



INFORME DE AUDITORÍA Nº 06 / 2022- UAI SSSALUD

OBRAS SOCIALES EN CRISIS: SISTEMA DE DIAGNÓSTICO Y PROCEDIMIENTO DE CRISIS

**UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA
AÑO 2022**

TABLA DE CONTENIDOS

INFORME EJECUTIVO	1
INFORME ANALÍTICO	7
1. Introducción	7
2. Objeto	7
3. Alcance	7
4. Marco de referencia	8
4.1. Estructura involucrada	8
4.2. Encuadre Normativo	12
5. Tarea realizada	12
6. Análisis Normativo y Resultado del Relevamiento	13
6.1. Obras Sociales en Crisis	13
6.2. Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis	16
6.3. Procedimiento de Crisis	31
6.4. Aplicativo Informático – Diagnóstico de Situación de Crisis	33
6.5. Agentes del Seguro de Salud en Concurso Preventivo	33
7. Observaciones - Recomendaciones - Opinión del Auditado	35
8. Conclusión	39
ANEXOS:	
I – Normativa Aplicable	

INFORME EJECUTIVO

INFORME N° 06/22 – UAI SSSALUD

OBRAS SOCIALES EN CRISIS: SISTEMA DE DIAGNÓSTICO Y PROCEDIMIENTO DE CRISIS

El presente Informe fue elaborado dando cumplimiento al Plan Anual de Auditoría 2022, comprendido en el Plan Ciclo 2019//2023, y tuvo por objeto analizar y evaluar el procedimiento vigente respecto de las Obras Sociales en Crisis, el Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis y el Procedimiento de Crisis propiamente dicho, en virtud de lo establecido por el Decreto N° 1.400/01 y la Resolución SSSalud N° 501/10.

La tarea abarcó el análisis integral de la normativa vigente y su cumplimiento e implementación por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud, la evaluación de los circuitos y/o procedimientos existentes y las acciones desarrolladas por las distintas áreas del Organismo competentes en la materia.

En el relevamiento de los temas abordados se ha desarrollado un panorama integral respecto de la presente temática, describiendo los aspectos normativos del proceso, como así también la impronta y los criterios adoptados por las diversas áreas del Organismo involucradas en las distintas etapas del mismo.

Asimismo, se ha procurado evaluar el alcance y la eficacia del sistema en relación con la prevención y detección de las situaciones de crisis en los Agentes del Seguro de Salud.

Adicionalmente al Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis y al Procedimiento de Crisis, se analizaron los aspectos prácticos y normativos respecto del tratamiento otorgado a los Agentes del Seguro de Salud en Concurso Preventivo de Acreedores.

El período objeto del examen para todas las actividades, circuitos y procesos auditados fueron los ejercicios 2019-2021.

La labor de auditoría del presente Informe se desarrolló siguiendo los procedimientos y prácticas implementadas por la Sindicatura General de la Nación, según las Normas de Auditoría Interna Gubernamental y el Manual de Control Interno Gubernamental.

Un Agente del Seguro de Salud se encuentra en Situación de Crisis cuando su Factor de Criticidad es superior al valor límite de 65. El citado Factor de Criticidad es el cociente entre la sumatoria de la valorización de los Criterios N° 1, N° 2, N° 3 y N° 4, y el número 3,2 multiplicado por el número 100.

Criterio N° 1: Aspectos prestacionales, jurídico-institucionales y de atención al beneficiario.

A los fines de evaluar el grado de cumplimiento del presente Criterio, se tienen en cuenta doce (12) Requisitos, cuyo cumplimiento se valoriza con 0 y el incumplimiento con 1. Cuando de la suma resultante se obtenga un valor igual o inferior a 6 puntos se interpreta que existe un adecuado nivel de cumplimiento y se valoriza a los Agentes con 0 en el Criterio N° 1. Mientras que existirá un inadecuado nivel de cumplimiento cuando el valor resultante sea igual o superior a 7 puntos, en cuyo caso se valoriza a los Agentes con 1.

Criterio N° 2: Indicadores económico-financieros.

A los fines de evaluar el grado de cumplimiento del presente Criterio, se tienen en cuenta una serie de doce indicadores económico-financieros. Se valoriza con 0 a los Agentes que presenten 6 o menos índices fuera de rango y con 1 a los Agentes que presenten 7 o más de los índices fuera de rango.

Criterio N° 3: Capacidad de Repago

Capacidad de Repago es el cociente entre el pasivo corriente total del Agente, neto de inversiones líquidas, y la recaudación ordinaria diaria. Se valoriza con 0 a los Agentes que presenten una capacidad de repago de hasta 150 días y con 1 a los Agentes que presenten una capacidad de repago superior a 150 días.

Criterio N° 4: Dependencia de subsidios financieros

Se valoriza con 0 a los Agentes que hubieran recibido subsidios financieros en una cantidad tal, que el promedio mensual de los subsidios recibidos en los 2 últimos años calendarios, dividido por el importe informado como ingreso ordinario mensual en el último Estado de Origen y Aplicación de Fondos presentado sea inferior a 0,167. Se valoriza con 0,2 a los Agentes con relaciones superiores a dicho 0,167.

El Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis se utiliza como una herramienta de gestión, para corregir desvíos, en virtud de las alertas que surgen de las mediciones que se van efectuando, tomando contacto preventivamente de manera informal con el Agente del Seguro de Salud la

Gerencia de Control Económico Financiero, a medida que su Factor de Criticidad se va incrementando y acercando a los valores límite.

Para la carga y registro de los valores de los distintos Criterios y Requisitos existe un Aplicativo Informático en el cual, las distintas Gerencias del Organismo involucradas en el proceso, ingresan la información que les corresponde a cada una de ellas, registrando los valores de acuerdo con sus diferentes competencias.

Se ha constatado durante la auditoría, que el circuito actualmente vigente tiene un funcionamiento que actúa sistemáticamente, permitiendo el Aplicativo Informático obtener los datos en relación con cada uno de los Agentes del Seguro de Salud, con respecto de cada Criterio y/o Requisito y por períodos. Posibilita, a su vez, ir monitoreando las cargas trimestrales y los usuarios responsables de las mismas, como también la producción de informes estadísticos y la descarga de los datos en planillas Excel. La Gerencia de Control Económico Financiero genera a su vez un expediente trimestral de seguimiento de las situaciones detectadas con los resultados del diagnóstico de dicho período.

De acuerdo al relevamiento realizado, y a partir de que la normativa solo indica la denominación de los Requisitos del Criterio N° 1, se verifica que, en general, se ha optado por otorgar un carácter de cumplimiento formal, y no restrictivo, para cargar la calificación en el Aplicativo Informático.

Así por ejemplo, para medir la existencia de riesgos que alteren el normal suministro de las prestaciones médicas, la Gerencia de Control Prestacional (Requisitos N° 1 y 2) lo evalúa en función de la sola presentación del Programa Médico Asistencial y de la Cartilla, independientemente si luego las mismas merecen o no la aprobación; o considera adecuado para el Requisito N° 3 la presentación de un Contrato Prestacional en el año, independientemente de los efectivamente celebrados por la Obra Social.

De similar forma, también para el Criterio N° 1, la Gerencia de Atención y Servicios al Usuario del Sistema de Salud califica el Requisito N° 9 de Reclamos, según lo verificado por la auditoría anual que se realiza en las sedes de las Obras Sociales, respecto a cuestiones formales dispuestas por la Resolución SSSalud N° 75/98.

En otro orden, mediante la Resolución SSSalud N° 501/10 el Organismo consideró abstracta la dependencia que disponía en el Decreto N° 1.400/01 para el Criterio N° 4, a partir de que las solicitudes de apoyo financiero debían ser presentadas con carácter de reintegro a partir del año 2008.

Por lo indicado, dicha Resolución ha fijado el concepto para medir la dependencia de subsidios financieros en función de lo previsto por el Decreto N° 1.901/06, respecto de la distribución automática del Fondo Solidario de Redistribución, denominado SANO (Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales).

Al momento del dictado de la Resolución SSSalud N° 501/10, no se encontraban vigentes los restantes actuales subsidios automáticos del Fondo Solidario de Redistribución, razón por la cual no son utilizados para medir el cumplimiento del Criterio N° 4. Los mismos son los establecidos por el Decreto N° 1.609/12 -Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA)- y el Decreto N° 1.368/13, Subsidio de Mitigación de Asimetrías para el Régimen de Trabajo Especial (SUMARTE) y el Subsidio para Mayores de Setenta Años (SUMA 70).

En relación al tratamiento otorgado a los Agentes del Seguro de Salud en Concurso Preventivo de Acreedores, el Decreto N° 1.400/01 considera en Situación de Crisis a todos los Agentes del Sistema que se encuentren en concurso de acreedores en los términos de la Ley N° 24.522.

Se analizaron la totalidad de los expedientes trimestrales del período auditado, los cuales consistieron en los expedientes correspondientes al ejercicio 2019.

En relación con las 6 Obras Sociales en crisis por su factor de criticidad de acuerdo al diagnóstico realizado en el expediente del segundo trimestre de 2019 (EX 2019-62731393-APN-SCEFASS#SSS), no se iniciaron los respectivos procedimientos de crisis, conforme lo establece el artículo 20 del Decreto 1.400/01, que dispone que cuando de la aplicación del procedimiento de diagnóstico se establezca la existencia de una Situación de Crisis, la Superintendencia de Servicios de Salud procederá, en un plazo no superior a 5 días hábiles, a través de resolución fundada, a la instauración del Procedimiento de Crisis.

Cabe señalar que durante el ejercicio 2020 y 2021 se suspendió la realización del diagnóstico de crisis mediante el Memo ME-2020-60352843-APN-SSS-MS el cual establecía una suspensión hasta el cierre trimestral del 31/08/2022. Al respecto corresponde observar, que en caso de considerarse necesaria la suspensión del procedimiento ordenado por el Decreto 1.400/01, se debería instrumentar dicha medida mediante el pertinente acto administrativo de rigor.

En conclusión, se advierte oportuno señalar, que la fórmula vigente para obtener el Factor de Criticidad, sumado a la imposibilidad actual y fáctica de obtener resultado negativo en el Criterio N° 4, torna excesivamente difícil que un agente se encuentre en Situación de Crisis, aun registrando indicadores

esenciales muy negativos, ya que se debe obtener valor negativo en los 3 Criterios restantes.

Asimismo, se advierte que los diversos y numerosos Requisitos o indicadores que conforman los Criterios N° 1 y N° 2 se ponderan de igual manera, cuando aparentan reflejar situaciones de disímil relevancia.

En ese sentido, en el Criterio N° 1, el cumplimiento respecto del Padrón de Beneficiarios, los Estados Contables o el PMA se equipara con la publicación de afiches; o, en el Criterio N° 2, tiene igual significancia tener un patrimonio neto altamente negativo, que registrar 9.999 afiliados.

Para finalizar, se realizan algunos comentarios generales para el caso que se considere oportuno y conveniente hacer una revisión del Procedimiento de Crisis, en mérito a lo dispuesto por el artículo 18° del Decreto N° 1.400/01, respecto a que la prioridad es la tutela de los derechos de los beneficiarios, la búsqueda del pleno goce del derecho a la salud y a recibir la provisión de prestaciones de salud de manera igualitaria e integral.

Las cuestiones que se mencionarán, podrían ser atendidas para reanalizar la metodología del sistema en virtud a los cambios de circunstancias y administraciones que se han producido durante los últimos años:

- ✓ Definir si la calificación binaria 0 o 1 es la que mejor se adapta, en todos los casos, para la calificación de las distintas situaciones.
- ✓ Revisar si las ponderaciones vigentes sobre los Criterios y la cantidad de Requisitos, merecen una actualización en función de los cambios de contexto, luego de 17 años del dictado del Decreto N° 1400/01.
- ✓ Revalidar, respecto a la forma de medir los Requisitos que enumera la Resolución SSSalud N° 501/10 en forma genérica para el Criterio N° 1, si los aspectos formales son la mejor opción para evaluar el grado de servicios prestacionales y los reclamos de los beneficiarios.
- ✓ Establecer graduaciones intermedias que impliquen la apertura de acciones formales, ante desmejoramientos progresivos de las calificaciones de los Agentes del Seguro de Salud, para evitar una única drástica medición que implica entrar o no en el Procedimiento de Crisis.
- ✓ Analizar si la medición del Criterio N° 4, que mide la dependencia de subsidios financieros de la Obra Social, debe realizarse exclusivamente a través del SANO, o también teniendo en cuenta los otros subsidios de distribución automática del Fondo Solidario de

Redistribución de creación posterior, tales como el SUMA, SUMARTE y SUMA 70.

Buenos Aires, 30 de junio de 2022

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

INFORME ANALÍTICO

INFORME N° 06/22 - UAI SSSALUD

OBRAS SOCIALES EN CRISIS: SISTEMA DE DIAGNÓSTICO Y PROCEDIMIENTO DE CRISIS

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe da cumplimiento al Plan Anual de Auditoría 2022 que forma parte del Plan Ciclo (2019-2023), Proyectos ID 6. 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 evaluar el procedimiento vigente respecto de las Obras Sociales en Crisis, el Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis y el Procedimiento de Crisis propiamente dicho, en virtud de lo establecido por el Decreto N° 1.400/01 y la Resolución SSSalud N° 501/10.

3. ALCANCE

La tarea abarcó el análisis integral de la normativa vigente y su cumplimiento e implementación por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud, la evaluación de los circuitos y/o procedimientos existentes y las acciones desarrolladas por las distintas áreas del Organismo competentes en la materia.

En el relevamiento de los temas abordados se ha desarrollado un panorama integral respecto de la presente temática, describiendo los aspectos normativos del proceso, como así también la impronta y los criterios adoptados por las diversas áreas del Organismo involucradas en las distintas etapas del mismo.

Asimismo, se procura evaluar el alcance y la eficacia del sistema en relación con la prevención y detección de las situaciones de crisis en los Agentes del Seguro de Salud.

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

El período objeto del examen para todas las actividades, circuitos y procesos auditados fueron los ejercicios 2019-2021 y se analizaron todos los expedientes generados en dicho período (los 4 expedientes correspondientes al 2019, ya que se suspendió el procedimiento para los ejercicios 2020-2021, conforme se detalla en el resultado del relevamiento).

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. MARCO DE REFERENCIA

4.1 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; N° 841/15 y N° 2.231/21, conforme se detalla a continuación en lo pertinente vinculado al objeto de la presente auditoría: el procedimiento vigente respecto de las Obras Sociales en Crisis, el Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis y el Procedimiento de Crisis propiamente dicho, en virtud de lo establecido por el Decreto N° 1.400/01 y la Resolución SSSalud N° 501/10.

Gerencia de Control Económico-Financiero:

Entiende en el control económico, financiero y de legalidad de los Agentes del Seguro de Salud, Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del Sistema de Salud, fiscalizando, supervisando, orientando y fomentando la correcta gestión de los recursos y gastos de su patrimonio para asegurar las condiciones de viabilidad económica y financiera suficientes que permitan solventar los servicios comprometidos.

❖ Entre sus funciones resulta oportuno señalar:

- ✓ Proponer la documentación a ser requerida a los Agentes del Seguro de Salud; Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales,

Asociaciones Civiles y Fundaciones del Sistema de Salud, a efectos de obtener información respecto de su desempeño económico financiero.

- ✓ Controlar los presupuestos de gastos y recursos, estados contables, estados intermedios, cuadros anexos y notas y las relaciones económicas financieras a ser cumplidas por las referidas entidades del sistema de salud.
- ✓ Promover las acciones correctivas y sancionatorias ante la existencia de desvíos y/o incumplimientos por parte de las entidades del Sistema de Salud bajo la órbita de la Superintendencia.

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

La Subgerencia de Control Económico-Financiero de Agentes del Seguro de Salud, que asiste a la Gerencia en la ejecución de sus actividades en lo atinente al control económico financiero de los Agentes del Seguro de Salud y a la cual le compete:

- ✓ Elaborar la documentación a ser requerida a los Agentes del Seguro de Salud, a efectos de obtener información respecto de su desempeño económico-financiero.
- ✓ Coordinar la evaluación de los presupuestos de gastos y recursos, estados contables, estados intermedios, cuadros anexos y notas y las relaciones económicas financieras a ser cumplidas por los Agentes del Seguro de Salud.
- ✓ Iniciar las acciones correctivas y sancionatorias ante la existencia de desvíos y/o incumplimientos por parte de los Agentes del Seguro de Salud.

❖ En lo que se refiere específicamente al Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis:

Tiene a su cargo la coordinación, el control y el monitoreo, tanto del diagnóstico como de los eventuales Procedimientos de Crisis y cuenta para ello con un sector denominado Departamento de Crisis y Liquidación de Obras Sociales, el cual no se encuentra formalizado normativamente.

Asimismo, le compete el registro y análisis de los indicadores correspondientes a los Criterios N° 2 y N° 3, como así también los Requisitos N° 5, N° 6 y N° 7 que conforman el Criterio N° 1.

Coordinación de Registros de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga:

Tiene la función de administrar el Registro Nacional de Obras Sociales (RNOS) y fue transferida a la Gerencia General mediante Resolución SSSalud N° 2.231/21. Entre sus funciones, le compete solicitar a las entidades la presentación de nueva documentación o la ampliación de la documentación presentada de acuerdo con la normativa vigente en la materia.

- ❖ En lo que se refiere específicamente al Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis:

Le compete el registro de los Requisitos N° 8 y N° 9 correspondientes al Criterio N° 1.

Gerencia de Gestión Estratégica:

La responsabilidad primaria de la Gerencia de Gestión Estratégica es administrar la información del funcionamiento del Sistema de Salud y desarrollar el conocimiento del desempeño del mismo y promover su permanente mejoramiento mediante regulaciones y acciones tendientes a optimizar los resultados y/o corregir desvíos a nivel global.

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

La Subgerencia de Estadísticas en Salud, a la cual le compete proveer al Organismo información económica y prestacional de los Agentes del Seguro de Salud, de las Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del Sistema de Salud, permitiendo la toma de decisiones estratégicas.

- ❖ En lo que se refiere específicamente al Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis:

Le corresponde el registro del Requisito N° 4 del Criterio N° 1.

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

Su responsabilidad primaria se centra en promover acciones tendientes a fortalecer el ejercicio de los derechos de los usuarios, beneficiarios y/o afiliados y controlar el cumplimiento de las normas de atención al usuario por parte de los Agentes del Seguro de Salud, Empresas de Medicina Prepaga, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones del Sistema de Salud. Ordenar la recepción de las solicitudes, reclamos, denuncias y recursos presentados por los usuarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud y gestionar dichas peticiones para lograr una creciente satisfacción por parte de los usuarios.

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

La Coordinación de Auditoría y Sindicatura Social, la cual la registra entre sus funciones, auditar a los Agentes del Seguro de Salud a fin de analizar la accesibilidad de los usuarios a las prestaciones y de observar situaciones relacionadas con los reclamos recibidos que lo ameriten.

- ❖ En lo que se refiere específicamente al Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis:

Le compete el registro de los Requisitos N° 10 y N° 11 correspondientes al Criterio N° 1.

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, entre otras funciones, 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.

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

La Subgerencia de Control Prestacional de Agentes del Seguro de Salud, la cual asiste a la Gerencia en la ejecución, sistematización y organización de la información referida al control de las prestaciones entre los Agentes del Seguro de Salud y los prestadores de Servicios de Salud que actúan en el ámbito del Sistema del Seguro de Salud.

Asimismo, la asiste en la fiscalización del cumplimiento del Programa Médico Obligatorio y del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica por parte de los Agentes del Seguro de Salud.

- ❖ En lo que se refiere específicamente al Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis:

Le compete el registro de los Requisitos N° 1, N° 2 y N° 3, correspondientes al Criterio N° 1.

Gerencia de Sistemas de Información:

Tiene la responsabilidad primaria de diseñar y administrar las bases de datos, el equipamiento y la prestación de los servicios informáticos y de comunicaciones de voz y datos en todo el ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud.

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

La Coordinación de Diseño y Procesamiento de Información, la cual administra la base de datos del Padrón de Beneficiarios de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga.

❖ En lo que se refiere específicamente al Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis:

Le compete el registro del Requisito N° 12 del Criterio N° 1 y el cálculo correspondiente al Criterio N° 4.

4.2 Encuadre Normativo

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

5. TAREA REALIZADA

La auditoría fue desarrollada durante el período marzo-junio del año en curso, insumiendo 690 h/h distribuidas en el plazo mencionado.

Se detallan a continuación las tareas efectuadas:

- Recopilación y análisis integral de la normativa vigente.
- Análisis particular de la siguiente normativa:
 - Decreto N° 1.400/01 - Obras Sociales en Crisis - Establece el Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis y el Procedimiento de Crisis para las Obras Sociales.
 - Resolución SSSalud N° 71/10 - Situación de Crisis - Agentes del Seguro de Salud que se encuentren en Concurso Preventivo de Acreedores en los términos de las Leyes N° 24.522 y N° 25.563.

- Resolución SSSalud N° 501/10 - Reglamenta el Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis para las Obras Sociales.
- ☑ Realización de entrevistas con Gerentes y responsables de las áreas involucradas a fin de relevar las tareas involucradas en el proceso auditado en cada una de ellas.
- ☑ Confección y envío de consultas a las Gerencias para el relevamiento de las cuestiones particulares definidas en el alcance del presente informe.
- ☑ Relevamiento del Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis y del Procedimiento de Crisis para las Obras Sociales.
- ☑ Análisis de expedientes trimestrales del Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis.

6. ANÁLISIS NORMATIVO Y RESULTADO DEL RELEVAMIENTO

En el presente punto se realiza un análisis descriptivo de la normativa vigente en la materia y de los usos, prácticas y reglas empleados por las diversas áreas del Organismo intervinientes, en relación con los distintos aspectos y procedimientos que comprenden a la temática “Obras Sociales en Crisis”.

Se enumeran a continuación los títulos de los temas desarrollados:

6.1 Obras Sociales en Crisis

6.2 Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis

6.2.1 Criterios

6.2.2 Examen de Expedientes Trimestrales

6.3 Procedimiento de Crisis

6.3.1 Incumplimientos graves al Procedimiento de Crisis

6.4 Aplicativo Informático - Diagnóstico de Situación de Crisis

6.5 Agentes del Seguro de Salud en Concurso Preventivo

6.5.1 Examen Expediente Trimestral Resolución SSSalud N° 71/10

6.1 Obras Sociales en Crisis

El Decreto N° 1.400/01 estableció un procedimiento para identificar a los Agentes del Seguro en Situación de Crisis, definiendo los alcances de la misma, y disponiendo los mecanismos para su abordaje y resolución.

La norma tiene como principio fundamental garantizar la continuidad de la cobertura en favor de los beneficiarios del sistema, considerando siempre como prioridad la tutela de los derechos inalienables de dichos beneficiarios, la búsqueda del pleno goce del derecho a la salud y a recibir la provisión de prestaciones de salud de manera igualitaria e integral, según el mejor nivel de calidad disponible.

En primer lugar, se define cuando un Agente se encuentra en "Situación de Crisis". En ese sentido establece que se entenderá que un Agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud se encuentra en Situación de Crisis cuando así se determine por aplicación del Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis establecido en el Anexo II de la norma, el cual se elabora trimestralmente, considerando y ponderando los siguientes criterios:

1. Criterio N° 1: Aspectos prestacionales, jurídico-institucionales y de atención al beneficiario. Consiste en el grado de cumplimiento con requisitos prestacionales, jurídico-institucionales, contables y de atención al beneficiario, evaluados objetivamente de acuerdo con una metodología y calificados según una escala establecida por la Superintendencia de Servicios de Salud mediante Resolución SSSalud N° 501/10.
2. Criterio N° 2: Desde el punto de vista económico, la existencia de riesgo en la continuidad del Agente, situación que se detectará por los desvíos de los índices de monitoreo específicos que se definen de acuerdo con la denominación, fórmula y valores de la tabla incorporada en el citado Anexo II. Se trata de Indicadores económico-financieros.
3. Criterios N° 3 y N° 4: desde el punto de vista financiero, la existencia de graves dificultades del Agente para afrontar sus obligaciones financieras, situación que se detectará por los desvíos de los índices de monitoreo específicos, Capacidad de Repago (Criterio N° 3) y Dependencia de Subsidios Financieros (Criterio N° 4).

A su vez, dispone el Decreto N° 1.400/01 que se considerará en Situación de Crisis a todos los Agentes del Sistema que se encuentren en concurso de acreedores en los términos de la Ley N° 24.522.

Una vez que de la aplicación del procedimiento de diagnóstico se establezca la existencia de una Situación de Crisis, la Superintendencia de

Servicios de Salud procederá, en un plazo no superior a 5 días hábiles, a través de resolución fundada, a la instauración del Procedimiento de Crisis.

Asimismo, establece que una vez declarada la Situación de Crisis del Agente y hasta tanto no supere la misma, sus beneficiarios podrán optar por otro Agente sin que sean de aplicación las restricciones previstas en los artículos 2° y 14° del Decreto N° 504/98, referido a la reglamentación de la Opción de Cambio.

El incumplimiento del Procedimiento de Crisis, en cualquiera de sus etapas conlleva, sin más trámite, la baja del Agente del Registro a que se refiere el artículo 17° de la Ley N° 23.661, asignándose la cobertura de la población beneficiaria a otros Agentes del Sistema. El Organismo deberá dictar la correspondiente resolución ordenando dicha baja en un plazo no superior a 5 días hábiles.

En ese sentido, la Superintendencia de Servicios de Salud, previa publicidad suficiente, distribuirá la población del Agente dado de baja entre todos los Agentes que se comprometan a incorporar a los trabajadores que se encontraban en aquel que se hubiera dado de baja.

La asignación de la población del Agente dado de baja entre los distintos Agentes receptores se hará en cada jurisdicción, al azar, y en proporción a la población que posea en ella cada uno de los Agentes receptores. No podrá ser receptor un Agente sujeto a un Procedimiento de Crisis.

Los beneficiarios titulares transferidos deberán ser notificados individualmente por la Superintendencia acerca del nuevo Agente al que fueron afiliados. Sin perjuicio de ello, y de igual forma que al momento de la Declaración de Crisis, el beneficiario alcanzado por esta transferencia tendrá derecho a ejercer en cualquier momento la opción por otro Agente, sin las limitaciones de los mencionados artículos 2° y 14° del Decreto N° 504/98.

Por otra parte, una vez notificada la baja del Registro Nacional de Agentes del Seguro (RNOS), la Superintendencia de Servicios de Salud deberá intimar al Agente dado de baja a solicitar su propia quiebra en los términos establecidos por la Ley N° 24.522 en un plazo máximo de 60 días.

Finalmente, el Decreto N° 1.400/01 establece que a los Agentes del Sistema del Seguro de Salud incursos en Situación de Concurso de Acreedores en los términos de la Ley N° 24.522 o con Procedimiento de Crisis iniciado, se los considera en Situación de Déficit Operativo Crónico y no podían acceder a la operatoria prevista en las Resoluciones APE N° 577/98 y N° 1.040/98.

La Resolución APE N° 577/98 regulaba los apoyos financieros a las Asociaciones de Obras Sociales (A.D.O.S.).

La Resolución APE N° 1.040/98 por otra parte, establecía las normas a las que quedaban sujetos los apoyos financieros que se otorgaban a los Agentes del Seguro de Salud y las condiciones generales de otorgamiento, los cuales podían ser destinados a:

1. La reducción de sus pasivos, de forma tal que asegure la eficiente continuidad de las prestaciones de salud.
2. El fortalecimiento institucional, especialmente en lo referente a desarrollo de sistemas de organización, implementación de auditorías, capacitación de personal y otros que aumenten eficacia.
3. Adecuación de costos operativos: ajuste de la dotación de personal, renegociación de contratos con prestadores, adecuación de servicios prestados y otros, a propuesta del Agente del Seguro.
4. Completar la construcción, ampliación, reforma de inmuebles e instalación de aparatología médica con destino a prestaciones asistenciales, en tanto y cuanto resulten imprescindibles.

Mediante Resolución APE N° 77/02 se derogaron las citadas Resoluciones APE N° 577/98 y N° 1.040/98, con la finalidad de determinar la mejor utilización de los recursos con que cuenta el Fondo Solidario de Redistribución y direccionar los esfuerzos hacia el mejoramiento de la atención de la salud de los beneficiarios del Sistema. Medida que fue posteriormente ratificada por el Decreto N° 213/04.

En consecuencia, actualmente los Agentes del Seguro de Salud con déficit operativo crónico (por Concurso o iniciación del Procedimiento de Crisis), no tienen normativamente limitaciones en cuanto su acceso a recursos del Fondo Solidario de Redistribución.

6.2 Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis

El Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis se utiliza como una herramienta de gestión, para corregir desvíos, en virtud de las alertas que surgen de las mediciones que se van efectuando, tomando preventivamente contacto con el Agente del Seguro de Salud, a medida que su Factor de Criticidad se va incrementando y acercando a los valores límite, con el objeto de instarlos al cumplimiento de los aspectos a solucionar, mediante avisos informales.

Este procedimiento se realiza trimestralmente.

Un Agente del Seguro de Salud se encuentra en Situación de Crisis cuando su Factor de Criticidad es superior al valor límite de 65.

El citado Factor de Criticidad es el cociente entre la sumatoria de la valorización de los Criterios N° 1, N° 2, N° 3 y N° 4, y el número 3,2 multiplicado por el número 100:

$$(\Sigma \text{Criterios}/3,2).100$$

Cabe señalar, que no se diagnostican todos los Agentes del Seguro, sino solo aquellos que son categorizados como *Calificables*. En ese sentido, se excluyen a aquellos que no tiene afiliados, los que se encuentran en proceso de baja, por cierre de actividades, las Obras Sociales de las Universidades Nacionales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

En cada expediente trimestral de medición, la Gerencia de Control Económico-Financiero establece el universo de Agentes a medir, conforme lo mencionado en el párrafo precedente.

Como fuera señalado anteriormente, los Agentes del Seguro en concurso de acreedores se encuentran automáticamente en Situación de Crisis, sin perjuicio de lo cual, desde el Organismo se continua monitoreando y controlando su Factor de Criticidad.

Para la carga y registro de los valores correspondientes a los distintos Criterios existe un Aplicativo Informático en el cual, las distintas áreas del Organismo involucradas en el proceso, ingresan la información que les corresponde a cada una de ellas en virtud de sus diversas competencias técnicas.

6.2.1 Criterios:

- ❖ **Criterio N° 1:** Aspectos prestacionales, jurídico-institucionales y de atención al beneficiario.

Los antecedentes prestacionales, jurídico-institucionales, contables y de atención al beneficiario del presente Criterio se obtienen de los informes que suministran las áreas competentes.

Conforme a lo dispuesto por la Resolución SSSalud N° 501/10, a los fines de evaluar el grado de cumplimiento del presente Criterio, se tendrán en cuenta una serie de Requisitos que se detallarán más adelante en este acápite.

El cumplimiento de cada uno de estos Requisitos, se valorizará con 0 y el incumplimiento con 1. Cuando de la suma resultante se obtenga un valor igual o inferior a 6 puntos se interpretará que existe un adecuado nivel de cumplimiento y se valorizará a los Agentes con 0 en el Criterio N° 1. Mientras que existirá un inadecuado nivel de cumplimiento cuando el valor resultante sea igual o superior a 7 puntos, en cuyo caso se valorizará a los Agentes con 1.

A continuación se detallan los 12 Requisitos considerados para la evaluación del Criterio N° 1, los cuales fueron enumerados en el Anexo de la Resolución N° 501/10, pero sin precisar la forma de medición de cada uno de ellos, lo cual quedó librado por tanto a lo que cada área interviniente considerara corresponder.

Cabe señalar que originalmente en la norma se contemplaban 14 Requisitos, entre los cuales se encontraban el *Requisito N° 13 - Planes Superadores PMA* y el *Requisito N° 14 - Planes de Beneficiarios Adherentes*, cuestiones que actualmente se encuentran bajo el Marco Regulatorio de Medicina Prepaga establecido por la Ley N° 26.682 y, en consecuencia, la Gerencia de Control Económico Financiero consideró oportuna su exclusión.

- ✓ Requisito N° 1 - Programa Médico Asistencial (PMA): su registro le compete a la Gerencia de Control Prestacional, la cual lo considera cumplido toda vez que se haya realizado la presentación anual del PMA, la que corresponde efectuar 90 días antes del cierre del ejercicio fiscal del Agente del Seguro de Salud (conforme Resolución SSSalud N° 170/09). Más allá del análisis del mismo que realiza la Gerencia, a los efectos de la presente temática se considera cumplido el Requisito con su sola presentación.
- ✓ Requisito N° 2 - Cartilla Destinada a los Beneficiarios: su registro también le compete a la Gerencia de Control Prestacional, la cual lo considera cumplido toda vez que se haya realizado la presentación anual de la Cartilla, la que debe efectuarse con 90 días de anticipación al inicio del ejercicio correspondiente a la misma (conforme Resolución SSSalud N° 1.240/09), independientemente de su aprobación.
- ✓ Requisito N° 3 - Contratos de Prestaciones de Salud: último de los Requisitos cuyo registro le corresponde a la Gerencia de Control Prestacional, la cual lo considera cumplido con la presentación de, al menos, un Contrato en el ejercicio.

- ✓ Requisito N° 4 - Estadísticas de Prestaciones Médicas: su registro le compete a la Gerencia de Gestión Estratégica, que para su cumplimiento considera la presentación en forma completa de las estadísticas contempladas en la Resolución ANSSAL N° 650/97, las cuales deben ser remitidas trimestralmente por los Agentes del Seguro de Salud. Desde la Gerencia informaron que, para otorgar margen de carga, se toman en consideración para el presente Requisito, las estadísticas correspondientes a 2 trimestres anteriores al mismo.
- ✓ Requisito N° 5 - Memoria y Estados Contables: su registro le compete a la Gerencia de Control Económico-Financiero y su presentación debe realizarse el último día hábil del cuarto mes siguiente al cierre del ejercicio económico. Para este Requisito solo se evalúa su presentación.
- ✓ Requisito N° 6 - Presupuesto de Gastos y Recursos: su registro también le compete a la Gerencia de Control Económico-Financiero y su presentación anual debe realizarse con una anticipación de 90 días corridos al inicio del ejercicio económico-financiero correspondiente. Para este Requisito solo se evalúa su presentación.
- ✓ Requisito N° 7 - Estado de Origen y Aplicación de Fondos y de Situación Financiera Corriente: último de los Requisitos que le compete a la Gerencia de Control Económico-Financiero, su presentación es mensual y para este caso también se considera únicamente su presentación. Se otorga un plazo de gracia de hasta 6 meses hacia atrás como tolerancia.
- ✓ Requisito N° 8 - Estatuto: su registro le compete a la Coordinación de Registros de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga y se considera cumplido siempre que se haya presentado el estatuto correspondiente.
- ✓ Requisito N° 9 - Autoridades: su registro le compete también a la Coordinación de Registros de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga y se considera cumplido siempre que se cuente con la designación de autoridades vigente. En caso de que se haya vencido el mandato de las autoridades y no se haya acompañado la nueva designación, se lo considerará no cumplido.
- ✓ Requisito N° 10 - Reclamos: su registro le compete a la Gerencia de Atención y Servicios al Usuario del Sistema de Salud y se consideran para su cumplimiento los siguientes aspectos contemplados en la Resolución SSSalud N° 75/98: a) disponibilidad para el público y utilización de Formularios "A" para la presentación de denuncias; b)

Registro de Denuncias; c) respuesta del reclamo al beneficiario y a la Superintendencia de Servicios de Salud; y d) plazo de resolución de reclamos. La información se obtiene de las auditorías realizadas por la Coordinación de Auditoría y Sindicatura Social a los distintos Agentes del Seguro de Salud, las cuales se realizan una vez al año en cada uno de ellos. En ese sentido resulta oportuno mencionar que la información utilizada corresponde -salvo excepción- a las auditorías realizadas en el ejercicio anterior.

En el caso que uno solo de los cuatro aspectos contemplados no se cumpla, se califica con 1 este Requisito.

- ✓ Requisito N° 11 - Exhibición de Afiches con datos de la SSSalud: su registro también le compete a la Gerencia de Atención y Servicios al Usuario del Sistema de Salud y se consideran para su cumplimiento los afiches de exhibición obligatoria: a) Afiche de Chagas (Resolución SSSalud N° 730/10); b) Afiche informativo del Procedimiento de Reclamos (Resolución SSSalud N° 457/00); y c) Afiche del Dengue (Resolución SSSalud N° 107/16). La información también se obtiene de las auditorías mencionadas en el Requisito N° 10 y en las mismas circunstancias.

En el caso que uno solo de los tres afiches a exhibir no se cumpla, se califica con 1 este Requisito.

- ✓ Requisito N° 12 - Padrón Actualizado de Beneficiarios: su registro le compete a la Gerencia de Sistemas de Información, quien lo considera cumplido cuando las Obras Sociales hayan presentado novedades o hayan actualizado el Padrón de Beneficiarios en, al menos, un período dentro de los últimos 6 meses, teniendo en cuenta que su presentación es mensual.

❖ **Criterio N° 2**: Indicadores económico-financieros

Se definen de acuerdo con la denominación, fórmula y valores de la siguiente tabla:

N°	Nombre del Indicador	Fórmula Valor	Valor aceptado
1	Capital de trabajo	Activo Corriente - (Pasivo Corriente * 0,75)	> 0
2	Endeudamiento total	Pasivo Total / Patrimonio Neto	< 2
3	Endeudamiento corriente	Pasivo Corriente / Patrimonio Neto	< 1
4	Patrimonio Neto	Activo Total - Pasivo Total	> 0
5	Inmovilización de Bienes de Uso	Bienes de Uso / Patrimonio Neto	< 1
6	Resultado Operativo	Resultado Operativo / Ingresos Totales	> 0
7	Nivel de Gasto Prestacional	Gasto Prestacional x 100 / Ingresos Totales	> ó = 80%
8	Nivel de Gastos Administrativos	Gastos Administrativos x 100 / Ingresos Totales	< ó = 8%
9	Rotación de Créditos por Aportes y Contribuciones	Créditos por Aportes y Contribuciones / Promedio Mensual de Ingresos por Aportes y Contribuciones	< 2.3
10	Rotación Deuda Prestacional	Deudas Prestacionales / Gastos Prestacionales Promedio Mes	90/120 días
11	Liquidez Prestacional	Activo Corriente / Pasivo Corriente Prestacional	> 1
12	Cantidad de Beneficiarios	Cantidad de Beneficiarios	> 10.000

Se valorizará con 0 a los Agentes que presenten 6 o menos índices fuera de rango y con 1 a los agentes que presenten 7 o más de los doce índices fuera de rango.

Conforme a lo dispuesto por la Resolución SSSalud N° 501/10 y lo informado por la Gerencia de Control Económico Financiero -área encargada del registro del presente Criterio- los indicadores económico-financieros que se mencionan anteriormente, se obtienen de la información contenida en los últimos Estados Contables exigibles que los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud deben remitir en cumplimiento de las normas que rigen sobre su presentación e interpretación, la cual es ingresada en un aplicativo que realiza de manera automática el cálculo conforme las formulas detalladas anteriormente.

En el caso que un Agente no hubiese presentado los últimos Estados Contables exigibles, se considera como no cumplido el Criterio N° 2.

❖ **Criterio N° 3:** Capacidad de Repago

Capacidad de Repago es el cociente entre el pasivo corriente total del Agente, neto de inversiones líquidas, y la recaudación ordinaria diaria.

Se valorizará con 0 a los Agentes que presenten una capacidad de repago de hasta 150 días y con 1 a los Agentes que presenten una capacidad de repago superior a 150 días.

En virtud de lo establecido por la citada Resolución SSSalud N° 501/10, la Capacidad de Repago se obtiene de la información contenida en los Estados de Origen y Aplicación de Fondos y de Situación Financiera Corriente, que los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud deben remitir mensualmente.

En ese orden, los Agentes del Seguro de Salud deben informar como parte integrante de sus Estados de Origen y Aplicación de Fondos y de Situación Financiera Corriente el indicador "*Capacidad de Repago*" tomando en cuenta el cálculo descrito al inicio del presente Punto. Desde la Gerencia de Control Económico-Financiero -área también responsable del registro del presente Criterio- informaron que para el Criterio N° 3, se otorga un plazo de gracia de hasta 6 meses hacia atrás, para obtener alguna presentación de los Estados de Origen y Aplicación de Fondos y de Situación Financiera Corriente efectuada por el Agente, y así poder calcular el presente Criterio.

❖ **Criterio N° 4:** Dependencia de subsidios financieros

El Decreto N° 1.400/01 establece que habrá dependencia de subsidios financieros toda vez que el Agente hubiera percibido durante los últimos 2 años calendario, subsidios equivalentes a 2 meses de recaudación.

Según lo dispuesto oportunamente por dicho Decreto, se valorizaría con 0 a los Agentes que hubieran recibido subsidios financieros de la ex Administración de Programas Especiales, en una cantidad tal, que el promedio mensual de los subsidios recibidos en los 2 últimos años calendario, dividido por el importe informado como ingreso ordinario mensual en el último Estado de Origen y Aplicación de Fondos presentado ante la Superintendencia de Servicios de Salud, sea inferior a 0,167. Y que por lo tanto, se valorizaría con 0,2 a los Agentes con relaciones superiores a dicho 0,167.

Desde el dictado del Decreto N° 1.400/01, las normativas emitidas por la ex Administración de Programas Especiales, en materia de asistencia financiera a las Obras Sociales, se han modificado sustancialmente, tornando abstracta la dependencia de los subsidios que establecía dicha norma.

A partir del cambio de metodología prevista por el Decreto N° 1.901/06 respecto de la distribución automática del Fondo Solidario de Redistribución, se ha modificado el mecanismo de auxilio financiero a

los Agentes del Seguro de Salud mediante el denominado SANO (Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales).

En ese sentido, la Resolución SSSalud N° 501/10 dispuso que la dependencia de subsidios financieros establecida en el Criterio N° 4, para los Agentes del Seguro de Salud, debe interpretarse como la relativa dependencia de auxilios financieros percibidos a través de la garantía de cotización mínima establecida por el Anexo II, del artículo 24° del Decreto N° 576/93 (texto según Decreto N° 1.901/06).

Su registro lo efectúa la Gerencia de Sistemas de Información y el cálculo se realiza por medio de la aplicación informática.

Al momento del dictado de la Resolución SSSalud N° 501/10 no se encontraban vigentes los restantes Subsidios automáticos del Fondo Solidario de Redistribución, como lo son actualmente el Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA), el Subsidio de Mitigación de Asimetrías para el Régimen de Trabajo Especial (SUMARTE), o el Subsidio de Mitigación de Asimetrías para mayores de 70 años (SUMA 70), entre otros apoyos financieros, razón por la cual no pudieron haber sido incluidos en el cálculo del Criterio N° 4, a efectos de evaluar la dependencia respecto de los subsidios financieros.

6.2.2 Examen de Expedientes Trimestrales

Expedientes ejercicio 2019:

➤ Expediente 1° Trimestre de 2019 (EX 2019-17987636-APN-SCEFASS#SSS)

El expediente es generado por la Gerencia de Control Económico-Financiero y, como primera instancia, se establecen los Agentes del Seguro de Salud considerados como *Calificables* y *No Calificables*, definiendo el universo de Agentes a medir, que para el presente Trimestre fue de 289 Agentes sobre un total de 297 Agentes del Seguro de Salud activos, inscriptos en el Registro Nacional de Obras Sociales.

Los Agentes del Seguro considerados *No Calificables* para este Trimestre fueron:

1. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (RNOS 5-0080-7), por ley 25.615
2. O.S. de Peones de Taxis de Rosario (RNOS 1-2830-0), inscripta en el RNOS el 28/02/2014 por Res.313/14-SSS.

3. O.S. de Trabajadores del Petróleo y Gas Privado del Chubut (RNOS 1-2860-7), inscrita en el RNOS el 21/10/2016 por Res.399/16-SSS.
4. O.S. del Personal de Dragado y Balizamiento (RNOS 1-2870-6), inscrita en el RNOS el 03/08/2017 por Res.627/e-2017.
5. O.S. del Personal Aduanero de la República Argentina (RNOS 1-2880-5), inscrita en el RNOS el 11/11/2017 por Res.982/e-2017
6. ASOCIACION DE TRABAJADORES ARGENTINOS DE CENTROS DE CONTACTOS (A.T.A.C.C.) (RNOS 1-2890-4), inscrita en el RNOS el 27/11/2018 por Res.303/e-2018
7. O.S. Witcel (ex RNOS 4-0290, actual 0-0380-1), por estar finalizando la tramitación de cambio de inciso, resolución 1174/e-2017 20/12/17, BO 22/12/17, Resolución 133/2019 RESOL-2019-133-APNSSS#MSYDS Ciudad de Buenos Aires, 12/02/2019
8. Asociación Gualeguaychú de Obras Sociales (RNOS 6-0110-4), por resolución de quiebra de fecha 7/5/18 de juzgado Civil y Comercial Sec no 2, Entre Rios Gualeguachu.

En el expediente se incorporan los registros efectuados por las distintas áreas y en virtud de la información ingresada, la Gerencia de Control Económico-Financiero realiza un Informe Técnico final.

En el citado Informe, la Gerencia establece distintas categorías en virtud del Factor de Criticidad, las cuales son identificadas en distintos colores:

VERDE Sin riesgo (ningún Criterio fuera de rango).

AMARILLO Compromiso leve (un Criterio fuera de rango).

NARANJA Situación comprometida (dos indicadores fuera de rango).

ROJO Situación de Crisis (tres o cuatro indicadores fuera de rango).

El resultado para el 1º Trimestre 2019 fue de 59 Agentes (20,42%) en la categoría VERDE; 170 Agentes (58,82%) en la categoría AMARILLO; 53 Agentes (18,34%) en la categoría NARANJA; y 7 Agentes (2,42%) en la categoría ROJO.

Los 7 Agentes en Situación de Crisis fueron:

- I. Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Río Negro y Neuquén (RNOS N° 1-0670-8), la cual se encuentra en Concurso Preventivo de Acreedores.

- II. Obra Social de Portuarios Argentinos (RNOS N° 1-1620-4), en Concurso Preventivo de Acreedores.
- III. Obra Social del Personal de Prensa de la República Argentina (RNOS N° 1-1720-7), en proceso de fusión con la siguiente O.S.
- IV. Obra Social de Empleados de Prensa de Córdoba (RNOS N° 1-1800-2), en proceso de fusión con la anterior O.S.
- V. Obra Social del Personal de las Telecomunicaciones de la República Argentina (RNOS N° 1-2070-2), en Crisis con Plan de Contingencia.
- VI. Obra Social del Personal de la Industria del Vidrio (RNOS N° 1-2250-0), en Concurso Preventivo de Acreedores.
- VII. Obra Social del Personal de la Empresa Nacional de Correos y Telégrafos S.A. y de las Comunicaciones de la República Argentina (RNOS N° 2-0040-0), en Concurso Preventivo de Acreedores.

Por otra parte, se realizan análisis comparativos con los datos correspondientes a otros trimestres y ejercicios.

➤ **Expediente 2° Trimestre de 2019 (EX 2019-62731393-APN-SCEFASS#SSS)**

Del mismo modo que en el expediente anterior, se establecen en primera instancia los Agentes del Seguro de Salud considerados como *Calificables* y *No Calificables*, definiendo el universo de Agentes a medir, que para el presente Trimestre fue de 290 Agentes sobre un total de 297 Agentes del Seguro de Salud activos, inscriptos en el Registro Nacional de Obras Sociales.

Los Agentes del Seguro considerados *No Calificables* para este Trimestre fueron:

1. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (RNOS 5-0080-7), por ley 25.615
2. O.S. de Peones de Taxis de Rosario (RNOS 1-2830-0), inscripta en el RNOS el 28/02/2014 por Res.313/14-SSS.
3. O.S. de Trabajadores del Petróleo y Gas Privado del Chubut (RNOS 1-2860-7), inscripta en el RNOS el 21/10/2016 por Res.399/16-SSS.
4. O.S. del Personal de Dragado y Balizamiento (RNOS 1-2870-6), inscripta en el RNOS el 03/08/2017 por Res.627/e-2017.

5. O.S. del Personal Aduanero de la República Argentina (RNOS 1-2880-5), inscrita en el RNOS el 11/11/2017 por Res.982/e-2017
6. ASOCIACION DE TRABAJADORES ARGENTINOS DE CENTROS DE CONTACTOS (A.T.A.C.C.) (RNOS 1-2890-4), inscrita en el RNOS el 27/11/2018 por Res.303/e-2018
7. Asociación Gualeguaychú de Obras Sociales (RNOS 6-0110-4), por resolución de quiebra de fecha 7/5/18 de juzgado Civil y Comercial Sec no 2, Entre Rios Gualeguachu.

En el expediente se incorporan los registros efectuados por las distintas áreas y en virtud de la información ingresada, la Gerencia de Control Económico-Financiero realiza un Informe Técnico final.

El resultado para el 1° Trimestre 2019 fue de 88 Agentes (30,34%) en la categoría VERDE; 103 Agentes (35,52%) en la categoría AMARILLO; 85 Agentes (29,31%) en la categoría NARANJA; y 14 Agentes (4,83%) en la categoría ROJO.

Los 14 Agentes en Situación de Crisis fueron:

- I. Obra Social de Conductores Titulares de Taxis de la C.A.B.A. (RNOS N° 0-0350-4), por factor de criticidad resultante del trimestre.
- II. Obra Social del Personal del Azúcar del Ingenio La Esperanza (RNOS N° 1-0180-2), por factor de criticidad resultante del trimestre.
- III. Obra Social del Personal del Azúcar del Ingenio Ledesma (RNOS N° 1-0190-1), por factor de criticidad resultante del trimestre.
- IV. Obra Social del Personal del Azúcar del Ingenio San Martín (RNOS N° 1-0230-0), por factor de criticidad resultante del trimestre.
- V. Obra Social del Personal de Distribuidoras Cinematográficas (RNOS N° 1-0620-3), por factor de criticidad resultante del trimestre.
- VI. Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Río Negro y Neuquén (RNOS N° 1-0670-8), la cual se encuentra en Concurso Preventivo de Acreedores.
- VII. Obra Social del Personal de Panaderías (RNOS N° 1-1390-8), en Concurso Preventivo de Acreedores.

- VIII. Obra Social de Portuarios Argentinos (RNOS N° 1-1620-4), en Concurso Preventivo de Acreedores.
- IX. Obra Social del Personal de Prensa de la República Argentina (RNOS N° 1-1720-7), en proceso de fusión con la siguiente O.S.
- X. Obra Social de Empleados de Prensa de Córdoba (RNOS N° 1-1800-2), en proceso de fusión con la anterior O.S.
- XI. Obra Social del Personal de la Industria del Tabaco (RNOS N° 1-0620-3), por factor de criticidad resultante del trimestre.
- XII. Obra Social del Personal de las Telecomunicaciones de la República Argentina (RNOS N° 1-2070-2), en Crisis con Plan de Contingencia.
- XIII. Obra Social del Personal de la Industria del Vidrio (RNOS N° 1-2250-0), en Concurso Preventivo de Acreedores.
- XIV. Obra Social del Personal de la Empresa Nacional de Correos y Telégrafos S.A. y de las Comunicaciones de la República Argentina (RNOS N° 2-0040-0), en Concurso Preventivo de Acreedores.

Finalmente, y conforme fuera señalado para el expediente anterior, se realizaron análisis comparativos con los datos correspondientes a otros trimestres y ejercicios.

Resulta necesario señalar, que en relación con las seis (6) O.S. en crisis por su factor de criticidad (I-V y XI), no se iniciaron los respectivos procedimientos de crisis, conforme lo dispuesto por el artículo 20 del Decreto 1.400/01 que establece que cuando de la aplicación del procedimiento de diagnóstico se establezca la existencia de una Situación de Crisis, la Superintendencia de Servicios de Salud procederá, en un plazo no superior a 5 días hábiles, a través de resolución fundada, a la instauración del Procedimiento de Crisis.

➤ **Expediente 3° Trimestre de 2019 (EX 2019-201982316933-APN-SCEFASS#SSS)**

Igualmente que en los expedientes anteriores, se establecen en primera instancia los Agentes del Seguro de Salud considerados como *Calificables* y *No Calificables*, definiendo el universo de Agentes a medir, que para el presente Trimestre fue de 289 Agentes sobre un total de 297 Agentes

del Seguro de Salud activos, inscriptos en el Registro Nacional de Obras Sociales.

Los Agentes del Seguro considerados *No Calificables* para este Trimestre fueron:

1. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (RNOS 5-0080-7), por ley 25.615
2. O.S. de Peones de Taxis de Rosario (RNOS 1-2830-0), inscripta en el RNOS el 28/02/2014 por Res.313/14-SSS.
3. O.S. del Personal de Dragado y Balizamiento (RNOS 1-2870-6), inscripta en el RNOS el 03/08/2017 por Res.627/e-2017.
4. O.S. del Personal Aduanero de la República Argentina (RNOS 1-2880-5), inscripta en el RNOS el 11/11/2017 por Res.982/e-2017
5. ASOCIACION DE TRABAJADORES ARGENTINOS DE CENTROS DE CONTACTOS (A.T.A.C.C.) (RNOS 1-2890-4), inscripta en el RNOS el 27/11/2018 por Res.303/e-2018
6. Asociación Gualeguaychú de Obras Sociales (RNOS 6-0110-4), por resolución de quiebra de fecha 7/5/18 de juzgado Civil y Comercial Sec nro 2, Entre Rios Gualeguachu.
7. Obra Social Cooperativa de Asistencia Mutua y Turismo del Personal de las Sociedades Pirelli Limitada (RNOS 3-0260-1), la fecha del presente informe se ha emitido la Resolución SSSalud N° 2224/2019 el 06/12/2019 dando su baja del RNOS.
8. OBRA SOCIAL ATANOR S.A. (RNOS 8-0010-5), ha solicitado su propia baja.

En el expediente se incorporan los registros efectuados por las distintas áreas y en virtud de la información ingresada, la Gerencia de Control Económico-Financiero realiza un Informe Técnico final.

El resultado para el 1° Trimestre 2019 fue de 163 Agentes (56,40%) en la categoría VERDE; 61 Agentes (21,11%) en la categoría AMARILLO; 59 Agentes (20,42%) en la categoría NARANJA; y 6 Agentes (2,07%) en la categoría ROJO.

Los 6 Agentes en Situación de Crisis fueron:

- I. Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Río Negro y Neuquén (RNOS N° 1-0670-8), la cual se encuentra en Concurso Preventivo de Acreedores.
- II. Obra Social del Personal de Prensa de la República Argentina (RNOS N° 1-1720-7), en proceso de fusión con la siguiente O.S.

- III. Obra Social de Empleados de Prensa de Córdoba (RNOS N° 1-1800-2), en proceso de fusión con la anterior O.S.
- IV. Obra Social del Personal de la Industria del Vidrio (RNOS N° 1-2250-0), en Concurso Preventivo de Acreedores.
- V. Obra Social del Personal de Industrias Químicas y Petroquímicas (RNOS N° 1-1870-5), por factor de criticidad resultante del trimestre.
- VI. Obra Social del Personal de Cementerios de la República Argentina (RNOS N° 1-0400-9), en Concurso Preventivo de Acreedores.

Finalmente, y conforme fuera señalado anteriormente, se realizaron análisis comparativos con los datos correspondientes a otros trimestres y ejercicios.

➤ **Expediente 4° Trimestre de 2019 (EX 2020-03616069-APN-SCEFASS#SSS)**

Se establecen en primer lugar los Agentes del Seguro de Salud considerados como *Calificables* y *No Calificables*, definiendo el universo de Agentes a medir, que para el presente Trimestre fue de 289 Agentes sobre un total de 297 Agentes del Seguro de Salud activos, inscriptos en el Registro Nacional de Obras Sociales.

Corresponde señalar que en el presente expediente se manifestó como aclaración previa, que *“...los indicadores resultantes en la Matriz de Resultados no involucran mediciones óptimas por limitaciones de oportunidad contextual, por ello se aplica el principio de prudencia al no evaluar los mismos. Se entiende por oportunidad contextual a los siguientes conceptos:*

- *Cambio de autoridades a partir del mes de diciembre 2019 en el contexto nacional, la designación de las nuevas autoridades y la publicación en el Boletín Oficial de las mismas, se realizaron posteriormente a los plazos formales establecidos para la carga y autorización en el aplicativo de determinación del Factor de Criticidad y Obras Sociales en Crisis.*
- *Pandemia COVID19, por el Decreto D.N.U. 260/2020 P.E.N. B.O. 12/03/20, Amplía la emergencia pública en materia sanitaria establecida por Ley N° 27.541, en virtud de la Pandemia declarada por*

la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación con el coronavirus COVID-19 y modificatorias.”

No se efectúan mayores aclaraciones al respecto de las limitaciones o falta de precisión de los registros obtenidos, ni las consecuencias derivadas de los mismos.

Los Agentes del Seguro considerados *No Calificables* para este Trimestre fueron:

1. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (RNOS 5-0080-7), por ley 25.615
2. O.S. de Peones de Taxis de Rosario (RNOS 1-2830-0), inscrita en el RNOS el 28/02/2014 por Res.313/14-SSS.
3. O.S. del Personal de Dragado y Balizamiento (RNOS 1-2870-6), inscrita en el RNOS el 03/08/2017 por Res.627/e-2017.
4. O.S. del Personal Aduanero de la República Argentina (RNOS 1-2880-5), inscrita en el RNOS el 11/11/2017 por Res.982/e-2017
5. ASOCIACION DE TRABAJADORES ARGENTINOS DE CENTROS DE CONTACTOS (A.T.A.C.C.) (RNOS 1-2890-4), inscrita en el RNOS el 27/11/2018 por Res.303/e-2018
6. Asociación Guleguaychú de Obras Sociales (RNOS 6-0110-4), por resolución de quiebra de fecha 7/5/18 de juzgado Civil y Comercial Sec nro 2, Entre Rios Guleguachu.
7. Obra Social Cooperativa de Asistencia Mutua y Turismo del Personal de las Sociedades Pirelli Limitada (RNOS 3-0260-1), la fecha del presente informe se ha emitido la Resolución SSSalud N° 2224/2019 el 06/12/2019 dando su baja del RNOS.
8. OBRA SOCIAL ATANOR S.A. (RNOS 8-0010-5), ha solicitado su propia baja.

En el expediente se incorporan los registros efectuados por las distintas áreas y en virtud de la información ingresada, la Gerencia de Control Económico-Financiero realiza un Informe Técnico final.

En el Informe Técnico final para este 4° Trimestre 2019 no fue adjuntado el cuadro con los resultados finales, ni se estableció la categorización conforme al semáforo establecido en los restantes expedientes.

Simplemente fueron detallados 3 Agentes en Situación de Crisis, sin mayores especificaciones:

- I. Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Río Negro y Neuquén (RNOS N° 1-0670-8), la cual se encuentra en Concurso Preventivo de Acreedores.
- II. Obra Social de Empleados de Prensa de Córdoba (RNOS N° 1-1800-2), en proceso de fusión con Obra Social del Personal de Prensa de la República Argentina (RNOS N° 1-1720-7), sin incluir a esta última como en los anteriores trimestres.
- III. Obra Social del Personal de la Industria del Vidrio (RNOS N° 1-2250-0), en Concurso Preventivo de Acreedores.

Expedientes ejercicio 2020 y 2021:

Durante el ejercicio 2020 y 2021 se suspendió la realización del diagnóstico de crisis mediante el Memo ME-2020-60352843-APN-SSS-MS que dispuso lo siguiente:

“En atención a la emergencia pública en materia sanitaria en virtud de la Pandemia por COVID-19, el Decreto N° 297/20 y sus prórrogas mediante los cuales se dispuso la medida de “aislamiento social, preventivo y obligatorio”, el Decreto N°298/20 y modificatorios, que dispusieron la suspensión del curso de los plazos, dentro de los procedimientos administrativos regulados por la ley N° 19.549 y su Decreto Reglamentario N° 1759/72 - T.O 2017 y procedimientos especiales y a las dificultades operativas que por esta situación de emergencia afrontan los Agentes del Seguro de Salud, se instruye a esa Gerencia a suspender, de forma excepcional y transitoria, la determinación del factor de criticidad prevista en el Decreto N° 1400/01 PEN y la Resolución N° 501/10 SSSalud durante los periodos trimestrales con cierre a las fechas 28/02/2020, 31/05/2020 y 31/08/2020, tomando esa Gerencia las medidas operativas pertinentes para la implementación de esta suspensión.”

Al respecto corresponde señalar, que la mencionada suspensión debió instrumentarse mediante el pertinente acto administrativo.

Asimismo, más allá de la instrucción verbal recibida -conforme lo manifestado por el Área auditada en la reunión mantenida- no existe ninguna documentación de respaldo respecto de la suspensión a partir del cierre trimestral 31/08/2020.

6.3 Procedimiento de Crisis

Determinada la existencia de una Situación de Crisis de un Agente del Seguro de acuerdo al descripto Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis, se dicta una Resolución que establece dicho estado, la cual se notifica a la

entidad, en un plazo no superior a 5 días hábiles, intimándola a presentar en un plazo no superior a 15 días, un Plan de Contingencia, que incluya metas de cumplimiento trimestral expresadas conforme los indicadores que sirven de sustento a los mencionados Criterios N° 1, N° 2 y N° 3, y un conjunto de acciones concretas que se aplicarán en el momento de la puesta en marcha de dicho Plan.

La Superintendencia de Servicios de Salud aprobará o rechazará la propuesta en un plazo no superior a 30 días corridos contados a partir de su recepción, debiendo notificar de inmediato su decisión. Podrá asimismo solicitar a los Agentes intimados, las aclaraciones necesarias para proceder a su evaluación. Cabe señalar que no se dicta el correspondiente acto administrativo de aprobación o rechazo del Plan, sino que dicha acción se materializa mediante nota firmada por la Analista-Auditora del Departamento de Crisis y Liquidación de Obras Sociales y el Gerente o el Subgerente de Control Económico-Financiero de Agentes del Seguro de Salud.

El Agente intimado deberá poner en marcha el Plan de Contingencia en un plazo no superior a 30 días contados desde la notificación de su aprobación por parte del Organismo.

Asimismo, la Superintendencia deberá igualmente monitorear el cumplimiento de las metas trimestrales mencionadas precedentemente (Criterios N° 1, N° 2 y N°3).

La propuesta implementada deberá revertir el diagnóstico de crisis en un plazo máximo de 180 días contados desde su puesta en marcha. Este plazo podrá ser duplicado por la Superintendencia de Seguros de Salud en el caso de que se trate de Agentes con más de 10.000 beneficiarios y medien razones que justifiquen un plazo más extenso. Será requisito para el otorgamiento de esta prórroga, que el Agente mantenga en cada trimestre de monitoreo, como mínimo, la misma calificación registrada en el trimestre anterior.

Se entiende que el Agente intimado ha revertido el diagnóstico de crisis si dentro del plazo máximo del Plan de Contingencia, registra valor 0 en los Criterios antes indicados.

Al respecto se dicta una Resolución donde se tiene por revertida la Situación de Crisis.

6.3.1 Incumplimientos graves al Procedimiento de Crisis

Instaurado un Procedimiento de Crisis, serán considerados incumplimientos graves:

- 1) Falta de respuesta a la intimación respecto del Plan de Contingencia.
- 2) Rechazo fundado por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud de la propuesta de Plan de Contingencia.
- 3) Incumplimiento de la puesta en marcha de la propuesta dentro de los 30 días de su aprobación.
- 4) Incumplimiento de las metas trimestrales de la propuesta.
- 5) Vencimiento del Plan de Contingencia sin haber revertido el diagnóstico de crisis.

6.4 Aplicativo Informático - Diagnóstico de Situación de Crisis

En la Intranet del Organismo se encuentra disponible un Aplicativo Informático para el Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis.

Mediante dicho aplicativo, las diversas áreas de la Superintendencia de Servicios de Salud involucradas en el procedimiento, registran los valores correspondientes a los distintos Requisitos y Criterios, de acuerdo con sus diferentes competencias.

El aplicativo permite obtener los datos en relación con cada uno de los Agentes del Seguro de Salud, como respecto de cada Criterio y/o Requisito y por períodos. Permite a su vez, ir monitoreando las cargas trimestrales y los usuarios responsables de las mismas, como también la producción de informes estadísticos y la descarga de los datos en planillas Excel.

6.5 Agentes del Seguro de Salud en Concurso Preventivo

El Decreto N° 1.400/01 dispuso que todos los Agentes del Seguro de Salud que se encuentren en Concurso Preventivo de Acreedores en los términos de las Leyes N° 24.522 y N° 25.563 se hallan en Situación de Crisis.

En ese sentido se dictó la Resolución SSSalud N° 71/10 a efectos de que el Departamento de Crisis y Liquidación de Obras Sociales dependiente de la Gerencia de Control Económico-Financiero mantenga actualizada la información vinculada con dichos concursos respecto a los Agentes del Seguro de Salud que inicien el mismo o que lo hayan ya iniciado y hasta tanto finalicen los pagos del acuerdo celebrado con los acreedores o se decrete su quiebra.

A dichos fines, estableció que los Agentes del Seguro de Salud deben comunicar a esta Superintendencia dentro de las 72 horas posteriores:

- a) la decisión de presentarse en concurso preventivo de acreedores, invocando las causas que lo originan, la fecha de cesación de pagos y el Juzgado interviniente (esta información en particular, debe ser remitida a la Gerencia de Asuntos Jurídicos);
- b) la resolución que adopte el mencionado Juzgado sobre el particular;
- c) la resolución del magistrado respecto del acuerdo de acreedores (homologación);
- d) cualquier incumplimiento del acuerdo;
- e) la existencia de medidas precautorias dispuestas por el juez del concurso;
- f) cualquier citación por parte del juez con motivo de la solicitud de quiebra de un acreedor, conf. art. 84 de la Ley N° 24.522 y
- g) los autos de levantamiento del concurso y/o la sentencia de declaración de quiebra.

A su vez, dispuso que los Agentes del Seguro de Salud que ingresen en Concurso Preventivo de Acreedores o que ya hayan iniciado el mismo en los términos de la Ley N° 24.522 y sus modificatorias, y hasta tanto se concluya el acuerdo celebrado con sus acreedores o sea decretada su quiebra, deberán informar a la Gerencia de Control Económico Financiero los campos que acompañan como anexo y la siguiente información:

- ✓ Detalles del concurso.
- ✓ Homologación de acuerdos.
- ✓ Detalle de planes de pago acordados.
- ✓ Cumplimiento de los pagos efectuados de cada plan.
- ✓ Refinanciación de planes.
- ✓ Incidentes en curso.
- ✓ Incidentes con resolución firme.
- ✓ Citación al deudor, artículo 84° de la Ley N° 24.522.

Existe un aplicativo informático desarrollado oportunamente por la Gerencia de Sistemas de Información para la carga y registro de la información requerida.

Dicha información debe mantenerse actualizada permanentemente en línea, trimestralmente, o cuando el período de vencimiento de los planes fuera mayor, se debe remitir un informe por escrito informando sobre el nivel de cumplimiento del acuerdo homologado, el que debe hacer expresa referencia a los motivos por el cual se mantienen cuotas exigibles impagas y la fecha estimada de su regularización.

Dicho informe debe contener la firma de la autoridad del Agente del Seguro y del Contador Público debidamente certificada por el Consejo Profesional de la Jurisdicción que le corresponda por el domicilio del Agente.

Estos comprobantes deben entregarse también en soporte papel, para su incorporación en el expediente respectivo en la Gerencia de Control Económico-Financiero.

Como fuera señalado anteriormente, más allá del control particular efectuado a los Agentes en concurso preventivo de acreedores, se sigue monitoreando y controlando el Factor de Criticidad, mediante el aplicativo del Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis.

A su vez, en modo similar al procedimiento seguido respecto del Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis, se realizan trimestralmente informes que son caratulados mediante el correspondiente expediente.

Corresponde señalar, que a criterio de la citada Gerencia de Control Económico-Financiero, los Agentes con el acuerdo con los acreedores homologado en el marco del Concurso Preventivo, dejan de estar sometidos a la restricción impuesta a aquellos en Situación de Crisis, respecto de la posibilidad de recibir beneficiarios por opción de cambio.

Respecto de lo expuesto en el párrafo precedente, cabe remarcar que los Agentes se encuentran en Situación de Crisis mientras se encuentren en concurso preventivo de acreedores.

No se ha relevado un cambio de tratamiento cuando el Juez haya dictado la declaración de Conclusión del concurso, en los términos del artículo 59° de la Ley N° 24.522 de Concursos y Quiebras, ni que se haya fijado otra instancia concreta de la finalización de la Situación de Crisis con motivo del cese del estado concursal.

7. OBSERVACIONES - RECOMENDACIONES - OPINIÓN DEL AUDITADO

7.1 Observación (Recurrente): En uso de las facultades otorgadas por el artículo 25 del Decreto N° 1.400/01, la Superintendencia de Servicios de Salud dispuso mediante Resolución SSSalud N° 501/10 los requisitos prestacionales, jurídicos-institucionales, contables y de atención al beneficiario referenciados en el denominado Criterio N° 1 del Anexo II del mencionado Decreto. En tal sentido, la Resolución enumera los Requisitos que pueden merecer la calificación cero (0) o uno (1) según su cumplimiento. Dicha calificación es incorporada al Aplicativo Informático

por las siguientes Gerencias: Control Prestacional (Requisitos N° 1, N° 2 y N° 3); Gestión Estratégica (Requisito N° 4); Control Económico-Financiero (Requisitos N° 5, N° 6 y N° 7); Asuntos Jurídicos (Requisitos N° 8 y N° 9); Atención y Servicios al Usuario del Sistema de Salud (Requisitos N° 10 y N° 11); y Sistemas de Información (Requisito N° 12). De acuerdo al relevamiento realizado, ninguna de las Gerencias mencionadas ha establecido por escrito las especificaciones a tener en cuenta al momento de cargar el aplicativo, manifestándose la existencia de plazos de tolerancia en algunos casos o mayor rigurosidad en otros, que no surgen de ningún instructivo formalizado o aprobado por autoridad responsable.

Impacto: Medio

Efecto: Falta de claridad y eventual pérdida de homogeneidad en las determinaciones de los Requisitos. Ineficiencia de las Operaciones.

Recomendación: Establecer en forma escrita y por autoridad responsable, para cada una de las Gerencias que interviene en la carga de los Requisitos del Criterio N° 1, las especificaciones a tener en cuenta al momento de cargar el Aplicativo Informático, dada la conveniencia de evitar errores y discrecionalidades por cambio de responsable, posibilitando a su vez el debido control, atendiendo a distintas flexibilidades que algunas áreas adoptan para considerar cumplido o no cumplido el Requisito.

Opinión del auditado: Se toma en cuenta la recomendación y se avanzará en el tema.

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

- 7.2 Observación (Recurrente): El Decreto N° 1.400/01 establece que habrá dependencia de subsidios financieros toda vez que el Agente hubiera percibido durante los últimos 2 años calendario, subsidios financieros de la ex Administración de Programas Especiales, en una cantidad tal, que el promedio mensual de los subsidios recibidos en los 2 últimos años calendario, dividido por el importe informado como ingreso ordinario mensual en el último Estado de Origen y Aplicación de Fondos presentado ante la Superintendencia de Servicios de Salud, sea inferior a 0,167, y por lo tanto, se valorizaría con 0,2 a estos Agentes. Mediante Resolución SSSalud N° 501/10, el Organismo consideró abstracta la dependencia señalada en el Decreto, a partir de que las solicitudes de apoyo financiero debían ser presentadas con carácter de reintegro a partir del año 2008.

Por lo indicado, dicha Resolución ha fijado el concepto para medir la dependencia de subsidios financieros en función de lo previsto por el Decreto N° 1.901/06, respecto de la distribución automática del Fondo Solidario de Redistribución, denominado SANO (Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales).

Cabe señalar, que con posterioridad al año 2010 se han creado otros mecanismos de apoyo financiero que actualmente no están considerados a los efectos de determinar el real grado de dependencia de subsidios financieros. Los mismos son los establecidos por el Decreto N° 1.609/12 - Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA)- y el Decreto N° 1.368/13 - Subsidio de Mitigación de Asimetrías para el Régimen de Trabajo Especial (SUMARTE) y el Subsidio para Mayores de Setenta Años (SUMA 70)-.

Impacto: Medio

Efecto: Posible déficit en la medición de la dependencia de subsidios financieros de las Obras Sociales. Ineficiencia de las Operaciones.

Recomendación: Analizar la oportunidad de actualizar la información utilizada para medir el cumplimiento del Criterio N° 4, el cual examina exclusivamente para medir la dependencia de subsidios financieros al SANO (Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales, previsto por el Decreto N° 1.901/06), atendiendo a la creación posterior de otros subsidios de distribución automática del Fondo Solidario de Redistribución que no son considerados a los efectos de determinar el real grado de dependencia de subsidios financieros de las Obras Sociales. Los mismos son los establecidos por el Decreto N° 1.609/12 -Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA)- y el Decreto N° 1.368/13 -Subsidio de Mitigación de Asimetrías para el Régimen de Trabajo Especial (SUMARTE) y el Subsidio para Mayores de Setenta Años (SUMA 70)-

Opinión del auditado: Se comparte el criterio. Se entiende que el tema fue considerado oportunamente, encontrándose en proceso de definición.

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

- 7.3 Observación: Durante el ejercicio 2020 y 2021 se suspendió la realización del diagnóstico de crisis mediante el Memo ME-2020-60352843-APN-SSS-MS, al respecto cabe observar que la mencionada suspensión debió instrumentarse mediante el pertinente acto administrativo. Asimismo, más allá de la instrucción verbal recibida, no existe ninguna documentación de respaldo respecto de la suspensión a partir del cierre trimestral 31/08/2020.

Impacto: Alto

Efecto: Posible falta de detección de Situaciones de Crisis que puedan poner en riesgo la atención de los beneficiarios del sistema de salud. Incumplimiento de misiones, funciones y/u objetivos del ente.

Recomendación: En caso de considerarse necesaria la suspensión del procedimiento ordenado por el Decreto 1.400/01, instrumentar dicha medida mediante el pertinente acto administrativo de rigor.

Opinión del auditado: Se comparte el criterio. Se destaca que como consecuencia de la Pandemia de COVID 19, el procesamiento de información a distancia (escritorio remoto) fue habilitado como así también la recepción de documentación a las distintas áreas del organismo por vía remoto TAD.

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

7.4 Observación: En relación con las 6 Obras Sociales en crisis por su factor de criticidad de acuerdo al diagnóstico realizado en el expediente del segundo trimestre de 2019 (EX 2019-62731393-APN-SCEFASS#SSS):

1. Obra Social de Conductores Titulares de Taxis de la C.A.B.A. (RNOS N° 0-0350-4), por factor de criticidad resultante del trimestre.
2. Obra Social del Personal del Azúcar del Ingenio La Esperanza (RNOS N° 1-0180-2), por factor de criticidad resultante del trimestre.
3. Obra Social del Personal del Azúcar del Ingenio Ledesma (RNOS N° 1-0190-1), por factor de criticidad resultante del trimestre.
4. Obra Social del Personal del Azúcar del Ingenio San Martín (RNOS N° 1-0230-0), por factor de criticidad resultante del trimestre.
5. Obra Social del Personal de Distribuidoras Cinematográficas (RNOS N° 1-0620-3), por factor de criticidad resultante del trimestre.
6. Obra Social del Personal de la Industria del Tabaco (RNOS N° 1-0620-3), por factor de criticidad resultante del trimestre.

No se iniciaron los respectivos procedimientos de crisis, conforme lo establece el artículo 20 del Decreto 1.400/01, que dispone que cuando de la aplicación del procedimiento de diagnóstico se establezca la existencia

de una Situación de Crisis, la Superintendencia de Servicios de Salud procederá, en un plazo no superior a 5 días hábiles, a través de resolución fundada, a la instauración del Procedimiento de Crisis.

Impacto: Medio

Efecto: Posible falta de atención sobre Situaciones de Crisis detectadas que puedan poner en riesgo la atención de los beneficiarios del sistema de salud. Incumplimiento de procedimientos y/o normativa aplicable.

Recomendación: Iniciar los Procedimientos de Crisis conforme lo establece la normativa vigente una vez detectadas las situaciones de Crisis.

Opinión del auditado: Se copia a continuación el informe de la Gerencia General correspondiente al 2do trimestre 2019 por el cual se solicita a esta instancia realizar una nueva evaluación de los factores de criticidad de los Agentes del Seguro de Salud, motivo por el cual se vieron interrumpieron los procedimientos establecidos por Decreto 1.400/01.

IF 2019-81454921-APN-GG#SSS del 9/9/2019: "A la GERENCIA DE CONTROL ECONOMICO FINANCIERO: Atento al estado de las presentes actuaciones y a los términos del informe técnico N° IF-2019-80101933- APN-SCEFASS#SSS, se remiten los obrados a fin de realizar una nueva evaluación de los factores de criticidad de los Agentes del Seguro de Salud en el marco del Anexo II del Decreto N° 1400/2001."

Comentario Final UAI: Sin perjuicio de lo manifestado por la GCEF, habiendo también advertido la instrucción ordenada, no se advierte en el expediente ninguna actuación respecto de la nueva evaluación solicitada, por lo cual se mantiene la observación sin acción correctiva concreta informada.

8. CONCLUSIÓN

El Sistema de Diagnóstico de Situación de Crisis se utiliza como una herramienta de gestión, para corregir desvíos, en virtud de las alertas que surgen de las mediciones que se van efectuando, tomando contacto preventivamente de manera informal con el Agente del Seguro de Salud la Gerencia de Control Económico Financiero, a medida que su Factor de Criticidad se va incrementando y acercando a los valores límite.

Para la carga y registro de los valores de los distintos Criterios y Requisitos existe un Aplicativo Informático en el cual, las distintas Gerencias

del Organismo involucradas en el proceso, ingresan la información que les corresponde a cada una de ellas, registrando los valores de acuerdo con sus diferentes competencias.

Se ha constatado durante la auditoría, que el circuito actualmente vigente tiene un funcionamiento que actúa sistemáticamente, permitiendo el Aplicativo Informático obtener los datos en relación con cada uno de los Agentes del Seguro de Salud, con respecto de cada Criterio y/o Requisito y por períodos. Posibilita, a su vez, ir monitoreando las cargas trimestrales y los usuarios responsables de las mismas, como también la producción de informes estadísticos y la descarga de los datos en planillas Excel. La Gerencia de Control Económico Financiero genera a su vez un expediente trimestral de seguimiento de las situaciones detectadas con los resultados del diagnóstico de dicho período.

De acuerdo al relevamiento realizado, y a partir de que la normativa solo indica la denominación de los Requisitos del Criterio N° 1, se verifica que, en general, se ha optado por otorgar un carácter de cumplimiento formal, y no restrictivo, para cargar la calificación en el Aplicativo Informático.

Así por ejemplo, para medir la existencia de riesgos que alteren el normal suministro de las prestaciones médicas, la Gerencia de Control Prestacional (Requisitos N° 1 y 2) lo evalúa en función de la sola presentación del Programa Médico Asistencial y de la Cartilla, independientemente si luego las mismas merecen o no la aprobación; o considera adecuado para el Requisito N° 3 la presentación de un Contrato Prestacional en el año, independientemente de los efectivamente celebrados por la Obra Social.

De similar forma, también para el Criterio N° 1, la Gerencia de Atención y Servicios al Usuario del Sistema de Salud califica el Requisito N° 9 de Reclamos, según lo verificado por la auditoría anual que se realiza en las sedes de las Obras Sociales, respecto a cuestiones formales dispuestas por la Resolución SSSalud N° 75/98.

En otro orden, mediante la Resolución SSSalud N° 501/10 el Organismo consideró abstracta la dependencia que disponía en el Decreto N° 1.400/01 para el Criterio N° 4, a partir de que las solicitudes de apoyo financiero debían ser presentadas con carácter de reintegro a partir del año 2008.

Por lo indicado, dicha Resolución ha fijado el concepto para medir la dependencia de subsidios financieros en función de lo previsto por el Decreto N° 1.901/06, respecto de la distribución automática del Fondo Solidario de Redistribución, denominado SANO (Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales).

Al momento del dictado de la Resolución SSSalud N° 501/10, no se encontraban vigentes los restantes actuales subsidios automáticos del Fondo Solidario de Redistribución, razón por la cual no son utilizados para medir el cumplimiento del Criterio N° 4. Los mismos son los establecidos por el Decreto N° 1.609/12 -Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA)- y el Decreto N° 1.368/13, Subsidio de Mitigación de Asimetrías para el Régimen de Trabajo Especial (SUMARTE) y el Subsidio para Mayores de Setenta Años (SUMA 70).

Se analizaron la totalidad de los expedientes trimestrales del período auditado, los cuales consistieron en los expedientes correspondientes al ejercicio 2019.

En relación con las 6 Obras Sociales en crisis por su factor de criticidad de acuerdo al diagnóstico realizado en el expediente del segundo trimestre de 2019 (EX 2019-62731393-APN-SCEFASS#SSS), no se iniciaron los respectivos procedimientos de crisis, conforme lo establece el artículo 20 del Decreto 1.400/01, que dispone que cuando de la aplicación del procedimiento de diagnóstico se establezca la existencia de una Situación de Crisis, la Superintendencia de Servicios de Salud procederá, en un plazo no superior a 5 días hábiles, a través de resolución fundada, a la instauración del Procedimiento de Crisis.

Cabe señalar que durante el ejercicio 2020 y 2021 se suspendió la realización del diagnóstico de crisis mediante el Memo ME-2020-60352843-APN-SSS-MS el cual establecía una suspensión hasta el cierre trimestral del 31/08/2022. Al respecto corresponde observar, que en caso de considerarse necesaria la suspensión del procedimiento ordenado por el Decreto 1.400/01, se debería instrumentar dicha medida mediante el pertinente acto administrativo de rigor.

En conclusión, se advierte oportuno señalar, que la fórmula vigente para obtener el Factor de Criticidad, sumado a la imposibilidad actual y fáctica de obtener resultado negativo en el Criterio N° 4, torna excesivamente difícil que un agente se encuentre en Situación de Crisis, aun registrando indicadores esenciales muy negativos, ya que se debe obtener valor negativo en los 3 Criterios restantes.

Asimismo, se advierte que los diversos y numerosos Requisitos o indicadores que conforman los Criterios N° 1 y N° 2 se ponderan de igual manera, cuando aparentan reflejar situaciones de disímil relevancia.

En ese sentido, en el Criterio N° 1, el cumplimiento respecto del Padrón de Beneficiarios, los Estados Contables o el PMA se equipara con la

publicación de afiches; o, en el Criterio N° 2, tiene igual significancia tener un patrimonio neto altamente negativo, que registrar 9.999 afiliados.

Para finalizar, se realizan algunos comentarios generales para el caso que se considere oportuno y conveniente hacer una revisión del Procedimiento de Crisis, en mérito a lo dispuesto por el artículo 18° del Decreto N° 1.400/01, respecto a que la prioridad es la tutela de los derechos de los beneficiarios, la búsqueda del pleno goce del derecho a la salud y a recibir la provisión de prestaciones de salud de manera igualitaria e integral.

Las cuestiones que se mencionarán, podrían ser atendidas para reanalizar la metodología del sistema en virtud a los cambios de circunstancias y administraciones que se han producido durante los últimos años:

- ✓ Definir si la calificación binaria 0 o 1 es la que mejor se adapta, en todos los casos, para la calificación de las distintas situaciones.
- ✓ Revisar si las ponderaciones vigentes sobre los Criterios y la cantidad de Requisitos, merecen una actualización en función de los cambios de contexto, luego de 17 años del dictado del Decreto N° 1400/01.
- ✓ Revalidar, respecto a la forma de medir los Requisitos que enumera la Resolución SSSalud N° 501/10 en forma genérica para el Criterio N° 1, si los aspectos formales son la mejor opción para evaluar el grado de servicios prestacionales y los reclamos de los beneficiarios.
- ✓ Establecer graduaciones intermedias que impliquen la apertura de acciones formales, ante desmejoramientos progresivos de las calificaciones de los Agentes del Seguro de Salud, para evitar una única drástica medición que implica entrar o no en el Procedimiento de Crisis.
- ✓ Analizar si la medición del Criterio N° 4, que mide la dependencia de subsidios financieros de la Obra Social, debe realizarse exclusivamente a través del SANO, o también teniendo en cuenta los otros subsidios de distribución automática del Fondo Solidario de Redistribución de creación posterior, tales como el SUMA, SUMARTE y SUMA 70.

Buenos Aires, 30 de junio de 2022

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

REFERENCIA DE PAPELES DE TRABAJO:
Legajo Principal N° 01.24 - 06/22 UAI SSSALUD