



**INFORME DE AUDITORÍA N° 14 / 2022
UAI SSALUD**

PROCEDIMIENTO SUMARÍSIMO DE RECLAMOS

**UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA
AÑO 2022**

INFORME EJECUTIVO	3
INFORME ANALÍTICO	6
1. Introducción	6
2. Objeto	6
3. Alcance	6
4. Aclaraciones previas	7
5. Marco de referencia	8
5.1. Síntesis del Proceso Auditado	8
5.2 Estructura involucrada	9
5.3 Normativa Vigente	10
6. Tarea realizada	10
7. Resultado del Relevamiento de los Aspectos Auditados	11
7.1. Aspectos Normativos	11
7.2. Descripción procedimientos relevado	14
7.3 Análisis de Reclamos	16
7.4 Información estadística	19
7.5 Información complementaria	22
8. Observaciones Informes Anteriores	23
9. Observaciones – Recomendaciones – Opinión del Auditado	23
10. Conclusiones	26

ANEXOS:

I. Normativa vigente

II. Síntesis del análisis de Reclamos y Expedientes

III. Seguimiento de Observaciones

INFORME EJECUTIVO**INFORME N°14/22 – UAI SSSALUD****PROCEDIMIENTO SUMARÍSIMO DE RECLAMOS**

La labor de auditoría tuvo por objeto verificar el Procedimiento Administrativo de Reclamos. Analizar la recepción de las solicitudes, reclamos, denuncias y recursos presentados por los usuarios del Sistema de Salud. Auditar la gestión de las presentaciones de los usuarios, el seguimiento de las actuaciones en todas las modalidades disponibles hasta su conclusión y notificación de los resultados a los peticionantes.

La tarea incluyó el relevamiento, análisis y verificación de los circuitos desarrollados desde la Gerencia de Atención y Servicios al Usuario del Sistema de Salud para la gestión de los Reclamos de beneficiarios/usuarios frente a hechos o actos de los Agentes del Seguro de Salud y de las Entidades de Medicina Prepaga, desde la etapa de inicio del Reclamo con la asignación de su número hasta la conclusión del procedimiento, que puede producirse por: la solución del mismo, desistimiento del usuario o dictado de acto dispositivo para promover el cumplimiento.

Se efectuó el análisis y actualización de normativa aplicable, verificación de los circuitos, pruebas de cumplimiento a partir del cruce y validación de la información suministrada por el área auditada y aquella obtenida en el desarrollo de la auditoría.

Para la verificación de los circuitos y análisis de los tiempos de tramitación se elaboró una muestra de 62 reclamos y 62 expedientes iniciados durante el período auditado, el ejercicio 2021. Los Reclamos de la muestra se seleccionaron de manera aleatoria y proporcional de acuerdo al total del mes de noviembre 2021, considerando las principales temáticas y estados de los trámites.

Asimismo, se realizó una evaluación comparativa de la información estadística obtenida desde el Aplicativo Resolución 75 disponible en la Intranet del Organismo, respecto a los Reclamos iniciados y gestionados durante el período comprendido entre los años 2020 y 2021.

En cuanto al seguimiento de Observaciones relacionadas con la temática de Reclamos correspondientes a Informes anteriores de esta UAI, se efectuó la

actualización del estado de los hallazgos de acuerdo con el alcance descripto para el presente Informe.

Como resultado de las tareas efectuadas, se verificaron importantes mejoras en los plazos de tramitación de los reclamos desde su inicio hasta el dictado del acto dispositivo y su notificación, reduciéndose de 132 a 62-67 días hábiles. La incorporación del uso de TAD y las notificaciones a los usuarios por correo electrónico agilizó notablemente la celeridad del procedimiento.

Las principales observaciones surgieron como resultado del análisis de los reclamos y expedientes, se constató que el plazo promedio desde el inicio del trámite hasta su notificación al Agente del Seguro es de 10 y 15 días hábiles, según sea iniciado en Sede Central o vía TAD y el formato de los Formularios de Reclamos obrantes en los expedientes analizados corresponde parcialmente al modelo vigente, definido en la Resolución SSSalud N°155/18.

En cuanto al análisis estadístico se constató que la cantidad total de Reclamos iniciados en Sede Central se incrementó en un 22% el ejercicio 2021, respecto del año 2020. En tal sentido, la dotación de personal se mantuvo con escasas modificaciones impactando en el cumplimiento de los plazos de tramitación previstos en la normativa vigente para correr traslado del Reclamo al Agente del Seguro de Salud o Entidad de Medicina Prepaga (48 horas hábiles siguientes a su presentación). Por lo expuesto, se recomienda evaluar la posibilidad de incorporación de personal, conforme las diferentes modalidades disponibles, teniendo en cuenta las limitaciones establecidas en el Decreto N°426/22. Si bien el auditado propuso acciones correctivas tendientes a la regularización de las observaciones detectadas, se recomienda que, teniendo en cuenta las tareas de control desarrolladas por los analistas en forma previa a correr traslado del reclamo, se proceda a la evaluación objetiva de los alcances y posibilidades reales de cumplimiento de los plazos establecidos en la normativa vigente, a los fines de proponer acciones de mejora al procedimiento.

En conclusión, los procedimientos de auditoría desarrollados permitieron verificar la adecuada implementación del procedimiento de Reclamos establecido en la normativa vigente, a excepción de los aspectos observados en el desarrollo del presente informe. Asimismo, el uso del TAD y las mejoras descriptas en las distintas etapas del procedimiento favorecieron la accesibilidad de los usuarios para la tramitación de sus Reclamos.

Buenos Aires, 30 de noviembre de 2022.

C.P. Ruth Litmanovich
Res. 75/20 – SGN Auditora Interna
Superintendencia de Servicios de Salud

INFORME ANALÍTICO**INFORME N° 14 /22 – UAI SSSalud****PROCEDIMIENTO SUMARÍSIMO DE RECLAMOS****1. INTRODUCCIÓN**

El presente Informe da cumplimiento al Plan Anual de Auditoría 2022 que forma parte del Plan Estratégico (2019-2023), proyecto ID 13. 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 verificar el Procedimiento Administrativo de Reclamos. Analizar la recepción de las solicitudes, reclamos, denuncias y recursos presentados por los usuarios del Sistema de Salud. Auditar la gestión de las presentaciones de los usuarios y el seguimiento de los expedientes en todas las modalidades disponibles hasta su conclusión y notificación de los resultados a los peticionantes.

3. ALCANCE

La tarea incluyó el relevamiento, análisis y verificación de los circuitos desarrollados desde la Gerencia de Atención y Servicios al Usuario del Sistema de Salud para la gestión de los Reclamos de beneficiarios/usuarios frente a hechos o actos de los Agentes del Seguro de Salud y de las Entidades de Medicina Prepaga. Para tal fin, se consideró desde la etapa de inicio del Reclamo con la asignación de su número hasta la conclusión del procedimiento, que puede producirse por: la solución del mismo, desistimiento del usuario o dictado de acto dispositivo para promover el cumplimiento.

Se efectuó el análisis y actualización de normativa aplicable, verificación de los circuitos, pruebas de cumplimiento a partir del cruce y validación de la información suministrada por el área auditada y aquella obtenida en el desarrollo de la auditoría.

Para la verificación de los circuitos y análisis de los tiempos de tramitación se elaboró una muestra de 62 reclamos y 62 expedientes iniciados durante el período auditado, el ejercicio 2021.

Elaboración de la muestra

El universo de Reclamos ingresados en Sede Central y vía TAD, gestionados por la GASUSS durante el año 2021, ha sido de 9.746 trámites.

Para la elaboración de la muestra se seleccionaron de manera aleatoria los reclamos correspondientes al mes de noviembre 2021, considerando proporcionalmente las principales temáticas y estados de los trámites. Teniendo en cuenta que el universo del período 2021 lo integran 9.746 Reclamos, la muestra de 62 trámites seleccionados al azar, representan el 0,63% y respecto del total de reclamos del mes de noviembre, 1195, representó el 6,65%.

Los criterios empleados para la elaboración de la muestra incluyeron los motivos de reclamo y estados más frecuentes, de acuerdo con la información estadística suministrada por el auditado y verificada en el aplicativo Res. 75 de disponible en la Intranet del Organismo.

Asimismo, se realizó una evaluación comparativa de la información estadística obtenida desde el Aplicativo Resolución 75, respecto a los Reclamos iniciados y gestionados durante el período comprendido entre los años 2020 y 2021.

Se realizó el seguimiento y actualización de Observaciones de Informes anteriores efectuadas por esta UAI y relacionadas con el objeto del presente Informe.

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

4.1. Se describen a continuación términos o siglas a utilizar en el presente Informe:

Usuario: se emplea de manera indistinta para referirse a los beneficiarios de los Agentes del Seguro de Salud o a los usuarios de las Entidades de Medicina Prepaga.

SSSalud: corresponde a Superintendencia de Servicios de Salud.

ASS: corresponde a los Agentes del Seguro de Salud.

EMP: corresponde a las Entidades de Medicina Prepaga.

GASUSS: refiere a la Gerencia de Atención y Servicios al Usuario del Sistema de Salud.

- 4.2. No se encuentra contemplado en el alcance de la auditoría el tratamiento de las Consultas ingresadas por los diversos Centros de Atención: Personalizada (CAP), Virtual (CAV) y Telefónica (CAT), correspondiente a los usuarios que se comunican o asisten al Organismo, ya que las mismas han sido objeto de análisis en el Informe de Auditoría N°9/22.
- 4.3. Si bien el total de reclamos ingresados a la Superintendencia de Servicios de Salud durante el período auditado (ejercicio 2021) ha sido de 22.083, teniendo en cuenta que 8.725 (40%) corresponden a la Subgerencia de Delegaciones, los mismos no se incorporaron en el presente informe.
- 4.4. Para la definición del universo de Reclamos GASUSS no se incluyeron los reclamos correspondientes a Discapacidad (1.410) debido a que son tramitados en otra Gerencia y aquellos referidos a Opción de Cambio (2202) gestionados sin formulario ni procedimiento de la Res. 75/98 y su modificatoria.
- 4.5. En la presente auditoría se incluye, de manera exclusiva, el análisis de tiempos de tramitación de los expedientes desde su inicio hasta la notificación del acto dispositivo, en caso de existir. La etapa de intervención de la Defensoría del Usuario en el procedimiento será relevada y analizada en un informe específico a desarrollarse en el ejercicio actual.
- 4.6. El objeto de auditoría previsto en el Planeamiento de Auditoría 2022 ha sido posible alcanzarlo de manera integral.

5. MARCO DE REFERENCIA

5.1. Descripción del proceso auditado

El proceso auditado corresponde a las acciones desarrolladas desde la Gerencia de Atención al Usuario del Sistema de Salud, específicamente por la Coordinación de Gestión y Resolución de Reclamos.

El procedimiento auditado tiene como objetivo principal la gestión de los reclamos efectuados por los usuarios ante la Superintendencia de Servicios de

Salud por los inconvenientes con la cobertura médico asistencial o sus derivados que tengan con su Obra Social Nacional o Entidad de Medicina Prepaga.

Los usuarios pueden presentar los Reclamos de manera presencial, virtual (a través del Centro de Atención Virtual) o por la Plataforma de Trámite a Distancia (TAD). Una vez ingresado el trámite se le asigna número de Reclamo y/o Expediente, y se procede al análisis del motivo y documentación respaldatoria a los fines de verificar la pertinencia del caso y de resultar necesario se solicita documentación complementaria.

Analizado el Reclamo, se corre traslado al ASS o EMP para su respuesta, de acuerdo con los plazos correspondientes para cada tipo de trámite presentado (Normal, Especial o Urgente). En caso de silencio o negativa y a pedido del usuario se continua el Reclamo hasta el dictado del acto dispositivo de la GASUSS y se procede a su notificación al reclamante.

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 (y su modificatoria Resolución SSSalud N° 952/2015), conforme se detalla a continuación en lo pertinente.

El Procedimiento auditado es desarrollado principalmente por la Gerencia de Atención y Servicios al Usuario del Sistema de Salud, que tiene a su cargo a la Subgerencia de Gestión de Servicios al Usuario del Sistema de Salud, cuya responsabilidad fundamental es asistir en la planificación, organización y ejecución de todas las acciones tendientes a fortalecer el ejercicio de los derechos de los usuarios, beneficiarios y/o afiliados mediante la gestión eficaz de las solicitudes, reclamos, denuncias y recursos presentados por los usuarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud para lograr una creciente satisfacción por parte de los usuarios.

Asimismo, la Subgerencia de Gestión de Servicios al Usuario del Sistema de Salud tiene bajo su órbita, según lo dispuesto por la Resolución SSSalud N° 841/15 (Anexos modificados por Resolución SSSalud N° 952/15), a la Coordinación de Gestión y Resolución de Reclamos, a la cual le corresponde coordinar las tareas de análisis del reclamo o denuncia iniciada, con la documentación aportada, solicitando informes médicos o profesionales específicos en caso de corresponder, considerando la existencia de descargos recibidos o la ausencia de los mismos y procediendo a la gestión de la resolución del reclamo.

5.3. Encuadre Normativo

Se adjunta en **ANEXO I** la normativa vigente para la presente auditoría.

6. TAREA REALIZADA

La auditoría fue desarrollada durante el período junio- noviembre del año en curso, insumiendo 780 h/h distribuidas en el plazo mencionado.

Se detallan a continuación las tareas efectuadas:

- Recopilación y actualización normativa.
- Relevamiento de la dotación de personal de la Coordinación de Gestión de Reclamos y las actividades de capacitación realizadas.
- Realización de entrevistas con Gerentes y responsables de la Gerencia de Atención y Servicios al Usuario de Sistema de Salud, a fin de relevar las tareas del proceso auditado.
- Relevamiento y descripción del procedimiento sumarísimo de Reclamos iniciados por los usuarios del Sistema de Salud. Verificación de cumplimiento del Procedimiento Administrativo de Reclamos definido en la Resolución SSSalud N° 155/18.
- Análisis de la información estadística resultante del Aplicativo Resolución 75 de la Intranet correspondiente a los Reclamos iniciados durante los ejercicios 2020 y 2021. Evaluación histórica cuantitativa de reclamos iniciados en Sede Central según: motivo, tipificación del trámite, estado, formulario utilizado e iniciador del Reclamo.
- Cruce y validación de la información estadística requerida a la Gerencia de Atención y Servicios al Usuario del Sistema de Salud, con aquella obtenida del Aplicativo Resolución 75 de la Intranet, respecto a la cantidad y motivos de los Reclamos gestionados en el ejercicio 2021.
- Elaboración de una muestra de Reclamos gestionados en el mes de noviembre 2021 a los fines de verificar el procedimiento efectuado, estado del reclamo y los tiempos de tramitación de los expedientes en cada etapa del proceso.

- Verificación de los registros y/o sistemas informáticos empleados para la registración y gestión de los Reclamos de usuarios.
- Evaluación de las Observaciones relacionadas al presente Informe efectuadas con anterioridad, con el objeto de actualizar el estado de estas.

7. RESULTADO DEL RELEVAMIENTO DE LOS ASPECTOS AUDITADOS

Se procede a realizar una descripción del relevamiento y verificaciones efectuadas de acuerdo con el esquema que se indica a continuación:

- 7.1. Aspectos Normativos
 - 7.1.1. Descripción Resolución SSSalud N° 155/18
- 7.2. Descripción del Procedimientos relevado
- 7.3. Análisis de Reclamos
- 7.4. Información estadística
 - 7.4.1. Aplicativo Resolución 75 (Intranet)
- 7.5. Información Complementaria
 - 7.5.1. Relevamiento de la dotación del personal
 - 7.5.2. Relevamiento de actividades de Capacitación

7.1. Aspectos Normativos

7.1.1. Descripción Resolución SSSalud N° 155/18

La Resolución SSSalud N° 155/18 sustituyó el Anexo I de la Resolución SSSalud N° 075/98, aprobando las nuevas normas de procedimiento para el procesamiento de Reclamos. El Anexo sustituido establecía la utilización de los formularios Anexo A (presentaciones ante los ASS) y Anexo B (presentaciones ante la SSSalud), y como Anexo C el modelo de carta a enviar al reclamante notificando la remisión a el ASS del Reclamo e informando los plazos de respuesta e insistencia. La actualmente vigente resolución establece, además de un nuevo procedimiento para el procesamiento, la utilización de un nuevo y único formulario de Reclamo, que aprueba como Anexo II, en el que se encuentra incluido el contenido del anterior Anexo C de la Resolución N° 075/98.

La nueva norma incorpora explícitamente a las EMP en igualdad de condiciones que los ASS en el procedimiento, cuestión que había sido previamente establecida por la Resolución SSSalud N° 1.319/11 respecto a la Resolución SSSalud N° 075/98.

El nuevo procedimiento está estructurado por la Resolución SSSalud N° 155/18 en su Anexo I en cuatro puntos principales:

1. Normas Generales.
2. Reclamo presentado ante los Agentes del Seguro de Salud (ASS) y Entidades de Medicina Prepaga (EMP).
3. Reclamo presentado ante la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud).
4. Disposiciones Comunes

Se realiza a continuación una síntesis de los aspectos principales de cada uno de los Puntos mencionados:

1. Normas Generales:

Establece que se instaura un procedimiento sumarísimo de formulación y solución de Reclamos frente a hechos o actos de los ASS y EMP, que afecten o puedan afectar la normal prestación médico asistencial de los usuarios.

Dispone que este procedimiento sumarísimo será gratuito para los usuarios titulares y/o personas del grupo familiar a su cargo, donde tendrán garantizado el derecho al debido proceso adjetivo, que comprende: el derecho a ser oído; derecho a ofrecer y producir prueba; y derecho a una decisión fundada.

Los Reclamos pueden presentarse personalmente, por correspondencia, fax, correo electrónico o el Sistema de Tramitación a Distancia (TAD).

Se deja constancia de la debida reserva de los datos sensibles que pudieran verse involucrados.

2. Reclamo presentado ante los ASS y EMP

Establece que los ASS y EMP deberán poner a disposición de los usuarios el "Formulario de Reclamo - Resolución 075/98" (Incorporado por la norma como Anexo II) para desarrollar en consecuencia un proceso de registro, estudio, solución y comunicación de los Reclamos que reciban.

Una vez iniciado un Reclamo, y como primera medida, la Auditoría Medica del ASS o EMP deberá calificar al Reclamo de manera inmediata como: (Trámite Urgente, 2 días corridos; Especiales, 5 días corridos; y Normales, 10 días corridos).

En todos los casos los informes que se produzcan deberán ser fundados y suscriptos por la Auditoría Médica o la máxima autoridad del ASS o EMP y se deberá dejar constancia a los usuarios respecto a que pueden insistir con la pretensión de su Reclamo ante la SSSalud.

Las notificaciones que se efectúen deben contener la pertinente motivación y el texto íntegro de la parte resolutive y deberán ser cursadas al domicilio constituido o en su defecto al real. Los usuarios podrán consentir que las notificaciones sean realizadas a un domicilio electrónico.

Vencidos los plazos previstos para el correspondiente Informe de Solución, sin respuesta al usuario, se presumirá la existencia de resolución denegatoria y el incumplimiento implicará para los ASS y EMP el inicio del procedimiento sumarial vigente.

3. Reclamo presentado ante la SSSalud

Los Reclamos podrán también ser directamente presentados ante la SSSalud, cumpliendo con la misma información y documentación requerida, sin necesidad de haber agotado la instancia administrativa previa ante los ASS y EMP.

La SSSalud verificará que el Reclamo sea materia de su competencia y, en caso de resultar pertinente, le asignará mediante el sistema informático del Organismo, el número de Reclamo "Gestión Documental Electrónica" (GEDO) que identificará al "Formulario de Reclamo - Resolución 075/98". En ese momento deberá clasificárselo como Trámite Urgente, Especial o Normal.

Se especifica que en el procedimiento administrativo será utilizada la notificación electrónica como medio de notificación fehaciente para los ASS y EMP.

La SSSalud contará con un plazo de 48 hs. de iniciado el Reclamo para correr traslado al ASS o EMP con el objeto de que realicen el pertinente descargo en cumplimiento del debido proceso. Para los Trámites Urgentes el traslado será inmediato.

Efectuado el traslado al ASS o EMP, estos deberán presentar el descargo, en los mismos plazos establecidos para las presentaciones ante los ASS y EMP (Trámite Urgente, 2 días corridos; Especiales, 5 días corridos; y Normales, 10 días corridos).

Dispone que en esta instancia intervenga la Gerencia de Atención y Servicios al Usuario del Sistema de Salud (GASUSS) que: supervisará la

notificación fehaciente del Reclamo a los usuarios, ASS y EMP; analizará el Reclamo con las constancias documentales aportadas; requerirá -en caso de corresponder- informe a las asesorías técnicas; evaluará por razones de oportunidad, mérito y conveniencia, realizar audiencias entre las partes involucradas y, finalmente, emitirá un Informe de Solución al Reclamo o formará expediente a solicitud de la parte interesada a fin de iniciar el circuito administrativo, dando por concluido el procedimiento sumarísimo de formulación y solución de Reclamos previsto en la norma.

4. Disposiciones Comunes

Especifica que para aquellas cuestiones que no se encuentren previstas en la Resolución, será de aplicación la Ley de Procedimientos Administrativos N° 19.549 y su Decreto Reglamentario N° 1.759/72 (t.o. por Decreto N° 894/17).

7.2. Descripción del Procedimiento relevado

Los usuarios pueden consultar en la página Web del Organismo, sección Usuarios/Reclamos, los requisitos y el procedimiento para realizar un reclamo ante la Superintendencia de Servicios de Salud por los inconvenientes con la cobertura médico asistencial o sus derivados que tengan con su Obra Social Nacional o Entidad de Medicina Prepaga, según el tipo de problemática: negativa de afiliación, baja de afiliación, problemática de aportes, irregularidades en situación de desempleo, problemáticas de cobertura prestacional, aumento indebido de cuota, etc.

El procedimiento se inicia con la presentación del Reclamo y documentación respaldatoria, ya sea en forma presencial en Avenida Roque Saenz Peña N°530 (Sede Central), por Nota, vía TAD o mail a consultasyreclamos@sssaud.gob.ar. En todos casos el formulario empleado se identifica como Anexo Único de la Resolución SSSalud N° 075/98, correspondiente al Anexo II de la Resolución SSSalud N° 155/18.

A los Reclamos iniciados en Sede Central, por mail o nota se les asigna el número correspondiente desde el Aplicativo de la Resolución 75 de la Intranet, y posteriormente se genera un expediente electrónico a partir del módulo "Gestión Documental Electrónica" (GEDO) de acuerdo con lo previsto en el Anexo I, punto 3.3 de la Resolución SSSalud N° 155/18. Para el caso de Reclamos iniciados vía TAD, se genera de manera automática el expediente electrónico con la presentación del formulario y documentación complementaria, y luego se le asigna un número de Reclamo desde el mismo aplicativo utilizado para los trámites presentados en forma presencial.

Los expedientes iniciados por Reclamos y otros trámites, desde la Plataforma de Trámite a Distancia (TAD), son remitidos a un buzón general gestionado desde la Subgerencia de Gestión de Reclamos al que llegan todos los expedientes generados a nivel nacional, sin diferenciar de acuerdo al lugar de residencia del usuario, su correspondencia a la Gerencia de Delegaciones. En tal sentido, desde la Subgerencia se analizan todos los expedientes ingresados, y en muchos casos los mismos al no ser de su competencia, deben ser remitidos a la Gerencia de Delegaciones u otras gerencias. A diferencia del relevamiento efectuado en el informe anterior (Informe de Auditoría N° 4/19), actualmente no reciben Reclamos de los ASS y EMP.

En caso de negativa o falta de respuesta por parte del ASS o EMP en los plazos previstos y sólo a pedido expreso del usuario se promueve la continuidad del trámite hasta la instancia del dictado del acto dispositivo.

Sin perjuicio de que el Anexo C aprobado por la Resolución SSSalud N° 075/98 no se encuentra vigente a partir de las modificaciones introducidas por la Resolución N°155/18, la información destinada al usuario para conocer los plazos y el procedimiento de su reclamo se encuentra detallada en el Anexo II de la Resolución N°155/18.

En caso de recibir el descargo, los analistas de la Coordinación de Gestión y Resolución de Reclamos evalúan si se dio respuesta integral y favorable al Reclamo y notifican al usuario la respuesta dada a través, si bien existe expediente electrónico conformado, no se realiza la emisión del Informe de Solución previsto en el Anexo I, punto 3.8.5 de la Resolución SSSalud N° 155/18. En caso de respuesta es favorable se informa al usuario a fin de recibir la confirmación de la solución ofrecida.

Tal como lo indica el formulario único de la Resolución N°155/18 SSSalud: *“Se informa que las notificaciones y/o traslados se realizarán a la dirección de correo electrónico declarada”*, las notificaciones a los usuarios sobre las gestiones de sus Reclamos se realizan por correo electrónico. Cuando las notificaciones no son efectuadas por correo electrónico las mismas se realizan a través de correo postal. Las distintas notificaciones a los usuarios (por falta de documentación, con la respuesta brindada por el Agente o Entidad o consultando la resolución del caso) son realizadas vía correo electrónico por los mismos analistas que evalúan el reclamo. Los mails son remitidos desde sus casillas de correo institucional.

De acuerdo a lo informado por el auditado se encuentra suspendida la realización de audiencias entre los usuarios y los ASS y EMP a fin de intentar arribar a una solución posible y útil para ambas partes.

Ante respuesta negativa o la falta de una solución integral y/o concreta al Reclamo y a pedido del usuario, se dá por concluido el procedimiento sumarísimo de Reclamos. En todos los casos se requiere el pedido de continuidad del usuario de manera formal, considerando las particularidades de cada Reclamo.

Los pedidos de continuidad de los Reclamos son gestionados a través de notas remitidas a los analistas o mediante los Centros de Atención Telefónica y Virtual al mail continuidaddereclamos@sssaud.gob.ar.

Concluido el procedimiento sumarísimo, ante el silencio o negativa al requerimiento y con el pedido de continuidad del usuario, se procede a incorporar el informe técnico (médico y/o contable), en caso de corresponder, se acreditan las notificaciones y/o descargos y luego se remite el expediente electrónico a Gerencia de Asuntos Jurídicos, donde se analiza el caso particular, el informe técnico si existiera y se confecciona el proyecto de Disposición. Posteriormente, se devuelve el expediente a la GASUSS para la firma del acto administrativo y finalmente, se remite el expediente a la Secretaría General para la notificación de la Disposición correspondiente.

7.3. Análisis de Reclamos

A partir de la información suministrada por el auditado y aquella disponible en la Intranet del Organismo (Consultas/Gerencias/GSB/Estadísticas) se elaboró y analizó una muestra de 60 Reclamos correspondientes al mes de noviembre de 2021, a los fines de constatar el procedimiento relevado.

El análisis incluyó la verificación de la información expuesta en el formulario 75 (Intranet), el estado del Reclamo y número de expediente generado en cada caso. Si bien la muestra inicial incluyó 60 Reclamos, debido a que 2 de los mismos correspondían a trámites ya presentados, se incorporaron a la muestra, conformándose finalmente con 62 Reclamos.

Se detalla en **ANEXO II**, el listado de los reclamos y expedientes que conformaron la muestra, incluyendo la síntesis del resultado del análisis.

En términos generales se verificaron los siguientes aspectos:

- ✓ El aplicativo informático de la Res. 75 utilizado para la asignación de número de Reclamos aun prevé como tipo de Formulario, el A y B. Sin embargo, estos han sido modificados por la Resolución SSSalud N° 155/18, en su Art. 3° aprobó como Anexo II el Formulario único para la presentación de los Reclamos.
- ✓ El formato de los Formularios analizados en los expedientes corresponde parcialmente al modelo vigente, definido en la Resolución SSSalud N°155/18. Se ha observado que en dichos formularios no obra el detalle

de información destinada al usuario respecto de los plazos previstos para la resolución de los casos, según el tipo de trámite presentado y acciones a realizar para la continuidad ante el silencio o negativa por parte de los Agentes. (Esta información correspondía al Anexo C de la Resolución SSSalud N° 75/98).

- ✓ Diversos circuitos para el procedimiento de Reclamos, según sea iniciado en forma presencial o por TAD. A los Reclamos iniciados en forma presencial, se les asigna en primer lugar número de Reclamo y luego se procede a la caratulación del Expediente. Cuando el Reclamo es iniciado por el usuario vía TAD, el procedimiento se inicia con la generación automática del expediente y luego se asigna número de Reclamo desde el aplicativo de la Res. 75. Estos circuitos no se encuentran formalmente incorporados en el Manual de Procedimientos.
- ✓ Del cruce de la información del Aplicativo de la Res. 75 con los expedientes electrónicos se observó que el estado de los Reclamos se encontraba desactualizado respecto de las gestiones verificadas en los expedientes. (N° de Reclamos: 234344, 233873, 233312, 233082, 232754, 233476, 233077, 234348, 233453).

Para el análisis de los tiempos de tramitación la muestra quedó conformada por 58 expedientes, dado que de los 62 reclamos indicados se excluyeron los siguientes:

- Los Reclamos N° 233480 y 232732 habían sido tramitados con anterioridad con otros números.
- El Reclamo N° 232935, no indica número de expediente. El auditado informó que la usuaria no envió la documentación que se le solicitó como indispensable para dar curso al reclamo atento a que era un pedido de afiliación de hijo mayor de 21 años, lo cual solo es posible con presentación de certificado de estudios regulares o con CUD. Ante este silencio no se procedió a la caratulación del expediente.
- El Reclamo N° 233925, refiere al Expediente (EX-2021-11593519- -APN-SGSUSS#SSS) inexistente en GDE. El auditado señala que el número correcto del expediente es EX-2021-115943519- -APN-SGSUSS#SSS. De la lectura del mismo surge que el 2/1/22 se comunicó con el beneficiario telefónicamente quien le informó que no tenía aportes y pediría una constancia de baja para recibir atención en hospital público.

De los 58 expedientes analizados, 45 corresponden a presentaciones en Sede Central y 13 a trámites ingresados a través de la plataforma de TAD.

Los resultados obtenidos del análisis de tiempos de tramitación se encuentran sintetizados en los cuadros detallados a continuación, donde se indica el promedio de días transcurridos en las distintas etapas del proceso auditado.

Expedientes Sede Central			
Promedio de días hábiles entre el Ingreso del Reclamo y su Caratulación	Promedio de días hábiles entre ingreso del Reclamo y 1° Notificación	Promedio de días hábiles ente el Ingreso del Reclamo y Disposición*	Promedio de días hábiles ente Disposición y su Notificación
8	10	67	7

*Cantidad de expedientes con Disposición:16.

Expedientes TAD			
Promedio de días hábiles ente la Caratulación y su asignación de N° de Reclamo	Promedio de días hábiles entre ingreso del Reclamo y 1° Notificación	Promedio de días hábiles ente el Ingreso del Reclamo y Disposición**	Promedio de días hábiles ente Disposición y Notificación
10	15	62	8

**Cantidad de expedientes con Disposición:1.

Del análisis de los expedientes se verificaron los siguientes aspectos:

- ✓ De los 13 expedientes TAD, se realizaron notificaciones a usuarios solicitando documentación/información complementaria o informando la improcedencia del reclamo.
- ✓ El promedio de días hábiles entre el ingreso del reclamo y su caratulación (en Sede Central) se incrementó en 2 días durante el período auditado teniendo en cuenta el relevamiento efectuado en el Informe de Auditoría N° 4/19. Cabe aclarar que, respecto a la cantidad de Reclamos iniciados se verificó un notable incremento del 22% entre los años 2020 y 2021 (17.565 vs. 22.083), manteniéndose la misma dotación de personal en contexto de la Pandemia por Covid-19.
- ✓ El promedio de días transcurridos entre el inicio del trámite y el dictado de Disposición se redujo ampliamente respecto de años anteriores, ya que en el período auditado fue de 67 y 62 días hábiles, según correspondía a presentaciones en Sede Central o TAD, respectivamente. En el Informe de Auditoría N° 4/19 se verificó que la cantidad promedio de días para el año 2018, entre la fecha de caratulación y Disposición había sido de 132 días.
- ✓ Tanto para los Reclamos presentados en Sede Central como para aquellos TAD, los plazos de notificación fueron de 3 días hábiles. De esta manera se verifica que el uso de notificaciones vía TAD y correo electrónico agilizó significativamente la etapa de notificación en el procedimiento.

7.4. Información estadística

7.4.1. Aplicativo Resolución 75 (Intranet)

El Aplicativo de la Intranet, Resolución 75, es la fuente de información de las estadísticas generadas y utilizadas por la Gerencia de Atención y Servicios al Usuario.

De la información “Estadísticas Resolución 75” obrante en la Intranet del Organismo, se efectuaron diversas consultas acerca de los Reclamos iniciados en los años 2020 y 2021 en Sede Central, a fin de analizar la evolución histórica de los mismos en términos cuantitativos, considerando además las distintas opciones temáticas que brinda el aplicativo.

7.4.1.1. Apertura Reclamos entre Sede Central y Delegaciones

Respecto a la cantidad de Reclamos totales iniciados, se verifica un notable incremento del 25% entre los años 2020 y 2021 (17.565 vs. 22.083). Particularmente, el incremento de los Reclamos en Sede Central correspondió al 22% en dichos períodos. Los Reclamos gestionados en Sede Central alcanzan entre el 60% y 62% del universo de Reclamos presentados en el Organismo. En el cuadro siguiente se presenta la información:

Concepto	Sede central	%	Delegaciones	%	Total	%
Año 2020	10946	62%	6619	38%	17565	100%
Año 2021	13358	60%	8725	40%	22083	100%

7.4.1.2. Apertura Reclamos según problemática

En cuanto a las principales problemáticas presentadas, se puede observar en el cuadro detallado a continuación que durante los años 2020 y 2021 se mantuvieron moderadamente estables los porcentajes de cada concepto, a excepción de los Reclamos referidos a irregularidades de afiliación, que durante el ejercicio 2021 se han incrementado notablemente alcanzando más del 66% de los trámites presentados. Asimismo, en dicho período se destaca una baja de Reclamos por Medicación.

Descripción	Año 2020		Año 2021	
	Total	%	Total	%

Irregularidades de Afiliación	6334	58%	8787	66%
Problemáticas Prestacionales	2297	21%	2616	20%
Discapacidad	1423	13%	1410	11%
Medicación	854	8%	482	4%
COVID	20	0%	45	0%
Salud Mental	18	0%	18	0%
Total	10946	100%	13358	100%

7.4.1.3. Apertura Reclamos según Estado del Reclamo

Como resultado del análisis de los estados de Reclamos se observa que, en términos generales, los porcentajes de cada estado de Reclamo se mantienen con poca variabilidad. En el período 2021, el 38% de los Reclamos corresponden a Primera Instancia Iniciada mostrando una diferencia del 10% respecto del ejercicio 2020. El porcentaje de Reclamos Solucionados en el 2021 alcanzan al 12% y aquellos con Expediente Iniciado al 23%.

ESTADO DE RECLAMO	Año 2020		Año 2021	
	Total	%	Total	%
Primera instancia iniciada	3097	28%	5078	38%
Finalizado / Solucionado	1137	10%	1666	12%
Expediente iniciado	3687	34%	3070	23%
Segunda instancia ante pedido de continuidad de tramite	517	5%	1326	10%
Finalizado / Falta de Documentación	269	2%	428	3%
Finalizado / Sin Pedido de Continuidad	196	2%	220	2%
Con respuesta de la Obra Social	282	3%	416	3%
Ingresado en Area Tecnica	254	2%	421	3%
Finalizado / Archivado	1055	10%	534	4%
Finalizado / No correponde	73	1%	152	1%
Sin solicitud de continuacion de tramite	94	1%	17	0%
Finalizado / Archivado / Recurso de Amparo	23	0%	20	0%
Notificado con Dictamen de la Superintendencia		0%	2	0%
Recibido por la Obra Social	249	2%	2	0%
Enviado a Mesa de Entradas para su Caratulación	13	0%	6	0%

Total	10946	100%	13358	100%
-------	-------	------	-------	------

7.4.1.4. Apertura Reclamos según tipificación del trámite

Del análisis de la evolución de la tipificación de los trámites se observa un incremento del 10% de los trámites que revistieron carácter normal, en el período 2021, respecto del ejercicio anterior. Se detallan seguidamente los resultados obtenidos en el período evaluado.

Descripción	Año 2020		Año 2021	
	Total	%	Total	%
Trámite Normal	7346	67%	10271	77%
Especial	3586	33%	3036	23%
Urgencia Médica	14	0%	51	0%
Total	10946	100%	13358	100%

7.4.1.5. Apertura Reclamos según tipo de formulario

En cuanto al tipo de formulario con que se presentaron los Reclamos, se verifica que para aproximadamente el 97% de los trámites se empleó el Formulario B (utilizado para los usuarios que asisten o se comunican con la Sede Central o en las Delegaciones) y el 3,5% de los casos se tramitó por notas. El uso del formulario A (previsto para la presentación de los reclamos en los Agentes) es muy acotado, sin alcanzar ni el 1% de los casos.

Descripción	Año 2020		Año 2021	
	Total	%	Total	%
Formulario B	10526	96,16%	12861	96,28%
Nota	387	3,54%	473	3,54%
Formulario A	33	0,30%	24	0,18%
Total	10946	100%	13358	100%

Finalmente, se destaca que a partir del dictado de la Resolución N°155/18 SSSalud se han derogados los Formularios A y B, estableciéndose un único formulario para la presentación de los Reclamos.

7.4.1.6. Apertura Reclamos según iniciador del Reclamo

En cuanto al tipo de usuario iniciador del Reclamo, se ha notado una reducción de aquellos correspondientes a trabajadores incluidos en la Ley 23660 obligatorio (relación de dependencia), mientras que se incrementaron en aproximadamente un 7% los Reclamos referidos a Monotributistas. Esta tendencia del incremento de Reclamos referidos a Monotributistas se mantiene en ascenso desde ejercicios anteriores (Informe de Auditoría N°04/19 UAI).

Descripción	Año 2020	%	Año 2021	%
Ley 23660 obligatorio	4504	41,15%	5064	37,85%
Monotributista	4085	37,32%	5886	44,00%
Prepaga - Beneficiario	1539	14,06%	1552	11,60%
Pasivo	548	5,01%	480	3,59%
Empleado Serv. Doméstico	207	1,89%	326	2,44%
Adherente	56	0,51%	67	0,50%
Monotributista Autónomo	7	0,06%	3	0,02%
Total	10946	100%	13378	100%

7.4.1.7. Verificación de la información estadística remitida por el auditado

Del análisis de la información estadística descrita en apartados anteriores referida a la cantidad de Reclamos y las principales temáticas gestionadas durante el ejercicio 2021, se ha verificado la consistencia de dicha información con aquella remitida por el auditado.

7.5. Información Complementaria

7.5.1. Relevamiento de la dotación del personal

De acuerdo con la información remitida por el auditado la dotación de la Subgerencia de Gestión de Reclamos se encuentra conformada por 32 agentes, distribuidos de la siguiente manera:

- Agentes administrativos: 9 agentes
- Analistas de reclamos: 12 agentes

- Analistas contables: 9 agentes
- Analistas médicos: 2 agentes

7.5.2. Relevamiento de actividades de Capacitación

Durante el ejercicio 2021 todos los centros de atención realizaron la actividad “Introducción a la perspectiva LGBTI+ para la atención sin discriminación por orientación sexual, expresión e identidad de género en los Servicios de Salud” y que ha sido dictado por el Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad.

8. OBSERVACIONES INFORMES ANTERIORES

Se adjunta como ANEXO III detalle de las Observaciones anteriores, donde se indica en cada caso los antecedentes de respuestas anteriores, la Situación Relevada y verificada a Noviembre 2022.

9. OBSERVACIONES – RECOMENDACIONES – OPINIÓN DEL AUDITADO

9.1. Observación: La Resolución SSSalud N° 155/18 establece en el pto. 3.6 del Anexo I, que dentro del plazo de cuarenta y ocho (48) horas de iniciado el reclamo, la SSSALUD correrá traslado a los ASS y EMP a fin de que efectúen el descargo en cumplimiento del debido proceso. Como resultado del análisis de los tiempos de tramitación de los Reclamos se observó que el plazo promedio desde el inicio al trámite hasta su notificación al Agente del Seguro es de 10 y 15 días hábiles, según sea iniciado en Sede Central o vía TAD. Asimismo, surge del relevamiento efectuado el incremento en el caudal de reclamos ingresados, tanto en sede central como aquellos presentados vía TAD y la dotación de personal que se mantiene prácticamente sin cambios.

Causa: Falta de personal.

Efecto: Incumplimiento de procedimientos y/o normativa aplicable.

Efecto Real: Demora en la gestión y resolución del trámite.

Impacto: Medio

Recomendación: Promover acciones orientadas a mejorar los plazos de tramitación de los Reclamos a fin de dar cumplimiento a lo establecido en el pto. 3.6 del Anexo I de la Resolución SSSalud N° 155/18.

Opinión del auditado: Más allá de la necesidad de incorporar mayor cantidad de personal para acelerar los tiempos de notificación, este trámite

requiere llevar a cabo un circuito con las siguientes tareas, recepción y evaluación de la documentación en los centros de atención, elevación a SGSUSS (Subgerencia de Gestión de servicios al usuario del Sistema de Salud), carga de la información en la INTRANET generando un número de reclamo, escaneo de la documentación y conversión a PDF editable para posibilitar su vista en sistema. Del listado de reclamos incorporados se asignan según temática. Se informa a los analistas por correo electrónico la asignación de las causas. Luego se sube toda la documentación a una carpeta compartida de la SGSUSS para la posterior adquisición de los reclamos por los analistas. En este proceso intervienen distintos analistas y administrativos para llevar adelante la incorporación, el registro del reclamo, la evaluación del mismo y la guarda de la documentación para su tramitación. Luego el analista procede a su caratulación por GEDE, incorpora la documentación, eventualmente solicita al usuario por documentación y/o información faltante, quedando en estos supeditado a la respuesta del usuario. Una vez agotado esta etapa, se debe confeccionar un INFORME GEDE para la notificación a las obras sociales y/o entidades de medicina prepaga, informes que son elevados a la Subgerente de SGSUSS para su revisión y firma. Es en esta etapa finalmente que puede procederse a la notificación

Consideración Final UAI: El auditado describe detalladamente las tareas del proceso efectuadas desde la Subgerencia de Gestión de Servicios, sin definir acciones correctivas orientadas a la regularización de la presente observación. Teniendo en cuenta todas las tareas de control desarrolladas por los analistas en forma previa a correr traslado del reclamo se recomienda evaluar los alcances y posibilidades reales de cumplimiento de los plazos establecidos en la normativa vigente. Por lo expuesto, la observación continua pendiente de regularización.

- 9.2.** Del cruce de la información del Aplicativo de la Res. 75 con los expedientes electrónicos se observó que el estado de algunos Reclamos se encontraba desactualizado respecto de las gestiones verificadas en los expedientes. (N° de Reclamos: 234344, 233873, 233312, 233082, 232754, 233476, 233077, 234348, 233453).

Causa: Falta de actualización.

Efecto: Ineficiencia de las Operaciones.

Efecto Real: Dificultad de obtener información precisa y oportuna pudiendo impactar en la toma de decisiones

Impacto: Medio

Recomendación: Implementar acciones de actualización del estado real de los Reclamos gestionados a los fines de permitir la obtención de información actualizada y precisa. Asimismo, se recomienda incorporar información estandarizada y oportuna que permita facilitar el seguimiento del estado del Reclamo.

Opinión del auditado: Se insistirá ante los analistas, en la necesidad de actualizar el estado del reclamo mientras el mismo se tramite dentro de la SGSUSS a fin de que la información obtenida de los Formularios 075 sea actual y precisa.

Consideración Final UAI: El auditado informa acción correctiva sin especificar fecha de ejecución. La observación continua pendiente de regularización.

- 9.3. Observación:** Durante las verificaciones efectuadas se ha constatado que el aplicativo informático Res. 75 aún permite la carga de formularios A y B, a pesar de que la Resolución SSSalud N° 155/18 establece en el Art. 2, Anexo II el Formulario de Reclamo Único.

Causa: Falta de actualización.

Efecto: Incumplimiento de procedimientos y/o normativa aplicable.

Efecto Real: Dificulta la precisión de la información obtenida

Impacto: Medio

Recomendación: Promover juntamente con la Gerencia de Sistemas de Información acciones orientadas a la revisión y actualización del Aplicativo de la Res. 75.

Opinión del auditado: Se reiterará la solicitud a la Gerencia de Sistema Informático a fin de que se actualice el aplicativo de la Res 075.

Consideración Final UAI: El auditado informa acción correctiva sin especificar fecha de ejecución. La observación continua pendiente de regularización.

- 9.4. Observación:** El formato de los Formularios de Reclamos obrantes en los expedientes analizados corresponde parcialmente al modelo vigente, definido en la Resolución SSSalud N°155/18. Se ha observado que en

dichos formularios no obra el detalle de información destinada al usuario respecto de los plazos previstos para la resolución de los casos, según el tipo de trámite presentado y acciones a realizar para la continuidad ante el silencio o negativa por parte de los Agentes. (Esta información correspondía al Anexo C de la Resolución SSSalud N° 75/98).

Recomendación: Promover la incorporación de la información detallada al final del formulario único, de acuerdo con el modelo aprobado como Anexo II de la Resolución SSSalud N° 155/18.

Observación recurrente Informe de Auditoría N°4/19 (Obs. 10.1)

Opinión del auditado: Se reiterará la solicitud al área pertinente a fin de que se actualice el aplicativo de la Res 075 según Res 155/18. No obstante ello, la analista, al enviar la notificación a la obra social y/o a la entidad de medicina prepaga, envía al beneficiario, via mail el ANEXO C de la RES 075/98, la cual se adjunta al expediente.

Consideración Final UAI: El auditado informa acción correctiva sin especificar fecha de ejecución. La observación continua pendiente de regularización.

10. CONCLUSIÓN

Como resultado de las tareas efectuadas, se verificaron importantes mejoras en los plazos de tramitación de los reclamos desde su inicio hasta el dictado del acto dispositivo y su notificación, reduciéndose de 132 a 62-67 días hábiles. La incorporación del uso de TAD y las notificaciones a los usuarios por correo electrónico agilizó notablemente la celeridad del procedimiento.

De la verificación efectuada sobre reclamos y expedientes, se observó que el plazo promedio, desde el inicio del trámite hasta el traslado al Agente del Seguro es de 10 y 15 días hábiles, según sea iniciado en Sede Central o vía TAD y que el formato de los Formularios de Reclamos obrantes en los expedientes analizados corresponde parcialmente al modelo vigente, definido en la Resolución SSSalud N°155/18.

En cuanto al análisis estadístico se constató que la cantidad total de Reclamos iniciados en Sede Central se incrementó en un 22% el ejercicio 2021, respecto del año 2020. En tal sentido, la dotación de personal se mantuvo con escasas modificaciones impactando en el cumplimiento de los plazos de tramitación previstos en la normativa vigente para correr traslado del Reclamo al Agente del Seguro de Salud o Entidad de Medicina Prepaga (48 horas hábiles

siguientes a su presentación). Por lo expuesto, se recomienda evaluar la posibilidad de incorporación de personal, conforme las diferentes modalidades disponibles, teniendo en cuenta las limitaciones establecidas en el Decreto N°426/22. Si bien el auditado propuso acciones correctivas tendientes a la regularización de las observaciones detectadas, se recomienda que, teniendo en cuenta las tareas de control desarrolladas por los analistas en forma previa a correr traslado del reclamo, se proceda a la evaluación objetiva de los alcances y posibilidades reales de cumplimiento de los plazos establecidos en la normativa vigente, a los fines de proponer acciones de mejora al procedimiento.

En conclusión, los procedimientos de auditoría desarrollados permitieron verificar la adecuada implementación del procedimiento de Reclamos establecido en la normativa vigente, a excepción de los aspectos observados en el desarrollo del presente informe. Asimismo, el uso del TAD y las mejoras descritas en las distintas etapas del procedimiento favorecieron la accesibilidad de los usuarios para la tramitación de sus Reclamos.

Buenos Aires, 30 de Noviembre de 2022.

REFERENCIA DE PAPELES DE TRABAJO:

Legajo Principal N° 01.28 – 14/22 UAI SSSALUD

C.P. Ruth Litmanovich
Res. 75/20 – SGN Auditora Interna
Superintendencia de Servicios de Salud