



**INFORME DE AUDITORÍA N° 07 / 2022
UAI SSSALUD**

**CONTROL PRESTACIONAL DE LAS ENTIDADES
DE MEDICINA PREPAGA**

**UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA
AÑO 2022**

TABLA DE CONTENIDOS

INFORME EJECUTIVO	1
INFORME ANALÍTICO	5
1. Introducción	5
2. Objeto	5
3. Alcance	5
4. Aclaraciones previas	6
5. Marco de referencia	6
5.1. Resumen del Subproceso auditado	6
5.2. Estructura involucrada	7
5.3. Encuadre Normativo	9
6. Tarea Realizada	9
7. Resultado del relevamiento de los aspectos auditados	10
7.1. Relevamiento del contexto y dotación de personal	10
7.2. Auditorías Prestacionales	10
7.3. Gestión de Reclamos	11
7.4. Pautas básicas y presentaciones para las Cartillas Prestacionales y Planes de Salud comercializados	12

8. Observaciones - Recomendaciones - Opinión del Auditado **16**

9. Conclusión **18**

ANEXOS:

I – Normativa Aplicable

INFORME EJECUTIVO

INFORME N° 07/22 – UAI SSSALUD

CONTROL PRESTACIONAL DE LAS ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA

El presente informe da cumplimiento al Plan Anual de Auditoría 2022, que forma parte del Plan Estratégico (2019-2023), Proyecto ID N° 07. El mismo se clasifica dentro de los proyectos de auditoría de realización selectiva - auditorías sobre áreas sustantivas

La labor de auditoría tuvo por objeto analizar y verificar las acciones desarrolladas por el Organismo a fin de fiscalizar el cumplimiento de las obligaciones y responsabilidades prestacionales del Programa Médico Obligatorio (PMO), por parte de las Entidades de Medicina Prepaga.

Se efectuó el relevamiento, análisis y verificación de las actividades de control del cumplimiento del Programa Médico Obligatorio y del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica en las Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del sistema de Salud y por parte de los prestadores de Servicios de Salud correspondientes.

El período objeto de análisis para las acciones de fiscalización ha sido el ejercicio 2021. No obstante, teniendo en cuenta el dictado de la Resolución SSSalud N° 2.165/21, que establece las pautas para las presentaciones de las Cartillas Prestacionales y los Planes de Salud comercializados, se ha considerado como fecha de corte del relevamiento -solo para estas presentaciones- el día 08/06/2022 a efectos de verificar el nivel de cumplimiento de la nueva normativa vigente en la materia.

Se aclara que el presente informe no incluyó el tratamiento de los reclamos de prestaciones de las EMP, dado que se encuentra prevista la ejecución de un informe específico sobre el Procedimiento de Reclamos.

Se efectuaron pruebas de cumplimiento y sustantivas. Análisis, cruce y validación de la información suministrada por los sectores involucrados y aquella obtenida a partir de la evolución y desarrollo propio de la auditoría, a fin de cumplimentar la misma.

La labor se desarrolló siguiendo los procedimientos y prácticas implementadas por la Sindicatura General de la Nación según las Normas de

Auditoría Interna Gubernamental (Resolución N° 152/02-SGN) y el Manual de Control Interno Gubernamental (Resolución N° 3/11-SGN).

La Subgerencia de Control Prestacional de Entidades de Medicina Prepaga explicó que el ejercicio auditado se caracterizó por la conjunción de diversas situaciones extraordinarias y de prioridad, respecto del normal funcionamiento de la Gerencia, que han producido la reasignación de los escasos recursos humanos disponibles (12 agentes), a la ejecución de otras tareas de control tales como: análisis de solicitudes de Módulos Covid-19, análisis de solicitudes de inscripciones y reinscripciones de prestadores y establecimientos en los Registros correspondientes (dichas inscripciones habían sido prorrogadas en el año 2020 debido al contexto de la Pandemia) y el análisis de los Reclamos de usuarios que se incrementaron notablemente, tanto de Obras Sociales como de EMP.

En tal sentido, como acción de control de las prestaciones se destacan las tareas de análisis y elaboración de los informes médicos de Reclamos provenientes de las Delegaciones Provinciales y aquellos gestionados en la Sede central del Organismo.

Durante el período auditado, se inició una única auditoría prestacional, tramitada por el expediente EX-2021-84700783- -APN-SCPASS#SSS, iniciado el día 21 de septiembre de 2021 como Auditoría Prestacional a la Entidad ENSALUD (RNEMP 117115) haciéndose el correspondiente requerimiento de información.

Del análisis del expediente se ha verificado que el mismo permanece sin constancias de análisis de la información suministrada, ni informe final desde la fecha de presentación de la información. Informa el auditado que si bien en el ejercicio 2021 sólo se inició esta auditoría fundamentada en pedidos específicos por diversos Reclamos, para el año en curso (2022) se definió un Plan de Auditoría que contempla el control a 15 EMP.

Respecto de la gestión de Reclamos de usuarios de EMP, no es posible diferenciar la cantidad exacta respecto del universo de trámites ingresados, dado que en muchos casos los reclamos corresponden a usuarios desregulados de Obras Sociales. En el año 2021 se intervino en 478 reclamos de usuarios (entre afiliados directos y con derivación de aportes), y en lo que va de 2022 se emitieron 252 informes técnicos. Los motivos más frecuentes tienen que ver con cobertura de prácticas/insumos/medicamentos incluidos en el Programa Médico Obligatorio, reintegros, medicamentos de alto costo y crónicos, discapacidad y reproducción médicamente asistida.

Con el dictado de la Resolución SSSalud N° 2.165/21 se aprobaron las pautas básicas para las cartillas prestacionales y los planes de salud

comercializados, de cumplimiento obligatorio para las Entidades de Medicina Prepaga.

Allí se estableció, que las EMP deberían completar y generar, antes del 31 de mayo de 2022, el FORMULARIO DE DECLARACIÓN JURADA PARA EL REGISTRO DE PLANES DE COBERTURA INTEGRAL y el contenido del plan prestacional respectivo, adecuado a lo previsto en la norma y su respectivo cuadro tarifario, mediante el trámite que al efecto se encuentra disponible en la plataforma de Trámites a Distancia (TAD).

La Gerencia de Control Prestacional es la responsable de evaluar las presentaciones recibidas y verificar que cumplan formalmente con la información requerida. Cumplido ello, se remitirán las actuaciones al Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP) para que registre el plan junto con el cuadro tarifario en el Legajo de la entidad.

Una vez cumplido el plazo mencionado, las Entidades de Medicina Prepaga (EMP) no podrán continuar comercializando aquellos planes que no hayan sido presentados para su registro. El incumplimiento de la presente Resolución dará lugar a las sanciones previstas en la Ley N° 26.682 y su normativa reglamentaria y complementaria.

Mediante el Anexo I de la Resolución SSSalud N° 2165/21 se determinó la cobertura básica en: Atención Primaria de la Salud; Atención Secundaria; Internación; Salud mental; Rehabilitación; Odontología; Medicamentos; y otras coberturas. Por Anexo II, la guía para la confección y los coseguros; por Anexo III, la nómina de Prestadores agrupándolos geográficamente por provincia y jurisdicción; y por Anexo IV la Cartilla de Discapacidad.

Del resultado del relevamiento se observa que solo 52 EMP de las 688 entidades activas, conforme lo informado por el RNEMP, presentaron sus Planes Integrales de Salud al 31/05/22. Estas EMP -según lo informado por el Área auditada- presentaron un total de 263 planes y/o cartillas prestacionales para su registro y análisis, el cual se encuentra todavía en proceso.

Corresponde sin embargo señalar, que a la fecha de cierre del presente informe (08/06/22), no se han realizado todavía acciones para intimar al cumplimiento de la normativa vigente por parte de las EMP que todavía no realizaron las presentaciones correspondientes, ni acciones disciplinarias como consecuencia de dicho incumplimiento. Ello no amerita todavía observación, a criterio de esta UAI, dado el escaso tiempo transcurrido (6 días hábiles administrativos) desde el vencimiento del plazo (31/05/2022).

En conclusión, del relevamiento y verificaciones efectuadas sobre el control de las prestaciones brindadas por las EMP a sus usuarios, se ha constatado la escasez de actividades durante el ejercicio 2021, ya que se inició una única auditoría prestacional y no se realizaron controles formales de presentaciones de los Planes de Salud en función de la actualización normativa, enmarcada en la Resolución SSSalud N° 2.165/21. Las tareas de control se orientaron primordialmente a la gestión de los Reclamos por cuestiones prestacionales de la Sede Central y las Delegaciones Provinciales.

Para el cumplimiento de todas las acciones de control sobre el universo de 688 EMP, la Subgerencia de Control Prestacional de las Entidades de Medicina Prepaga cuenta con una dotación de personal conformada por 12 agentes, que también realizan tareas de control sobre Obras Sociales.

Si bien, se espera que el aplicativo establecido para las cartillas y planes en el marco de la citada Resolución SSSalud N° 2.165/21, resulte un avance significativo en este tema, resultan todavía insuficientes los recursos con los que cuenta al área a los fines de realizar su fundamental tarea de control respecto de las prestaciones de las EMP.

Buenos Aires, 29 de junio 2022.

C.P. Ruth M. Litmanovich
Res. 75/20 MS- Auditora Interna
Superintendencia de Servicios de Salud

INFORME ANALÍTICO

INFORME N° 07/22 – UAI SSSALUD

CONTROL PRESTACIONAL DE LAS ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA

1. INTRODUCCION

El presente informe da cumplimiento al Plan Anual de Auditoria 2022, que forma parte del Plan Estratégico (2019-2023), Proyecto ID N° 7. El mismo se clasifica dentro de los proyectos de auditoría de realización selectiva - auditorías sobre áreas sustantivas.

2. OBJETO

La labor de auditoría tuvo por objeto analizar y verificar las acciones desarrolladas por el Organismo a fin de fiscalizar el cumplimiento de las obligaciones y responsabilidades prestacionales del Programa Médico Obligatorio (PMO), por parte de las Entidades de Medicina Prepaga.

3. ALCANCE

La tarea abarcó el análisis integral de la normativa vigente, la evaluación de los procedimientos existentes y las acciones desarrolladas por las áreas de control y fiscalización de las prestaciones de Medicina Prepaga.

Se efectuó el relevamiento, análisis y verificación de las actividades de control del cumplimiento del Programa Médico Obligatorio y del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica en las Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del sistema de Salud y por parte de los prestadores de Servicios de Salud correspondientes.

El período objeto de análisis para las acciones de fiscalización ha sido el ejercicio 2021. No obstante, teniendo en cuenta el dictado de la Resolución SSSalud N° 2165/21, que establece las pautas para las presentaciones de las Cartillas Prestacionales y los Planes de Salud comercializados, se ha considerado como fecha de corte del relevamiento para estas presentaciones

el día 08/06/2022 a efectos de relevar el nivel de cumplimiento de la normativa vigente.

Se efectuaron pruebas de cumplimiento y sustantivas. Análisis, cruce y validación de la información suministrada por los sectores involucrados y aquella obtenida a partir de la evolución y desarrollo propio de la auditoría, a fin de cumplimentar la misma.

La labor se desarrolló siguiendo los procedimientos y prácticas implementadas por la Sindicatura General de la Nación según las Normas de Auditoría Interna Gubernamental (Resolución N° 152/02-SGN) y el Manual de Control Interno Gubernamental (Resolución N° 3/11-SGN).

4. ACLARACIONES PREVIAS

El presente informe no incluyó el tratamiento de los reclamos de prestaciones de las EMP, dado que se encuentra prevista la ejecución de un informe específico sobre el Procedimiento de Reclamos.

Asimismo, respecto de las presentaciones de las Cartillas Prestacionales y los Planes de Salud comercializados, se ha considerado como fecha de corte el 08/06/2022 a efectos de verificar el nivel de cumplimiento de la nueva normativa vigente en la materia.

5. MARCO DE REFERENCIA

5.1. Resumen del Subproceso auditado

El Control de las Prestaciones a las EMP es desarrollado principalmente por la Subgerencia de Control Prestacional de Entidades de Medicina Prepaga y por la Coordinación de Información y Evaluación Prestacional, Auditoría y Sindicatura; todas ellas dependientes de la Gerencia de Control Prestacional.

Las principales actividades control consisten en fiscalizar el cumplimiento del Programa Médico Obligatorio mediante:

- ✓ Verificar y registrar las presentaciones de Cartillas, Planes y Contratos Prestacionales.
- ✓ Desarrollar auditorías y/o sindicaturas prestacionales con requerimientos de cumplimiento normativo y en determinadas

- circunstancias se efectúan auditorías especiales o a solicitud de las autoridades del Organismo.
- ✓ Elaborar los informes técnicos para gestión de Reclamos de índole prestacional, sobre el cumplimiento del Programa Médico Obligatorio.
 - ✓ Proponer normas para la verificación de la información relativa al perfil prestacional, los coseguros, las coberturas adicionales al Programa Médico Obligatorio, etc.

Respecto de las presentaciones de Planes de Salud Integrales y Cartillas de las Entidades de Medicina Prepaga (EMP), durante el año 2021 se introdujo una modificación normativa en el marco de la Resolución N° 2165/2021 SSSalud, estableciéndose el deber de completar y generar, antes del 31 de mayo de 2022, el Formulario de Declaración Jurada para el Registro de Planes de Cobertura Integral, mediante la plataforma de Trámites a Distancia (TAD).

5.2. Estructura involucrada

La actividad auditada estuvo centrada en la tarea desarrollada por el Organismo a través de sus áreas específicas competentes, previstas en la estructura organizativa de primer nivel operativo de esta Superintendencia de Servicios de Salud: Decreto N° 2.710/2012 y Resoluciones SSSalud N° 2.621/13 y N° 841/15, conforme se detalla a continuación en lo pertinente vinculado al objeto de la presente auditoría.

Gerencia de Control Prestacional:

Entiende en el control de las relaciones prestacionales entre los prestadores de Servicios de Salud y los Agentes del Seguro de Salud, Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, asociaciones civiles y fundaciones del Sistema de Salud. Fiscalizar el cumplimiento de las normas prestacionales, considerando al Programa Médico Obligatorio como condición básica, por parte de las mencionadas entidades del sistema así como de los prestadores de Servicios de Salud.

A la Gerencia le compete:

- ✓ Registrar los contratos efectuados entre las mismas entidades del sistema de salud y los prestadores, verificar el cumplimiento de los requisitos exigidos, proponer las acciones correctivas y eventualmente las sanciones que correspondan cuando se infrinjan las normas que regulan su contenido.

- ✓ Proponer a la Gerencia General el diseño y actualización de las normas sobre información a ser reclamada a los actores del sistema para su incorporación al Sistema de Información Sanitaria y Asistencial.
- ✓ Aprobar y controlar la correcta gestión de los programas prestacionales de las entidades del Sistema de Salud que se ejecuten a través de efectores propios o contratados.
- ✓ Proponer normas sobre la verificación y evaluación de la producción y remisión de la información relativa al perfil prestacional, los coseguros, las coberturas adicionales al Programa Médico Obligatorio, la utilización de los rubros del Programa Médico Obligatorio y los listados de efectores propios y contratados, a ser provistos por las entidades del Sistema de Salud y prestadores.
- ✓ Fiscalizar el cumplimiento de las obligaciones de las Obras Sociales, Agentes del Seguro de Salud, Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, asociaciones civiles y fundaciones del sistema de salud respecto de los pagos por las prestaciones efectuadas a sus beneficiarios por los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, procediendo de igual forma respecto a las asociaciones de obras sociales y otros agentes que posean efectores propios.
- ✓ Integrar la coordinación del Comité de Sindicatura en los aspectos atinentes a su competencia.

Para el cumplimiento de sus objetivos cuenta con el apoyo de:

- ❖ La Subgerencia de Control Prestacional de Medicina Prepaga, asiste a la Gerencia en la ejecución, sistematización y organización de la información referida al control de las prestaciones de las Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del Sistema de Salud y los prestadores de Servicios de Salud correspondientes, de acuerdo a las obligaciones establecidas para estas entidades en la Ley N° 26.682 y sus normas reglamentarias.
- ❖ La Coordinación de Información y Evaluación Prestacional, Auditoría y Sindicatura, que coordina la gestión y el control de la información y evaluación prestacional de Agentes del Seguro de Salud y Entidades de Medicina Prepaga y prestadores, para consolidar la base de datos de información prestacional. A su vez, supervisa la ejecución de auditorías y sindicaturas en Empresas de Medicina Prepaga y prestadores promoviendo el cumplimiento de un adecuado nivel de calidad de prestaciones.

5.3. Encuadre Normativo

Se detalla en el **Anexo I** la normativa vigente correspondiente al objeto de la presente auditoría.

6. TAREA REALIZADA

La auditoría fue desarrollada durante el período septiembre-noviembre del año en curso, insumiendo 660 h/h distribuidas en el plazo mencionado.

Se detallan a continuación las tareas efectuadas:

- Recopilación y análisis integral de la normativa vigente.
- Relevamiento del contexto 2021 y la dotación de personal de la Subgerencia de Control Prestacional de Medicina Prepaga.
- Análisis particular de la Resolución SSSalud N° 2.165/21 referida a las pautas básicas para las Cartillas, Planes y Cuadros Tarifarios.
- Evaluación del nivel de cumplimiento de la Resolución SSSalud N° 2.165/21 por parte de las Entidades.
- Realización de entrevistas con Gerentes y responsables de las áreas involucradas a fin de relevar las acciones de control efectuadas por cada una de ellas.
- Confección de las Minutas correspondientes a las reuniones mantenidas para su validación.
- Relevamiento de los registros y sistemas de resguardo de la información, empleados en las gestiones realizadas cotidianamente.
- Relevamiento y análisis de los expedientes correspondientes a las auditorías prestacionales efectuadas en el período auditado:
 - EX-2021-84700783- -APN-SCPASS#SSS
- Relevamiento de las actividades de control a Entidades de Medicina Prepaga, con el objeto de indagar las acciones desarrolladas, coordinación entre las áreas, seguimiento de las tareas de control efectuadas oportunamente y la dotación de personal abocada al proceso auditado.

- Relevamiento de la información estadística correspondiente a los Reclamos de usuarios gestionados en el período auditado.
- Análisis de las Observaciones anteriores a los fines de constatar sus actualizaciones.

7. RESULTADO DEL RELEVAMIENTO DE LOS ASPECTOS AUDITADOS

7.1 Relevamiento del contexto y dotación de personal

La Subgerencia de Control Prestacional de Entidades de Medicina Prepaga advirtió que el ejercicio auditado (2021) se caracterizó por la conjunción de diversas situaciones extraordinarias y de prioridad, respecto del normal funcionamiento de la Gerencia, que han producido la reasignación de los escasos recursos humanos a la ejecución de otras tareas de control tales como: análisis de solicitudes de Módulos Covid-19, análisis de solicitudes de inscripciones y reinscripciones de prestadores y establecimientos en los Registros correspondientes (dichas inscripciones habían sido prorrogadas en el año 2020 debido al contexto de la Pandemia) y análisis de los Reclamos de usuarios que se incrementaron notablemente, tanto de Obras Sociales como de EMP.

Las tareas de control de cumplimiento formal de presentaciones por parte de las EMP no fueron realizadas ya que a finales del año 2021 se dictó la Resolución SSSalud N° 2165/21, que derogó la Resolución SSSalud N° 560/12, estableciendo las nuevas pautas para la presentación de las Cartillas y Planes, cuyo plazo de presentación de los planes comercializados se cumplió el día 31 de mayo de 2022. Los únicos Planes Básicos analizados, en el marco de la Resolución SSSalud N° 560/12, correspondieron exclusivamente a las EMP con inscripción definitiva.

En tal sentido, como acción de control de las prestaciones se destacan las tareas de análisis y elaboración de los informes médicos de Reclamos provenientes de las Delegaciones Provinciales y aquellos gestionados en la Sede central del Organismo. Respecto de los Contratos Prestacionales continúa pendiente la presentación de los mismos por parte de las EMP.

Actualmente, la dotación de personal abocada a la ejecución de las tareas de Auditorías tanto en Obras Sociales como en EMP, se encuentra conformada por 1 administrativo y 5 auditores. Para las tareas de análisis de todos los Reclamos la Gerencia cuenta con 6 analistas médicos.

7.2 Auditorías Prestacionales

Durante el período auditado (2021) se inició una auditoría prestacional, tramitada por el expediente EX-2021-84700783- -APN-SCPASS#SSS, iniciado el día 21 de septiembre de 2021 como Auditoría Prestacional a la Entidad ENSALUD (RNEMP 117115) haciéndose el requerimiento de la información detallada a continuación:

- Datos institucionales. Domicilio, teléfono de contacto, email de contacto y sitio web.
- Características generales de la población de beneficiarios (padrón, pirámide según rango etario/sexo).
- Características y descripción prestacional (planes ofrecidos, denominación, cuadro tarifario).
- Modelo de convenios de confidencialidad (Se sugiere a todas las EMP que firmen dicho convenio para evitar la divulgación de datos sensibles).
- Modelo de contrato tipo con prestadores.
- Listado completo de contratos con prestadores profesionales y establecimientos
- Centros propios. En caso de poseer Establecimientos de atención propios de la entidad, informar datos.
- Auditoría Médica: Referente, datos de contacto e información complementaria en caso de contar con referentes de diferentes áreas (discapacidad, etc.).

La presentación de la información y documentación se requirió en forma electrónica vía TAD (formato PDF) firmado por la máxima autoridad, no aceptándose documentación en papel. Requiriéndose que toda la información producida cuente con la rúbrica de autoridad competente del área (miembro de Comisión Directiva, Apoderado, Representante Legal).

El plazo establecido para realizar el descargo ha sido de 15 (quince) días corridos a partir de su efectiva notificación. Mediante nota IF-2021-103136806-APN-SCPASS#SSS, la Entidad presenta la documentación requerida.

Del análisis del expediente se ha verificado que el mismo permanece sin constancias de análisis de la información suministrada, ni informe final desde la fecha de presentación de la información.

Informa el auditado que si bien en el ejercicio 2021 sólo se realizó una auditoría fundamentada en pedidos específicos por diversos Reclamos, para el año en curso (2022) se definió un Plan de Auditoría que contempla el control a 15 EMP.

7.3 Gestión de Reclamos

Informa el auditado que los reclamos tramitados en la Gerencia de Control Prestacional provienen de tanto de Sede Central como de la Gerencia de Delegaciones, y en varios casos se ha detectado, la diversidad de criterios para el tratamiento de los mismos, dificultando la gestión y los plazos de tramitación cotidianos. A partir de esta problemática se ha conformado una Comisión Intergerencial integrada por las siguientes gerencias: Atención y Servicios al Usuario del Sistema de Salud, Asuntos Jurídicos, Delegaciones, Control Prestacional y Defensoría del Usuario. La Comisión trabaja en forma consensuada para la definición de los criterios necesarios para el análisis de las temáticas más recurrentes en la gestión de los Reclamos y una vez acordados los criterios, se comunican a las diversas áreas intervinientes en el proceso para su implementación. Se prevé la formalización de la Comisión y los criterios definidos mediante el dictado de los actos administrativos correspondientes.

Respecto de la gestión de Reclamos de usuarios de EMP, no es posible diferenciar la cantidad exacta respecto del universo de trámites ingresados, dado que en muchos casos los reclamos corresponden a usuarios desregulados de Obras Sociales. En el año 2021 se intervino en 478 reclamos de usuarios (entre afiliados directos y con derivación de aportes), y en lo que va de 2022 se emitieron 252 informes técnicos. Los motivos más frecuentes tienen que ver con cobertura de prácticas/insumos/medicamentos incluidos en el Programa Médico Obligatorio, reintegros, medicamentos de alto costo y crónicos, discapacidad y reproducción médicamente asistida.

La situación relevada respecto a la gestión de Reclamos será verificada en oportunidad de la ejecución del informe específico de Reclamos previsto en el Plan Anual de Auditoría 2022 para el segundo semestre del ejercicio en curso.

7.4 Pautas básicas y presentaciones para las Cartillas Prestacionales y Planes de Salud comercializados

Inicialmente, mediante Resolución SSSalud N° 1403/21, se establecieron una serie de disposiciones y pautas dirigidas a las Entidades de Medicina Prepaga, en relación a los requisitos, forma y procedimiento que deberían observar respecto del contenido de las cartillas prestacionales y los planes de salud comercializados, para ser presentados ante la Gerencia de Control Prestacional del Organismo, con el objeto de garantizar el pleno goce del derecho a la salud, para lo cual resulta necesario promover, fomentar, implementar y perfeccionar las prestaciones médico-asistenciales, con un enfoque integral e integrador, priorizando la accesibilidad con el mejor nivel de calidad y eficiencia posibles.

En ese sentido, se estimó necesario asegurar que sea comprobable la veracidad de los planes y coberturas que se difunden, tomando como base el Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente.

Sin perjuicio de lo cual, la Gerencia de Asuntos Jurídicos, informó oportunamente que la citada resolución fue objeto de variados planteos administrativos impugnatorios, mediante recursos de reconsideración interpuestos por diversos Agentes del Seguro de Salud, que ponían en riesgo la correcta aplicación de la norma.

En virtud de ello, y con el fin de revisar ciertos aspectos relacionados con el alcance de la norma y otros que pudieran provocar un impacto negativo contrario a la finalidad que se tuvo en cuenta, mediante Resolución SSSalud N° 1550/21, se suspendieron por un plazo de SESENTA (60) días, los efectos de la mencionada Resolución N° 1403/21 y se instruyó a las Gerencias de Control Prestacional y de Gestión Estratégica que procedan a realizar el análisis y revisión de dicha norma, elaborando, de corresponder, un nuevo acto administrativo.

Una vez reevaluados ciertos aspectos, se concluyó que resultaba conveniente modificar algunos aspectos de la norma, a fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos tenidos en cuenta al momento de su dictado y, al mismo tiempo, evitar efectos perjudiciales no deseados a los sujetos alcanzados por la medida.

Así las cosas, se dictó la Resolución SSSalud N° 2165/21 que aprobó finalmente las pautas básicas para las cartillas prestacionales de cumplimiento obligatorio para las Entidades de Medicina Prepaga.

Allí se estableció, que las EMP deberían completar y generar, antes del 31 de mayo de 2022, el FORMULARIO DE DECLARACIÓN JURADA PARA EL REGISTRO DE PLANES DE COBERTURA INTEGRAL, que se encuentra disponible en la página web institucional del Organismo, para cada uno de los planes de cobertura integral que comercialicen al público en general. En el mismo plazo debían presentar asimismo, el contenido del plan prestacional respectivo, adecuado a lo previsto en la norma y su respectivo cuadro tarifario, mediante el trámite que al efecto se encuentra disponible en la plataforma de Trámites a Distancia (TAD).

La Gerencia de Control Prestacional es la responsable de evaluar las presentaciones recibidas y verificar que cumplan formalmente con la información requerida. De ser así, remitirá el expediente a la Gerencia de

Control Económico Financiero a los efectos de que evalúe los cuadros tarifarios. Ambas Gerencias se encuentran facultadas para realizar las observaciones que estimen pertinentes y requerir las adecuaciones necesarias a la entidad presentante.

Cumplido ello, se remitirán las actuaciones al Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP) para que registre el plan junto con el cuadro tarifario en el Legajo de la entidad.

Se aclara que las Gerencias de Control Prestacional y de Control Económico Financiero podrán, en todo momento, revisar los planes registrados, ordenar las auditorías pertinentes, disponer la adecuación de los planes a las pautas legales establecidas en cada caso e iniciar los procesos sumariales que resulten procedentes. En caso de recibirse reclamos por parte de los usuarios, procederán en la forma indicada con relación a los extremos que resulten objeto de reclamo.

Una vez cumplido el plazo mencionado, las Entidades de Medicina Prepaga (EMP) no podrán continuar comercializando aquellos planes que no hayan sido presentados para su registro, sin perjuicio de los derechos adquiridos que le asistan a quienes se hayan afiliado previamente a dicha fecha. En los casos de modificaciones a los planes presentados, o previo a la comercialización de nuevos planes, las Entidades de Medicina Prepaga deberán cumplir con el procedimiento previsto en la presente Resolución.

En caso de discontinuar la comercialización de un plan oportunamente registrado, deberán también comunicarlo a la Superintendencia, informando la fecha en que se dejó de comercializar y el padrón de usuarios que lo contrataron previamente y permanecen afiliados a dicho plan.

Los planes brindados bajo contratación grupal o corporativa, que no son comercializados en forma directa a los usuarios, se encontrarán eximidos de lo previsto en la presente Resolución. Sin perjuicio de ello, estos planes se encontrarán indistintamente sujetos a fiscalización y se podrá requerir en todo momento la presentación de información referida a ellos, e incluso el cumplimiento de la presente Resolución a su respecto, de manera excepcional.

El incumplimiento de la presente Resolución dará lugar a las sanciones previstas en la Ley N° 26.682 y su normativa reglamentaria y complementaria.

Mediante el Anexo I de la Resolución SSSalud N° 2165/21 se determinó la cobertura básica en: Atención Primaria de la Salud; Atención Secundaria;

Internación; Salud mental; Rehabilitación; Odontología; Medicamentos; y otras coberturas. Por Anexo II, la guía para la confección y los coseguos; por Anexo III, la nómina de Prestadores agrupándolos geográficamente por provincia y jurisdicción; y por Anexo IV la Cartilla de Discapacidad.

Del resultado del relevamiento se observa que solo 52 EMP de las 688 entidades activas, conforme lo informado por el RNEMP, presentaron sus Planes Integrales de Salud al 31/05/22. Estas EMP -según lo informado por el Área auditada- presentaron un total de 263 planes y/o cartillas prestacionales para su registro y análisis, el cual se encuentra todavía en proceso.

Para la registración se utiliza un aplicativo informático desarrollado por la Gerencia de Sistemas de Información, a través de la cual se puede visualizar para cada EMP la cantidad y contenido de los planes y cartillas presentados. Respecto de las presentaciones efectuadas, desde la GCP confirmaron que las mismas fueron realizadas mediante la plataforma de TAD.

El procedimiento de registración se inicia con la carga de la información en la citada plataforma y posteriormente, los analistas proceden a efectuar una verificación general de la documentación ingresada y en caso de cumplirse las condiciones establecidas, se les asigna el pertinente número de expediente, que es también cargado en el aplicativo informático, y puede ser consultado por diversos usuarios.

Aclaran desde la Subgerencia que para los Planes Parciales no existe un circuito definido, y las presentaciones se realizan directamente en la Gerencia de Gestión Estratégica donde son analizados y registrados.

A continuación, se agrega una impresión de pantalla de la solapa correspondiente en Intranet > Sistemas > RNEMP > Planes Integrales:

Código	Nombre del Plan	Plan PMS	Estado	Expediente
362	S1	SI	Recibido	54248784-2022
361	S2	SI	Recibido	54204273-2022
360	SMG02	SI	Recibido	54272820-2022
359	SMG20	SI	Recibido	54281521-2022
358	SMG30	SI	Recibido	54395558-2022
357	SMG40	SI	Recibido	54304828-2022
356	SMG50	SI	Recibido	54308451-2022
355	SMG60	SI	Recibido	54312933-2022
350	SMG70	SI	Recibido	54329321-2022
349	SMG70	SI	Presentado	-

Corresponde sin embargo señalar, que a la fecha de cierre del presente informe (08/06/22), no se han realizado todavía acciones para intimar al cumplimiento de la normativa vigente por parte de las EMP que todavía no realizaron las presentaciones correspondientes, ni acciones disciplinarias como consecuencia de dicho incumplimiento. Ello no amerita todavía observación, a criterio de esta UAI, dado el escaso tiempo transcurrido (6 días hábiles administrativos) desde el vencimiento del plazo (31/05/2022).

Por último, resulta oportuno destacar, que en el año 2022 se destinaron actividades de capacitación para el adecuado uso del nuevo aplicativo informático, y el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Resolución SSSalud N° 2.165/21, respecto de las cuales no se ha remitido información más específica en ese sentido.

8. OBSERVACIONES - RECOMENDACIONES - OPINIÓN DEL AUDITADO

8.1 Observación: Del relevamiento y verificaciones efectuadas sobre el control de las prestaciones brindadas por las EMP a sus usuarios, se ha constatado la escasez de actividades durante el ejercicio 2021, ya que se inició una auditoría prestacional y no se realizaron controles formales de presentaciones de los Planes de Salud en función de la actualización normativa, enmarcada en la Resolución SSSalud N° 2.165/21. Las tareas de control se orientaron primordialmente a la gestión de los Reclamos por

cuestiones prestacionales de la Sede Central y las Delegaciones Provinciales. Para el cumplimiento de todas las acciones de control sobre el universo de 688 EMP, la Subgerencia de Control Prestacional de las Entidades de Medicina Prepaga cuenta con una dotación de personal conformada por 12 agentes, que también realizan tareas de control sobre Obras Sociales.

Causa: Falta de personal

Efecto Real: Debilidad en el control de prestaciones de EMP a sus usuarios.

Efecto SISAC: Ineficiencia de las Operaciones

Impacto: Medio.

Recomendación: Impulsar las acciones previstas en la normativa vigente para el control de las prestaciones brindadas por las EMP a sus usuarios. Incorporar los recursos humanos necesarios a los fines de mejorar la cantidad y calidad de actividades de fiscalización y control.

Opinión del auditado: Se reasignó recientemente un agente para el área de sindicatura y auditoría. Se está trabajando en la adecuación de los sistemas para realizar los controles online mediante herramientas tecnológicas.

Comentario Final UAI: Se mantiene la observación sin acción correctiva concreta informada.

8.2 Observación: Durante el ejercicio 2021 no se elaboró un Plan institucional de auditorías y/o sindicaturas a EMP.

Causa: Falta o falla en la planificación.

Efecto Real: Debilidad en el control a las EMP.

Efecto SISAC: Incumplimiento de procedimientos y/o normativa aplicable.

Impacto: Medio.

Recomendación: Definir y aprobar formalmente un Plan de Auditorías y/o Sindicatura que integre la fiscalización y control de aspectos prestacionales, económico- financieros, sociales y legales, a fin de dar cumplimiento a lo previsto en el Art. 5 inc. a) del Dto. 1993/11 y normas complementarias. Asimismo, establecer sus atribuciones y funcionamiento

Observación recurrente: Informe de Auditoría UAI N° 06/16, Observación N° 8.1.18.

Opinión del auditado: Se encuentra en proceso.

Comentario Final UAI: Se mantiene la observación sin acción correctiva concreta informada.

9. CONCLUSIÓN

La labor de auditoría tuvo por objeto analizar y verificar las acciones desarrolladas por el Organismo a fin de fiscalizar el cumplimiento de las obligaciones y responsabilidades prestacionales del Programa Médico Obligatorio (PMO), por parte de las Entidades de Medicina Prepaga.

El período objeto de análisis para las acciones de fiscalización ha sido el ejercicio 2021. No obstante, teniendo en cuenta el dictado de la Resolución SSSalud N° 2.165/21, que establece las pautas para las presentaciones de las Cartillas Prestacionales y los Planes de Salud comercializados, se ha considerado como fecha de corte del relevamiento -solo para estas presentaciones- el día 08/06/2022 a efectos de verificar el nivel de cumplimiento de la nueva normativa vigente en la materia.

El presente informe no incluyó el tratamiento de los reclamos de prestaciones de las EMP, dado que se encuentra prevista la ejecución de un informe específico sobre el Procedimiento de Reclamos.

La Subgerencia de Control Prestacional de Entidades de Medicina Prepaga explicó que el ejercicio auditado se caracterizó por la conjunción de diversas situaciones extraordinarias y de prioridad, respecto del normal funcionamiento de la Gerencia, que han producido la reasignación de los escasos recursos humanos disponibles (12 agentes), a la ejecución de otras tareas de control tales como: análisis de solicitudes de Módulos Covid-19, análisis de solicitudes de inscripciones y reinscripciones de prestadores y establecimientos en los Registros correspondientes (dichas inscripciones habían sido prorrogadas en el año 2020 debido al contexto de la Pandemia) y el análisis de los Reclamos de usuarios que se incrementaron notablemente, tanto de Obras Sociales como de EMP.

En tal sentido, como acción de control de las prestaciones se destacan las tareas de análisis y elaboración de los informes médicos de Reclamos

provenientes de las Delegaciones Provinciales y aquellos gestionados en la Sede central del Organismo.

Durante el período auditado, se inició una única auditoría prestacional, tramitada por el expediente EX-2021-84700783- -APN-SCPASS#SSS, la cual se ha verificado, que permanece sin constancias de análisis de la información suministrada, ni posee informe final desde la fecha de presentación de la información.

Respecto de la gestión de Reclamos de usuarios de EMP, no es posible diferenciar la cantidad exacta respecto del universo de trámites ingresados, dado que en muchos casos los reclamos corresponden a usuarios desregulados de Obras Sociales. En el año 2021 se intervino en 478 reclamos de usuarios (entre afiliados directos y desregulados). Los motivos más frecuentes tienen que ver con cobertura de prácticas/insumos/medicamentos incluidos en el Programa Médico Obligatorio, reintegros, medicamentos de alto costo y crónicos, discapacidad y reproducción médicamente asistida.

Con el dictado de la Resolución SSSalud N° 2.165/21 se aprobaron las pautas básicas para las cartillas prestacionales y los planes de salud comercializados, de cumplimiento obligatorio para las Entidades de Medicina Prepaga.

Del resultado del relevamiento se observa que solo 52 EMP de las 688 entidades activas, conforme lo informado por el RNEMP, presentaron sus Planes Integrales de Salud al 31/05/22. Estas EMP -según lo informado por el Área auditada- presentaron un total de 263 planes y/o cartillas prestacionales para su registro y análisis, el cual se encuentra todavía en proceso.

Corresponde sin embargo señalar, que a la fecha de cierre del presente informe (08/06/22), no se han realizado todavía acciones para intimar al cumplimiento de la normativa vigente por parte de las EMP que todavía no realizaron las presentaciones correspondientes, ni acciones disciplinarias como consecuencia de dicho incumplimiento. Ello no amerita todavía observación, a criterio de esta UAI, dado el escaso tiempo transcurrido (6 días hábiles administrativos) desde el vencimiento del plazo (31/05/2022).

En conclusión, del relevamiento y verificaciones efectuadas sobre el control de las prestaciones brindadas por las EMP a sus usuarios, se ha constatado la escasez de actividades durante el ejercicio 2021, ya que se inició una única auditoría prestacional y no se realizaron controles formales de presentaciones de los Planes de Salud en función de la actualización normativa, enmarcada en la Resolución SSSalud N° 2.165/21. Las tareas de control se orientaron primordialmente a la gestión de los Reclamos por cuestiones prestacionales de la Sede Central y las Delegaciones Provinciales.

Para el cumplimiento de todas las acciones de control sobre el universo de 688 EMP, la Subgerencia de Control Prestacional de las Entidades de Medicina Prepaga cuenta con una dotación de personal conformada por 12 agentes, que también realizan tareas de control sobre Obras Sociales.

Si bien, se espera que el aplicativo establecido para las cartillas y planes en el marco de la citada Resolución SSSalud N° 2.165/21, resulte un avance significativo en este tema, resultan todavía insuficientes los recursos con los que cuenta al área a los fines de realizar su fundamental tarea de control respecto de las prestaciones de las EMP.

Buenos Aires, 29 de junio 2022.

REFERENCIA DE PAPELES DE TRABAJO:
Legajo Principal N° 01.24 - 7/22 UAI SSSALUD

C.P. Ruth M. Litmanovich
Res. 75/20 MS- Auditora Interna
Superintendencia de Servicios de Salud