

Curso Anual de Auditoría Médica del Hospital Aleman

Año 2008

Monografía: Administración de Programas Especiales (APE)

Docente: Dr. Agustín Orlando

Autores

Alexia Franco Claus
Rocío Garrido
Griselda Romeo
Maria Eugenia Schuler

Agradecimientos:

Cecilia Gómez Noviello
Amadís Marey
Mario Rayon Sottile

Prefacio

El presente estudio pretende mostrar de manera clara y sencilla el funcionamiento de la APE. Se incluye un marco histórico con referencias a los fundamentos de su creación, problemáticas originadas, procedimientos creados y finalmente su injerencia positiva en las Obras Sociales.

Creación de la Administración de Programas Especiales

Surge a partir del Fondo de Predistribución de las Obras Sociales. Al momento de su creación, una característica importante de esta entidad era que “no iba a quedar en manos del sindicalismo”, y el método para lograr esto sería que la mayoría de su directorio y su titular serían representantes del Estado.

Luego de los cambios organizacionales y políticos, con su reemplazo por subsidios directos desde el Ministerio de Salud desde el año 2000 hasta el año 2003, y a partir de su reestructuración y reimpulso, se volvieron a fomentar proyectos relacionados con el saneamiento del sector de la salud sin injerencia de la APE en dicho periodo.

Entre los motivos de su creación se encuentran, el brindar soluciones efectivas a problemáticas recurrentes, entre las cuales estaban: el desfinanciamiento de las obras sociales, la falta total de control en procesos estratégicos como ser los reintegros, la falta de créditos para prestadores, la lentitud extrema en procesos vitales, etc.

Se intentó también adoptar un nuevo procedimiento de crisis y un nuevo paradigma relacionado con la distribución de fondos solidarios, para obtener así la mayor equidad en dicha distribución y favorecer a las obras sociales más desprotegidas, es decir, las de menores recursos.

Como antecedente, en el año 1996, el Poder Ejecutivo de la Nación dispuso, mediante el Decreto N° 1615/96, la transformación de los organismos oficiales de coordinación y conducción del Sistema de Obras Sociales, de forma tal que se fusionaran el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS) y la Administración Nacional de Seguros de la Salud (ANSSAL), dando lugar a la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) como organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional en jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social, con un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera, en calidad de ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional de Seguro de la Salud.

En el artículo 10 del Decreto N° 1615/96 se menciona lo siguiente: “Créase la Dirección de Programas Especiales en el ámbito del Ministerio de Acción Social en jurisdicción de la Secretaría de Política y Regulación de Salud-Subsede de Regulación y Fiscalización, la que tendrá a su cargo la implementación y la administración de recursos afectados a los planes y programas de salud destinados a los beneficiarios del sistema.”-

Lo que deja en claro que se extrae de la Superintendencia de Servicios de Salud la competencia relativa a la atención de los Programas Especiales, creando la dirección de Programas Especiales.

La Administración de Programas Especiales (APE) se creó a través del Decreto N° 53 del 15 de enero de 1998, como organismo descentralizado de la administración pública Nacional basada en las normas y las reglas que dicta la Ley de Procedimientos Administrativos 19.549. Al ser un ente descentralizado en la órbita del Ministerio de Salud su administración es competencia de la autoridad superior que es designada por el poder ejecutivo de la Nación y dicha competencia estará a cargo de un gerente general quien ejercerá su representación legal.

Mediante el Decreto N° 446/00 se dispuso la supresión de la APE, cesando en sus funciones el 31-12-2000 las autoridades oportunamente designadas, procediéndose al cierre del ejercicio y a la suspensión de los trámites allí radicados.

Posteriormente, mediante el Decreto N° 1305/00, que reglamentó el artículo 14 del Decreto N° 446/00 en el que se dispuso que la Superintendencia de Servicios de Salud asumiera la ejecución, supervisión y conclusión de la gestión remanente de la APE.

Ante el dictado de medidas cautelares interpuestas contra la aplicación de los decretos anteriormente mencionados, el PEN dictó el Decreto N° 270/01, que dispuso la intervención de la APE, designando interventor y subinterventor.

En el año 2002 se designó al actual interventor.

Por Decreto N° 1254/03 del 12 de diciembre de 2003, se aprobó una nueva estructura orgánico funcional, estableciendo dicha norma que en el plazo de sesenta días de su publicación se debería elevar al Poder Ejecutivo Nacional la dotación de los cargos correspondientes y aprobar las aperturas inferiores de las unidades organizativas que se aprobaban.

Recientemente, en el curso del mes actual, el interventor de la APE, el Dr. Juan Rinaldi pasa a dirigir la SSSalud (Superintendencia de Servicios de Salud) sin estar aun designado su reemplazo al frente de la APE.

Objetivo de la APE

Su meta principal es poder satisfacer de una manera equitativa, los pedidos realizados por las obras sociales para subsanar como apoyo financiero la cobertura de prestaciones medicas especiales de baja incidencia y alto impacto económico, además participar en el desarrollo e implementación de la detección y/o prevención de patologías de alto costo y aquellas que, por su características, requieren de una atención prolongada en el tiempo.

Para poder llevar a cabo lo mencionado, dicho organismo cuenta con un manual de normas y procedimientos que constituyen una herramienta de trabajo tanto interna como externa con la finalidad de agilizar los trámites.

La finalidad de las normas mencionadas es la de organizar a la APE como Organismo de la Administración Pública Nacional, profundizar la mejora en el desarrollo de los mecanismos de control interno y poder cumplir con los plazos de la gestión administrativa en términos de eficacia y eficiencia.

La modalidad de satisfacer los pedidos realizados por los Agentes del Seguro de Salud será mediante solo reintegros (históricamente reintegros y subsidios) y el trámite de otorgamiento de la financiación de las prestaciones será el que fije la resolución, sobre el reconocimiento o no de los montos establecidos para cubrir el gasto que demande la cobertura de prestaciones subsidiadas por la APE.

Recursos de la APE

El Organismo se financia casi en su totalidad con recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución y en menor proporción con recursos provenientes de devoluciones de subsidios totales o parciales. El Fondo Solidario mencionado, fue creado por Ley N° 23.661 y es administrado por la SSSalud, derivando a la APE los fondos necesarios para posibilitar la atención de los gastos indispensables para dar cumplimiento a sus metas, según lo establecido en Artículo 90 de la Ley N° 25.725. Dicho Fondo se constituye mediante aportes y contribuciones sobre la nómina salarial del universo de los trabajadores comprendidos en el Sistema de Obras Sociales que rige la Ley N° 23.660.

La porción aportada por el sueldo de los empleados está formada por el 3% de la remuneración que reciben éstos y el 6% del sueldo aportado por sus empleadores. De esta sumatoria, cada obra social recibe un porcentaje por beneficiario que dependerá de la remuneración que percibe el empleado como así mismo de la categoría laboral a la que pertenece. Así, las Obras Sociales Sindicales reciben el 90% por cada beneficiario con sueldos menores a \$ 1000.- y 85% en el caso de empleados que perciban una suma superior a dicha cantidad.

Así mismo, las Obras Sociales que concentran personal de dirección, perciben el 85% u 80% respectivamente, según el salario del beneficiario sea inferior o superior a los \$ 1000.-.

Entonces, el 10 o 15% para las Obras Sociales Sindicales y el 15 o 20% para las Obras Sociales de Dirección que son retenidos a todas las entidades, se depositan en la cuenta del Fondo Solidario de Redistribución para atender y equiparar la compensación automática a aquellas Obras Sociales que no alcanzan un monto mínimo de ingreso por beneficiario y al pago de apoyo financiero a los Agentes del Seguro de Salud por prestaciones de alta complejidad o que demanden una cobertura prolongada en el tiempo.

Funcionamiento de la APE

Entidades Cubiertas

Es importante aclarar cuales son las entidades que pueden solicitar apoyo financiero por parte de la Administración de Programas Especiales. Conforme a la Legislación vigente, se encuentran dentro de la esfera de cobertura APE los siguientes Agentes de Salud:

- Obras Sociales Sindicales
- Obras Sociales de Origen Estatal
- Obras Sociales por convenios con empresas
- Obras Sociales del Personal de Dirección y Empresarios
- Mutuales Adheridos al sistema
- Asociaciones de Obras Sociales

Fuera de la cobertura se encuentran:

- Las Obras Sociales Provinciales no Adheridas al Sistema
- Las Obras Sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad
- Las Obras Sociales de las Universidades Nacionales
- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
- Las Empresas de Medicina Prepaga (EMP)
- Mutuales no adheridas al sistema

Prestaciones cubiertas con reintegro de la APE

Las prestaciones financiadas a través de subsidios, sea de alto costo ò de cobertura prolongada en el tiempo, pueden agruparse en cuatro grandes grupos:

- Prestaciones Médicas (asistencia en riesgo de muerte, procedimientos de alta complejidad, apoyo a programas de prevención de factores de riesgo cardiovascular, vacunación antigripal, implante coclear, estudios de pre-transplante, módulos de transplante renal, uréter, óseo, médula, etc.)
- Medicación (antirretrovirales-factores de coagulación, Cerezyme en enfermedad de Gaucher, hormonas de crecimiento, Tobramicina, etc.)
- Prestaciones para los beneficiarios discapacitados (Programa de cobertura Del Sistema único de prestaciones básicas para personas con discapacidad)
- Programas de Prevención. La APE financia el Programa de Identificación de factores de riesgo y prevención primaria de enfermedades cardiovasculares, el Programa de Tratamiento Profiláctico de la Hemofilia, el Programa de Salud Renal y el Programa de control de la Enfermedad de Chagas.

Solicitud de apoyo financiero

La modalidad de satisfacer los pedidos realizados por los Agentes del Seguro de Salud se efectúa mediante reintegro (anteriormente también por subsidio) y el trámite de otorgamiento de la financiación de las prestaciones será el que fije la resolución, sobre el reconocimiento o no de los montos establecidos para cubrir el gasto que demande la cobertura de prestaciones subsidiadas por la APE.

Al momento de realizar una presentación relativa al pedido de apoyo financiero, el Agente del Seguro debe presentar la documentación básica, que se conforma de documentación común a todos los casos y otra relativa al caso en particular.

A) EN GENERAL:

Nota de solicitud de subsidio ò reintegro

- La solicitud se formaliza por escrito
- Dirigida a la máxima autoridad del organismo.
- Subscripta por el representante legal del Agente de Seguro.
- Con firma certificada por autoridad bancaria ò notarial, excepto que tenga firma asentada en el Registro de Autoridades y Representantes Legales (Resolución N° 9486/03-APE).
- Reconocer que el apoyo financiero solicitado no es obligatorio para la Administración de Programas Especiales (APE) y que la denegatoria y concesión parcial en ningún caso generará derecho alguno a favor del Agente de Seguro.
- El Agente del Seguro es la única obligada frente al beneficiario, incluso en caso en que asignara prestador y/o proveedor, la que se tendrá como realizada por cuenta y orden expresa del Agente de Seguro.
- En caso de acción judicial contra la APE, el Agente del Seguro exonerará de toda responsabilidad si se determinaran falla del sistema.
- Conocimiento de la Resolución N° 0500/04-APE: se tendrá por conocida toda la normativa al pedido de apoyo financiero ò subsidios administrados por la APE por parte de los prestadores y/o proveedores de prestaciones cubiertas, debiendo facilitar la relación de auditorias en terreno y brindando la información necesaria relativa a tales prestaciones.
- El Agente del Seguro acepta que se efectúen pagos directos a los prestadores y/o prestadores por cuenta y orden, asumiéndolos como propios.
- El Agente del Seguro es quien realiza los tramites en la APE, no pudiendo los particulares realizar ningún tipo de gestión.
- Consignación de la existencia de un único prestador ò proveedor cuando así sea.
- El Agente de Seguro debe aportar:
 - (a) Denominación completa y siglas.
 - (b) Número de inscripción en el Registro Nacional de Obras Sociales.
 - (c) Nombre del paciente, edad, domicilio, n° de documento, fecha de nacimiento, nacionalidad, estado civil (Excepto en casos de HIV-SIDA donde se comunica el código del paciente).
 - (d) Número y tipo de beneficiario.
 - (e) Certificado de afiliación donde constan los datos del beneficiario. Indicando:
 - Parentesco con el afiliado titular
 - Nombre y apellido
 - Edad
 - Domicilio
 - Fecha de nacimiento
 - Nacionalidad
 - Estado Civil
 - Tipo y número de documento expedido por Autoridad Argentina
 - Informe de la empresa donde presta servicios, con fecha de ingreso al establecimiento.
 - Si es extranjero, fecha de entrada al país y copia del documento otorgado por la Autoridad Argentina.
 - (f) Original de la Orden de prescripción expendida por nombre genérico.
 - (g) Resumen de HC, con indicación clara de diagnóstico y tratamiento extendida por médico tratante según modelo:

- Diagnóstico
- Práctica a realizar ò realizada: tratamiento y/ò intervención quirúrgica que debe efectuarse ò se efectuó al paciente.
- Evolución del paciente
- Evaluación periódica
- Autorización de la práctica por profesional médico del Agente de Seguro
- Pacientes Crónicos: Primera presentación completa, subsiguientes con indicación de expediente donde se encuentra la HC completa y actualización de la HC.
- (h) Informe de Auditoria Médica del Agente del Seguro
- Confeccionado en papel oficial del Agente del Seguro.
- Evaluación del Auditor Médico del Agente del Seguro, avalando la necesidad del tratamiento ò práctica fundada en hechos concretos: motivo del tratamiento ò de la intervención, profesionales ò centros consultados, estadísticas existentes en el país sobre el procedimiento en cuestión.
- Firma y aclaración del auditor actuante.
- (i) Presupuestos:

Se reciben hasta tres,

- En original ò copia autenticada
- Prestadores ò Proveedores acreditados en plaza
- Indicando CUIT del prestador ò Proveedor
- Extendidos a nombre del Agente de Seguro solicitante
- Inscripción de los prestadores ò proveedores en el Registro de Prestadores de la S.S.Salud (Cuando este requisito sea exigible).
- Expresados en moneda de curso legal ò en moneda de origen de tratarse de productos extranjeros.
- Firmado por el responsable de la institución prestadora ò proveedora.
- Expresado en pesos ò dólares por rubro. De tratarse de bienes de origen extranjero el monto expresado en moneda de curso legal se obtendrá de convertir el valor de la moneda de origen a pesos, según la cotización tipo vendedor del Banco Nación especificando la fecha de la conversión respectiva.

La Gerencia de Prestaciones dispondrá del valor máximo del apoyo financiero conforme a los presupuestos presentados por los prestadores, el estudio de costos, sus propias estimaciones y/o de mercado y las disponibilidades presupuestarias del Organismo cubriendo en forma global las prácticas, incluyendo honorarios, insumos y estudios.

El monto correspondiente a la ablación será abonado por la APE directamente al INCUCAI u Organismo Regional o Jurisdiccional Correspondiente. Prácticas en el exterior: Requerirán autorización, la que será otorgada sólo por excepción, cuando el costo resulte menor o cuando no exista compatibilidad entre el receptor y potenciales donantes previa histocompatibilidad informada afirmativamente por establecimientos del exterior.

B) CASOS ESPECIALES:

Documentación a agregar según los casos, además de la citada para los casos generales. Cabe destacarse que cuando no se menciona la prestación específica es porque no requiere documentación con características particulares.

ALTA COMPLEJIDAD

1) PROTESIS

- Parte Quirúrgico con sticker de prótesis implantada.
- Copia del Certificado del implante
- Original de la indicación del Procedimiento Quirúrgico extendido por el médico tratante.

2) IMPLANTE COCLEAR

a) Módulo preimplante:

- Estudios audiológicos: otoemisiones acústicas, BERA, audiometría tonal a campos libres sin audífonos y con audífonos oídos por separado, timpanometría y reflejos estapediales, test de percepción de los sonidos del habla (oídos por separado con y sin audífonos), logaudiometría en adultos y evaluación de bisílabas y frases, selección de audífonos.
- Estudios médicos: Historia clínica, examen otológico, estudios por imágenes (TAC y eventualmente RMN) , examen clínico prequirúrgicos.
- Estudios Psicológicos.
- Estudios Neurolingüísticas.
- Estudios Psicopedagógicos: acta con conclusiones y recomendaciones.

b) Módulo Quirúrgico y costo del Equipo:

- Evaluación intraquirúrgica: impedanciometría de electrodos, reflejo estapedial, telemetría neural.

c) Módulo Post Implante (al fin del primer trimestre Post quirúrgico) para el nuevo expediente:

- Nota de solicitud con identificación del Agente del Seguro, paciente y n° del expediente por el que se solicitó el implante.
- Informe con evolución hasta la fecha de presentación, inconvenientes presentados por el implante y otras observaciones de relevancia.
- Informes de calibración realizadas durante el periodo.
- Acta trimestral de evaluación
- Copia de Historia Clínica con conclusiones y recomendaciones.

3) TRANSPLANTES

- Copia del Certificado de implante de órganos
- Copia certificado de ingreso en lista de espera del Organismo coordinador del transplante (INCUCAI) ù otros Organismos provinciales.
- Original de solicitud de evaluación de pre Transplante extendido por médico tratante.
- Original de solicitud de transplante con fecha cierta de intervención extendido por médico tratante.
- Protocolo quirúrgico.

Producido el deceso una vez efectuadas las prácticas del Pre Transplante:

- Certificado de defunción
- Constancia de los estudios y/o prácticas realizadas.
- Operativo procuración de órganos
 - Copia de la factura correspondiente al traslado (terrestre ò aéreo según corresponda)
 - Listado de órganos procurados en el operativo.

4) DISCAPACIDAD:

- Certificado de discapacidad emitido por Organismo público autorizado, con sello y firma del responsable del mismo, con fecha anterior a la presentación que se tramita;
- Historia clínica auditada por médico Auditor del Agente del Seguro, quién autorizará la prescripción del y tratamiento e informará sobre prestaciones brindadas ò fundamento de la ausencia de estas ante la necesidad de su derivación a las prestaciones cubiertas.
- Presupuesto de transporte, indicando cantidad de kilómetros diarios y mensuales recorridos, con dirección de origen y destino.

5) HIV-SIDA:

- Módulo 1 – Bioterapia:

- Tramite individual ò colectivo.
- Módulo 2 – Tri terapia:
 - Trámite individual o colectivo
 - Se contempla por seis meses o menos con justificación
 - Resumen de Historia clínica con Certificado de la patología.
 - Original Orden de prescripción según codificación internacional (Sexo: M ò F, las dos primeras letras del primer nombre y las dos primeras letras del primer apellido, fecha de nacimiento dd/mm/aaaa).
 - Informe del Médico Auditor del Agente del Seguro indicando: Droga, dosis, periodo de cobertura y dosis total. Deberán coincidir con la prescripción médica del profesional actuante y regirse por las normas de la Ley 25.649 y Decreto 987/03.
 - Denuncia a PNS (En el ingreso al tratamiento por única vez). En las presentaciones posteriores de la HC debe indicar fecha y N° de expediente donde sé asentó la denuncia.
- Módulo 3 – Fallo:
 - Tramite individual
 - En la Historia clínica debe incluir causas del fallo, últimos dos tratamientos realizados y ultimas tres determinaciones de carga viral y cd4.
- Módulo 4 – Transmisión vertical
 - Tramite individual o colectivo.
 - Sólo se contempla el mes del parto.
- Módulo 5 – Tratamiento y Profilaxis de Enfermedades Oportunistas:
 - Tramite individual o colectivo.
- Módulo 6 – Adherencia y Seguimiento
 - Tramite individual o colectivo.
 - Se contemplan en periodos de tres y seis meses.

6) MEDICAMENTOS ESPECIALES:

- Informe del Auditor indicando: Droga prescrita, Dosis, Periodo de Cobertura, Dosis para el total del periodo de tratamiento
- Esto debe ser coincidente con la prescripción del médico tratante.
- Troqueles de los envases de medicamentos ò nota justificando su carencia en medicación importada (en reintegros).
- Factores Estimulantes de colonias granulocíticas (Excepto casos de neutropenia secundaria a quimioterapia).
 - Hemograma completo.
 - El trámite se presentará por tratamiento, no por periodos pre establecido.
- Análogos de Somatotatina.
 - Historia clínica con prescripción de dosis diaria.
 - Estudios de laboratorio.
 - Estudios por imágenes en: Síndrome carcinoide, tumores hipofisarios productores de Somatotatina.
- Somatotrofinas (Hormona de Crecimiento)
 - Examen de laboratorio
 - Nivel sérico de Hormona de Crecimiento
 - Estudio Genético en el Síndrome de Turner y de Prader Willi.
 - Tabla de crecimiento Pondero estatural
 - Historia clínica con informe de edad ósea.
- Material descartable, accesorios e insumos para provisión de alimentación parenteral (prolongada y por patología no oncológica)
 - Número de envases de cada tipo de alimentación.

- Drogas inmunosupresoras (peri y/o postransplante) cuando se cambie de un esquema a otro.
 - Detalle de periodos de administración de cada uno.
 - Otros elementos según la enfermedad tratada:
- Enfermedad de Gaucher:
 - Historia clínica : Aclarando tipo de enfermedad: I II ò III
 - Exámenes de laboratorios:
 - Hemograma completo
 - Recuento de plaquetas
 - Informe radiológico
- Otros (Como confirmación de la enfermedad)
 - Biopsia hepática y/o Dozaje enzimático (Betaglucoocerebrosidasa ù otras) y/o Estudios genéticos
- Hemofilia:
 - Tratamiento Profiláctico:
 - Certificado médico indicando el tipo y gravedad de la enfermedad, la primera hemorragia mayor ò articular (profilaxis primaria) ò más de dos hemorragias articulares (profilaxis secundaria) emitido por médico especialista en hematología ò hemoterapia.
 - Prescripción médica con modalidad profiláctica indicada (primaria ò secundaria, dosis individual, vía y frecuencia, tipo de factor indicado (respetando las normas de la Ley 25.649 sobre prescripción de nombre genérico ò Denominación Común Internacional), emitida por médico especialista en hematología ò hemoterapia. En Hemofilia A corresponderá la selección de concentrados del Factor VIII; en la B, concentrados del Factor IX.
 - Resumen de HC en el primer expediente y en posteriores del periodo ya otorgado más fichas de seguimiento.
 - Resultados de factor de coagulación en sangre (menos del 1% en sangre)
 - Informe social demostrativo de existencia de familia continente.
 - Certificado de asistencia a cursos de adiestramiento y asesoramiento del paciente del paciente y de sus padres en lo referente al significado de la profilaxis, sus beneficios y su trascendencia en la vida futura (cuando no intervenga un equipo de enfermería entrenado).
 - Fichas de ingreso y Seguimiento (Anexos) Copias de las mismas se agregaran a los expedientes.
 - Comunicación fehaciente de la salida del programa.
 - Las causales de salida son:
 - Cumplir 18 años de edad.
 - Completar el desarrollo osteomuscular antes de los 18 años de edad.
 - Decisión familiar
 - Haber desarrollado el inhibidor
 - Presentar intolerancia al tratamiento
 - No cumplir con los controles requeridos
 - Perder la cobertura
 - Se deberá demostrar para ambas modalidades de profilaxis:
 - Ausencia del inhibidor circulante (según resultados de Dozaje de factor de coagulación en sangre)
 - Existencia de familia continente
 - Acceso a un equipo de enfermería entrenado en aplicación de medicación endovenosa a niños de corta edad y que disponga de los medios que le permitan

desarrollar su tarea en condiciones necesarias de asepsia y limpieza o, en su defecto, entrenamiento del paciente y/o los padres en las técnicas de venopunción y administración de concentrados de factores de coagulación.

- Tratamiento episódico o a demanda
 - Al presentar el trámite, en la Primera Vez.
 - Certificado médico indicando el tipo y gravedad de la enfermedad emitido por médico especialista en Hematología.
- En cada presentación, tanto la primera vez como las subsiguientes:
 - Prescripción médica con diagnóstico del evento hemorrágico tratado, emitido por especialista en hematología ò hemoterapia.
 - Resumen de Historia clínica con evolución del evento hemorrágico.
 - Cuadro apaisado
 - Facturas y recibos del proveedor de los factores.
- Enfermedad de Von Willebrand
 - En la variedad Normandy y Euw Tipo 3, informe con resultados de KPTT y dozaje de Factor Von Willebrand ò cofactor de la Ristocelina.
- Esclerosis Múltiple (Tratamiento con Interferón Beta ò Copolimero)
 - Resumen de HC con indicación de: Diagnóstico (Forma clínica), Actualización del grado de discapacidad según Kurtzke (EDSS), que debe ser de 5.5 o menor.
 - Informe de evidencia de dos (2) o más exacerbaciones en los dos últimos años.
 - Informe de RMN con lesiones compatibles EM (Esclerosis Múltiple) o de LCR (Líquido Cefalo Raquídeo) (Presencia de bandas oligoclonales) o Potenciales Evocados.
- Hepatitis Crónica B o C (Tratamiento con Interferòn Alfa y Rivabirina)
 - Resumen de Historia Clínica con: Biopsia Hepática, Tipificación del virus, Carga Viral y Variación de valores de Carga Viral (en presentaciones subsiguientes)
- Esclerosis Lateral Amiotrófica: (Tratamiento con Riluzole)
 - Historia Clínica Completa
 - Estado Evolutivo actual del paciente
 - Informe de Capacidad Vitral Forzada
- Infecciones de Estafilococos Meticilinoresistentes (Tratamiento con Teicopamina y Linezolid)
- Exámenes de laboratorio: Cultivo, Antibiograma.
- Enfermedad Fibroquística del Páncreas (Tratamiento con Tobramicina Aerosolizada)
- Exámenes de laboratorio: Cultivo, Antibiograma de Espudo y/o lavado y/o cepillado bronquial.

7) PROGRAMA DE SALUD RENAL (Resolución n° 11.300/04-APE)

- Al alta: Planilla de Seguimiento y Matriz de clasificación Remisión y Regresión de la Enfermedad Renal. Facturas y Recibos mes por mes. En campañas de Difusión: Proyecto de la misma.
- Para Mantenimiento en Programa: Información como mínimo trimestral, según datos cargados en sistema provisto por la APE a partir de la Planilla de Seguimiento y Matriz de Clasificación Remisión y Regresión de la Enfermedad Renal.

8) TRAMITES CALIFICADOS POR RIESGO DE MUERTE (RESOLUCIÓN N° 0154/02-APE)

- Diagnostico médico, indicando el estadio evolutivo de la patología y pronostico de vida a corto plazo.
- Certificación médica, estipulando claramente la necesidad de la práctica ò provisión del elemento requerido e incluyendo las razones científicas por las que no puede ser sustituido por otro.

- Certificación, por parte del Agente del Seguro, de las razones económico financieras que le impiden afrontar el gasto y solicitar reintegro por las vías habituales. Esto significa exponer: Detalles de las cuentas integrantes del rubro Disponibilidades del Activo y el saldo de los últimos tres meses.
- Detalle de las Cuentas Bancarias
- Fotocopia de los Resúmenes de cuentas bancarias de los tres últimos meses.
- Fotocopia del corte del Resumen de las cuentas bancarias al día de la presentación.

Rendición de cuentas

Deberá respetar el procedimiento de la Resolución N° 7800/03-APE, modificada por la Resolución N° 1000/06-APE, presentando:

- Nota de elevación firmada por el Responsable Legal del Agente del Seguro.
- Informe de Auditoria Contable (Resolución N° 7800/03-APE), certificado por el Consejo de Profesionales de Ciencias Económicas correspondiente. Si es copia, debe incluir un detalle de los expedientes relacionados con el mismo, indicando el expediente en el que se encuentra el original.
- Informe de Auditoria Médica que debe avalar la necesidad de la presentación fundando: motivo que hacen a la intervención ò tratamiento imprescindible, profesionales ò Centros Consultados, estadísticas disponibles sobre el procedimiento cuestión, historia clínica del paciente extendida por médico tratante.

La Auditoria estará a cargo del Agente de Seguro a la que pertenezca el beneficiario pudiendo estar supervisada por la APE, a excepción de que la práctica se realice en el exterior.

- Facturas correspondientes a la prestación o copias, conformada por médico auditor y Contador de la Obra Social, legitimadas por el Contador público certificante.
- Instrumento probatorio de la cancelación de la factura (Recibo) o copias, conformada por médico auditor y Contador de la Obra Social, legitimadas por el Contador público certificante.
- Historia clínica completa
- Stickers, en caso de prótesis, y troqueles, en caso de medicamentos, ambos originales. O justificación de carencia de troqueles en medicación importada.

Presentación de casos

Para ello deberá cumplirse con el procedimiento requerido y sus principales puntos son:

- 1)- Entradas de información: Son las presentaciones en soporte magnético y en papel.
- 2)- Tareas u operaciones que se realizan: Es el análisis de las presentaciones.
- 3)- Salidas de información: esta conformada por las resoluciones derivadas del tratamiento de las actuaciones presentadas.
- 4)- Interrelación con otros procedimientos: El procedimiento esta relacionado con las áreas de mesa de entradas, despacho y leyes, gerencia de prestaciones, subgerencia de rendición de cuentas, asesoría jurídica, finanzas y gerencia general, cada una de las cuales participa en el alta de las actuaciones, su tratamiento, resolución, pago, comunicación y archivo, al finalizar la gestión de las mismas.

Además cuenta con el programa SI-APE que puede ser visitado en la página Web WWW.APE.GOV.AR que permite la carga de la información para la tramitación mediante un soporte magnético que habilita el ingreso ante dicho organismo.

La solicitud deberá ser presentada por escrito según lo detallado anteriormente.

- La solicitud de apoyo financiero con la documentación que lo sustente, se presentará por la Mesa de Entradas, la que procederá a verificar la documentación presentada sin evaluar su contenido, otorgándole número de expediente o, en su defecto, devolverá el trámite con el requerimiento de los faltantes.
- En caso de que el requerimiento de los faltantes o el pedido de aclaraciones de la Gerencia de Prestaciones no sea contestado en el término de treinta (30) días hábiles, se reiterará el pedido, otorgándole otros sesenta (60) días. En caso de no obtenerse respuesta a esta segunda instancia, se entenderá por desistida la petición, procediéndose a la caducidad del trámite, mediante acto resolutivo de la APE.
- Plazos (Subsidio):
 - Hasta 30 días, de antelación a la efectiva cobertura.
 - Hasta 45 días hábiles, posteriores al inicio de la misma.
 - Hasta 90 días posteriores al inicio del tratamiento de HIV.
- Plazos (Reintegro):
 - Hasta 60 días hábiles, a partir de la fecha del último recibo de pago.
 - Hasta 120 días corridos, a partir del último día del periodo solicitado por prestaciones de discapacidad.

Control de documentación

Los controles de la documentación aportada por los Agentes del Seguro de Salud serán responsabilidad del órgano competente y se harán previos al pago, en el caso de los reintegros y una vez entregado el monto acordado para cubrir la prestación, en el caso de subsidios, cuando la normativa así lo requiera.

NORMAS RELATIVAS AL PROCEDIMIENTO

1. PRESENTACION DEL TRÁMITE:

- Los trámites de solicitud de subsidios ò Reintegros deben cargarse por medio del aplicativo SI-APE. A partir de este aplicativo se genera el soporte magnético y los formularios relacionados con el alta de expedientes. Todas las altas se presentaran por el área de Mesa de Entradas independientemente de haber sido generadas manualmente ò a través del aplicativo.

2. IDENTIFICACION DEL TRÁMITE:

- Numeración, los Expedientes se identifican por número correlativo, asignado automáticamente por el sistema, con indicación del año de iniciación; las Resoluciones se identifican por número correlativo, asignado manualmente, comenzando por el 01 cada año, con indicación del año de emisión.
- Diferenciación por tema, se asigna un color de carpeta según el tramite al que se refiera, carpeta verde para Reintegros por discapacidad, carpeta azul para reintegros comunes y subsidios, carpeta roja para cesión de derechos y registro de autoridades y representantes legales y de mandatarios, carpeta azul con identificación especial sobre carátula para implante coclear ò riesgo de muerte.

3. REGISTRO DE FIRMAS:

- Los Agentes del Seguro pueden registrar las firmas de las autoridades o mandatarios, en los registros creados a tal efecto, a fin de evitar tramites de certificación. Podrán registrar sus firmas las Autoridades, Apoderados o Representantes y Mandatarios.
- No podrán realizar gestiones quienes no tengan su firma registrada a tal efecto.

4. PRIORIDAD EN EL ANALISIS DE EXPEDIENTES:

- Los analista/asesores deberán gestionar los expedientes recibidos respetando el principio de primero entrado primero salido (PEPS), a excepción de los casos de Riesgo de muerte, implante coclear u otra prioridad que emane exclusivamente de una forma vigente.

5. NOTIFICACIONES ELECTRONICAS:

- Se emiten automáticamente al Agente de Seguro de Salud al cierre de cada jornada en que se produce el pase de expedientes al Sector de Notificaciones de cada Área.
- Asimismo se genera un reporte diario al Responsable de Área que corresponda.

6. FORMAS DE NOTIFICACION FEHACIENTE:

- Cada uno de los sectores de notificación adoptará la forma de notificación que resulte más efectiva afín de formalizar la comunicación fehaciente al Agente de Seguro.
- Las formas de notificación pueden ser: Correo electrónico para los casos de observaciones relativas a expedientes de subsidios y reintegros, Sistema de Cartas Documento Colectivas para las notificaciones generadas desde la Gerencia General y el Área de Asesoría Jurídica, Sistema de cartas Certificadas Colectivas para las notificaciones generadas desde la Subgerencia de Rendición de cuentas y Comunicación de Resoluciones que puede ser a través de correo electrónico o por teléfono para casos de comunicación de resoluciones de aprobación, otorgamiento o modificatorias; o por Carta Certificada con Confronte en los casos de Revocación cuando no hubieran respondido al requerimiento.

7. PLAZO DE NOTIFICACIONES:

- Notificación de Observaciones-Gerencia de Prestaciones:
- Se cursará una única notificación automática, por correo electrónico, al momento de generarse la notificación. Transcurridos 30 días desde la fecha en que se produjo tal notificación, los expedientes deberán girarse al sector de archivo de la Mesa de Entradas.
- Notificación de Observaciones-Subgerencia Rendición de Cuentas:
- En los expedientes por Rendición de Cuentas que hayan sido observados se otorgará un plazo de notificación único de 30 días hábiles. Vencido dicho plazo se procederá a la revocación de pleno derecho, previo pase al Área de Asesoría Jurídica.
- En los expedientes por Reintegros que hayan sido observados se otorgará un plazo de vencimiento de la notificación de 30 días, contados a partir de la notificación por correo electrónico.
- Notificación por falta de Rendición de cuentas:
- En los casos, en que cobrado el subsidio, hubieran transcurridos 30 días hábiles de producido el ingreso del monto otorgado en la cuenta del Agente de Seguro o desde el momento de terminación del tratamiento, sin que el Agente hubiera presentado la rendición de cuentas, se le intimará la presentación por el termino improrrogable de 60 días hábiles, bajo apercibimiento de revocación y aplicación de las sanciones por las Leyes 23.660 y 23.661.

8. CARATULA DE EXPEDIENTE:

- Debe contener los siguientes datos:
 - Código de barras
 - N° y año
 - N° de RNOS y SLU
 - Iniciador
 - Asunto
 - Resolución
 - Beneficiario
 - Tipo y N° de documento.
 - Patología
 - Monto Solicitado.
 - Concepto (s)
 - Periodo de cobertura
 - Contacto médico
 - Teléfono de contacto
 - Otro contacto
 - Teléfono del otro contacto.
 - Fecha y hora de generación.

9. APROBACIÓN O REVOCACIÓN DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS:

- Aprobación:
- Los expedientes iniciados como subsidios, que ya fueron analizados en la Subgerencia de Rendición de Cuentas, pueden derivar en:
 - Aprobación total o parcial de subsidio
 - Aprobación de subsidio en un 30%
 - Aprobación del 30% en expediente con la carátula de subsidio, corresponde pagar, debiendo luego el Agente de Seguro, presentar la Rendición de Cuentas correspondiente.
 - Aprobación del 30% en expediente con la carátula de Reintegro, con lo cual corresponde aprobar y pagar el monto aprobado.
 - Revocación:
- El incumplimiento del Agente del Seguro en el trámite de rendición de cuentas dará lugar a la revocación del subsidio otorgado y el reintegro a la APE con intereses, con perjuicio de ejecución judicial ante la falta de devolución del monto revocado.

10. SOLICITUD DE PRORROGAS:

- Son evacuadas por el Sector Administrativo de la Gerencia General pudiendo decidirse la aprobación, la comunicación por falta de información suficiente, o por la denegatoria del pedido.

11. CERTIFICACION DE COPIAS:

- Se admite la presentación de documentación que no sea original en los casos de rendiciones en los casos de rendición de cuentas, pero dichas copias deberán ser certificadas por Contador Publico Independiente.
- En el caso de las facturas estas deben identificar a el o los beneficiarios, y en tratamientos de HIV-SIDA, según la codificación internacional (Ej. : M-RALU 23-10-1965).
- Los recibos deben mencionar el medio de pago, fecha de emisión del mismo y firma y aclaración del receptor.
- Los casos en los que no se admitirán copias de la documentación a agregar a los expedientes son en stickers en prótesis y otros implantes y en troqueles de medicación.

En los casos de medicación importada que no cuente con los troqueles, se deberá dejar asentado dicho suceso en el momento de la presentación.

- Esta documentación deberá ser inutilizada en el momento de la presentación.
- Sin perjuicio de lo expuesto, la APE podrá efectuar in situ a efectos de compulsar la documentación original cuyas copias certificadas se presentan o solicitar al Agente de Salud la exhibición de la documentación original por la modalidad de muestreo.

12. PLAZOS DE TRAMITACION:

- Los plazos establecidos en los trámites se cuentan en días hábiles y se cuentan desde el momento del ingreso del expediente a la dependencia de destino. Este ingreso se hará efectivo desde el momento de la recepción, por sistema.

13. INFORMACION AL AGENTE DE SEGURO SOBRE EL ESTADO DE LOS TRÁMITES:

- El Agente de Seguro, estará habilitado a través de un usuario y contraseña, para la consulta de los trámites, a través de la página Web del Organismo. Esto no obstará a la consulta en la sede del mismo, ante cualquiera de las dependencias involucradas en esa gestión.

14. TRAMITES SUJETOS A REINTEGROS:

- Siendo la modalidad que se utiliza actualmente, con carácter excluyente, hasta tanto eso ocurra, los casos en que la misma resulte obligatoria serán los que taxativamente fije la norma vigente. Tales casos excluyen Discapacidad, Prótesis, Ortesis y material descartable.

15. PRESENTACIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS:

- La presentación de trámites por parte del Agente de Seguro deberá realizarse individualmente, a razón de un expediente por cada beneficiario, a excepción que la normativa aplicable admita la inclusión de más de un beneficiario por expediente y hasta el límite que en su caso se establezca.
- En las presentaciones colectivas por HIV se admitirán hasta 10 pacientes por presentación y por Partos se admitirán hasta 50 pacientes por presentación.

16. VERIFICACION IN SITU:

- La APE está facultada a verificar en la sede de los Agentes de Seguro, las rendiciones de cuenta cuando así lo disponga. Las mismas se realizan previa comunicación al Agente de Seguro, a fin de que en el lapso de 10 días exhiba la documentación solicitada. La sub. Gerencia de Rendición de cuentas, dictaminará sobre la presentación y, posteriormente, girara las actuaciones al Área de Asesoría Jurídica para su dictamen.
- En esos casos, el Agente del Seguro, no presenta las rendiciones de cuentas en la APE sino que se genera un acta que se anexa al expediente indicando su aprobación ò no.
- Las razones por las cuales se envía una comisión para realizar una verificación in situ, pueden ser:
- Por denuncia: se mandan a auditar expedientes ya rendidos.
- Por verificación: porque el Agente del Seguro tiene un volumen muy importante de expedientes por rendir.

ANEXO - MARCO NORMATIVO

ALTA COMPLEJIDAD

Resol. N° 500/04 APE

Resolución N° 11300/04 APE Programa de salud renal

Resolución N° 13.333/05 Cobertura en el tto. Enzimático en la enfermedad de fabry.

Resolución N° 16300/05 Cobertura de la psoriasis en grado moderado y severo.

Resolución N° 3535/06

Resolución N° 5000/06 Cobertura de factores antihemofílicos.

Resolución N° 9494/06 Control de la enfermedad de chagas.

DISCAPACIDAD

Resolución N° 400/99

Resolución N° 6080/03

Resolución N° 5700/04

Resolución 767/07 MS

Resolución N° 6.910/06

DROGODEPENDENCIA

Resol.500/04

Resol.9800/05

HIV - SIDA

Ley Nacional de Sida N° 23798/90

Ley de Obligatoriedad de Tratamiento para Obra Social N° 24455/95

Ley de Obligatoriedad de Tratamiento Para Prepagas. N° 24754/96

Resolución N° 475/02 modificada por la Resolución n° 5656/04 APE y Resolución 3000/05.

Resolución N° 13850/2004 APE

Resolución N° 3070/06

IMPLANTES COCLEARES

Resolución N° 1.276/02 APE

MEDICACIÓN

Resolución N° 7800/2003

Resolución N° 500/04 APE

Resolución N° 9000/05 derogada por la Resolución N° 1000/2006

Resolución N° 0350/06

Resolución N° 5500/06

TRANSPLANTES

Ley N° 24193/93

Decreto N° 512/95

Resolución N° 500/04

Resolución N° 5867/05

Resolución N° 6200/05

Resolución n° 7700/04 APE

Resolución n° 069/06

PLAN NACER

Resolución N° 18.621/07

Resolución N° 19133/07

OTROS

Resolución N° 3490/04 Plan nacional de vacuna antigripal.

Resolución N° 10800/04-ape Regulación de presentaciones para beneficiarios monotributistas

Resolución N° 2000/06 establece plazo perentorio para la rendición de los agentes de seguro.

Consideraciones finales

Algunas objeciones al manejo de la APE

La APE es auditada tanto por los organismos de Control del Poder Ejecutivo (SIGEN) como por la Auditoría General de la Nación, dependiente del Poder Legislativo con control de la primera minoría (oposición).

A pesar del objetivo primario de la APE, su administración fue objetada por discrecionalidades en la entrega de subsidios hacia los sindicatos por prestaciones de alta complejidad.

Durante el año 1999 se subsidiaron pasivos prestacionales a la Obra Social UOM por \$ 4.200.000 sin haber sido rendidos a la fecha

Durante el año 2000, se otorgaron subsidios por \$ 1.300.000 a la Obra Social de Hoteleros y Gastronómicos, rindiendo menos del 50% de dichos fondos. Al año siguiente, habiendo sido otorgado a La Obra Social de los Bancarios un subsidio por \$ 157.500, al pedirse su rendición, fue desconocido por las autoridades de dicha organización.

De los controles efectuados del ejercicio 2004, se marcaron nuevamente serias irregularidades en la adquisición de medicamentos (caso campaña antigripal de ese año).

También en dicho año, las rendiciones de los subsidios no tenían la correspondiente contrapartida de entrega de los medicamentos. En el año 2005, en la compra de medicamentos contra el SIDA se pagó un sobreprecio del 23,5 % superior al respecto del precio de referencia.

También son atribuidos al APE manejos discrecionales en relación a los medicamentos subsidiados, los cuales nunca terminan siendo rendidos en tiempo y forma.

Su importancia e interés creciente se demuestra en el volumen de pagos realizados. En el año 2001, por ejemplo, distribuyó fondos por \$ 113.600.000 alcanzando en el año 2004 la cifra de \$ 333.900.000, es decir aumentando casi 3 veces su volumen en dicho periodo, el cual hoy se estima en un fondo anual de 700 millones de pesos.

Sin embargo, el movimiento político no es ajeno al organismo, el cual fue noticia recientemente, pues el titular de la Superintendencia, de la cual depende la APE, fue removido de su cargo a partir de supuestas vinculaciones con negociados de medicamentos falsos.

Vale recordar que actualmente se encuentra a cargo de dicha Subsecretaría el actual Gerente de dicho organismo a quien se lo vincula con sindicatos relacionados con el manejo de las Obras Sociales.

Consideremos lo volcado por la SIGEN en su Informe sobre la APE (emitido en agosto de 2006): *El control interno vigente en el circuito de otorgamiento de subsidios y/o reintegros en la APE resulta inadecuado toda vez que presenta debilidades de relevancia a lo largo de todo el proceso (...) Lo expuesto implica un alto riesgo en la gestión de los fondos y no permite garantizar el adecuado*

cumplimiento de los principios de equidad, transparencia y solidaridad en la distribución a los beneficiarios

Como respuesta oficial del organismo a este tipo de observaciones, manifiesta que la postura que se adopta frente a las obras sociales (sic) “*se direcciona, no hacia una conducta sancionatoria, sino de asistencia*”

Como ejemplo de ello, en el año 2005 se registraban mas de \$ 330.000.000 pendientes de rendición que estaban conformados por subsidios otorgados desde el año 1999, incumpliendo los plazos previstos en resoluciones respectivas.

Si bien la política oficial es clara, la imposibilidad de medir adecuadamente sus resultados por la baja tasa de rendición de las prestaciones otorgadas genera un sistema perverso.

Beneficios para las Obras Sociales

Desde el punto de vista de las Obras Sociales las ayudó a ordenar cierto circuito administrativo (aunque costándole mucha plata, recursos humanos, etc.)

Sin embargo, y a nivel más general, es lícito preguntarse con respecto a la APE si sobra dinero; en tal caso: ¿en que se usa?, ¿a quien dan cuenta de su uso y distribución? ¿Quién es el que finalmente decide si lo que hace está bien o mal? Todo indica que los organismos que los controlan sólo pueden denunciar o generar informes para el poder político de turno y no pueden ¿penalizar? A la APE, por lo tanto se puede pensar que el poder político (según la coyuntura) es quién finalmente decide a quien va o no el dinero ¿Es la caja chica del poder político para presionar a los sindicatos? A partir de las exigencias la APE, se tomó en cuenta la importancia de armar un buen expediente (en tiempo y forma). La premisa práctica en los empleados era que todo se debía hacer lo mejor posible para recibir los reintegros, que si bien no cubren el total de los gastos, son un alivio sobre todo para las obras sociales pequeñas.

Si bien en un principio fue muy difícil establecer los parámetros para realizar una buena y ordenada presentación poco a poco se fue logrando. Sin embargo esto llevó años, dinero, tiempo y recursos humanos que o bien se han desgastado o bien han quedado en el camino. En la actualidad los circuitos administrativos se cumplen con mayor celeridad, sin embargo no se ha logrado optimizar lo suficiente.

De alguna manera se forzó a las obras sociales que tienen gran recupero del APE a que, en base a las exigencias, se organizaran y/o ordenaran administrativamente.

Cabe destacar, que en un primer momento al no realizarse lo requerido en tiempo y forma no llegaba el reintegro o subsidio, con lo cual todo debía reorganizarse nuevamente para probar nuevamente suerte y finalmente logra algún recupero de dinero. Ahora se presta más atención a los sistemas administrativos necesarios para que el dinero sea reintegrado. Todo indica que se necesitó

que los diversos departamentos de la Obra Social que se encontraban implicados (una gran mayoría) funcionaran de forma coordinada.

Uno de los éxitos, es la implementación de planes de prevención desde el Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud y la APE, a través del aporte de recursos a las Obras Sociales para su instrumentación como por ejemplo grupos de contención para pacientes HIV y diabetes.

Uno de los mayores beneficios a los que puede aspirar una obra social pequeña que cuente con una elevada tasa de natalidad, es la posibilidad que la APE reintegre el dinero invertido por cada parto.

En tal sentido, se puede destacar la importancia de que sectores internos de las Obras Sociales recabaran información de subsidios y/o reintegros, pudiendo finalmente evaluar casos específicos.

A modo de ejemplo, si bien en principio puede resultar mas económico un transplante realizado en un hospital público, las dificultades en la recolección de documentación requerida para la tramitación de este reintegro lo torna económicamente menos redituable que efectuarlo en instituciones privadas, a mayor costo inicial, pero con certeza de reintegro por parte del APE.

Índice

Prefacio	2
Creación de la Administración de Programas Especiales.....	2
Objetivo de la APE	4
Recursos de la APE.....	5
Funcionamiento de la APE	6
Entidades Cubiertas.....	6
Fuera de la cobertura se encuentran:.....	6
Prestaciones cubiertas con reintegro de la APE.....	6
Solicitud de apoyo financiero	6
Rendición de cuentas	13
Presentación de casos.....	13
Control de documentación	14
Consideraciones finales.....	20
Algunas objeciones al manejo de la APE	20
Beneficios para las Obras Sociales	21
Índice.....	23
Bibliografía	23

Bibliografía

- **Marco Normativo**
- www.agn.gov.ar
- www.ape.gov.ar
- www.apedigital.gov.ar
- www.ceds.com.ar
- www.clarin.com.ar
- www.cucaiba.gba.gov.ar
- www.fundacion.telefonica.com.ar
- www.lanacion.com.ar
- www.lungusa.org
- www.msal.gov.ar
- www.monografias.com
- www.revistamedicos.com.ar
- www.sigen.gov.ar
- www.transplantliving.org