra social desde que carga la solicitud al sistema y presenta la documentación requerida para el cobro del reintegro en la mesa de entradas de la SSSalud. En este tiempo se incluyen los tiempos que insumen las obras sociales en subsanar los posibles rechazos que pudieran haber ocurrido por errores u omisiones en la presentación de la documentación, por lo

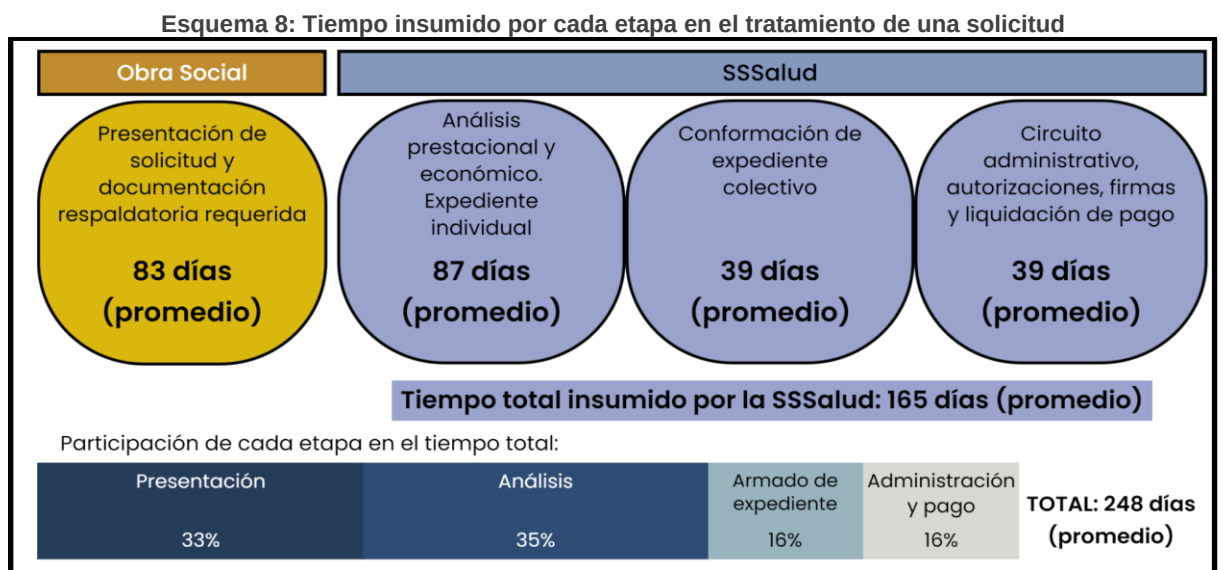
⁵⁹ Costo de reposición: es el costo actual estimado de reemplazo de los bienes o servicios como si fueran nuevos. Es el precio que debería pagarse para adquirir un activo similar al que ahora se tiene.



que se considera desde la fecha de la solicitud hasta la última fecha de recepción en mesa de entradas. El tiempo medio que consume la obra social es de 83 días.

2. Procesamiento, análisis y valorización de las solicitudes: es el tiempo que insume la SSSalud en recibir la solicitud y documentación, realizar el análisis prestacional y el económico, donde se valoriza y se arma el expediente para cada solicitud. En este tiempo también se incluyen los posibles rechazos que realizan las áreas y el tiempo que les demanda a las obras sociales salvar el error u omisión (cuentan con 20 días hábiles para corregir las observaciones). Todo este proceso implica un promedio de 87 días.
3. Conformación del expediente colectivo: una vez determinado el valor reconocido por los tratamientos, se computa el tiempo insumido por la SSSalud en armar el expediente colectivo con varias solicitudes individuales de una misma obra social. Este proceso demanda 39 días en promedio.
4. Administración, autorizaciones y liquidación del pago: tiempo insumido por la SSSalud en realizar los pases administrativos y circuito de firmas y autorizaciones de las diferentes áreas (informe de otorgamiento, dictamen jurídico y disposición de pago) hasta el pago efectivo de las solicitudes dentro del mismo expediente colectivo. En este caso, se utilizan en promedio 39 días.

Para identificar el tiempo total que transcurre desde que la obra social cubre la prestación al beneficiario hasta recibir el reintegro, se incluyen los dos años que por normativa cuentan para recopilar toda la documentación necesaria para poder generar la presentación de la solicitud. En el siguiente esquema se exponen la cantidad de días corridos promedio que ocupa cada etapa.



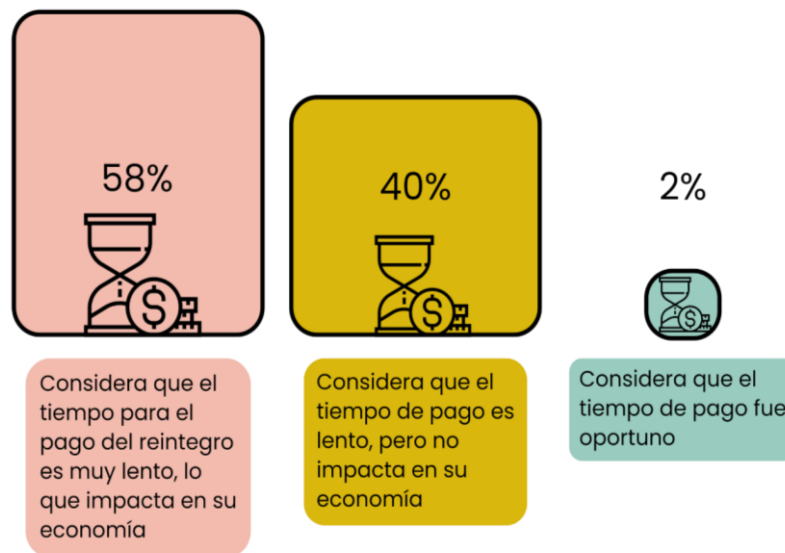
Fuente: elaboración propia sobre los datos de la SSSalud. Muestra estratificada de 4.254 solicitudes. Selección probabilística aleatoria simple sin reemplazo. Nivel de confianza $1 - \alpha = 90\%$, error de estimación $\varepsilon = 5\%$ para expedientes colectivos y $\varepsilon = 10\%$ para expedientes individuales.



En definitiva, desde que las obras sociales cubren el tratamiento hasta que reciben el reintegro pueden pasar dos años y medio, tiempo durante el cual están expuestos a una pérdida de valor a raíz del aumento de costos.

En la encuesta realizada⁶⁰, las obras sociales manifestaron la necesidad de aumentar la celeridad en el análisis de los expedientes y pago de los reintegros:

Gráfico 7: Perspectiva de las obras sociales sobre el impacto de los tiempos de pago de reintegros
De las obras sociales encuestadas:



Fuente: elaboración propia sobre los resultados de la encuesta realizada a obras sociales, entre diciembre de 2020 y marzo de 2021. Respuesta de 75 obras sociales inscritas en el RNOS.

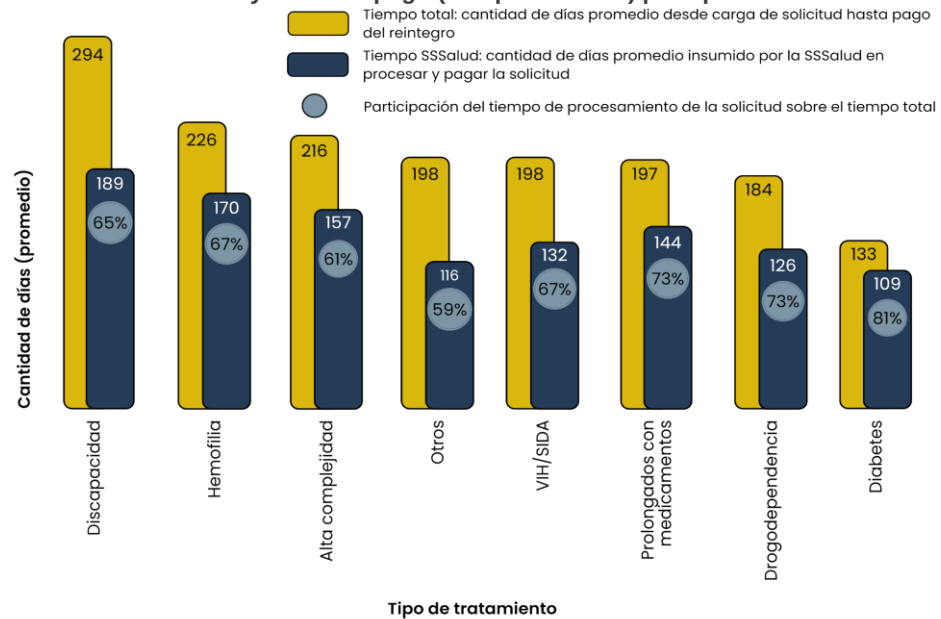
Dadas las diversas características y requisitos de las diferentes patologías, los tiempos de análisis y administración varían según el tipo de patología que se trate⁶¹. El siguiente gráfico presenta los tiempos promedios por tratamiento de acuerdo a la fecha de la nota de solicitud y según la última fecha de ingreso en mesa de entrada:

⁶⁰ Encuesta realizada a las obras sociales entre diciembre de 2020 y marzo de 2021.

⁶¹ En función del análisis, se agruparon las patologías según el tipo de tratamiento en las siguientes categorías: a) Tratamientos para personas con discapacidad; b) Tratamientos para hemofilia; c) Tratamientos de alta complejidad; d) Tratamientos para VIH/SIDA; e) Tratamientos prolongados con medicamentos; f) Tratamientos para diabetes; g) Otros tratamientos.



Gráfico 8: Cantidad de días entre fecha de solicitud y fecha de pago (tiempo total), y fecha de ingreso en mesa de entradas y fecha de pago (tiempo SSSalud) por tipo de tratamiento



Fuente: elaboración propia sobre los datos de la SSSalud. Muestra estratificada de 4.254 solicitudes. Selección probabilística aleatoria simple sin reemplazo. Nivel de confianza $1 - \alpha = 90\%$, error de estimación $\varepsilon = 5\%$ para expedientes colectivos y $\varepsilon = 10\%$ para expedientes individuales.

De este análisis surge que, en promedio, un 35-40% del tiempo total es insumido por la obra social, y el restante 60-65%, por la SSSalud. Esto varía según la patología que se trate: los tiempos de diabetes, al estar más automatizada y ser presentada en forma colectiva -agrupa varios beneficiarios finales- son ocupados en un promedio del 20% por la obra social y un 80% por la SSSalud; en tanto, para alta complejidad, que requiere más documentación, los porcentajes son del 39% y 61% respectivamente.

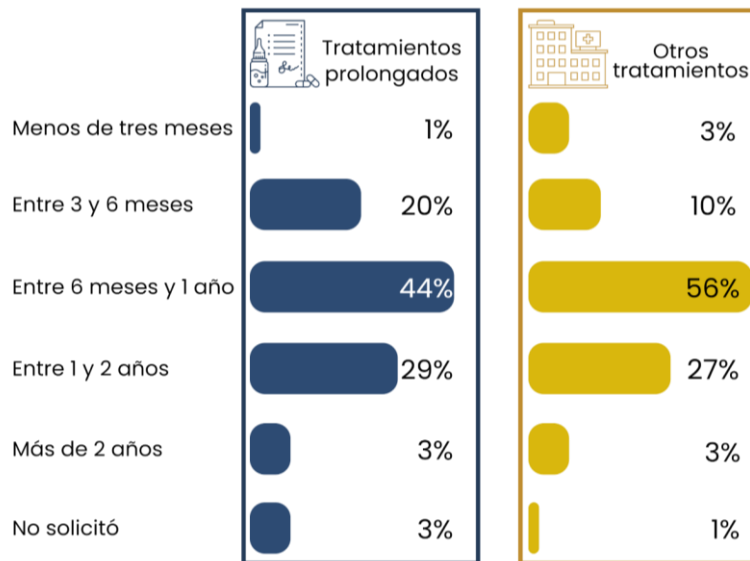
La atención por discapacidad es la que demanda más tiempo en ser resuelta, con 294 días promedio desde la carga de solicitud al sistema hasta su pago; de este total, la SSSalud ocupa 189 días corridos en promedio (6 meses y medio) en analizarla y procesarla. Los tratamientos por diabetes, en tanto, se resuelven más rápido, ocupando un promedio de 133 días corridos si se consideran los tiempos que ocupan las obras sociales, y de 109 días en promedio (3 meses y medio) en la SSSalud. Las patologías de alta complejidad demoran 157 días en promedio en ser resueltas, en tanto los tratamientos prolongados demoran 144 días en promedio.

En línea con lo observado en el análisis de los tiempos de los expedientes de la muestra, las obras sociales, según los resultados de la encuesta, indicaron que lo más común es que la SSSalud resuelva sus solicitudes entre los seis meses y un año, y entre uno y dos años, independientemente de si se trata de una solicitud por tratamiento prolongado o el resto de las solicitudes:



Gráfico 9: Perspectiva de las obras sociales sobre los tiempos de pago de reintegros por tipo de tratamiento

Tiempo transcurrido entre la solicitud y el pago del reintegro
Resultados desde la perspectiva de la obra social



Fuente: elaboración propia sobre los resultados de la encuesta realizada a obras sociales, entre diciembre de 2020 y marzo de 2021. Respuesta de 75 obras sociales inscritas en el RNOS.

4.2.6. No se estableció de forma explícita un orden de prioridades para el procesamiento, análisis y pago de las solicitudes por reintegros

Diseñar e implementar mecanismos eficientes de coordinación y administración contribuyen a evitar o minimizar los desequilibrios temporales que pudiesen surgir entre la demanda de reintegros y la capacidad del sistema para procesar las solicitudes. Para ello, se deben establecer estrategias de optimización de la capacidad del organismo que permitan minimizar costes (en este caso, tiempos de espera durante el procesamiento de las solicitudes), al mismo tiempo que se establezca un orden de prioridades que apunte al tratamiento equitativo de las solicitudes.

De acuerdo con las técnicas de administración⁶², dadas las capacidades de procesamiento, las diferentes órdenes de prioridades se clasifican en:

- **FIFO (*First In, First Out*):** la primera solicitud en ingresar es la primera en ser analizada y reintegrada;
- **LIFO (*Last In, First Out*):** las últimas solicitudes son las que tienen tratamiento prioritario;
- **SIRO (*Service In Random Order*):** las solicitudes se atienden en orden aleatorio;

⁶² De acuerdo a la notación de David G. Kendall, estadístico y matemático que elaboró la “teoría de las colas/filas de espera”.



- *Processor Sharing*: todas las solicitudes se trabajan en simultáneo y no hay solicitudes en espera.

Cuando las obras sociales cargan la solicitud por reintegro al Sistema Integrado de la Seguridad Social (SISS), sistema informático desarrollado por la SSSalud que cuenta con componentes web (para uso externo de las obras sociales) y componentes internos para la gestión⁶³ y procesamiento de la información suministrada, se genera automáticamente un número correlativo para la solicitud que fue aceptada y se asigna el turno para que la obra social presente la documentación. Luego de presentada la solicitud y la documentación en mesa de entrada, cumplidos los requisitos, se ingresa al circuito SUR para ser procesada y resuelta. Las solicitudes son analizadas de acuerdo a los recursos disponibles y según el orden en el que ingresan en cada área. Posteriormente, se emite el informe de otorgamiento, el dictamen jurídico, la disposición de pago y el informe de liquidación. El SISS permite identificar el área en la que se encuentra la solicitud, mientras que en el sistema GDE, queda el registro de lo aprobado.

El tiempo de armado de los expedientes, luego del control prestacional y económico-contable, depende de la naturaleza de la patología analizada, ya que demandan diferentes tiempos de procesamiento. Luego de armado el expediente, no hay un criterio explícito para definir el orden de prioridades y pago del reintegro (realizado por la Gerencia de Administración de la SSSalud); sino que está determinado por la aprobación que realicen las áreas operativas y de la disponibilidad presupuestaria. Asimismo, va a depender de la forma en que esté armado el expediente colectivo. El Manual de Procedimiento no define tiempos para el tratamiento de las solicitudes, sino más bien indica los pasos a seguir por las diferentes áreas, con las especificaciones de sus funciones.

En definitiva, no se detectó el establecimiento explícito o escrito de un orden de prioridades para el tratamiento de las solicitudes por reintegros. En la práctica, las solicitudes por reintegro se resuelven de acuerdo a su orden de ingreso, que surge del análisis efectuado.

Durante el período de análisis, la SSSalud registraba un total de 132.389 solicitudes de diferentes años pendientes de resolver a diciembre de 2019⁶⁴; en tanto, fueron pagadas 637.146

⁶³ Los pasos que gestionan son: a) Carga de solicitudes de reintegros que las obras sociales deben presentar ante la SSSalud; b) Verificación de datos y documentación por mesa de entrada; c) control prestacional; d) control económico-contable; e) verificación jurídica; f) liquidación y pago.

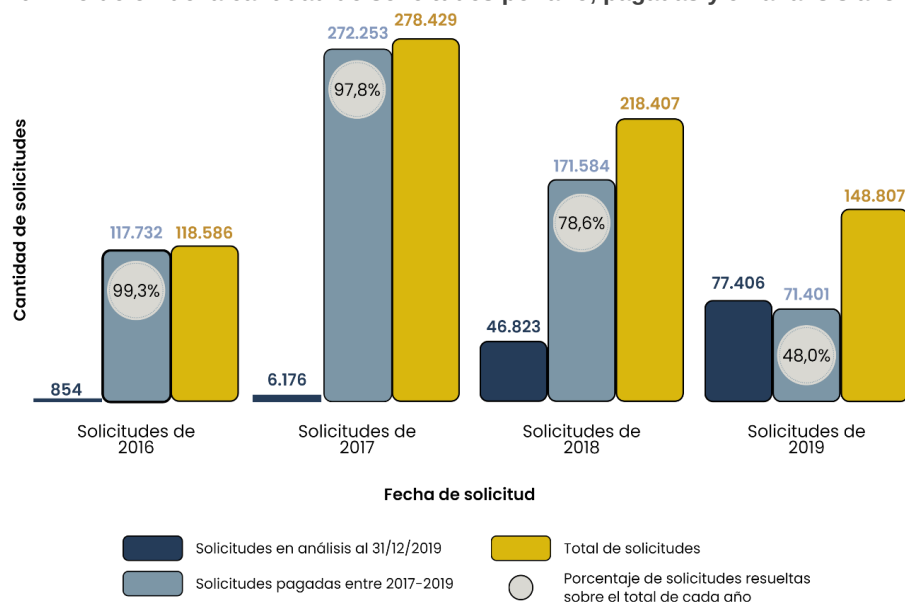
⁶⁴ Incluye 1.984 solicitudes de 2015 y 2016 que no habían sido resueltas hasta el 31 de diciembre de 2020.



Auditoría General de la Nación

solicitudes⁶⁵ entre 2017 y 2019. La suma de las solicitudes pendientes y las pagadas para cada año permite aproximar el nivel de demanda de solicitudes por reintegro que enfrenta anualmente la SSSalud y el análisis de su evolución permite obtener un diagnóstico sobre los recursos necesarios para satisfacer esta demanda. En el gráfico 9 se observa la cantidad total de solicitudes ingresadas entre 2017-2019.

Gráfico 10: Evolución de la cantidad de solicitudes por año, pagadas y en análisis al 31/12/2019



Fuente: elaboración propia sobre las bases de datos provista por la SSSalud.

Según los tiempos de análisis, para inicios de 2020 se habían resuelto el 98% de las solicitudes ingresadas en 2017, el 79% de las solicitudes ingresadas en 2018 y el 48% de las solicitudes ingresadas en 2019. La caída en la cantidad de solicitudes totales ingresadas en 2018 de un 22% y en 2019 de un 30% se explican en parte por la creación del Mecanismo de Integración en agosto de 2016, que comenzó a absorber la demanda de solicitudes por tratamientos para discapacidad cubiertos hasta ese entonces por el SUR Discapacidad.

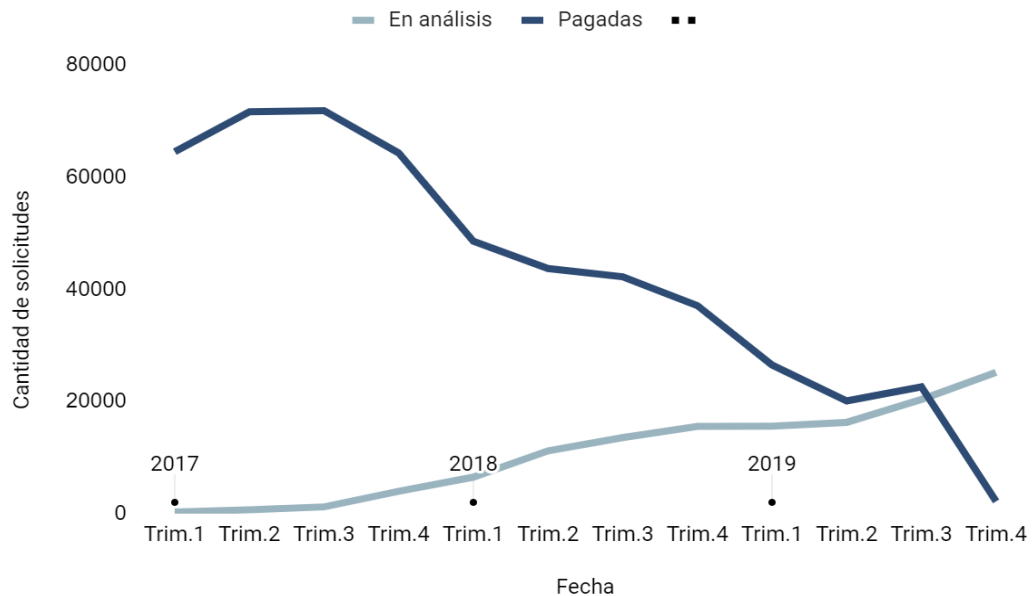
La evolución de los pagos de las solicitudes según la fecha en la que ingresaron y de la cantidad de solicitudes pendientes permite observar el orden en el que son resueltas. De acuerdo a lo observado por trimestre, la cantidad de solicitudes en análisis es menor a medida que se acerca a la fecha de corte, en tanto, la cantidad de solicitudes pagadas aumenta⁶⁶, como se observa en el siguiente gráfico:

⁶⁵ Incluye 121.908 solicitudes que ingresaron entre 2013 y 2016 que fueron pagadas entre 2017 y 2019.

⁶⁶ Las solicitudes que figuran para los años 2013-2016 son aquellas que seguían en análisis o fueron pagadas entre 2017-2019; esto es, no se incluyen aquellas de 2013-2016 que fueron pagadas entre esos años, por lo que no se consideran para realizar el gráfico.



Gráfico 11: Solicitudes ingresadas entre 2017-2019 que se encontraban en análisis o fueron pagadas al 31/12/2019



Fuente: elaboración propia sobre las bases de datos provista por la SSSalud.

Esto a su vez se observa en la proporción de solicitudes resueltas (pagadas) para febrero de 2020 según el año de ingreso respecto al total de solicitudes. Para esa fecha de corte, se habían resuelto el 99,3% de las solicitudes de 2016, 97,8% de 2017, el 78,6% de 2018 y el 48% de 2019.

En el Anexo I se amplía este análisis, donde se relaciona la cantidad de afiliados de cada obra social y la cantidad de solicitudes que presentan, que son resueltas y que quedan pendientes de resolver.

4.3. Planificación, diseño y cumplimiento de metas de ejecución

4.3.1. La SSSalud no cuenta con una planificación estratégica que permita orientar las acciones del Programa 63 hacia los objetivos de largo plazo

El principio presupuestario de programación o planificación⁶⁷ supone el establecimiento de objetivos a alcanzar de cualquier programa presupuestario y aquellas acciones y recursos necesarios a desarrollar para su consecución. Esto tiene una estrecha vinculación con el planeamiento, el cual permite orientar estas acciones y recursos hacia el logro de los objetivos propuestos. Así, la planificación estratégica es una herramienta que permite a las organizaciones lograr mayor eficiencia, eficacia y calidad en los bienes y servicios que generan. Consiste en el

⁶⁷ Ministerio de Economía. (s.f.) *El Sistema Presupuestario de la Administración Nacional de la República Argentina*, Capítulo III: "Elementos metodológicos y conceptuales del presupuesto público". P36. Recuperado el 07/07/2021.



Auditoría General de la Nación

establecimiento de objetivos junto a las estrategias para alcanzarlos. Guía la gestión y sirve de sostén en la toma de decisiones⁶⁸. Es deseable que la planificación estratégica vaya acompañada de una planificación operativa, en la cual se detallen y articulen las actividades, los tiempos y responsables de llevar a cabo esas actividades, así como los recursos que serán necesarios y los resultados esperados⁶⁹.

Es responsabilidad de la Gerencia General, de acuerdo el Decreto 2710/12 del PEN, propiciar y guiar la planificación estratégica del organismo, incluyendo la elaboración, revisión o actualización de su plan, la formulación de presupuestos plurianuales y todo otro aspecto de significación estratégica, para su aprobación por el Superintendente. Sin embargo, la SSSalud no cuenta con una planificación estratégica para el período bajo análisis. En su lugar, se utilizó para los años auditados, de facto, el plan aprobado en 1998, fecha anterior a la absorción de APE por la SSSalud. En consecuencia, no considera dentro de sus objetivos aquellas modificaciones o actualizaciones derivadas de la nueva estructura organizativa.

Esta falta de diseño o actualización en la planificación no solo impacta en el diseño, establecimiento y alcance de las metas, sino que tiene implicancias sobre la asignación eficiente de recursos (económicos y humanos). La importancia de establecer una planificación estratégica es compartida por la propia SSSalud en su Plan Estratégico para el período 2019-2030, donde se indica que es una herramienta de gestión para orientar las acciones del organismo y cuyo objetivo específico es facilitar el desempeño de los servicios de salud y fortalecer el equilibrio entre usuarios, prestadores y financiadores. Allí, se propone el diseño del SUR que logre una gestión efectiva y transparente (Eje estratégico II, Sostenibilidad del Sistema).

Uno de los objetivos de la SSSalud es la verificación de la eficiencia y eficacia en la ejecución de su plan estratégico y planes operativos anuales, y desarrollar las medidas correctivas para optimizar los resultados esperados⁷⁰. Ante la falta de un plan estratégico para el período auditado, este objetivo no puede ser cumplido.

En consonancia con lo observado, la UAI evidenció que desde la pérdida de vigencia del plan estratégico aprobado por el Decreto 405/98 del PEN, la SSSalud carece de una

⁶⁸ Armijo, M. (2011) *Planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público*. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES)- Naciones Unidas. Cepal. p.15.

⁶⁹ Walter, J. y Pando, D.(Comp). (2014). *Planificación Estratégica: Nuevos desafíos y enfoques en el ámbito público*. (P.31). Sociedad Argentina de Análisis Político-Universidad de San Andrés.

⁷⁰ Decreto 2710/2012 del PEN.



herramienta de gestión que apruebe y defina sus objetivos prioritarios y establezca las etapas a concretar para alcanzarlos⁷¹, esto es, planes estratégicos y operativos.

El Programa 63 enfrenta dos tipos de demandas diferentes: una estable en el tiempo, que se origina en aquellos tratamientos por patologías de largo tratamiento o crónicos, en los que es más previsible establecer cuántos subsidios van a ser demandados en cada período; y otra, que es más variable ya que depende de las condiciones de salud de la población en general, de la inclusión de nuevas tecnologías médicas, de los tiempos de los tratamientos, de las modificaciones en la normativa, entre otras. Esta situación hace necesario que se tenga un diagnóstico más certero sobre la demanda de reintegros para reducir los errores de cálculo, ajustar las metas con mayor precisión y disminuir el nivel de desvío respecto a las metas programadas. Al no contar con una planificación actualizada, el diagnóstico de la situación puede brindar diferencias significativas a la hora de programar metas. Asimismo, cambios no previstos en la situación y en la disponibilidad presupuestaria, afectan el cumplimiento de las metas.

4.3.2. Se identificaron desvíos en la ejecución de las metas respecto al objetivo programado, cuyas causas fueron explicadas por la SSSalud

El Manual del Sistema Presupuestario Argentino⁷² indica que una meta es la cuantificación de los bienes y servicios terminales que produce y provee una institución para la consecución de los objetivos propuestos. Es decir, permite medir en forma sistemática los resultados de los programas y comprobar el cumplimiento de los objetivos. La medición de la producción y provisión, entre otras cosas, contribuye en la determinación de los recursos necesarios (tanto reales como financieros) para la ejecución de los procesos productivos y el posterior análisis de las dimensiones de eficacia, eficiencia, así como los resultados de la gestión. La Oficina Nacional de Presupuesto (ONP) es responsable de la evaluación de la ejecución presupuestaria de la administración pública⁷³, publicada en la Cuenta de Inversión, donde se detalla el grado de cumplimiento de los objetivos y metas previstos en el presupuesto, el comportamiento de los costos y de los indicadores de eficiencia de la producción pública, y la gestión financiera del Sector Público Nacional.

⁷¹ Informe 10/19 Planes Estratégicos. UAI de la SSSalud.

⁷² Ministerio de Economía. (s.f.) *El Sistema Presupuestario de la Administración Nacional de la República Argentina*, Capítulo III: "Elementos metodológicos y conceptuales del presupuesto público". P98. Recuperado el 07/07/2021.

⁷³ Ley 24.156 de Administración Financiera y de los Sistemas de Control del Sector Público Nacional. Art 44. (1992).



Auditoría General de la Nación

La Gerencia General de la SSSalud es la unidad responsable de definir las metas, sujetas a la aprobación del Superintendente⁷⁴. Se corroboró que se establecieron metas para el Programa 63 para los años auditados, las cuales fueron presentadas a la ONP e incluidas en los respectivos proyectos de Ley de Presupuesto Nacional, en tanto, la ejecución y cumplimiento de las metas fueron presentadas y publicadas en la Cuenta de Inversión de la ONP para cada año.

Las metas programadas por la SSSalud para el Programa 63 son las siguientes:

Esquema 9: Metas del Programa 63 de la SSSalud

	Atención a personas con discapacidad	Estimulación temprana, formación laboral o rehabilitación profesional, atención ambulatoria, centro de día, apoyo a la integración laboral, centro educativo terapéutico, prestaciones de apoyo, alimentación y transporte.
	Prestaciones de alta complejidad	Trasplantes, atención de hipoacusias y otras patologías auditivas, implantes cocleares, cardiodesfibriladores, miocardiopatías dilatadas, prótesis totales y parciales de cadera, stents coronarios y vasculares periféricos, prótesis arteriales, sistemas de derivación de ventrículo peritoneal con reservorio y drenajes lumbo peritoneales.
	Tratamientos prolongados con medicación	Tumores hematológicos, síndrome de Turner, síndrome carcinoide, rechazo médula ósea o de órgano post trasplante, patologías renales, pulmonares, neurológicas, hematológicas, endocrinas y digestivas, neutropenias severas, insuficiencia cardíaca severa, insuficiencia renal crónica, hipofisaria y hepática, infecciones por estafilococos, hepatitis, fenilcetonuria, esclerosis múltiple y lateral amiotrófica, enfermedad fibroquística del páncreas, enfermedad de Gaucher, enfermedad de Fabry, cirrosis biliar primaria, artritis reumatoidea, aplasia medular.
	Asistencia para tratamiento de pacientes hemofílicos	Profilaxis, tratamiento episódico o a demanda
	Asistencia integral al drogodependiente	Módulo de atención ambulatoria, hospital de día/noche, módulo de internación psiquiátrica para desintoxicación y de internación en comunidad terapéutica residencial.
	Asistencia para tratamiento de afectados por VIH/SIDA	Módulos de primer tratamiento, fallo terapéutico, multifallo, transmisión vertical, enfermedades oportunistas y módulo de seguimiento.

Nota: el listado de tratamientos no es exhaustivo.

Unidad de medida: salvo para el caso de “asistencia para prestaciones de alta complejidad” donde la unidad de medida es “paciente asistido”, el resto de las metas se evalúa según la cantidad de subsidios mensuales otorgados.

Fuente: elaboración propia sobre la base de información de la SSSalud y la ONP.

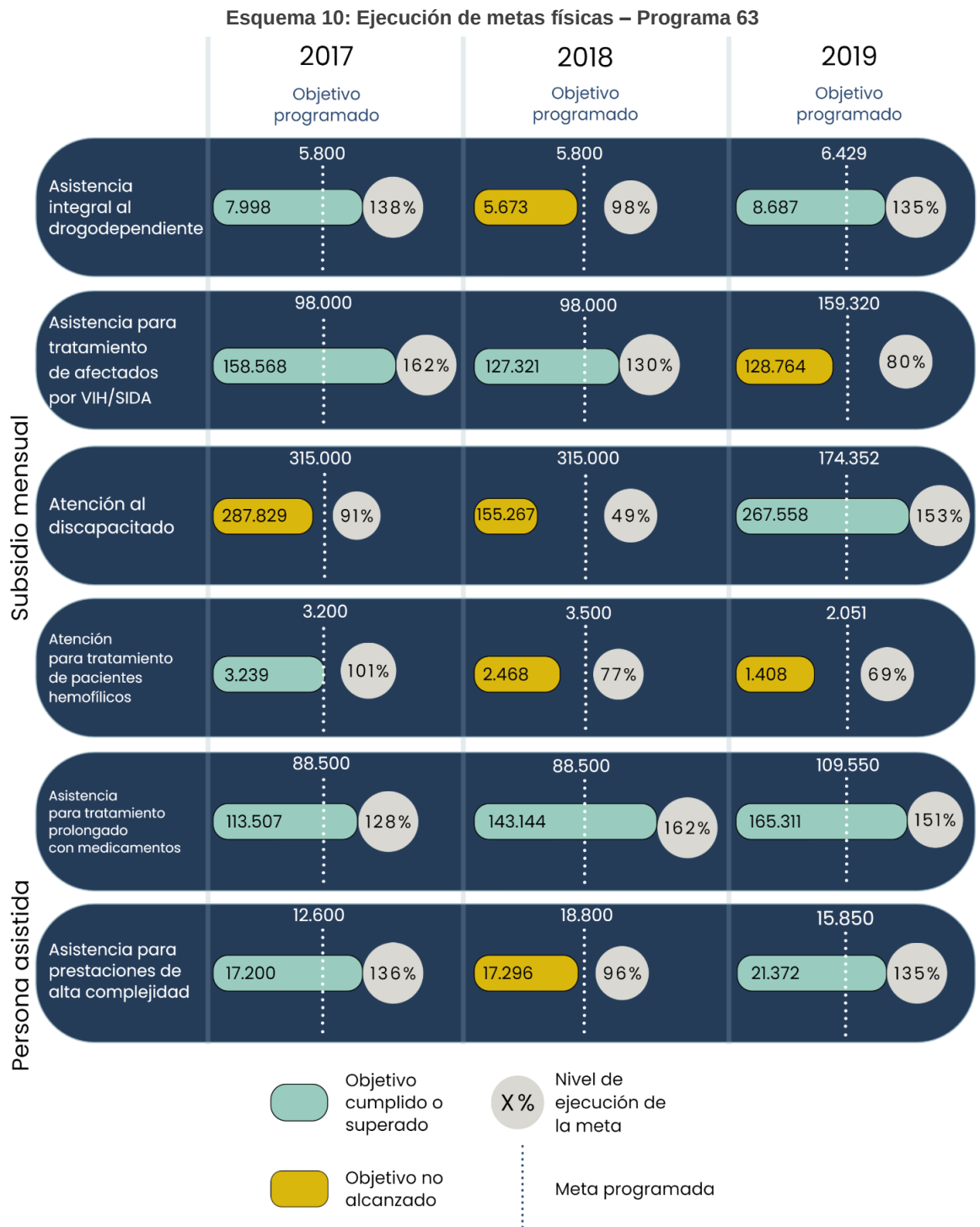
⁷⁴ Decreto 2710/2012 del PEN.



Auditoría General de la Nación

En este sentido, se dio cumplimiento con la normativa de la ONP respecto al establecimiento de metas.

En cuanto al grado de cumplimiento, esto es, metas ejecutadas como porcentaje de las programadas, de acuerdo a los datos relevados, en el esquema 10 se sintetizan las metas programadas y ejecutadas:



Fuente: elaboración propia sobre los datos de la Cuenta de Inversión, años 2017-2019.



Auditoría General de la Nación

En 2017 la meta de atención al discapacitado fue la única en la que se ejecutó menos de lo programado, en tanto en el resto de las metas se otorgaron más reintegros que los planificados. La asistencia para el tratamiento de afectados por VIH/SIDA es la meta que registra la mayor diferencia, ya que se programaron 98.000 subsidios mensuales para ese año y se ejecutaron 158.568. La SSSalud declara que la causa de los desvíos se debe principalmente a una mayor disponibilidad de crédito (respecto al previsto inicialmente), el cual se incrementó en alrededor de 1.275 millones de pesos. En este período, fueron priorizados los tratamientos de hemofilia, tratamientos prolongados con medicamentos y VIH/SIDA.

En 2018, por su parte, se otorgaron menos subsidios por reintegros de los que habían programado en 4 de las 6 metas. Si se lo compara con el año anterior, la cantidad de subsidios otorgados fue menor a pesar de que las metas programadas no variaron respecto a 2017. Es necesario mencionar el caso particular de “atención al discapacitado” que tenía programado 315.000 y ejecutó 155.267, presentando un desvío de 50%. En este ítem se aclara que en parte se financia a través del mecanismo de integración para personas con discapacidad que se detrae en forma directa del FSR. La situación inversa se presenta en la asistencia para tratamiento de afectados por VIH/SIDA y de tratamiento prolongado con medicamentos, en las que se ejecutaron las metas por encima de lo programado en un 30% y 62% respectivamente. La SSSalud aclara que estos tratamientos, junto con hemofilia, fueron las prestaciones priorizadas en este período. Los desvíos en todos los casos se deben a un cambio en las prioridades en la gestión de los expedientes de subsidios por reintegro.

En 2019 se ejecutaron todas las metas por encima de lo programado inicialmente, con excepción de hemofilia y VIH que se otorgaron menos subsidios de lo programado, 69% y 80% respectivamente, para ese año. Un cambio de prioridades al momento de abonar prestaciones a reintegrar y un incremento del crédito asignado fueron las justificaciones a los desvíos.

Por otro lado, la asignación del crédito presupuestario se presenta para el conjunto de actividades y acciones del programa, por lo que no se identifica el crédito asignado a cada meta física establecida. De esta manera, se expone la ejecución financiera global del programa, el cual fue cercano al 100% de lo inicialmente otorgado, como se puede observar en el cuadro siguiente:



Cuadro11: Metas financieras – Programa 63
2017-2019

	2017	2018	2019
Crédito inicial (\$)	9.664.139.730	9.814.954.143	18.183.084.170
Gasto devengado (\$)	9.569.252.182	9.694.288.984	18.026.472.102
Porcentaje ejecutado	99%	99%	99%

Fuente: elaboración propia sobre los datos de la Cuenta de Inversión, años 2017-2019.

Tal como se observa en el cuadro precedente, todo el crédito inicial fue ejecutado para los años analizados, por lo que se cumplió la meta financiera programada.

4.3.3. Las metas físicas no contemplan todos los objetivos del programa. Tampoco se encuentran desagregadas con precisión y no resultan suficientes para demostrar su desempeño

Se entiende como eficacia al grado en el que se alcanzaron los objetivos establecidos en un determinado período de tiempo y se refiere a la capacidad para alcanzar los objetivos previstos, traducidos en metas de producción. Por lo tanto, para medir la eficacia en el cumplimiento de los objetivos, primero es preciso definir las metas asociadas a cada objetivo.

De esta manera, se analizaron las metas diseñadas por la SSSalud en el marco del Programa 63. De allí surge que las metas se encuentran orientadas al cumplimiento de los objetivos del programa, aunque no en su totalidad. El siguiente cuadro expone los objetivos y las metas asociadas presentadas a la ONP:

Cuadro 12: Metas definidas en función de los objetivos

Objetivos del Programa 63	Metas asociadas
Asistir financieramente al tratamiento de las patologías de alto costo y baja incidencia	Asistencia para prestaciones de alta complejidad
Asistir financieramente al tratamiento de patologías crónicas	Asistencia integral al drogodependiente Asistencia para tratamiento de afectados por VIH/SIDA Atención al discapacitado Asistencia para tratamiento de pacientes hemofílicos Asistencia para tratamiento prolongado con medicamentos
Asegurar a los beneficiarios de las Obras Sociales el acceso a la información brindada por la Superintendencia, los Agentes del Seguro de Salud y las Empresas de Medicina Prepaga, en todo el país, mediante la implementación de nuevos servicios y el mejoramiento de los existentes	No presenta metas
Continuar con el monitoreo permanente de la distribución del Fondo Solidario de Redistribución en la aplicada a financiar las prestaciones de alto costo y baja incidencia y tratamiento prolongado de patologías crónicas	No presenta metas
Planes y programas de prevención, en particular las campañas anuales de vacunación antigripal	No presenta metas

Fuente: elaboración propia sobre la Ley de Presupuesto y la Cuenta de Inversión, años 2017-2019.



Una vez detectadas las metas para cada objetivo, se aplicó el criterio SMART⁷⁵ para determinar si son adecuadas para el Programa 63 y detectar que cuenten con los siguientes atributos:

S

ESPECÍFICO
(Specific)

Implica que las metas sean suficientes, relevantes y asociadas a un objetivo particular. Tienen que estar redactadas de forma clara y concisa, y no contener ambigüedades.

Observaciones

No resulta directa y específica la forma en que se agrupan los diferentes conceptos que incluyen las metas. Se presentan agrupadas en categorías por tratamiento para varias patologías, sin suficiente grado de desagregación, como “prestaciones de alta complejidad” y “tratamiento prolongado”, por lo que no es posible distinguir con precisión el componente que incluye. Esto resulta práctico a nivel expositivo, aunque implica una disminución en el grado de especificidad de la meta.

En los formularios que se presentan a la ONP (no son de acceso público), se agrega información adicional sobre las prestaciones cubiertas, como el listado con los tratamientos y prácticas considerados de alta complejidad y las patologías agrupadas bajo tratamiento prolongado con medicación. Si bien esto brinda información sobre la conformación de los grupos, no se trata de un listado exhaustivo y algunos tratamientos que figuran en la normativa no están incluidas o no pueden ser identificadas*.

En el caso de diabetes, patología con mayor gasto total dentro del SUR, no cuenta con meta propia y no es asociada a las metas definidas.

* Es el caso de la prevención de infección severa por Virus Sincicial Respiratorio, fertilización asistida, retardo del crecimiento intrauterino, sobrecarga crónica de hierro, prevención de recidiva del carcinoma de vejiga, micosis sistémica, púrpura trombocitopénica idiopática.

En línea con lo anterior, el informe de UAI 10/2019 sobre planes estratégicos⁷⁶, menciona que se observaron en reiteradas oportunidades la utilización de las metas físicas determinadas por el organismo, indicando que no se encontraban suficientemente desagregadas, de modo de reflejar fielmente el cúmulo de actividades que se desarrollan, teniendo en consideración la estructura orgánica de la Superintendencia de Servicios de Salud aprobada por el Decreto 2710/12 del PEN.

⁷⁵ Metodología utilizada para definir objetivos y metas con la idea de obtener mejores resultados, término acuñado por George T. Doran en el artículo “*There is SMART way to write management's goals and objectives*”, publicado en Management Review de Peter Drucker en 1981.

⁷⁶ Informe de UAI 10/2019 Planes Estratégicos.



M

MEDIBLE
(Measurable)

Se debe poder medir el progreso en la consecución del objetivo por medio del establecimiento de parámetros o indicadores.

Observaciones

Las metas presentadas especifican cuál es su respectiva unidad de medida: cantidad de subsidios otorgados o cantidad de pacientes atendidos.

Pueden ser comparadas con años anteriores y presentar su evolución.

Las metas definidas no tienen asociados indicadores, por lo que no puede definirse su alcance y comparar o contrastar con otros datos, y así, medir el grado de eficiencia del Programa.

Estas metas no son suficientes para determinar si deben realizarse ajustes, modificaciones o replantear acciones. El cumplimiento de la meta depende más que nada de la disponibilidad presupuestaria y no permite medir la efectiva gestión del programa.

A

ALCANZABLE
(Achievable)

La meta tiene que poder ser realizable en un tiempo adecuado y con los recursos disponibles.

Observaciones

Las metas establecidas son alcanzables en los términos que fueron definidas.

Al ser contabilizadas en cantidad de subsidios, las metas dependen del presupuesto asignado. La fuente de ingresos es el FSR, cuyos ingresos son variables al ser un porcentaje de los ingresos de la población con trabajo. En base a años anteriores y al grado de ejecución, el presupuesto asignado resulta suficiente para cubrir las necesidades del programa.

No hay claridad en cómo son diseñadas, al no contar con un plan estratégico adaptado, o si guardan relación alguna con la demanda de reintegros que enfrenta el programa. Tampoco se especifican cómo se calculan.

En tratamientos para drogadependencia, VIH o patologías crónicas, la demanda es más estable y puede ser anticipada con menor grado de error, por lo que es adecuado utilizar datos de años anteriores; en el caso de los demás tratamientos, la demanda es más fluctuante, por lo que es más difícil de predecir en base a años anteriores.



R

PERTINENTE
(Relevant)

Las metas deben presentar coherencia y ser significativas a los objetivos generales del programa.

Observaciones

Los objetivos del programa referidos a la asistencia financiera de patologías están contemplados en metas, excepto las campañas de vacunación y diabetes. La unidad de medida como está planteada, no permite establecer el grado de eficiencia del programa, ya que se presentan en términos absolutos sin contrastarlo con una situación ideal o relativizar la medición con otros datos. No se puede establecer la situación real de las solicitudes, dado que se desconocen aquellas no resueltas o pendientes, ni tampoco el tiempo que permanecen en análisis. Es posible que una meta se de por cumplida, y sin embargo, queden solicitudes sin atender. Las metas no discriminan ni reflejan la diferencia en los costos entre los tratamientos para las diversas patologías, por lo que se dificulta la priorización de los pagos. Las metas no resultan ser suficientes para determinar la capacidad de respuesta de la SSSalud a las necesidades de los beneficiarios del Programa 63. Los resultados de la encuesta muestran que para el 66% de las obras sociales consultadas los montos recibidos por reintegros no fueron suficientes para cubrir el gasto que implicó el tratamiento, lo que supone un riesgo para la sustentabilidad o estabilidad financiera de las obras sociales y que en definitiva atenta contra los objetivos fundacionales del programa.

Dentro de los objetivos del Programa 63, se contemplan planes y programas de prevención. En ese aspecto, la SSSalud financió 290.620 dosis para la campaña de vacunación antigripal 2017-2018 y 750.829 dosis para las vacunas incluidas en el Programa Federal Incluir Salud y Plan Nacer/Sumar, las cuales fueron entregadas a las obras sociales. Esto representó un total de \$326.662.672, los que fueron cubiertos con recursos del FSR, para reintegrar al Ministerio de Salud, agente encargado de la licitación de las vacunas (licitación pública 28/09). Esta situación no es reflejada en las metas.

T

TIEMPO DE
CUMPLIMIENTO
(Time-bound)

Las metas deben tener contemplado un período de realización.

Observaciones

Todas las metas definidas contemplan un período de tiempo para la ejecución. Están definidas para el período de un año.

En el siguiente esquema se presenta una síntesis de los diferentes aspectos evaluados y si cada meta se adecua al criterio SMART:



Esquema 11: Síntesis criterio SMART para la evaluación de las metas del Programa 63

Meta	¿Es específica?	¿Es medible?	¿Es alcanzable?	¿Es pertinente?	¿Tiene periodo de cumplimiento?
Asistencia integral al drogodependiente					
Asistencia para prestaciones de alta complejidad					
Asistencia para tratamiento prolongado					
Asistencia para de afectados VIH/SIDA					
Asistencia para tratamiento de pacientes hemofílicos					
Atención al discapacitado					

Óptimo
 Incompleto
 No lo cumple/No corresponde

Fuente: elaboración propia sobre los datos de la Cuenta de Inversión y de la SSSalud.

Del análisis realizado sobre las metas del Programa 63, surge que las metas no están definidas de manera precisa y no son suficientes para medir el desempeño del programa. Las consecuencias del no cumplimiento del objetivo no pueden ser determinadas y no se expresan los mecanismos que implementan para corregir los posibles desvíos. Las metas se encuentran medidas sobre la cantidad de subsidios otorgados y pacientes asistidos, que dependen del crédito presupuestario asignado, variable fuera de control directo. Esto puede impactar en la afectación de los recursos tanto humanos como económicos destinados al programa. En tanto, resulta más apropiado identificar la demanda real enfrentada y establecer una medición sobre el grado de respuesta para satisfacerla y así, redefinir prioridades y acciones.

4.3.4. La SSSalud no realizó informes de evaluación de las metas del Programa 63 y no se establecieron indicadores que midan el desempeño ni un tablero de control para el monitoreo y seguimiento de resultados

El diseño de un sistema de seguimiento de los resultados de la gestión y su monitoreo es una de las responsabilidades primarias de la Gerencia General⁷⁷. En tanto, la Gerencia de Administración tiene la responsabilidad de supervisar el análisis físico y financiero de las metas y objetivos programados y controlar su grado de cumplimiento.

⁷⁷ Decreto 2710/12 del PEN.



El monitoreo es un instrumento de gestión que se realiza durante la ejecución de una política, programa o proyecto. Permite revisar en forma periódica sus aspectos sustantivos y, así, implementar medidas para optimizar los procesos, resultados e impactos. Constituye un insumo indispensable para la gestión administrativa y estratégica de una iniciativa pública. En tanto, la evaluación es una herramienta clave para la toma de decisiones estratégicas⁷⁸. Asimismo, el diseño e inclusión de indicadores⁷⁹ facilita la comprensión de la realidad a través de un conjunto de datos y permite evaluar el desempeño de los programas y actividades en términos de eficiencia y eficacia y el alcance y consecución de las metas. Pueden ser cuantitativos o cualitativos y deben estar definidos de forma correcta para poder monitorear y evaluar el programa. A través de indicadores de eficiencia⁸⁰ se puede medir la relación entre la producción de bienes y servicios y los insumos empleados para producirlos⁸¹.

No se observó ningún informe de evaluación de metas ni de evaluación de resultados del Programa 63, aunque se redactó un informe de gestión de metas y objetivos para el período enero-octubre de 2019. La SSSalud no contó con memorias anuales para los años auditados. Asimismo, no se han diseñado indicadores de resultados o un tablero de comandos que permita realizar el seguimiento y control de los resultados, para de esa manera realizar ajustes en la gestión en caso de ser necesario. En este sentido, la UAI recomendó elaborar indicadores de resultado y de gestión que permitan medir en forma más eficiente el cumplimiento de los objetivos de las distintas categorías programáticas y los niveles de rendimiento de las diferentes áreas del organismo⁸².

Por otro lado, en los formularios de información respaldatoria de metas, producción terminal e indicadores⁸³, se solicita la descripción detallada del indicador, su utilidad y de qué manera contribuye al monitoreo y evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos fijados para el programa, así como también aquellos instrumentos utilizados para la estimación de la población beneficiaria (entre otros). Allí se aclara que la medición de las metas es no

⁷⁸ Di Virgilio & Solano, 2012.

⁷⁹ INTOSAI, GUID 5290.6

⁸⁰ La Res. 186/16-AGN sobre normas de control externo de la gestión gubernamental, entiende eficiencia como la relación entre los recursos utilizados y los productos entregados. Esto implica enfocarse en si los recursos utilizados se han aplicado de manera óptima y satisfactoria, o si se podrían haber alcanzado los mismos resultados o resultados similares en términos de calidad y tiempo, con menos recursos.

⁸¹ Ministerio de Economía. (sf). *Elementos metodológicos y conceptuales del presupuesto público*. En El Sistema Presupuestario de la Administración Nacional de la República Argentina.

⁸² Informe de UAI 10/2019 Planes Estratégicos.

⁸³ Formulario 8 bis de información respaldatoria de metas, producción bruta terminal e indicadores presentado a la ONP.



Auditoría General de la Nación

controlable (esto es, depende del comportamiento de una variable externa), continua y sumable, aunque no se presenta información sobre indicadores.



5. Comentarios del auditado

El presente proyecto de informe fue puesto en conocimiento del organismo auditado por Nota 18/23-AG4, y reiterada por Nota 25/23-AG4, a fin de efectuar los comentarios u observaciones que estimase pertinentes.

La SSSalud emitió su respuesta por el Memorándum ME-2024-15028588-APN-SSS#MS. El detalle de lo expresado, así como su análisis correspondiente, se encuentran en los Anexos IV y V.

En su descargo, el auditado manifestó que el proyecto de informe les permite identificar áreas de mejora y fortalecimiento en la gestión de las transferencias del Programa 63. En términos generales, expresó su concordancia con los hallazgos presentados, informó sobre las medidas adoptadas o en proceso de implementación con posterioridad al período auditado y se comprometió a implementar las acciones correctivas necesarias para optimizar los procesos, las que podrán ser objeto de futuras auditorías.



6. Recomendaciones

6.1 Sobre los procedimientos administrativos

- 6.1.1 Instrumentar los mecanismos adecuados para formalizar la aprobación del manual de procedimientos con el objetivo de estandarizar criterios para la administración de las solicitudes por reintegro, y mantenerlo actualizado. (4.1.1).
- 6.1.2 Aplicar un sistema unificado para procesar y registrar los expedientes que deje constancia del procedimiento completo de análisis y valorización de las solicitudes, que preserve la trazabilidad, y asegure la confiabilidad e integralidad de la información. Asimismo, asegurar que se exponga adecuadamente la resolución de pago, fecha de prestación de los tratamientos y sello de mesa de entrada (4.1.2).
- 6.1.3 Formalizar el procedimiento que se utiliza para el tratamiento de las solicitudes por apoyo financiero (4.1.3).
- 6.1.4 Asegurar que los expedientes con solicitudes por discapacidad que aún sean tramitados por SUR presenten la información pertinente para validar su procesamiento y pago, incluyendo la resolución de pago del reintegro y el detalle de la inclusión de dependencia o zona desfavorable para los conceptos correspondientes (4.1.4).
- 6.1.5 Unificar los criterios y estandarizar los procedimientos utilizados en la conformación de los expedientes colectivos, de forma tal que aseguren la celeridad en su tratamiento y resolución (4.1.5).

6.2 Sobre la definición y cumplimiento de los criterios para el procesamiento y pago de las solicitudes por reintegro

- 6.2.1 Implementar los mecanismos adecuados para asegurar la conformidad total con los montos máximos en el pago de los reintegros e incluir la información suficiente que permita verificar el cumplimiento del criterio (4.2.1).
- 6.2.2 Diseñar y aplicar un mecanismo de revisión y alerta periódica sobre la evolución de los valores de los medicamentos y tratamientos tal que se evite desvalorizar el monto de los tratamientos respecto de los costos que enfrentan las obras sociales, en tanto se garantice la sustentabilidad del FSR (4.2.2).
- 6.2.3 Definir un límite máximo para la cantidad de kilómetros a reconocer o un tope monetario máximo a reintegrar para el concepto de transporte en las solicitudes de discapacidad. Asegurar que se incluya el detalle y comprobante de los kilómetros recorridos (4.2.3).



Auditoría General de la Nación

- 6.2.4 Evitar el desfase entre el pago del reintegro y los costos de los tratamientos, tanto a través de asegurar la celeridad en la gestión y resolución de las solicitudes como la actualización oportuna de los montos máximos (4.2.4).
- 6.2.5 Implementar acciones que optimicen los procedimientos para reducir los tiempos en la gestión de las solicitudes (4.2.5).
- 6.2.6 Establecer de forma explícita y transparente un criterio de prioridades para administrar y analizar las solicitudes por reintegro que ingresan en la SSSalud (4.2.6).

6.3 Sobre la planificación, diseño y cumplimiento de metas de ejecución

- 6.3.1 Diseñar e implementar una planificación estratégica y operativa que defina los objetivos, acciones y recursos a utilizar en el marco del Programa 63 (4.3.1).
- 6.3.2 Promover acciones específicas que garanticen el cumplimiento de los objetivos programados (4.3.2).
- 6.3.3 Contemplar todos los objetivos del programa para el diseño de las metas físicas. Asegurar que las metas se presenten desagregadas con precisión y que sean pertinentes y suficientes para demostrar y evaluar de forma integral el desempeño del programa (4.3.3).
- 6.3.4 Implementar, como una buena práctica, un sistema de seguimiento y monitoreo para la evaluación de las metas del programa (4.3.4).



7. Conclusiones

Las tareas de auditoría realizadas permitieron observar un circuito adecuado para el procesamiento de las solicitudes por reintegro, en el que intervienen diferentes sectores, principalmente de la Gerencia de Solicitudes por Reintegro, sin superposición de tareas y que se ajustaba a lo estipulado en la normativa. No obstante, se detectaron oportunidades de mejora en los procedimientos administrativos, así como en la planificación y evaluación del Programa.

La falta de aprobación de un manual de procedimientos fue uno de los puntos destacados. Su implementación permitiría estandarizar y facilitar todo el proceso de análisis, valorización y administración de las solicitudes. Asimismo, la ausencia de un orden formal de prioridades para el procesamiento, análisis y pago de solicitudes puede afectar la eficiencia del organismo en relación a la resolución de las solicitudes y garantizar un tratamiento equitativo. En la práctica, las solicitudes por reintegro se resuelven de acuerdo a su orden de ingreso.

Las inconsistencias y discrepancias observadas en cuanto a la confección son inferiores al 10% de los expedientes. En general, hacen referencia a la exposición de la normativa de pago, a la fecha de cobertura de la prestación, a información específica de las solicitudes por discapacidad y a la legibilidad del sello de mesa de entrada.

En cuanto a los plazos de resolución de las solicitudes, se evidenció una demora promedio de 165 días por parte de la SSSalud, extendiéndose a 248 días si se considera el tiempo desde el inicio del trámite por parte de las obras sociales. Una posible vía para optimizar estos plazos sería establecer un criterio uniforme para la compilación de expedientes colectivos, ya que se observó una marcada variabilidad en la cantidad de solicitudes que los componen. Asimismo, resultaría beneficioso establecer plazos límite para el análisis y resolución de las solicitudes, lo que contribuiría a agilizar el proceso y mejorar la eficiencia del Programa 63.

Respecto a las solicitudes presentadas como “apoyo financiero”, esto es, tratamientos que no se encuentran contemplados en las resoluciones pero que pertenecen a patologías contempladas en el programa y que pueden ser ingresadas por excepción, se observó que no cuentan con un tratamiento formalizado en una normativa específica, aunque en la práctica se guían por el protocolo previsto para el Sistema de Tutelaje de Tecnologías Sanitarias Emergentes.

En cuanto al pago de los reintegros, se observó que en el 90% fueron respetados los montos máximos establecidos en la normativa correspondiente. En un 2% se observaron



Auditoría General de la Nación

inconsistencias en los montos pagados, en la resolución de pago o en el concepto solicitado. El restante 8% carecía de información completa para verificar el cumplimiento de los montos máximos.

Cabe mencionar que, si bien se diseñó una metodología para calcular los montos máximos a reconocer por los diferentes tratamientos, que tiene en cuenta el costo de los medicamentos e insumos, no se contempló un criterio de periodicidad para actualizarlos. Esto derivó en un desfase entre los costos reales de los tratamientos respecto a los montos reconocidos. El porcentaje del monto cubierto por la SSSalud disminuyó del 62% respecto a lo solicitado en 2017 al 53% en 2019.

En relación con la planificación estratégica, se observó que la SSSalud se basaba en un plan desactualizado desde 1998, lo que pudo afectar la consecución y diseño de metas y la asignación eficiente de recursos. En este sentido, se identificaron desvíos en la ejecución de las metas respecto a lo programado para cada año. Las causas de ellos eran asociadas por la SSSalud a la disponibilidad de crédito presupuestario y cambio de prioridades en la gestión de los tratamientos según patología. Asimismo, en cuanto al diseño de las metas, éstas no engloban la totalidad de los objetivos del Programa; tampoco se encuentran desagregadas con precisión y no resultan totalmente adecuadas para demostrar el desempeño del organismo. Ante ello, se recomienda que se realicen informes de evaluación de metas y que se establezcan indicadores que permitan relacionar acciones con resultados y poder monitorear su desempeño, para así implementar los cambios que sean necesarios en la gestión de las solicitudes y en vista a mejorar el Programa 63 en general.

Finalmente, los resultados y observaciones de la presente auditoría señalan áreas donde se pueden implementar mejoras para fortalecer la eficiencia, efectividad, transparencia y equidad del Programa 63. En tanto, el auditado manifestó su compromiso a incorporar estas recomendaciones en acciones presentes y futuras, con miras a optimizar el sistema, denominado SURGE desde abril de 2023⁸⁴.

⁸⁴ El Sistema Único de Reintegro por Gestión de Enfermedades (SURGE) comenzó a implementarse en reemplazo del SUR para aquellos tratamientos cubiertos a partir del 1° de abril de 2023. El SURGE implicó algunos cambios respecto al sistema anterior, los cuales están detallados en los anexos de la Res. 731/2023 de la SSSalud.



Auditoría General de la Nación

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 10 de julio de 2024

Supervisora

Departamento de Control de
Transferencias a Municipios,
CABA y Sector Privado

Jefa de Departamento

Departamento de Control de
Transferencias a Municipios,
CABA y Sector Privado

Gerente

Gerencia de Control de
Transferencias de Fondos
Nacionales



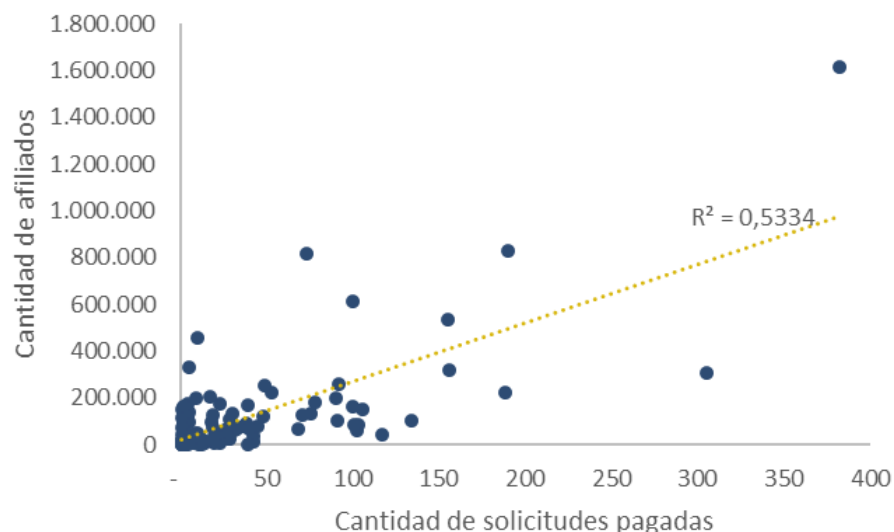
Anexos

Anexo I: Análisis de correlación entre cantidad de afiliados y solicitudes por reintegro

Se realizó un análisis para relacionar la cantidad de afiliados de cada obra social y la cantidad de solicitudes que presentan, que son resueltas y que quedan pendientes de resolver. De esta manera, puede evidenciarse la existencia o no de algún patrón de pagos.

La hipótesis es que la mayor demanda de reintegros provenga de las obras sociales más grandes en términos de cantidad de afiliados; esto debe reflejarse en la cantidad de solicitudes que están siendo analizadas y resueltas por la SSSalud. Para observar este patrón entre el ingreso de solicitudes y el pago de reintegros, se realizó el cruce de datos entre la muestra de expedientes y el tamaño de las obras sociales. De allí surge que hay una correlación lineal positiva entre la cantidad de afiliados de cada obra social y la cantidad de solicitudes por reintegro que presenta a la SSSalud (coeficiente de correlación $R^2=0,5334$); esto indica que a mayor cantidad de afiliados tenga una obra social, mayor será la cantidad de solicitudes que presenten y sean pagadas.

Gráfico 12: Relación entre la cantidad de afiliados por obra social y solicitudes pagadas 2017-2019



Nota: cada punto del gráfico representa una obra social diferente.

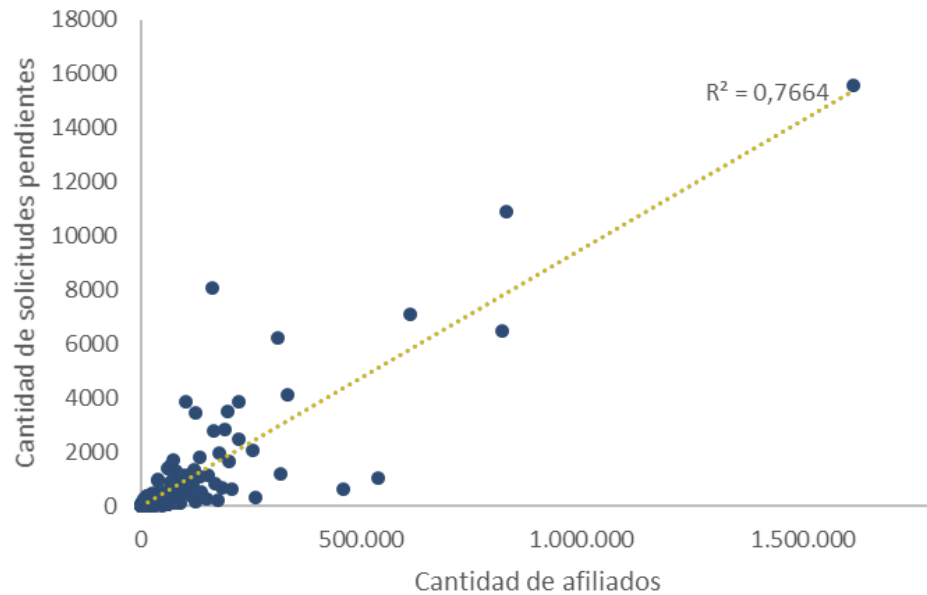
Fuente: elaboración propia sobre los datos de la SSSalud. Muestra estratificada de 4.254 solicitudes. Selección probabilística aleatoria simple sin reemplazo. Nivel de confianza $1 - \alpha = 90\%$, error de estimación $\varepsilon = 5\%$ para expedientes colectivos y $\varepsilon = 10\%$ para expedientes individuales.

En paralelo, del análisis de correlación entre la cantidad de solicitudes que se encontraban en análisis durante el período auditado y la cantidad de afiliados de cada obra social surge que también hay alta correlación positiva lineal ($R^2=0,87$). Esto es, a mayor cantidad de



afiliados tenga una obra social, mayor es la cantidad de solicitudes que presenta, y mayor es la cantidad de solicitudes que se encuentran en análisis por la SSSalud.

Gráfico 13: Relación entre cantidad de afiliados por obra social y solicitudes pendientes a 2019



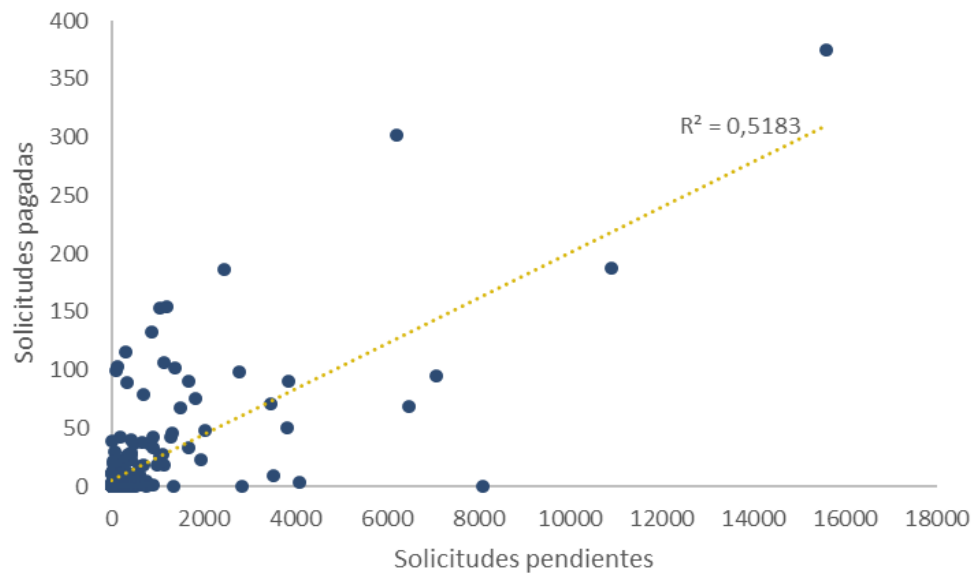
Nota: cada punto del gráfico representa una obra social diferente.

Fuente: elaboración propia sobre los datos de la SSSalud. Muestra estratificada de 4.254 solicitudes. Selección probabilística aleatoria simple sin reemplazo. Nivel de confianza $1 - \alpha = 90\%$, error de estimación $\varepsilon = 5\%$ para expedientes colectivos y $\varepsilon = 10\%$ para expedientes individuales.

Asimismo, para corroborar si a mayor cantidad de solicitudes que presenta una obra social, mayor es la cantidad de solicitudes que se reintegren de esa misma obra social, se comparó la cantidad de solicitudes pendientes con las pagadas, discriminada por obra social. El coeficiente de correlación es de 0,75, lo que implica la correlación positiva lineal de ambas variables analizadas. Esto también puede observarse en los porcentajes de solicitudes en proceso comparados con los porcentajes de solicitudes pagadas. En términos generales, coinciden los porcentajes, como es el caso del RNOS 126205 (OS de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles), obra social con mayor cantidad de afiliados, que concentra el 11% de las solicitudes pendientes y el 9% de las solicitudes pagadas.



Gráfico 14: Correlación entre solicitudes pendientes y solicitudes pagadas (2017-2019)



Fuente: elaboración propia sobre los datos de la SSSalud. Muestra estratificada de 4.254 solicitudes. Selección probabilística aleatoria simple sin reemplazo. Nivel de confianza $1 - \alpha = 90\%$, error de estimación $\varepsilon = 5\%$ para expedientes colectivos y $\varepsilon = 10\%$ para expedientes individuales.

Estos datos exponen lo esperado. Dado el flujo de ingreso de solicitudes a la SSSalud y la cantidad de recursos disponibles para procesarlos, mayor es la probabilidad de que mientras más solicitudes presentes una obra social, mayor será la cantidad que se encuentre en análisis y que sean pagadas.



Anexo II: Montos máximos (valores en pesos)

Tratamientos, prótesis y procedimientos

Patología	Objeto de reintegro	Alcance	Res. 1200/12	Res. 1048/14	Res. 1709/14	Res. 400/16 y 46/17
				Desde 01/06/14	Desde 01/12/14	Desde 31/10/16
Aneurisma de aorta, abdominal o torácica	Endoprótesis para tratamiento endovascular con o sin extensiones	Por única vez para el mismo paciente	55.000	118.000		236.000
Aneurisma de Aorta Abdominal o Torácica	Extensión de Endoprótesis para tratamiento endovascular	Valor máximo de reintegro a reconocer por única vez por paciente para la extensión. Incluye todo concepto hasta un máximo de 3 extensiones		30.000		55.000
Aneurisma de aorta	Endoprótesis especial para tratamiento endovascular (fenestraciones o fijación especial)	Valor máximo de reintegro a reconocer por única vez por paciente para la endoprótesis. Incluye todo concepto		250.000		350.000
Arritmias ventriculares. Prevención de muerte súbita cardíaca	Cardiodesfibrilador implantable uni o bicameral con electrodos epi o endocárdicos	Valor máximo a reintegrar en concepto del dispositivo implantado y por única vez	50.000	110.000		250.000
Insuficiencia Cardíaca Aguda/Shock Cardiogénico	Dispositivo de asistencia ventricular (DAV) o corazón artificial	Incluye todo concepto (tubos, colocación, todos los materiales descartables), independientemente del período de duración del soporte mecánico ventricular	1.000.000			1.500.000
Insuficiencia cardíaca aguda/shock cardiogénico	Módulo de seguimiento del dispositivo de asistencia ventricular o corazón artificial	Módulo mensual. Valor máximo de reintegro que contempla todos los gastos asociados al control, mantenimiento y alquiler de DAV				100.000
Insuficiencia cardíaca / insuficiencia respiratoria	Dispositivo de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO)	Valor máximo a reintegrar por todo concepto (tubos, colocación, materiales descartables, alquiler de la consola central), independientemente del período de duración del soporte. No se reconocerá reintegro para aquellos casos de alquiler de consola cuando la misma no se haya utilizado		85.000		
Defectos congénitos con comunicaciones en el sistema cardiovascular	Dispositivo ocluser para cierre percutáneo de defectos cardíacos congénitos o adquiridos	Valor máximo a reintegrar en concepto del dispositivo implantado y por única vez. Incluye todo concepto	40.000	85.000		160.000
Estenosis aórtica	Válvula aórtica protésica para implante percutáneo	Valor máximo a reintegrar por el dispositivo implantado y procedimiento	150.000	250.000		500.000



Auditoría General de la Nación

Cardiopatías de causa isquémica, congénita o valvular	Módulo de cirugía cardiovascular central con circulación extracorpórea (CEC) o con estabilizador miocárdico (EM)	Incluye todo el material descartable necesario para la CEC (kit de oxigenador, membranas, filtros, cánulas, tubos, etc.) o estabilizador miocárdico - honorarios profesionales del equipo quirúrgico cardiovascular, anestesista, técnico perfusionista, instrumentadora, internación en la complejidad que se requiera - insumos necesarios: suturas, parches, etc. - derechos de internación, quirúrgico y anestesia - medicación vinculada al procedimiento quirúrgico en si y a la internación en cualquier nivel de complejidad hasta el alta. Monto máximo de reintegro por única vez	30.000	60000	100.000 más c/válvula 60.000
Hepatitis Crónica por Virus B	Módulo de seguimiento para paciente monoinfectado con virus de hepatitis B (carga viral)	Valor máximo a reintegrar por determinación. Hasta un máximo de 3 determinaciones por año	400	537	900
Hepatitis Crónica por Virus C	Módulo de seguimiento para pacientes infectados con Virus de Hepatitis C: carga viral de Hepatitis C	Valor máximo a reintegrar por determinación, hasta un máximo de 5 determinaciones	400	537	
Hepatitis Crónica por Virus C	Módulo de seguimiento para pacientes infectados con Virus de Hepatitis C: estudio de Polimorfismo del gen IL 28B	Valor máximo a reintegrar por estudio, por única vez		748	
Hepatitis Crónica por Virus C	Módulo de abordaje para infección crónica hep C diagnóstico, seguimiento, tratamiento	Valor máximo por 12/18 semanas			250.000
Hepatitis Crónica por Virus C	Módulo de abordaje para infección crónica hep C diagnóstico, seguimiento, tratamiento	Valor máximo por 24 semanas			500.000
Diabetes Tipo 1	Bomba de infusión subcutánea de insulina	Por única vez para el mismo paciente. Incluye todo concepto	40.000	55.000	70.000
Diabetes tipo 1	Insumos para bomba de infusión subcutánea de insulina	Valor máximo a reintegrar por mes			11.000
Inmunodeficiencia adquirida por virus (VIH-SIDA)	Módulo 1A: primer tratamiento	Valor máximo a reintegrar por mes de tratamiento	1.696	3.874	4.650
Inmunodeficiencia adquirida por virus (VIH-SIDA)	Módulo 1B: primer tratamiento	Valor máximo a reintegrar por mes de tratamiento	3.035	5.536	6.675
Inmunodeficiencia adquirida por virus (VIH-SIDA)	Módulo 2: fallo terapéutico	Valor máximo a reintegrar por mes de tratamiento	3.554	6.073	7.290
Inmunodeficiencia adquirida por virus (VIH-SIDA)	Módulo 3: multifallo	Enfuvirtide (t20). Valor máximo a reintegrar por envase utilizado y por mes de tratamiento	10.455	17.417	20.900
Inmunodeficiencia adquirida por virus (VIH-SIDA)	Módulo 3: multifallo	Raltegravir (RAL) Valor máximo a reintegrar por envase utilizado por mes de tratamiento	6.883	12.503	15.000
Inmunodeficiencia adquirida por virus (VIH-SIDA)	Módulo 3: multifallo	Darunavir (DNV). Valor máximo a reintegrar por envase utilizado y por mes de tratamiento	5.233	9.548	11.460
Inmunodeficiencia adquirida por virus (VIH-SIDA)	Módulo 3: multifallo	Darunavir (DNV) + Ritonavir (RTV). Valor máximo a reintegrar por envase utilizado y por mes de tratamiento		9.548	11.460
Inmunodeficiencia adquirida por virus (VIH-SIDA)	Módulo 3: multifallo	Tipranavir (TPV). Valor máximo a reintegrar por envase utilizado y por mes de tratamiento	2.834	4.272	5.126



Auditoría General de la Nación

Inmunodeficiencia adquirida por virus (VIH-SIDA)	Módulo 3: multifallo	Etravirina (ETV). Valor máximo a reintegrar por envase utilizado y por mes de tratamiento	5.318	9.259	11.110
Inmunodeficiencia adquirida por virus (VIH-SIDA)	Módulo 3: multifallo	Maraviroc (MRV) 150 mg. Valor máximo a reintegrar por envase utilizado y por mes de tratamiento	3.048	5.504	6.604
Inmunodeficiencia adquirida por virus (VIH-SIDA)	Módulo 3: multifallo	Maraviroc (MRV) 300 mg. Valor máximo a reintegrar por envase utilizado y por mes de tratamiento		5.504	6.604
Inmunodeficiencia adquirida por virus (VIH-SIDA)	Módulo 4: Transmisión vertical (medicamento para infusión en el parto y tratamiento del recién nacido + PCR de seguimiento del recién nacido)	Por nacimiento. Incluye la totalidad de las prestaciones	2.000	2.686	2.686
Inmunodeficiencia adquirida por virus (VIH-SIDA)	Módulo 5: enfermedades oportunistas	por envase utilizado de los medicamentos anteriormente listados.	700	940	940
Inmunodeficiencia adquirida por virus (VIH-SIDA)	Módulo 6: Seguimiento para paciente infectado con Virus HIV	Carga Viral (CV)	450	604	900
Inmunodeficiencia adquirida por virus (VIH-SIDA)	Módulo 6: Seguimiento para paciente infectado con Virus HIV	Recuento de CD4 (CD4)	60	81	170
Inmunodeficiencia adquirida por virus (VIH-SIDA)	Módulo 6: Seguimiento para paciente infectado con Virus HIV	Test de Resistencia. Se reconocerán hasta tres test de resistencia. Valor a reintegrar por determinación	700	940	1.200
Drogadependencia	Módulos Atención Ambulatoria	Valor a reintegrar en concepto de un mínimo de 4 consultas y 6 como máximo		537	650
Drogadependencia	Módulo 1.2 Tratamiento ambulatorio de control y seguimiento de la evolución y prevención de recaídas por equipo Multidisciplinario.	Valor a reintegrar como módulo mensual. Otorgamiento por hasta 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a evaluación profesional	500	806	970
Drogadependencia	Trat. ambulatorio de control. Recaídas. Eq. Multidisciplinario		600		
Drogadependencia	Módulo 1.3: Hospital Medio Día (4hs)	Valor a reintegrar como módulo mensual. Otorgamiento por hasta 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a evaluación profesional	1.800	2.417	2.900
Drogadependencia	Módulo 1.4: Hospital de día (8 hs)	Valor a reintegrar como módulo mensual. Otorgamiento por hasta 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a evaluación profesional	2.750	3.693	4.432
Drogadependencia	Módulo 1.5 Hospital de Noche	Valor a reintegrar como módulo mensual. Otorgamiento por un máximo de 2 meses	1.000	1.343	1.612
Drogadependencia	Módulo 2.1 Internación Psiquiátrica para desintoxicación	Valor a reintegrar como módulo diario. Otorgamiento por hasta 30 días con posibilidad de renovación por 30 días más, sujeto a la evaluación profesional	240	322	386
Drogadependencia	Modulo 2.2 Internación en Comunidad Terapéutica Residencial	Valor a reintegrar como módulo mensual. Otorgamiento por un máximo de 12 meses	7.000	9.400	11.280
Enfermedad de Parkinson refractaria al tratamiento	Neuroestimulador	Valor máximo a reintegrar en el que se incluye: el neuroestimulador - honorarios profesionales - anestesista - medicamentos y material descartable vinculados al procedimiento - internación si la requiere - pruebas previas y todo otro concepto, por única vez	150.000	225.000	650.000



Auditoría General de la Nación

Epilepsia refractaria al tratamiento médico	Neuroestimulador vagal	Valor máximo a reintegrar en el que se incluye: el neuroestimulador - honorarios profesionales - anestesista - medicamentos y material descartable vinculados al procedimiento - internación si la requiere - pruebas previas y todo otro concepto, por única vez	150.000	225.000		
Epilepsia refractaria al tratamiento médico.	Módulo de Cirugía para la epilepsia refractaria	Valor máximo a reintegrar. El módulo incluye estudios invasivos prequirúrgicos, procedimiento quirúrgico e insumos (medicamentos y material descartable) a ser utilizados en el mismo, honorarios profesionales, internación y todo otro concepto derivado del procedimiento, por única vez.		180.000		300.000
Epilepsia refractaria al tratamiento médico en pacientes menores de 65 años	Neuro Estimulador vagal	Valor máximo a reintegrar en el que se incluye: el neuroestimulador- honorarios profesionales- anestesista- medicamentos y material descartable vinculados al procedimiento- internación- pruebas previas y todo otro concepto.				650.000
Enfermedad Neurológica	Practica terapéutica- Modulo de Radioneurocirugía Cerebral	El Modu es trata completo 6 meses con recidiva	30.000			
Enfermedad neurológica - Dolor Crónico Intratable	Neuroestimulador Espinal	Valor máximo a reintegrar en el que se incluye: Pruebas de estimulación previas, el neuroestimulador - honorarios profesionales - anestesista - medicamentos y material descartable vinculados al procedimiento - internación si la requiere - pruebas previas y todo otro concepto, por única vez		225.000		650.000
Aneurismas, malformaciones o tumores vascularizados cerebrales	Práctica Tera. Endovascular Neurológica (Neuroembolización)	Única vez por paciente	30.000			
Lesión de la calota craneana	Reconstrucción en 3D de calora craneana + prótesis bajo modelo y procedimiento de implante	Valor máximo a reintegrar que incluye todo concepto, por única vez. Incluye todo concepto.	80.000	175.000		180.000
Hipoacusia de diferentes Orígenes	Prótesis Implantable Coclear y Módulo de Procedimiento Quirúrgico de Implante	Valor máximo a reintegrar por única vez para el mismo paciente. Se incluyen los siguientes conceptos: módulo preimplante, módulo quirúrgico, módulo de seguimiento, implante coclear y rehabilitación	100.000	170.000		380.000
Hipoacusia de dif. Orígenes	Recambio del procesador de la palabra	Por única vez	35.000	50.000		180.000
Hipoacusia de dif. Orígenes	Audífono de implantación ósea (BAHA)	Valor máximo a reintegrar que comprende los estudios previos, procedimiento, implante y rehabilitación, por única vez		50.000		180.000
Disforia de Género	Mod. De cirugía de Reasignación Sexual	Por única vez	20.000			



Auditoría General de la Nación

Adecuación Genital Autopercebida	Módulo cirugía de Adecuación de Genitalidad a la Identidad de Género autopercebida en los términos del art. 11 de la Ley N° 26.743	Solo una por beneficiario. El módulo resulta comprensivo de la totalidad de los procedimientos que fuere necesario practicar.		80.000		120.000
Incontinencia Urinaria	Esfínter Urinario Artificial	Valor máximo a reintegrar por paciente. Incluye todo concepto	30.000	45.000		80.000
Gran quemado	Módulo de paciente quemado	Valor máximo a reintegrar por día de módulo. Vigencia máxima del reintegro de 40 días	3.000	6.000		6.000
Gran quemado	Módulo diario de paciente quemado	En terapia intensiva día				12.000
Enfermedad Oncológica	Módulo 1: Módulo de Radioterapia de Intensidad Modulada (IMRT) para Cáncer de próstata y cánceres de cabeza y cuello	Valor máximo a reintegrar por única vez, independientemente del número de sesiones requeridas	40.000	55.000		130.000
Enfermedad Oncológica	Módulo 2: Módulo de Radioterapia Tridimensional Conformada	Valor máximo a reintegrar por única vez, independientemente del número de sesiones requeridas	12.000	20.000		40.000
Enfermedad con insuficiencia orgánica grave - Trasplante	Módulo 1: Pre Trasplante	Incluye todo concepto	7.000	15.000		30.000
Enfermedad con insuficiencia orgánica grave - Trasplante	Módulo 2: Tx Cardíaco	Incluye todo concepto	150.000	220.000		450.000
Enfermedad con insuficiencia orgánica grave - Trasplante	Módulo 2: Tx Cardio-Pulmonar	Incluye todo concepto	200.000	360.000		700.000
Enfermedad con insuficiencia orgánica grave - Trasplante	Módulo 2: Tx Cardio-Renal	Incluye todo concepto	200.000	350.000		500.000
Enfermedad con insuficiencia orgánica grave - Trasplante	Módulo 2: Tx Pulmonar	Incluye todo concepto	150.000	285.000		560.000
Enfermedad con insuficiencia orgánica grave - Trasplante	Módulo 2: Tx Hepático	Incluye todo concepto	150.000	275.000		550.000
Enfermedad con insuficiencia orgánica grave - Trasplante	Módulo 2: Tx Hepato-Renal	Incluye todo concepto	200.000	350.000		730.000
Enfermedad con insuficiencia orgánica grave - Trasplante	Módulo 2: Tx Renal (donante vivo)	Incluye todo concepto	55.000	90.000		190.000
Enfermedad con insuficiencia orgánica grave - Trasplante	Módulo 2: Tx Renal (donante cadavérico)	Incluye todo concepto	200.000	80.000		160.000
Enfermedad con insuficiencia orgánica grave - Trasplante	Módulo 2: Tx Páncreas	Incluye todo concepto	150.000	222.000		400.000
Enfermedad con insuficiencia orgánica grave - Trasplante	Módulo 2: Tx Reno-pancreático	Incluye todo concepto		290.000		550.000
Enfermedad con insuficiencia orgánica grave - Trasplante	Módulo 2: Tx Intestinal	Incluye todo concepto		315.000		650.000



Auditoría General de la Nación

Enfermedad con insuficiencia orgánica grave - Trasplante	Módulo 2: Tx Hepato-Intestinal	Incluye todo concepto		350.000		700.000
Enfermedad con insuficiencia orgánica grave - Trasplante	Módulo 2: Tx Hepato-Pancreático	Incluye todo concepto		350.000		700.000
Enfermedad con insuficiencia orgánica grave - Trasplante	Módulo 2: Tx Pancreato-Intestinal	Incluye todo concepto		350.000		800.000
Enfermedad con insuficiencia orgánica grave - Trasplante	Módulo 2: Tx Cardíaco-Hepático	Incluye todo concepto		350.000		750.000
Hepatología Hematología/oncológicas/hereditarias/inmunológicas. Trasplante de Precursores. Hematopoyéticos	Módulo 1: Trasplante Autólogo	Incluye todo concepto	130.000	230.000		400.000
Hepatología Hematología/oncológicas/hereditarias/inmunológicas. Trasplante de Precursores. Hematopoyéticos	Módulo 1: Trasplante Alogénico con donante emparentado	Incluye todo concepto	220.000	330.000		660.000
Hepatología Hematología/oncológicas/hereditarias/inmunológicas. Trasplante de Precursores. Hematopoyéticos	Módulo 1: Trasplante Alogénico con donante no emparentado	Incluye todo concepto	330.000	470.000		750.000
Hepatología Hematología/oncológicas/hereditarias/inmunológicas. Trasplante de Precursores. Hematopoyéticos	Módulo: De Búsqueda células progenitoras		35.000	70.000		
Hepatología Hematología/oncológicas/hereditarias/inmunológicas. Trasplante de Precursores. Hematopoyéticos	Módulo: De Procuración de células progenitoras		140.000	350.000		
Hepatología Hematología/oncológicas/hereditarias/inmunológicas. Trasplante de Precursores. Hematopoyéticos	Módulo: De Procuración de Linfocitos de Donante no emparentado		35.000	140.000		
Enfermedad Articular o Sistémica	Prótesis de Revisión de cadera y rodilla (Nac/Mercosur)		15.000			
	Prótesis de hombro y tobillo		15.000			
	Cirugía de columna		35.000			
	Instrumentación de columna para escoliosis en pacientes pediátricos		120.000			
	Prótesis mandibular completa		80.000			
	Prótesis Primaria Cementada de Cadera	Por única vez para el mismo paciente. Incluye todo concepto		19.800		40.000



Auditoría General de la Nación

	Prótesis Primaria Híbrida de Cadera	Por única vez para el mismo paciente. Incluye todo concepto		31.000		80.000
	Prótesis Primaria No Cementada de Cadera	Por única vez para el mismo paciente. Incluye todo concepto		42.000		90.000
	Prótesis Primaria Especial de Cadera	Por única vez para el mismo paciente. Incluye todo concepto		75.000		115.000
	Prótesis de Revisión Cementada de Cadera	Por única vez para el mismo paciente. Incluye todo concepto		44.000		70.000
	Prótesis de Revisión Híbrida de Cadera	Por única vez para el mismo paciente. Incluye todo concepto		63.800		100.000
	Prótesis de Revisión No Cementada de Cadera	Por única vez para el mismo paciente. Incluye todo concepto		77.000		160.000
	Prótesis de Revisión Especial de Cadera	Por única vez para el mismo paciente. Incluye todo concepto		121.000		205.000
	Prótesis Oncológica o No Convencional de Cadera	Por única vez para el mismo paciente. Incluye todo concepto		180.000		240.000
	Prótesis Primaria de Rodilla	Por única vez para el mismo paciente. Incluye todo concepto		33.000		60.000
	Prótesis de Revisión de Rodilla	Por única vez para el mismo paciente. Incluye todo concepto		85.800		150.000
	Prótesis Oncológica o No Convencional de Rodilla	Por única vez para el mismo paciente. Incluye todo concepto		215.000		250.000
	Prótesis Total Traumatológica Oncológica	Por única vez para el mismo paciente. Incluye todo concepto		270.000		325.000
	Prótesis Primaria de Hombro	Por única vez para el mismo paciente. Incluye todo concepto		22.000		50.000
	Prótesis de Reemplazo de Discos Vertebrales	Por única vez para el mismo paciente. Incluye todo concepto		65.000		105.000
	Sistema de Instrumentación para Fijación de Columna	Valor máximo a reintegrar hasta 3 niveles		58.000		80.000
	Sistema de Instrumentación para Fijación de Columna	Valor máximo a reintegrar hasta 6 niveles		97.000		130.000
	Sistema de Instrumentación de Columna para Escoliosis	Por única vez para el mismo paciente. Incluye todo concepto		240.000		500.000
	Sistema de Instrumentación de Columna para Fijación Cervical Mínimamente Invasiva (MIS)	Por única vez para el mismo paciente. Incluye todo concepto		42.000		
	Sistema de Instrumentación de Columna para Fijación Lumbar Mínimamente invasiva (MIS)	Por única vez para el mismo paciente. Incluye todo concepto		59.000		
	Prótesis Mandibular Completa	Por única vez para el mismo paciente. Incluye todo concepto		88.000		
Prótesis para Amputaciones de los miembros	4.1. Prótesis para desarticulación de cadera con unidades de cadera y de rodilla con sistemas de propulsión hidráulicos y/o neumáticos	Incluye todo Concepto	120.000	180.000		
Prótesis para Amputaciones de los miembros	4.2.- Prótesis para amputación de miembro inferior sobre rodilla con rodillas controladas por microprocesadores:	Incluye todo Concepto	280.000	380.000		



Auditoría General de la Nación

Prótesis para Amputaciones de los miembros	4.3.- Prótesis para amputación supracondilea de miembro inferior con unidades de rodilla con sistemas de propulsión hidráulicos y/o neumáticos	Incluye todo Concepto	80.000	120.033		
Prótesis para Amputaciones de los miembros	4.4.- Prótesis para amputación bajo rodilla con módulos y pie en fibra de carbono, conos de siliconas, sistemas de vacío mediante bomba expulsora:	Incluye todo Concepto	40.000	60.017		
Prótesis para Amputaciones de los miembros	4.5.- Prótesis para amputación de miembro superior bajo codo con mano mioeléctrica	Incluye todo Concepto	140.000	210.058		
Prótesis para Amputaciones de los miembros	4.6.- Prótesis para amputación de miembro superior sobre codo con codo y mano mioeléctrica	Incluye todo Concepto	280.000	380.000		
Amputación de miembros Hasta 65 años	Prótesis para amputación de miembro superior sobre codo con codo y mano mioeléctrica	Incluye todo concepto				380.000
Requerimiento de atención sanitaria. Traslados	Traslado sanitario aéreo dentro del país	Valor máximo a reintegrar por km				70
Patología vascular periférica	Tratamiento endovascular (hemodinámica)	Valor máximo de reintegro a reconocer por paciente en procedimientos hemodinámicos con colocación de endoprótesis autoexpandibles				230.000
Patología vascular periférica		Valor máximo de reintegro a reconocer por paciente en procedimientos hemodinámicos con colocación de endoprótesis expandibles con balón, cubiertos o no cubiertos				200.000
Insuficiencia cardíaca aguda/shock cardiogénico	Dispositivo de asistencia ventricular (DAV) o corazón artificial	Incluye todo concepto (tubos, colocación, todos los materiales descartables), independientemente del período de duración del soporte mecánico ventricular		1.500.000		
Insuficiencia cardíaca / insuficiencia respiratoria	Dispositivo de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO)	Valor máximo a reintegrar por todo concepto (tubos, colocación, materiales descartables, alquiler de la consola central), independientemente del período de duración del soporte. No se reconocerá reintegro para aquellos casos de alquiler de consola cuando la misma no se haya utilizado				200.000
Insuficiencia cardíaca aguda/shock cardiogénico	Módulo de seguimiento del dispositivo de asistencia ventricular o corazón artificial	Módulo mensual. Valor máximo de reintegro que contempla todos los gastos asociados al control, mantenimiento y alquiler de DAV		100.000		
Arritmias cardíacas	Marcapaso apto para resonancia nuclear magnética	Valor máximo a reintegrar en concepto del dispositivo implantado y por única vez		50.000		50.000
Arritmias cardíacas	Sistema de mapeo tridimensional no fluoroscópico	Valor máximo a reintegrar por única vez. Incluye todo concepto		56.000		56.000



Auditoría General de la Nación

Enfermedad Hereditaria Fenilcetonuria	Módulo 1: Módulo de apoyo al tratamiento de la Fenilcetonuria del primer año de vida.	Valor máximo a reintegrar por mes de tratamiento durante el primer año de vida, en concepto de apoyo financiero del tratamiento de pacientes con diagnóstico de Fenilcetonuria		10.000		30.000
Enfermedad Hereditaria Fenilcetonuria	Módulo 2: Módulo de apoyo al tratamiento de la Fenilcetonuria mayo al primer año de vida.	Valor máximo a reintegrar por mes de tratamiento desde el segundo año de vida en concepto de apoyo financiero del tratamiento de pacientes con diagnóstico de Fenilcetonuria hasta los 21 años de edad		6.500		18.000
Lesión ocupante intracerebral y otras del Sistema Nervioso Central	Módulo de Radioneurociencia Cerebral	Valor máximo a reintegrar por tratamiento completo, el cual incluye todo concepto: dosis y sesiones que fueran necesarias y retratamiento de recidiva dentro de los seis (6) meses de realizado		75.000		190.000
Lesiones ocupantes intracraniales	Módulo Cirugía estereotáxica	Valor máximo a reintegrar por tratamiento completo, el cual incluye todo concepto: las sesiones que fueran necesarias y los retratamientos de recidivas dentro de los seis (6) meses de realizado. Luego de los (6) meses se considera nuevo Módulo.				190.000
Enfermedad vascular cerebral - Patologías varias (aneurismas, malformaciones arteriovenosas o tumores vascularizados cerebrales)	Módulo de Terapia Endovascular Neurológica: Neuroembolización	Valor máximo a reintegrar que incluye todo concepto, independientemente del número de sesiones que se requieran		60.000		230.000
Cistitis intersticial o actínica	Hialuronato de Sodio de instilación vesical	Valor máximo a reintegrar por ampolla utilizada, ajustándose a los criterios de prescripción determinados por la autoridad regulatoria		4.277		6.200
Requerimiento de internación domiciliar con Asistencia Respiratoria	Módulo de internación domiciliar en pacientes en Asistencia Respiratoria. Cualquiera sea su modalidad	Se reconocerá un reintegro por día de internación domiciliar, comprendiendo la totalidad de las presentaciones que se brinden al paciente.		2.500		2.800
Técnicas de Reproducción Médicamente Asistida (Res. 1709/2014)	Módulo de Estimulación Ovárica con Monitoreo sin desarrollo de Ovocitos	Incluye todo concepto			14.000	19.000
Técnicas de Reproducción Médicamente Asistida (Res. 1709/2014)	Módulo ciclo completo de FIV o ICSI incluye inducción, monitoreo, punción, fertilización y transferencia de embriones. De ser requerida comprenderá la donación de Gametos	Incluye todo concepto			38.000	49.500

Medicamentos

			Resolución de la SSSalud	1200/12	1561/12	1048/14	400/16 y 46/17
ATC	Droga	Potencia	Presentación		1/12/2012	1/6/2014	1/11/2016
A09AA02	pancreatina (lipasa/amilasa/proteasa)	10000 U PH EUR / 8000 U PH EUR / 600 U PH EUR	caps. x100	\$ 125,24	\$ 125,24	\$ 303,11	\$ 606,22



Auditoría General de la Nación

A09AA02	pancreatina (lipasa/amilasa/proteasa)	12000 U PH EUR / 39000 U PH EUR / 39000 U PH EUR	caps. x100	\$ 307,60	\$ 307,60	\$ 583,62	\$ 650,00
A09AA02	pancreatina (lipasa/amilasa/proteasa)	18000 UUSP / 58500 UUSP / 58500UUSP	caps. x100	\$ 390,00	\$ 390,00	\$ 633,75	
A09AA02	pancreatina (lipasa/amilasa/proteasa)	20000 UUSP / 65000 UUSP / 65000 UUSP	caps. x100	\$ 464,80	\$ 464,80	\$ 1.237,89	
A09AA02	pancreatina (lipasa/amilasa/proteasa)	25000 U PH EUR / 65000 U PH EUR / 65000 U PH EUR	caps. x100				\$ 1.300,00
A09AA02	pancreatina (lipasa/amilasa/proteasa)	25500 U PH EUR / 18000 U PH EUR / 1000 U PH EUR	caps. x100	\$ 221,58	\$ 221,58	\$ 297,60	\$ 1.072,60
A09AA02	pancreatina (lipasa/amilasa/proteasa)	25500 UEUR / 18000 UEUR / 1000 UEUR	caps. x100			\$ 536,30	
A09AA02	pancreatina (lipasa/amilasa/proteasa)	4000 UUI / 25000 UUI / 20000 UUI	caps. x100			\$ 157,64	
A09AA02	pancreatina (lipasa/amilasa/proteasa)	4500 U PH EUR / 20000 U PH EUR / 25000 U PH EUR	caps. x100	\$ 186,40	\$ 186,40	\$ 302,90	\$ 400,00
A09AA02	pancreatina (lipasa/amilasa/proteasa)	25000 U PH Eur / 18000 U PH Eur / 1000 U PH Eur	caps. x20	\$ 58,36	\$ 58,36		\$ 282,48
A09AA02	pancreatina (lipasa/amilasa/proteasa)	25000 UEur / 22500 UEur / 1250 UEur	caps. x20	\$ 41,85	\$ 41,85		
A09AA02	pancreatina (lipasa/amilasa/proteasa)	25500 UEUR / 18000 UEUR / 1000 UEUR	caps. x20			\$ 141,24	
A09AA02	pancreatina (lipasa/amilasa/proteasa)	10000 U PH EUR / 8000 U PH EUR / 600 U PH EUR	caps. X50	\$ 69,25	\$ 69,25	\$ 167,60	\$ 335,20
A09AA02	pancreatina (lipasa/amilasa/proteasa)	25000 U PH EUR / 18000 U PH EUR / 1000 U PH EUR	caps. X50				\$ 595,20
A16AB02	imiglucerasa	400 UI	f.a. x10ml	\$ 6.110,00	\$ 6.110,00	\$ 14.853,32	\$ 18.854,01
A16AB03	agalsidasa alfa	3,5 mg	f.a. x3,5ml	\$ 9.588,12	\$ 9.588,12	\$ 18.905,04	\$ 30.887,35
A16AB04	agalsidasa beta	5 mg/ml	f.a. x1ml	\$ 3.065,59	\$ 3.065,59	\$ 5.000,22	\$ 6.347,02
A16AB04	agalsidasa beta	5 mg/ml	f.a. x7ml	\$ 21.459,09	\$ 21.459,09	\$ 35.001,45	\$ 44.429,01
A16AB05	laronidasa	2,9 m/5 ml	f.a. x1	\$ 4.655,44	\$ 4.655,44	\$ 7.593,38	\$ 9.715,32
A16AB07	Alglucosidasa alfa	50 mg	1 fco liof	\$ 3.958,42	\$ 3.958,42	\$ 7.009,28	\$ 8.897,19
A16AB08	galsulfasa	1 mg/ml	1 vial x 5 ml	\$ 5.350,81	\$ 5.350,81	\$ 13.832,00	\$ 26.325,00
A16AB09	idursulfase	2 mg/ml	1 vial 3 ml	\$ 15.898,95	\$ 15.898,95	\$ 24.727,56	\$ 49.455,12
A16AB10	velaglucerasa	400 unidades	f.a. x 1	\$ 8.177,65	\$ 8.177,65	\$ 13.016,58	\$ 26.033,16



Auditoría General de la Nación

A16AX04	nitisinona	10 mg	caps. x60			\$ 22.453	\$ 22.453,00
A16AX04	nitisinona	2 mg	caps. x60			\$ 6.444,79	\$ 6.444,79
A16AX04	nitisinona	5 mg	caps. x60			\$ 12.471,91	\$ 12.471,91
B02AB02	alfa-1 antitripsina	1 g	f.a. x50 ml	\$ 4.478,93	\$ 4.478,93	\$ 9.847,27	\$ 13.000,00
B02AB02	alfa-1 antitripsina	1 g	f.a. x20 ml	\$ 4.478,93	\$ 4.478,93	\$ 9.847,27	
B02BD01	Factor IX / Factor II / Factor X	500 / 500 UI / 400 UI	f.a. x1				
B02BD02	factor VIII	1000 UI	f.a. x1	\$ 4.208,98	\$ 4.208,98	\$ 8.384,88	
B02BD02	factor VIII	1500 UI	f.a. x1	\$ 6.891,89	\$ 6.891,89	\$ 14.857,06	\$ 20.487,65
B02BD02	factor VIII	250 UI	f.a. x1	\$ 1.053,88	\$ 1.053,88	\$ 1.901,02	\$ 2.130,22
B02BD02	factor VIII	500 UI	f.a. x1	\$ 2.102,21	\$ 2.102,21	\$ 3.980,94	\$ 6.643,65
B02BD02	octalog alfa / factor VIII recombinante	1000 UI	f.a. x1	\$ 7.727,58	\$ 7.727,58	\$ 13.626,18	\$ 15.885,73
B02BD02	octalog alfa / factor VIII recombinante	1500 UI	f.a. x1	\$ 14.037,25	\$ 14.037,25	\$ 24.035,36	\$ 25.573,35
B02BD02	octalog alfa / factor VIII recombinante	250 UI	f.a. x1	\$ 2.138,76	\$ 2.138,76	\$ 3.406,75	\$ 5.052,26
B02BD02	octalog alfa / factor VIII recombinante	500 UI	f.a. x1	\$ 3.837,20	\$ 3.837,20	\$ 6.763	\$ 10.802,54
B02BD03	anti inhibidor Factor VIII - complejo protombinico activo	1000 UI	f.a. x1	\$ 9.818,90	\$ 9.818,90	\$ 12.933,22	\$ 21.446,81
B02BD03	anti inhibidor Factor VIII - complejo protombinico activo	500 UI	f.a. x1	\$ 5.121,32	\$ 5.121,32	\$ 6.745,39	
B02BD04	factor IX	1000 UI	f.a. x1	\$ 4.376,35	\$ 4.376,35	\$ 8.969,67	\$ 16.654,59
B02BD04	factor IX	1200 UI	f.a. x1	\$ 3.558,91	\$ 3.558,91	\$ 6.094,97	\$ 9.666,80
B02BD04	factor IX	1500 UI	f.a. x1	\$ 6.299,72	\$ 6.299,72		
B02BD04	factor IX	250 UI	f.a. x1	\$ 1.148,65	\$ 1.148,65		
B02BD04	factor IX	500 UI	f.a. x1	\$ 2.113,76	\$ 2.113,76	\$ 3.503,39	\$ 4.394,54
B02BD04	factor IX	600 UI	f.a. x1	\$ 1.779,46	\$ 1.779,46	\$ 3.047,49	\$ 4.833,43
B02BD04	Factor IX / de la coagulación sanguínea	50 UI/ml	f.a. x1				\$ 20.489,87
B02BD04	factor IX recombinante	1000 UI	f.a. x1	\$ 5.396,28	\$ 5.396,28	\$ 10.432,17	\$ 18.011,50
B02BD04	factor IX recombinante	500 UI	f.a. x1	\$ 2.698,24	\$ 2.698,24	\$ 5.216,27	
B02BD04	Factor VIII	1000 UI	f.a. x1				\$ 8.384,88
B02BD05	Factor VIIA recombinante (RHFVIIA)	1mg / 1000 UI	f.a. x1	\$ 4.506,14	\$ 4.506,14	\$ 5.735,36	\$ 8.642,99
B02BD05	Factor VIIA recombinante (RHFVIIA)	5mg / 250000 UI	f.a. x1	\$ 22.530,75	\$ 22.530,75	\$ 28.678,36	\$ 43.215,16
B02BD06	Factor VIII concentrado / Frasco ampolla + Von Willebran /frasco ampolla	1000 UI / 2000 UI	f.a. x1				\$ 11.741,40
B02BD06	Factor VIII concentrado / Frasco ampolla + Von Willebran /frasco ampolla	500 UI / 1000 UI	f.a. x1				\$ 6.698,50
B02BD06	factor VIII y von Willebrand	1000 UI	f.a. x1	\$ 4.308,49	\$ 4.308,49	\$ 6.523	\$ 7.119,05
B02BD06	factor VIII y von Willebrand	250 UI	f.a. x1			\$ 1.817,41	\$ 2.174,15
B02BD06	factor VIII y von Willebrand	450 UI	f.a. x1	\$ 1.846,93	\$ 1.846,93	\$ 2.571,56	
B02BD06	factor VIII y von Willebrand	500 UI / 1200 UI	f.a. x1	\$ 2.154,25	\$ 2.154,25	\$ 3.349,25	\$ 6.698,50
B02BD06	factor VIII y von Willebrand	900 UI	f.a. x1	\$ 4.781,63	\$ 4.781,63	\$ 11.381,80	\$ 11.381,80
B02BD06	Factor Von Willebrand + Factor VII humano de la coagulación	no inferior a 1000 UI /1000 UI	f.a. x1				\$ 11.039,52



Auditoría General de la Nación

B02BD06	Factor Von Willebrand + Factor VII humano de la coagulación	no inferior a 500 UI / 500 UI	f.a. x1				\$ 5.519,76
B02BX04	romiplostim	250 mg	f.a.x1			\$ 6.613,09	\$ 12.982,81
B02BX06	Emicizumab	105 mg/0,7 ml	envase x1				
B02BX06	Emicizumab	150 mg/ml	envase x1				
B02BX06	Emicizumab	30 mg/ml	envase x1				
B02BX06	Emicizumab	60 mg/0,4ml	envase x1				
B06AC01	inhibidor de la C1 esterasa	500 UI	f.a.x1			\$ 2.641,78	\$ 9.997,55
C02KX	treprostinil	1 mg/ml	f.a. x20 ml	\$ 23.948,93	\$ 23.948,93	\$ 48.994,69	\$ 93.466,95
C02KX	treprostinil	10 mg/ml	f.a. x20 ml	\$ 239.489,25	\$ 239.489,25	\$ 431.466,23	\$ 835.537,62
C02KX	treprostinil	2,5 mg/ml	f.a. x20 ml	\$ 59.872,31	\$ 59.872,31	\$ 119.440,68	\$ 233.667,27
C02KX	treprostinil	5 mg/ml	f.a. x20 ml	\$ 119.744,63	\$ 119.744,63	\$ 227.014,02	\$ 443.966,67
C02KX01	bosentán	125 mg	comp. x56	\$ 10.998,13	\$ 10.998,13	\$ 23.999,29	\$ 30.135,40
C02KX01	bosentán	62,5 mg	comp. x56	\$ 10.797,60	\$ 10.797,60	\$ 22.931,71	\$ 30.191,28
C02KX01	bosentán	125 mg	comp. x60	\$ 10.998,13	\$ 10.998,13	\$ 23.999,29	\$ 30.135,40
C02KX01	bosentán	62,5 mg	comp. x60	\$ 10.797,60	\$ 10.797,60	\$ 22.931,71	\$ 30.191,28
C02KX02	ambrisentán	10 mg	comp x30	\$ 24.183,90	\$ 24.183,90	\$ 42.835,86	\$ 70.146,35
C02KX02	ambrisentán	5 mg	comp x30	\$ 18.603,72	\$ 18.603,72	\$ 28.360,27	\$ 47.343,48
D03AX	Factor de Crecimiento epidérmico humano recomb.	0,075 mg	a. x6	\$ 20.865,00	\$ 20.865,00		
G04BE01	Alprostadil	0,02 mg/ml	iny. x5			\$ 3.178,50	\$ 5.812,78
H01AC01	somatotrofina	12 UI (4mg)	iny. x1	\$ 797,39	\$ 797,39	\$ 2.058,30	\$ 3.179,25
H01AC01	somatotrofina	15 UI (5mg)	iny. x1	\$ 959,01	\$ 959,01	\$ 2.041,07	\$ 2.779,97
H01AC01	somatotrofina	16 UI	iny. x1	\$ 965,84	\$ 965,84	\$ 2.952,24	\$ 4.590,42
H01AC01	somatotrofina	18 UI (6 mg)	iny. x1	\$ 1.454,96	\$ 1.454,96	\$ 3.661,29	\$ 4.407,13
H01AC01	somatotrofina	20 UI / 3 ml	iny. x1				\$ 9.770,36
H01AC01	somatotrofina	24 UI (8mg)	iny. x1	\$ 2.211,84	\$ 2.211,84	\$ 5.138,68	\$ 5.123,61
H01AC01	somatotrofina	30 UI (10mg)	iny. x1	\$ 1.967,37	\$ 1.967,37	\$ 4.652,13	\$ 7.977,11
H01AC01	somatotrofina	36 UI (12mg)	iny. x1	\$ 2.954,25	\$ 2.954,25	\$ 7.182,20	\$ 11.463,32
H01AC01	somatotrofina	4 UI (1,3 mg)	iny. x1	\$ 243,75	\$ 243,75	\$ 793,52	\$ 705,30
H01AC01	somatotrofina	45 UI (15mg)	iny. x1	\$ 2.923,52	\$ 2.923,52	\$ 7.396,64	\$ 5.951,15
H01AX01	pegvisomant	10 mg	f.a. x30	\$ 26.650,40	\$ 26.650,40	\$ 36.328,89	\$ 49.796,25
H01AX01	pegvisomant	15 mg	f.a. x30	\$ 39.975,52	\$ 39.975,52	\$ 54.493,23	\$ 74.694,22
H01CB02	octreotida	1 mg / 5 ml	1 frasco por 5 ml				\$ 1.023,12
H01CB02	octreotida	200 mcg/ml	a. x 1	\$ 443,85	\$ 443,85	\$ 664,12	\$ 664,12
H01CB02	octreotida	100 mcg/ml	a. x 5	\$ 250,75	\$ 250,75	\$ 375,02	\$ 553,22
H01CB02	octreotida	20 mg	jga.prell./ax 1	\$ 5.177,87	\$ 5.177,87	\$ 8.896,24	\$ 14.500,92
H01CB02	octreotida	30 mg	jga.prell./ax 1	\$ 7.766,81	\$ 7.766,81	\$ 13.344,38	\$ 21.751,41
H01CB03	Lanreotido	60 mg	jga.prell./ax 1	\$ 6.711,33	\$ 6.711,33	\$ 9.699,04	\$ 15.795,00
H01CB03	Lanreótido	90 mg	jga.prell./ax 1	\$ 10.066,81	\$ 10.066,81	\$ 14.548,29	\$ 23.692,05
H01CB03	Lanreotido - Lanreotida	120 mg	jga.prell./ax 1	\$ 12.080,37	\$ 12.080,37	\$ 17.458,25	\$ 28.430,96
H01CB05	pasireotide	0,3 mg	a x60			\$ 38.404,11	\$ 38.404,11
H01CB05	pasireotide	0,6 mg	a x60			\$ 43.004,60	\$ 43.004,60
H01CB05	pasireotide	0,9 mg	a x60			\$ 49.453,57	\$ 49.453,57
J01GB01	tobramicina	300 mg/5ml	a x28	\$ 9.545,65	\$ 9.545,65	\$ 21.393,73	\$ 32.937,38
J01GB01	tobramicina	300 mg/5ml	a x56	\$ 17.609,43	\$ 17.609,43	\$ 46.045,19	\$ 57.117,87
J01GB01	tobramicina	300 mg/5ml	capsula dura x 224	\$ 24.577,36	\$ 24.577,36	\$ 52.775,27	\$ 63.977,17



Auditoría General de la Nación

J02AC04	posaconazol	18 mg/ml	1 frasco ampolla por 16,7 ml				\$ 9.336,40
J02AC04	posaconazol	40 mg/ml	1 frasco por 105 ml			\$ 15.756,52	\$ 28.639,28
J02AC04	posaconazol	100 mg	Blíster por 24 unidades				\$ 38.224,19
J05AB14	Valganciclovir	450 mg	comp. x 60	\$ 7.905,93	\$ 7.905,93	\$ 10.128,42	\$ 15.763,75
J05AE11	Telaprevir	375 mg	Tabletas x 42	\$ 18.473,68	\$ 18.473,68	\$ 23.016,08	\$ 32.726,82
J05AE12	Boceprevir	220 mg	Cáps. x 336	\$ 25.290,06	\$ 25.290,06	\$ 39.662,04	\$ 50.904,36
J05AF05	lamivudina	100 mg	comp. x28	\$ 358,51	\$ 358,51	\$ 286,64	\$ 700,75
J05AF05	lamivudina	150 mg	comp. x60	\$ 151,76	\$ 151,76	\$ 700,75	\$ 359,30
J05AF05	lamivudina	300 mg	comp. x30	\$ 385,11	\$ 385,11	\$ 1.090,90	\$ 1.090,90
J05AF05	lamivudina	200 mg	comp. x60	\$ 444,66	\$ 444,66		
J05AF05	lamivudina	10 mg/ml	Susp. Oral	\$ 118,54	\$ 118,54	\$ 238,39	\$ 344,87
J05AF07	tenofovir disoproxil	300 mg	comp. x30	\$ 1.000,48	\$ 1.000,48	\$ 2.291,11	\$ 3.436,61
J05AF08	adefovir dipivoxil	10 mg	comp. x30	\$ 668,64	\$ 668,64	\$ 1.055,08	\$ 1.055,08
J05AF10	entecavir	0.50 mg	comp. x15	\$ 746,58	\$ 746,58	\$ 970,55	\$ 1.451,70
J05AF10	entecavir	0.50 mg	comp. x30	\$ 1.106,49	\$ 1.106,49	\$ 1.810,28	\$ 2.863,31
J05AF10	entecavir	1 mg	comp. x30	\$ 1.677,06	\$ 1.677,06	\$ 2.649,78	\$ 4.354,20
J05AF10	entecavir	0.50 mg	comp. x60	\$ 2.986,81	\$ 2.986,81	\$ 3.882,85	\$ 5.807,25
J05AF10	entecavir	0.05 mg/ml	solución oral x210ml	\$ 928,71	\$ 928,71	\$ 1.467,38	\$ 2.397,91
J05AF11	telbivudine	600 mg	comp. x28	\$ 915,58	\$ 915,58	\$ 1.061,69	\$ 1.243,19
J06BA02	inmunoglobulina G humana	4 g	f.a. x1				\$ 5.009,12
J06BA02	inmunoglobulina humana endovenosa	10 g	f.a. x1			\$ 11.020,63	
J06BA02	inmunoglobulina humana endovenosa	2,5 g	f.a. x1	\$ 964,04	\$ 964,04	\$ 1.950,02	\$ 2.086,16
J06BA02	inmunoglobulina humana endovenosa	20 g	f.a. x1			\$ 22.152,62	
J06BA02	inmunoglobulina humana endovenosa	3 g	f.a. x1	\$ 1.343,94	\$ 1.343,94	\$ 2.417,35	
J06BA02	inmunoglobulina humana endovenosa	5 g	f.a. x1	\$ 2.175,04	\$ 2.175,04	\$ 4.877,72	\$ 6.958,12
J06BA02	inmunoglobulina humana endovenosa	6 g	f.a. x1	\$ 2.687,87	\$ 2.687,87	\$ 5.026,17	\$ 7.513,68
J06BA02	itimoglobulina antinfocitaria (humana de suero de conejo)	25 mg	f.a. x1				\$ 2.909,73
J06BB16	palivizumab	100 mg	f.a. x1	\$ 9.154,16	\$ 9.154,16	\$ 12.758,78	\$ 17.428,37
J06BB16	palivizumab	50 mg	f.a. x1			\$ 7.336,29	\$ 10.021,30
L01AA08	bendamustina	25 mg	f.a. x1	\$ 1.660,69	\$ 1.660,69	\$ 8.938,55	\$ 3.319,96
L01AA09	bendamustina	100 mg	f.a. x1	\$ 6.650,28	\$ 6.650,28	\$ 2.237,49	\$ 14.843,30
L01AX03	temozolomida	20 mg	caps. x20	\$ 1.532,99	\$ 1.532,99	\$ 2.920,35	
L01AX03	temozolomida	100 mg	caps. x21	\$ 8.262,08	\$ 8.262,08	\$ 15.170,62	\$ 15.179,62
L01AX03	temozolomida	140 mg	caps. x21	\$ 11.510,27	\$ 11.510,27	\$ 21.133,90	\$ 21.133,90
L01AX03	temozolomida	20 mg	caps. x21	\$ 1.532,99	\$ 1.532,99	\$ 2.920,35	\$ 2.929,35
L01AX03	temozolomida	100 mg	caps. x5	\$ 2.312,32	\$ 2.312,32	\$ 5.367,41	\$ 7.271,11
L01AX03	temozolomida	140 mg	caps. x5	\$ 3.115,38	\$ 3.115,38	\$ 6.581,30	\$ 6.581,30
L01AX03	temozolomida	180 mg	caps. x5	\$ 4.358,57	\$ 4.358,57	\$ 8.019,04	\$ 10.918,74
L01AX03	temozolomida	20 mg	caps. x5	\$ 464,81	\$ 464,81	\$ 992,56	\$ 992,56



Auditoría General de la Nación

L01AX03	temozolomida	250 mg	caps. x5	\$ 5.689,41	\$ 5.689,41	\$ 12.680,37	\$ 12.680,37
L01BB04	cladribina - cladribine	1 mg/ml	f.a. x1	\$ 1.335,25	\$ 1.335,25	\$ 2.300,30	\$ 3.891,71
L01BB04	cladribina - cladribine	1 mg/ml	f.a. x7	\$ 10.282,79	\$ 10.282,79	\$ 16.721,15	\$ 26.374,62
L01BB06	cladribina - cladribine	20 mg/20 ml	f.a. x4			\$ 57.279,26	\$ 93.652,62
L01BB06	cladribina - cladribine	20 mg	f.a. x1			\$ 17.354,44	\$ 29.887,11
L01BC07	azacitidina	100 mg	f.a. x1	\$ 3.820,86	\$ 3.820,86	\$ 9.841,70	\$ 9.841,00
L01BC08	decitabine/decitabina	50 mg	f.a. x1	\$ 14.625,65	\$ 14.625,65	\$ 21.086	\$ 24.710,80
L01CD01	nab paclitaxel	100 mg	f.a. x1			\$ 10.297,47	\$ 20.803,43
L01CD04	cabazitaxel	60 mg	f.a. x1			\$ 46.677,74	\$ 77.459,19
L01CX01	trabectedina	1 mg	f.a. x1	\$ 23.889,55	\$ 23.889,55	\$ 21.993,81	\$ 55.987,52
L01CX03	trastuzumab	600 mg	1 vial por 5 ml				\$ 35.651,32
L01DC04	ixabepilona	15 mg	f.a. x1			\$ 3.113,84	\$ 5.802,92
L01DC04	ixabepilona	45 mg	f.a. x1			\$ 9.342,52	\$ 14.976,18
L01XC	Nimotuzumab	50 mg	f.a. x4	\$ 14.447,12	\$ 14.447,12		
L01XC02	Rituximab	1400 mg	1 vial				\$ 44.321,67
L01XC02	Rituximab	100 mg / 10 ml	f.a. x1 x10 ml	\$ 5.796,70	\$ 5.796,70	\$ 9.091,46	\$ 11.183,47
L01XC02	Rituximab	500 mg / 50 ml	f.a. x1 x50 ml	\$ 14.612,65	\$ 14.612,65	\$ 22.918,57	\$ 26.510,57
L01XC03	trastuzumab	1 mg/ml	f.a. x1	\$ 14.626,89	\$ 14.626,89	\$ 21.931,40	\$ 35.651,32
L01XC06	cetuximab	5 mg/ml	vial x100 ml	\$ 17.084,99	\$ 17.084,99	\$ 25.754,70	\$ 40.187,97
L01XC06	cetuximab	5 mg/ml	vial x20 ml	\$ 3.417,00	\$ 3.417,00	\$ 5.150,94	\$ 8.037,59
L01XC07	bevacizumab	25 mg/ml	1 vial 16 ml	\$ 17.509,21	\$ 17.509,21	\$ 20.760,62	\$ 32.550,79
L01XC07	bevacizumab	25 mg/ml	1 vial 4 ml	\$ 4.806,97	\$ 4.806,97	\$ 5.699,62	\$ 8.936,49
L01XC08	panitumumab	100 mg	f.a. x1			\$ 10.597,39	\$ 18.887,15
L01XC08	panitumumab	400 mg	f.a. x1			\$ 10.597,39	\$ 18.887,15
L01XC11	Ipilimumab	200mg/40ml	f.a. x1	\$ 117.691,86	\$ 117.691,86	\$ 158.171,68	\$ 251.804,45
L01XC11	Ipilimumab	50 mg/10 ml (5mg/ml)	f.a. x1	\$ 29.422,97	\$ 29.422,97	\$ 39.542,92	\$ 62.951,12
L01XC13	pertuzumab	420 mg	f.a. x1			\$ 31.614,95	\$ 44.917,56
L01XE01	imatinib	100 mg	Comp. x180	\$ 11.381,36	\$ 11.381,36	\$ 27.154,47	\$ 27.154,47
L01XE01	imatinib	400 mg	Comp. x30	\$ 7.540,28	\$ 7.540,28	\$ 18.215,94	\$ 18.215,94
L01XE01	imatinib mesilato	100 mg	Blíster por 60 unidades				\$ 14.255,28
L01XE02	gefitinib	250 mg	comp. x30	\$ 19.812,52	\$ 19.812,52	\$ 31.307,39	\$ 47.942,90
L01XE03	erlotinib	100 mg	comp. x30	\$ 16.798,96	\$ 16.798,96	\$ 23.026,45	\$ 37.491,00
L01XE03	erlotinib	150 mg	comp. x30	\$ 20.700,83	\$ 20.700,83	\$ 28.374,77	\$ 48.546,42
L01XE03	erlotinib	25 mg	comp. x30	\$ 4.798,40	\$ 4.798,40	\$ 6.577,19	\$ 9.144,73
L01XE04	sunitinib	12,5 mg	caps. x28	\$ 7.217,77	\$ 7.217,77	\$ 9.930,83	\$ 15.739,17
L01XE04	sunitinib	25 mg	caps. x28	\$ 14.435,51	\$ 14.435,51	\$ 19.861,61	\$ 31.478,33
L01XE04	sunitinib	50 mg	caps. x28	\$ 28.872,46	\$ 28.872,46	\$ 39.725,19	\$ 62.956,68
L01XE05	sorafenib	200 mg	comp. x112	\$ 34.880,20	\$ 34.880,20	\$ 50.561,17	\$ 80.287,51
L01XE06	dasatinib	100 mg	comp. x30	\$ 11.997,47	\$ 11.997,47	\$ 24.459,62	\$ 34.615,84
L01XE06	dasatinib	20 mg	comp. x60	\$ 5.639,59	\$ 5.639,59	\$ 11.005,85	\$ 14.420,18
L01XE06	dasatinib	50 mg	comp. x60	\$ 11.957,60	\$ 11.957,60	\$ 2.445.975	\$ 32.418,06
L01XE06	dasatinib	70 mg	comp. x60	\$ 12.430,28	\$ 12.430,28	\$ 24.600,60	\$ 35.219,69
L01XE07	lapatinib	250 mg	comp. x70	\$ 6.408,83	\$ 6.408,83	\$ 8.900,10	
L01XE07	lapatinib	250 mg	Frasco por 140 unidades				\$ 25.537,32
L01XE08	nilotinib	150 mg	comp. x120			\$ 24.758,19	\$ 40.785,43
L01XE08	nilotinib	200 mg	comp. x120	\$ 24.969,22	\$ 24.969,22	\$ 33.000,27	\$ 54.363,04



Auditoría General de la Nación

L01XE09	temsirolimus	25 mg	f.a. x1	\$ 8.619,33	\$ 8.619,33	\$ 11.543,28	\$ 16.723,54
L01XE10	everolimus	10 mg	comp. x30	\$ 34.314,19	\$ 34.314,19	\$ 45.350,96	\$ 74.299,16
L01XE10	everolimus	2,5 mg	comp. x30			\$ 13.570,40	\$ 22.289,76
L01XE10	everolimus		comp. x30	\$ 20.588,50	\$ 20.588,50	\$ 27.210,57	\$ 44.579,50
L01XE11	pazopanib	200 mg	comp. x30	\$ 4.334,35	\$ 4.334,35	\$ 7.236,74	\$ 11.698,10
L01XE11	pazopanib	400 mg	comp. x30	\$ 8.668,71	\$ 8.668,71	\$ 14.473,50	\$ 20.075,50
L01XE15	vemurafenib	240 mg	comp. x56			\$ 23.929,35	\$ 35.551,14
L01XE16	crizotinib	200 mg	comp. x60			\$ 49.552,93	\$ 73.416,58
L01XE16	crizotinib	250 mg	comp. x60			\$ 49.552,93	\$ 77.779,62
L01XE17	Axitinib	1 mg	comp. x56			\$ 16.482,15	\$ 25.152,00
L01XE17	Axitinib	5 mg	comp. x56			\$ 49.446,44	\$ 77.610,00
L01XE18	ruixolitinib	15 mg	comp. x60			\$ 36.184,97	\$ 60.188,09
L01XE18	ruixolitinib	20 mg	comp. x60			\$ 36.184,97	\$ 60.188,09
L01XE18	ruixolitinib	5 mg	comp. x60			\$ 18.302,06	\$ 30.094,05
L01XX24	PEG-asparaginasa	375 UI / 5 ml	f.a. x1	\$ 17.498,40	\$ 17.498,40	\$ 23.905,06	\$ 47.810,13
L01XX25	bexaroteno	75 mg	caps. x100	\$ 20.654,13	\$ 20.654,13	\$ 31.449,89	\$ 62.899,78
L01XX27	trioxido de arsénico	10 mg	a. x10	\$ 17.039,45	\$ 17.039,45	\$ 27.679,12	\$ 34.043,47
L01XX32	bortezomib	3,5 mg	vial 1 x3,5 ml	\$ 13.964,94	\$ 13.964,94	\$ 18.702,39	\$ 23.545,35
L01XY	trastuzumab emtansine (TDMI 1)	100 mg	vial x1			\$ 21.901	\$ 34.135,60
L01XY	trastuzumab emtansine (TDMI 1)	160 mg	vial x1			\$ 35.041,60	\$ 54.616,96
L02BA03	fulvestrant	250 mg	a. x1	\$ 4.329,74	\$ 4.329,74	\$ 5.399,68	\$ 7.827,93
L02BA03	fulvestrant	250 mg	a. x2			\$ 12.215,22	\$ 18.765,66
L02BB04	enzalutamida	40 mg	caps. x120			\$ 33.695,22	\$ 64.649,69
L02BX03	abiraterona	250 mg	comp. x120			\$ 26.808,59	\$ 26.808,59
L03AB06	golimumab	100 mg	1 autoinyector por 0,5 ml				\$ 39.794,38
L03AB07	interferón beta 1A	22 mcg	a. x12 dosis	\$ 14.445,06	\$ 14.445,06	\$ 30.815,28	\$ 38.949,88
L03AB07	interferón beta 1A	44 mcg	a. x12 dosis	\$ 14.766,41	\$ 14.766,41	\$ 31.496,86	\$ 45.174,43
L03AB07	interferón beta 1A	30 mcg	jgas/a x 4	\$ 13.617,55	\$ 13.617,55	\$ 24.251,55	\$ 32.756,38
L03AB07	interferón beta 1A recombinante humano	30 mcg	1 frasco ampolla por 30 mcg				\$ 6.624,46
L03AB08	interferon beta 1B	8 MUI/ml	a. x15 dosis	\$ 14.292,98	\$ 14.292,98	\$ 26.935,97	\$ 36.105,60
L03AB10	PEG interferon alfa 2 B	200 mcg	a. x1			\$ 4.259,26	\$ 7.758,19
L03AB10	PEG interferon alfa 2 B	300 mcg	a. x1			\$ 6.388,30	\$ 11.633,21
L03AB10	PEG interferon alfa 2 B	600 mcg	a. x1			\$ 12.776,60	\$ 23.266,40
L03AB10	PEG interferon alfa 2 B	120 mcg	jga.prell./a x1	\$ 2.076,17	\$ 2.076,17	\$ 3.052,43	\$ 4.886,11
L03AB10	PEG interferon alfa 2 B	150 mcg	jga.prell./a x1	\$ 2.567,08	\$ 2.567,08	\$ 3.774,15	\$ 6.041,39
L03AB10	PEG interferon alfa 2 B	80 mcg	jga.prell./a x1	\$ 1.733,15	\$ 1.733,15	\$ 2.548	\$ 4.078,84
L03AB11	PEG interferon alfa 2A	180 mcg	jga.prell./a x1	\$ 2.170,76	\$ 2.170,76	\$ 2.862,70	\$ 3.660,17
L03AX10	inmunocianina	1 mg/ml	polvo liof. iny.	\$ 399,15	\$ 399,15	\$ 447,29	\$ 534,03
L03AX10	inmunocianina	10 mg/ 10 ml	polvo liof. iny.	\$ 3.107,66	\$ 3.107,66	\$ 3.526,53	\$ 4.500,74
L03AX13	glatiramer acetato	40 mg	12 jeringa prellenada por 1 ml				\$ 26.765,60
L03AX13	Glatiramer Acetato (Copolímero)	20 mg	jga.prell./ax 28	\$ 20.430,89	\$ 20.430,89	\$ 30.702,67	\$ 29.980,33
L04AA04	Inmuno gl. antitimocito humana ((timoglobulina	5 mg/ml	f.a. x1	\$ 1.119,61	\$ 1.119,61	\$ 1.803,72	\$ 3.607,44



Auditoría General de la Nación

	antilinfocitaria (humana de suero de conejo))						
L04AA06	Micofenolato mofetil	250 mg	caps. x100	\$ 397,78	\$ 397,78	\$ 755,14	\$ 1.184,70
L04AA06	micofenolato mofetil	500 mg	comp. x40	\$ 353,20	\$ 353,20		
L04AA06	Micofenolato mofetil	500 mg	comp. x50	\$ 435,20	\$ 435,20	\$ 839,10	\$ 1.149,53
L04AA06	micofenolato mofetil	500 mg	comp. x60	\$ 451,40	\$ 451,40		
L04AA06	micofenolato sódico	180 mg	comp. x120	\$ 1.066,43	\$ 1.066,43	\$ 1.409,44	\$ 2.370,47
L04AA06	micofenolato sódico	360 mg	comp. x120	\$ 2.132,78	\$ 2.132,78	\$ 2.818,76	\$ 4.758,75
L04AA10	sirolimus	0,5 mg	comp. x100			\$ 5.179,88	\$ 8.001,26
L04AA10	sirolimus	2 mg	comp. x30	\$ 3.799,89	\$ 3.799,89	\$ 5.179,88	\$ 8.001,26
L04AA10	sirolimus	1 mg	comp. x60	\$ 3.799,89	\$ 3.799,89	\$ 5.179,88	\$ 8.001,26
L04AA10	sirolimus	1 mg/ml	sol oral x60 ml	\$ 3.799,89	\$ 3.799,89	\$ 5.179,88	\$ 8.001,26
L04AA18	everolimus	0,25 mg	comp. x60	\$ 1.226,85	\$ 1.226,85	\$ 1.621,45	\$ 2.798,80
L04AA18	everolimus	0,5 mg	comp. x60	\$ 2.453,74	\$ 2.453,74	\$ 3.242,96	\$ 5.597,72
L04AA18	everolimus	0,75 mg	comp. x60	\$ 3.680,60	\$ 3.680,60	\$ 4.864,43	\$ 8.396,55
L04AA24	abatacept	250 mg	vial x1	\$ 3.476,43	\$ 3.476,43	\$ 5.047	\$ 8.249,94
L04AA24	abatacept	125 mg	vial x4			\$ 14.741,82	\$ 23.480,82
L04AA25	Eculizumab	300 mg	a. x30 ml	\$ 20.607,60	\$ 20.607,60	\$ 52.000	\$ 104.000,00
L04AA27	fingolimod	0,5 mg	caps. x28			\$ 33.461,38	\$ 40.975,16
L04AA29	tofacitinib	5 mg	comp. x60			\$ 12.755,47	\$ 19.885,56
L04AA2B	belatacept	250 mg	vial x1			\$ 4.555,66	\$ 7.020,00
L04AA31	teriflunomida	14 mg	comp. x28			\$ 36.300,75	\$ 67.578,90
L04AB01	etanercept	25 mg	a. x4 dosis	\$ 5.198,55	\$ 5.198,55	\$ 7.511,67	\$ 11.153,19
L04AB01	etanercept	50 mg	a. x4 dosis	\$ 10.397,08	\$ 10.397,08	\$ 15.023,31	\$ 22.739,50
L04AB02	infliximab	100 mg	f.a. x1	\$ 6.538,72	\$ 6.538,72	\$ 10.738,93	\$ 19.037,78
L04AB04	Adalimumab	40 mg	2 jeringa prellenada/PE N por 0,8 ml	\$ 10.244,68	\$ 10.244,68	\$ 13.792,45	\$ 21.009,03
L04AB05	certolizumab pegol	200 mg	jer prell x 2			\$ 13.004,37	\$ 21.484,83
L04AB06	golimumab	50 mg	amp. X1			\$ 14.130,60	\$ 24.454,76
L04AC07	tocilizumab	162 mg	4 jeringa prellenada por 1 ml				\$ 21.318,04
L04AC07	tocilizumab	20 mg/ml	f.a. x10ml	\$ 3.736,27	\$ 3.736,27	\$ 5.088,47	\$ 7.837,52
L04AC07	tocilizumab	20 mg/ml	f.a. x20ml	\$ 7.472,57	\$ 7.472,57	\$ 10.177	\$ 15.676,10
L04AC07	tocilizumab	20 mg/ml	f.a. x4ml	\$ 1.494,51	\$ 1.494,51	\$ 2.035,38	\$ 3.135,00
L04AC08	canakinumab	150 mg	vial x 1			\$ 141.371,58	\$ 223.042,29
L04AD01	ciclosporina	50 mg	a x 1	\$ 417,00	\$ 417,00	\$ 789,80	
L04AD01	ciclosporina	100 mg	caps. x50	\$ 668,89	\$ 668,89	\$ 1.372,07	\$ 2.251,47
L04AD01	ciclosporina	25 mg	caps. x50	\$ 216,85	\$ 216,85	\$ 444,82	\$ 729,90
L04AD01	ciclosporina	50 mg	caps. x50	\$ 369,08	\$ 369,08	\$ 789,80	\$ 1.241,32
L04AD01	ciclosporina	10 mg	caps. x60	\$ 119,57	\$ 119,57	\$ 245,28	\$ 402,36
L04AD01	ciclosporina	100 mg/ml	sol oral	\$ 632,35	\$ 632,35	\$ 1.511,28	\$ 2.479,91
L04AD02	tacrolimus	1 mg	caps. x100	\$ 1.447,84	\$ 1.447,84	\$ 2.075,03	\$ 4.150,06
L04AD02	tacrolimus	0,5 mg	caps. x50	\$ 497,31	\$ 497,31	\$ 894,61	\$ 1.489,19
L04AD02	tacrolimus	1 mg	caps. x50	\$ 755,78	\$ 755,78		\$ 2.146,35
L04AD02	tacrolimus	3 mg	caps. x50			\$ 4.216,14	\$ 6.707,85
L04AD02	tacrolimus	5 mg	caps. x50	\$ 3.832,74	\$ 3.832,74	\$ 6.894,06	\$ 11.493,62
L04AD02	tacrolimus	5 mg	f.a. x1	\$ 669,50	\$ 669,50	\$ 1.208,68	\$ 1.943,94
L04AX01	azatioprina	50 mg	comp. x 100	\$ 152,15	\$ 152,15	\$ 333,72	



Auditoría General de la Nación

L04AX01	azatioprina	50 mg	comp. x 25	\$ 59,20	\$ 59,20	\$ 122,85	
L04AX04	lenalidomida	10 mg	caps. x21	\$ 35.030,48	\$ 35.030,48	\$ 72.333,44	\$ 125.542,91
L04AX04	lenalidomida	15 mg	caps. x21	\$ 35.584,65	\$ 35.584,65	\$ 73.440,09	\$ 129.079,00
L04AX04	lenalidomida	25 mg	caps. x21	\$ 36.949,56	\$ 36.949,56	\$ 76.579,56	\$ 135.126,66
L04AX04	lenalidomida	5 mg	caps. x21	\$ 33.383,37	\$ 33.383,37	\$ 69.110,67	\$ 94.354,99
N07XX02	Riluzole	50 mg	comp. x 60	\$ 2.688,99	\$ 2.688,99	\$ 3.601,98	\$ 4.515,91
R03DX05	omalizumab	150 mg	f.a. x 1	\$ 3.372,99	\$ 3.372,99	\$ 4.457,87	\$ 7.142,27
R05CB13	desoxirribonucleasa recombinante humana / Dnasa recombinante humana / dornasa alfa	2,5 mg	f.a. x 6	\$ 973,50	\$ 973,50	\$ 1.189,42	\$ 1.851,20
S01LA04	ranibizumab	10 mg/ml	f.a. x 1	\$ 9.885,53	\$ 9.885,53	\$ 13.065,10	\$ 19.597,27
V03AC03	deferasirox	125 mg	comp. x 28	\$ 1.431,83	\$ 1.431,83	\$ 1.892,36	\$ 2.940,92
V03AC03	deferasirox	250 mg	comp. x 28	\$ 2.863,67	\$ 2.863,67	\$ 3.784,75	\$ 5.881,89
V03AC03	deferasirox	500 mg	comp. x 28	\$ 5.727,32	\$ 5.727,32	\$ 7.569,44	\$ 11.763,71



Auditoría General de la Nación

Tratamiento para VIH/SIDA

Módulo 1: primer tratamiento
Módulo 1A (cuando todo el esquema de tratamiento se realice con combinaciones que contengan las drogas Efavirenz, Nevirapina, Abacavir, Lamivudina, Zidovudina, Stavudina)
Módulo 1B (cualquier otro esquema de tratamiento de inicio exceptuando las condiciones del Módulo 1A/que incluya Inhibidor de Proteasa potenciados)
Por mes de tratamiento
Módulo 2: fallo terapéutico
Por fallo virológico o fallo por toxicidad
Por mes de tratamiento

Drogas incluidas	1561/12		1048/14		400/2016 y 46/2017	
	Desde 01/12/2012		Desde 01/06/2014		Desde 31/10/2016	
	Valores máximos de reintegro					
	Módulo					
	1	2	1	2	1	2
Efavirenz (EFV)	1.696	3.554	3.874	6.073	4.650	7.290
Nevirapina (NVP)	1.696	3.554	3.874	6.073	4.650	7.290
Abacavir (ABC)	1.696	3.554	3.874	6.073	4.650	7.290
Lamivudina (3TC)	1.696	3.554	3.874	6.073	4.650	7.290
Tenofovir (TDF)	3.035	3.554	5.536	6.073	6.675	7.290
Zidovudina (AZT)	1.696	3.554	3.874	6.073	4.650	7.290
Emtricitabina (FTC)	3.035	3.554	5.536	6.073	6.675	7.290
Atazanavir (ATV)	3.035	3.554	5.536	6.073	6.675	7.290
Fosamprenavir (FAPV)	3.035	3.554	5.536	6.073	6.675	7.290
Lopinavir (LPV)	3.035	3.554	5.536	6.073	6.675	7.290
Saquinavir (SQV)	3.035	3.554	5.536	6.073	6.675	7.290
Didanosina (ddl)	3.035	3.554	5.536	6.073	6.675	7.290
Ritonavir (r)	3.035	3.554	5.536	6.073	6.675	7.290
Estavudina (d4t-STV)	1.696	3.554	3.874	6.073	4.650	7.290

Módulo 3: multifallo
Pacientes con fallos múltiples, con test de resistencia disponibles. Se busca que los pacientes logren carga viral no detectable
Por mes de tratamiento
Módulo 4: transmisión vertical
Acciones implementadas durante el parto, periparto y seguimiento del recién nacido para evitar su contagio
Por parto, una vez
Módulo 5: enfermedades oportunistas
El tratamiento reconocido tendrá una duración mínima de 6 meses y una máxima de 12 meses, de acuerdo a la patología.
Infección por PCP (se considera la Pentamidina), infección por herpes simplex o varicela Zoster (Aciclovir endovenoso), Candidiasis (Fluconazol, Caspofungina, Anfotericina liposomal, Voriconazol), Criptococosis (Fluconazol, Anfotericina liposomal con o sin Fluctosina), Histoplasmosis (Itraconazol o Anfotericina Liposomal), Aspergilosis (Voriconazol, Caspogunfina o Anfotericina liposomal), Citomegalovirus (Ganciclovir o Valganciclovir)
Por envase
Módulo 6: seguimiento



Auditoría General de la Nación

Drogas incluidas	1561/2012				1048/2014				400/2016 y 46/2017			
	Desde 01/12/2012				Desde 01/06/2014				Desde 31/10/2016			
	Valores máximos de reintegro											
	Módulo											
	3	4	5	6	3	4	5	6	3	4	5	6
Enfuvirtide (t20)	10.455				17.417				20.900			
Raltegravir (RAL)	6.883				12.503				15.000			
Darunavir (DNV)	5.233				9.548				11.460			
Darunavir (DNV) + Ritonavir (RTV)					9.548				11.460			
Tipranavir (TPV)	2.834				4.272				5.126			
Etravirina (ETV)	5.318				9.259				11.110			
Maraviroc (MRV) 150mg	3.048				5.504				6.604			
Maraviroc (MRV) 300mg	3.048				5.504				6.604			
Zidovudina (AZT) para infusión en el parto y tratamiento del recién nacido		2.000				2.686				2.686		
PCR de seguimiento del recién nacido		2.000				2.686				2.686		
Pentamidina			700				940				940	
Trimetoprima- sulfametoxazol							940				940	
Aciclovir endovenoso			700				940				940	
Fluconazol			700				940				940	
Caspofungina			700				940				940	
Anfotericina Liposomal			700				940				940	
Anfotericina Desoxicolato							940				940	
Voriconazol			700				940				940	
Flucitosina			700				940				940	
Itraconazol			700				940				940	
Voriconazol			700				940				940	
Caspogunfina			700				940				940	
Ganciclovir			700				940				940	
Valganciclovir			700				940				940	
Carga viral (CV)				450				604				900
Recuento de CD4 (CD4)				60				81				170
Test de Resistencia				700				940				1200



Auditoría General de la Nación

Discapacidad

Referencias de unidad de pago de cada módulo

M	Mes
S	Semana
D	Día
H	Hora
km	Km

Resolución		1511/2012 - SSSalud			1859/2013 - MinSalud			1151/2014 - MinSalud			1048/2014 - MinSalud		
Vigencia (valores a partir de)		01/10/2012			01/12/2013			01/07/2014			01/10/2014		
Categoría		A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Módulo													
Centro de día - jornada doble	M	6.554	5.505	4.192	7.989	6.710	5.109	9.427	7.918	6.029	10.226	8.589	6.540
Centro de día - jornada simple	M	4.361	3.670	2.796	5.316	4.474	3.409	6.273	5.279	4.022	6.805	5.726	4.363
Centro de educativo terapeutico - jornada doble	M	7.149	6.002	4.579	8.714	7.317	5.581	10.283	8.634	6.586	11.154	9.365	7.144
Centro de educativo terapeutico - jornada simple	M	5.029	4.221	3.223	6.130	5.146	3.929	7.234	6.018	4.636	7.847	6.586	5.029
Formacion laboral - jornada doble	M	6.311	5.306	4.043	7.693	6.468	4.928	9.077	7.632	5.815	9.847	8.279	6.308
Formacion laboral - jornada simple	M	4.375	3.679	2.798	5.334	4.485	3.411	6.294	5.292	4.025	6.827	5.740	4.306
Aprest laboral - jornada doble	M												
Aprest laboral - jornada simple	M												
Escolaridad pre-primaria jornada doble	M	6.378	5.358	4.080	7.775	6.531	4.973	9.175	7.707	5.869	9.952	8.360	6.366
Escolaridad pre-primaria jornada simple	M	4.368	3.670	2.796	5.324	4.474	3.409	6.283	5.279	4.022	6.815	5.726	4.363
Escolaridad primaria jornada doble	M	6.378	5.358	4.080	7.775	6.531	4.973	9.175	7.707	5.869	9.952	8.350	6.366
Escolaridad primaria jornada simple	M	4.368	3.670	2.796	5.324	4.474	3.409	6.283	5.279	4.022	6.815	5.726	4.363
Hogar - permanente	M	7.793	6.543	5.204	9.500	7.979	6.344	11.209	9.412	7.485	12.159	10.210	8.120
Hogar lunes a viernes	M	6.215	5.223	4.161	7.576	6.367	5.072	8.939	7.513	5.985	9.697	8.150	6.492
Hogar con centro de día lunes a viernes	M	8.965	7.529	6.002	10.928	9.177	7.317	12.895	10.829	8.634	13.988	11.747	8.366
Hogar con centro de educación terapéutica lunes a viernes	M	9.880	8.295	6.324	12.043	10.112	7.709	14.211	11.932	9.097	15.415	12.943	9.868
Hogar lunes a viernes con formación laboral	M	8.739	7.342	5.589	10.653	8.950	6.813	12.571	10.561	8.039	13.636	11.456	8.721
Hogar lunes a viernes con pre-primaria	M	8.595	7.223	5.612	10.478	8.805	6.841	12.364	10.390	8.072	13.411	11.270	8.756
Hogar lunes a viernes con primaria	M	8.595	7.223	5.612	10.478	8.805	6.841	12.364	10.390	8.072	13.411	11.270	8.756
Hogar con cd permanente	M	11.007	9.249	7.039	13.417	11.274	8.581	15.832	13.303	10.125	17.174	14.431	10.084
Hogar con cet permanente	M	12.178	10.234	7.909	14.846	12.475	9.641	17.518	14.720	11.376	19.002	15.968	12.340
Hogar permanente con formación laboral	M	11.341	9.519	7.252	13.825	11.603	8.840	16.313	13.692	10.431	17.696	14.852	11.315
Hogar permanente con pre-primaria	M	10.745	9.024	6.880	13.098	11.000	8.386	15.456	12.980	9.896	16.766	14.080	10.734



Auditoría General de la Nación

Hogar permanente con primaria	M	10.745	9.024	6.880	13.098	11.000	8.386	15.456	12.980	9.896	16.766	14.080	10.734
Pequeño hogar lunes a viernes	M	5.146	4.326	3.981	6.510	5.473	5.036	7.681	6.458	5.943	9.113	7.662	7.051
Pequeño hogar permanente	M	6.348	5.084	4.980	8.030	6.432	6.299	9.475	7.589	7.433	11.242	9.004	8.819
Residencia lunes a viernes	M	5.183	4.308	3.981	6.557	5.449	5.036	7.737	6.430	5.943	9.179	7.629	7.051
Residencia permanente	M	6.413	5.386	4.980	8.113	6.814	6.299	9.573	8.040	7.433	11.358	9.539	8.819
Estimulación temprana	M	1.886			3.300			3.894			4.620		
Prestaciones de apoyo	H	123			173			204			221		
Módulo maestro de apoyo	M	2.833			3.971			4.686			5.083		
Maestro de apoyo	H	111			156			184			199		
Módulo de apoyo a la integración escolar	M	4.249			5.956			7.028			7.624		
Rehabilitación - módulo integral intensivo	S	672			1.325			1.564			1.696		
Rehabilitación - módulo integral simple	S	403			825			974			1.056		
Rehabilitación - hosp de día jornada simple	M	4.031			5.650			6.667			7.232		
Rehabilitación - hosp de día jornada doble	M	5.643			7.911			9.335			10.126		
Rehabilitación - internación	M	16.123			30.000			35.400			38.400		
Alimentación	D	27			38			45			49		
Transporte	K m	4			5			6			7		

Resolución		1104/2015 - MinSalud								
Vigencia (valores a partir de)		01/07/2015			01/09/2015			01/02/2016		
Categoría		A	B	C	A	B	C	A	B	C
Módulo										
CENTRO DE DÍA - JORNADA DOBLE	M	12.067	10.135	7.717	13.089	10.994	8.371	13.396	11.252	8.567
CENTRO DE DÍA - JORNADA SIMPLE	M	8.030	6.757	5.148	8.710	7.329	5.585	8.915	7.501	5.716
CENTRO DE EDUCATIVO TERAPEUTICO - JORNADA DOBLE	M	13.162	11.051	8.430	14.277	11.987	9.144	14.612	12.268	9.359
CENTRO DE EDUCATIVO TERAPEUTICO - JORNADA SIMPLE	M	9.259	7.771	5.934	10.044	8.430	6.437	10.280	8.628	6.588
FORMACION LABORAL - JORNADA DOBLE	M	11.619	9.769	7.443	12.604	10.597	8.074	12.900	10.845	8.263
FORMACION LABORAL - JORNADA SIMPLE	M	8.056	6.773	5.081	8.739	7.347	5.512	8.943	7.519	5.641
APREST LABORAL - JORNADA DOBLE	M									
APREST LABORAL - JORNADA SIMPLE	M									
ESCOLARIDAD PRE-PRIMARIA JORNADA DOBLE	M	11.743	9.865	7.512	12.739	10.701	8.148	13.037	10.952	8.339
ESCOLARIDAD PRE-PRIMARIA JORNADA SIMPLE	M	8.042	6.757	5.148	8.723	7.329	5.585	8.928	7.501	5.716
ESCOLARIDAD PRIMARIA JORNADA DOBLE	M	11.743	9.853	7.512	12.739	10.688	8.148	13.037	10.939	8.339
ESCOLARIDAD PRIMARIA JORNADA SIMPLE	M	8.042	6.757	5.148	8.723	7.329	5.585	8.928	7.501	5.716
HOGAR - PERMANENTE	M	14.348	12.048	9.582	15.564	13.069	10.394	15.928	13.375	10.637
HOGAR LUNES A VIERNES	M	11.442	9.617	7.661	12.412	10.432	8.310	12.703	10.677	8.505
HOGAR CON CD (CENTRO DE DÍA) LUNES A VIERNES	M	16.506	13.861	9.872	17.905	15.036	10.708	18.324	15.389	10.959



Auditoría General de la Nación

HOGAR CON CET (CENTRO DE EDUCACIÓN TERAPEÚTICA) LUNES A VIERNES	M	18.190	15.273	11.644	19.731	16.567	12.631	20.194	16.955	12.927
HOGAR LUNES A VIERNES CON FORMACIÓN LABORAL	M	16.090	13.518	10.291	17.454	14.664	11.163	17.863	15.007	11.425
HOGAR LUNES A VIERNES CON PRE-PRIMARIA	M	15.825	13.299	10.332	17.166	14.426	11.208	17.568	14.764	11.470
HOGAR LUNES A VIERNES CON PRIMARIA	M	15.825	13.299	10.332	17.166	14.426	11.208	17.568	14.764	11.470
HOGAR CON CD PERMANENTE	M	20.265	17.029	11.899	21.983	18.472	12.908	22.498	18.905	13.210
HOGAR CON CET PERMANENTE	M	24.323	20.439	15.795	24.893				20.918	16.165
HOGAR PERMANENTE CON FORMACIÓN LABORAL	M	20.881	17.525	13.352	22.651	19.011	14.483	23.182	19.456	14.823
HOGAR PERMANENTE CON PRE-PRIMARIA	M	19.784	16.614	12.666	21.460	18.022	13.740	21.963	18.445	14.062
HOGAR PERMANENTE CON PRIMARIA	M	19.784	16.614	12.666	21.460	18.022	13.740	21.963	18.445	14.062
PEQUEÑO HOGAR LUNES A VIERNES	M	10.753	9.041	8.320	11.665	9.807	9.025	11.938	10.037	9.237
PEQUEÑO HOGAR PERMANENTE	M	13.266	10.625	10.406	14.390	11.525	11.288	14.727	11.795	11.553
RESIDENCIA LUNES A VIERNES	M	10.831	9.002	8.320	11.749	9.765	9.025	12.024	9.994	9.237
RESIDENCIA PERMANENTE	M	13.402	11.256	10.406	14.538	12.210	11.288	14.879	12.496	11.553
ESTIMULACIÓN TEMPRANA	M	5.452			5.914			6.052		
PRESTACIONES DE APOYO	H	261			283			290		
MÓDULO MAESTRO DE APOYO	M	5.998			6.506			6.659		
MAESTRO DE APOYO	H	235			255			261		
MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR	M	8.996			9.759			9.987		
REHABILITACIÓN - MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO	S	2.001			2.171			2.222		
REHABILITACIÓN - MÓDULO INTEGRAL SIMPLE	S	1.246			1.352			1.383		
REHABILITACIÓN - HOSP DE DÍA JORNADA SIMPLE	M	8.534			9.257			9.474		
REHABILITACIÓN - HOSP DE DÍA JORNADA DOBLE	M	11.949			12.961			13.265		
REHABILITACIÓN - INTERNACIÓN	M	45.312			49.152			50.304		
ALIMENTACIÓN	D	58			63			64		
TRANSPORTE	Km	8			9			9		

Resolución		692/2016 - MinSalud								
Vigencia (valores a partir de)		01/02/2016			01/05/2016			01/07/2016		
Categoría		A	B	C	A	B	C	A	B	C
Módulo										
CENTRO DE DÍA - JORNADA DOBLE	M	13.396	11.252	8.567	15.405	12.939	9.853	16.745	14.064	10.709
CENTRO DE DÍA - JORNADA SIMPLE	M	8.915	7.501	5.716	10.252	8.626	6.573	11.143	9.376	7.144
CENTRO DE EDUCATIVO TERAPEUTICO - JORNADA DOBLE	M	14.612	12.268	9.359	16.804	14.108	10.762	18.265	15.335	11.698
CENTRO DE EDUCATIVO TERAPEUTICO - JORNADA SIMPLE	M	10.280	8.628	6.588	11.822	9.922	7.576	12.849	10.785	8.235
FORMACION LABORAL - JORNADA DOBLE	M	12.900	10.845	8.263	14.835	12.472	9.503	16.124	13.557	10.329
FORMACION LABORAL - JORNADA SIMPLE	M	8.943	7.519	5.719	10.285	8.647	6.577	11.179	9.399	7.149
APREST LABORAL - JORNADA DOBLE	M	12.900	10.845	8.263	14.835	12.472	9.503	16.124	13.557	10.329
APREST LABORAL - JORNADA SIMPLE	M	8.943	7.519	5.719	10.285	8.647	6.577	11.179	9.399	7.149
ESCOLARIDAD PRE-PRIMARIA JORNADA DOBLE	M	13.037	10.952	8.339	14.993	12.594	9.590	16.296	13.690	10.424
ESCOLARIDAD PRE-PRIMARIA JORNADA SIMPLE	M	8.928	7.501	5.716	10.267	8.626	6.573	11.160	9.376	7.144
ESCOLARIDAD PRIMARIA JORNADA DOBLE	M	13.037	10.952	8.339	14.993	12.594	9.590	16.296	13.690	10.424
ESCOLARIDAD PRIMARIA JORNADA SIMPLE	M	8.928	7.501	5.716	10.267	8.626	6.573	11.160	9.376	7.144
HOGAR - PERMANENTE	M	15.928	13.375	10.637	18.318	15.381	12.233	19.910	16.719	13.297
HOGAR LUNES A VIERNES	M	12.703	10.677	8.505	14.609	12.278	9.780	15.879	13.346	10.631



Auditoría General de la Nación

HOGAR CON CD (CENTRO DE DÍA) LUNES A VIERNES	M	18.318	15.389	12.269	21.065	17.697	14.110	22.897	19.236	15.337
HOGAR CON CET (CENTRO DE EDUCACIÓN TERAPEÚTICA) LUNES A VIERNES	M	20.194	16.955	12.927	23.223	19.499	14.866	25.242	21.194	16.159
HOGAR LUNES A VIERNES CON FORMACIÓN LABORAL	M	17.863	15.007	11.425	20.543	17.258	13.138	22.329	18.759	14.281
HOGAR LUNES A VIERNES CON PRE-PRIMARIA	M	17.568	14.764	11.470	20.204	16.978	13.191	21.961	18.455	14.338
HOGAR LUNES A VIERNES CON PRIMARIA	M	17.568	14.764	11.470	20.204	16.978	13.191	21.961	18.455	14.338
HOGAR CON CD PERMANENTE	M	22.498	18.905	14.389	25.873	21.740	16.547	28.122	23.631	17.986
HOGAR CON CET PERMANENTE	M	24.893	20.918	16.165	28.627	24.056	18.590	31.116	26.148	20.207
HOGAR PERMANENTE CON FORMACIÓN LABORAL	M	23.182	19.456	14.823	26.659	22.375	17.046	28.977	24.320	18.528
HOGAR PERMANENTE CON PRE-PRIMARIA	M	21.963	18.445	14.062	25.258	21.212	16.171	27.454	23.056	17.577
HOGAR PERMANENTE CON PRIMARIA	M	21.963	18.445	14.062	25.258	21.212	16.171	27.454	23.056	17.577
PEQUEÑO HOGAR LUNES A VIERNES	M	11.938	10.037	9.237	13.729	11.543	10.622	14.923	12.547	11.546
PEQUEÑO HOGAR PERMANENTE	M	14.727	11.795	11.553	16.936	13.565	13.286	18.409	14.744	14.441
RESIDENCIA LUNES A VIERNES	M	12.024	9.994	9.237	13.828	11.493	10.622	15.031	12.492	11.546
RESIDENCIA PERMANENTE	M	14.879	12.496	11.553	17.111	14.371	13.286	18.599	15.620	14.441
ESTIMULACIÓN TEMPRANA	M	6.052			6.960			7.565		
PRESTACIONES DE APOYO	H	290			333			362		
MÓDULO MAESTRO DE APOYO	M	6.659			7.658			8.323		
MAESTRO DE APOYO	H	261			300			326		
MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR	M	9.987			11.486			12.484		
REHABILITACIÓN - MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO	S	2.222			2.555			2.777		
REHABILITACIÓN - MÓDULO INTEGRAL SIMPLE	S	1.383			1.591			1.729		
REHABILITACIÓN - HOSP DE DÍA JORNADA SIMPLE	M	9.474			10.895			11.842		
REHABILITACIÓN - HOSP DE DÍA JORNADA DOBLE	M	13.265			15.255			16.581		
REHABILITACIÓN - INTERNACIÓN	M	50.304			57.850			62.880		
ALIMENTACIÓN	D	64			74			80		
TRANSPORTE	Km	9			11			11		

Resolución		2001 - E/2016 - MinSalud											
Vigencia (valores a partir de)		01/07/2016			01/10/2016			01/12/2016			01/01/2017		
Categoría		A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Módulo													
CENTRO DE DÍA - JORNADA DOBLE	M	16.745	14.064	10.709	18.838	15.823	12.048	19.843	16.666	12.690	20.931	17.581	13.387
CENTRO DE DÍA - JORNADA SIMPLE	M	11.143	9.376	7.144	12.536	10.548	8.037	13.205	11.111	8.466	13.929	11.720	8.931
CENTRO DE EDUCATIVO TERAPEUTICO - JORNADA DOBLE	M	18.265	15.335	11.698	20.548	17.252	13.161	21.644	18.172	13.862	22.831	19.169	14.623
CENTRO DE EDUCATIVO TERAPEUTICO - JORNADA SIMPLE	M	12.849	10.785	8.235	14.456	12.133	9.264	15.227	12.780	9.758	16.062	13.481	10.294
FORMACION LABORAL - JORNADA DOBLE	M	16.124	13.557	10.329	18.140	15.251	11.621	19.107	16.065	12.240	20.156	16.946	12.912
FORMACION LABORAL - JORNADA SIMPLE	M	11.179	9.399	7.149	12.577	10.574	8.043	13.247	11.138	8.472	13.974	11.749	8.937
APREST LABORAL - JORNADA DOBLE	M	16.124	13.557	10.329	18.140	15.251	11.621	19.107	16.065	12.240	20.156	16.946	12.912
APREST LABORAL - JORNADA SIMPLE	M	11.179	9.399	7.149	12.577	10.574	8.043	13.247	11.138	8.472	13.974	11.749	8.937
ESCOLARIDAD PRE-PRIMARIA JORNADA DOBLE	M	16.296	13.690	10.424	18.333	15.401	11.727	19.311	16.222	12.353	20.371	17.112	13.030



Auditoría General de la Nación

ESCOLARIDAD PRE-PRIMARIA JORNADA SIMPLE	M	11.160	9.376	7.144	12.555	10.548	8.037	13.224	11.111	8.466	13.949	11.720	8.931
ESCOLARIDAD PRIMARIA JORNADA DOBLE	M	16.296	13.690	10.424	18.333	15.401	11.727	19.311	16.222	12.353	20.371	17.112	13.030
ESCOLARIDAD PRIMARIA JORNADA SIMPLE	M	11.160	9.376	7.144	12.555	10.548	8.037	13.224	11.111	8.466	13.949	11.720	8.931
HOGAR - PERMANENTE	M	19.910	16.719	13.297	22.399	18.809	14.959	23.594	19.812	15.756	24.888	20.899	16.621
HOGAR LUNES A VIERNES	M	15.879	13.346	10.631	17.864	15.014	11.959	18.816	15.815	12.597	19.849	16.682	13.288
HOGAR CON CD (CENTRO DE DÍA) LUNES A VIERNES	M	22.897	19.236	15.337	25.759	21.640	17.254	27.133	22.794	18.174	28.621	24.045	19.171
HOGAR CON CET (CENTRO DE EDUCACIÓN TERAPEÚTICA) LUNES A VIERNES	M	25.242	21.194	16.159	28.397	23.843	18.179	29.912	25.115	19.148	31.553	26.493	20.199
HOGAR LUNES A VIERNES CON FORMACIÓN LABORAL	M	22.329	18.759	14.281	25.120	21.104	16.066	26.460	22.230	16.923	27.911	23.449	17.851
HOGAR LUNES A VIERNES CON PRE-PRIMARIA	M	21.961	18.455	14.338	24.706	20.761	16.130	26.023	21.869	16.990	27.451	23.068	17.922
HOGAR LUNES A VIERNES CON PRIMARIA	M	21.961	18.455	14.338	24.706	20.761	16.130	26.023	21.869	16.990	27.451	23.068	17.922
HOGAR CON CD PERMANENTE	M	28.122	23.631	17.986	31.638	26.585	20.235	33.325	28.002	21.314	35.153	29.538	22.483
HOGAR CON CET PERMANENTE	M	31.116	26.148	20.207	35.005	29.416	22.733	36.872	30.985	23.945	38.895	32.685	25.258
HOGAR PERMANENTE CON FORMACIÓN LABORAL	M	28.977	24.320	18.528	32.599	27.360	20.844	34.338	28.819	21.956	36.222	30.400	23.160
HOGAR PERMANENTE CON PRE-PRIMARIA	M	27.454	23.056	17.577	30.886	25.938	19.774	32.533	27.321	20.829	34.318	28.820	21.971
HOGAR PERMANENTE CON PRIMARIA	M	27.454	23.056	17.577	30.886	25.938,0	19.774	32.533	27.321	20.829	34.318	28.820	21.971
PEQUEÑO HOGAR LUNES A VIERNES	M	14.923	12.547	11.546	16.788	14.115	12.989	17.683	14.868	13.682	18.653	15.683	14.433
PEQUEÑO HOGAR PERMANENTE	M	18.409	14.744	14.441	20.710	16.587	16.246	21.814	17.472	17.113	23.011	18.430	18.051
RESIDENCIA LUNES A VIERNES	M	15.031	12.492	11.546	16.909	14.054	12.989	17.811	14.804	13.682	18.788	15.616	14.433
RESIDENCIA PERMANENTE	M	18.599	15.620	14.441	20.924	17.573	16.246	22.040	18.510	17.113	23.248	19.525	18.051
ESTIMULACIÓN TEMPRANA	M	7.565			8.511			8.965			9.457		
PRESTACIONES DE APOYO	H	362			407			429			452		
MÓDULO MAESTRO DE APOYO	M	8.323			8.740			9.863			10.404		
MAESTRO DE APOYO	H	326			342			342			342		
MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR	M	12.484			14.045			14.794			15.605		
REHABILITACIÓN - MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO	S	2.777			3.124			3.291			3.472		
REHABILITACIÓN - MÓDULO INTEGRAL SIMPLE	S	1.729			1.945			2.049			2.162		
REHABILITACIÓN - HOSP DE DÍA JORNADA SIMPLE	M	11.842			13.323			14.033			14.803		
REHABILITACIÓN - HOSP DE DÍA JORNADA DOBLE	M	16.581			18.654			19.649			20.727		
REHABILITACIÓN - INTERNACIÓN	M	62.880			70.740			74.513			78.600		
ALIMENTACIÓN	D	80			90			95			100		



Auditoría General de la Nación

TRANSPORTE	Km	11			11			11			11		
------------	----	----	--	--	----	--	--	----	--	--	----	--	--

Resolución		2133-E/2017 - MinSalud					
Vigencia (valores a partir de)		01/01/2017			01/10/2017		
Categoría		A	B	C	A	B	C
Módulo							
CENTRO DE DÍA - JORNADA DOBLE	M	20.931	17.581	13.387	24.699	20.746	15.797
CENTRO DE DÍA - JORNADA SIMPLE	M	13.929	11.720	8.931	16.018	13.478	10.271
CENTRO DE EDUCATIVO TERAPEUTICO - JORNADA DOBLE	M	22.831	19.169	14.623	26.941	22.619	17.255
CENTRO DE EDUCATIVO TERAPEUTICO - JORNADA SIMPLE	M	16.062	13.481	10.294	18.471	15.503	11.838
FORMACION LABORAL - JORNADA DOBLE	M	20.156	16.946	12.912	24.187	20.335	15.494
FORMACION LABORAL - JORNADA SIMPLE	M	13.974	11.749	8.937	16.070	13.511	10.278
APREST LABORAL - JORNADA DOBLE	M	20.156	16.946	12.912	24.187	20.335	15.494
APREST LABORAL - JORNADA SIMPLE	M	13.974	11.749	8.937	16.070	13.511	10.278
ESCOLARIDAD PRE-PRIMARIA JORNADA DOBLE	M	20.371	17.112	13.030	24.445	20.534	15.636
ESCOLARIDAD PRE-PRIMARIA JORNADA SIMPLE	M	13.949	11.720	8.931	16.041	13.478	10.271
ESCOLARIDAD PRIMARIA JORNADA DOBLE	M	20.371	17.112	13.030	24.445	20.534	15.636
ESCOLARIDAD PRIMARIA JORNADA SIMPLE	M	13.949	11.720	8.931	16.041	13.478	10.271
HOGAR - PERMANENTE	M	24.888	20.899	16.621	30.861	25.915	20.610
HOGAR LUNES A VIERNES	M	19.849	16.682	13.288	24.613	20.686	16.477
HOGAR CON CD (CENTRO DE DÍA) LUNES A VIERNES	M	28.621	24.045	19.171	35.490	29.816	23.772
HOGAR CON CET (CENTRO DE EDUCACIÓN TERAPEÚTICA) LUNES A VIERNES	M	31.553	26.493	20.199	39.126	32.851	25.047
HOGAR LUNES A VIERNES CON FORMACIÓN LABORAL	M	27.911	23.449	17.851	34.610	29.077	22.135
HOGAR LUNES A VIERNES CON PRE-PRIMARIA	M	27.451	23.068	17.922	34.039	28.604	22.223
HOGAR LUNES A VIERNES CON PRIMARIA	M	27.451	23.068	17.922	34.039	28.604	22.223
HOGAR CON CD PERMANENTE	M	35.153	29.538	22.483	43.590	36.627	27.879
HOGAR CON CET PERMANENTE	M	38.895	32.685	25.258	48.230	40.529	31.320
HOGAR PERMANENTE CON FORMACIÓN LABORAL	M	36.222	30.400	23.160	44.915	37.696	28.718
HOGAR PERMANENTE CON PRE-PRIMARIA	M	34.318	28.820	21.971	42.554	35.737	27.244
HOGAR PERMANENTE CON PRIMARIA	M	34.318	28.820	21.971	42.554	35.737	27.244
PEQUEÑO HOGAR LUNES A VIERNES	M	18.653	15.683	14.433	21.451	18.035	16.598
PEQUEÑO HOGAR PERMANENTE	M	23.011	18.430	18.051	28.534	22.853	22.383
RESIDENCIA LUNES A VIERNES	M	18.788	15.616	14.433	21.606	17.958	16.598
RESIDENCIA PERMANENTE	M	23.248	19.525	18.051	27.898	23.430	21.661
ESTIMULACIÓN TEMPRANA	M	9.457			11.348		
PRESTACIONES DE APOYO	H	452			475		
MÓDULO MAESTRO DE APOYO	M	10.404			10.924		
MAESTRO DE APOYO	H	407			427		
MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR	M	15.605			18.726		
REHABILITACIÓN - MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO	S	3.472			4.166		
REHABILITACIÓN - MÓDULO INTEGRAL SIMPLE	S	2.162			2.486		



Auditoría General de la Nación

REHABILITACIÓN - HOSP DE DÍA JORNADA SIMPLE	M	14.803			17.023		
REHABILITACIÓN - HOSP DE DÍA JORNADA DOBLE	M	20.727			23.836		
REHABILITACIÓN - INTERNACIÓN	M	78.600			94.320		
ALIMENTACIÓN	D	100			115		
TRANSPORTE	Km	14			16		

Diabetes

Resolución de la SSSalud	Artículo	Monto mensual por beneficiario
1744/2014	4°	\$200
597/2019	4°	\$1.200
948/2019	4°	\$1.350
2215/2021	1°	\$4.000



Auditoría General de la Nación

Anexo III: Ejemplos de solicitudes

Imagen 1: Ejemplo de solicitud. 1) Nota de solicitud de reintegro; 2) Certificado de afiliación; 3) Cuadro de conceptos; 4) Cuadro de comprobantes

1

201810192146

NOTA DE SOLICITUD DE REINTEGRO SUBSIDIO PARA ALTA COMPLEJIDAD

BUENOS AIRES, Viernes 19 de Octubre de 2018

Sr. Gerente General
Superintendencia de servicios de salud
S. / D.

Ref. Resolución: 1511/12

De mi consideración:

Me dirijo a Usted en mi carácter de representante de la OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE ENTIDADES DEPORTIVAS Y CIVILES

RNOS 106005, en adelante "La Obra Social", con el objeto de solicitarle el Reintegro por la siguiente cobertura:

Concepto (ver cuadro adjunto)

Patología: DISCAPACIDAD

Beneficiario: [REDACTED]

"La Obra Social" acepta, y se obliga a hacer saber al beneficiario, sus familiares y/o parientes, que toda la tramitación es materia exclusiva de "La Obra Social", debiendo todos los pedidos, consultas e informaciones canalizarse a través de "La Obra Social", no pudiendo los particulares realizar gestión de ningún tipo ante la Superintendencia de servicios de salud y/o sus diversas áreas sin ninguna excepción.

Se adjunta a la presente la información que la Resolución de referencia indica.

Sin otro particular, saludo a Usted atentamente

El que suscribe, Don: [REDACTED] de la Obra Social

afirma en carácter de Declaración Jurada que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que ha confeccionado esta declaración sin omitir dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.

Reservado para certificación de firma

firma [REDACTED] sello [REDACTED]

2

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

BUENOS AIRES, Viernes 19 de Octubre de 2018

Lugar y Fecha

Por la presente en mi carácter de representante de la Obra Social inscrita en el Registro Nacional de Obras Sociales con el número: [REDACTED] certifica que el Sr./Sra. [REDACTED] con cui. [REDACTED] con el siguiente número de afiliación: [REDACTED] y el tipo de beneficiario: **HUJO SOLTERO MENOR DE 21 AÑOS**

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Fecha de Nacimiento: [REDACTED]

Nacionalidad: ARGENTINA

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO

Localidad: [REDACTED] Provincia: CAPITAL FEDERAL

C.P.: 1759 Teléfono número: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

DATOS RELACIONADOS CON EL TITULAR APORTANTE

C.U.I.L. del Titular: [REDACTED]

C.U.I.T. del Empleador: [REDACTED]

Nombre del Empleador: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Fecha de inicio de la relación laboral: [REDACTED]

El que suscribe, Don: [REDACTED] de la Obra Social

afirma en carácter de Declaración Jurada que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que ha confeccionado esta declaración sin omitir dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.

Reservado para certificación de firma

firma [REDACTED] sello [REDACTED]

3

CUADRO DE CONCEPTOS

Obra Social: OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE ENTIDADES DEPORTIVAS Y CIVILES

Código de Obra Social: 106005

Número de Solicitud: 2018101992146

Normativa: 1511/12

Patología: DISCAPACIDAD

Beneficiario: [REDACTED]

Nro Orden	Concepto	Cantidad	Periodo de Cobertura Desde	Hasta	Fecha Certif. Discap.	Importe total
1	Centro de Educación Terap-Jornada Simple A (mensual)	1	01/07/2017	31/08/2017	22/12/2024	21.683,47
2	Dependencia SI / Zona desfavorable NO	1	01/07/2017	31/08/2017	22/12/2024	13.886,00
3	Rehabilitación Módulo Integral Intensivo (semanal)	4	01/07/2017	31/08/2017	22/12/2024	13.886,00
4	Dependencia NO / Zona desfavorable NO	1	01/07/2017	31/08/2017	22/12/2024	24.480,28
5	Transporte (kilometro)	1277	01/07/2017	31/08/2017	22/12/2024	24.480,28
						TOTAL GENERAL \$60.049,75

4

CUADRO DE COMPROBANTES

Obra Social: OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE ENTIDADES DEPORTIVAS Y CIVILES

Código de Obra Social: 106005

Número de Solicitud: 2018101992146

Normativa: 1511/12

Patología: DISCAPACIDAD

Beneficiario: [REDACTED]

Nro Orden	Concepto	CUI.T. Prestador	Tipo Comprobante	Fecha Emisión	Cae/Cal	Punto Vta.	Nro Comprobante	Importe
1	Centro de Educación Terap-Jornada Simple A (mensual)	30707377964	Facturas C	31/07/2017	6731429055051	3	1505	21.683,47
2	Centro de Educación Terap-Jornada Simple A (mensual)	30707377964	Recibo X	09/11/2017		1	12598	43.366,94
3	Rehabilitación Módulo Integral Intensivo (semanal)	27229926085	Facturas B	01/08/2017	6731528478281	3	198	13.886,00
4	Rehabilitación Módulo Integral Intensivo (semanal)	27229926085	Recibo X	12/10/2017		3	110	21.123,76
5	Transporte (kilometro)	20183483189	Facturas B	04/08/2017	67319418070249	2	333	17.234,02
6	Transporte (kilometro)	20183483189	Facturas B	06/08/2017	67329430715949	2	335	7.240,26
7	Transporte (kilometro)	20183483189	Recibo X	12/12/2017		1	956	24.480,28

Fuente: escaneo de solicitudes en expedientes de la SSSalud.



Imagen 2: Texto general que figura en la nota de solicitud por reintegro

Me dirijo a Usted en mi caracter de representante de la **OBRA SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE COMERCIO Y ACTIVIDADES CIVILES**
RNOS 126205, en adelante "La obra social", con el objeto de solicitarle el **Reintegro** por la siguiente cobertura:
Concepto: Módulo de Terapia Endovascular Neurológica (Neuroembolización)
Patología: Varias (aneurismas, malformaciones arteriovenosas o tumores vascularizados cerebrales)
Beneficiario: [REDACTED]

"La Obra Social" reconoce que el apoyo financiero peticionado, no es obligatorio para la Superintendencia de servicios de salud, que ésta lo podrá otorgar según las posibilidades presupuestarias y razones de mérito, oportunidad y conveniencia en tanto "La Obra Social" haya dado cumplimiento a las condiciones para su otorgamiento. La denegatoria o concesión parcial en ningún caso generará derecho alguno a favor de "La Obra Social".

"La Obra Social" reconoce que es la única obligada frente al beneficiario, con el cual mantendrá incólume la vinculación, deslindeando a la Superintendencia de servicios de salud de toda responsabilidad. Incluso si se le asignara prestador y/o proveedor, dicha asignación se tendrá por realizada por cuenta y orden expresa de "La Obra Social".

"La Obra Social" asume la obligación de presentarse ante toda acción judicial que se inicie contra la Superintendencia de servicios de salud por motivo de pedido de apoyo financiero, exonerándola de toda responsabilidad en el supuesto que, en sede judicial, se determinara responsabilidad del sistema, sin perjuicio de las que se fijaren a cargo de otras personas y/o prestadores y/o proveedores.

"La Obra Social" acepta que se efectúen pagos directos a prestadores y/o proveedores por cuenta y orden, asumiéndolos como propios.

"La Obra Social" acepta, y se obliga a hacer saber al beneficiario, sus familiares y/o parientes, que toda la tramitación es materia exclusiva de "La Obra Social", debiendo todos los pedidos, consultas e informaciones canalizarse a través de "La Obra Social", no pudiendo los particulares realizar gestión de ningún tipo ante la Superintendencia de servicios de salud y/o sus diversas áreas sin ninguna excepción.

Fuente: escaneo de solicitudes en expedientes de la SSSalud.



Auditoría General de la Nación

Anexo IV: Descargo del auditado

El Proyecto de Informe de Auditoría fue puesto en conocimiento del organismo auditado por Nota N°18/23-AG4 a fin de efectuar los comentarios u observaciones que estimase pertinentes, habiéndose realizado la reiteración correspondiente ante la falta de respuesta por Nota N°25/23-AG4.

La SSSalud emitió su respuesta por Memorándum Número ME-2024-15028588-APN-SSS#MS que se encuentra a continuación.



Auditoría General de la Nación



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Memorándum

Número: ME-2024-15028588-APN-SSS#MS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Viernes 9 de Febrero de 2024

Referencia: Respuesta al Informe de Auditoría - Programa 63 "Asistencia Financiera a Agentes del Seguro de Salud" (Período Auditado: 2017-2019) - Proyecto S00183-19/2019 - Actuación 672/19-AGN

Producido por la Repartición: SSS#MS

A: Alejandro NIEVA ((Auditoría General de la Nación)), Juan Ignacio FORLON ((Auditoría General de la Nación)), Gabriel MIHURA ESTRADA ((Auditoría General de la Nación)),

Con Copia A:

De mi mayor consideración:

Es un placer dirigirme a usted en relación con el Informe de Auditoría sobre la gestión de transferencias del Programa 63 "Asistencia Financiera a Agentes del Seguro de Salud" correspondiente al período auditado 2017-2019, llevado a cabo en la Superintendencia de Servicios de Salud bajo el Proyecto S00183-19/2019 y la Actuación 672/19-AGN.

En primer lugar, agradecemos el exhaustivo trabajo realizado por su equipo de auditoría, que ha permitido identificar áreas de mejora y fortalecimiento en la gestión de transferencias dentro del mencionado programa. Valoramos el compromiso en la búsqueda constante de la eficiencia y la transparencia en la administración de los recursos destinados a la asistencia financiera a agentes del seguro de salud.

Hemos revisado detenidamente cada una de los hallazgos presentados en el proyecto de informe y queremos expresar las mejoras en las que se incursiono para implementar las acciones correctivas necesarias y asegurar la optimización de los procesos relacionados con el Programa 63.



Auditoría General de la Nación

En este sentido, al consultar a la Gerencia específica encargada de la ejecución del programa, se nos proporciona información desde La Gerencia Operativa de Subsidios por Reintegros de la Superintendencia de Servicios de Salud mediante (ME-2024-14019743-APN-GOSR#SSS), los siguientes miramientos:

Consideraciones Preliminares del proyecto de Informe:

Respecto al informe preliminar, la Gerencia Operativa de Subsidios por Reintegros coincide con los conceptos vertidos en el documento. Se reconoce y respalda la revisión de temas fundamentales como la creación, financiamiento, Fondo Solidario de Redistribución, Sistema Único de Reintegros, Estructura Organizativa, Circuito SUR, Evolución Presupuestaria del Programa 63 y Transferencias SUR para el período auditado (2017-2019).

Hallazgos y Resultados:

En relación al punto 4 del informe, que aborda los hallazgos y resultados, la Gerencia está de acuerdo con los términos de los comentarios y hallazgos identificados en los puntos 4.1.1, 4.1.2, 4.1.5, 4.2.1, 4.2.5 y 4.2.6. Se entiende que estos aspectos son de competencia directa de esta Gerencia Operativa de Subsidios por Reintegros.

No obstante, se destaca que, a partir del 1 de abril de 2023, se ha llevado a cabo la implementación del SISTEMA UNICO DE REINTEGRO POR GESTIÓN DE ENFERMEDADES (SURGE), en reemplazo del SISTEMA ÚNICO DE REINTEGROS (SUR). Esta iniciativa se ha puesto en marcha con el propósito de abordar y regularizar las observaciones señaladas en los puntos mencionados anteriormente.

Se reconoce que, a través del SURGE, se están adoptando medidas concretas para corregir las deficiencias normativas y optimizar los procesos relacionados con los hallazgos identificados. La Gerencia Operativa de Subsidios por Reintegros reitera su compromiso de impulsar durante el ejercicio actual aquellas acciones necesarias para la mejora continua y eficaz gestión de los recursos destinados al Programa 63.-

Es por ello que con posterioridad a los hallazgos, la Resolución 731/2023 de la Superintendencia de Servicios de Salud, publicada el 28 de marzo de 2023, establece la creación del Sistema Único de Reintegro por Gestión de Enfermedades (SURGE) en reemplazo del Sistema Único de Reintegros (SUR). Esta medida busca regularizar observaciones identificadas en el Programa 63 "Asistencia Financiera a Agentes del Seguro de Salud" durante el período de auditoría (2017-2019).

El artículo 2 de la Resolución detalla el procedimiento, requisitos generales, específicos, coberturas, dispositivos, medicamentos y valores máximos a reintegrar a los Agentes del Seguro de Salud a través del SURGE. Estas disposiciones serán aplicables a partir del 1 de abril de 2023, y los agentes deben seguir el procedimiento aprobado para ingresar solicitudes de reintegro y acceder al financiamiento correspondiente. Se adjunta a la presente la documentación mencionada.-

La implementación del SURGE se enmarca en una estrategia de modernización y simplificación de procedimientos, incorporando tecnologías de la información y comunicación. Se busca agilizar la tramitación mediante interacción digital y remota entre los Agentes del Seguro de Salud y la Superintendencia de Servicios de Salud.

Frente al hallazgo 4.1.3, se informa que el nuevo sistema SURGE (Sistema Único de Reintegro por Gestión de



Auditoría General de la Nación

Enfermedades) proporciona respuestas a las deficiencias identificadas. Además, se destaca que desde la Gerencia Estratégica se está abocando específicamente al punto solicitado.

En relación al procedimiento para incorporar al SUR las solicitudes presentadas como "pago por apoyo financiero", se reconoce que no se encuentra formalizado y no existe un criterio establecido para determinar los montos a reconocer en tratamientos ingresados por este mecanismo. Sin embargo, se indica que estas solicitudes se gestionan con un protocolo administrativo diferencial que requiere la intervención de la Gerencia de Gestión Estratégica. Una vez aceptadas por esta gerencia y autorizadas por el Superintendente de la SSSalud, quedan sujetas a los requisitos establecidos en la Resolución 1200/12 de la SSSalud y sus modificatorias.

Se destaca que la incorporación de estas solicitudes se guía por el Sistema de Tutelaje de Tecnologías Sanitarias Emergentes, estableciendo un protocolo de autorización, análisis y seguimiento de tecnologías médicas que requieren tutelaje. La Gerencia de Gestión Estratégica analiza las solicitudes, determina su pertinencia y autoriza su presentación en el SUR. Los criterios de inclusión incluyen fecha de introducción al mercado, nivel de evidencia científica, seguridad, medicamentos de uso compasivo, y medicamentos oncológicos de segunda o tercera línea de tratamiento.

A pesar de la detección de 28 solicitudes ingresadas como "apoyo financiero" al SUR y reintegradas (representando menos del 1% de las solicitudes totales en esos años), se reconoce que la gestión de estas solicitudes se ajustará a los procesos y criterios establecidos en el nuevo sistema SURGE, buscando mejorar la formalización y criterios de reconocimiento asociados a este tipo de solicitudes.-

Frente al hallazgo 4.1.4, se informa que se reconoce y toma nota de la observación realizada. Para abordar esta situación, se está trabajando activamente en implementar medidas correctivas. Se han identificado áreas de mejora en el proceso documental asociado a las solicitudes por discapacidad, y se están tomando acciones para garantizar la inclusión de la resolución de pago correspondiente y la información detallada sobre la inclusión de dependencia o zona desfavorable en los expedientes.

Estas acciones buscan optimizar la gestión de expedientes, asegurando una mayor transparencia y detalle en el proceso, con el objetivo de cumplir con los estándares y requisitos establecidos en la Resolución 1511/12 de la SSSalud, que regula el mecanismo SUR Discapacidad.

En relación al punto 4.2.2. y 4.2.4 los hallazgos mencionados indican que la metodología de cálculo para determinar los montos máximos no contempla un criterio de periodicidad de actualización de los valores o un mecanismo predefinido para modificarlos, la Resolución 1784/2023 podría considerarse como una solución a este hallazgo. Esta resolución aprueba valores máximos de reintegro para dispositivos, procedimientos y medicamentos, estableciendo una fecha de aplicación a partir del 1° de septiembre de 2023.

Por lo tanto, la implementación de la Resolución 1784/2023, 1797/2023 y sus modificatorias podría abordar la observación al proporcionar una actualización de los valores máximos de reintegro y establecer un mecanismo de ajuste periódico

En el hallazgo 4.2.3 la determinación del valor del módulo transporte en las solicitudes por discapacidad, la cual señala inconsistencias y la falta de un límite de kilómetros o tope monetario máximo a reintegrar, se encuentra regulada por la Resolución 887/2017, modificada por la Resolución 360/2022. En respuesta a este señalamiento, nos comprometemos a revisar y ajustar el proceso de determinación de este valor, asegurando la coherencia y transparencia en su aplicación. Además, tomaremos en consideración la posibilidad de establecer un límite de kilómetros o un tope monetario máximo, conforme a lo estipulado por las normativas vigentes. Este proceso de



Auditoría General de la Nación

revisión y ajuste garantizará una gestión más eficiente y acorde a las disposiciones legales vigentes

Respecto a los hallazgos 4.3.1. - 4.3.2. -4.3.3. y 4.3.4.: En la actual gestión, se están abordando diversas acciones para mejorar el desempeño del Programa 63, atendiendo a los siguientes hallazgos identificados:

Desarrollo de Planificación Estratégica:

Se está trabajando en la elaboración de una planificación estratégica que oriente de manera efectiva las acciones del Programa 63 hacia objetivos de largo plazo.

Corrección de Desvíos en Ejecución:

Se están implementando medidas correctivas para abordar los desvíos identificados en la ejecución de metas, explicando de manera detallada las causas asociadas y buscando soluciones efectivas.

Actualización de Metas Físicas:

En el marco de la mejora continua, se está procediendo a actualizar y desagregar con precisión las metas físicas del programa, garantizando que contemplen todos sus objetivos y proporcionen una demostración clara de su desempeño.

Implementación de Informes de Evaluación:

Se está trabajando activamente en la implementación de informes de evaluación para las metas del Programa 63. Además, se están estableciendo indicadores de desempeño y un tablero de control para un monitoreo más eficiente y un seguimiento continuo de los resultados.

Saludo a Ud. muy atentamente

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.02.06 17:24:18 -03:00

Gabriel Gonzalo Oriolo
Superintendente
Superintendencia de Servicios de Salud



Anexo V: Análisis del descargo del auditado

#	Hallazgos y resultados	Comentarios del auditado	Análisis del descargo
3	Informe preliminar	<i>Respecto al informe preliminar, la Gerencia Operativa de Subsidios por Reintegros coincide con los conceptos vertidos en el documento. Se reconoce y respalda la revisión de temas fundamentales como la creación, financiamiento, Fondo Solidario de Redistribución, Sistema Único de Reintegros, Estructura Organizativa, Circuito SUR, Evolución Presupuestaria del Programa 63 y Transferencias SUR para el período auditado (2017-2019).</i>	
4.1.1	No fue aprobado el manual de procedimientos diseñado para el SUR	En relación al punto 4 del informe, que aborda los hallazgos y resultados, la Gerencia está de acuerdo con los términos de los comentarios y hallazgos identificados en los puntos 4.1.1, 4.1.2, 4.1.5, 4.2.1, 4.2.5 y 4.2.6. Se entiende que estos aspectos son de competencia directa de esta Gerencia Operativa de Subsidios por Reintegros. No obstante, se destaca que, a partir del 1 de abril de 2023, se ha llevado a cabo la implementación del SISTEMA UNICO DE REINTEGRO POR GESTIÓN DE ENFERMEDADES (SURGE), en reemplazo del SISTEMA ÚNICO DE REINTEGROS (SUR). Esta iniciativa se ha puesto en marcha con el propósito de abordar y regularizar las observaciones señaladas en los puntos mencionados anteriormente. Se reconoce que, a través del SURGE, se están adoptando medidas concretas para corregir las deficiencias normativas y optimizar los procesos relacionados con los hallazgos identificados. La Gerencia Operativa de Subsidios por Reintegros reitera su compromiso de impulsar durante el ejercicio actual aquellas acciones necesarias para la mejora continua y eficaz gestión de los recursos destinados al Programa 63. Es por ello que con posterioridad a los hallazgos, la Resolución 731/2023 de la Superintendencia de Servicios de Salud, publicada el 28 de marzo de 2023, establece la creación del Sistema Único de Reintegro por Gestión de Enfermedades (SURGE) en reemplazo del Sistema Único de Reintegros (SUR). Esta medida busca regularizar observaciones identificadas en el Programa 63 "Asistencia Financiera a Agentes del Seguro de Salud" durante el período de auditoría (2017-2019). El artículo 2 de la Resolución detalla el procedimiento, requisitos generales, específicos, coberturas, dispositivos, medicamentos y valores máximos a reintegrar a los Agentes del Seguro de Salud a través del SURGE. Estas disposiciones serán aplicables a partir del 1 de abril de 2023, y los agentes deben seguir el procedimiento aprobado para ingresar solicitudes de reintegro y acceder al financiamiento correspondiente. Se adjunta a la presente la documentación mencionada. La implementación del SURGE se enmarca en una estrategia de modernización y simplificación de procedimientos, incorporando tecnologías de la información y comunicación. Se busca agilizar la tramitación mediante interacción digital y remota entre los Agentes del Seguro de Salud y la Superintendencia de Servicios de Salud.	Se mantienen los hallazgos. Se toma conocimiento de la implementación del SURGE, en reemplazo del SUR, y del compromiso en implementar las iniciativas mencionadas y la regularización de lo observado.
4.1.2	En los expedientes no se expone el detalle de la valorización de los tratamientos o la información sobre los rechazos de las solicitudes. La conformidad en la confección de los expedientes está afectada en menos del 10% de las solicitudes en cuanto a exposición de la normativa de pago y de la fecha de prestación, y en la presentación y legibilidad del sello de mesa de entrada.		
4.1.5	Los expedientes colectivos no cuentan con un criterio explícito para su armado. El tiempo promedio insumido para su confección fue de 39 días corridos		
4.2.1	En el 2% de las solicitudes no hubo correspondencia entre el monto pagado y los valores máximos reconocidos en las resoluciones de la SSSalud. En tanto, el 8% de los expedientes no contaba con información suficiente para verificar el cumplimiento del criterio		
4.2.5	La SSSalud no estableció plazos límites para analizar las solicitudes. El tiempo promedio insumido por la SSSalud en analizarlas, administrarlas y liquidarlas fue de 165 días, que suma un total de 248 días si se agrega el tiempo insumido por las obras sociales desde el inicio del trámite		
4.2.6	No se estableció de forma explícita un orden de prioridades para el procesamiento, análisis y pago de las solicitudes por reintegros		



Auditoría General de la Nación

4.1.3 El procedimiento utilizado por la SSSalud para incorporar al SUR las solicitudes presentadas como "pago por apoyo financiero" no se encuentra formalizado y no se contempla un criterio para la determinación de los montos a reconocer de los tratamientos ingresados por este mecanismo	Frente al hallazgo 4.1.3, se informa que el nuevo sistema SURGE (Sistema Único de Reintegro por Gestión de Enfermedades) proporciona respuestas a las deficiencias identificadas. Además, se destaca que desde la Gerencia Estratégica se está abocando específicamente al punto solicitado. En relación al procedimiento para incorporar al SUR las solicitudes presentadas como "pago por apoyo financiero", se reconoce que no se encuentra formalizado y no existe un criterio establecido para determinar los montos a reconocer en tratamientos ingresados por este mecanismo. Sin embargo, se indica que estas solicitudes se gestionan con un protocolo administrativo diferencial que requiere la intervención de la Gerencia de Gestión Estratégica. Una vez aceptadas por esta gerencia y autorizadas por el Superintendente de la SSSalud, quedan sujetas a los requisitos establecidos en la Resolución 1200/12 de la SSSalud y sus modificatorias. Se destaca que la incorporación de estas solicitudes se guía por el Sistema de Tutelaje de Tecnologías Sanitarias Emergentes, estableciendo un protocolo de autorización, análisis y seguimiento de tecnologías médicas que requieren tutelaje. La Gerencia de Gestión Estratégica analiza las solicitudes, determina su pertinencia y autoriza su presentación en el SUR. Los criterios de inclusión incluyen fecha de introducción al mercado, nivel de evidencia científica, seguridad, medicamentos de uso compasivo, y medicamentos oncológicos de segunda o tercera línea de tratamiento. A pesar de la detección de 28 solicitudes ingresadas como "apoyo financiero" al SUR y reintegradas (representando menos del 1% de las solicitudes totales en esos años), se reconoce que la gestión de estas solicitudes se ajustará a los procesos y criterios establecidos en el nuevo sistema SURGE, buscando mejorar la formalización y criterios de reconocimiento asociados a este tipo de solicitudes.	Se mantienen los hallazgos. Se toma conocimiento de la implementación del SURGE, en reemplazo del SUR, y del compromiso en implementar las iniciativas mencionadas y la regularización de lo observado.
4.1.4 Los expedientes con solicitudes por discapacidad no presentan la resolución de pago correspondiente al período de prestación y no incluyen información detallada sobre la inclusión de dependencia o zona desfavorable	Frente al hallazgo 4.1.4, se informa que se reconoce y toma nota de la observación realizada. Para abordar esta situación, se está trabajando activamente en implementar medidas correctivas. Se han identificado áreas de mejora en el proceso documental asociado a las solicitudes por discapacidad, y se están tomando acciones para garantizar la inclusión de la resolución de pago correspondiente y la información detallada sobre la inclusión de dependencia o zona desfavorable en los expedientes. Estas acciones buscan optimizar la gestión de expedientes, asegurando una mayor transparencia y detalle en el proceso, con el objetivo de cumplir con los estándares y requisitos establecidos en la Resolución 1511/12 de la SSSalud, que regula el mecanismo SUR Discapacidad.	Se mantiene el hallazgo. Se toma conocimiento de la identificación de las mejoras en el proceso documental asociado a las solicitudes por discapacidad.
4.2.2 La metodología de cálculo para determinar los montos máximos no contempla un criterio de periodicidad de actualización de los valores o un mecanismo predefinido para modificarlos	En relación al punto 4.2.2. y 4.2.4 los hallazgos mencionados indican que la metodología de cálculo para determinar los montos máximos no contempla un criterio de periodicidad de actualización de los valores o un mecanismo predefinido para modificarlos, la Resolución 1784/2023 podría considerarse como una solución a este hallazgo. Esta resolución aprueba valores máximos de reintegro para dispositivos, procedimientos y medicamentos,	Se mantienen los hallazgos atentos al período auditado y el desfase en el porcentaje cubierto por la SSSalud de los montos solicitados por las obras sociales. Las Resoluciones de la



Auditoría General de la Nación

4.2.4	Los montos máximos establecidos en la normativa quedaron desfasados de los costos reales de los tratamientos. El porcentaje del monto solicitado cubierto por la SSSalud disminuyó del 62% en 2017 al 53% en 2019	estableciendo una fecha de aplicación a partir del 1° de septiembre de 2023. Por lo tanto, la implementación de la Resolución 1784/2023, 1797/2023 y sus modificatorias podría abordar la observación al proporcionar una actualización de los valores máximos de reintegro y establecer un mecanismo de ajuste periódico.	SSSalud mencionadas contemplan las actualizaciones de los montos con mayor frecuencia para el periodo año 2023, lo que implicaría una adecuación de los valores máximo del reintegro a los costos reales de los medicamentos y prestaciones cubiertos por las obras sociales y solicitados a la SSSalud.
4.2.3	La determinación del valor del módulo transporte en las solicitudes por discapacidad presenta inconsistencias y no se encuentra estipulado un límite de kilómetros o tope monetario máximo a reintegrar	En el hallazgo 4.2.3 la determinación del valor del módulo transporte en las solicitudes por discapacidad, la cual señala inconsistencias y la falta de un límite de kilómetros o tope monetario máximo a reintegrar, se encuentra regulada por la Resolución 887/2017, modificada por la Resolución 360/2022. En respuesta a este señalamiento, nos comprometemos a revisar y ajustar el proceso de determinación de este valor, asegurando la coherencia y transparencia en su aplicación. Además, tomaremos en consideración la posibilidad de establecer un límite de kilómetros o un tope monetario máximo, conforme a lo estipulado por las normativas vigentes. Este proceso de revisión y ajuste garantizará una gestión más eficiente y acorde a las disposiciones legales vigentes.	Se mantiene el hallazgo. Se toma conocimiento del compromiso para implementar las mejoras propuestas.
4.3.1 4.3.2 4.3.3 4.3.4	La SSSalud no cuenta con una planificación estratégica que permita orientar las acciones del Programa 63 hacia los objetivos de largo plazo Se identificaron desvíos en la ejecución de las metas respecto al objetivo programado, cuyas causas fueron explicadas por la SSSalud Las metas físicas no contemplan todos los objetivos del programa. Tampoco se encuentran desagregadas con precisión y no resultan suficientes para demostrar su desempeño La SSSalud no realizó informes de evaluación de las metas del Programa 63 y no se establecieron indicadores que midan el desempeño ni un tablero de control para el monitoreo y seguimiento de resultados	Respecto a los hallazgos 4.3.1., 4.3.2., 4.3.3. y 4.3.4.: En la actual gestión, se están abordando diversas acciones para mejorar el desempeño del Programa 63, atendiendo a los siguientes hallazgos identificados: Desarrollo de Planificación Estratégica: Se está trabajando en la elaboración de una planificación estratégica que oriente de manera efectiva las acciones del Programa 63 hacia objetivos de largo plazo. Corrección de Desvíos en Ejecución: Se están implementando medidas correctivas para abordar los desvíos identificados en la ejecución de metas, explicando de manera detallada las causas asociadas y buscando soluciones efectivas. Actualización de Metas Físicas: En el marco de la mejora continua, se está procediendo a actualizar y desagregar con precisión las metas físicas del programa, garantizando que contemplan todos sus objetivos y proporcionen una demostración clara de su desempeño. Implementación de Informes de Evaluación: Se está trabajando activamente en la implementación de informes de evaluación para las metas del Programa 63. Además, se están estableciendo indicadores de desempeño y un tablero de control para un monitoreo más eficiente y un seguimiento continuo de los resultados.	Se mantienen los hallazgos. Se toma conocimiento de las acciones en implementación para mejorar el desempeño del Programa.