

**SESIONES EXTRAORDINARIAS**  
**2003**  
**ORDEN DEL DIA N° 66**

**COMISION PARLAMENTARIA MIXTA  
REVISORA DE CUENTAS DE LA  
ADMINISTRACION**

**Impreso el día 23 de febrero de 2004**

Término del artículo 113: 3 de marzo de 2004

SUMARIO: **Solicitar** al Poder Ejecutivo la urgente necesidad de que se adopte toda medida que sus competencias determinen a los fines de regularizar las graves situaciones observadas en el ámbito del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y de asegurar un íntegro cumplimiento de las funciones a cargo del mismo y otras cuestiones conexas. (341-S-2003.)

Buenos Aires, 4 de diciembre de 2003.

*Al señor presidente de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación.*

Tengo el honor de dirigirme al señor presidente, a fin de comunicarle que el Honorable Senado, en la fecha, ha sancionado el siguiente

**Proyecto de resolución**

*El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación*

RESUELVEN:

1. Dirigirse al Poder Ejecutivo nacional:

- a) Manifestando la urgente necesidad de que se adopte toda medida que sus competencias determinen a los fines de regularizar las graves situaciones observadas en el ámbito del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y de asegurar un íntegro cumplimiento de las funciones a cargo del mismo,
- b) Solicitándole informe sobre las medidas concretas adoptadas en orden a:
  - a) La consecución de los objetivos expresados en el apartado que antecede;
  - b) La determinación y efectivización de las responsabilidades que correspondan por los hechos observados.

2. Remitir copia de los expedientes: OV-40/99, OV-549/01, OV 261/02, OV-358/02, OV-374/02, OV-438/02, OV-439/02, OV-440/02, OV-461/02, OV-483/02, OV-197/03, OV-204/03, OV-235/03, OV-286/03, OVD-373/03, OVD-374/03, OV-323/03, OV-324/03, OV-326/03, OV-522/03 a la Procuración General de la Nación a los fines de su toma de conocimiento y a los efectos que por derecho correspondan.

3. Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional, a la Procuración General de la Nación y a la Auditoría General de la Nación, juntamente con sus fundamentos.

Saludo a usted muy atentamente.

MARCELO LÓPEZ ARIAS.

*Juan H. Estrada.*

**FUNDAMENTOS**

*Expediente OV 659/01 - Resolución AGN 230/01.*

Por estas actuaciones la Auditoría General de la Nación (AGN) informa sobre la auditoría de gestión que realizara de acuerdo al convenio de fecha 18-8-99 celebrado entre el instituto y el citado órgano de control, de las prestaciones médicas, de I, II y III nivel en el ámbito de la provincia de Buenos Aires, Sucursales VIII - San Martín; X - Lanús; y XXIX - Morón, brindadas durante el período 12-3-97 al 31-7-00.

La tarea realizada arrojó los siguientes comentarios y observaciones.

1. *Sucursal VIII - San Martín*

Se verificó una situación prestacional crítica en el ámbito geográfico de esta sucursal en el nivel II, ambulatorio e internación, por la falta de estableci-

mientos sanatoriales privados de la red en la extensa zona de los partidos de General Pacheco, Tigre y San Fernando, cuya cobertura estaba bajo la responsabilidad del consorcio médico Sarmiento.

Como consecuencia de dicha situación los pacientes eran derivados al hospital central "Duhau" de José C. Paz y su anexo "Malvinas" de la ciudad de Grand Bourg, lugares lejanos y de difícil acceso desde los partidos indicados.

La participación del sector público local en la cobertura de salud de los afiliados del ámbito geográfico de la sucursal San Martín fue importante y se realizó mediante los hospitales públicos de Vicente López, San Martín y San Fernando. Estos nosocomios eran efectores de alternativa del prestador.

El hospital de San Isidro, que no integraba la red del Consorcio Médico Sarmiento, también atendía la salud integral de los afiliados del partido homónimo, pero no por la condición de afiliados PAMI, sino por ser habitantes del municipio. Constituyó de hecho un aporte del sector público local al instituto, pero que benefició económicamente al prestador, al no brindar éste a los afiliados allí atendidos las prestaciones que le eran pagadas por el Instituto, toda vez que este nosocomio no factura sus servicios por autogestión.

La importancia del aporte de este hospital llevó a que la sucursal destacara en él un importante centro coordinador, con médicos permanentes, una de cuyas funciones importantes era la transcripción de las recetas del nosocomio, no habilitadas por no ser éste efector de la red.

El principio de libre elección de prestador a favor del afiliado se encontraba limitado en los partidos a cargo de la gerenciadora Medisis, toda vez que ésta subcapitó y distribuyó la atención de población entre los efectores. Por el contrario, en los partidos cubiertos por el Consorcio Médico Sarmiento el afiliado ejerció la libre elección del prestador, pudiendo recurrir a cualquier establecimiento.

Se observó la inexistencia de auditorías programadas a los efectores de I y II nivel. Cuando se realizaron auditorías médicas éstas fueron puntuales, a pedido de la subgerencia de Control Prestacional o por denuncias, presentadas ante la sucursal o PAMI Escucha.

Asimismo, para la realización de auditorías la sucursal no contaba con las guías de evaluación establecidas por las nuevas Normas y Criterios Vinculados a la Calidad Prestacional y Atención de la Salud, aprobadas por acta de directorio 35 de fecha 21-7-98, sino que utilizaba otras anteriores.

La sucursal elaboraba estadísticas sanitarias propias con información producto de las internaciones, en general en base al sexo y por edades. No obstante, no se pudo establecer la aplicación posterior de esta información como herramienta de control

para realizar acciones de mejoramiento de la gestión sanitaria local.

En el ámbito de la sucursal se encontraban implementados 16 centros coordinadores, destacados en hospitales públicos y establecimientos privados. Las funciones de estos centros consistían en el informe diario de altas e ingresos, disponibilidad de camas y conformar el alta del paciente. Reportaban directamente a la Jefatura de Prestaciones Médicas; fuera de horario su vínculo con la sucursal era la Dampynp.

Establecimientos visitados en el área de esta sucursal:

#### *Hospital "Duhau" (José C. Paz)*

Establecimiento de II nivel que cuenta con equipamiento y recursos humanos para prácticas de alta complejidad y consultorios para atención ambulatoria en San Miguel, Los Polvorines y Cruce Castelar. Cubre el 30% de la cápita del Consorcio Médico Sarmiento.

El profesional médico del instituto allí destacado que debía cubrir funciones de centro coordinador, carecía de espacio adecuado, limitándose a verificar el censo diario e informar el mismo a la sucursal.

El establecimiento señaló como principal problema el deterioro social de la población PAMI atendida, siendo habitual internaciones por deshidratación, descompensaciones diabéticas y desnutrición. Asimismo lo dificultoso del seguimiento domiciliario por inaccesibilidad de los barrios, falta de alumbrado, asfalto y razones de seguridad.

#### *Hospital "Duhau" - Anexo "Malvinas" (Grand Bourg)*

Establecimiento de II nivel con 58 camas, 46 de internación clínico-quirúrgica y 12 de unidad de terapia intensiva (UTI). Sostiene el déficit sanatorial que se verifica en la populosa y extensa zona en que se encuentra, recibiendo inclusive pacientes de los partidos aledaños que carecen de establecimientos. Los problemas sociales de la población con incidencia en la atención médica indicados por los responsables médicos, son similares a los señalados en el establecimiento central.

#### *2. Sucursal X - Lanús*

Informó la existencia de restricciones a la accesibilidad de los afiliados a las distintas prácticas por diferimiento de turnos, situación que se relacionaba con el atraso del instituto en los pagos y la salida de la red de algunos prestadores por quiebras y concursos preventivos, que recargaron la cápita de los prestadores que se hicieron cargo de sus afiliados. Señaló que la demora promedio era de 90 días en turnos.

Los hospitales públicos del ámbito de esta sucursal también atendían la salud de los afiliados de

la zona, adonde éstos acudían por razones geográficas, y de buena atención, con importante participación de los hospitales “Doctor Oñativia”, “Evita Pueblo”, “Fiorito”, “Gandulfo” y “Aráoz Alfaro”, establecimientos que luego facturaban al instituto sus servicios por autogestión y éste a su vez los debitaba luego al prestador.

La Dampynp de la sucursal actuaba también como soporte de la atención del I nivel a cargo del prestador, situación evidenciada, por ejemplo, en los casos de atención reiterada del mismo afiliado. Las emergencias que atendió dicha dependencia alcanzaron un promedio anual de 350 afiliados por día, con picos de 950 auxilios diarios en otoño e invierno y para ello contaba con una dotación de 190 médicos (100 propios y 90 por contraprestación), 13 móviles propios y 117 agentes, entre choferes y coordinadores y bases operativas en Ezeiza, Lomas de Zamora, Adrogué y Lanús, dotación con cuyo servicio se complementa la prestación que realizan aproximadamente 600 médicos de cabecera del I nivel, en su mayoría de la gerenciadora Medisis. No obstante, resulta difícil establecer cuál fue la incidencia de la atención de urgencia por déficit del I nivel, situación que económicamente favoreció al prestador.

No se observó la existencia de auditorías o controles planificados a los efectores de I y II nivel. El control se generaba sólo para resolver problemas puntuales por quejas y denuncias. Según la sucursal, la causa obedecía a la carencia de personal suficiente para encarar auditorías.

La sucursal no recibía ni elaboraba ningún tipo de estadísticas asistenciales de II y III nivel.

La presencia permanente de la sucursal en los establecimientos sólo se verificó en la Clínica Modelo de Lanús, con un centro coordinador que contaba con médico y dos empleados.

Establecimientos visitados en esta sucursal:

#### *Clínica del Perpetuo Socorro (Ezpeleta)*

Este establecimiento refirió recibir pacientes con carencias de atención por parte del I nivel, estimando que sólo el 30% de los médicos de cabecera brindó una contención médica adecuada.

Indicó también que recibieron visitas de auditores de la sucursal y la agencia local del instituto, quienes realizaron controles, en general estructurales, sin seguimiento de pacientes ni de cirugías programadas. No dejan constancia de la visita y no existen libros donde se asienten estas visitas.

La gerenciadora Medisis, con la presencia casi a diario de un auditor médico, era quien realizaba el seguimiento de la atención de los pacientes.

Como falencias del sistema señaladas por esta institución se mencionan las siguientes: tardanza en la provisión de prótesis por la prestadora del instituto Angiocor, que priorizaba sólo prótesis en frac-

turas y demoras en el egreso de internados en espera de vacantes para el nivel geriátrico.

Se verificaron demoras de 30 días aproximadamente en el otorgamiento de turnos para cardiología, oftalmología y traumatología.

La clínica destacó el estado crítico del estrato social que atiende, proveniente de los partidos de Florencio Varela, Berazategui y Quilmes, lo que repercute en dificultades en la externación por imposibilidad económica de adquirir remedios y viajar para los controles médicos, falta de continencia familiar y déficit estructural en viviendas.

Se verificaron reinternaciones de pacientes por abandono de tratamiento, con un índice del 3,65 %.

#### *Clínica Calchaquí (Quilmes)*

El ingreso general de los pacientes PAMI a este establecimiento en general era bueno, dado que proceden de la ciudad de Quilmes, zona con mejor nivel de vida.

En el año 2000 no recibieron controles del instituto. La gerenciadora Medisis por su parte destacaba un auditor médico con controles prácticamente diarios.

Se verificó la existencia de demoras en el egreso de afiliados en espera de vacantes para el nivel geriátrico. El establecimiento dio cuenta del caso de un paciente internado cuatro meses, en espera.

La clínica evita las reinternaciones de pacientes posoperatorios carentes de recursos económicos mediante el envío gratuito de medicamentos, alternativa económicamente más ventajosa que soportar el costo de la reinternación y que, además, evita el riesgo de las infecciones intrahospitalarias.

También indicó este establecimiento encontrarse saneado económicamente, como consecuencia de no ser PAMI dependiente y ser sostenido financieramente por la Obra Social de Cerveceros, con fuerte incidencia en la zona.

#### *3. Sucursal XXIX - Morón*

Con relación a la red prestacional, la sucursal se refirió a la calidad de los establecimientos sanatoriales como media-baja, reconociendo que la capacidad instalada de los prestadores no es suficiente. La incidencia del sector público en su ámbito era escasa.

La sucursal también evaluó como baja la prestación del I nivel (médicos de cabecera), como consecuencia del alto número de cáptas por profesional, la alta demanda de los afiliados y la no especialización en tercera edad de la gran mayoría de los profesionales. Situación que derivó en un incremento de la actividad de la Dampynp, tanto en auxilios como en traslados programados, aunque en estos últimos tiene fuerte incidencia la imposibilidad económica de los afiliados para pagar su trans-

porte a prácticas ambulatorias. Los médicos de cabecera son 185, la mayor parte de Medisis. La Dampynp, por su parte, tiene 70 médicos propios y 70 por contraprestación, 9 vehículos propios y bases operativas en San Justo, Isidro Casanova, Ituzaingó y Merlo.

En orden a lo indicado se observaron en esta sucursal médicos de cabecera con asignación de cupos de atención por encima de parámetros aceptables, comprobándose que 22 profesionales tenían asignados cupos que oscilaban entre 1.001 y 1.620 cápit. Al respecto cabe señalar que la Organización Mundial de la Salud recomienda para grupos poblacionales comunes que los médicos de familia no atiendan más de 1000 cápit, siendo razonable sostener que para una población mayor como la del instituto, lo ideal es que dichas cápit no superen los 800 afiliados, con dedicación amplia por parte del profesional. Una cantidad mayor no garantiza una adecuada atención primaria de la salud.

Según los valores establecidos por el contrato para los débitos, el Instituto pagaba a la gerenciadora dentro de la cápit general \$ 2,35 por cápit de médico de cabecera, suma ésta que, bien administrada, garantiza una razonable retribución a estos profesionales médicos. No obstante no fue posible conocer el importe pagado por la gerenciadora a sus médicos de cabecera.

Según la sucursal, no es satisfactorio el estado sanitario de los pacientes que ingresan al II nivel o a la interconsulta a causa del déficit de calidad de atención médica de I nivel y la situación económica crítica de la población de la zona, donde es común observar casos de afiliados submedicados, con nutrición insuficiente y deficiencias habitacionales.

A diferencia de las anteriores, esta sucursal desarrolló desde 1999 una actividad organizada y constante de control en terreno a los efectores de I, II y del III nivel. Contaba con plan y programa de auditoría, clasificando los controles en:

- a) Auditorías de campo, que comprenden el relevamiento del prestador, infraestructura, tecnología médica, etc. y,
- b) Auditorías de calidad.

Resulta destacable la actividad desarrollada por esta sucursal con el fin de controlar la calidad de la atención médica. En la ejecución de este control evalúa diagnósticos, las prácticas e interconsultas solicitadas, registros y medicación. Luego, todos y cada uno de los factores son llevados a una tabla que pondera cada ítem, generando porcentajes de eficiencia.

Establecimientos visitados en esta sucursal:

*Clínica Mariano Moreno S.A. (Moreno)*

Verificaba una adecuada estructura y equipamiento del establecimiento, acorde a la población atendida (17.500 cápit).

El promedio de días de internación era de 7 a 7,5, aunque distorsionado por los pacientes en espera de internación geriátrica y terminales.

Este establecimiento indicó como excesiva la frecuencia de los controles del instituto, considerando que obstaculiza la labor cotidiana, y de cuyo resultado además no es informado. No obraban en el lugar libros o constancias de las inspecciones realizadas por el instituto.

*Clínica y Maternidad del Sagrado Corazón (Hurlingham)*

Establecimiento de II y III nivel con 102 camas que atendía 26.000 cápit, en el cual se observó insuficiencia de camas para los sectores de unidad de terapia intensiva y unidad coronaria, totalizando 13 camas para los dos sectores. Las normas del instituto requieren que, como mínimo, los establecimientos tengan en dichas áreas el 20% del total de sus camas. También se visualizaron que las habitaciones eran reducidas y de escaso confort para el paciente y familiares.

Asimismo se observó que los residuos patológicos eran transportados en horario de atención al público por un pasillo convertido en sala de espera del laboratorio, en contravención a normas básicas de bioseguridad.

En los consultorios externos se observó para el mes de abril de 2000 escasos tiempos de atención de la consulta que no garantizan una adecuada atención médica. Por ejemplo: cardiología 5 minutos, oftalmología 5 minutos, otorrinolaringología 6 minutos y urología 6 minutos.

En función de lo señalado se concluye que el establecimiento presentaba deficiencias estructurales y de bioseguridad, con prestaciones de baja calidad.

#### 4. Sistema de control interno del instituto en las áreas involucradas

4.1. La Subgerencia de Control Prestacional dependiente de la Gerencia de Prestaciones Médicas del instituto, tuvo bajo su responsabilidad el control prestacional de los efectores, realizado con equipos de auditores enviados desde el nivel central.

La cantidad de auditorías realizadas por esta subgerencia durante el trienio 1997/1999 a los efectores de I, II y III nivel del ámbito territorial analizada, fue la siguiente:

	1997	1998	1999
Comisiones de auditorías realizadas	42	191	221
Efectores de I nivel auditados	0	69	74
Efectores de II y III nivel auditados	24	67	67

Con relación al I nivel, cabe señalar que en 1998 de los 69 efectores auditados, 65 fueron médicos de cabecera 41 3 laboratorios y 1 centro de rehabili-

tación fisiátrica, pero en 1999 se visitaron únicamente establecimientos de estas últimas dos clases.

En base a estas auditorías la subgerencia evaluó a los efectores del Gran Buenos Aires, calificando como regular al 49%, bueno al 21%, malo al 11% y sin calificar al 19%. Estos porcentajes no difieren mayormente entre sucursales.

Las evaluaciones se basaron, principalmente, en el control de la estructura, equipamiento, recursos humanos, organización, atención médica en base a historias clínicas y en la comprobación de restricciones en la atención médica. La mayoría de los reparos realizados a los establecimientos se relacionan con estos aspectos.

Se observó que la realización de auditorías desde el nivel central, tiene como ventaja la independencia con que se opera respecto de la sucursal y del efector local, pero como son esporádicas, resultan insuficientes para un adecuado control del proceso y resultado de la atención médica que reciben los afiliados. Aspecto que las sucursales y agencias se encuentran en mejores condiciones de realizar por su permanencia e inmediatez geográfica y, además, con un costo menor.

Dicha limitación y costo se acentúa cuando se trata de la evaluación de los médicos de cabecera, observándose en este segmento escasos resultados de las auditorías de la Subgerencia de Control Prestacional, por la gran cantidad de estos efectores, la mínima estructura que requieren sus consultorios

y el carácter personal, continuo y fragmentado en el tiempo de la prestación profesional. Lo expuesto impide evaluar la calidad y resultado de la atención médica brindada a los pacientes de su cupo.

Al respecto, cabe destacar que de los 65 médicos de cabecera visitados por la subgerencia en 1998, fueron calificados en su casi totalidad con bueno (61) y con regular (4). Resultados contrapuestos con la insuficiente calidad de atención médica que tanto las sucursales como los propios establecimientos de la red observan en gran parte de los médicos de familia. Cabe aclarar que los médicos de las sucursales San Martín, Lanús y Morón que hasta 1997 se encontraban en relación de dependencia con el instituto (904 profesionales en ese año) luego de esa fecha, y prácticamente en su totalidad, pasaron a depender del prestador zonal.

Se observa asimismo que el control que realiza la Subgerencia de Control Prestacional se encuentra disociado de la labor de control de las respectivas sucursales, apreciándose falta de coordinación entre el nivel central y estas últimas.

4.2. Del análisis de las quejas sobre los establecimientos sanatoriales formuladas por los afiliados de las tres sucursales auditadas y registradas por el servicio PAMI Escucha y Responde en el período octubre de 1997 a febrero de 1998, surge que las mismas obedecieron, por orden de importancia, a las causas que indica el siguiente cuadro:

Causas	Lanús	S. Martín	Morón	Total
Demoras en otorgamiento de turnos y cancelaciones	196	113	95	404
Atención médica insatisfactoria (sin especificar especialidad)	146	118	88	352
Atención médica-administrativa insatisfactoria	136	95	43	274
Falta de higiene en establecimientos sanatoriales	78	50	21	149
Atención de enfermería deficiente	46	52	33	131
Estudios de diagnóstico	35	31	21	87
Mala atención en guardia médica	31	27	22	80
Atención deficiente (sin especificar)	29	19	12	60
Cobro de adicionales	17	10	6	33
Atención médica deficiente en 13 especialidades	13	6	12	31
Paro de profesionales	16	5	9	30
Falta de especialidades	6	10	10	26
Atención oftalmológica deficiente	16	3	4	23
Atención domiciliaria	2	16	0	18
Atención en traumatología deficiente	2	12	0	14
<b>TOTALES</b>	<b>769</b>	<b>567</b>	<b>376</b>	<b>1712</b>

Estos resultados evidenciaron como el principal problema de los afiliados la restricción a la accesibilidad al sistema de salud impuesta por los prestadores, especialmente mediante el diferimiento de la atención médica.

4.3 La información estadística mensual que debían elaborar los prestadores de acuerdo al contrato, era entregada al nivel central.

Sin embargo, la misma luego no se procesaba de modo regular, ni se consolidaba centralizadamente, lo que impidió su utilización como método de rutina de control prestacional por parte de las áreas operativas responsables e información de las autoridades de conducción del instituto. Tampoco se crearon mecanismos tendientes a verificar su veracidad.

Esta información recibida de los prestadores tampoco era remitida a las sucursales, con lo cual éstas desconocían las estadísticas e indicadores sanitarios que proporcionaban al Instituto los prestadores del área geográfica bajo su responsabilidad. Esta desconexión informativa entre las sucursales y el nivel central llevó a la sucursal San Martín a elaborar para sí información estadística, con el consiguiente dispendio administrativo.

##### 5. Análisis contable y financiero

5.1. De las actas de directorio, mediante las cuales se aprobaron los contratos realizados en el período analizado, no surge la existencia de estudios de costos que respalden los precios de la cápita convenidos. No obstante, se observó que los mismos fueron inferiores a los valores que ya se pagaban en la provincia de Buenos Aires y cercanos a los pagados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (\$ 22,10 a \$ 23,50).

5. 2. Del análisis de la documentación respaldatoria de los expedientes de pago correspondientes a la muestra, se observó como deficiencias formales: documentación sin firmas, firmas sin sello aclaratorio, falta de documentación en el expediente y falta de conformidad de prestaciones realizadas.

5. 3. La facturación mensual del período analizado y los pagos respectivos, salvo lo indicado en el punto siguiente; en general se ajustaron a los términos de los contratos celebrados con los dos prestadores de salud comprendidos en la muestra.

5. 4. Cuando se produjo el cese de la relación contractual con Redinsa, esta prestadora solicitó la liquidación y pago de \$ 25.948.226 en concepto de débitos, que a su criterio fueron mal practicados por el Instituto durante el término en que brindó las prestaciones. Del análisis de los antecedentes que respaldaron estos débitos se extrajo que los mismos fueron realizados correctamente. No obstante, con fundamento en el riesgo de corte de servicios, en su reunión del 6/10/98 el directorio del instituto resolvió mantener los débitos practicados hasta la

suma de \$ 10.948.226, reconocer a Redinsa a título de transacción la suma de \$ 15.000.000 y abonarle las prestaciones de los 15 días de septiembre de 1998 sin débito posterior alguno, procediéndose al cierre definitivo de la cuenta corriente del prestador.

Posteriormente, con fecha 20/10/98 se formalizó el contrato respectivo, inhibiéndose las partes de reclamos posteriores luego de canceladas las obligaciones convenidas. Cabe señalar que el invocado riesgo de corte de servicios de un contrato ya fenecido, se explica con la entrada en vigencia desde el 15/9/98 de tres contratos de prestación de servicios firmados individualmente con tres de los efectores componentes de Redinsa: el Consorcio Agrupación Sanitaria de la Provincia de Buenos Aires, la Federación de Clínicas de Buenos Aires y la Clínica y Maternidad del Sagrado Corazón.

No fue posible obtener del instituto copia de presentación formal alguna, oportuna y técnicamente fundamentada, del reclamo del prestador, ni de estudios técnicos que certificaran que tanto la sumas denegadas como las admitidas fueran las correctas.

Expediente O.V.-261/02 - Resolución AGN 102/02

Por estas actuaciones la Auditoría General de la Nación (AGN) informa sobre la auditoría de gestión que realizara en el marco del convenio de fecha 18 de agosto de 1999 celebrado entre el instituto y el órgano de control, respecto del servicio de ambulancias y traslados brindados por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados a sus afiliados durante el período 12/3/97 al 30/11/01.

La tarea realizada arrojó los comentarios y observaciones que se detallan a continuación.

1. La región Metropolitana cuenta con 75 ambulancias comunes operativas (41 propias y 34 contratadas). Su dotación está compuesta de médico, chofer y camillero, y se encuentran distribuidas en 33 bases operativas con la siguiente cobertura y carga horaria:

Suc.	Base	Km <sup>2</sup>	Afiliados	Ambulancias propias		Ambulancias contratadas		Ambulancias propias y contratadas		Total
				24Horas	12Horas	24 Horas	12 Horas	24 Horas	12 Horas	
VI	7	201	407.000	7	2	3	4	10	6	16
VIII	10	1.321	289.000	8	1	0	10	8	11	19
X	8	1.641	380.000	10	4	6	3	16	7	23
XXIX	8	832	290.000	8	1	1	7	9	8	17
										<b>75</b>

El total de horas de estas ambulancias es cubierto con un plantel de 234 choferes y camilleros de la planta permanente del organismo, resultando insuficiente este plantel en 145 agentes aproximadamente, sobre la base de la jornada laboral normal de los

empleados del instituto, de 7 horas diarias corridas, de lunes a viernes (140 horas mensuales).

A su vez, en las Dampynp. el régimen de trabajo es de 24 horas de servicio con 72 horas de franco. Son 192 horas por mes que no pueden ser cubier-

tas con las horas mensuales normales de los agentes.

Por lo tanto el déficit de horas hombre se cubre con horas extras, que así se convierten en permanentes, y con los choferes con tareas limitadas que usualmente cumplen funciones de apoyo, como mantenimiento del equipamiento de ambulancias (sábanas, oxígeno, aparatos de medición, medicamentos), supervisión de carga de combustible, recambio de móviles por reparaciones, accidentes, control de las ambulancias propias y de Cruz Alsina, entre otros cometidos.

A modo de ejemplo, cabe consignar que en septiembre de 2001 en las sucursales VI (Capital) y X

(Lanús), se realizaron 2.618 y 5.880 horas extras, respectivamente, para completar la cobertura del servicio de ambulancias propias.

El sector también cuenta con coordinadores de ambulancias, que además coordinan las ambulancias de Cruz Alsina y tienen el mismo régimen horario que los choferes. En la sucursal VI, por ejemplo, hay tres coordinadores las 24 horas para las 16 ambulancias del servicio. Se observa respecto de estos agentes, que su distribución en las distintas sucursales no es uniforme.

El siguiente cuadro resume la situación expuesta:

Suc.	24 horas	12 horas	Total horas ambulancias mensuales	Choferes y camilleros necesarios con 140 hs. mensuales	Choferes y camilleros existentes	Choferes y camilleros faltantes	Horas hombre faltantes	Hs. extras mensuales realizadas	Choferes con tareas limitadas	Coordinadores
VI	7	2	4.760	82	54	28	3.920	2.618	14	9
VIII	8	1	6.120	87	45	42	5.880	s/datos	8	11
X	10	4	8.640	123	82	41	5.740	5.302	4	4
XXIX	8	1	6.120	87	53	34	4.760	s/datos	5	5

Con el plantel médico de las ambulancias la situación era similar. Para estos profesionales el instituto fijó 96 horas mensuales de labor normal, inicialmente previstas para atender una guardia semanal de 24 horas. Pero al trabajar en equipo con los choferes y camilleros cumpliendo el mismo régimen de trabajo (24 x 72 horas), se generó para estos médicos una necesidad aún mayor de horas suplementarias. No fue posible establecer el total mensual de las mismas dado que en las liquidaciones generales de haberes no constaba la unidad de medida de estos adicionales.

Con relación a la remuneración de los recursos humanos afectados a las ambulancias se verificó un sueldo mensual promedio de los choferes de ambulancia y camilleros de \$1.200 más \$723 por horas extras (planillas de liquidación de haberes de octubre y noviembre de 2001). Estos importes varían según la categoría, antigüedad y tipo y cantidad de horas extras realizadas. Por ejemplo: en octubre de 2001 el agente legajo 9.146 percibió la suma de \$2.301 por ambos conceptos, mientras que los agentes con legajos recientes 52.473 y 52.637 cobraron \$1.221,75 cada uno. En todos estos casos con el descuento del 13 % dispuesto por decreto 1006/01.

Los coordinadores de ambulancias percibieron en los mismos meses una remuneración promedio estimada de \$ 1.600 más \$ 780 por horas extras.

Por su parte la remuneración promedio mensual percibida por los médicos de ambulancia de la planta permanente del organismo era de aproximadamente \$1.227 más \$ 718 por horas adicionales. Los médi-

cos sin relación de dependencia, denominados "sin legajo", a su vez tenían una retribución profesional horaria de \$ 11,42. En todos estos casos incluido el descuento del decreto 1006/01.

El esquema laboral descripto incrementó el gasto del instituto debido al mayor valor de las horas extras (50 % y 100 %).

En este contexto remuneratorio y laboral los sueldos mensuales pagados a la dotación de una ambulancia común de 24 horas, le costaban al instituto \$ 29.000 mensuales promedio, aproximadamente, considerando sueldo anual complementario y vacaciones, sin aportes patronales. Sólo este concepto resultaba superior al valor de la locación de una ambulancia de terapia intensiva (UTIM) con dotación completa, según los valores indicados en el punto 7.

En este punto el organismo señaló que se omitió consignar 14 unidades de terapia intensiva móvil, provista por la UTE Cruz Alsina y otros. Al respecto cabe aclarar que las ambulancias UTIM no fueron consideradas para el tratamiento de los aspectos indicados precedentemente, toda vez que éstas no inciden directamente en la afectación los recursos humanos del ente, ya que sus dotaciones según contrato debían ser proporcionada por la prestadora. Estas unidades fueron consideradas en el punto 5.

También señaló el instituto en su respuesta que no fueron consideradas para la sucursal VIII San Martín 2 ambulancias comunes de 24 horas. Al respecto cabe acotar que en la contestación no se especifica época y si dicha diferencia se verifica en las ambulancias propias o las contratadas, razón por

la cual y sin perjuicio de tener presente lo expuesto por el ente, no es posible modificar las conclusiones arribadas. Cabe destacar también en este sentido que los datos expuestos en el informe han sido proporcionados por la propia sucursal.

Finalmente, señala que al total de las ambulancias se le debe agregar una dotación de 28 autos para las Dampyp VI Capital, VIII San Martín y XXIX Morón, de los cuales 8 son puestos por la UTE Cruz Alsina, en tanto que en la sucursal VI Capital los 20 vehículos que se utilizan diariamente son propiedad de los profesionales de este instituto.

Cabe señalar que los 8 vehículos que señala previstos por el prestador han sido referenciados en el

cuadro obrante en el punto 5. En cuando a los 20 vehículos queda aclarado que los mismos corresponden a los “médicos con móvil propio”.

2. De los auxilios realizados durante las 24 horas, aproximadamente el 80 % corresponden a atención diurna y el 20 % a nocturna.

Sin embargo, en todas las sucursales de la región Metropolitana la afectación de las ambulancias al servicio nocturno es mayor, en especial en las propias del instituto donde el porcentaje de servicios nocturnos es cercano a los diurnos, no obstante que por la noche el desplazamiento de las unidades es más rápido. El siguiente cuadro grafica lo expuesto:

Sucursal	Ambulancias propias		Ambulancias contratadas		Ambulancias propias y contratadas	
	Diurnas	Nocturnas	Diurnas	Nocturnas	Diurnas	Nocturnas
VI	56 %	44 %	70 %	30 %	63 %	37 %
VIII	53 %	47 %	100 %	0 %	76 %	24 %
X	58 %	42 %	60 %	40 %	59 %	41 %
XXIX	53 %	47 %	89 %	11 %	75 %	29 %

Es coincidente con esta distribución de las horas de ambulancia propias, la modalidad de trabajo de los médicos, choferes y camilleros del instituto implementado para las Dampypn, sobre la base de jornadas laborales de 24 horas.

Se concluye, entonces, que la distribución de los turnos diurnos y nocturnos en las ambulancias propias y la modalidad horaria-laboral del sector, no se adecua a las características de la demanda y el servicio.

También se aprecia que las extensas jornadas laborales de 24 horas en la atención de la salud y conducción de vehículos de auxilio, no justificadas en beneficio del servicio, con un ritmo de trabajo óptimo y permanente incrementan el riesgo de errores, afectan la calidad de la prestación al afiliado y restan versatilidad al sistema para acomodar sus recursos humanos a las variaciones de la demanda horaria, estacional y necesidades financieras del instituto.

Con relación a lo observado el instituto señaló que el Ministerio de Trabajo y Formación de Empleo homologó el régimen horario de 24 horas semanales para los profesionales médicos y de 24 horas por 72 horas del plantel de choferes y coordinadores de ambulancias. En este sentido cabe señalar que dicha homologación tiene naturaleza estrictamente tutelar, preservando a los trabajadores de la imposición de jornadas laborales perjudiciales. Sin embargo, ello no implica necesariamente que el régimen homologado se adecue a las necesidades del servicio en función de la demanda de los afiliados, ni impide tampoco la implementación de

un régimen horario con jornadas laborales menos extensas.

3. Con relación a los profesionales médicos destinados a las dotaciones de las cuatro Dampypn y al CET de Rosario, contratados, sin contrato formal, bajo la modalidad de pago por contraprestación horaria equivalentes a horas de guardia, se verificaron las siguientes situaciones:

a) Un porcentaje importante de los mismos en la práctica cumplían funciones en otras áreas del instituto (gerencia de prestaciones médicas, centros coordinadores, prestaciones médicas y sociales de las sucursales, etcétera). Es decir que se utiliza a las Dampypn, ámbito en el que este tipo de contratación está permitido por la naturaleza del servicio, como puerta de ingreso para cubrir las necesidades áreas. En la sucursal VI - Capital Federal estos profesionales eran el 52 % y en la XXIX Morón el 35 % de los planteles de las respectivas Dampypn.

Esto ocasiona que las Dampypn tengan formalmente sobredimensionada su planta de profesionales con la consecuente distorsión económica en los costos del sector si no se tiene en cuenta dicho aspecto.

b) Se generó un alto grado de litigiosidad evidenciado en los reclamos existentes en el fuero laboral, donde los médicos por contraprestación piden el reconocimiento de la relación de dependencia y los créditos derivados.



Según lo informado por la gerencia de asuntos jurídicos del instituto mediante nota de fecha 23/11/01, a esa fecha existían 25 juicios, algunos individuales y otros con litisconsorcio, en los que se reclamaban \$ 7.919.515,35.

4. El 80 % del parque automotor propio del instituto afectado a la región Metropolitana es obsoleto.

En este sentido cabe señalar que el organismo posee ambulancias propias en dicha región, de las cuales 46 son vehículos tipo pick-up rural marca Ford "F 100", modelo 1993 o anteriores, y sólo las 10 restantes son tipo combi marca Mercedes Benz, modelo 2000.

Ambulancias a proveer según contrato	Suc. VI	Suc. VIII	Suc. X	Suc. XXIX	Total	Diferencia
15 UTIM x 24 horas	3 UTIM x 24 horas	2 UTIM x 24 horas 2 UTIM x 16 horas	3UTIM x 24 horas 1 UTIM x 16 horas	3 UTIM x 24 horas	14	-1
12 amb. com. x 24 horas	3		6	1	10	-2
38 amb. com. x 12 horas	4	10	3	7	24	-14
		4 autos		4 autos	8 autos	+8 autos

6. Según el contrato, Cruz Alsina estaba obligada a proveer las unidades de terapia intensiva móvil (UTIM) con dotación completa (chófer, camillero y médico), las ambulancias comunes de 24 horas con médico y las ambulancias comunes de 12 horas con médico cuando fuere necesario de acuerdo a las circunstancias.

Sin embargo, la DAMP y NP de la sucursal VI informó que dicha prestadora dejó de incluir a los médicos en la dotación de las ambulancias desde aproximadamente el 1º/11/00, los que fueron reemplazados por el instituto con médicos contratados por contraprestación, situación contemporánea con la baja del valor cápita a \$ 1,10 por afiliado. Asimismo en entrevistas realizadas en las restantes sucursales del Conurbano se informó que la prestadora nunca habría proporcionado el médico en ambulancias comunes. No se verificó la existencia de débitos registrados en la cuenta del prestador por el incumplimiento señalado. Corresponde señalar que la opinión recabada entre los jefes de las DAMPyNP era contraria a que sea Cruz Alsina, quien proporcione los médicos, pues según ellos, cuando los profesionales eran de esta prestadora, carecían de la idoneidad y perfil necesario para una buena atención del afiliado. En este sentido se observa que el

De este total, 41 ambulancias se encontraban diariamente operativas. El resto lo constituían las ambulancias en reserva para contingencias y las inmovilizadas por mantenimiento y reparaciones dado el intenso uso a que son sometidas.

5. Con relación a las ambulancias contratadas y conforme el análisis comparativo que se realiza en el siguiente cuadro, elaborado con la información de utilización de ambulancias y vehículos proporcionada por las respectivas Dampynp, se estableció que el servicio no se prestó con la totalidad de las ambulancias comprometidas por Cruz Alsina. El déficit alcanzó a 17 ambulancias, compensadas en parte con 8 automotores.

contrato no establece exigencias de calidad profesional para las dotaciones de las ambulancias a proveer por parte del prestador, aunque ello no es óbice para exigir la contraprestación pagada.

7. El contrato celebrado con Cruz Alsina bajo la modalidad de pago mensual capitado, resultó más oneroso que por contraprestación.

Según valores obtenidos en la Dampynp de la sucursal VI, antes del contrato con dicha prestadora el instituto pagaba \$ 850 diarios por cada ambulancia UTIM por 24 horas con médico, \$ 85 por cada servicio adicional individual y \$ 700 si la ambulancia no llevaba médico, \$ 432 por ambulancia común sin médico, \$ 32 por cada traslado programado ida y vuelta en ambulancia y \$ 16 por afiliado si era en minibus.

Efectuando un análisis comparativo entre el precio del servicio contratado por el sistema capitado y el estimado por prestación, según los valores históricos indicados, las ambulancias realmente provistas a las cuatro Dampynp y los traslados programados efectuados, surge que el instituto pagó en el período 1998/2001 un precio más caro estimado en \$ 19.194.165,01. En el cuadro siguiente se detallan las diferencias anuales.

Año	Precio según contrato \$	Costo estimado de la prestación \$	Diferencia \$
1998	23.381.062,56	15.199.234,00	8.181.828,56
1999	21.450.755,77	15.199.234,00	6.251.521,77
2000	17.890.054,28	14.839.644,00	3.050.410,28
2001	78.154.129,01	58.959.964,00	19.194.165,01

Si bien el Instituto debió al prestador en los años 1998/2000 la suma de \$ 180.234,12 por mantenimiento y reparación de ambulancias, según lo previsto en el contrato, dicha suma no incide significativamente en la diferencia expuesta.

Las estimaciones practicadas no contemplan la posible variación de los valores de plaza.

Finalmente, tampoco está justificada la contratación del sistema de pago capitado para el servicio de emergencias y urgencias con una provisión fija de ambulancias, conociéndose la demanda y además cuando era el propio Instituto quien gestionaba la organización, ejecución y control de la prestación, limitándose la contratista al suministro de las unidades comprometidas y requeridas.

8. De acuerdo a lo establecido en la cláusula cuarta del contrato inicial de fecha 27/12/97, Cruz Alsina estaba obligada a entregar en propiedad al instituto, durante la vigencia del mismo, 2 unidades de traslado de alta complejidad, nuevas y con equipamiento acorde. Dicha prestadora no cumplió con la obligación comprometida, razón por la cual el instituto valorizó al mes de diciembre de 2000 el costo de cada ambulancia de este tipo en \$ 60.000. De los registros contables del ente sólo surge un débito preventivo por dicho valor, respaldado en la factura PAMI 17024246 de fecha 12/3/01. No fue posible obtener del ente otros antecedentes sobre esta registración ni información sobre si el valor de la restante unidad fue debitada al prestador.

9. Con relación al control interno del servicio se verificó que las llamadas externas y la habilitación del auxilio se registraban en planillas, pero no existían mecanismos de referencia que validaran la información que se asienta en las mismas a partir de la cantidad de llamadas recibidas y su contenido. En este sentido, cabe destacar que sólo la Dampynp de la sucursal VI cuenta con una grabadora de llamadas de 18 años de antigüedad, operativa en un 40%. Las cintas en existencia de esta máquina alcanzaban para el guardado de las llamadas por un mes, luego de lo cual son regrabadas.

Tampoco existe un sistema de información estadística administrativa y sanitaria, así como de indicadores de producción y eficiencia estandarizados, que permita al nivel central monitorear el desempeño del sistema en conjunto y de las distintas Dampynp y el CET, mediante análisis comparativos.

Esto obedece a la situación descrita en el punto 12. siguiente y la crítica falta de medios informáticos observada en el ámbito de las Dampynp.

10. Las comunicaciones con las ambulancias en las cuatro Dampynp se realizaban a través de radio por la banda UHF con equipos alquilados a Telefónica de Argentina y en la sucursal VI Capital Federal se utilizan además, para las comunicaciones con los médicos con móvil propio, radiomensajes sistema Skytel. Según lo manifestado por los jefes de las distintas coordinaciones de emergencias y tras-

lados, estos sistemas adolecen del inconveniente de necesitar equipos de grabación e impresión de llamadas con el fin de dejar registro de las mismas y, en lo relativo al radiomensaje, no existe un procedimiento que permita tener la seguridad de la recepción del mensaje toda vez que no existe diálogo de ida y vuelta con el profesional médico.

Sobre estos aspectos se observa que en la actualidad un sistema de comunicación vía telefonía celular corporativa resultaría más eficiente, al permitir la comunicación personalizada con los médicos, otorgándole mayor seguridad a la operación y la posibilidad de contar con el registro individual de las comunicaciones efectuadas brindada como servicio por la compañía prestataria como validación de las mismas. Según la Dampynp de la sucursal VI, de aplicarse este último sistema se reduciría en un 50% el gasto en comunicaciones.

11. El control prestacional del servicio propio era realizado por la Gerencia de Auditoría Interna (GAI) y el del prestador contratado por la Subgerencia de Control Prestacional. Del análisis de los informes de auditoría suministrados por ambas áreas producidos durante el período auditado se evidencia un control prestacional interno escaso y no sistemático, con 8 informes de auditorías efectuadas a las empresas que conformaban a Cruz Alsina en el año 1998 y 4 informes de auditorías de la GAI realizadas en cada una de las Dampynp de la región Metropolitana durante el año 1999. Estos informes se centran mayormente en la verificación de aspectos estructurales y administrativos aunque también señalan casos de desvíos prestacionales en traslados programados.

Por su parte, de la información proporcionada por el área PAMI Escucha y Responde sobre los reclamos de los afiliados en el período 30/1/98 al 6/11/01, se observó que de 613 quejas y denuncias por incumplimientos, el 97% estaban referidas a traslados programados a cargo de Cruz Alsina.

El resultado observado a partir de la actividad de todas estas áreas de control, muestra que las mayores falencias prestacionales del sistema se encuentran en el segmento de la actividad a cargo del prestador privado.

12. Se comprobó la ausencia de manuales y normas de procedimientos administrativos y operativos que regulen de modo uniforme la organización, administración y el funcionamiento de los servicios de emergencias, urgencias y traslados programados prestados por las distintas Dampynp de la región Metropolitana y el CET de Rosario.

Todas estas dependencias, no obstante ser idénticas en su naturaleza, objeto y funciones, históricamente organizaron y desarrollaron sus actividades aplicando procedimientos, normas informales y formularios y registros propios, diseñados en cada una de ellas de acuerdo a sus propósitos y crite-

rios, afectando la homogeneidad que debe tener el sistema en su conjunto.

Al respecto se observó, al inicio y durante la mayor parte del período analizado, la ausencia de acciones por parte de las autoridades del nivel central, tendientes a corregir la situación. Recién con fecha 2/5/00 y por resolución 419/00 INSSJP fue creada la Subgerencia de Emergencias y Traslados dependiente de la Gerencia de Atención a la Salud a fin de normatizar las urgencias, emergencias, atención domiciliaria y traslados programados de la región Metropolitana. Y luego, por resolución 525/00 INSSJP también se dispuso poner a las Dampynp bajo dependencia de la citada subgerencia a través de coordinaciones en cada una de ellas y la creación de una central operativa única para las emergencias, urgencias y traslados programados, para lo cual se alquiló un edificio donde se trasladarían y unificarían las Dampynp.

Dicho traslado y unificación no llegó a concretarse ya que por resolución 651/01 INSSJP se dispuso que las Dampynp pasaran a depender del gerente de la sucursal respectiva. De tal manera la situación institucional de las Dampynp volvió a ser la existente antes de la centralización intentada.

Cabe señalar que la subgerencia señalada precedentemente, como parte de la labor de ordenamiento y unificación de procedimientos que encaró, definió criterios operativos, diseñó formularios e interrogatorios uniformes destinados a los médicos receptores de llamadas, con la finalidad de que éstos pudieran evaluar, categorizar y codificar cada caso, determinando el diagnóstico presunto, el grado de urgencia y en su caso el tipo de móvil a enviar. No obstante, todo este trabajo quedó sin implementarse.

Con relación a la centralización de la ejecución operativa que el organismo intentó realizar, se observó como factores limitativos de dicho proyecto, la vastedad territorial de la región Metropolitana (aproximadamente 4.000 km cuadrados de superficie), caracterizada además por poseer estructuras prestacionales, poblaciones, problemas y necesidades muy distintas según las diferentes zonas, aspectos difíciles de conocer y solucionar, con prescindencia de las respectivas sucursales.

Al respecto el organismo agregó en su contestación que la centralización de las Dampynp se concretó parcialmente con el traslado de las Dampynp VI y VIII con fechas 1° y 7 de mayo de 2001, respectivamente, las cuales fueron coordinadas con resultados desastrosos hasta agosto del mismo año, cuando cada división regresó a su lugar de origen, con dependencia de la sucursal respectiva.

13. Según indicó la Dampynp de la sucursal VI, aproximadamente el 5% de los llamados por emergencias obedecieron a traslados entre efectores de medicina por problemas en el lugar de capitación o bien para estudios de diagnóstico de mayor com-

plejidad. Estos traslados, corresponden ser efectuados por los distintos prestadores locales de atención médica, según los contratos suscritos durante el período analizado.

En igual sentido la citada Dampynp señaló que aproximadamente el 45% de los servicios de urgencia realizados corresponden a patologías que podían ser atendidas por los médicos de cabecera. Señalaron, por ejemplo, una importante cantidad de llamadas para cambios de sonda en domicilio.

Asimismo se comprobó, luego de analizados 236 casos de atención por médicos con móvil propio de la sucursal VI, que un 56% de ellos no revestían riesgo inminente, y podían ser cubiertos en horario de consultorios externos.

Lo expuesto precedentemente evidencia que el Instituto, mediante sus Dampynp, cubre servicios que se encuentran contratados con prestadores de salud, con el correlativo doble gasto para el ente.

Finalmente, del análisis de una muestra de 497 planillas de auxilio (historias clínicas de ambulancia y de médicos de cabecera) obtenidas en la Dampynp de la sucursal VI Capital, se observó lo siguiente:

- En el 54% de los casos surgían diferencias entre el diagnóstico que originó la llamada y el diagnóstico presunto efectuado por el médico en el domicilio. Se considera que este desvío es facilitado por la falta de implementación de métodos de evaluación y cuestionarios tipo *scoring* o similares como los indicados en el último párrafo del punto 4.12. precedente.
- Los cuadros que requerían mayor urgencia se resolvieron dentro de los 15 minutos y el resto dentro de los 30 minutos.
- De las internaciones realizadas, el 10% no verificaba criterio de internación.
- Un 20%, aproximadamente, de las planillas de auxilio analizadas se encontraban sin datos o éstos eran ilegibles o estaban incompletos en ítem de relevancia asistencial, lo que imposibilitó su análisis.

#### *Expediente OV 358/02 - Resolución AGN 136/02*

Por estas actuaciones la Auditoría General de la Nación informa sobre la auditoría de gestión del servicio de hemodiálisis brindado por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados a sus afiliados durante el período 12/3/97 al 28/12/01, realizada por el organismo de control en el marco del convenio de fecha 18/8/99 celebrado con instituto.

La tarea arrojó los siguientes comentarios y observaciones.

#### *1. Estructura Orgánica*

El ámbito de desarrollo de la presente auditoría se relaciona principalmente con el Área Renal Cró-

nico, dependiente del departamento de Prestaciones Especiales de la Subgerencia de Programas y Prestaciones Especiales de la Gerencia de Prestaciones Médicas. Esta última, conforme a los términos de la resolución 001/97, tiene entre sus acciones la de programar, normatizar y evaluar las prestaciones referidas a hemodiálisis.

Estas acciones se mantienen en el anexo II de la Estructura Orgánica aprobada por resolución 576 del 17/9/01.

De los antecedentes verificados se constata:

1.1. El Departamento de Prestaciones Especiales carece de una estructura orgánica aprobada.

1.2. Para la Subgerencia de Prestaciones Especiales no se han establecido ni su responsabilidad primaria, ni sus acciones.

1.3. En ambos casos, la falta de desagregación de funciones, impide conocer con certeza la incumbencia de cada una de las dependencias.

## 2. Análisis de costos

De los antecedentes solicitados surge:

2.1. La inexistencia de análisis de costos previos para determinar el valor de \$ 1.885, establecidos en el convenio suscripto con el prestador. Dicho valor sólo se justificó con el ahorro de aproximadamente \$ 8.000.000 anuales respecto del precio anteriormente vigente.

El Departamento de Costos y Estudio de Mercado debió realizar los análisis omitidos, ya que, entre sus funciones, tiene a cargo:

1) Desarrollar los estudios tendientes a la formulación de los valores de cápitás, aranceles o modo de retribución de las prestaciones médicas y sociales que instrumenta el instituto;

2) Participar en la determinación de la información estadística a producir, para mantener actualizadas las tasas de uso;

3) Efectuar una evaluación, emitiendo opinión acerca de la razonabilidad de precios obtenidos de las compulsas observadas en el mercado, etcétera.

2.2. La misma consideración cabe asignarle a la aceptación del nuevo precio mediante la resolución 021/2001, atento a que se efectuó sin haberse realizado un análisis de costos que permitiera establecer la razonabilidad de los nuevos valores pactados.

## 3. Conformación de la Comisión de Altas

La resolución 021/01, en su artículo 2°, dispuso la conformación de comisiones integradas por representantes de la Subgerencia de Prestaciones Especiales, la Subgerencia de Control Prestacional, la Confederación de Asociaciones de Diálisis de la República Argentina y la Cámara Argentina de Servicios de Productos de Terapia Renal, a fin de llevar a cabo en forma asociada, la gestión operativa de los procedimientos de altas de pacientes al sistema y de auditoría de control de calidad de los servi-

cios que prestan establecimientos adheridos a las redes de efectores.

Se conformaron las comisiones para el alta de los pacientes al sistema. Sin embargo, sufre demoras la integración de los grupos que tendrán a su cargo la auditoría de control de los servicios.

## 4. Del Comité Arbitral

El antecedente inmediato de las comisiones de Alta lo constituye el Comité Arbitral, cuya creación fue dispuesta por la cláusula décima del Contrato de Diálisis.

Este comité tenía como misión laudar y resolver las cuestiones relativas al funcionamiento del servicio, y cualquier otra originada en la interpretación y/o aplicación de las cláusulas del contrato.

No existe documentación ni antecedentes de las resoluciones que el comité hubiera emitido, razón por la cual no se pudo establecer el efectivo funcionamiento del mismo.

## 5. De los traslados

El servicio incluye el traslado de los pacientes.

Se verificó que en la provincia de Santiago del Estero, el establecimiento CENISE no cumplía con los traslados que implicaban distancias superiores a 30 km. Los principales damnificados eran los afiliados de Añatuya, Nueva Esperanza, Pellegrini, Pinto y Quimili.

De las informaciones relevadas, no se verificaron inconvenientes en otras zonas.

## 6. Consulta a sucursales

A fin de constatar la situación prestacional en las distintas jurisdicciones, se elaboró un memorando circular que se remitió a las sucursales. De sus respuestas se extrae:

6.1. Las sucursales, a quienes no se les enviaba copia del contrato vigente, recibían sólo una comunicación del inicio de la prestación, con información limitada de las obligaciones del prestador.

6.2. Debido al escaso grado de comunicación existente entre el nivel central y las sucursales, éstas no son informadas regularmente de las auditorías realizadas en las respectivas jurisdicciones por prestaciones médicas o control prestacional de nivel central.

6.3. Las sucursales carecían de un sistema de control organizado para el seguimiento de las prestaciones de los efectores locales.

6.4. La mayoría no cuenta con médicos especializados en nefrología.

6.5. La provisión de eritropoyetina a los afiliados es insuficiente.

## 7. Normas y criterios de calidad

El instituto dictó normas y criterios de calidad similares a las del decreto reglamentario de la Ley de Diálisis, que establece indicadores para evaluar la calidad del servicio de hemodiálisis, de las cuales se mencionan los siguientes:

- Tasa de internación u hospitalización.
- Tasa de mortalidad.
- Incidencia de hepatitis.

- Tiempo de hemodiálisis.
  - Tipos de filtros utilizados y su esterilización.
- Control bacteriano del agua de diálisis.
- Controles Pre/Post, KT/V.

En los contratos celebrados con las prestadoras no se incorporaron normas de control de calidad del servicio.

Por su parte, el Policlínico PAMI II de Rosario, propio del instituto, estableció para su servicio de diálisis, indicadores propios de calidad prestacional, parametrizados sobre la base de valores mínimos esperables en el paciente, fijando como meta de cada indicador el porcentaje de población en tratamiento que se espera verifique dichos valores. A título de ejemplo en el cuadro siguiente se exponen cuatro de estos indicadores:

Indicador	Valor esperable	% de población a alcanzar
Albumina	>3,5%	80%
Hematocrito	>30%	80%
Control de peso	>5% del peso corporal	80%
Tasa de internación	<a 5 días por paciente	70%

Estos indicadores, según manifestaciones del jefe del servicio de dicho policlínico, son los recomendados por la Sociedad Argentina de Nefrología y fueron aplicados allí desde el comienzo de las prestaciones.

El instituto no utiliza la evidencia médica y de costos lograda por el servicio de hemodiálisis que presta su policlínico Pami II, proveniente de la atención a un grupo etario que representa la media de su población, desaprovechando así la ventaja de contar con un marco de referencia propio y único.

#### 8. Sistemas de control

El Prestador, según cláusula séptima del convenio, se obligó a mantener un sistema de auditoría externa y de control de calidad de los establecimientos adheridos, a modo de asegurar la vigencia plena de los alcances de la Ley Nacional de Diálisis.

El instituto, a su vez, realizó auditorías tendientes a controlar el servicio prestado por los efectores privados a través de la Subgerencia de Control Prestacional, quien envió planillas de resúmenes correspondientes a 198 relevamientos realizados en el período 1998/2000, cuyos resultados fueron los siguientes:

Resultado del relevamiento	Cantidad	Porcentaje
Establecimientos que no acreditan los requisitos exigidos	158	79,80%
Establecimientos que cumplen con los requisitos	21	10,61%
No brindan el servicio	12	6,06%
Sin información	7	3,54%
<b>Total:</b>	<b>198</b>	<b>100%</b>

Los siguientes cuadros expresan los resultados de la actividad prestacional, evaluada duran-

te el año 1998 por la Subgerencia de Control Prestacional:

Auditorías a prestadores de hemodiálisis año 1998					
Sucursal	Total	Buena	Regular	Mala	Otros
B. Blanca	1		1		
C. Federal	2	1	1		
Córdoba	5		2	2	1
La Plata	2	1	1		
Junín	1	1			
La Rioja	2		1	1	
Mendoza	5		2	1	2
Rosario	2			2	
San Martín	1		1		
Santa Fe	2		2		
S. Estero	2		1	1	
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>3</b>



8.1. La obligación impuesta a las prestadoras de mantener un sistema de auditoría externa de los efectores, no fue objeto de seguimiento por parte del instituto, ni fue previsto que el prestador comunicara al instituto el plan, ni los resultados de las auditorías, que estaba obligado a realizar de acuerdo al contrato.

8.2. En el período 1998/2000, un alto porcentaje (79,80 %) de establecimientos evaluados no acreditaban los requisitos exigidos por la Ley de Diálisis y su decreto reglamentario.

8.3. En 1998 el 76% de los establecimientos fue catalogado como regular y malo. De los efectores calificados como malos (tres) 3 fueron dados de baja de la red y a los restantes, se les requirió la regularización de los requisitos faltantes.

8.4. Las auditorías de la Subgerencia de Control Prestacional estaban limitadas en su enfoque dado que, en su mayoría, evaluaron sólo el cumplimiento de los requisitos de planta física y recursos humanos, sin expedirse sobre el proceso y resultado.

#### 9. Tasas de uso

El prestador tiene como obligación remitir en forma mensual la información estadística relativa a los servicios prestados, en las condiciones y modalidades convenidas en el contrato.

9.1. El instituto recibe esta información del prestador. No obstante no le es posible elaborar tasas de uso o datos estadísticos biomédicos relacionados con el servicio que se brinda, referente a regiones, edad, patologías prevalentes, intercurencias, internaciones, tasas de mortalidad y las correlativas causas de egreso, debido a que no fueron incluidas todas estas variables en la información estadística prevista en el contrato. Debido a ello el instituto no puede procesar suficientes datos que le permitan conocer o trazar indicadores epidemiológicos relacionados con dichos rubros. No se observaron acciones por parte de las áreas responsables tendientes a revertir esta situación.

9.2. Debido a lo precedentemente expuesto, y a efectos de conocer las causas más frecuentes que

generan insuficiencia renal crónica terminal, esta auditoría requirió al Área Renal Crónica información, a partir de la cual se elaboró el siguiente cuadro:

Etiologías más frecuentes		
Año 2000. Fuente: Confederación		
Diagnóstico	Porcentaje	Casos
Nefropatía diabética	34%	617
Nefroangioesclerosis	27%	493
Nefropatía obstructiva	22%	399
Glomerulonefritis	9%	157
Poliquistosis	6%	105
Nefritis	3%	46
Rechazo Trasplante	1%	20
	<b>100%</b>	<b>1.837</b>

#### 10. Provisión de eritropoyetina

El tratamiento sustitutivo de la función renal conlleva el suministro y la aplicación de dosis permanentes de eritropoyetina, para mantener la calidad de vida de los pacientes, con un costo de \$ 39 a \$ 65 por ampolla, siendo la dosis recomendada de tres aplicaciones por semana y se suministra al paciente con hematocritos igual o menor que 30 %, con la finalidad de mantenerlo en un rango del 33 al 36 %.

A tal efecto, el instituto estableció por resolución 701/00, normas de provisión a pacientes con Insuficiencia renal crónica terminal.

La industria farmacéutica es quien provee la droga, cuyo costo forma parte del convenio general de provisión de medicamentos a pacientes ambulatorios que mantiene con el instituto. A tal fin dicha proveedora toma como referencia el cumplimiento de los requisitos establecidos en la citada resolución y procede a su entrega directa a los centros nefrológicos luego de que éstos efectúan los pedidos.

Con posterioridad a la resolución 701/00 la Gerencia de Prestaciones Médicas emitió la disposición 122 del 20/2/01, mediante la cual reconoce un déficit aproximado del 45% (desconociéndose los parámetros sobre los cuales se arribó a dicho porcentaje) en la provisión por parte de la industria, según lo informado por un representante de la Comisión de Seguimiento, que para suplirlo autoriza a las sucursales a evaluar reclamos por parte de beneficiarios y centros de diálisis. La prestadora por su parte sostuvo que el nivel histórico de consumo del instituto era de 22.000 ampollas mensuales, de las cuales se entregan actualmente aproximadamente 30.000, pero la solicitud de los centros nefrológicos asciende a 55.000 ampollas por mes.

10.1. La industria implementó un circuito administrativo y una auditoría médica específicos para la provisión de eritropoyetina. En base a los mismos modifica unilateralmente la terapéutica indicada por el médico nefrólogo, limitando o denegando la entrega de la droga.

Como consecuencia de ello se verifica déficit de provisión de eritropoyetina por parte de la industria, lo que origina reclamos por parte de los establecimientos de diálisis y afiliados con la correlativa formación de expedientes en sucursales para su provisión, con dispendio administrativo para el instituto.

Ante esta situación el instituto instaurará mecanismos para posibilitar la compra de eritropoyetina por parte de las sucursales, pero sin revisar el sistema aplicado por la Industria a efectos de exigirle que satisfaga adecuadamente las entregas.

### 11. Del padrón de dializados

El prestador tiene como obligación llevar el Padrón Nacional de Dializados. El mismo es enviado mensualmente para el cobro de las facturas correspondientes al período.

El instituto no contaba con un padrón propio de dializados que pueda compararse con el que el prestador remite para el cobro. Sólo se realiza un confornte con el padrón general para establecer si el paciente informado es afiliado al instituto.

### 12. Liquidación y pago

Del análisis de la cuenta corriente del prestador y de los expedientes de pago analizados se observó:

12.1. No obran en los expedientes de pago constancias de la certificación del servicio, efectuadas por parte de áreas operativas del instituto.

12.2. La factura se confecciona exclusivamente a través de los datos aportados por el prestador (cantidad de pacientes atendidos). Dicha información es cotejada con el padrón general por parte del Departamento de Registro de Prestadores y Afiliados; en caso de existir diferencias, las mismas se ajustan mediante ajuste de factura por el concepto de "error

de cupo"; ello corrobora la ausencia de un padrón propio de dializados del instituto.

12.3. Las órdenes de pago, en algunos casos, carecen de firma y en otros se omite la aclaración de los responsables de su confección y autorización. Idéntica situación se observa en las órdenes de liquidación.

12.4. De la documentación agregada en los expedientes, sólo las órdenes de pago y los recibos se encuentran anulados con el sello de pagado, para evitar un nuevo pago.

12.5. En el expediente 747-2009278-3-0000 interno 2.009.924 no se adjunta el recibo del prestador por la suma de \$ 10.205.938.

12.6. No consta la factura 151 (ajuste cupo diálisis de \$ 82.940), que se integra a la orden de pago 1.982.621 correspondiente al mes de julio de 1999.

### Descargo del organismo

Mediante nota 1290/02 DD/USA el instituto envió como descargo del proyecto de informe que le fuera remitido, la opinión de su Gerencia de Prestaciones y Proyectos Especiales, la que es materia de consideraciones en el presente capítulo. Cabe aclarar que no se recibieron antecedentes respaldatorios de la respuesta del ente.

*Descargo (Obs. Punto 1.):* Al respecto el organismo señaló que se establecieron Misiones y Funciones del Area Renal Crónico, designando coordinador.

*Descargo (Obs. Puntos 2.1. y 2.2.):* El instituto respondió a estos puntos informando que se realizó el análisis de costos del módulo de diálisis en forma conjunta con el Grupo Técnico de Trabajo Costos Prestacionales, pero no se especifica la oportunidad de dicho estudio.

*Descargo (Obs. Punto 3.):* En respuesta a este punto el ente indicó que se ampliaron las facultades del Comité Central de Altas, que participará también en la auditoría de los débitos a realizar, y que por disposición 677/GPM/02, se modificó el mecanismo de convalidación de altas, quedando el mismo a cargo de la Subgerencia de Programas y Prestaciones Especiales, lo que permitió la revisión y resolución de los 955 expedientes de altas de diálisis demorados.

*Descargo (Obs. Punto 4.):* El organismo en su respuesta señaló que acorde con lo propuesto por su Gerencia de Asuntos Jurídicos, la Subgerencia de Programas y Prestaciones Especiales y su Area Renal Crónico, conformarán el Comité Arbitral, integrando el mismo.

*Descargo (Obs. Punto 6.):* Al respecto el organismo respondió que está trabajando en la normatización sobre Insuficiencia Renal Crónico para una mejor comunicación con cada sucursal.

*Descargo (Obs. Punto 7.):* El instituto agregó que el Area Renal Crónico participa, por delegación de

la Subgerencia de Programas y Prestaciones Especiales, ante el Ministerio de Salud de la Nación para la normatización de la ley de diálisis. El área responsable también indicó que se presentará una propuesta para incorporar en los nuevos contratos de hemodiálisis o sus actualizaciones, información periódica sobre procesos y resultados.

*Descargo (Obs. Punto 8.l.):* El organismo respondió que se presentará una propuesta para incorporar en los nuevos contratos que se presente al instituto, los resultados de las auditorías externas realizadas por el prestador a sus centros.

*Descargo (Obs. Punto 9.l.):* El instituto reconoció esta situación, informando que se presentarán propuestas para incluir en los nuevos contratos información estadística regular.

*Descargo (Obs. Punto 10.):* El ente respondió que fue presentado un proyecto para inclusión de eritropoyetina en el módulo prestacional.

*Descargo (Obs. Punto 11.):* A este punto el organismo respondió que se está confeccionando un padrón propio de dializados crónicos por prestador, provincia y sucursal.

En referencia a estos descargos y si bien señalarían una intencionalidad de corrección, la AGN hace notar que no modifican y en más de un caso corroboran las observaciones realizadas.

Según lo precedentemente revisado, se destaca con respecto de esta auditoría, las siguientes observaciones:

- Inexistencia de análisis de costos previos para determinar el valor del módulo prestacional contratado y su posterior modificación.

- No se conformaron las comisiones establecidas por resolución 21/01 INSSJyP que debían encargarse del control de calidad de los servicios prestados por los establecimientos adheridos a las redes de efectores.

- No se conformó el comité arbitral previsto en el contrato de diálisis con la finalidad de laudarse y resolver las cuestiones relativas al funcionamiento del servicio y cualquier otra originada en la interpretación y/o aplicación de las cláusulas del contrato.

- Escaso grado de comunicación existente entre el nivel central y las sucursales. Estas no eran informadas regularmente de las auditorías realizadas en las respectivas jurisdicciones por prestaciones médicas o control prestacional de nivel central, carecían de un sistema de control organizado para el seguimiento de las prestaciones de los efectores locales y de médicos especializados en nefrología.

- En los contratos celebrados con las prestadoras no fueron incorporadas normas de control de calidad del servicio.

- El instituto no utilizaba la evidencia médica y de costos lograda por el servicio de hemodiálisis

que presta su policlínico PAMI II, proveniente de la atención a un grupo etario que representa la media de su población, desaprovechando así la ventaja de contar con un marco de referencia propio.

- La obligación de las prestadoras de mantener un sistema de auditoría externa de los efectores, no fue objeto de seguimiento por parte del instituto, ni fue previsto que el prestador comunicara al instituto el plan, ni los resultados de las auditorías, que estaban obligado a realizar de acuerdo al contrato.

En el período 1998/2000, un alto porcentaje (79,80 %) de los establecimientos evaluados por la Subgerencia de Control Prestacional no acreditaban los requisitos exigidos por la ley de diálisis y su decreto reglamentario. El 76 % de los establecimientos fueron calificados como regulares y malos.

- Las auditorías de la Subgerencia de Control Prestacional sólo evaluaban el cumplimiento de los requisitos de planta física y recursos humanos, sin expedirse sobre el proceso y resultado.

- La información estadística prevista en el contrato no era suficiente para que el Instituto pudiera elaborar tasas de uso o datos estadísticos biomédicos relacionados con el servicio brindado, referente a regiones, edad, patologías prevalentes, intercurencias, internaciones, tasas de mortalidad y las correlativas causas de egreso.

- La industria de medicamentos modificaba unilateralmente la terapéutica indicada por el médico nefrólogo, limitando o denegando la entrega de eritropoyetina. Como consecuencia de ello se verificó déficit de provisión de esta droga, lo que originó reclamos de los establecimientos de diálisis y afiliados con la correlativa formación de expedientes en sucursales para su provisión, con dispendio administrativo para el instituto. Ante esta situación el Instituto instauró mecanismos para posibilitar la compra de eritropoyetina por parte de las sucursales, pero sin revisar el sistema aplicado por la industria a efectos de exigirle que satisfaga adecuadamente las entregas.

- El instituto no contaba con un padrón de dializados propio que pueda compararse con el que el prestador remite para el cobro.

#### *Expediente OV 374/02 - Resolución AGN 143/02*

Por estas actuaciones la Auditoría General de la Nación informa sobre la auditoría de gestión del sistema de provisión de medicamentos ambulatorios para los afiliados del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, durante el período del 12 de marzo de 1997 al 30 de noviembre de 2001, que realizara en el marco del convenio de fecha 18 de agosto de 1999 celebrado entre el instituto y la Auditoría General de la Nación.

La auditoría incluyó el análisis del contrato de fecha 20-9-97 y acta acuerdo del 7-11-99, suscritas por



el instituto con la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME), el Centro Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA) y la Cooperativa Argentina de Especialidades Medicinales (Cooperala), estas últimas en adelante y en lo que respecta a estas actuaciones, denominadas "la industria".

La tarea realizada arrojó los comentarios y observaciones que se enuncian a continuación.

### 1. Sistema de control de gestión de "la industria"

Para este sistema "la industria" efectuó un desarrollo informático de administración y control del consumo de medicamentos, a partir de la información proveniente de los padrones de beneficiarios, de médicos y de instituciones habilitadas a prescribir, de farmacias, de droguerías habilitadas, de medicamentos y de afiliados internados en clínicas, sanatorios, geriátricos y psiquiátricos.

A este fin el Instituto se obligó a prestar apoyo para la confección y mantenimiento de estos padrones (cláusula 5ª del convenio original). Luego, con la aceptación de la oferta de "la industria" para continuar con el convenio formalizada por resolución 656 CIN del 26-6-00, como requisito para acceder a una quita de \$ 1.250.000 en el precio, el instituto se obligó a la entrega de los padrones de afiliados, de médicos autorizados para prescribir, de afiliados internados en geriátricos, psiquiátricos e instituciones sanatoriales y hospitalarias prestadoras del instituto.

El padrón de médicos prescriptores generó quejas de "la industria" porque nunca pudo ser entregado en debida forma. Al momento del compromiso el Instituto contaba con el conocimiento suficiente para saber que no podría cumplir con dicha obligación en breve plazo. A excepción de los médicos de cabecera, médicos de sus policlínicos I y II de Rosario, médicos de sus centros coordinadores, médicos del sistema de ambulancias propio, se observó que es sumamente dificultoso dar certeza a la información respecto de los odontólogos contratados por redes, médicos de interconsultas de niveles II y III dada la multiplicidad de los establecimientos y la alta movilidad de los profesionales de este segmento, más ahora cuando la información está más fragmentada con la diversificación de la prestación médica en Unidades de Gestión y Participación (UGP). Además los contratos tipo con estas organizaciones médicas no previeron un esquema de información periódica de profesionales prescriptores con un mecanismo de reporte de altas y bajas.

Este impedimento surge explícito del acta 3 de fecha 13-7-01 de la comisión de seguimiento, donde se da cuenta de un padrón de 5.000 médicos de cabecera entregados por el Instituto y 50.000 médicos registrados por "la industria" detectados en su sistema al prescribir recetas.

Lo mismo ocurre con los afiliados que se internan en los establecimientos de II nivel con medicamentos a cargo del efector de salud. La permanente movilidad en el ingreso y egreso de pacientes y la falta de mecanismos de información para obtener estos datos de los establecimientos de todo el país, tornan dificultosa la entrega de una información periódica consolidada y confiable.

La situación expuesta puede afectar la causa del descuento mensual de \$ 1.250.000 en el precio, con el correlativo reclamo por parte de "la industria".

### 2. Sistema de información

Se estableció en el acuerdo con "la industria" que el Instituto es propietario y tiene derecho a acceder a la información que genere la administración y el control de gestión efectuado por "la industria", pudiendo el Instituto solicitar a esta última, previo acuerdo de partes, la incorporación de nuevas salidas del sistema de información referente al tema medicamentos.

No obstante el Instituto nunca implementó un mecanismo de información periódico que le permitiera ejercer sobre la base de los datos generados por "la industria", un control permanente de todas las variables de la gestión de esta prestadora (sanitarias, económicas, de gestión de las farmacias, de demanda de fármacos, entre otras), datos a los que hubiera podido acceder inclusive mediante la instalación en su ámbito de terminales de consulta, habida cuenta de que el contrato lo permitía. Los pedidos de información del Instituto, según indicó "la industria", fueron puntuales y circunstanciales.

De tal forma el control del Instituto resultó limitado e insuficiente en una prestación de gran envergadura económica, centrado principalmente en el segmento final del sistema (farmacias), cuando de acuerdo a las características de esta prestación resultaba más importante el seguimiento permanente y cercano de la ejecución del programa, a partir de la propia gestión de "la industria" a quien se le había encomendado la administración y control del suministro de medicamentos a los afiliados de todo el país.

### 3. Control de la Subgerencia de Control Prestacional

La Subgerencia de Control Prestacional de la Gerencia de Prestaciones Médicas tiene bajo su responsabilidad ejercer el control prestacional del Instituto sobre los prestadores de todo el país, mediante equipos de auditores del nivel central, pudiendo realizar auditorías tanto en la sede de prestadores principales (por ejemplo, gerencadoras) como en los establecimientos y efectores que forman parte del sistema.

Con relación al convenio con "la industria" dicha subgerencia centró exclusivamente su accionar sobre las farmacias expendedoras de los medicamentos, realizando durante el período 1999/2001,

880 auditorías a establecimientos registrados como pertenecientes a la red en distintos puntos del país.

El análisis de una muestra de 249 de estos informes correspondientes a verificaciones realizadas en

jurisdicción de las sucursales Tucumán, Corrientes, Córdoba, Ciudad de Buenos Aires, San Juan, Salta, Lanús, Mar del Plata, San Martín, Santiago del Estero y Morón, mostró el siguiente resultado:

Farmacias con desvíos	Observaciones
256	Relativas a formalidades en la presentación de recetas y facturación.
36	Dejaron de prestar servicio para el instituto.
10	Domicilio de la farmacia inexistentes en la zona.
6	Problemas con la entrega de medicamentos oncológicos.
1	No recibía suficientes medicamentos de la droguería.
1	Prestaba servicio PAMI, pero no figuraba en el listado del Instituto.
1	Expendía medicamentos cubiertos con el 100% de descuento con un porcentaje inferior.

La conclusión final de prácticamente todos estos informes se basaba en los dos siguientes conceptos: "Se asesoró según normas en vigencia (resolución 2.143/86 INSSJP) y la prestación es (buena, regular o mala)".

Dichos resultados evidenciaron para el período analizado ciertos desvíos, circunscribiéndose éstos a defectos en exigencias formales de control y ordenamiento de recetas para la facturación al proveedor, a padrones de farmacias no actualizados o con errores, y en menor medida algunos problemas con el suministro de medicamentos oncológicos.

Esta cantidad de auditorías realizadas a las farmacias, su metodología y resultados, indica que la Subgerencia de Control Prestacional no adecuó su estrategia de control a la nueva situación prestacional derivada del contrato con "la industria", donde el circuito de facturación de las farmacias al prestador y su control se trasladó de la órbita del Instituto a la de esta prestadora. Por lo tanto el gasto en concepto de horas de profesionales auditores, viáticos y pasajes de las comisiones de servicio al interior del país generado por estos controles, no redundó en una utilidad equivalente. Esta observación no invalida el derecho del Instituto a auditar en terreno cualquier segmento del sistema, pero siempre en condiciones de eficiencia y economía.

#### 4. Control de la Gerencia de Auditoría Interna

La Gerencia de Auditoría Interna es quien tiene a su cargo el control operativo de las áreas propias del Instituto.

Durante el período analizado dicha gerencia realizó auditorías sobre aspectos puntuales del sistema en distintas sucursales, por ejemplo medicamentos sin cargo, por vía de excepción, droga *lupron depot* y emitió opinión técnica sobre normas relativas a medicamentos.

Sin embargo no auditó la gestión de las áreas gerenciales responsables del control del cumplimien-

to de la prestación de medicamentos y el seguimiento del sistema de administración, distribución, dispensación y control de medicamentos a cargo de "la industria". Esta situación no permitió modificar la ausencia de ambiente de control que se observó en estas áreas.

#### 5. Control social. PAMI Escucha y Responde

Las estadísticas correspondientes a los años 1998/2001 suministradas por Pami Escucha y Responde, dependencia que recibe las quejas y reclamos de los afiliados, muestran que el servicio de provisión de medicamentos ambulatorios fue prestado por "la industria" de modo satisfactorio. Las quejas registradas fueron sólo 204, de las cuales 112 estaban relacionadas con la provisión de elementos oncológicos, es decir con los medicamentos específicos, restringidos y de alto precio.

#### 6. Organos auxiliares para la ejecución y control del contrato

En el marco del convenio con "la industria" se creó un comité arbitral integrado por ambas partes, a cuya decisión debían someterse todas las cuestiones técnico-operativas derivadas de la interpretación y/o aplicación del contrato, previamente a la interposición de cualquier acción judicial. También se le asignaron facultades para laudar y resolver sobre todas las cuestiones relativas al funcionamiento del servicio y propuestas de adecuación del contrato. Este comité fue posteriormente sustituido por una comisión de solución de controversias con distinta composición de funcionarios, un trámite más ágil, pero con funciones similares.

También se creó una comisión de seguimiento integrada por ambas partes, con la finalidad de evaluar el funcionamiento del sistema y proponer y/o sugerir alternativas para la mejor efectividad del servicio.

Solicitadas al Instituto por intermedio del Área Intervención y la Gerencia de Prestaciones Médicas,

la remisión de los libros o actas de las comisiones indicadas precedentemente, no se obtuvo respuesta.

No obstante se observaron en expedientes de pago memorandos firmados por funcionarios del Área Presidencia del Instituto, que certificaban la reunión del Comité Arbitral a efectos de acordar y establecer los débitos a practicar a "la industria". A partir de enero de 2000 se agregan a estos expedientes copia de las actas en las que se observa que participa la Comisión Interventora Normalizadora del ente con igual propósito. Lo expuesto indica que la actividad de este comité se limitó a dicho cometido.

Sólo se pudo acceder a algunos informes y actas de las comisiones de Seguimiento y de Solución de Controversias suministrados por uno de sus integrantes. En uno de estos informes se refiere que la primera de estas comisiones habría comenzado a operar recién en marzo de 2001.

Se observó en el funcionamiento de todas estas comisiones, la ausencia de recaudos mínimos de formalidad, libros de actas o actas numeradas y protocolizadas. La Comisión de Seguimiento recién comenzó a numerar sus actas a mitad del año 2001. El Comité Arbitral y la Comisión de Resolución de Controversias nunca lo hicieron.

El Instituto no tenía un área o dependencia central en su estructura orgánica, con la responsabilidad asignada de organizar, normar o proponer normas, administrar y archivar los actos de creación, funcionamiento y cese de estos órganos auxiliares y llevar los libros o actas que documenten su gestión, no obstante que bajo distintas denominaciones, cometidos y formas, se observó en ésta y otras prestaciones del Instituto como usual, la existencia de comisiones similares.

La situación expuesta precedentemente resta certeza a la integridad de la documentación analizada sobre la gestión de estos órganos auxiliares, impidiendo conocer el alcance y resultados de la labor realizada.

#### 7. Incorporación y exclusión de medicamentos

El contrato con "la industria" no previó ningún mecanismo formal de altas o bajas de medicamentos ni modificación de las bandas de descuento a los afiliados, por incorporación de productos de nueva generación, cierre de laboratorios, modificaciones de costos, contraindicaciones, cambios en las formas presentación, entre otras diversas causas, conforme a las variaciones normales de la comercialización en el mercado o las necesidades del Instituto. Debido a ello y sin acuerdo formal del Instituto "la industria" era quien disponía las altas y bajas de medicamentos según criterios propios.

Esta situación cobró relevancia debido a la importancia económica del contrato (\$ 330.000.000 anuales), la duración del mismo (5 años), lapso en

el que era previsible que hubiera cambios, y la responsabilidad que en definitiva le cabe al Instituto en la salud de la población que atiende.

Recién a fines del año 2000 se observó actividad en este sentido por parte de los representantes del Instituto en la Comisión de Seguimiento tendiente a monitorear este proceso y solicitar correcciones en el padrón de medicamentos. Por ejemplo el fármaco Mestimon para el tratamiento de la *miastenia gravis*, requerido por los beneficiarios e inclusive por el Defensor del Pueblo, fue retirado de la cobertura por "la industria", pero luego reingresado a instancias de dicha comisión.

Cabe acotar que se obtuvieron antecedentes que indican que el prestador comunicó al Instituto en distintas oportunidades estos movimientos (26-11-97; 9-10-97; 19-12-97 y 31-3-98), no habiéndose obtenido evidencias de que las áreas operativas competentes por lo menos evaluaran y opinaran sobre las altas y bajas de medicamentos. El Instituto informó al respecto la inexistencia de actos resolutivos de esta naturaleza.

Cabe señalar que la cláusula decimotercera del contrato obligaba a "la industria" a incorporar las equiparaciones y altas pendientes de productos y prestaciones que el Instituto no pudo realizar hasta la fecha de firma del convenio por problemas presupuestarios, tendiendo a que éste pueda brindar a sus beneficiarios un servicio integral de prestación farmacéutica con mayor cobertura y accesibilidad.

El cumplimiento de esta obligación requería necesariamente de altas y modificación de bandas terapéuticas en el padrón de medicamentos PAMI. Sin embargo ello no eximía al instituto de intervenir y autorizar los cambios, toda vez que estaba a su cargo constatar que se cumpliera con los objetivos previstos.

Resulta ilustrativo de la situación lo informado por el Departamento Medicamentos, cuando señala que algunas altas le fueron comunicadas desde el área gerencial, pero carecían de información sobre cuál era la metodología por la que se dieron las altas, bajas y cambio de cobertura, y tomaban conocimiento de algunas bajas ante los pedidos de compra de estos medicamentos por vía de excepción.

#### 8. Altas y bajas de medicamentos oncológicos

La industria dio de baja medicamentos oncológicos retirados de la venta en el país por el laboratorio (por ejemplo el fármaco Natulan), pero también retiró, otros por cambio de concentración de la droga, como es el caso del Aminomux (pamidronato) 30 mg y 90 mg. Estas últimas exclusiones se apartan de una interpretación razonable de los términos del contrato por parte de "la industria".

#### 9. Listados de expendio farmacéutico

Vinculado a la falta de control de altas y bajas de medicamentos, tampoco hubo un seguimiento sis-

temático y periódico del instituto sobre la actualización de los listados farmacéuticos Kairos y Manual Farmacéutico PAMI.

De una nota de “la industria” dirigida a la empresa editora de estos manuales se desprende que la primera les solicita registrar en el padrón de medicamentos PAMI la baja de 1.192 medicamentos y 544 altas, producidas durante el período enero de 1998 a marzo de 2001.

La demora en la actualización de estos listados de expendio al público, puede ocasionar en las bajas de medicamentos inconvenientes de cobro entre la farmacia y la industria, pero en las altas puede impedir el acceso del afiliado a descuentos en los nuevos fármacos o a mayores descuentos.

#### 10. Cobertura del instituto en medicamentos

El listado de medicamentos del vademécum PAMI cubre aproximadamente entre el 40 y el 50% de los fármacos de plaza.

De su análisis cualitativo se observa que contempla una adecuada cantidad de medicamentos, suficientes para cubrir las distintas patologías.

Fuera del vademécum, hoy existen en el mercado farmacéutico nuevos medicamentos de última generación pero de costo superior. Su inclusión justificaría un estudio previo de su incidencia económica.

Asimismo, las drogas que resulta necesario adquirir fuera del vademécum PAMI para los afiliados con carencias socioeconómicas, son adquiridas por el instituto por vía de excepción, como más abajo se señala.

Se observó en el suministro de medicamentos ambulatorios en farmacias de la red, algunos casos de falta de suficiente suministro de medicamentos los últimos días del mes.

También se observaron algunos rechazos de entrega de elementos oncológicos debido al estricto control de las formalidades que deben verificar las recetas por parte de la industria y a criterios no uniformes entre el instituto y la prestadora en materia de protocolos oncológicos, aspectos éstos que motivaron quejas de afiliados.

#### 11. Bandas de descuento en medicamentos

El vademécum PAMI contempla bandas de descuento para los afiliados del 30%, 50%, 80% y 100%, sobre el precio de lista, descuentos preexistentes al acuerdo con “la industria”.

No fue posible obtener del instituto normas que establezcan criterios para la fijación de estas bandas de descuento. Solicitadas las mismas la obra social informó no poseerlas, pero el Departamento Medicamentos indicó que dichos descuentos están fijados en base a criterios de cronicidad de la patología y riesgo de vida. El convenio con la industria tampoco estableció pautas en este sentido.

Ante ello se analizaron 126 específicos del vademécum PAMI, de probada acción terapéutica, de prescripción habitual por parte de los profesionales y de conocimiento usual por la población del instituto, corroborando que los descuentos respondían a los criterios indicados. Vale decir que en la medida que la patología requiera un consumo permanente (cardiopatías/diabetes) la banda de cobertura es mayor, en algunos casos cubriendo el 100% del costo. Ejemplos de ello son: insulina (100%), diuréticos (Hygroton) 80%, betabloqueantes (Atenolor) 80%.

También se observó que dentro de un mismo grupo de fármacos, variaba el porcentaje de descuento, estimándose que ello obedeció a cuestiones comerciales de cada laboratorio (por ejemplo antidiabéticos orales: Glucobay: presentación de 20 comprimidos 30%, para el envase de 100 comprimidos el 80% y el Diabinese –similar fármaco– con el 50%).

Asimismo se apreció como baja la banda de descuento (30%) de vasoactivos de uso frecuente y prolongado en las personas de edad avanzada, como el caso del Lofton y el Polper vascular.

#### 12. Cobertura territorial

La cobertura territorial nacional provista por la industria mediante farmacias adheridas a la red fue amplia. Sólo se detectó ausencia de farmacias con servicio PAMI en 1998, en las ciudades de Paso de los Libres y Valle Fértil, provincias de Corrientes y San Juan, respectivamente.

#### 13. Recetas

El sistema carecía de normas y manuales de procedimientos reguladores de la compra, administración, guarda y entrega de recetas a los establecimientos y profesionales facultados a prescribir. Lo expuesto generó:

- Falta de adecuación de los pedidos de impresión de recetas a las necesidades reales de la demanda y variaciones de los padrones de afiliados, provocando el sobre *stock* en sucursales (por ejemplo sucursales VI, XXI y XXIV).

- Implementación de circuitos y criterios de administración de recetas no homogéneos en sucursales y agencias.

- Ausencia de asignación de responsabilidades internas por la administración y entrega de estos elementos.

En materia de presentación de recetas la resolución 2.143/86 INSSJP “Normas de uso del recetario correspondientes al sistema de control de facturación de servicios farmacéuticos”, regula la estructura de las mismas, su llenado por el médico y, principalmente, las formalidades que deben observar las farmacias en el control de las recetas presentadas y la facturación posterior para el cobro del porcentaje a cargo de la obra social.

Estas normas, creadas cuando el instituto administraba la distribución y dispensación de los fármacos, no se adecuaron a partir del nuevo esquema contractual implementado con “la industria” y a los medios de procesamiento de la información y comunicación hoy existentes.

#### 14. Sistema de entrega de medicamentos propio del instituto

El convenio con “la industria” tuvo como uno de sus objetivos la eliminación de los bancos de drogas del instituto y que sea la industria quien provea el servicio en todo el país (acta de directorio 5 de fecha 15/4/97), a cuyo fin se incorporó la totalidad de las drogas que en ese momento otorgaba la obra social, inclusive aquellas que ésta adquiría por compra directa al margen de los contratos anteriores.

Este objetivo de racionalización del gasto no se concretó, persistiendo tanto en el nivel central como en las sucursales y agencias una importante estructura propia mediante la cual se gestiona el suministro de todos aquellos fármacos que por diversos motivos no están incluidos en el convenio o bien no fueron proporcionados por los canales habituales. Dentro de estos medicamentos se encuentra los siguientes:

Medicamentos sin cargo (resolución 6/97). Se proporcionan bajo las siguientes dos modalidades:

– Emergencia médica. Contempla medicamentos con descuento PAMI que reúnen requisitos de urgencia (para resolver cuadro viral de urgente solución médica) y los requeridos por orden judicial. A este fin las sucursales cuentan con un fondo de emergencia.

– Por continuidad terapéutica. Son medicamentos con descuento PAMI 50%, 80%, etcétera, que no reúnen requisitos de urgencia y son destinados a los afiliados que deben recibir tratamientos prolongados o se encuentran bajo internación domiciliaria.

Medicamentos por vía de excepción. Se trata de una alternativa institucionalizada por la obra social, mediante la cual entrega sin cargo a afiliados de bajos recursos económicos, medicamentos con descuento PAMI del 30% no urgentes, medicamentos ambulatorios comunes y oncológicos no contemplados en el convenio con la industria, material descartable y alimentación enteral, y otros no contemplados en los regímenes ordinarios.

Los medicamentos con descuento PAMI del 30% no urgentes, que el régimen de medicamentos sin cargo (circular 6/97) excluye expresamente, el instituto los otorga gratis por esta vía de excepción en cantidades significativas, situación observada por la gerencia de auditoría interna en las sucursales de Mar del Plata y Junín.

Este tipo de trámite se realiza mediante un circuito complejo y dilatado que parte de la evaluación de la necesidad médica y socioeconómica del bene-

ficiario, continúa con un trámite de compra global de los medicamentos y culmina con la entrega del medicamento al beneficiario, en un lapso de uno a dos meses y genera *stock* de medicamentos en espera de su retiro por los afiliados.

Medicamentos con entrega por banco de drogas. Son medicamentos con cobertura 100% que la obra social compra directamente o recibe de “la industria”. Dentro de estos fármacos se encuentran los siguientes que por su importancia merecen un tratamiento especial:

a) Acetato de leuprolide (marca comercial: Lupron Depot). Se trata de un medicamento para tratamientos oncológicos de alto costo contemplado en el convenio con “la industria” (3,75 kit x 1 \$ 586 y 7,5 kit x 1 \$ 759).

La prestadora al principio no lo incorporó al circuito ordinario a su cargo hasta agosto de 1998, corriendo el instituto con la administración, auditoría y control de gestión de la provisión, distribución y dispensación de esta droga, a través de compras directas y su guarda y distribución posterior por intermedio de sus sucursales y agencias, con posterior débito a la industria del precio del producto.

Hasta ese mes, el costo de la operatoria (infraestructura y recursos humanos) era pagado dos veces por el instituto, una mediante el convenio con “la industria” y otra con el costo de mantenimiento de todo el circuito administrativo a cargo del instituto. Luego que este último comenzó a recibir de “la industria” la droga mantuvo la guarda, dispensación y control de la misma. Por su alto costo este medicamento requiere de bancos de drogas con extremas medidas de seguridad para su guarda y un estricto control de su compra, dispensación y movimientos de *stock*.

Con este esquema el instituto fue objeto de sustracciones de esta droga (sucursal Mar del Plata - 30 kits) y defraudaciones en entregas por parte de sus propios agentes (sucursal Lanús - 558 kits a un costo estimado de \$ 423.349). Por el primero de los hechos la Gerencia de Auditoría Interna señaló la existencia de una causa penal, por el segundo aconsejó realizar la denuncia respectiva. Su control además necesita la realización de auditorías específicas en el interior del país por dicha gerencia del nivel central;

b) Eritropoyetina. Esta droga, incluida en el convenio con “la industria”, se utiliza principalmente en el tratamiento permanente sustitutivo de la función renal, para mantener la calidad de vida del paciente. Con un costo de \$ 39 a \$ 65 por ampolla, la dosis recomendada es de 3 aplicaciones por semana y se suministra al paciente con hematocrito igual o menor que 30%, con la finalidad de mantenerlo en un rango del 33 al 36%.

A raíz de un déficit en el suministro por parte de “la industria” la Gerencia de Prestaciones Médicas

emitió la disposición 122 del 20/2/01, mediante la cual reconoce un déficit en la provisión y para suplirlo, autoriza a las sucursales a evaluar reclamos por parte de beneficiarios y centros de diálisis.

“La industria” por su parte implementó un circuito administrativo y una auditoría médica propia para su provisión. De acuerdo a su criterio puede apartarse de la terapéutica prescrita por el nefrólogo, limitando o denegando la entrega de la droga.

Esto origina reclamos por parte de los establecimientos de diálisis y afiliados y la correlativa formación de expedientes en sucursales para su provisión, con el correlativo dispendio administrativo para el instituto.

Ante esta situación el organismo instauró mecanismos para posibilitar la compra de eritropoyetina por parte de las sucursales y su posterior entrega a los establecimientos de diálisis, pero sin revisar los criterios de entrega aplicados por “la industria” a efectos de exigirle que satisfaga adecuadamente los pedidos.

En el ámbito de la Comisión de Seguimiento se planteó la existencia de un déficit aproximado del 45% en las entregas por parte de “la industria”, según lo informado por un representante del instituto en dicha comisión, pero sin indicar los parámetros sobre los cuales se arribó a dicho porcentaje. La prestadora por su parte sostuvo que el nivel-histórico de consumo del instituto era de 22.000 ampollas mensuales, actualmente entregan aproximadamente 30.000, pero que los centros nefrológicos solicitan 55.000.

Al cierre de las tareas de campo no había una solución a estos problemas, que originaron que el instituto asumiera responsabilidades y costos que de acuerdo a los términos del contrato estaban a cargo de “la industria”.

### 15. Aspectos financieros y contractuales

15.1. No fue posible obtener estudios de costos que, sobre la base de indicadores históricos de consumo de medicamentos y sus valores de plaza, justifiquen técnicamente la conveniencia económica de haber celebrado el contrato con “la industria”.

El acta de directorio 5 de fecha 15/4/97 que aprobó el contrato, señala que el convenio tuvo entre sus objetivos reducir el gasto en medicamentos de 32 a 27,5 millones de pesos y poner a cargo de “la industria” un gasto estimado de \$ 1.300.000 en recetas y sistemas informáticos. En los anexos respectivos no obraban los estudios económicos respaldatorios de estas estimaciones.

De todas formas es dable reconocer que hubo un importante ahorro en la administración y control de todo el sistema de movimiento interno de recetas, el procesamiento y mantenimiento de los sistemas informáticos de las mismas, así como la relación contractual y administrativa con las farmacias, toda vez que esta operatoria pasó a manos de “la industria”.

Se procedió a analizar la evolución del gasto del instituto en medicamentos utilizando las variables básicas del trienio 1998/2000, comparándola con el gasto histórico del año 1995, por no contar con datos suficientes de los años 1996/97:

	1995	1998	1999	2000
Costo del convenio con “la industria”		\$ 330.000.000	\$ 330.000.000	\$ 309.250.000
Sistema de medicamentos propio del instituto		\$ 24.271.164	\$ 33.470.852	\$ 32.819.710
Gasto total del instituto en medicamentos ambulatorios	\$ 433.981.265,51	\$ 354.271.164	\$ 363.470.852	\$ 342.069.710
Población anual promedio estimada	3.993.263	3.507.719	3.403.233	3.351.320
Gasto promedio anual por afiliado	\$ 108,68	\$ 101,00	\$ 106,80	\$ 102,07

Teniendo en cuenta el contexto general observado surgen las siguientes consideraciones:

– El costo del convenio con “la industria” se mantuvo constante, pero podría haber decrecido de haberse considerado la disminución del padrón. A este respecto cabe destacar que el contrato (a precio fijo y por 5 años) no previó un mecanismo que con una periodicidad razonable ajustase automáticamente el monto del convenio de acuerdo a la variación del padrón de beneficiarios. Consecuentemente, hasta el ajuste de precio acordado en el año 2000, la baja de la población PAMI provocó un desequilibrio económico constante para la obra social y un beneficio adicional para “la industria”.

– El gasto promedio anual por afiliado comparado con el gasto histórico del año 1995 disminuyó en un 10% aproximadamente a partir del convenio con “la industria”, en cuya vigencia volvió a elevarse en virtud que el gasto en medicamentos del circuito propio del ente que aumentó pese a la baja poblacional, decreciendo a partir de la renegociación del precio en el año 2000.

15.2. Del análisis de la cuenta de “la industria” y los expedientes de pago se desprende que los débitos determinados numéricamente en el ámbito del comité arbitral tenían el carácter de preventivos. Estas afectaciones bajo la modalidad indicada facilitaban la operatoria mensual de pago, pero su trata-

miento conceptual y definitivo quedaba postergado. Cabe señalar que los expedientes de pago no contenían los informes técnico contables en base a los cuales se practicaban tales débitos preventivos, sino sólo una copia de la certificación textual o copia del acta del comité. Pedidos estos informes no fueron enviados por el instituto.

A lo largo del convenio la indefinición sobre estos débitos preventivos persistió y para el año 2001 la cifra superaba la suma de \$ 50.000.000. Se observó al respecto que recién a partir de la creación de la Comisión de Solución de Controversias en el año 2000 el Instituto y “la industria” asumieron un rol activo tendiente a conciliar las cifras.

15.3. Se observó la existencia de un conflicto generado entre el instituto y “la industria” por el costo de la guarda posterior de las recetas y el tiempo de conservación de las mismas. Esta última pretende que el mismo se encuentra a cargo del instituto y sostiene que la conservación debe ser por 2 años. Este gasto ascendía al 19-10-00, según la “la industria”, a la suma de \$ 150.584,50. En el ámbito de la Comisión de Seguimiento se ha interpretado que dicho aspecto se encuentra fuera de las previsiones contractuales.

Cabe señalar en este sentido que el convenio contempla en su anexo IV dentro del detalle de las inversiones previstas a cargo de “la industria”, el “Transporte y archivo de recetas”, lo que habilita a considerar esta erogación a cargo de dicha prestadora.

En cambio no está previsto el tiempo de conservación de las recetas. A este respecto cabe señalar que anteriormente el instituto incineraba las mismas a los 18 meses, sin embargo parece más apropiado el plazo sugerido por “la industria”, coincidente con el plazo de prescripción de las acciones de terceros por responsabilidad civil.

15.4. El contrato con “la industria” no previó sanciones, compensaciones pecuniarias u otros efectos por incumplimientos o desvíos en la ejecución contractual.

#### *Descargo del organismo*

Mediante nota 1.315/02 DD/USA el instituto envió como descargo del proyecto de informe que le fuera remitido, lo informado por el Departamento Medicamentos y la Gerencia de Prestaciones Médicas. Cabe aclarar que no se recibieron antecedentes respaldatorios de la respuesta del ente.

Sobre la base de la opinión de la Gerencia de Prestaciones Médicas por ser ésta el área responsable de mayor jerarquía, se realizó el análisis de lo informado por el organismo en los siguientes términos:

*Descargo (Limitación al alcance.):* No consta en los registros y archivos de la Gerencia de Presta-

ciones Médicas el cumplimiento del plan de inversión convenido.

*Descargo (Obs. Punto 1.):* Si bien es cierto que implementar un sistema de padrones de profesionales prescriptores sería un modelo de máxima a implementar, al ser éste móvil y sumamente variable no agregaría confiabilidad al sistema, pudiendo ser motivo de mayores conflictos. Esta aseveración tiene aún mayor validez si hablamos de pacientes internados en II nivel, ya que el patrón de modificación de los mismos es diario.

*Descargo (Obs. Punto 2.):* Actualmente se está trabajando activamente en este sentido, con personal capacitado, con el fin de lograr una estadística semanal que permita un seguimiento estricto del actual convenio.

*Descargo (Obs. Punto 6.):* Las áreas propias de la Gerencia de Prestaciones Médicas como el Departamento de Medicamentos, el Consejo Asesor Científico y Docente, Supervisión de Farmacias, a través de las Unidades de Gestión Local (antes las sucursales), así como también las Gerencias de Fiscalización y Control Prestacional, han reactivado sus acciones en este sentido.

*Descargo (Obs. Puntos. 8 y 10):* A este respecto, la gerencia implementó, desde la vigencia del nuevo convenio con “la industria”, un registro de reclamos e incumplimientos para las UGL, se ha designado un profesional médico del Departamento Medicamentos que, en forma diaria, efectúa el seguimiento de estos reclamos en el Centro de Autorizaciones con el fin de minimizar los conflictos. Los protocolos correspondientes fueron entregados oportunamente al Centro de Autorizaciones, y se trabaja activamente por sobre su cumplimiento.

*Descargo (Obs. Punto 11.):* En la actualidad la banda del 30 % de descuento no genera un gasto adicional al Instituto, no obstante se realiza un seguimiento permanente de las conclusiones y exclusiones que deben ser aprobadas por parte de “la industria”, con control activo del suministro de los mismos.

*Descargo (Obs. Punto 15.2.):* Se ha conformado la comisión de deuda que será la encargada de tratar estos temas.

*Descargo (Obs. Punto 15.4.):* Si bien en el contrato vigente a la fecha dicho sistema no se halla contemplado, la gerencia ha producido una serie de normativas tendientes a la implementaron del mismo con la oportuna intervención de la Gerencia de Asuntos Jurídicos.

Analizados estos descargos por la AGN, ésta decidió que en general corresponde entender que los mismos tienden a confirmar la existencia de las situaciones oportunamente observadas.

Según lo revisado se destacan en estas actuaciones las siguientes observaciones:

– Inexistencia de análisis de costos previos para determinar el valor del módulo prestacional contratado y su posterior modificación.

– No se conformaron las comisiones establecidas por resolución 21/01 INSSJyP que debían encargarse del control de calidad de los servicios prestados por los establecimientos adheridos a las redes de efectores.

– No se conformó el comité arbitral previsto en el contrato de diálisis con la finalidad de laudar y resolver las cuestiones relativas al funcionamiento del servicio y cualquier otra originada en la interpretación y/o aplicación de las cláusulas del contrato.

– Escaso grado de comunicación existente entre el nivel central y las sucursales. Estas no eran informadas regularmente de las auditorías realizadas en las respectivas jurisdicciones por Prestaciones Médicas o Control Prestacional de Nivel Central, carecían de un sistema de control organizado para el seguimiento de las prestaciones de los efectores locales y de médicos especializados en nefrología.

– En los contratos celebrados con las prestadoras no fueron incorporadas normas de control de calidad del servicio.

– El instituto no utilizaba la evidencia médica y de costos lograda por el servicio de hemodiálisis que presta su policlínico PAMI II, proveniente de la atención a un grupo etario que representa la media de su población, desaprovechando así la ventaja de contar con un marco de referencia propio.

– La obligación de las prestadoras de mantener un sistema de auditoría externa de los efectores, no fue objeto de seguimiento por parte del instituto, ni fue previsto que el prestador comunicara al instituto el plan, ni los resultados de las auditorías, que estaba obligado a realizar de acuerdo al Contrato.

– En el período 1998/2000, un alto porcentaje (79,80 %) de los establecimientos evaluados por la Subgerencia de Control Prestacional no acreditaban los requisitos exigidos por la ley de diálisis y su decreto reglamentario. El 76 % de los establecimientos fueron calificados como regulares y malos.

– Las auditorías de la Subgerencia de Control Prestacional sólo evaluaban el cumplimiento de los requisitos de planta física y recursos humanos, sin expedirse sobre el proceso y resultado.

– La información estadística prevista en el contrato no era suficiente para que el instituto pudiera elaborar tasas de uso o datos estadísticos biomédicos relacionados con el servicio brindado, referente a regiones, edad, patologías prevalentes, intercurrencias, internaciones, tasas de mortalidad y las correlativas causas de egreso.

– La industria de medicamentos modificaba unilateralmente la terapéutica indicada por el médico nefrólogo, limitando o denegando la entrega de eritropoyetina. Como consecuencia de ello se veri-

ficó déficit de provisión de esta droga, lo que originó reclamos de los establecimientos de diálisis y afiliados con la correlativa formación de expedientes en sucursales para su provisión, con dispendio administrativo para el instituto. Ante esta situación el instituto instauró mecanismos para posibilitar la compra de eritropoyetina por parte de las sucursales, pero sin revisar el sistema aplicado por la industria a efectos de exigirle que satisfaga adecuadamente las entregas.

– El instituto no contaba con un padrón propio de dializados que pueda compararse con el que el prestador remite para el cobro.

*Expediente OVD 438/02 - Resolución AGN 176/02*

Por estas actuaciones la AGN informa sobre la auditoría de gestión de las prestaciones médicas de I, II y III nivel de Rosario brindadas durante el período 12-3-97 al 31-07-01, que realizara en el marco del convenio de fecha 18 de agosto de 1999 celebrado entre el Instituto y la Auditoría General de la Nación.

La tarea realizada arrojó los siguientes comentarios y observaciones.

#### *1. Gestión de la sucursal IX. Departamento de Prestaciones Médicas*

##### *1.1. Area de Auditoría Médica*

Esta área contaba con 1 médico jefe, 7 médicos auditores y 4 administrativos. Durante el período analizado desarrolló el control prestacional de los niveles II y III, señalando el área como limitaciones del sistema para su labor las siguientes:

– La sucursal no recibía información estadística de las UGP, herramienta necesaria para la detección de áreas con subprestación.

– Las UGP no respondían a las exigencias o pedidos de explicaciones formulados desde la sucursal ante problemas locales concretos, solucionando los diferendos directamente con el nivel central del instituto.

– Reticencia de los prestadores a ser controlados, como modo de protesta por el atraso de la obra social en el pago de las prestaciones.

– No se recibían los informes de auditorías realizadas por la Subgerencia de Control Prestacional.

La labor de control del sector no se realizaba en el marco de un plan de auditoría, sino generalmente con motivo de denuncias, quejas de afiliados o como consecuencia de tramitaciones internas surgidas a partir de quejas recibidas mediante el servicio de PAMI Escucha y Responde.

En las auditorías realizadas por dicho sector durante el período bajo análisis, a los efectores de II y III nivel de las redes de Prestadores de Salud Rosario ACE y Unidad Prestacional Santa Fe Sur ACE, se observaron con mayor frecuencia los siguientes problemas:



– Negativa sistemática de Prestadores de Salud Rosario ACE a atender a los afiliados del instituto en tránsito. La prestadora argumentaba en estos casos la ausencia de cama disponible.

– Importante número de afiliados atendidos en hospitales públicos de gestión descentralizada. En los meses de marzo a mayo de 2001 se internaron 99 afiliados. Estas internaciones incrementan el pasivo del Instituto y crean conflictos con las prestadoras por los débitos posteriores, con el riesgo que el recupero no pueda concretarse por disolución de la UTE o ACE luego de vencidos los contratos con el organismo.

Esta última situación fue advertida por la Gerencia de Auditoría Interna en su informe 5.888/01.

– Limitaciones al derecho del beneficiario a la libre elección del prestador, como consecuencia que las prestadoras imponen a los médicos de cabecera la derivación de pacientes al II nivel a sanatorios determinados. Cuando estos establecimientos eran sustituidos, pacientes que luego de meses de espera y estudios se encontraban en condiciones de ser tratados, debían dirigirse a otra institución.

Importantes retrasos en operaciones de cataratas más colocación de lente intraocular. El área indicó la existencia de listas de espera de 150 afiliados con turnos a 10 meses.

En las localidades del interior atendidas por Unidad Prestacional Santa Fe Sur ACE era práctica generalizada el cobro de plus por los I y II nivel (Capitán Bermúdez, Cañada de Gómez, Carcarañá, Las Rosas).

Cobro del costo de anestias a los afiliados.

### 1.2. Epidemiología y Prevención

*El Área de Epidemiología y Prevención de la sucursal IX tuvo en el período analizado una actividad constante.*

### 2. Control de la Subgerencia de Control Prestacional.

La Subgerencia de Control Prestacional de la Gerencia de Prestaciones Médicas tiene bajo su responsabilidad ejercer el control prestacional del instituto sobre los prestadores de todo el país, mediante equipos de auditores del nivel central, pudiendo realizar auditorías tanto en la sede de prestadores principales (gerenciadoras y UGP) como en los establecimientos y efectores que forman parte del sistema.

En el ámbito de la sucursal IX dicha subgerencia centró su actividad en los efectores del II y III nivel de la red, realizando 52 auditorías en el trienio 1998/2000. Estos informes calificaron al 30 % de los establecimientos como buenos, y como regulares o malos al resto.

### 3. Centros coordinadores

Estos centros son oficinas de atención al público del instituto en los establecimientos sanatoriales

más importantes, dependientes de la máxima autoridad de la sucursal y reportan sus actividades a la Gerencia de Regionalización del Nivel Central, que consolida la información generada en todo el país. Cumplen principalmente un rol informativo y socio asistencial de los afiliados atendidos en los establecimientos, aunque también realizan actividades de control prestacional.

Por su ubicación estratégica se encuentran en condiciones de monitorear en forma directa, permanente y en tiempo real, la atención médica de los principales efectores desde sus establecimientos.

El instituto previó contar con cinco centros coordinadores en el ámbito de la sucursal IX. De estos fueron implementados dos, en el Sanatorio de la Mujer (Rosario) y Sanatorio Primordial (Casilda).

Los informes producidos por estos centros muestran una diversidad de temas, por ejemplo relevamiento de estructura prestacional, estudios sobre traslados, gestión de laboratorios, cobertura zonal de farmacias, propuestas de flujograma para documentar el cobro de plus, entre otros trabajos.

### 4. Unidad Prestacional Policlínicos Rosario Integrados (UPPRI)

Los policlínicos propios PAMI I y II anteriormente dependientes de la sucursal IX, a partir del 14/10/98 pasaron a conformar una unidad presupuestaria y funcional independiente, creándose una nueva estructura de dirección y administración, bajo la denominación Unidad Prestacional Policlínicos Rosario Integrados (UPPRI). Se le asignó un presupuesto por sistema capitado (\$ 41 por cápita) para cubrir las prestaciones de I, II y III nivel de atención médica.

La dirección y administración de la UPPRI era ejercida por un comité de administración con un director general, del cual dependían los directores de los policlínicos y la administración general.

La UPPRI centralizaba la administración, suministros y recursos humanos de ambos policlínicos. No obstante, las direcciones de los establecimientos que integraban también la conducción de la unidad, tenían un margen importante para la toma de decisiones en aspectos organizacionales y asistenciales en sus establecimientos.

Del análisis de la gestión de esta unidad prestacional se observó:

#### a) Aspectos operativos y de control

Por carencia de equipamiento los policlínicos PAMI I y II de la UPPRI no brindaban la totalidad de las prestaciones de los niveles II y III, encontrándose éstas cubiertas por un sistema de capitación contratado con el Sanatorio Plaza, por una suma fija de \$ 452.400 mensuales (equivalentes a \$ 5 por afiliado aproximadamente). Las prestaciones tercerizadas eran las siguientes: tomografía

axial computada, resonancia magnética, medicina nuclear, eco Doppler, ecografías transvaginal y transrectal, estudios neurológicos (potenciales evocados funciones laberínticas), plaquetoféresis, terapia radiante, hemodinamia, angioplastia, cirugía vascular central, neurocirugía, litotricia, braquiterapia, artroscopia, LIO, vitrectomía, fotocoagulación con láser, parto, neonatología, pediatría, tratamiento de quemados, cirugía torácica, cabeza y cuello, arteriografía, anestesia, ORL, oftalmología.

Asimismo, para casos de exceso de demanda de internación quirúrgica, la UPPRI tenía un convenio con los sanatorios Güemes y Laprida, por el sistema de Módulo Costo Egreso, a un valor de \$700 por afiliado atendido. Al prorrogarse este convenio para el período del 1°/10/00 hasta el 30/9/01 se renegotió un costo de egreso de \$ 600.

La evolución del padrón de afiliados de la UPPRI (según datos del nivel central para la liquidación de las cásitas a la UPPRI) mostraba en el período 1998/2000 un crecimiento constante, en un contexto decreciente del padrón general del instituto.

(Ene./Jun.) 1998	Dic. 1998	May. 1999	Jun. 1999	Nov. 2000
63.000	75.000	76.000	86.000	84.000

Cabe señalar que estos datos diferían de la información proporcionada por la propia UPPRI, que para julio/98 informó 85.000 cásitas y para enero/99 91.000 cásitas.

Independientemente de la diferencia apuntada, el crecimiento del padrón de la UPPRI le significó al instituto un mayor gasto derivado del traspaso de los afiliados atendidos por el sector privado al propio, debido al mayor valor cásita en este último ámbito.

– La resolución 268/98 INSSJP implementó un Comité de Control de Gestión, compuesto por los gremios UPCN, ATE y UTI que operan en el instituto. No fue posible obtener evidencia documentada de que este comité haya realizado un control de la gestión de la UPPRI.

–El instituto no capitalizó de la UPPRI la vasta experiencia recogida en sus policlínicos PAMI I y II, únicos en el país y de alta especialización en la atención médica y de enfermería de personas de edad avanzada, como un centro de referencia propio para la determinación de costos de los tratamientos de las patologías prevalentes de la tercera edad, la confección de indicadores epidemiológicos y tasas sanitarias, diseño de protocolos y manuales médicos propios a utilizar por los efectores contratados, la evaluación del comportamiento de la población y los profesionales con vademécum especiales y recetas por genéricos, entre otras posibilidades.

Teniendo en cuenta lo expresado, el mayor valor de \$ 41 por cásita pagado por el instituto para la atención de los 84.000 afiliados asignados a la UPPRI, frente a los \$ 22,25 que pagaba a los efectores privados por niveles de atención similares (excluido hemodiálisis), no redundó en un beneficio adicional para mejorar las políticas o estrategias de salud del instituto.

– La implementación de la UPPRI en el mismo ámbito territorial que la sucursal IX, a excepción de su estructura prestacional propiamente dicha, derivó en la de nuevos sectores con funciones idénticas a las ya existentes en la sucursal (personal, auditoría médica, contabilidad, personal, estadística, social), verificándose en consecuencia duplicidad de funciones entre los dos ámbitos, con el correlativo mayor gasto en estructura y recursos humanos.

#### b) Aspectos financieros

##### – Composición del Activo

Año	Total \$	Caja y bancos \$	Cuentas por cobrar \$	Bienes de consumo \$	Bienes de uso \$
1998	1.505.387,86	1.057.284,33	–	448.103,53	–
1999	1.972.825,78	586.996,32	772.916,69	372.331,61	240.481,16
2000	4.019.836,03	1.664.199,54	952.764,97	828.639,26	574.232,26

##### – Composición del Pasivo

Año	Total \$	Cuentas por pagar \$	Otras cuentas por pagar \$
1998 <sup>(1)</sup>	1.234.677,89	190.910,23	943.767,66
1999	5.918.275,07	5.168.373,29	749.901,78
2000	8.432.987,94	7.066.707,43	1.366.280,51

<sup>(1)</sup> Período 15-10 al 31-12-98.

Se observa de la comparación de los cuadros precedentes que el incremento del pasivo no acompañó al crecimiento del activo.

Cabe señalar en este sentido que en 1999 la UPPRI registraba un atraso en los pagos de 90 días, el cual se incrementó en el año 2000 a 150 días. A su vez, las transferencias del nivel central a la UPPRI

en 1999 estaban retrasadas en 60 días y en noviembre de 2000 en 90 días.

– El gasto por cápita de la UPPRI superó el valor de las cápitas liquidadas por el nivel central, generando un aumento de su pasivo. El siguiente cuadro refleja lo indicado sobre la base del análisis de distintos meses del período octubre/98 a noviembre/00.

Mes	Total Cápitas UPPRI	Valor cápita \$	Erogación promedio por cápita	Diferencia
Oct. 98	74.158	20,50	29,10	8,60
Dic. 98	75.377	41,00	54,40	13,40
Feb. 99	76.228	41,00	46,46	5,46
Abr. 99	75.875	41,00	47,08	6,08
Jun. 99	86.020	41,00	41,85	0,85
Ago. 99	87.581	41,00	41,31	0,31
Oct. 99	87.118	41,00	43,44	2,44
Dic. 99	86.820	41,00	40,81	-0,19
Feb. 00	86.166	41,00	46,17	5,17
Abr. 00	85.578	41,00	46,25	5,25
Jun. 00	84.644	41,00	46,99	5,99
Ago. 00	84.396	41,00	44,04	3,04
Oct. 00	84.118	41,00	43,76	2,76

### c) Gastos en personal

– En la composición del gasto general de la UPPRI se observa conforme el siguiente cuadro que

el mayor porcentaje del mismo correspondió a las erogaciones de personal.

Año	Total gasto UPPRI \$	Total en personal \$	% Gasto en en personal
1998 <sup>(1)</sup>	9.120.172,82	6.014.874,61	65,95
1999	44.353.964,32	23.304.833,40	52,54
2000	42.484.133,67	24.160.247,03	56,87

<sup>(1)</sup> Período 15/10 al 31/12/98.

También se aprecia que en los ejercicios 1999 y 2000, como consecuencia de la disminución del padrón de afiliados capitados a la UPPRI, el gasto general de esta unidad bajó en un 4,2 %. Sin embargo el gasto en personal tuvo en el mismo período un incremento del 3,67 %.

– Desde octubre de 1998, mes en que se inició la UPPRI, hasta noviembre de 2000, el plantel de personal de la UPPRI creció en un 27,37 %. Este incremento no acompañó en la misma medida la evolución de la producción hospitalaria de los Policlínicos I y II (egresos), que para el mismo período creció un 9,5 %.

– El costo del personal constituía un factor determinante de la diferencia observada entre el valor de la cápita de la UPPRI y la abonada al prestador privado, a causa de la importante diferencia verificada entre los salarios de los convenios colectivos de trabajo del sector privado de la salud y las remuneraciones del instituto. Dicha diferencia además se acentúa debido a que los convenios del sector privado de la salud, salvo limitaciones previstas para tareas o sectores específicos (por ejemplo, obstetricia, terapia intensiva, laboratorio, radiología), prevén jornadas laborales de 44 y 45 horas semanales, en consonancia con las disposiciones de la Ley de Contrato de Trabajo, mientras que la jornada laboral semanal de los agentes del instituto es de 35 horas.

En el siguiente cuadro se realiza un análisis comparativo de los valores remuneratorios del sector privado para las especialidades laborales del sector

más comunes, con las remuneraciones del Policlínico PAMI I, tomado como muestra, en similares tareas.

POLICLÍNICO PAMI I

Especialidades	Planta contratada	Planta permanente	Estimado s/convenios sector privado
<i>Auxiliares administrativos</i>			
Cantidad	11	27	
Remuneración promedio	\$ 790,90	\$ 1.221,28	
Sueldo máximo	\$ 800,00	\$ 1.677,71	
Sueldo mínimo	\$ 700,00	\$ 876,30	\$ 400,00
<i>Camilleros</i>			
Cantidad	2	5	
Reuneración promedio	\$ 700,00	\$ 880,66	
Sueldo máximo	\$ 700,00	\$ 957,00	
Sueldo mínimo	\$ 700,00	\$ 852,00	\$ 330,00
<i>Mucamas</i>			
Cantidad	17	12	
Remuneración promedio	\$ 700,00	\$ 1.020,33	
Sueldo máximo	\$ 700,00	\$ 1.304,95	
Sueldo mínimo	\$ 700,00	\$ 852,00	\$ 330,00
<i>Enfermería</i>			
Cantidad	28	37	
Remuneración promedio	\$ 964,00	\$ 1.530,46	
Sueldo máximo	\$ 1.200,00	\$ 2.136,63	
Sueldo mínimo	\$ 900,00	\$ 1.245,66	\$ 410,00
<i>Médicos de guardia</i>			
Cantidad	5	16	
Remuneración promedio	\$ 618,00	\$ 1.397,64	
Sueldo máximo	\$ 618,00	\$ 1.648,80	
Sueldo mínimo	\$ 618,00	\$ 442,00	

También se observa en el cuadro precedente que el promedio de las remuneraciones del personal de enfermería de planta permanente, supera a la remuneración promedio de los áreas cubiertas por los profesionales médicos también de planta permanente.

##### 5. I nivel.

###### 5.1. Médicos de cabecera.

Los afiliados del ámbito territorial de la sucursal IX eran atendidos por 80 médicos de cabecera del sistema de Prestadores de Salud Rosario ACE (46 bajo relación de dependencia del instituto para atender 28.500 afiliados, con débito de \$ 2,25 por cápita

a la UGP, y con 34 médicos de la empresa Emerger S.R.L., subcontratada por Prestadores de Salud Rosario ACE), 362 médicos de la Unidad Prestacional Santa Fe Sur ACE y 145 médicos del Instituto afectados a la UPPRI.

Evaluada la situación del servicio se observaron los siguientes aspectos:

– Existían médicos de cabecera con más de 1.000 cápitass asignadas, en su mayor parte del Instituto. El Manual de Orientación para Médicos de Cabecera (PAMI) establece este número como límite. Por encima del mismo no queda garantizada la buena atención médica. El siguiente cuadro expone la situación:

Médicos de Cabecera I Nivel	%	Cupos
Emerger	8	1.002 a 1.267 cápitass
Del instituto (Suc. IX), en ciudad de Rosario	15	1.071 a 1.540 cápitass
Del instituto afectados a la UPPRI	8	1.002 a 1.267 cápitass

– Había profesionales médicos de Emerger S.R.L. que no cumplían con los mínimos de horas de acuerdo a su cupo, exigidas por el manual

citado precedentemente. A título de ejemplo se cita los casos de los siguientes médicos de cabecera:

Profesión al	Cupo	Horas semanales de atención	Horas mínimas exigidas	Déficit de atención
Dr. Sánchez	519	11 horas y 30'	21	9 horas y 30'
Dr. García	785	16	24	8 horas
Dr. Echaniz	722	12	24	12 horas

– Los médicos de cabecera tenían limitaciones en cantidad y especificidad para la prescripción de estudios de laboratorio y diagnóstico por imágenes, impuestas tanto por las UGP como por la UPPRI. Por ejemplo, los médicos de Emerger estaban limitados a prescribir 4 análisis. Esto afectaba la calidad de la prestación al extenderse el tiempo de los diagnósticos.

– Ausencia de un mecanismo preestablecido de coordinación entre los médicos de cabecera y los médicos especialistas del II nivel, tanto en consultorios externos como en internación, dificultando el seguimiento por parte del médico de cabecera del tratamiento indicado en el nivel superior. Esta situación era observable tanto con los prestadores privados como en el servicio propio de la UPPRI.

– Aumento de las derivaciones de los médicos de cabecera dependientes de la UPPRI, quienes en 1997 derivaban a interconsulta un promedio del 10 % de las consultas, pero en el año 2000 lo hacían en un 17 %. Para limitar esta tendencia el policlínico PAMI I implementó un sistema de control con el objeto de descongestionar el segundo nivel ambulatorio, autorizando a aquellos médicos que realizan menos derivaciones a prescribir estudios más específicos.

– Escaso cumplimiento de las visitas domiciliarias, de acuerdo a la información estadística proporcionada por la sucursal IX las mismas constituyeron el 2 % del total de consultas, aproximadamente, porcentaje que se mantuvo constante en el período analizado. Correlativamente se verificó una alta utilización de los servicios de emergencia domiciliaria, los cuales también suplen funciones que debieron ser cubiertas por el médico de cabecera.

– Los afiliados solicitaban cambios de médico de cabecera en función de los establecimientos

sanatoriales a los cuales a estos profesionales les corresponde derivar. Existe una alta preferencia por el Sanatorio de la Mujer y Sanatorio Plaza, instituciones de alto nivel de equipamiento.

– Baja calidad prestacional de los médicos de cabecera. Conforme a las opiniones recabadas en las entrevistas mantenidas en la UGP Prestadores de Salud Rosario ACE, el área de prestaciones médicas de la sucursal y las direcciones médicas de los policlínicos PAMI I y II, el sistema prestacional I nivel - Médicos de Cabecera, se encontraba desvirtuado para lograr el objetivo para el cual fue concebido: "atención primaria de la salud" prevención y seguimiento de las patologías.

En cambio, se observó la implementación de un sistema alternativo de policonsultorios periféricos de nivel II zonales, por parte de la UGP Prestadores de Salud Rosario ACE, con especialistas, para las patologías prevalentes de la tercera edad, con radiología, con extraccionistas para muestras de laboratorio y también con médicos generalistas y orientadores, que en la práctica sustituían funciones propias del médico de cabecera, médico que de ser necesario derivaba en el momento al paciente a la consulta del especialista. Según la opinión del área médica de la sucursal este sistema era bueno, con la única salvedad que la rotación de médicos que se verificaba afectaba la relación con el paciente.

Sobre la base de lo indicado y la observación de la realidad del sistema del instituto que esta auditoría ha observado en trabajos anteriores, se aprecia como ventajas de esta modalidad de atención primaria de la salud, que de hecho unificó en parte los niveles I y II, la inmediatez del acceso del paciente a la consulta especializada y posterior tratamiento, la prescripción de estudios de laboratorio

específicos con menores limitaciones o sin ellas, porque están indicados por el especialista, la economía para el afiliado, la posibilidad de un mejor control prestacional debido a la concentración del servicio e inclusive por la posibilidad de seguimiento electrónico con tarjeta magnética por afiliado, el llevado de una historia clínica unificada para el médico generalista y los especialistas, y el ahorro en gastos de infraestructura. En cuanto a la rotación en los médicos generalistas, esto puede evitarse con acuerdo del prestador.

– Ausencia de control prestacional a los médicos de cabecera. El área de nivel I de la sucursal contaba con un solo profesional médico y estaba abocado prácticamente a tiempo completo a la entrega de recetarios y tareas administrativas. La información estadística que se requería a los profesionales sólo indicaba producción, representada por cantidades de consultas, en consultorio y domicilio, y derivaciones al nivel II. No se les pedían datos bioestadísticos. El control en terreno del instituto a estos profesionales se puede calificar como prácticamente inexistente, en el periodo analizado sólo se obtuvo evidencia de 7 auditorías a médicos de cabecera realizadas por la Subgerencia de Control Prestacional

y una por el Area de Auditoría Médica de la sucursal. Emerger S.R.L. por su parte realizaba un control horario a sus médicos, pero no prestacional. La UPPRI tampoco tenía implementado un esquema de control de calidad prestacional de los médicos de cabecera de su cápita, no obstante contar con recursos humanos y organización para ello, su área auditoría sólo realizó algunos controles de médicos de cabecera por indicaciones puntuales o denuncias.

– Las retribuciones a los médicos de cabecera eran dispares, entre \$ 1,20 y \$ 2,25 por cápita, según su empleador. Los médicos en relación de dependencia del instituto cobraban el último de estos valores.

### 5.2. Centro de Emergencias y Traslados (CET).

Se observó en los primeros meses del año 2001 un importante aumento de los auxilios, visitas domiciliarias y traslados programados en el CET del instituto, área que brinda atención de urgencia, emergencias, consultas domiciliarias y atención a pacientes en internación domiciliaria a los Policlínicos PAMI I y II. El siguiente cuadro ilustra sobre este incremento.

	Ene/01	Feb/01	Mar/01	Abr/01	May/01
Número de visitas	1.683	2.041	2.306	2.341	2.694
Traslados programados	1.146	3.477	3.126	–	–

## 6. II y III nivel.

### 6.1. Prestadores de Salud Rosario ACE.

La red de esta UGP brindaba todas las prestaciones requeridas para el II y III Nivel mediante 8 establecimientos sanatoriales y una oferta de 382 camas (318 generales, 37 camas UTI y 27 UCO). Esta estructura prestacional cubría adecuadamente las necesidades de la población PAMI de su cápita.

La red estaba organizada a partir de sus componentes más importantes, los sanatorios de la Mujer y Plaza, referentes dentro del sector privado de la salud de la ciudad de Rosario, quienes brindaban el servicio de alta complejidad a los afiliados del instituto. La atención ambulatoria e internación de II nivel en cambio era derivada a los restantes establecimientos de menor complejidad, los cuales en su mayor parte era contratados por subcapitación.

Durante la auditoría se visitaron los siguientes 2 sanatorios:

#### Sanatorio de la Mujer

Se trata de un establecimiento de buen nivel prestacional, modernamente equipado. Destina un piso de camas de cuidados generales exclusivo para

afiliados al instituto, posee un *shock room* de guardia con 12 camas y utiliza el sistema de clínicización. Tiene instrumentado un servicio de internación domiciliaria para los afiliados del instituto.

En el edificio funciona un centro coordinador dependiente de la sucursal, respecto del cual la prestadora indicó un alto grado de satisfacción por la utilidad del servicio que presta en la coordinación del sistema:

#### Sanatorio General Güemes

Es un efector de mediana complejidad que se encontraba al momento de la visita reorganizando sus servicios. Igualmente se verificaron los siguientes aspectos:

– Sistema de atención en internación por clínicización.

– Atención de urgencias por guardia con camas de observación diagnóstica tendiente a evitar la hospitalización.

– Desarrollo de internación domiciliaria.

– Cumplimiento de las normas de bioseguridad requeridas.

– En su estructura edilicia, sólo se observó la ausencia de agarraderas en baños y rampa de ingreso

y que el acceso a la cocina del segundo piso se encontraba en un pasillo por donde circulaba el público hacia ecografías y kinesioterapia.

Teniendo a la vista los antecedentes de inspecciones realizadas por el instituto durante los años 1998 y 1999, se aprecia que el sanatorio subsanó deficiencias de infraestructura que entonces le fueron detectadas. En los aspectos asistenciales y recursos humanos no presentaba desvíos destacables. Es dable en consecuencia calificar el establecimiento como bueno.

### 6.2. Unidad Prestacional Santa Fe Sur ACE.

Esta red, que cubría los Departamentos General López, San Lorenzo, Caseros, Constitución, Iriondo y Belgrano, estaba compuesta por 10 establecimientos sanatoriales con un total de 168 camas generales y 34 de UTI, contando además con 17 efectores adherentes que adicionaban 48 camas de cuidados generales y 5 de terapia intensiva. Dos de sus establecimientos, el Centro Médico Rivadavia y el Instituto Médico Regional, contaban con alta complejidad. Se observó en esta red:

- Carencia de prestadores con Cirugía Vascular Periférica.

- La oferta total de camas de la red (255) era ajustada para la cantidad de cápitás a su cargo (82.895) y extensión territorial que atiende.

### 6.3. UPPRI.

El resultado de las verificaciones realizadas en el ámbito de los dos nosocomios del instituto muestra lo siguiente:

#### *Policlínico PAMI I*

Se trata de un establecimiento ubicado en la zona céntrica de la ciudad en un edificio de planta baja y tres pisos. Posee 78 camas de piso, más 19 de UTI/UCO y 5 camas en el Centro de Observación y Diagnóstico (COD), totalizando 102. Posee consultorios externos con todas las especialidades, suficientes para absorber la demanda.

Del relevamiento realizado en las áreas de internación, UTI/UCO, cirugía, COD, radiología, laboratorio, consultorios externos se observaron como falencias estructurales las siguiente:

- Marcada obsolescencia del equipamiento de Rx.
- Carencia de intensificador de imágenes, con lo cual se debían derivar cirugías o realizarse otras técnicas, por ejemplo en traumatología, utilizando otro tipo de prótesis, con pronósticos y costos distintos.
- Estrechos espacios físicos en planta baja para la atención ambulatoria (consultorios externos).
- Sobreutilización de espacios con camas.
- Falta de funcionalidad del edificio.

En materia de recursos humanos el establecimiento contaba con una adecuada dotación de profesionales, observándose la existencia de acciones para el mejoramiento del servicio, por ejemplo: se definió el perfil para médicos de guardia, se dictaron cursos e implementaron manuales de conductas médicas ante patologías prevalentes. En enfermería se realizaban evaluaciones técnicas periódicas y recalificación de estos agentes, se destaca el alto perfil profesional de este personal, tanto en los niveles de conducción como en enfermería de sala (por ejemplo el 60% eran enfermeras profesionales). Su cantidad resultaba adecuada para el número de camas. La atención del paciente era realizada en forma eficiente por el cuerpo de enfermería.

Los afiliados se encontraban conformes con la atención brindada en este nosocomio.

Elaboraba estadísticas biomédicas.

Se califica como buena la prestación de salud de este nosocomio, con alta especialización en la atención de personas de la tercera edad.

#### *Policlínico PAMI II*

Este establecimiento funciona en las instalaciones del ex hospital provincial "Dr. Marcelino J. Freyre". Tiene una estructura de 2 plantas divididas en bloques y cuenta con un subsuelo.

Se observaron en él carencias estructurales similares a las indicadas para el Policlínico PAMI I, obsolescencia de equipamiento, sobre todo en métodos de diagnóstico (rayos X, ecógrafos), sobreutilización de espacios con camas y falta de funcionalidad del edificio.

Se visitaron las áreas de guardia, internación clínica (internación y hemodiálisis), internación quirúrgica con sus servicios de cirugía general, urología, ortopedia y traumatología, ginecología, cirugía vascular y sector quirófanos (instrumentadoras y enfermería), y las áreas de diagnóstico y servicios complementarios, con sus servicios de anatomía patológica, diagnóstico por imágenes, farmacia, laboratorio, medicina transfusional y nutrición. Todas estas áreas se encontraban cubiertas con una dotación de profesionales adecuada para cada sector.

La cobertura de enfermería tenía un alto nivel profesional, el plantel estaba compuesto de 25 licenciados (14,5%), 83 profesionales (48,5%), 9 enfermeros homologados por la provincia (5,5%) y 54 auxiliares (31,5%).

Durante el período analizado la mayor carga prestacional horaria estuvo asignada a la especialidad cardiología.

Elaboraba estadísticas prestacionales.

Este policlínico contaba con un alto nivel de satisfacción por parte de los afiliados.

Se califica como buena la atención de este establecimiento, con alta especialización en la atención de personas de la tercera edad.

#### 7. Estructura general de control en la sucursal IX

Lo expuesto precedentemente muestra la ausencia de un control integral y coordinado del instituto en la sucursal IX, caracterizado por la falta de presencia del ente en el ámbito propio de la gestión de las gerencadoras o UGP, un control centrado sólo sobre los prestadores particulares que de éstas dependen y ausencia de coordinación entre auditoría médica de la sucursal, subgerencia de control prestacional del nivel central, centros coordinadores y la UPPRI en el mismo ámbito territorial.

Como observaciones principales en estas actuaciones se destacan las siguientes:

- Negativa sistemática por parte de los prestadores de salud Rosario ACE a atender a afiliados del instituto en tránsito, argumentando la ausencia de camas disponibles.

- Importante número de afiliados atendidos en hospitales públicos de gestión descentralizada, con el correlativo incremento del pasivo del instituto.

- Retrasos en operaciones de cataratas más colocación de lente intraocular, con listas de espera de 150 afiliados con turnos a 10 meses.

- Cobro de plus generalizado en los niveles I y II en las localidades del interior.

- Las auditorías realizadas por la subgerencia de control prestacional durante el trienio 1998/2000 calificaron al 30% de los establecimientos contratados, como buenos y al 70% como regulares y malos.

- Ausencia de coordinación entre los médicos de cabecera y los médicos especialistas del II nivel, tanto en consultorios externos como en internación, dificultando el seguimiento por parte del médico de cabecera, del tratamiento indicado en el nivel superior. Esta situación era observable con los prestadores privados y en el servicio propio de la UPPRI.

- Escaso cumplimiento de las visitas domiciliarias por parte de los médicos de cabecera. Correlativamente se verificó una alta utilización de los servicios de emergencia domiciliaria.

- Retribuciones dispares a los médicos de cabecera, entre \$ 1,20 y \$ 2,25 por cápita, según su empleador. Los médicos en relación de dependencia del instituto cobraban este último valor.

- La Unidad Prestacional Santa Fe Sur ACE carecía de prestadores con cirugía vascular periférica. Asimismo la oferta total de camas de su red (255) era ajustada para su cápita (82.895 afiliados) y territorio.

- El instituto no capitalizó de la UPPRI la vasta experiencia recogida en sus policlínicos PAMI I y II, únicos en el país y de alta especialización en la

atención médica y de enfermería de personas de edad avanzada, como un centro de referencia propio, por ejemplo para la determinación de costos de los tratamientos de las patologías prevalentes de la tercera edad, la confección de indicadores epidemiológicos y tasas sanitarias, diseño de protocolos y manuales médicos propios a utilizar por los efectores contratados, la evaluación del comportamiento de la población y los profesionales con vademécum especiales y recetas por genéricos, entre otras posibilidades. Teniendo en cuenta lo expresado, el mayor valor de \$ 41 por cápita pagado por el instituto a la UPPRI, frente a los \$ 22,25 pagados a los efectores privados por niveles de atención similares (excluido hemodiálisis), no redundó en un beneficio adicional para mejorar las políticas o estrategias de salud del instituto.

- El padrón de afiliados de la UPPRI mostró en el período 1998/2000 un crecimiento constante, en un contexto decreciente del padrón general, con el correlativo mayor gasto derivado de la diferencia del valor cápita entre el sector privado y el propio.

- El gasto por cápita de la UPPRI superó el valor de las cápitales que le liquidó el nivel central, generando un aumento de su pasivo.

- Desde octubre de 1998 hasta noviembre de 2000, el plantel de personal de la UPPRI creció en un 27,37%. Este incremento no acompañó la evolución de la producción hospitalaria de las policlínicas I y II (egresos), que para el mismo período creció un 9,5%.

- El costo del personal constituyó un factor determinante de la diferencia entre el valor de la cápita de la UPPRI y la abonada al prestador privado, a causa de la diferencia entre los distintos valores de los salarios y extensión de la jornada laboral en estos dos ámbitos.

- El promedio de las remuneraciones del personal de enfermería de planta permanente de la UPPRI superaba la remuneración promedio de los médicos.

- En las policlínicas PAMI I y II se verificó obsolescencia de equipamiento, sobre todo en métodos de diagnóstico (rayos X, ecógrafos), sobreutilización de espacios con camas y falta de funcionalidad de los edificios.

#### Descargo del organismo

Se procedió a remitir al organismo el proyecto de informe a través de la nota CS 064/02 de fecha 5/9/02 con el objeto de elevar el correspondiente descargo. Si bien el instituto se encuentra notificado el día 9/9/02, no se obtuvo respuesta dentro del plazo acordado.

#### Expediente OV 439/02 - Resolución AGH 177/02

Por estas actuaciones se informa sobre la auditoría de gestión de las prestaciones médicas de I, II y



III nivel de Córdoba brindadas durante el período 12/3/97 al 31/7/01, que realizara la AGN en el marco del convenio de fecha 18 de agosto de 1999 celebrado entre el instituto y el órgano de control citado.

#### *Comentarios y observaciones*

##### *1. Gestión de la sucursal III. Departamento de prestaciones médicas*

Se evaluó la actuación de las siguientes áreas relacionadas con la gestión y control local de los servicios de I, II y III nivel de la jurisdicción:

###### *1.1. Area auditoría médica*

El área contaba con dos médicos a cargo del área capital e interior respectivamente y ocho profesionales auditores de campo para capital. En el interior las auditorías eran practicadas por los médicos de las agencias.

Entre 1996 y 1999 la actividad de control estuvo limitada a casos de denuncias. Recién a partir del año 2002 se implementaron controles de rutina.

Se verificó que la sucursal III tenía limitaciones importantes para desarrollar sus actividades de control por no recibir información sobre los siguientes aspectos:

- Distribución de cápitras de I y II nivel.
- Días y horarios de atención de médicos de cabecera.
- Tasas e indicadores de producción sanitaria generadas por los prestadores.

Debido a ello el área inició un relevamiento en terreno del I nivel - médicos de cabecera, habiendo visitado al mes de abril de 2001 al 80% de estos profesionales. Este relevamiento consistía en la comprobación de domicilios de atención, horarios, especialidad y cápitras asignadas de los médicos, pero no contemplaba la evaluación prestacional del profesional. Este trabajo evidencia la desvinculación de la gerenciadora con la sucursal, toda vez que estos datos normalmente debieron ser suministrados por PRESAL sin necesidad de que el instituto afecte recursos humanos a este fin.

Con relación al II nivel, el control del área consistía básicamente en requerir a los principales establecimientos efectores de Córdoba capital el censo diario y diagnóstico de ingreso de los afiliados.

Como se aprecia, los métodos de control del área, eran básicos y no permitían evaluar en forma sistemática las prestaciones en su conjunto. No estaban definidos claramente los objetivos y criterios de auditoría del área.

###### *1.2. Area bioquímica*

El área contaba con dos profesionales bioquímicos con funciones administrativas y de control. Es-

tas últimas tareas eran realizadas por orden de la jefatura y en general respondían a denuncias recibidas a través de PAMI escucha y responde. De la labor del sector se desprende:

Los servicios en zona Capital estaban limitados por PRESAL a cinco determinaciones por mes/paciente, toda otra práctica requerida en ese lapso debía ser autorizada por dicha gerenciadora. Determinaciones como colesterol en sangre en sus fracciones de alta y baja densidad (HDL y LDL), en general eran autorizadas luego de complicados trámites.

El cobro de plus en estudios era esporádico.

El área detectó casos de diagnósticos erróneos por la utilización de reactivos vencidos. Se verificó la existencia de quejas de los profesionales bioquímicos, señalando éstos que sus retribuciones no alcanzaban para cubrir los costos.

Los turnos en laboratorios no verificaban demoras.

En el centro de autorizaciones de PRESAL se comprobó que para que el afiliado pueda tener acceso a la prestación, el médico de cabecera solicitante era quien debía comunicarse al centro para lograr la autorización. La solicitud ingresa al sistema informático que registra por paciente el historial de análisis o prácticas que se le han indicado, con lo cual, al cargar el nuevo pedido, automáticamente lo autoriza o rechaza, según la cantidad de indicaciones que haya tenido el paciente en el mes u otro período determinado (el colesterol, es un análisis cada seis meses). Ante el rechazo, el profesional solicitante puede insistir con el médico de turno en el centro, quien solicita precisiones y es en definitiva el que resuelve.

En la zona interior (Preincor/EPI), los límites establecidos eran menores: cuatro determinaciones, las restantes eran autorizadas pero con cobro de plus, este variaba entre \$ 2 y \$ 4 y para colesterol HDL y LDL, \$ 5.

En la mayoría de las localidades del interior no existían servicios de hemoterapia, con lo cual cuando era necesaria una transfusión, los bioquímicos cobraban \$ 50 al dador por los análisis de compatibilidad y bioseguridad.

###### *1.3. Area de prevención de la salud*

Se observaron como actividades de esta área las siguientes:

1) Años 2000 y 2001, vacunación influenza (gripe) y seguimiento posterior en convenio con el Instituto de Virología de la Universidad Nacional de Córdoba. Cabe aclarar que en el año 2000, se hizo el seguimiento de 300 afiliados (pre y posvacunación), demostrando el estudio que éstos ya tenían inmunidad a las cepas antes de ser vacunados, no obstante con posterioridad aumentaron cuatro ve-

ces los anticuerpos. Para el año 2001 estaba previsto el seguimiento de 800 pacientes.

Esta investigación fue financiada desde el nivel central y sus resultados llegaron a ser publicados en el exterior (EE.UU., revista del Centro de Inmunología de Atlanta). Sin embargo los mismos no fueron solicitados por el área de epidemiología del citado nivel central, que es quien decide las estrategias institucionales de prevención en campañas de vacunación masiva.

2) Programas de prevención de factores de riesgo cardiovascular mediante talleres en la sede de la sucursal y centros de jubilados. Temas abordados: factores de riesgo, control de la hipertensión arterial, diabetes, control de glucemia, nutrición, actividad física, autocuidados.

3) Programa de investigación: en colaboración con la UNC, unidad cardiovascular del Hospital Córdoba, sobre prevalencia de seropositividad para *Clamidia pneumoneae* en adultos de la ciudad de Córdoba.

#### 1.4. Area de pacientes en tránsito y derivados

El área observaba dos tratamientos: antes y después del dictado de la resolución 032 de fecha 31/1/01. Con anterioridad a dicha norma los pacientes en tránsito debían ser atendidos por las prestadoras a su exclusivo cargo. Esto nunca fue cumplido por las gerencadoras PRESAL y Preincor, de manera tal que las atenciones eran derivadas al sistema público de salud o por tratativas personales de los funcionarios a algún establecimiento privado dependiente o no de la red.

Con la resolución 032/01 se estableció que el afiliado debía ser atendido por las prestadoras de la sucursal con cargo a la cápita de la prestadora de origen. El promedio mensual de pacientes en tránsito era de 25 casos, con un pico estacional de verano con 40 casos.

Cabe señalar que era usual que afiliados de provincias lindantes se trasladaran voluntariamente a Córdoba para ser atendidos por efectores locales. La mayor parte provenía de la provincia de Santiago del Estero.

Con relación a las derivaciones, Córdoba opera como centro de recepción de todo el noroeste, excepto Tucumán. En estos casos la sucursal actúa como apoyo administrativo para la provisión del alojamiento y la ubicación en establecimientos para los casos de internación, promediando 35 casos por mes.

Debido a que el nivel central era quien autorizaba los traslados se incrementaba la carga administrativa y profesional para este tipo de trámites.

#### 1.5. Comisiones mixtas

La sucursal implementó en 11 zonas comisiones de mediación, denominadas comisiones mixtas in-

tegradas por la gerencadora, los efectores, los centros de jubilados y las áreas médica y legal de la sucursal. La formación de estas comisiones no tenía amparo contractual ni estaban reguladas institucionalmente desde el nivel central.

No obstante es positivo señalar que en el marco de estas comisiones se identificaban y buscaban soluciones conjuntas para los problemas del servicio. Se observó como asuntos tratados por estas comisiones, el déficit prestacional de la zona cubierta por Preincor, la existencia de malos establecimientos sanatoriales que no podían ser excluidos por la inexistencia de efectores de reemplazo en su zona de influencia, los rechazos de pacientes en tránsito, el cobro de plus al afiliado, entre otros.

Cabe aclarar que en la sucursal III, a diferencia de otros grandes centros urbanos (Capital, Gran Buenos Aires y Rosario), no se habían implementado centros coordinadores.

#### 2. Control de la subgerencia de control prestacional

Esta subgerencia del nivel central informó sobre 29 auditorías realizadas al II nivel de PRESAL y Preincor, calificando al 36% de estos establecimientos como de mala calidad prestacional o con problemas subsanables; el 57% fue calificado como regular y sólo 2 efectores que representan el 7%, con calidad prestacional buena. Estos exámenes se basaron en general, sobre aspectos estructurales. Sus resultados no eran comunicados a la sucursal, observándose en este sentido ausencia de coordinación en el control de los efectores locales entre ambos sectores del instituto.

#### 3. Análisis de costos

No fue posible obtener información sobre la existencia de análisis de costos previos para determinar el valor de la cápita para los contratos con Prestadores de Salud S.A., Preincor S.A. y Empresa Prestacional del Interior S.A. (EPI) - UTE. En este sentido cabe señalar que el departamento de costos y estudio de mercado era quien debía realizar los análisis omitidos, ya que entre sus funciones tenía a cargo desarrollar los estudios tendientes a la formulación de los valores de cápitás, aranceles o modo, de retribución de las prestaciones médicas y sociales que instrumenta el instituto.

#### 4. I nivel - Area atendida por PRESAL

##### 4.1. Médicos de cabecera

Esta gerencadora contaba en Córdoba capital y Gran Córdoba con 357 médicos de cabecera con un promedio de 304 beneficiarios por profesional. La gerencadora en 1999 procedió a la calificación del 62% de sus profesionales sobre tres parámetros:

a) Acreditación profesional; b) Indices de interconsulta; c) Indice de internaciones generadas.

Es decir que fuera del concepto "acreditación profesional", la categorización del médico dependía de la menor cantidad de afiliados que derivaba para interconsulta o internación. Esta calificación a su vez determinaba la siguiente remuneración por cápita:

A	\$ 2,50
B+	\$ 2,20
B	\$ 2,05
C	\$ 1,90

De la información estadística de PRESAL sobre la utilización de los médicos de cabecera del I nivel, de acuerdo a los valores del siguiente cuadro, se observa que en el trienio 1998 a 2000 la consulta disminuyó en un 8% aproximadamente:

Año	Padrón s/PRESAL	Consultas mensuales	Tasa de uso c/100 cápit
1998	103.734	58.528	56,42%
1999	s/datos	52.129	s/datos
2000	99.172	51.719	52,15%

#### 4.2. Prácticas de laboratorio y radiología

En el mismo trienio se observó en las tasas de uso de laboratorio y de radiología una abrupta caída en la utilización de estos métodos de diagnóstico (34,23% y 34,21% respectivamente). Se estima que dicha baja fue consecuencia del sistema de retribución a los médicos de cabecera implementado por PRESAL y las limitaciones impuestas a estas prácticas. El siguiente cuadro muestra la evolución de la tasa de utilización anual cada 100 afiliados:

	1998	1999	2000
Prácticas de laboratorio	592	500	390
Prácticas radiológicas	83,59	69	55

Del total de prácticas solicitadas el I nivel originó un promedio del 37%, el II nivel el 63% restante, la radiología convencional con un porcentaje del 81,66% era la práctica más indicada, seguida por ecografías 12,1% y radiología contrastada el 6,24%.

La toma de tasas de uso por parte de PRESAL S.A. estaba diseñada para detectar a los profesionales con perfil prescriptivo alto de recursos sanitarios, mediante la confección de una tabla de alto consumo y luego encarar acciones de auditoría y control sobre los profesionales que más demandaban.

#### 4.3. Emergencias

El servicio era prestado por Family S.A., empresa que contaba con 1 base operativa central, 4 bases periféricas, 13 ambulancias y 22 médicos. La dotación de los móviles era de dos personas, un chofer/camillero y un médico para las de baja compleji-

dad; las de alta complejidad eran tripuladas por chofer, enfermero y médico. También tenía una flota de 9 ambulancias exclusivamente para traslados.

Se verificaron las habilitaciones de la ciudad, y salud pública.

El acceso al servicio era vía telefónica, donde el operador calificaba el servicio a prestarse con los siguientes códigos:

- 01 Emergencia. Tiempo máximo de arribo 10 a 12 minutos.
- 02 Urgencia. Tiempo máximo de arribo 15 a 20 minutos.
- 03 Consulta. Tiempo mínimo de arribo 30 minutos, con un máximo de 90 minutos.

En los casos en que era necesario el médico de guardia en la central operativa asumía la conducción del auxilio y calificaba la situación; incluso el profesional podía indicar conductas a seguir en una emergencia mientras llegaba el móvil al domicilio.

Se encontraban reglamentadas internamente las misiones y funciones de médicos, choferes, enfermeros y telefonistas.

En virtud del tipo de auxilio, fundamentalmente cuando se trataba de consultas, podía enviarse médico con auto.

En casos especiales brindaban enfermería domiciliaria, por indicación de PRESAL.

La empresa además atendía a otras 10 obras sociales y tenía desarrollado un servicio privado exclusivo para socios. Para afiliados del INSSJP realizaban un promedio de 70 auxilios diarios, 50 de ellos culminaban en internación. El promedio de auxilios diarios era compatible con el de servicios propios del instituto.

La jefatura médica de la empresa estaba a cargo del titular de la cátedra de emergentología de la Universidad de Córdoba, la selección del personal médico se encontraba a su cargo, y el 90% de los profesionales tenía especialización en cuidados intensivos.

### 5. II y III nivel

#### 5.1. PRESAL

La gerenciadora estaba integrada por 11 establecimientos, siendo los más importantes las clínicas Vélez Sarsfield, Richieri, Caraffa y Sanatorio Francés. Completaban el esquema prestacional los siguientes efectores: Clínica Colombo, Clínica Sucre, Clínica Chutro, Hospital Español, Clínica Coloproctológica, Clínica del Hostal, Hospital Malagueño, Instituto del Corazón, Clínica San Cayetano, Sanatorio Parque, Clínica Privada Unquillo, Clínica Privada de la Familia, Sanatorio Privado Colón.

Las clínicas principales atendían la demanda de 92.000 afiliados y el resto, aproximadamente 30.000 eran atendidos por efectores subcontratados por acto médico o suma fija por egreso.

*Producción sanitaria de PRESAL*

Establecimiento	Egresos	Urgencias	Programados	Promedio días de estada	Tasa de mortalidad
Vélez Sársfield	215	150	65	5,1	12,56
Richieri	146	116	30	4,6	7,5
Francés	196	149	47	5	9,7
Caraffa	149	49	5	9,7	
Colombo	144	124	20	6	7,7
Sucre	177	154	23	1,8	5,6
Chutro	90	61	29	2,9	3,3
Español	180	167	13	3,2	10,5
Parque	182	150	32	4,5	12,5
Hostal	21	20	1	3,2	–
Unquillo	29	27	2	3,9	13,8
Sagrada Familia	23	23	–	2,9	8,6
Colón	7	6	1	6,5	28,5
Malagueño	6	6	–	3	–
San Cayetano	32	30	2	4	12,5

El cuadro precedente corresponde al mes de diciembre de 2000, mes en que no se registran picos estacionales y se encuentra dentro del promedio anual. Se lo expone a los fines de mostrar el comportamiento asistencial de la empresa Presal S.A., en tres aspectos.

– Relación entre los ingresos/egresos por urgencias y programados.

– Promedio de días de estada.

– Tasa de mortalidad.

El primer aspecto muestra una alta relación de ingresos por urgencia (85,89 %), parámetro que se convierte en un indicio de contención de demanda o déficit prestacional en el I nivel y el II nivel ambulatorio.

Los restantes dos indicadores muestran calidad prestacional del II nivel de internación, aun sin conocerse el diagnóstico del afiliado y con el cual habría más precisión. El promedio de 4 días de estada es breve, máxime teniendo en cuenta las características de la población PAMI y que un alto porcentaje de las internaciones se generan en urgencias. La tasa de mortalidad promedio (10,72 %) se encuentra dentro de parámetros razonables.

Se visitaron los siguientes dos establecimientos de PRESAL:

*Clínica San Cayetano (Córdoba capital)*

Se trataba de un establecimiento de segundo nivel con 40 camas totales, 34 generales, 4 de terapia intensiva y 2 de unidad coronaria.

El instituto como promedio ocupaba permanentemente el 40 % de la capacidad del sanatorio. Se procedió a la inspección de:

*Terapia intensiva:* sin particularidades en el equipamiento, limpieza, normas de bioseguridad y recursos humanos. Observable menor metraje cúbico por cama que el que exige el instituto según la guía de evaluación (normas y criterios).

*UCO:* sin particularidades.

*Sector internación:* 2 camas articuladas por habitación. Climatización en los pasillos, falta de señalización adecuada para salidas de emergencia, office de enfermería por sector. No cuenta con sistema de luz de emergencia. Recursos humanos: suficientes.

*Historias clínicas:* las evaluadas se encontraban actualizadas y unificadas por paciente.

*Area quirúrgica:* no se pudo observar o inspeccionar, por encontrarse cerrada por esterilización.

*Sector de emergencias:* espacio físico, equipamiento y recursos humanos, sin particularidades. Las especialidades cumplen guardias pasivas.

*Laboratorio:* evaluado parcialmente, no cuenta con sala de extracción independiente (se realiza en el mismo recinto del laboratorio).

*Radiología:* una sala con dos mesas. Se estaba construyendo una sala con intensificador de imágenes; recursos humanos adecuados. Guardia 24 hs. con un técnico.

*II nivel ambulatorio:* contaba con 14 especialidades retribuidas por contraprestación.

El establecimiento estaba contratado por PRESAL S.A. con una remuneración de \$ 400 por alta.

Se trata de un establecimiento de baja complejidad y regular calidad prestacional.

*Clínica Vélez Sársfield (Córdoba capital)*

Establecimiento con equipamiento y recursos humanos adecuados para prácticas de II nivel y alta complejidad. Era el principal efector de PRESAL.

Se procedió a la verificación de turnos con el objeto de determinar los tiempos de espera en las especialidades de mayor demanda: cardiología, traumatología, ginecología, oftalmología, urología. Se comprobó que los turnos más alejados eran de 7 días para los jefes de servicios de las especialidades mencionadas. En general el promedio era de 3 días.

5.2. *Preincor*

Esta gerenciadora se formó sobre la base de las anteriores redes prestacionales de la Sucursal (UPIS). Poseía un delegado zonal quien contratava a los efectores. El mecanismo interno de remuneración con los establecimientos de II nivel era por subcapitación.

Los efectores estaban habilitados a realizar sólo determinadas prácticas; las restantes, tanto diagnósticas como quirúrgicas, debían ser derivadas a la ciudad de Córdoba por decisión de la gerenciadora, aun estando capacitado el sanatorio para realizarlas. Por ejemplo, la alta complejidad era derivada casi en su totalidad a la Clínica Vélez Sársfield de PRESAL, en Córdoba capital, con lo cual esta clínica absorbió de hecho la alta complejidad de toda la sucursal.

Contaba con una red compuesta por 110 establecimientos con una capacidad instalada de 2.936 camas generales y 350 de UTI/UCO, que cubría con amplitud la cápita bajo su responsabilidad.

Con la colaboración de la sucursal y las agencias, se procedió al relevamiento de los establecimientos de la zona asignada a esta gerenciadora mediante planillas, constatándose que no existía infraestructura de alta complejidad, salvo en San Francisco, Villa María, Las Varillas y Morteros, pero ésta no era brindada al afiliado ya que Preincor derivaba, como ya se dijo, a la Clínica Vélez Sársfield.

El II nivel ambulatorio estaba cubierto según la región en un rango del 44 % al 100 % de las especialidades, siendo las localidades mencionadas anteriormente las que contaban con más profesionales. La mayor parte de los establecimientos brindaba también atención de I nivel (esto es porque los médicos en la mayoría de las poblaciones pequeñas concentraban la atención en los establecimientos).

De esta red se visitaron los siguientes sanatorios:

*Sanatorio Punilla (Villa Carlos Paz)*

Se trata de un establecimiento de II nivel con 36 camas generales y 8 camas UTI. La admisión era por guardia y de acuerdo con el diagnóstico se derivaba a terapia intensiva o al piso de especialidades

clínicas. Se asignaba luego un médico clínico siguiendo el modelo de clinalización.

*II nivel ambulatorio.* Se verificó que la máxima demora para todas las especialidades era de 4 días. En internación se observaron atrasos en cirugías programadas, originados, por la falta de entrega de prótesis por parte proveedor capitado contratado por el instituto, igual situación se observaba en la provisión de marcapasos. Sobre este problema el establecimiento señaló que las gestiones ante la sucursal Córdoba no dieron resultado.

La alta complejidad era derivada a PRESAL (Clínica Vélez Sársfield). Señaló un alto porcentaje de rechazos por parte de la mencionada clínica.

*Estructura.* Se procedió a la inspección de los siguientes sectores:

– *UTI:* 8 camas, equipamiento, mobiliario y recursos humanos adecuados.

– *Observación:* metraje cúbico por cama inferior a lo requerido.

– *Internación:* sin observaciones; excelente mantenimiento.

– *Area quirúrgica:* no se pudo evaluar por encontrarse los dos quirófanos realizando cirugías.

– *Emergencias:* sin particularidades.

– *Laboratorio:* propio, derivaba la alta complejidad a un tercero. No se observaron demoras.

– *Radiología:* adecuado equipamiento e infraestructura.

– *Información médica.* Se revisaron historias clínicas correspondientes a los afiliados del instituto que se encontraban internados. Estaban actualizadas con estudios complementarios agregados como cuerpo único. La calidad de la información se calificó como buena.

Se concluye que se trata de un establecimiento con un buen nivel de organización e infraestructura, salvo lo mencionado para UTI, con adecuados recursos humanos. Calidad prestacional: buena.

*Clínica General Savio (Río Tercero)*

Es un establecimiento de II nivel con 30 camas generales y 6 de UTI que tenía a su cargo por subcapitación 2.400 afiliados, por los que recibían \$ 19.000. El mecanismo de cobro consistía en remitir una factura sin valorizar, donde se describen los actos médicos realizados en el período, acompañando copia de historia clínica.

Refirieron que al inicio de la relación percibían \$ 33.000 por 1.900 cápitras, no se obtuvo documentación demostrativa de los valores y variaciones denunciados.

La clínica admitió que cobra plus y contiene la demanda en II nivel, fundamentalmente en cirugías programadas, debido a la baja señalada en la retribución. No obstante las urgencias estaban cubiertas.

La clínica se encontraba habilitada para prácticas de alta complejidad, pero la gerenciadora Preincor la obligaba a derivar a Clínica Vélez Sarsfield. No recibía controles ni auditorías de Preincor, sí de la Subgerencia de Control Prestacional.

#### 6. Sector público hospitalario

Durante las entrevistas con las autoridades de la sucursal se informó a esta auditoría que dicho sector atendía históricamente el 10 % de la demanda, porcentaje que se habría elevado al 20 % o 25 %. Esta variación no se pudo corroborar por carecer la dependencia de estadísticas de dicha evolución.

Esa demanda tiene perfiles bien definidos, en general las urgencias eran soportadas por el Hospital de Urgencias de la Municipalidad de la Ciudad y las especialidades y cirugías por el Hospital de Clínicas. Este último establecimiento facturaba al Instituto alrededor de \$ 600.000 anuales.

Otros establecimientos asistenciales dependientes de la Secretaría de Salud de la provincia de Córdoba que no adhirieron al sistema de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, gestionaban el recupero de gastos al instituto por afiliados atendidos mediante la Oficina de Recupero de Gastos de dicha secretaría.

En Río III se entrevistó al director del Hospital Regional, quien informó que en los años 1998, 1999 dicho nosocomio tuvo una gran demanda por parte de beneficiarios del instituto, causado fundamentalmente por el cobro de plus por parte de los efectores de la zona. En el año 2000 registró 140 internaciones. Luego no admitieron más afiliados del instituto.

Las principales observaciones que surgen de estas actuaciones son las siguientes:

- Ausencia de análisis de costos previos para determinar el valor de la cápita contratada con Prestadores de Salud S.A. (PRESAL), Preincor S.A. y Empresa Prestacional del Interior S.A. - UTE (Preincor).

- Falta de acceso de la sucursal III (Córdoba) a la siguiente información básica: distribución de cápitales de I y II nivel; días y horarios de atención de los médicos de cabecera; y las tasas e indicadores de producción sanitaria generadas por los prestadores. Para suplir parte de dichos aspectos la sucursal encaró un relevamiento en terreno de los médicos de cabecera, constatando sus domicilios de atención, horarios, especialidad y cápitales asignadas, aunque sin evaluar el desempeño prestacional del profesional. Dicho trabajo evidencia desvinculación entre la gerenciadora y la sucursal, toda vez que esta información elemental podía ser suministrada por PRESAL, sin necesidad de que el instituto afecte recursos humanos a este fin.

- Métodos básicos de control del área de auditoría médica de la sucursal que no permitían evaluar en forma sistemática las prestaciones en su con-

junto. No estaban definidos claramente los objetivos y criterios de control.

- Casos de diagnósticos erróneos por la utilización de reactivos vencidos.

- Inexistencia de servicios de hemoterapia en las localidades del interior, con lo cual cuando era necesaria una transfusión, los bioquímicos cobraban \$ 50 al dador por los análisis de compatibilidad y bioseguridad.

- Las auditorías realizadas al II nivel de PRESAL y Preincor, por la Subgerencia de Control Prestacional, calificaron al 36 % de sus establecimientos como de mala calidad prestacional; el 57 % como regular y el 7 % con calidad prestacional buena. Estos exámenes se basaron, en general, sobre aspectos estructurales.

- Ausencia de coordinación en el control de los efectores locales entre la Subgerencia de Control Prestacional y el área de Auditoría Médica de la sucursal.

- PRESAL S.A. categorizaba a sus médicos de cabecera en función de la cantidad de afiliados derivados para interconsulta o internación, asignándose una categoría de mayor remuneración a los profesionales que menos derivaciones realizaran. Se estima que debido a esto, se observó que en el trienio 1998/2000 las tasas de uso de laboratorio y de radiología tuvieron una abrupta caída en su utilización (34,23 % y 34,21 % respectivamente). La toma de tasas de uso por parte de PRESAL S.A. estaba diseñada para detectar a los profesionales con alto perfil prescriptivo de recursos sanitarios, mediante la confección de una tabla de alto consumo y luego encarar acciones de auditoría y control sobre los profesionales que más demandaban.

- Alto porcentaje de ingresos por urgencia en PRESAL S.A. (85,89 %), parámetro que indicaría contención de demanda o déficit prestacional en los I y II niveles ambulatorios.

- El sector público hospitalario, que históricamente atendía el 10 % de la demanda, habría elevado su participación al 20 % o 25 %. Esa demanda tenía perfiles bien definidos: las urgencias eran soportadas por el Hospital de Urgencias de la Municipalidad de la Ciudad y las especialidades y cirugías por el Hospital de Clínicas. Este último establecimiento facturaba al instituto, por ejemplo, \$ 600.000 anuales aproximadamente.

- El Hospital Regional de Río III informó que en los años 1998 y 1999 tuvo gran demanda de beneficiarios del instituto, hecho causado fundamentalmente por el cobro de un plus por parte de los efectores de la zona. En el año 2000 el hospital registró 140 internaciones, finalmente no admitieron más afiliados del instituto. Inexistencia de análisis de costos previos para determinar el valor del módulo prestacional contratado y su posterior modificación.

*Descargo del organismo*

Se procedió a remitir al organismo el proyecto de informe través de la nota CS 64/02 de fecha 5-9-02 con el objeto de elevar el correspondiente descargo. Si bien el instituto se encuentra notificado el día 9-9-02, no se obtuvo respuesta dentro del plazo acordado.

*Expediente OV 440/02 - Resolución AGN 178/02*

Por estas actuaciones se informa de la auditoría de gestión de las prestaciones odontológicas brindadas por la obra social a sus afiliados durante el período 12-3-97 al 31-7-00, realizada por la AGN en el marco del convenio de fecha 18 de agosto de 1999, celebrado entre el instituto y el citado órgano de control.

*1. Alcance de la cobertura*

El sistema odontológico prestado incluyó las prácticas de odontología general, operatoria dental, endodoncia, odontología preventiva, periodoncia,

radiología, cirugía, odontopediatría, prótesis, composturas en prótesis y estomatología.

Todas estas prácticas están previstas en el Programa Médico Obligatorio aprobado por resolución 939/00 del Ministerio de Salud, que establece un criterio mínimo y uniforme sobre las obligaciones en materia prestacional.

También contiene otros códigos que el citado programa no contempla, de lo que se desprende que el instituto brindaba una prestación odontológica más completa.

*2. Sistema de control prestacional*

Durante el período analizado, la Subgerencia de Control Prestacional y la Gerencia de Unidad de Auditoría Interna realizaron en todo el país el control del programa con auditores del nivel central. La primera en el ámbito de los efectores particulares y la segunda en el área de odontología de las sucursales. Estos controles se realizaron en la cantidad, por año y dependencia, que se indica en el siguiente cuadro:

	1997	1998	1999	2000
Subgerencia de Control Prestacional	61	28	166	8
Gerencia de Unidad de Auditoría Interna	13	27	18	11

*2.1. Los resultados que arrojaron las auditorías realizadas por los equipos evaluadores de la Subgerencia de Control Prestacional fueron los siguientes:*

1) Datos desactualizados en las sucursales sobre los servicios operativos (nómina - horario de profesionales domicilios) que generaron limitaciones a los equipos evaluadores del control en terreno y a los afiliados en el acceso al servicio. Las sucursales indicaron falta de información desde el nivel central y de las gerencadoras.

2) La sucursal Luján no era cubierta por ROSA, de acuerdo con los contratos, sino por AOISA quien no tenía adjudicada esta área geográfica.

3) Un alto porcentaje de los profesionales evaluados carecían de historias clínicas completas que permitan un seguimiento y control de las prestaciones brindadas.

4) Deficiencias técnicas en prótesis.

El resultado promedio de las calificaciones asignadas a los distintos efectores por la Subgerencia de Control Prestacional mostró, en general, para todo el servicio un concepto que oscilaba entre regular e insuficiente.

*2.2. Por su parte, los aspectos salientes de las auditorías realizadas por la Gerencia de Unidad*

*de Auditoría Interna en las sucursales fueron los siguientes:*

1) Falta de coincidencia entre las nóminas de odontólogos disponibles en la sucursal y los listados de la red de odontólogos de las gerencadoras.

2) Localidades con insuficiente número de prestadores, de acuerdo con la población beneficiaria.

3) Demoras en la entrega de prótesis.

4) Cobro de adicionales por profesionales odontólogos.

5) Las sucursales carecían de información completa sobre las características y alcances del sistema prestacional.

6) No se encontraba establecido el horario de atención de los odontólogos asistentes, para consultas de afiliados.

7) El área de odontología de algunas sucursales no tenía implementado cronograma de auditorías a prestadores, ni llevaba un registro de antecedentes por cada profesional de la red, lo que imposibilitaba comparar la cantidad de prestaciones realizadas respecto de las informadas.

*2.3. Las sucursales, a su vez, fueron instruidas por el Departamento de Prestaciones Odontológicas sobre las tareas de control que debían*

*realizar en sus respectivas jurisdicciones sus odontólogos asistentes.*

Las respuestas de las sucursales indicaron un bajo nivel de actividad de control. En el 26 % de las mismas no se contaba con odontólogo asistente y en las restantes, estos profesionales estaban limitados en sus funciones por tener que cumplir tareas administrativas y de atención al público.

### 3. Normas de control de la calidad prestacional

El instituto implementó un compendio de normas de control denominado "Normas y Criterios Vinculados a la Calidad Prestacional y Atención de la Salud", aprobadas por acta de directorio 35 de fecha 21-7-98, donde se contemplan los requisitos necesarios para la acreditación de los efectores odontológicos, con relación al perfil requerido, su capacitación profesional, la planta física y el equipamiento del consultorio, entre otras exigencias. Dichas normas no establecieron procedimientos para evaluar el proceso y la calidad de la atención odontológica prestada.

Se observó también que las planillas de evaluación de consultorios odontológicos instauradas por estas normas no eran utilizadas por las sucursales para los relevamientos a efectores, recurriendo a modelos anteriores, afectándose así la homogeneidad del criterio de evaluación interno del ente.

### 4. Información estadística

Los prestadores se encontraban obligados a enviar al instituto la información estadística mensual de las prestaciones que brindaban. De la información proporcionada por el ente sobre el cumplimiento de este requisito y del análisis de la misma se observó:

- La información proporcionada por AOISA no se enviaba desagregada por código de prestación, como lo exigía el contrato, sino de modo global.

- El ítem correspondiente a prótesis, por su diseño, no permitía establecer si se trataban de prótesis en proceso, instaladas o en reparación, con lo cual, en tratamientos prolongados, dificultaba el control del cupo mínimo del 10 % y 9 % mensuales establecido.

- Se evidenciaron carencias en la documental, respecto de las verificaciones realizadas por el instituto tendientes a corroborar el respaldo de la información estadística enviada por los prestadores. Consecuentemente se observa la falta de confiabilidad sobre la información final suministrada por las gerencadoras.

### 5. Quejas de los beneficiarios

De acuerdo con procedimientos de auditoría basados en circulares a sucursales, se obtuvo la siguiente información:

5.1. *Las causas principales que motivaron las quejas e inquietudes de los afiliados, sobre la prestación de AOISA, fueron las siguientes:*

- Insuficiente número de prestadores.
- Demoras en el rubro prótesis.
- Mala calidad protésica. Prótesis con falencias técnicas.
- Carencia de centros de urgencias odontológicas.
- Limitación de prácticas odontológicas por parte de la gerenciadora, a los profesionales. Esta situación genera demanda contenida.
- Laboratorios de prótesis dentales centralizados en capital, que ocasionaban problemas operativos respecto de los beneficiarios de la sucursal Luján.
- Frecuentes modificaciones del plantel profesional por parte de la gerenciadora, sin informarse al instituto los motivos y las condiciones contractuales.

5.2. *Por otra parte las quejas formuladas por los beneficiarios respecto de ROSA, versaron sobre los siguientes aspectos:*

- Insuficiente número de prestadores.
- Localidades sin atención odontológica en el ámbito de las sucursales Tucumán, San Luis, Formosa, Corrientes, Bahía Blanca, Chubut, Santa Fe, Chaco, San Juan, Santiago del Estero, Santa Cruz, Rosario, Salta, Entre Ríos, Misiones, La Rioja, Junín y La Plata.
- Demora en el otorgamiento de turnos, especialmente en el rubro prótesis.
- Falta de entrega de prótesis por incumplimiento de los laboratorios.
- Cobro indebido de adicionales por odontólogos de las sucursales Tucumán, Bahía Blanca, La Plata, Mar del Plata, Chaco, Entre Ríos, Santa Fe, Misiones, La Rioja y Junín.
- Falta de coordinación entre extracciones y colocación de prótesis, circunstancia que ocasionaba trastornos en los pacientes desdentados.

### 6. Campañas de prevención

No hubo campañas o planes nacionales de prevención de la salud bucal de los afiliados. Sólo algunas charlas de prevención en centros de jubilados.

### 7. Prótesis dentales.

7.1. En esta prestación se verificó un significativo incumplimiento de ROSA en su obligación de proveer el 10% de prótesis mensuales sobre el padrón de afiliados.

Las sucursales del interior informaron sobre una marcada subprestación en el cumplimiento del cupo mínimo de prótesis, situación que generó en forma permanente un requerimiento no satisfecho, así por ejemplo:



1. En la sucursal Tucumán, sobre 101.689 beneficiarios, con 1.016 códigos de prótesis mensuales, se informaron 520, lo que significa un incumplimiento del 50%.

2. En la sucursal Corrientes sobre 57.398 beneficiarios, con 573 códigos de prótesis mensuales, se informaron 50 prótesis, es decir, menos del 10%.

3. En la sucursal Chaco, sobre 60.000 afiliados, con 600 códigos de prótesis mensuales, informó: a) 352 entregas en enero; b) 359 en febrero; c) 331 en marzo; d) 238 en abril; e) 244 en mayo; f) 393 en junio; g) 396 en julio; h) 430 en agosto y 416 en septiembre del año 1998, con un incumplimiento aproximado al 50%.

La sucursal La Rioja hizo referencia a la demanda insatisfecha en prótesis, aunque sin indicar cifras.

Con relación a las razones que motivaran tal conducta, las sucursales indicaron que los odontólogos del interior sostenían que si cumplían con el cupo del rubro prótesis, lo que ROSA les pagaba no era suficiente para prestar códigos de odontología general.

Las sucursales señalaron además haber informado esta situación al nivel central y a ROSA, pero desconocían si se implementaron mecanismos correctivos.

Una auditoría sobre provisión de prótesis realizada por la subgerencia de control prestacional en el ámbito central de la gerenciadora ROSA, mostró el siguiente resultado:

- De 18.362 prótesis que ROSA debió proporcionar en un mes, de acuerdo al contrato, la información estadística, a nivel nacional del prestador indicaba 10.053 realizadas, verificándose así una diferencia de 8.309 prótesis, situación denunciada por el propio prestador.

- Dicha información estadística se encontraba respaldada sólo por 5.004 planillas de resumen, es decir que las restantes 5.049 prácticas informadas no fueron realizadas.

7.2. Con relación a AOISA, sólo la sucursal San Martín informó sobre su grado de cumplimiento en prótesis, estimándolo en el 90%.

Por su parte, la Subgerencia de Control Prestacional, comprobó que desde noviembre de 1997 hasta abril de 2000 inclusive, dicha prestadora entregó 11.332 prótesis menos que las convenidas. El total de prótesis no entregadas por AOISA fue valorizado en \$ 668.588 sobre la base del costo unitario de \$ 59 a \$ 100, según facturas verificadas en el ámbito del prestador y tomando el menor de dichos importes.

7.3. El tiempo que transcurría desde el inicio del tratamiento hasta la colocación de la prótesis podía

variar de seis meses a dos años, circunstancia que afectaba la calidad de vida de los afiliados. Esta demora obedecía al escaso número de prestadores de esta especialidad y los cupos establecidos por los prestadores AOISA y ROSA.

Al respecto cabe señalar que con una demora prolongada entre la toma de las impresiones para la colocación de prótesis y su instalación, existe alta probabilidad de que la prótesis quede desadaptada y no pueda ser instalada, dado que se está trabajando sobre tejidos vivos en constante transformación.

#### 8. Padrón de efectores odontológicos

Los padrones locales de prestadores odontológicos, tanto de AOISA como de ROSA que obraban en las sucursales, no eran confiables ni se encontraban actualizados. Era común que contuvieran nombres, direcciones y teléfonos equivocados, o en el caso de AOISA figuraban odontólogos que trabajaban para otras obras sociales y no para el Instituto.

Esta situación obedeció a las continuas altas y bajas de profesionales que disponían las gerenciadoras, situación que no era informada a las sucursales. A este respecto cabe señalar que en los contratos se estableció un mecanismo mediante el cual el prestador podía incorporar nuevos efectores, previa aprobación del instituto, reservándose éste último el derecho de vetar tales inclusiones y/o disponer la baja de los mismos. Sin embargo no existe evidencia de que este procedimiento se cumpliera.

La falta de actualización del padrón prestacional provocaba serios inconvenientes tanto a los afiliados como a la propia Gerencia de Control Prestacional, al concurrir al domicilio del efector y comprobar que éste no existía o no prestaba servicios para la obra social.

Las evoluciones del padrón de efectores evidenció una progresiva concentración del servicio en centros de atención odontológica, con una correlativa disminución de consultorios de odontólogos barriales en la última etapa de los convenios. La baja de estos odontólogos fue de más del 50%.

Finalmente también se observó del análisis del padrón de efectores, que la obligación de las gerenciadoras, prevista inicialmente en los contratos, de incorporar a su red a los odontólogos que ya eran prestadores del instituto, se cumplió sólo parcialmente.

#### 9. Cobro de adicionales.

El contrato con las gerenciadoras prohibía a los prestadores y efectores de la red el cobro de sumas de dinero a los beneficiarios, debiendo exhibir de manera destacada en los lugares donde brindaban atención un cartel con dicha prohibición.

Algunas sucursales informaron que profesionales de su ámbito cobraban un monto de dinero adi-

cional por las prácticas cubiertas, señalaron también el incumplimiento generalizado sobre la exhibición de carteles en los consultorios.

#### 10. Accesibilidad al servicio

La accesibilidad del afiliado al servicio resultó afectada básicamente, por la ausencia de odontólogos en pueblos del interior de las provincias y por la fijación de cupos de prestaciones que generaban diferimiento de turnos, razón por la cual la resolución de la patología odontológica, especialmente en los niveles II y III, se prolongaba más tiempo que el necesario.

#### 11. Derecho de libre elección del profesional

Según los convenios celebrados con AOISA y ROSA, los afiliados tenían libertad de elección del facultativo. Este derecho fue respetado por las gerencadoras con la sola limitación de algunas localidades donde contaban con un solo efector.

#### 12. Atención domiciliaria

Las prestadoras tenían obligación de brindar cobertura domiciliaria a los afiliados que se encontraban físicamente impedidos de ambular o internados en hogares geriátricos y/o psiquiátricos.

Esta modalidad prestacional no se cumplió en la totalidad de las sucursales. Al respecto las sucursales Corrientes, Entre Ríos y Santa Cruz informaron carecer de este servicio; en La Rioja se trasladaba a los afiliados internados en geriátricos con un móvil del instituto, y en la sucursal Bahía Blanca se comenzó a brindar este beneficio recién a partir de una intimación al prestador.

Las sucursales Salta, Neuquén, Santiago del Estero y Jujuy informaron, por su parte, no contar con información relacionada con esta prestación, lo que sugiere que el servicio no fue implementado en sus ámbitos.

En aquellas sucursales donde se brindaba el servicio, los pacientes eran asistidos por profesionales odontólogos que transportaban un equipo portátil, sin unidad móvil odontológica, salvo en las ciudades de Rosario, Mar del Plata y en la provincia de Misiones donde contaban con vehículos especialmente equipados para ello.

Cabe señalar que las normas y criterios vinculados a la calidad prestacional y atención de la salud del instituto prevén la existencia de móviles odontológicos, estableciendo las características técnicas exigidas para estas unidades y los requisitos que deben cumplir el personal profesional y choferes.

Sin embargo, si bien fue prevista en los contratos celebrados con AOISA y con ROSA esta modalidad prestacional, no se estableció la forma en que debía llevarse a cabo, ni la obligatoriedad de contar con móviles odontológicos, cantidad por territorio y número de afiliados, entre otras exigencias posibles, lo que posibilitó las falencias indicadas.

#### 13. Aspectos contractuales y contables

13.1. El pago realizado por las gerencadoras AOISA y ROSA a los efectores odontólogos fue por prestación, con un cupo límite de beneficiarios y prácticas por realizar.

De esta forma, el indeterminado riesgo empresarial que presupone un servicio capitado por la posible mayor o menor demanda, en la práctica no existió toda vez que con los cupos de atención que fijaron las gerencadoras regularon y contuvieron la demanda, con la posibilidad de establecer y regular su rentabilidad, cuya dimensión se desconoce.

En el caso de AOISA por ejemplo, los odontólogos señalaron que en el inicio del contrato con el instituto recibían como retribución la suma de \$ 800 mensuales, con un cupo de 80 pacientes a razón de 2 prestaciones por mes (160 prestaciones a \$ 5 cada una). Posteriormente el cupo de pacientes fue limitado a 50 afiliados, percibiendo los odontólogos \$ 500 y finalmente, hacia el final del contrato (noviembre de 1999 a febrero de 2000), el cupo de pacientes se redujo a 25, con una retribución al profesional de \$ 250.

Esta significativa disminución prestacional guarda relación con las modificaciones económicas producidas durante la vigencia del contrato, aspecto que se observa comparando los pagos a AOISA de distintos meses, con la respectiva disminución de las prestaciones autorizadas por la modificación de los cupos. El siguiente cuadro expone dicha situación:

Mes	Disminución de los ingresos de AOISA	Disminución prestacional
Nov/97: Inicia el contrato con un valor cápita \$ 1.70	0 %	0 %
Abr/99: Se disminuye el valor cápita a \$ 1.48	-13 %	-37,50 %
Nov/00: El instituto comenzó a liquidar sólo el 50 % de lo facturado	-56,47 %	-68 %

Es pertinente aclarar que la subprestación verificada, en mayor proporción a la disminución del precio de la cápita, coincide con el hecho de que a partir de febrero de 1999 el instituto comenzó a pagar con retraso.

Lo indicado muestra que los afiliados del instituto, con el menor servicio que recibieron, soportaron el impacto de la baja en el precio del contrato.

Con relación a ROSA, no fue posible realizar una estimación comparativa como la precedente, no obstante, de los informes de auditoría analizados se extrae que incurrió en subprestación, lo que además resultó corroborado con lo informado por las siguientes sucursales:

- Sucursal Mendoza: refirió que la cantidad de pacientes atendidos mensualmente fue aumentando, partiendo de 671 pacientes en diciembre de 1997, llegando al pico prestacional en mayo de 1998 con 5.478 pacientes, y terminando con 310 en noviembre de 1999.

- Sucursal La Plata: informó que hubo subprestación entre los meses de diciembre de 1999 y mayo de 2000.

- Sucursal San Juan: señaló que hubo subprestación. De 230 profesionales que contaban en noviembre de 1997, pasaron a 10 en enero de 1998, hasta llegar a 29 profesionales. Los afiliados creían que el instituto no brindaba asistencia odontológica.

- Sucursal Tierra del Fuego: informó que hubo suspensiones de servicios entre fines de 1998 y febrero de 1999, habiendo reducción de prestaciones a partir de junio de 1999.

13.2. En la causa 2.014/99 en trámite ante el Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional 10, Secretaría 20, se investigan las irregularidades en las prestaciones odontológicas brindadas a los afiliados, habiendo suspendido, el instituto, los pagos adeudados al prestador hasta tanto se dicte el correspondiente pronunciamiento judicial.

13.3. Los contratos no previeron cláusulas punitivas por incumplimientos, con lo cual el instituto vio limitado su poder correctivo ante desvíos, como los señalados en este informe.

13.4. En febrero de 1999 el instituto incurrió en un retraso de 32 días en el pago, el que se incrementó a 80 días en febrero de 2000, continuando con esa tendencia.

13.5. Se observaron expedientes de pago con documentación esencial sin firmas de los funcionarios responsables y en algunos casos sin aclaración de las mismas.

Las principales observaciones que se formulan en este expediente son las siguientes:

—La Subgerencia de Control Prestacional calificó al servicio odontológico prestado por las gerencadoras Asistencia Odontológica (AOISA) y Red Odontológica S.A. (ROSA) con un concepto entre regular e insuficiente.

Escasa actividad de control por parte de las sucursales. El 26% de las mismas no contaba con odontólogo asistente.

Falta de precisión y confiabilidad de la información estadística suministrada por las gerencadoras.

No se realizaron campañas o planes nacionales de prevención de la salud bucal de los afiliados.

Importante grado de incumplimiento de la gerencadora ROSA en su obligación de proveer prótesis dentales. Por ejemplo, las sucursales Tucumán, Corrientes y Chaco informaron un nivel de subprestación del 50%, 90% y 50%, respectivamente. Los odontólogos del interior sostenían que si cumplían con el cupo del rubro prótesis, lo que ROSA les pagaba no era suficiente para prestar códigos de odontología general. Una auditoría realizada por la Subgerencia de Control Prestacional evidenció que, de 18.362 prótesis dentales que dicha gerencadora debía proporcionar en un mes, 8.309 fueron omitidas.

En el período comprendido entre noviembre de 1997 y abril de 2000, AOISA entregó 11.332 prótesis menos que las convenidas, valorizadas en \$668.588.

La subprestación incurrida por AOISA coincide temporalmente con la disminución del precio de la cápita y el comienzo de los pagos con retraso por parte del instituto a partir de febrero de 1999, lo que evidencia que los afiliados, recibiendo un menor servicio, fueron quienes soportaron el impacto de la baja en el precio del contrato y el costo financiero del retraso en el pago.

Casos de afiliados en los que el tiempo que transcurre desde el inicio del tratamiento hasta la colocación de la prótesis era de seis meses a dos años.

Los padrones de prestadores odontológicos en las sucursales no eran confiables ni se encontraban actualizados. Esto obedecía a las continuas altas y bajas de profesionales, situación que no era informada a las sucursales ni contaba con la aprobación del instituto, no obstante que contractualmente se había previsto un mecanismo a este efecto.

- La obligación de brindar cobertura domiciliaria a los afiliados físicamente impedidos de ambular o internados en hogares geriátricos y/o psiquiátricos no se cumplió íntegramente. Las sucursales Corrientes, Entre Ríos y Santa Cruz informaron carecer del servicio; en La Rioja se trasladaba a los afiliados internados en geriátricos con un móvil del instituto, y en la sucursal Bahía Blanca se comenzó a brindar esta cobertura a partir de una intimación al prestador. Las sucursales Salta, Neuquén, Santiago del Estero y Jujuy informaron a su vez, no contar con información relacionada con esta prestación, lo que indica que el servicio no fue implementado en sus ámbitos.

• Los contratos no previeron cláusulas punitivas por incumplimientos, con lo cual el instituto vio limitado su poder correctivo ante desvíos como los señalados.

### 5. Descargo del organismo

Se procedió a remitir al organismo el proyecto de informe a través de la nota CS 064/02 de fecha 05/09/02 con el objeto de elevar el correspondiente descargo. Si bien el instituto se encuentra notificado el día 09/09/02, no se obtuvo respuesta dentro del plazo acordado.

Expediente OV 461/02 - Resolución AGN 180/02

Por estas actuaciones la AGN informa sobre la auditoría de gestión del servicio de provisión de prótesis y ortesis brindado por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados a sus afiliados durante el período 12/3/97 al 28/12/01. La tarea se efectuó en el marco del convenio de fecha 18 de agosto de 1999 celebrado entre el Instituto y la Auditoría General de la Nación.

#### 1. Aspectos contractuales

##### 1.1. Proceso de selección y contratación del prestador.

No fue posible ubicar en el ámbito del Instituto actuaciones administrativas que documenten de modo suficiente el origen y trámite de selección y contratación posterior de las gerencadoras Bioimplant y Angiocor.

Los únicos antecedentes obtenidos en este sentido indican la existencia de una propuesta previa de la empresa Angiocor SRL para la cobertura del servicio, anexa a una nota de fecha 10/2/98 del Departamento Compras de Insumos Médicos que propicia la contratación de dicha empresa como único ente gerenciador, nota esta avalada por los gerentes de Legales, de Atención de la Salud y de Regionalización, en el mismo mes.

Luego sólo obran los contratos con Bioimplant y Angiocor, sin conocerse de qué modo se seleccionó y contrató estas gerencadoras.

No obstante se verificó que las empresas Bioimplant S.A., Tecnofix S.A. y Angiocor S.R.L., según sus estatutos, ya operaban individualmente en plaza en el ramo, desde 1985, 1997 y 1992, respectivamente, y además eran proveedoras de prótesis del Instituto con anterioridad al gerenciamiento que encararon.

##### 1.2. Análisis de costos

Tampoco se obtuvo evidencia de la existencia de análisis de costos respaldatorios de la razonabilidad del precio de la cápita convenida en los contratos celebrados con las gerencadoras Bioimplant y Angiocor, sobre la base del precio individual de los productos a entregar y tasas históricas o ponderadas de utilización, elementos indispensables que se deben tener en cuenta para poder ponderar la razonabilidad del valor cápita del convenio.

Al respecto cabe señalar que el Departamento de Costos y Estudios de Mercado por intermedio de sus áreas Estudios de Mercado y Costos, era la dependencia que debió realizar los análisis omitidos, ya que, entre sus funciones, tenía a cargo: 1) desarrollar los estudios tendientes a la formulación de los valores de cápitaa, aranceles o modo de retribución de las prestaciones médicas y sociales que instrumenta el instituto; 2) participar en la determinación de la información estadística a producir, para mantener actualizadas las tasas de uso; 3) efectuar la evaluación, emitiendo opinión acerca de la razonabilidad de precios obtenidos de las compulsas observadas en el mercado; etcétera.

Dicho departamento informó en este sentido que no tuvo intervención alguna en la determinación de los valores de los convenios con Bioimplant y Angiocor.

De igual forma, la modificación del precio de la cápita acordada con ambas gerencadoras mediante actas acuerdo de fecha 26-3-99, tampoco contó con la opinión del Departamento de Costos y Estudios de Mercado como respaldo de la razonabilidad del nuevo valor convenido.

También se observó que el departamento en cuestión no se encontraba en condiciones operativas para las tareas bajo su responsabilidad, dado que no contaba con una estructura suficiente para poder cumplir con su cometido en todo el ámbito del instituto. Al 27/12/99 contaba con sólo 4 agentes, cantidad de personas insuficiente para poder desarrollar sus funciones en el marco de la multiplicidad de operaciones y contratos prestacionales que realiza el instituto en toda la República.

Con relación a los nuevos contratos con las UGP, tampoco pudieron obtenerse antecedentes sobre la incidencia del costo de las prótesis en la formación del precio de la cápita referencial en los concursos de precios.

##### 1.3. Comité Arbitral

Fue previsto contractualmente durante la vigencia del contrato con Bioimplant y Angiocor el funcionamiento de un comité arbitral integrado por un representante del prestador y uno del instituto, presidido por la máxima autoridad de este último o quien ésta designe, al cual debían someterse todas las cuestiones técnico operativas derivadas de la interpretación y aplicación del contrato (artículo 5° de los contratos).

No fue posible conocer si este comité llegó a implementarse debido a la ausencia de antecedentes documentados de su gestión (actas de reuniones, resoluciones, por ejemplo). El único antecedente que se recibió del mismo fue la convocatoria hecha por la máxima autoridad del instituto mediante resolución 369/01 INSSJP de fecha 28/5/01, luego de rescindido el contrato, para el tratamiento de aspectos relacionados a reclamos del prestador por débitos efectuados.

#### 1.4. Penalidades por incumplimiento

Los convenios suscriptos con Bioimplant y Angiocor no contemplaron penalidades ni cargos compensatorios para el caso de falta de entrega de los elementos comprometidos.

Esta omisión permitió que ante los incumplimientos en la entrega por parte de las prestadoras, el Instituto sólo tenía el derecho a formular un débito por el costo del elemento protésico adquirido fuera del convenio, sin compensación por el gasto administrativo generado a partir del proceso de compra unitaria, la provisión del elemento y los movimientos contables respectivos.

En los nuevos convenios celebrados con las UGP que incluyeron en la prestación de salud la entrega de elementos protésicos fue previsto un régimen sancionatorio que en materia de prótesis previó una sanción de \$ 5.000 a \$ 10.000 para los casos de implantarse una prótesis u ortesis que no posea las características técnicas aceptadas por el Instituto. Empero la falta de provisión de estos elementos no se contempló expresamente, aunque podría ser encuadrada en la causal de “rechazo injustificado de atención de beneficiarios” penalizada con una multa de \$ 2000 y pesos \$ 5.000.

Independientemente de la aplicación de estas multas que derivan en un procedimiento administrativo contradictorio tendiente a la graduación y aplicación de las mismas, se aprecia la ausencia de un sistema ágil de compensación de los gastos derivados de la secuela administrativa que genera el incumplimiento, por ejemplo mediante cargos administrativos fijos proporcionales al valor del elemento no provistos y adquiridos por el Instituto.

### 2. Sistema de control

#### 2.1. Información estadística

2.1.1. Como uno de los fundamentos invocados por el Departamento de Compras de Insumos Médicos para propiciar la contratación del servicio de provisión de prótesis con las firmas Bioimplant y Angiocor, luego pedida y avalada por las gerencias de regionalización y de Atención de la Salud, se expresó que la concentración de las compras facilitaría la obtención de estadísticas reales que luego posibilitarían un manejo adecuado del gasto.

Sin embargo, cuando se formalizaron los contratos se omitió en su texto establecer como obligación de estas gerencias, el suministro de tasas de utilización periódicas por elemento individual o al menos por tipos de prótesis.

Esta omisión, que marca una notoria diferencia con otros contratos celebrados durante la misma gestión, analizados por esta auditoría (por ejemplo, prestaciones médicas, odontología, óptica, psiquiatría y hemodiálisis, en los cuales siempre se tomó el recaudo de fijar información estadística básica sobre el cumplimiento de los servicios, mecanismo de

información mínimo en un contrato capitado, independientemente que en algunos de estos contratos el diseño de la exposición de los datos fuera mejor o más acertado que en otros.

Como consecuencia de ello el instituto no recibió de las gerencias ninguna información sobre el grado de cumplimiento de sus obligaciones.

De esta forma, además de no contar con esta herramienta de control de cumplimiento prestacional, el Instituto tampoco pudo obtener información estratégica para el cálculo de costos de futuras contrataciones y el control bioestadístico de la evolución de las prestaciones quirúrgicas de II y III Nivel que necesitan elementos protésicos.

El instituto tampoco realizó acciones tendientes a revertir esta situación acordando con las gerencias la implementación de un sistema de información u obteniendo la misma mediante mecanismos alternativos, por ejemplo a partir de las gerencias de salud y sus establecimientos de II Nivel.

2.1.2. En los nuevos contratos formalizados con las UGP se incorporó como cláusula genérica, el derecho del instituto para requerir a estas organizaciones información estadística en el soporte documental o informático que se determine (artículo 33 del Pliego de Bases y Condiciones Generales), estableciéndose para Prótesis e Implantes en su Anexo B, dentro de un listado tentativo de indicadores básicos, la “Perfiles de Utilización de Insumos Especiales, Prótesis e Implantes”, pero sin ninguna especificación al respecto.

A la fecha del cierre de las operaciones en terreno no se había diseñado un sistema de información periódica mediante el que se pueda conocer parámetros de utilización y cumplimiento, de las UGP en la entrega de prótesis a los afiliados de su cápita.

#### 2.2. Control prestacional

La Subgerencia de Control Prestacional de la Gerencia de Prestaciones Médicas tenía la responsabilidad de realizar el control prestacional del instituto sobre los prestadores y efectores de todo el país, mediante sus equipos de auditores del Nivel Central.

Para el cumplimiento de su función dicha subgerencia se encontraba facultada a realizar auditorías tanto en la sede de prestadores principales (gerencias, UGP, asociaciones de prestadores, entre otras formas) como en los establecimientos efectores. En el caso de las prótesis, los contratos con Bioimplat y Angiocor contemplaban como facultad del instituto realizar auditorías, debiendo garantizar las prestadoras el libre acceso de profesionales o auditores a sus propias dependencias.

Al respecto cabe señalar que para la contratación del servicio mediante gerencias se sostuvo que con dicha modalidad se simplificaría 14 auditoría contable y operativa del sistema, dado que con la unificación se podrían obtener datos más certeros.

Sin embargo la Subgerencia de Control Prestacional nunca auditó la gestión de las gerencadoras Bioimplat y Angiocor durante el período considerado.

En su contestación sobre el tema la citada subgerencia justificó su prescindencia en el control de este servicio, en la falta de acceso a los contratos celebrados por el instituto con dichas gerencadoras.

Con las adjudicaciones de los servicios de salud a las nuevas UGP y como parte de controles prestacionales generales a estas organizaciones, la Subgerencia de Control Prestacional comenzó a evaluar del sistema de provisión de prótesis de estas prestadoras sobre la base de los siguientes ítem: Funcionamiento de los circuitos de prescripción-provisión; Demoras y Estadística, de acuerdo con los cuestionarios aplicados.

Durante el período 2000/2001 realizaron auditorías prestacionales integrales a tres UGP, dos de Santiago del Estero y una de la Ciudad de Buenos Aires, que, contemplaron entre los aspectos analizados, el sistema de provisión de prótesis. No obstante este control no resulta suficiente en tanto el Instituto no defina el sistema de información estadística a que se alude en el punto 4.2.1.2.

### 2.3. Control a las áreas operativas

La Gerencia de Auditoría Interna es quien tiene a su cargo el control operativo de las áreas propias del instituto.

Durante el período analizado se observó la realización de auditorías de esta gerencia sobre elementos de fisiatría en comodato y en la provisión de determinados elementos no previstos en los convenios con Bioimplat y Angiocor, pero no se recibieron informes que den cuenta de la realización de auditorías integrales en las áreas responsables de la administración del sistema tercerizado de provisión de prótesis a los afiliados y de compra directa, bajo responsabilidad de las siguientes áreas sustantivas: Departamento de Prestaciones Especiales de la Subgerencia de Programas y Prestaciones Especiales de la Gerencia de Prestaciones Médicas para el sistema tercerizado y el Departamento (luego Gerencia) de Compras de Insumos Médicos para el sistema de compra propio.

### 2.4. Manuales de procedimiento

No existían manuales ni normas de procedimiento que regulen adecuadamente la tramitación y control de los pedidos, admisión y provisión a los afiliados de las prótesis adquiridas por el instituto que se encontraban fuera del convenio de provisión tercerizada con Bioimplat y Angiocor y luego con las UGP o por falta de provisión de éstas. Se pudo acceder a una propuesta del sector operativo para la implementación de un "sistema de compras de insumos médicos" que define un circuito adminis-

trativo formal, pero éste no fue considerado por las autoridades del ente.

Esta omisión es relevante habida cuenta la importancia económica de los montos involucrados en el circuito. Por ejemplo, por esta vía de compra directa durante el año 2000 se adquirieron elementos por un total de \$ 8.013.019,99, sólo para traumatología y ortopedia, (aspiradores, descartables, endoprótesis, equipos, exoprótesis, ortesis y ayudas externas, ostiosíntesis, prótesis).

### 3. Aspectos prestacionales

#### 3.1. Cobertura del servicio.

Del análisis médico del detalle de los elementos protésicos que entregaban Bioimplat y Angiocor, se concluye que los mismos respondían a las necesidades generales de la población bajo cobertura, quedando fuera del sistema prótesis más onerosas y menos usuales en la población mayor (por ejemplo elementos de fijación para columna vertebral y prótesis no cementadas).

Estas últimas eran cubiertas por el Instituto sin costo para el afiliado mediante un tratamiento individual del pedido por la Subgerencia de Prestaciones Especiales y posterior compra directa mediante la Subgerencia de Compras e Insumos Médicos.

En los nuevos convenios con las UGP se mejoró el espectro de cobertura del servicio a cargo del prestador, incluyéndose elementos de fijación para columna vertebral, prótesis no cementadas, todo tipo de prótesis vasculares, suturas mecánicas, stent, válvulas cardíacas y marcapasos transitorios.

Asimismo, con el estudio de los listados generales de compras de prótesis fuera del convenio capitado realizadas por el ente durante el período analizado, se aprecia que la provisión y variedad de elementos protésicos adquiridos en su conjunto cumplió con el objetivo de cubrir las necesidades de salud, de los afiliados del ente.

No se observaron casos significativos de demoras en la entrega de prótesis por parte de Bioimplat, Angiocor ni en las compras directas de prótesis fuera de convenio realizadas por el Instituto.

#### 3.2. Banco de prótesis y ortesis.

3.2.1. La situación del Banco de Prótesis de la Sucursal VI Capital al mes de marzo de 1997, según informes de auditoría de esa época se caracterizaba por el mal estado de conservación e higiene del local destinado al almacenamiento de prótesis, la ausencia de fichas de consumo con registro de ingresos, salidas y stock; falta de control de las fechas de vencimiento de los elementos; acumulación desproporcionada de prótesis de medidas no usuales, y existencia de prótesis sin su envase original.

Esta situación se fue superando con la entrega de prótesis por las gerencadoras Bioimplat y Angiocor primero y las ÚGP después. Las prótesis por compra directa no acumulan stock toda vez que se adquieren a requerimiento del afiliado.

3.2.2. Los elementos de fisiatría (ortesis) siguen siendo adquiridos centralizadamente y provistos a las distintas sucursales del país por el Banco de Prótesis Central del instituto mediante entregas generales e individuales.

La centralización del sistema si bien permite organizar las compras, ocasiona demoras en la provisión de elementos a las distintas sucursales para su préstamo en comodato a los afiliados. Durante 1998/2000 en 19 sucursales del instituto existían beneficiarios en espera de provisión de ortesis. De las restantes no se informa.

El siguiente cuadro expone la situación particular de la espera de elementos en 5 importantes sucursales en el año 2000.

Sucursal	Fecha	Beneficiarios en espera	Ultima provisión general
Córdoba	Sep. 00	188	Ene. 98
Rosario	Sep. 00	831	Ene. 98
Lanús	Sep. 00	457	Jun. 00
Mar del Plata	Ago. 00	91	Jun. 00
Entre Ríos	Sep. 00	56	Ene. 98

#### 4. Aspectos contables

4.1. En las cuentas corrientes del Instituto correspondientes a las gerencadoras Bioimplat y Angiocor se registraban, además de las operaciones derivadas de la ejecución de los convenios nacionales capitados, otras numerosas operaciones correspondientes a compras directas efectuadas a estas gerencadoras por prótesis excluidas del convenio.

La unificación de todas estas operaciones de distinto origen y naturaleza en una sola cuenta y la gran cantidad de expedientes que las mismas conllevan, imposibilita la evaluación de la ejecución financiera de los convenios nacionales de las citadas gerencadoras a través del análisis de la evolución de sus cuentas.

4.2. Las compras directas de prótesis fuera de convenio se instrumentaban mediante dos expedientes, por uno de ellos tramitaba la solicitud, la evaluación y autorización médica del Instituto y en el se agrega el certificado de implante extendido por el médico cirujano con el *sticker* del elemento protésico, mientras que por el otro expediente tramitaba la adquisición y pago a partir de la orden de compra.

Estos expedientes no se acumulan luego de efectuados la compra y el implante quirúrgico, lo que impide la evaluación posterior consolidada en sus aspectos prestacionales y económicos, de la gestión de provisión de elementos protésicos a los afiliados.

4.3. Los débitos a practicar por el Instituto a las empresas Bioimplat y Angiocor por prótesis no provistas establecidos por las Facturas PAMI emitidas por la División Ajuste y Recuperos, eran formulados en los expedientes de pago mensuales sin

un criterio predefinido, a veces en forma total o mediante débitos parciales imputados en distintos meses y en otros expedientes de pago. Ello, unido a la significativa cantidad de expedientes de compras de prótesis individuales a debitar, impide realizar un adecuado control de la integridad de los débitos que se deben realizar a los prestadores.

4.4. En los expedientes de pago correspondientes a Biomplant y Angiocor no obraba la certificación de la prestación del servicio por parte de las áreas responsables del instituto.

Esta situación fue corregida a partir del dictado de las resoluciones 20/2000 y 1.042/2000 CIN, en virtud de las cuales la conformidad de la prestación del servicio debe ser brindada por la Subintervención de Prestaciones Médicas, mensualmente y por tipo de prestación.

Las observaciones más relevantes que presentan estas actuaciones son las siguientes:

Inexistencia de actuaciones administrativas sobre el origen y trámite de selección y contratación de las gerencadoras Bioimplat y Angiocor.

Ausencia de análisis de costos respaldatorios de la razonabilidad del precio de la cápita convenida.

No se establecieron penalidades ni cargos compensatorios por falta de entrega de los elementos comprometidos.

Los contratos no previeron como obligación de las gerencadoras, el suministro de tasas de utilización periódicas por elemento individual o al menos por tipos de prótesis. Como consecuencia de ello el Instituto no recibió de las mismas ninguna información sobre el grado de cumplimiento de sus obligaciones. Ni tampoco realizó acciones tendientes a revertir esta situación.

La Subgerencia de Control Prestacional nunca auditó la gestión de las gerencadoras Bioimplant y Angiocor durante el período considerado, dependencia que justificó su prescindencia en el control de este servicio, en la falta de acceso a los contratos.

- No se realizaron auditorías a las áreas sustantivas centrales, responsables éstas de la administración y control tanto del sistema tercerizado de provisión de prótesis como por la compra directa.

- No existían manuales ni normas de procedimiento que regularan adecuadamente la tramitación y control de los pedidos, admisión y provisión a los afiliados de las prótesis adquiridas por el instituto que se encontraban fuera del convenio de provisión tercerizada con Bioimplant y Angiocor.

Esta omisión es relevante habida cuenta la importancia económica de los montos involucrados en el circuito. Por compra directa se adquirieron elementos por un total de \$ 8.013.019 durante el año 2000.

- Los expedientes de pedido de prótesis y de compra no se acumulan luego de efectuados la adquisición y el implante quirúrgico, dificultando la evaluación posterior consolidada en sus aspectos prestacionales y económicos, de la gestión de provisión de elementos protésicos a los afiliados.

- En los expedientes de pago de Bioimplant y Angiocor no obraba la certificación de la prestación del servicio.

#### *Descargo del organismo*

Mediante nota 1.609/02 - DD/USA, el instituto envió a la AGN el descargo al proyecto de informe a través del subgerente de insumos médicos según nota 1.252/02 - SGIM.

Sobre la base de dicha opinión se realizó el siguiente análisis:

Descargo relativo a las aclaraciones previas del informe de auditoría: los datos volcados en este punto por el informe se entiende como válidos, respecto de las empresas, los suministros, las exclusiones y aquellos implantes que quedaron a cargo del Instituto. El área responsable accedió solo parcialmente a los contratos mencionados a los fines de constatar si la entrega de materiales se ajustaba a esos convenios, señala que actualmente esto es así y se propuso una licitación a los fines de mejorar esta prestación.

Descargo (Punto 1.2): Los análisis de costos son de difícil elaboración. Las tasas de uso y estadísticas actuales fueron tomadas de datos parciales que se obtuvieron de los proveedores. Destaca el área que si bien no existen los datos precisos para dar peso a la valorización de la cápita, el Instituto en sí mismo se ha conformado en el modelo patrón de los sistemas capitados y el valor de su cápita es referencia en todo tipo de contratación de estilo a escala nacional, siendo la misma aceptada como ra-

zonablemente correcta en todos los ámbitos. Se reconoce que la cantidad de personal afectada al Departamento de Costos y Estudios de Mercado era escasa y señala que con la creación de la Subgerencia de Insumos Médicos, se podrán obtener datos más exactos.

Descargo (Punto 1.4.): El instituto expresa que en una licitación en curso se implementaron sistemas de débitos y multas por incumplimiento similar a los mencionados, con la facultad del Instituto a no realizar pagos hasta tanto sea resuelto alguno de los inconvenientes posibles en la prestación, mediante auditoría compartida previa.

Descargo (Obs. Puntos 2.1.1. y 2.1.2.): A los fines de obtener la información ausente la Subgerencia de Insumos Médicos señala que impulsó la puesta en marcha de dos sistemas informáticos libres de costo para el instituto. El primero consistente en un sistema de control que registra el seguimiento del trámite de adquisición, el agente responsable de la operatoria, datos del médico prescriptor, tipo de insumo detallado por código, por UGI, y por centro, información nutrida por los trámites de excepción. El segundo sistema informático, destinado a obtener todo tipo de información sobre pedidos de implantes, respuesta por parte del proveedor, dictámenes de auditoría interna y externa de los prestadores, tiempo transcurrido entre la solicitud y la entrega, fecha y datos de implante además de permitir tener una historia clínica on line.

Descargo (Obs. Punto 2.3.) Como respuesta a este punto el organismo referenció las posibilidades del sistema informático de seguimiento de los implantes citado al contestar los puntos 2.1.1. y 2.1.2.

Descargo (Punto 2.4.): No se contaba con dichos manuales confeccionándose actualmente uno para la adquisición de implantes y otro para Banco Central de Prótesis.

Descargo (Punto 3.1.): El instituto admite que gran cantidad de elementos de uso frecuente se encontraban excluidos de la prestación, siendo la compra responsabilidad del Instituto, aclarando en este sentido que actualmente los mismos han sido incluidos en la licitación pendiente de adjudicación.

Descargo (Punto 4.1.) : Informa el ente que se relevó el stock en todos los minibancos de las sucursales (ahora UGL) con centralización de insumos en el Banco Central de Prótesis. Agrega que aún hoy existen implantes sin utilizar y con poca información sobre su procedencia. Se recuperó material y aquél que no está asignado a ningún beneficiario se lo remite a las Policlínicas propias PAMI I y PAMI II de Rosario. Se adquirió equipo informático faltante, se lo vinculó con la red del instituto para consultas de las UGI, y se encuentra en etapa final de desarrollo un sistema informático de control de gestión, de stock y movimientos de insumos.



Descargo (punto 4.2.): expresa el instituto que actualmente se archivan los expedientes y se finaliza el trámite, proyectándose implementar un sistema riguroso de control de implante del material solicitado.

Examinados estos descargos por la AGN la misma no encontró mérito para levantar las observaciones oportunamente formuladas.

#### *Expediente OV 197/03 - Resolución AGN 58/03*

Por estas actuaciones la AGN informa sobre el examen especial que practicara sobre el cumplimiento de las políticas de salud del Poder Ejecutivo nacional a través de la adecuación de la planificación, ejecución y control de las prestaciones de salud brindadas por el instituto en el ejercicio 2001 y la situación prestacional hasta el 28/11/02.

La tarea realizada produjo los siguientes comentarios y observaciones:

#### *1. Adecuación de las políticas del INSSJP con las políticas nacionales en materia de salud*

1.1 El INSSJP no desarrolla programas y actividades de prevención y control de los riesgos en forma adecuada y acordes con la composición etaria de la población beneficiaria.

El modelo de atención de la salud propiciado por la Nación, publicado mediante documento del Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, y aprobado por decreto 455/2000, establece como una de sus políticas instrumentales el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica en pos de obtener un sistema más eficaz y económico. Durante el ejercicio 2001 y hasta la fecha de corte del presente el INSSJP no ha desarrollado acciones programadas y sistemáticas en este sentido con excepción de las campañas anuales de vacunación gratuita contra la gripe.

1.2 Las prestaciones médicas básicas actualmente brindadas en el INSSJP no alcanzan a las establecidas por el Programa Médico Obligatorio de Emergencia, aprobado por resolución MS 201/02, obligatorio para todas las obras sociales nacionales y el INSSJP.

El Programa Médico Obligatorio de Emergencia es un listado de prestaciones básicas esenciales que obligatoriamente deben brindar las obras sociales a sus afiliados mientras dure la emergencia sanitaria declarada por decreto 486/02. Involucra las prestaciones del primer nivel de atención de la salud, médicos de cabecera y prácticas de baja complejidad; segundo nivel con especialistas para atención ambulatoria e internación y un tercer nivel de alta complejidad.

En este sentido el propio decreto define dichas prestaciones básicas esenciales como "...las necesarias para la preservación de la vida y la atención de las enfermedades,..." y faculta al Ministerio de

Salud para su definición. Asimismo, faculta al interviniente del INSSJP a programar el orden de prioridades de cobertura de aquellas prestaciones no alcanzadas por la definición anterior y lo habilita a renegociar los contratos vigentes.

El INSSJP renegó los contratos prestacionales realizando una nueva definición sobre prestaciones que se incorporaron como Anexo I de las actas modificatorias de los contratos de prestaciones médicas, celebrados con los distintos prestadores (denominados en la terminología utilizada por el instituto, unidades de gestión y participación - UGP).

Del análisis del mencionado detalle surge que:

- No varió la situación en el nivel I - médicos de cabecera y prácticas de baja complejidad.

- Se establecen plazos máximos para la atención por especialistas (interconsultas) –nivel II de pacientes ambulatorios–, situación que presupone una demora no habilitada en el PMOE del Ministerio de Salud.

- Se deroga la obligación de resolver los casos de cirugía programada en 30 días, lo que llevó en la práctica a la eliminación de esta modalidad de atención.

- También en el nivel II se determina que se prestarán como mínimo 9 especialidades, mientras que las reconocidas por el PMOE son 37. Si bien no restringe las especialidades a 9 sino que las determina como mínimas, se presentan serias dificultades para exigir el cumplimiento de las restantes, situación que se verificó con las distintas sucursales (UGL).

- Se excluyen servicios como la oftalmología de alta complejidad (por ejemplo, cirugía de cataratas de alta prevalencia en gerontes).

- Se convienen limitaciones a la internación reconociendo como prioritarias sólo aquellas que determinaren un riesgo de vida o social, quedando las restantes al arbitrio de una auditoría compartida entre el prestador (UGP) y el instituto.

- Por último, existen numerosas prácticas diagnósticas y terapéuticas de alta complejidad excluidas del menú prestacional. De las correspondientes a especialidades analizadas (traumatología y nefrología), pueden ser reemplazadas por otras sí incluidas, pero que no ofrecen el mismo grado de precisión de diagnóstico y tratamiento.

Las prácticas no cubiertas resienten la calidad de la atención médica y sólo se pueden realizar por tramitación de excepción, con los riesgos de demoras y altos costos que ello implica.

En cuanto a los medicamentos para pacientes ambulatorios, el PMOE garantiza una cobertura mínima del 40% sobre los precios de lista (Anexo III y IV de la resolución MS 201/02), mientras que el instituto mantuvo el sistema de vademécum con bandas de coberturas variables entre el 30% y el

100%. Es de señalar que el 68,2% de los principios activos cubiertos por dicho vademécum recibe una cobertura del 30%.

Con anterioridad a la vigencia de la emergencia sanitaria, durante todo el ejercicio 2001, las prestaciones que tenía contratadas el INSSJP con los prestadores superaban las determinadas como obligatorias por el Programa Médico Obligatorio (PMO) por el Ministerio de Salud. Por otra parte, el PMO contemplaba el pago de coseguros –pagos suplementarios del afiliado para acceder a las prestaciones–, los cuales estaban expresamente prohibidos por el instituto para sus afiliados.

Sólo existía como diferencia en defecto el desarrollo de programas de prevención sobre la base del conocimiento epidemiológico de la población (resolución MS 939/00 - Anexo I - punto 2) que, como ya se mencionara en el punto 1.1, no fueron contemplados por el INSSJP, a excepción de las campañas de vacunación contra la gripe.

1.3 No existen mayores diferencias en los estándares de calidad sancionados por el INSSJP y sus similares del Ministerio de Salud.

Las Normas y Procedimientos Vinculados a la Calidad Prestacional y Atención de la Salud aprobados por el instituto (acta de directorio 35/99) constituyen un cuerpo de estándares y criterios mínimos referidos a la infraestructura edilicia, recursos humanos y técnicos. En este aspecto, sólo cabe mencionar como relevante que difiere de las exigencias del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica en que no exige de las unidades de terapia intensiva la posesión de un grupo electrógeno.

Por otra parte, el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica (MS) establece protocolos de atención para algunas patologías, tema que no cubre el dispositivo del instituto. El mismo no incorpora ninguna definición de parámetros para la evaluación del proceso sanitario y de su resultado.

Es de destacar que estos estándares y criterios no integran las obligaciones contractuales.

## 2. Desarrollo e implementación de herramientas de gestión.

El INSSJP no cuenta con un sistema organizacional integral que involucre las herramientas fundamentales de la gestión moderna, a saber:

- Plan estratégico.
- Plan de acción o programa operativo que explicita los objetivos y estrategias que guíen la gestión y permitan su evaluación.
- Presupuesto económico-financiero.
- Análisis de riesgo, fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades.
- Definición de metas.

- Sistema de información gerencial para la toma de decisiones.

- Indicadores o medidores de rendimiento en la administración de cada una de las actividades, programas y proyectos que desarrolla.

- Estructura orgánica integral y única, con clara e indubitable asignación de autoridad y responsabilidades.

- Manuales que normaticen procesos definidos con normas y procedimientos adecuados.

- Cabe señalar que en este mismo sentido se ha expresado la SIGEN en su Informe de Evaluación del Sistema de Control Interno 2001.

### Plan estratégico

Si bien por resolución 575 del 17 de septiembre de 2001 se aprobó un plan estratégico, “Hacia un nuevo modelo en el INSSJP”, y de acción que estableció también el cronograma de actividades para su implementación, el mismo jamás llegó a implementarse y de hecho ha sido discontinuado.

### Presupuesto

No existe presupuesto aprobado para el ejercicio 2002, sino que mensualmente se habilitan por resolución de la intervención las partidas necesarias para el cumplimiento de los compromisos del mes. Para el ejercicio 2001, el presupuesto fue aprobado por resolución del Ministerio de Economía 160 del 31/05/01. El registro de la ejecución presupuestaria no es integral, ya que no se contabiliza la ejecución del gasto en personal –inciso 1–.

### Sistema de información

No se ha obtenido evidencia de la existencia de un sistema de información de gestión para la toma de decisiones que permita evaluar sus resultados y los costos asociados y que incluya la evolución de las actividades, programas, proyectos y procesos. No obstante se ha detectado cierta información estadística que se refiere seguidamente.

### Indicadores de ejecución y rendimiento

Existen algunas definiciones que hacen al seguimiento de la cantidad de prestaciones médicas brindadas, no así a la calidad de las mismas.

La información que las sustenta, denominada en el ámbito del instituto “estadística”, tiene cuatro limitaciones fundamentales:

a) La naturaleza de la información. Está orientada al conocimiento de datos cuantitativos de producción, a saber: cantidad de ingresos de internación, consultas en primer nivel, interconsultas con especialistas, de segundo nivel ambulatorios y número absoluto de decesos. No contiene datos que hagan a la calidad de las prestaciones, por ejemplo, promedios de días de estada, tasas de infección

intrahospitalaria, trazadores epidemiológicos, enfermedades prevalentes por región, causales de decesos y seguimiento por efector, etcétera.

b) La confiabilidad. La información es proporcionada por las unidades de gestión y participación (UGP - UTES), que consolidan la información de sus efectores y la remiten al instituto, que no desarrolla ninguna acción tendiente a satisfacerse de la verosimilitud de la misma.

c) La oportunidad. Se presentan atrasos en la recepción de la información de las UGP, así como también demoras en el procesamiento por parte del INSSJP.

d) La estructura de presentación. Esta fue definida por el instituto con posterioridad a la celebración de los contratos, como forma de homogeneizar la información y hacerla comparable. Adolece de deficiencias que impiden el seguimiento bioestadístico de la población atendida y el control. Como ejemplo se puede citar que no se incluye la identificación del beneficiario de las prestaciones, que permitiría al instituto disponer de la verificación de datos por muestreo o excepción. Tampoco se identifican los datos por efector, sino por UTE, que habilitaría algún control de calidad de prestación de los mismos.

#### *Estructura organizativa*

La estructura organizativa del instituto surge de una serie de normas individuales –por área– incóexas que hacen dificultoso identificar las funciones y responsabilidades de cada sector, tanto en las actividades sustantivas como en las de apoyo. Asimismo, se ha desarrollado un organigrama que incluye todas las áreas hasta el nivel de subgerencias sin que existan aperturas inferiores.

De los relevamientos realizados surge que operan como compartimentos estancos, verificándose duplicación de tareas entre las distintas gerencias y conflictos internos por la competencia ante algunas funciones.

No obstante lo expresado se observan algunos esfuerzos aislados por actuar cohesionadamente, siendo de destacar en este orden la actuación de la Gerencia de Fiscalización y Control Prestacional.

#### *Manuales de procedimientos*

No existen definiciones de procedimientos formales que describan cómo realizar las distintas tareas administrativas, con algunas excepciones no sistémicas ni integradas y que tampoco responden a criterios de relevancia, como ser afiliaciones, disposición de documentación, caja chica y otras.

En cuanto a los procedimientos de las actividades sustantivas –prestacionales y de control–, la mayoría de los mismos se encuentran desactualizados y fuera de uso, atento su falta de adecua-

ción al sistema de contratación de prestaciones con UTES.

Los reglamentos existentes no son conocidos por el personal ni son fácilmente accesibles, por ejemplo no han sido incorporados a Intranet. Sólo aquellos que hacen a las funciones de las unidades de gestión local (UGL - Sucursales) han sido recientemente remitidos a las mismas para su incorporación.

#### *3. Ejecución - Actividades asistenciales.*

El Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados no presta servicios por sí, ni contrata directamente a los prestadores con excepción de algunas pocas áreas –8 de las 36 jurisdicciones–. Celebra contratos con uniones transitorias de empresas a las que denomina unidades de gestión y participación (UGP), que administran y proveen a los afiliados servicios médico-asistenciales. Dichas prestaciones médicas son contratadas bajo la modalidad de cápita mensual, esto es, un importe fijo por cada afiliado residente en el área geográfica adjudicada a cada UGP, con las modificaciones que correspondan de acuerdo a los padrones que confecciona y actualiza el propio instituto.

Esta modalidad es habitual entre las aseguradoras de salud tanto del sistema de obras sociales como de prepagas.

Los servicios contratados están divididos en niveles de complejidad creciente: el nivel I comprende al médico de cabecera (llave de acceso al sistema) y prácticas de laboratorio y diagnóstico por imágenes de baja complejidad y kinesioterapia ambulatoria. El nivel II involucra la atención por especialistas y prácticas ambulatorias e internación, y el nivel tercero se restringe a la alta complejidad.

El servicio de diálisis está contratado por módulo por un monto fijo mensual. Mientras que los servicios de salud mental se contratan individualmente con los efectores, por módulos de internación.

La provisión de medicamentos para pacientes ambulatorios también ha sido convenida con una unión de empresas de la industria farmacéutica (a la que se denomina “la industria”) mediante un abono de suma fija.

#### *Contratos*

Por lo expuesto, se han analizado los sistemas de contrataciones, incluidas las modificaciones de los contratos actualmente vigentes, y los procesos atinentes al mantenimiento de padrones.

De las contrataciones se seleccionaron, por su relevancia y significatividad, las correspondientes a prestaciones médicas I, II y III nivel y medicamentos ambulatorios. Por su significancia –cantidad de afiliados– e interés de auditoría se analizaron las contrataciones de la sucursal X - Lanús y de la

sucursal XXII - Jujuy de prestaciones médicas I, II y III nivel.

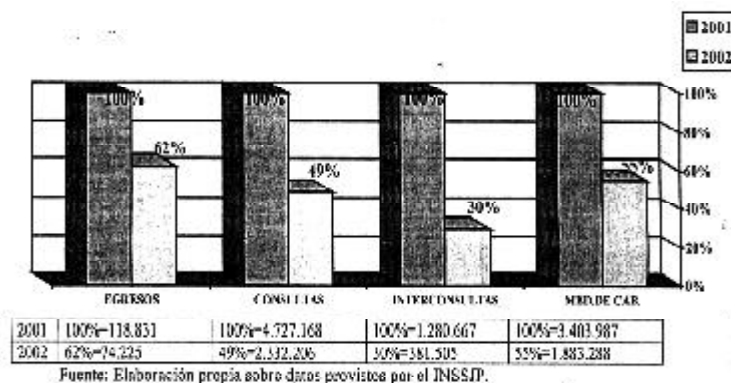
3.1. Durante el período agosto de 2001 y hasta mayo de 2002 se verificaron incumplimientos en los términos de los contratos de prestaciones médicas, tanto por parte del instituto, que no cumplió con los pagos convenidos (acumulando un monto impago igual a seis meses de facturación), como por su contraparte, las unidades de gestión y participación (UGP), que disminuyeron considerablemente sus prestaciones.

Atento que a la fecha del presente no se han conformado los servicios prestados en el período com-

prendido entre octubre 2001 y mayo 2002, no se encuentra determinada la cifra del pasivo generado.

En el acápite correspondiente a la situación prestacional se desarrolla más profundamente la disminución de prestación. A efectos de mejor proveer, se incorpora a continuación un gráfico que refleja la menor producción bruta en algunas prestaciones, que permite inferir la magnitud de la disminución del servicio prestado durante el primer semestre del corriente año. Es de señalar que los datos utilizados para su confección adolecen de todas las limitaciones detalladas en el punto sobre indicadores de ejecución y rendimiento del presente.

#### EVOLUCION PORCENTUAL DE LAS PRESTACIONES MEDICAS, PRIMER SEMESTRE AÑOS 2001 - 2002



3.2. Los contratos de prestaciones médicas niveles I, II y III en ejecución a la fecha del presente son el resultado de renegociaciones de contratos vencidos al momento de su modificación, encontrándose en la actualidad igualmente vencidos.

Sin embargo, los mismos continúan en ejecución dado que incluyen una cláusula por la que se convenía que los prestadores permanecerían a cargo "...hasta tanto se les notifique fehacientemente el nuevo prestador...". Las actas modificatorias incluyen una cláusula similar. Consecuentemente, no tienen fecha cierta de vencimiento.

3.3. La modificación de contrato, actualmente en ejecución, implicó variaciones en sus aspectos sustanciales que por su naturaleza hubiesen requerido un nuevo contrato, a saber: objeto y precio.

3.4. De la tramitación surgen diversas observaciones de distinta magnitud que, por su naturaleza y alcance, han restringido los principios de concurrencia e igualdad de la licitación pública. Por otra parte, las mismas condicionan y limitan la determinación de los alcances de las obligaciones y derechos de las partes. Seguidamente se detallan las mismas:

a) No constan en las actuaciones verificadas los elementos que identifiquen el requerimiento.

Asimismo, se encuentra acreditado que, ante la solicitud de los participantes de información respecto de la demanda esperada, tales como tasas de uso de los distintos aspectos de las prestaciones involucradas, se emitió una circular aclaratoria notificando que no estaban disponibles.

b) No constan en las actuaciones verificadas los elementos que acrediten la situación que motivó la renegociación que concluyera con la firma de las actas modificatorias del 31/05/02, si bien los mismos están invocados.

Las actas modificatorias de contrato celebradas por facultad especial concedida por el artículo 26 del decreto 486/02 no fueron tramitadas por expediente donde consten el reclamo fundado del prestador, la participación de las áreas competentes y sus correspondientes dictámenes, sino que con posterioridad a la celebración de las mismas se instrumentó un único cuerpo como respaldo de todas las modificaciones.

c) Los pliegos de condiciones específicas no definen el objeto de la contratación en forma precisa e inconfundible.

No se especifican cantidades y calidades mínimas exigibles, parámetros mínimos de uso, (por ejemplo, deberá ofrecerse un médico de cabecera cada 1.000 beneficiarios de padrón), ni condiciones mínimas de infraestructura para los establecimientos de segundo nivel internaciones, ni tiempos máximos de demora para la derivación de pacientes a especialidades.

d) No se encuentra acreditado el precio de referencia determinado para el servicio requerido.

El área que requiere el servicio debía haber determinado el costo estimado de los servicios de acuerdo a valores de plaza y el área de abastecimiento establecido el costo de los mismos (artículos 21 inciso d) y 24 inciso c) del Reglamento de Contrataciones del INSSJP).

En el expediente de trámite de la modificación de contratos, se incorporó el dictamen determinando el valor de la cápita de emergencia por el área competente con fecha posterior a la celebración de los convenios modificatorios.

e) El contrato celebrado no incluye el detalle de las prestaciones comprometidas.

Es de señalar que dada la imprecisión del pliego y que las prestaciones son brindadas por distintos efectores resulta de suma importancia el conocimiento de las obligaciones contractuales. Idéntica situación se configura ante la celebración del acta modificatoria. Tampoco se notificó a las unidades de gestión local (UGL - Sucursales) que resultan competentes para ejercer el control sobre las prestaciones. Cabe señalar que, de las entrevistas mantenidas, surgió que es habitual el cambio de los efectores con la mera notificación al instituto.

f) No consta que se haya verificado la infraestructura ofrecida antes de la firma del contrato.

Tampoco se han incorporado al expediente de trámite las habilitaciones del Ministerio de Salud de cada uno de los efectores ofrecidos. Recién se comenzó a verificar las mismas con las auditorías luego del comienzo de la prestación.

g) Otras deficiencias de control interno entre las que cabe mencionar:

- No se encuentran glosadas en los expedientes de trámite todas las ofertas recibidas por cada una de las contrataciones ni toda la documentación atinente a las mismas.

- Tampoco se han incorporado las publicaciones de los concursos públicos ni las invitaciones correspondientes.

- Los expedientes no constituyen un elemento único de archivo de todos los elementos que ha-

cen a la contratación. Las modificaciones de contrato no están incorporadas a los expedientes. Tampoco constan el detalle de las evaluaciones que motivan la calificación de los oferentes ni las penalidades aplicadas con posterioridad a la celebración del contrato, situaciones que dificultan el control.

- Los expedientes no tienen un orden cronológico. Se realizan refoliaciones sin constancia de tales.

- Se incorpora al expediente documentación recibida por fax, actualmente borrosa.

- No existe en las actuaciones constancia de las habilitaciones presupuestarias.

Cabe señalar que la SIGEN ha manifestado similares conceptos en su Informe de Evaluación del Sistema de Control Interno 2001.

No obstante lo expuesto, cabe destacar que el valor de las cápitras disminuye en general con la renovación, si bien dicha disminución no fue pareja, incluso se registró algún caso donde se verificó un leve incremento: Lanús, San Martín, entre otras. El gasto total del instituto por la contratación de prestaciones médicas I, II y III nivel disminuyó un 5,44 %.

Del análisis realizado sobre los montos convenidos con los prestadores puede concluirse que las distintas UGP, salvo excepciones, han sufrido una variación negativa en su ecuación de ingresos, ya que han influido negativamente la caída en el nivel de la cápita y la disminución del padrón de afiliados.

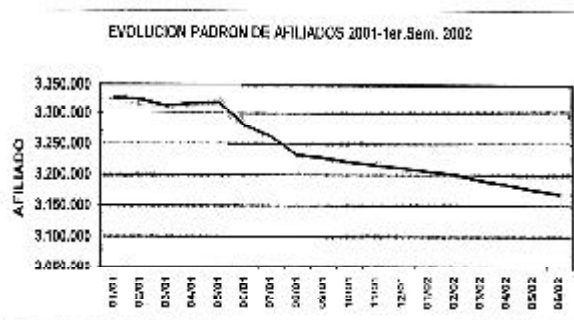
#### *Padrones*

Como ya se expresara, los padrones son un elemento crítico en la determinación de los precios, y consecuentemente de los egresos del instituto, dado que brinda sus servicios mayoritariamente a través de terceros y los abona por el sistema de cápitras, a partir del padrón de afiliados que mantiene el propio instituto.

En el período bajo análisis (enero 2001 - junio 2002) el instituto realizó una depuración de padrones que redundó en una disminución (incluidas otras modificaciones) de poco menos del 5 %.

El universo de afiliados no se mantuvo constante en el período considerado, el padrón de afiliados disminuyó de 3.323.983 afiliados en enero de 2001 a 3.210.922 en diciembre del mismo año. Esta baja en el padrón de afiliados continuó, registrándose 3.169.351 beneficiarios en el mes de junio de 2002.

El siguiente cuadro muestra la evolución de la tendencia observada:



Fuente: elaboración propia sobre datos padrones INSSJP.

3.5. Del relevamiento y evaluación del sistema surgieron algunas debilidades que afectan su confiabilidad. Entre ellas cabe citar:

- No se realizan censos integrales de beneficiarios.
- Si bien se practican cruces periódicos con el padrón de beneficiarios de la ANSES no se procede de la misma forma con su similar de las AFJP, vía Superintendencia de AFJP.
- Se ha realizado un cruce de información con la base de datos del Registro Nacional de las Personas, del cual surgieron diferencias aún no conciliadas. Dichos cruces no son regulares y sistemáticos.
- Las unidades de gestión local (UGL - Sucursales) son las responsables del mantenimiento de los padrones de beneficiarios de su área geográfica; no existen controles posteriores a la carga de datos sobre documentación de origen, salvo en los casos que se resuelven por trámite de excepción.
- El soporte documental de las afiliaciones resulta de difícil acceso. Se mantiene en poder de las UGL por un plazo no definido y luego se remite al archivo general del PAMI.

#### Situación prestacional

La situación prestacional del período bajo análisis cabe dividirla en tres etapas definidas:

- Inicio del año 2001 hasta agosto del mismo año.
- Desde ese momento hasta mayo de 2002, y
- El período que va entre el 1° de junio de 2002 y la fecha de corte de los trabajos de campo.

Como ya se expresara en el punto 3.1, la segunda de las etapas coincide con el período de incumplimientos en los pagos, que produjo una fuerte subprestación de servicios. Sólo se atendieron aquellos casos de riesgo de vida y los pacientes crónicos.

El relevamiento de la situación prestacional se realizó por circularización a todas las unidades de gestión local (UGL - Sucursales), habiéndose obtenido respuesta levemente superior al 60 % de ellas, con una razonable cobertura geográfica y que

representa aproximadamente el 50 % del padrón de afiliados.

3.6. En la actualidad la situación del servicio se manifiesta por una disminución en el menú contratado, que restringe taxativamente algunas prestaciones, ocasionando numerosos inconvenientes a los afiliados por requerir la autorización del instituto para acceder a los servicios no contratados.

Existe demanda contenida en todas las áreas, principalmente en internaciones quirúrgicas programadas y en algunas prácticas diagnósticas, como ser ecocardiogramas, ecografías contrastadas, etcétera.

En este orden se detectó que:

- En Formosa no se están realizando cirugías de cataratas.
- En San Martín desde octubre de 2001 no se entregan anteojos.
- En Concordia no se realizan las cirugías programadas por falta de convenio con los anestesiólogos, salvo que afronte el gasto el paciente.

También en San Martín existe una disminución de un 70 % en prótesis odontológicas.

Por otra parte, se verificó que durante el mes de junio del actual, con posterioridad a la renegociación de los contratos, existió un considerable incremento en los datos de producción bruta (cantidad de consultas nivel I y II), ubicándose levemente por encima de la media anterior al período de conflicto. No obstante ello, la demanda no urgente pero permanente de atención sanitaria fue canalizada a través del sector público (hospitales nacionales, provinciales y zonales). Dicha prestación no resulta posible cuantificarla en esta instancia, sin embargo cabría requerir al instituto que considere este pasivo hipotético en oportunidad de determinar la deuda con las unidades de gestión y participación (UGP).

3.7. El servicio prestado se caracteriza por amplio cobro de plus/aranceles diferenciales, déficit en la accesibilidad para la obtención de prácticas incluidas en el contrato, demoras significativas en la entrega de prótesis, limitaciones para la atención en

laboratorios, dificultades para acceder a los servicios odontológicos (sólo se realiza obturado de caries y extracciones), resolución de urgencias en oftalmología solamente, falta de entrega de anteojos y pañales descartables, inconvenientes para obtener estudios de alta complejidad y problemas para la provisión de fármacos y el traslado de pacientes de diálisis. Con normalidad en salud mental.

#### *Medicamentos para pacientes ambulatorios*

3.8. La provisión de medicamentos sufrió corte de prestación entre diciembre de 2001 y mayo de 2002, con la única excepción de oncológicos y sida. Durante ese período se brindó un servicio de excepción por autorización directa del PAMI sobre un vademécum muy restringido, con las consiguientes limitaciones.

3.9. En la actualidad, y como ya se expresara, el sistema continúa siendo por vademécum aprobado con modificaciones importantes en su porcentaje de cobertura. Entre ellas cabe mencionar antiepilépticos, antiparkinsonianos, anticonvulsivos, cardiotónicos, que hoy se encuentran en la banda de descuentos del 65 % al 80 % según la marca y presentación, que el anterior vademécum les brindaba una cobertura del 100 %. Por otra parte es de señalar que las bandas de cobertura del listado vigente previamente respondían a un criterio de cronicidad que no fue respetado en el presente.

Asimismo, se relevó que se mantienen hoy diversas irregularidades en la entrega de medicamentos ambulatorios, entre ellas en el área de La Plata, que abarca un área de 100 km a la redonda; sólo 8 farmacias atienden PAMI, revistiendo gravedad las demoras de 20 a 90 días en la entrega de medicamentos oncológicos.

3.10 El 68,2 % de los principios activos recibe una cobertura del 30 %. Sólo 52 de los 1.268 principios activos contratados reciben una cobertura entre el 60 y el 80 % y solamente 2 (0,1 %) se entregan gratuitamente. A efectos de mejor proveer se incorpora un cuadro con la identificación de las diferentes coberturas en porcentaje.

N° de drogas	Banda de cobertura	Porcentaje sobre el total de drogas del vademécum
864 *	30 %	68,2
147 *	40 %	11,3
209 *	50 %	16,4
9	60 %	0,7
3	65 %	0,2
12	70 %	0,9
28 *	80 %	2,2
2	100 %	0,1

\* Existen 6 principios activos que se encuentran repetidos con distintas presentaciones.

Fuente: elaboración propia s/datos anexo contrato INSSJP - Industria.

#### *Contexto de coyuntura*

Con relación a los recientes casos de repercusión social, sobre la aparición de desnutrición en distintas partes del país, se realizó un procedimiento de circularización acotada, involucrando cinco áreas consideradas las de mayor exposición a este tipo de males, a saber: Chaco, Misiones, Jujuy, Tucumán y Formosa. Se ha obtenido respuesta del 80 %; sólo Chaco no contestó a la fecha del presente.

De las áreas referidas se detectó la existencia de 17 casos de internados con desnutrición en el mes de noviembre de 2002, 16 de ellos radicados en Jujuy y el restante en Tucumán.

Asimismo, la delegación Formosa informó que se ha presentado cierto grado de desnutrición asociado a otras patologías en pacientes internados.

Es de señalar que en Jujuy del total de casos reportados se produjeron 8 decesos.

#### *4. Control, relevamiento y evaluación de la estructura de control implementada por el ente.*

Atento el objeto del presente, se ha focalizado el análisis de los procedimientos de control implementados por el INSSJP en lo atinente a las prestaciones médicas.

El instituto cuenta con un área específica de control de estas prestaciones, la Gerencia de Fiscalización y Control Prestacional. No obstante ello, también tienen funciones de control de prestaciones las unidades de gestión local (UGL - Sucursales).

Por otra parte, existe una unidad de auditoría interna, la Gerencia de Auditoría Interna, que también evalúa, entre otros aspectos, las prestaciones médicas.

Por último, existe la sindicatura del instituto que también lleva adelante evaluaciones de las prestaciones de orden general.

4.1. No existe un sistema integral de control sobre el cumplimiento de las obligaciones contractuales que comprenda a las unidades de gestión y participación (UGP - UTE) y a los efectores tanto en sus aspectos cuantitativos como cualitativos.

Como ya se mencionara, dada la poca claridad en la definición del objeto del contrato y su modificatoria y, consecuentemente, de las obligaciones prestacionales que asumen las UGP, resulta dificultosa la verificación de su cumplimiento.

4.2. Las auditorías practicadas por la Gerencia de Fiscalización y Control Prestacional están orientadas a determinar la gratuidad de los servicios y accesibilidad de los mismos y algunos datos básicos de infraestructura (no ligados a la infraestructura comprometida por contrato).

No se encuentra dentro de los objetivos actuales del área el relevamiento de aspectos que involucren la calidad de las prestaciones. Lo han establecido como un objetivo pendiente de cumplimiento, a cuyo efecto se encuentran en desarrollo

guías para evaluar la calidad de la atención médico-sanatorial de cada paciente.

Del relevamiento desarrollado sobre las auditorías practicadas durante el año 2001 y los primeros nueve meses de 2002, surge el siguiente estado de situación:

a) No se han difundido en ninguna de las áreas la gratuidad de los servicios, ni los listados de profesionales por especialidad, así como tampoco el listado de los efectores.

b) Con respecto a la gratuidad de los servicios de laboratorio, kinesiología, radiología y alta complejidad, se han detectado cobros de plus en la mayoría de estas prestaciones.

c) En general, no se han registrado cirugías programadas durante el primer semestre de 2002, si bien presentó una leve mejoría con posterioridad a la re-negociación de contratos.

d) Se observó cobro de insumos, medicamentos y pañales descartables en internación.

e) En muchos casos se exigió al afiliado suscribirse a la prestadora, sea como “prepaga” o bien a su servicio de emergencia.

f) Bajo número de auditorías a médicos de cabecera.

Por otra parte, se detectó que un porcentaje superior al 75% de las internaciones en segundo nivel es de urgencia, lo que revela una insuficiente e ineficiente prestación en los niveles I y II. La atención no es brindada en tiempo oportuno y por lo tanto aumentan los riesgos del paciente, quien sólo tiene acceso al sistema cuando su condición se agrava.

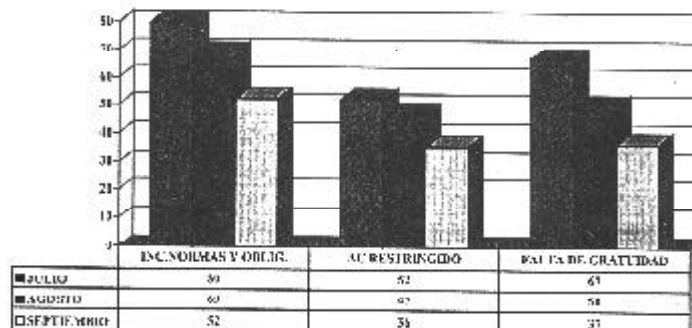
A fin de establecer objetivamente estas conclusiones se elaboró un índice mensual, en base a los porcentajes de las auditorías practicadas por esta área y sobre tres conceptos básicos, a saber: incumplimiento de normas y obligaciones, normas de bioseguridad, falta de cartel de gratuidad, deficiencias en las historias clínicas y corte parcial de servicios, acceso restringido a las prestaciones y falta de gratuidad. Atento la situación de excepción que vivió el instituto en el primer semestre (falta de pagos y considerable subprestación), se analizaron separadamente el primer semestre y el tercer trimestre de 2002, que mostró una leve mejoría.

Seguidamente se exponen los resultados del año 2001 y los correspondientes al tercer trimestre de 2002:

TIPOS DE INCUMPLIMIENTO RELEVADOS DE LOS INFORMES DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESTACIONAL - AÑO 2001



CUADRO COMPARATIVO DEL TRIM. III (A GO S E P) DEL 2002





4.3 Las actividades de control desarrolladas no se encuentran coordinadas y ni sus resultados son accesibles para todos los integrantes de la estructura de control.

La única excepción es la constituida por las acciones de la Gerencia de Fiscalización y Control Prestacional, que pone regularmente en conocimiento de las unidades de gestión local (UGL - Sucursales) el resultado de las auditorías que practica.

Con relación a la naturaleza de su labor se aprecia que la Gerencia de Auditoría Interna centró mayoritariamente su actividad de control en las unidades de gestión local (UGL) y las áreas de administración y contabilidad y finanzas del ente.

Correlativamente resultan insuficientes los controles de gestión sobre las propias gerencias y subgerencias responsables de administrar y ejecutar los distintos y variados programas de prestaciones de salud del instituto, teniendo en cuenta que por estas áreas se desarrolla la actividad sustantiva económicamente más relevante de la obra social. Las principales observaciones formuladas en estas actuaciones son las siguientes:

1. A excepción de las campañas anuales de vacunación contra la gripe, el instituto no desarrolla programas y actividades de prevención y control de los riesgos acordes con la composición etaria de la población beneficiaria, tal como lo requiere el Programa Médico Obligatorio del Ministerio de Salud (PMO).

2. Las prestaciones médicas básicas que brinda el INSSJP no alcanzaron a las establecidas por el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), aprobado por resolución MS 201/02. En el marco de este programa el instituto renegoció los contratos con los prestadores, cuyo resultado fue el siguiente:

Se convinieron limitaciones a la internación, suprimiéndose la obligación de realizar las cirugías programadas en 30 días, reconociéndose sólo como prioritarias aquellas con riesgo de vida o social y dejando las restantes al arbitrio de una auditoría compartida entre el prestador (UGP) y el instituto. Esto llevó en la práctica a la eliminación de la atención quirúrgica programada.

Se estableció un mínimo de 9 especialidades para el nivel II, mientras que el PMOE preveía 37, lo que luego le ocasionó al instituto serias dificultades para exigir a sus prestadores el cumplimiento de las restantes.

Fueron excluidas numerosas prácticas diagnósticas y terapéuticas de alta complejidad, por ejemplo cirugía de cataratas, de alta prevalencia en gerontes. A partir de ello sólo podía accederse a las mismas por trámite de excepción, con los riesgos propios de la demora y los mayores costos.

Se estableció un vademécum de medicamentos para pacientes ambulatorios con bandas de descuento variables desde el 30% al 100%. De este universo, el 68,2% correspondía a los medicamentos con un beneficio del 30%. Mientras que el PMOE garantizaba una cobertura mínima del 40% sobre los precios de lista.

3. No existen mayores diferencias entre las Normas y Procedimientos Vinculados a la Calidad Prestacional y Atención de la Salud del instituto y los requerimientos del Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica del Ministerio de Salud. No obstante se observó que el programa exige que las unidades de terapia intensiva tengan grupo electrógeno y establece protocolos de atención para algunas patologías, aspectos que las normas del instituto no contemplan. También es de destacar que estas últimas no están incorporadas a las obligaciones contractuales de los prestadores.

4. El INSSJP no cuenta con un sistema organizacional integral que involucre las herramientas fundamentales de la gestión moderna, a saber: plan estratégico; plan de acción o programa operativo que explicita los objetivos y estrategias que guíen la gestión y permitan su evaluación; presupuesto económico-financiero; análisis de riesgo, de fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades; definición de metas; sistema de información gerencial para la toma de decisiones; indicadores o medidores de rendimiento en la administración de cada una de las actividades, programas y proyectos que desarrolla; estructura orgánica integral y única, con clara e indubitable asignación de autoridad y responsabilidades, y manuales que normaticen procesos definidos con normas y procedimientos adecuados.

5. En el período agosto de 2001 a mayo de 2002 fueron incumplidos los contratos de prestaciones médicas por el instituto no pagando conforme a lo convenido (acumuló un monto impago igual a 6 meses de facturación), y por los prestadores, quienes disminuyeron considerablemente sus servicios.

6. El sistema de padrones tiene las siguientes debilidades que afectan su confiabilidad:

–No se realizan censos integrales de beneficiarios.

–No se practican cruces periódicos con el padrón de beneficiarios de las AFJP, vía Superintendencia de AFJP.

Los cruces de información con la base de datos del Registro Nacional de las Personas no son regulares y sistemáticos.

El acceso a la documentación de respaldo de las afiliaciones es dificultoso, toda vez que la misma se mantiene en poder de las unidades de gestión local (UGL) por un plazo no definido y luego es remitida al archivo general del instituto. Tampoco existen controles posteriores a la carga de datos de dicha documentación, salvo en los caos en que la afiliación es resuelta por trámite de excepción.

7. A partir del mes de junio de 2002 y hasta el cierre de las tareas de campo la situación prestacional mantenía las siguientes deficiencias: demanda contenida en todas las áreas; atención sanitaria no urgente pero permanente canalizada a través del sector público (hospitales nacionales, provinciales y zonales); cobro de plus; demoras en entrega de prótesis; dificultades para acceder a los servicios odontológicos (sólo se realicen obturado, de caries y extracciones); en oftalmología atención sólo de urgencias; falta de entrega de anteojos y pañales descartables; limitaciones en el acceso a prácticas diagnósticas y dificultades en la provisión de fármacos, con demoras en la entrega de medicamentos oncológicos.

8. Las UGL informaron la existencia de 17 afiliados internados con desnutrición en el mes de noviembre de 2002, 16 en Jujuy y el restante en Tucumán. Del total de casos reportados en Jujuy se produjeron 8 decesos.

9. Inexistencia de un sistema integral de control del cumplimiento de las obligaciones contractuales que comprenda a las UGP y a los efectores, tanto en sus aspectos cuantitativos como cualitativos.

10. Insuficientes controles de gestión sobre las propias gerencias y subgerencias responsables de administrar y ejecutar los distintos programas prestacionales.

#### *Respuesta del auditado*

Habiéndose conferido traslado del proyecto de informe al organismo, éste contestó por nota 255/03-DD/SA corroborando los términos del mismo y señalando que resulta "...un aporte muy valioso para el actual Directorio..." del instituto.

Sin perjuicio de ello, destaca que en los últimos meses del año 2002 se han implementado una serie de medidas en la Gerencia de Prestaciones Médicas tendientes a corregir los aspectos observados en el proyecto de informe referido, cuya implementación será objeto de evaluación en las próximas auditorías que se realicen en el área.

En otro orden, cabe destacar que el auditado manifiesta sobre los medicamentos ambulatorios con descuento del 30%, punto 3. del presente, que su incorporación al listado de medicamentos incluidos en el PMOE "... no forma parte de la nómina de productos que provee el instituto con descuento, sino que se trata de un listado adicional que la Industria adicionó como beneficio a los afiliados, que en realidad se trataba de fomentar el consumo de estos productos por los cuales el afiliado abonaba el 70% del costo, incrementando adicionalmente los ingresos económicos a la Industria".

Señala la AGN que lo expuesto no modifica los términos del presente por no haberse aportado la evidencia correspondiente que avale lo manifestado y encontrarse dichos medicamentos contenidos en el mismo listado anexo al contrato celebrado con

la industria farmacéutica, sin distinción alguna que explicita tal condición.

#### *Expediente O.V. 235/03*

En estas actuaciones corre la nota 255/03, que fuera también remitida ante el Honorable Congreso y sobre la que tratan los párrafos precedentes.

#### *Expediente O.V. 204/03 - Resolución AGN 65/03*

La auditoría sobre la que versan estas actuaciones tuvo por objeto los estados contables siguientes:

1. Estado de situación patrimonial al 31 de diciembre de 1999.
2. Estado de recursos, prestaciones y gastos por el ejercicio finalizado el 31 de diciembre de 1999.
3. Estado de evolución del patrimonio neto por el ejercicio finalizado el 31 de diciembre de 1999.
4. Estado de origen y aplicación de fondos por el ejercicio finalizado el 31 de diciembre de 1999.
5. Notas 1 a 17 y anexos 1 a 5, que forman parte integrante de los mismos.

Se exponen en segunda columna los estados de situación patrimonial, de recursos, prestaciones y gastos y de origen y aplicación de fondos del ejercicio finalizado el 31 de diciembre de 1998, sin incluir la incidencia de los ajustes de resultados de ejercicios anteriores expuestos en nota 3 a los estados contables.

Debido al efecto muy significativo que tienen las limitaciones al trabajo de auditoría y otras situaciones que más abajo se detallan, la AGN señaló que no estaba en condiciones de emitir una opinión sobre los estados contables del Instituto Nacional para Jubilados y Pensionados al 31/12/99, detallada en 1.

La opinión profesional sobre los estados contables por el ejercicio terminado el 31/12/98 fue emitida con fecha 5/11/01, siendo en ese entonces una abstención de opinión de similares características a la enunciada.

Dentro del rubro Créditos el instituto expone un saldo de \$ 73.299.291,79 en prestaciones a recuperar por débitos a prestadores capitados por beneficiarios a su cargo que son atendidos por otros prestadores capitados o no, generándose créditos a favor de éstos.

Dicho importe no fue posible de validar por cuanto no se han aportado los datos necesarios para correlacionar débitos y créditos. Tampoco fue posible obtener evidencias acerca de su cobrabilidad mediante el análisis de hechos posteriores.

Además este importe puede estar total o parcialmente alcanzado por los decretos 925/96 y/o 197/97, lo que no fue posible de verificar por cuanto no se nos suministró documentación alguna al respecto.

Tal como se menciona en el apartado a) de la nota 14 el instituto imputó como resultado extraordinario \$ 164.463.459,38 en concepto de disminución de pasivos por transferencia a la Tesorería General de la Nación, en virtud de los decretos 925/96 y 197/97.

El instituto no ha puesto a disposición la documentación necesaria para verificar la composición e integración de dichos importes. Otras situaciones que se señalan son:

1. Se ha comprobado la permanencia de debilidades de control interno que podrían tener efecto sobre la registración contable de las transacciones referidas a gastos por prestaciones médicas y sociales y en personal. En orden a ello cabe destacar que:

1.1. La información que surge del padrón de afiliados, cuya cantidad entre directos e indirectos alcanzaba aproximadamente los 4 millones al 31/12/1999, no es confiable debido a:

Algunos procedimientos administrativos y de control sobre las altas, bajas y modificaciones del padrón de afiliados no resultan adecuados. El instituto desde ejercicios anteriores al examinado procede a la destrucción de las solicitudes de afiliación de beneficiarios, al cabo de algunos meses de recibidas.

En los últimos años no se han efectuado censos integrales en el Sistema de la Seguridad Social, y por el iniciado durante 1995 por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) no le ha sido suministrada información, por lo tanto al instituto no le fue posible verificar la calidad y actualización de su padrón de afiliados.

Dicho padrón es la base para la liquidación de los gastos de mayor significatividad que generan los beneficiarios directos y de las retenciones con destino a las obras sociales por los indirectos.

1.2. No se obtuvieron evidencias de que el instituto haya implantado un sistema integral de control sobre el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas por los prestadores médicoasistenciales contratados bajo el sistema de cápitales.

1.3. El procesamiento de liquidación de los gastos en personal está a cargo del instituto en su totalidad, utilizando un sistema de administración de personal mediante la herramienta Oracle. El mismo se desarrolló dentro de un ambiente de control interno con deficiencias en lo atinente a la seguridad de la red, toda vez que no se obtuvieron evidencias acerca de la existencia de un procedimiento formal para dar altas, bajas o modificaciones por parte de sus usuarios.

Además cabe señalar que no ha sido suministrada la totalidad de la documentación solicitada a fin de validar el cargo a resultados por este rubro.

Por todo lo expuesto precedentemente no fue posible verificar la razonabilidad del gasto en perso-

nal, el cual conforme a los estados contables asciende a \$ 317.425.615,3, representando el 11,71% del total de los gastos operativos.

2. La ley 23.660 establece que las obras sociales deben destinar para gastos administrativos, excluidos los originados en la prestación directa de servicios, hasta el 8% de sus recursos brutos deducidos los aportes al Fondo Solidario de Distribución.

La carencia de un sistema de costos adecuado no permite verificar la clasificación que efectúa el instituto entre gastos administrativos y de prestaciones médicas y sociales, en el estado de recursos, prestaciones y gastos. Por lo tanto no nos fue posible verificar el cumplimiento por parte del instituto del límite señalado, ni la razonabilidad de dicha exposición contable.

3. En nota 15 se menciona, respecto del relevamiento y control de deudas y créditos dispuesto por el decreto 925/96, que las verificaciones fueron encomendadas a una consultora externa. El monto de las deudas incluidas en los alcances del citado decreto quedó sujeto a dicho relevamiento y control y acerca del mismo el instituto no suministró resultado final alguno. Asimismo, tal como se informa en dicha nota, el 7/3/97 se dictó el decreto 197/97, el cual dispuso, en su artículo 10, que los créditos y deudas del instituto al 12/3/97 –excepto las indicadas en el artículo 8° y las que se hallen en gestión judicial– que se encuentren pendientes de pago al 31/12/97, se transfieren a la Tesorería General de la Nación, la que tendrá a su cargo la cancelación de los pasivos emergentes de dicha transferencia.

En orden a ello:

– Un monto de \$928.255.316,29 (41,65% del pasivo total), resultante de las deudas prestacionales expuestas, no fue validado por cuanto el instituto no suministró la respectiva integración desagregada en deudas afectadas por el decreto 925/96, decreto 197/97 y resto no afectado a ninguno de los decretos citados precedentemente.

– Una deuda financiera de \$ 19.323.669,81 por préstamos de vieja data (1985 y 1988) del ex INOS, actual Superintendencia de Servicios de Salud, alcanzada por estos decretos, no pudo ser validada por existir una diferencia significativa con respecto a lo informado por el acreedor, \$33.971.751,74, la que queda supeditada al acuerdo de partes, sobre el cual no se nos suministró la información definitiva.

– Para los acreedores, los decretos 510/99 y 996/98 fijan plazos para insinuar sus respectivos créditos (14/10/97 para el decreto 925/96 y 2/10/98 para el decreto 197/97). A partir de dichos plazos se les torna inviable recurrir administrativamente, quedando expedita la vía judicial para los que no habían insinuado y para aquellos que habiéndolo hecho desistiesen del proceso de verificación y/o conciliación.

4. Al cierre del ejercicio existía una importante cantidad de reclamos judiciales en contra del instituto, habiéndose constituido una previsión para cubrir eventuales pérdidas por este concepto de \$ 240.934.964,87 tal como se menciona en nota 12. La Gerencia de Legales presentó información parcial respecto del análisis y cuantificación de riesgos derivados de dichos juicios. Asimismo, de la información obtenida sobre la evolución posterior de los mismos se observa que en general el resultado final no se condice con el monto provisionado.

5. Tal como se menciona en nota 11, al 31 de diciembre de 1999 el instituto registra una cuenta a cobrar a la Obra Social Ferroviaria (ex Instituto de Servicios Sociales para el Personal Ferroviario) por \$ 9.330.690,26, originada en un convenio de prestación de servicios médico-asistenciales.

La antigüedad de esta cuenta (expuesta desde los estados contables al 31/12/93); el hecho de estar comprendida dentro de los términos del decreto 197/97 (créditos y deudas del instituto al 12/03/97 pendientes de pago al 31/12/97 se transfieren a la Tesorería General de la Nación); la circunstancia de que la Obra Social Ferroviaria está en convocatoria de acreedores desde el 4/8/00 y de que el instituto no haya proporcionado información alguna respecto de las dos últimas situaciones, determinan que este activo debió provisionarse tal como lo requieren las normas contables profesionales.

6. El instituto activó \$ 79.077.107,73 dentro del rubro Otros Créditos (ANSES-Hospital de Autogestión), correspondiente a las retenciones efectuadas por la ANSES por servicios efectuados a los afiliados del instituto por parte de los hospitales públicos de autogestión.

El tiempo transcurrido desde la implementación del sistema de hospitales públicos de autogestión y la falta de recupero de dicha suma, determinan que este activo debió provisionarse tal cual lo requieren las normas contables profesionales.

7. No se expone en nota a los estados contables ni se tiene conocimiento de que el instituto haya cuantificado el impacto, sobre la posición económica y financiera del mismo, del conjunto de las medidas adoptadas por el gobierno nacional a partir del 6/1/02 sobre el régimen cambiario y con relación a los créditos y deudas, vinculadas y no vinculadas al sistema financiero, no estando en condiciones esta auditoría de realizar los cómputos correspondientes.

*Expedientes O.V.D. 373/03 y O.V.D. 374/03*

*Expediente O.V.D. 373/03*

El Honorable Congreso de la Nación aprueba la resolución 165-S-98, a partir de un proyecto dictaminado por la Comisión Parlamentaria Mixta Revisora de Cuentas de la Administración que se funda

en diversos informes practicados por la AGN y aprobados por las siguientes resoluciones:

I. Resolución 124/96, sobre examen de las prestaciones por servicio de hemodiálisis y suministro de eritropoyetina (EPO), expediente O.V. 288/96.

Se formularon las siguientes observaciones:

a) Sobre sistema de normas que regulan la prestación:

Ausencia de normas para evitar la duplicidad de pago de la prestación acceso vascular.

La resolución 3.404/93 no reconoce el pago del costo de ciertas patologías como hepatitis B y hepatitis C, de alta prevalencia y tasa de mortalidad.

El sistema normativo no contempla procedimientos internos, científicos y operativos que regulen las relaciones entre los niveles central y periférico, tampoco la sistematización de la información.

b) Sobre actividades y operaciones de la unidad ejecutora. Nivel central.

Las evaluaciones para el ingreso de prestadores al programa, realizadas por el ARC con la Subgerencia de Recursos Físicos, no se cumplen con regularidad ni sobre la base de meta anual, sino según la demanda.

No existe un adecuado control, a través del registro de ejecuciones y la identificación de responsables, respecto de las correcciones señaladas para la habilitación de establecimientos. Inclusive, algunos prestadores de "zonas críticas" se registran sin cumplimentar los requisitos para su admisión. Esta situación y la insuficiencia de información de las diferentes jurisdicciones, generaron un subregistro del 40%, como diferencia entre los datos del RUPPEC y los del área renal crónica.

El ARC no tiene un padrón actualizado de afiliados hemodializados, por las siguientes razones: insuficiencia e irregularidad en el envío de la documentación de las delegaciones regionales, como de mecanismos de contrarreferencia, para poder medir la calidad y gestión en el nivel periférico. Tampoco se dispone de información confiable que permita un seguimiento eficiente de los pacientes derivados a los centros de referencia.

Según lo indicado anteriormente, existió incumplimiento de los objetivos y actividades previstos en la resolución 2.460/93, en cuanto al envío, procesamiento y análisis de índices de calidad prestacional. Tampoco se conformó una red informática que permita disponer de un padrón actualizado, ni realizar el seguimiento de algunos parámetros clínicos o epidemiológicos. Faltó también actividad docente en las delegaciones regionales, por parte de la ARC.

c) Con relación a las funciones, actividades y operaciones de la unidad ejecutora-nivel periférico (delegaciones regionales).

Las observaciones detalladas se formularon sobre una muestra de ocho expedientes de pedidos de ingreso de prestadores de hemodiálisis en las delegaciones regionales:

- Documentación insuficiente expedientes sin foliar, acreditaciones sin firma ni aval por autoridad competente.

- No se implementaron las guías de evaluación ni los módulos, de conformidad a lo dispuesto por la resolución 2.460/93 del INSSJP.

- En recursos físicos se verificaron desvíos respecto de los informes realizados en el nivel periférico.

- Falta de control del desempeño de los proveedores, por falta de registros en las delegaciones, siendo varios de los pedidos formulados por prestadores de hecho que en 8 a 10 años previos presentaron facturaciones.

- Las delegaciones no certifican la real prestación del servicio, liquidándose las facturas por prácticas fuera de convenio –Capital Federal y conurbano– según órdenes emitidas por las propias prestadoras. Esto genera la posibilidad de una demanda inducida.

- Las delegaciones carecen de médicos nefrólogos, lo que limita las posibilidades de determinar el grado de necesidad del paciente para recibir el tratamiento sustitutivo.

- Tampoco están previstos el estudio y control programado de series de pacientes durante el tratamiento.

d) Con relación al resultado de la actividad de control del servicio de prestación de hemodiálisis.

Las observaciones se formularon sobre una muestra de 34 informes producidos por la Gerencia de Auditoría Prestacional en el período 1°/1/94 al 28/4/95, sobre prestaciones de hemodiálisis de 33 prestadoras de Capital y conurbano y 1 del interior (23 tratan sobre el cumplimiento de las normas de bioseguridad).

Se verificó que:

- 4 prestadoras cumplían con los requerimientos.
- Las 30 restantes presentaban desvíos en: planta física, 44%; insumos y almacenaje, 47%; recursos y calidad bacteriológica, 35%; registros, 29%; circuitos de aislamiento y control serológico, 18%; transfusiones y control de supervivencia, 3%.

- Según informe de la Delegación Regional VI (Capital Federal) juntamente con la Gerencia de Control Prestacional, la Dirección de Control del Ejercicio Profesional y Establecimientos Sanitarios del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, surge que todos los prestadores merecieron recomendaciones por sus desvíos, siendo 5 muy graves, 20 medianos a graves y 1 leve. Están referidos a: ausencia de registros sobre recursos y vacunación del personal; filtros sin fecha de iniciación de uso; incumplimiento de normas sobre cultivos de

filtros; no exhiben análisis de agua ni realizan serología para hepatitis B; fallas en la planta física y el vestido.

Según 32 informes de auditoría entre 1993 y 1995 en delegaciones regionales X, XXII, XXIV, II y IX, sobre el cumplimiento de aspectos que hacen a la prestación, surgió que 17 no cumplen, 15 cumplen parcialmente y ninguno cumple.

e) Con relación al sistema de suministro de eritropoyetina:

- La División Medicamentos, a cargo de la evaluación de la pertinencia, la emisión de opinión técnica y las autorizaciones de compra, no dispone de registros sobre la patología de los beneficiarios, ni en particular de los que utilizan EPO.

- En algunos casos deben efectuarse compras de urgencia, con el riesgo de que el paciente no reciba la medicación en tiempo oportuno, dado que las solicitudes no son regulares.

- La ARC no interviene en el circuito del sistema de suministro de EPO, aunque se destine principalmente a pacientes hemodializados.

- No existen evidencias de controles o auditorías tendientes a determinar las causas de importantes desvíos en el suministro que surgen de comparar el número de afiliados bajo tratamiento por delegación regional y el que utiliza EPO (del 8 al 100%)

Teniendo en cuenta que la prevalencia mundial (OMS) es del 40%, existen registros de consumo muy elevado de EPO en algunas delegaciones y de subconsumo en otras.

II. Resolución 243/96, expediente 670/96, sobre examen especial de prestaciones médicas y modelos vigentes en Capital Federal, Mar del Plata, Rosario y conurbano bonaerense.

La Auditoría General de la Nación realizó un examen sobre las prestaciones médicas del instituto y los modelos vigentes en las mencionadas ciudades y una evaluación del rendimiento del programa, entre el 4 de agosto de 1995 y el 22 de marzo de 1996.

A través de la licitación pública 7/92, para la contratación de un servicio de cobertura médico-asistencial integral para Capital Federal, el instituto diseñó un modelo prestacional en base a tres niveles: I) Médicos de cabecera y servicios de laboratorio y radiología ambulatorios; II) Nivel interconsultas y prácticas especializadas ambulatorias, internación y seguimiento domiciliario post internación, y III) Nivel: alta complejidad e internación geriátrica.

Las observaciones formuladas por la AGN son:

- Supresión en la práctica del nivel I, las UPI adjudicadas nunca lo implementaron incorporando médicos propios y otros contratados por el PAMI. Como consecuencia, tampoco se implementó la función de “responsable de I nivel”. Ante esto, el ins-

tituto no exigió el cumplimiento del contrato en ese punto.

- Con respecto a los servicios de laboratorio de análisis clínicos y radiología de I nivel ambulatorio, fueron suprimidas por acta acuerdo entre las UPI y el instituto. Situación que se formalizó al licitarse la cápita de la UPI I –Güemes– sin ese nivel.

- En el conurbano bonaerense, el instituto excluyó de los llamados los servicios mencionados, dejando como optativo para los oferentes el servicio de médico de cabecera I nivel, que no fue incluido en las licitaciones correspondientes a las tres delegaciones del área.

- Las UPI no cumplieron con la obligación de presentar mensualmente la información estadística que permite verificar si cumplen con la cantidad mínima de prestaciones. El instituto no ha actuado para superar esta situación, como tampoco ha previsto un sistema formal y permanente para validar la información estadística.

- Las sanciones previstas no guardan proporcionalidad con el incumplimiento, que además pone en riesgo las prestaciones en caso de falta de pago de la cápita o rescisión del contrato.

#### *Evaluación del rendimiento del programa II y III nivel de atención*

A pesar de que el rendimiento de varios prestadores fue inferior a los estándares establecidos contractualmente y la tolerancia del diez por ciento, el instituto no activó los mecanismos previstos para determinar y efectivizar los débitos por dichas subprestaciones. Inclusive, se alteraron las previsiones del pliego mediante contratos que fijaron la forma de aplicación de los débitos por incumplimiento de las tasas mínimas, en perjuicio de los intereses del instituto, ello con el agravante de incorporar esos nuevos criterios en los llamados a licitación del conurbano bonaerense.

#### *Internaciones de urgencia*

Los resultados indican posibles desvíos en el proceso de atención médica en cuanto a la oportunidad de las internaciones, con posibles diferimientos en el tratamiento de patologías que requieren una internación programada.

#### *Tasa de mortalidad*

También, posibles desvíos en cuanto al momento de ocurrencia; en Capital Federal, el 74,2% se produce a las cuarenta y ocho horas.

III. Resolución 245/96, sobre comprobación de reintegros de préstamos otorgados a los prestadores, en expediente 732/96.

La AGN practicó su examen en el período 9-2-1995 a 1-4-96 con el objeto de comprobar el reintegro de los préstamos otorgados por el instituto a diversos prestadores, formulando las siguientes observaciones:

a) Sobre Sanatorio Güemes S.A.: se anticiparon (préstamos) \$ 2.000.000 por acta 71 del 28-4-93, con garantía de caución en Aseguradora de Créditos y Garantías S.A. y Acuario Compañía de Seguros S.A.. Era a devolver en diez cuotas iguales, mensuales y consecutivas. Según la AGN, con anterioridad se aprobaron anticipos por \$ 440.000 por la Gerencia de Contabilidad y Finanzas, que usualmente lo hacía por vía de excepción y a efectos de garantizar la continuidad de la atención, aunque se concedieron sin haberse realizado un análisis previo de la situación patrimonial y financiera del prestador.

Sobre el cumplimiento de lo dispuesto en el acta 71, la primera cuota se pagó con atraso de tres meses sin aclaración de la mora. En el concurso preventivo del sanatorio, se verificó judicialmente un saldo a favor del instituto de \$ 1.370.642,96, siendo el real de \$ 1.827.116,42, siendo reclamada la diferencia por incidente de revisión.

b) Instituto de Servicios Sociales Bancarios:

Préstamo de \$ 8.164.191. La verificación de órdenes de pago y los asientos contables confirman que los anticipos fueron cancelados en tiempo y forma.

c) Fundación Favaloro:

Préstamo de \$ 3.500.000. No fue devuelto en tiempo ni forma. La cuota 7ª se compensó sin respetar la consecutividad y las cuotas 8ª a 10ª, mediante débitos parciales, afectando la igualdad de las mismas.

d) Agrupación Seguro de Prestaciones Integrales S.A.:

Préstamos por \$ 4.000.000. Comprende uno de \$ 500.000, según resolución 1.769 del 7-06-93, se canceló a los treinta días. Los restantes fueron otorgados según autorización de funcionarios sin facultades suficientes y con documentación precaria. Se encuentran en la justicia penal desde el 28 de abril de 1994. Aclara la AGN que el prestador era deudor del instituto al momento de otorgarle los anticipos.

e) Consorcio Hospital Israelita y Asociados:

Préstamos por \$ 3.300.000,05, fue totalmente cancelado.

f) Fundación Nuestra Señora del Hogar:

Préstamos por \$ 1.296.000, cancelado, no en tiempo y forma convenidos.

g) Consorcio de Colaboración Integrado:

Préstamos por \$ 8.400.000. Un anticipo de \$ 2.000.000 no se devolvió en la forma convenida. Otros, por \$ 1.520.000, para el que no hubo autorización, se canceló al mes de su otorgamiento.

Al otorgarle los anticipos, el prestador era deudor del instituto.

IV. Resolución 12/97, sobre seguimiento de las recomendaciones en auditorías referidas a legalidad y gestión judicial y de administración de recursos humanos, en expediente 950/96:

La labor de la AGN tuvo como objeto la comprobación y seguimiento del punto IV de las recomendaciones contenidas en su Informe sobre Legalidad y Gestión judicial y Administración de Recursos Humanos. Al respecto, señaló las siguientes observaciones:

a) Recomendación 15 sobre plazos de preaviso en caso de despido sin causa. La AGN no comparte el criterio del auditado.

b) Recomendación 19: determinar las responsabilidades y eventuales acciones resarcitorias por los préstamos otorgados al Sanatorio Güemes y la gestión de cobro contra las aseguradoras. También por los despidos sin justa causa y el manejo de los plazos para el cobro de la integración del mes de despido en el caso Capurro de Riobo, así como la gratificación encubierta por despido incausado a favor de la ex agente Sara Kracovsky. Esta recomendación fue cumplimentada.

V. Resolución 95/97 sobre relevamiento y examen del Programa sobre Promoción del Bienestar de los Mayores, en expediente 4.14/97.

Las principales observaciones fueron:

a) No se implementó la asistencia en vivienda a beneficiarios de pobreza extrema, existiendo una demanda insatisfecha del beneficio de complemento alimentario del 18,48 % (60.183 afiliados), que no es uniforme en todas las delegaciones. El instituto no buscó alternativas ante la falta de centros de jubilados.

b) Con respecto al apoyo a centros de jubilados, el instituto dictó disposiciones, a través de la Subgerencia de Prestaciones sin competencia para ello, que regularon el régimen de subsidios. Lo mismo hizo la Gerencia de Prestaciones, que unifica y reglamenta el programa.

Aunque el monto máximo autorizado fue de \$ 7.000, para refacción de locales donde se presta el servicio de BCA, la gerencia citada autorizó la posibilidad de subsidios mayores con el único requisito del "expediente separado", sin requisitos ni topes fijados para este mayor beneficio y con autorización de la misma autoridad que dictó la norma, legitimando así las "vías de excepción".

En la práctica, se concedieron más de un subsidio para refacción a 33 centros, superando el tope previsto. Se concedieron 32 subsidios para refacciones por montos entre \$ 13.000 y 1.060 que luego fueron dados de baja para el programa, sin que exista normativa sobre esta contingencia, económicamente perjudicial para el instituto. Se compraron televisores y videocaseteras para centros de jubilados, sin que existan facultades para ello.

c) Los servicios de recreación y educación nunca fueron regulados normativamente, lo que posibilitó la erogación de importantes montos en honorarios y retribuciones por espectáculos artísticos y de diversión en tales centros. La AGN entiende que

deben implementarse esas actividades para facilitar la integración de los mayores.

d) No se dictaron normas que reglamenten y promuevan la integración de los ancianos discapacitados y su inserción en los ámbitos de decisión. Sólo el 4,4% de los beneficiarios participan en dichos ámbitos de decisión.

e) Recursos humanos afectados al programa:

La resolución 1.699/92 que aprobó el organigrama de funcionamiento del programa, estableció para el personal afectado un adicional remuneratorio transitorio que alteró lo dispuesto por el estatuto del escalafón aprobado por resolución 1.909/87. Esto generó un gasto adicional y una situación de inequidad.

f) Actividades de control sobre la ejecución del programa:

No existen auditorías de gestión en el área central de gerenciamiento, sólo en los centros de jubilados y delegaciones regionales.

VI. Resolución 96/97, sobre relevamiento del programa de provisión de elementos y servicios para afiliados ostomizados e incontinentes, en expediente 4.15/97.

La AGN practicó un relevamiento y examen de la modalidad prestacional correspondiente al programa de provisión de elementos y prestación de servicios para afiliados ostomizados e incontinentes del PAMI.

Las observaciones formuladas fueron:

a) Sobre módulos 1 a 8, que incluyen bolsas de colostomía, de ileostomía y de urostomía. Equipos de irrigación. Cinturón ajustable. Cremas y planchas protectoras cutáneas. Tubuladuras de drenaje para urostomía.

El instituto contrató irregularmente un prestador alternativo como proveedor de bolsas de colostomía, correspondiendo su entrega a las marcas de menor valor. Tampoco existió regulación normativa ni control del stock.

b) Módulos 9 y 10, referidos a elementos para incontinencia urinaria masculina y absorbentes galificables para incontinencia urinaria femenina y masculina.

El sistema no abastece la demanda real, se hicieron compras al margen del padrón. La descripción conceptual relativa al módulo 10 es inadecuada, posibilitando desvíos en la calidad prestacional y valor del servicio.

c) Módulo 11 sobre cobertura médica y asesoramiento técnico continuo:

• El instituto pagó dos veces el servicio de consultas con especialistas médicos y exámenes específicos durante del primer año del contrato, existiendo escasa evidencia del cumplimiento de las prestaciones según módulo vigente.

- Al reformular el valor del módulo por supresión del servicio de consultas con especialistas, no se mantuvo una relación económica con el valor de estos servicios.

- El aumento del padrón de afiliados incontinentes benefició al proveedor, en perjuicio del instituto además el sistema informático que soporta dicho padrón evidencia fallas en su diseño y funcionamiento.

- El respaldo documental para el pago es débil y el proceso de liquidación y control de facturación adolece de deficiencias en su implementación, existiendo demoras en los pagos.

- El sistema fue diseñado sin respetar la reglamentación vigente.

#### *Respuesta del PEN*

El Poder Ejecutivo nacional respondió al requerimiento parlamentario a través de la nota 53/2003 remitida por el señor jefe de Gabinete de Ministros, el 22 de mayo de 2003, con carácter de respuesta a las resoluciones 173/96 y 165-S.-98. Adjunta a la misma copia de la nota 450/02- DD/SA, de fecha 21 de abril de 2003, suscrita por el secretario administrativo del INSSJP, en EXPJEFGABMI EX 3.020/98. En la misma, dirigida al subsecretario para la Reforma Institucional y Fortalecimiento de la Democracia de la Jefatura de Gabinete, se refiere a los tres niveles de atención médica que disponía el PBC que reguló la contratación de la UPI, informando que no existen antecedentes ni constancias para elaborar una respuesta fundada a las observaciones de la AGN. Asimismo, señala que dado el tiempo transcurrido, las áreas competentes del organismo no pueden recabar la información suficiente para poder responder satisfactoriamente. Aclara que en caso de obtener resultados positivos, se pondrá en conocimiento de la auditoría.

Acompañan también a la respuesta de la JGM copia de las notas 1.357-01, fechada el 20-11-01, y 1.340-02, fechada el 9-12-02, ambas de la presidencia de la AGN dirigidas al interventor del organismo auditado, reiterando la información requerida en la resolución parlamentaria.

Obra agregada también copia de la nota del 15 de enero de 2003 dirigida por subsecretario para la Reforma Institucional y Fortalecimiento de la Democracia de la JGM al interventor normalizador del instituto, haciendo referencia a la resolución 173-S.-96 y al tiempo transcurrido sin que medie respuesta, solicitando envíe lo actuado a esa Jefatura de Gabinete.

Se adjunta copia de un informe suscrito por el interventor normalizador del PAMI con relación a la resolución 122/95 de la AGN, sobre el contrato con la Fundación Nuestra Señora del Hogar. El mismo hace referencia a una investigación realizada por la Subgerencia de Sumarios e Investigaciones, infor-

mando que el contrato se habría formalizado, con una vigencia de un año, con renovación automática y cláusula de rescisión sin causa a favor del Instituto. Describe las prestaciones comprendidas, aclarando que, según informe de la Gerencia de Contabilidad y Finanzas, se habrían descontado los anticipos otorgados. Concluye que con dicha investigación se estaría cumpliendo con la recomendación pertinente del informe de la AGN.

De la simple lectura de las notas precitadas, se concluye que no constituyen una respuesta al requerimiento parlamentario.

Teniendo en consideración las múltiples y gravísimas irregularidades verificadas por la Auditoría General de la Nación en el ámbito del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, las explicaciones expuestas por la conducción del organismo, como de otras áreas intervinientes no guardan proporción con la magnitud de las falencias detectadas, careciendo de todo impacto para atenuar las observaciones formuladas por el órgano de control externo.

Según surge claramente de los informes aprobados por la AGN el espectro de irregularidades comprende una notoria diversidad y extensión que podríamos identificar como:

a) Ausencia o déficit en las actividades de control del nivel central, referido al cumplimiento de los contratos de servicios e insumos por parte de los prestadores, así como de los pagos efectuados a los mismos;

b) Fallas en la administración y disposición de los fondos con importante perjuicio económico para el organismo;

c) Fallas en la atención de los beneficiarios, tanto en los servicios como en la provisión de elementos para tratamientos especiales;

d) Ausencia de normas reglamentarias de las actividades que presta el organismo e incumplimiento de las vigentes;

e) Ausencia de coordinación en el funcionamiento de la relación entre el nivel central y las delegaciones, con consecuencias en la falta de control, en detrimento de los beneficiarios y con impacto económico desfavorable para el organismo;

f) En definitiva, las situaciones identificadas por la AGN ameritan un examen de responsabilidad de quienes dirigieron el ente auditado y una determinación del perjuicio fiscal, como consecuencia de la deficiente administración realizada.

Las notas remitidas con carácter de respuesta no proporcionan ningún elemento conducente a informar sobre tales hechos.

#### *Expediente O.V.D. 374/03*

El Honorable Congreso de la Nación ha aprobado la resolución 173-S.-96, en atención al proyecto



dictaminado por la Comisión Parlamentaria Mixta Revisora de Cuentas de la Administración y sustentado en los informes practicados por la Auditoría General de la Nación, en el ámbito del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

La misma reconoce como antecedentes: expediente Senado de la Nación O.V. 192/94 (resolución AGN 69/94). C.D. 8/94. O.V. 419/95 (resolución AGN 108/95). O.V. 436/95 (resolución AGN 122/95); O.V. 516/95 (resolución AGN 157/95); O.V. 614/95 (resolución AGN 164/95); O.V. 477/96 (resolución AGN 200/96).

Por la mencionada resolución, el Honorable Congreso se dirige al Poder Ejecutivo nacional manifestando la urgente necesidad de adecuar los procedimientos observados por la Auditoría General de la Nación en el ámbito del mencionado instituto a lo previsto por la normativa legal, técnico-contable y de gestión correspondiente. Asimismo, que se insten los procedimientos conducentes a la efectivización de las responsabilidades que se deriven de los hechos analizados, así como al cumplimiento en los casos que corresponda de la previsión contenida en el artículo 130 de la ley 24.156, informándose al Honorable Congreso sobre las medidas adoptadas.

La labor de la AGN examinó diversos aspectos, referidos en las siguientes resoluciones:

- I. *Resolución 69/94 (O.V. 192/94 C.D.N. 8/92), referida I 1) control interno; régimen de contrataciones y adquisiciones de suministros; evaluación de gestión judicial y administración de recursos humanos en caso de cese de contratos de trabajo.*

Del informe practicado surgen violaciones a las normas legales, contables y de gestión aplicables.

- 1) *Sobre sistema de control interno, se relevaron diferentes aspectos, formulándose las siguientes observaciones:*

– *Presupuesto:* no se conoció su aprobación para el ejercicio 1994.

– *Situación financiera deficitaria* (abril 1994) con valores significativos. La AGN recomendó adoptar medidas, como disminución de las erogaciones y mayor control.

– *Registros contables rubricados:* al momento del informe, se llevaban hasta diciembre de 1992.

– *Manuales de normas y procedimientos:* su carencia no permite reflejar los niveles de ejecución, autorización, registración y control de las operaciones.

– *Cuentas corrientes bancarias:* el PAMI no mantiene su disponibilidad de efectivo en cuentas del Banco de la Nación Argentina, no remite a la Tesorería General de la Nación la información sobre

sus cuentas, ni existe un registro único que incluya la información analítica de todas las cuentas bancarias del organismo en el país.

– *Conciliaciones bancarias:* se observó atraso.

– *Fondos fijos especiales o transitorios:* ha autorizado 366, que representan \$ 12,721.619,17 desde el 1-1-93 al 26-5-94.

– *Anticipos y deudas a prestadores/proveedores:* la AGN concluye que el Departamento Cuentas a Pagar del PAMI no realiza un análisis sistemático de los saldos de las cuentas corrientes de los prestadores y proveedores.

– *Demoras administrativas en el control de las facturas:* se verificaron atrasos en la liquidación y pago a los proveedores, de una semana a cuatro meses.

– *Bienes muebles:* la AGN no pudo tener una lista, ya que no existe nómina de los responsables a cargo de su tenencia o custodia, no se notifica patrimonio sobre las transferencias ni se efectúa periódicamente su recuento físico.

– *Sindicatura:* era el único órgano de control y fiscalización designado por el Ministerio de Salud y Acción Social, hasta la vigencia de la ley 24.156. El directorio modificó la oportunidad de su intervención según resolución 1.527 –29-10-92–, disponiendo que fuera posterior al dictado de sus resoluciones.

– *Auditoría interna:* su estructura no se había aprobado al tiempo del informe de la AGN, existiendo la Gerencia de Auditoría General.

- 2) *Régimen de contrataciones y adquisiciones significativas de suministros:*

Se formularon las siguientes observaciones:

– Carencia de un plan anual de compras; de manuales de procedimientos para el circuito de compras, así como de afectaciones presupuestarias preventivas.

– Contrataciones directas, modificaciones en los plazos de entrega por parte del auditado y adjudicaciones parciales, sin fundamentación razonable.

– Ausencia de parámetros comparativos en los pliegos licitatorios, así como de normas que establezcan un sistema de publicación sobre preadjudicaciones y adjudicaciones.

– Múltiples ampliaciones contractuales por el ciento por ciento de los totales originales, sin justificación expresa en las actuaciones.

– Omisión de evaluar alternativas ofertadas; compras efectuadas sin enunciar las pautas utilizadas en el estudio de costos y precios de mercado. A su vez, los precios adjudicados no contemplan bonificaciones o descuentos en función de las cantidades.

– El directorio se limita a aprobar las propuestas, sin agregar los análisis y ponderaciones pertinentes.

– Omisión de impulsar acciones por daños y perjuicios derivados de una medida de no innovar revocada por la Cámara Federal de Rosario, que implicó la pérdida de una adjudicación para el suministro de racionamiento en policlínicos del auditado.

3) *Gestión judicial; auditoría de legalidad y administración de sus recursos humanos al cese de contratos de trabajo.*

Al 15-4-94, el instituto registraba 1.135 litigios, siendo los de mayor incidencia por su monto y cantidad los laborales promovidos por prestadores que invocan una relación laboral demandando su reconocimiento y consecuente indemnización en su caso; y luego los juicios civiles por mala praxis médica de sus prestadores.

– No existen manuales o reglamentaciones que prescriban normas uniformes para todas las dependencias, en materia de gestión, control y reporte periódico de la información judicial tampoco un archivo con la información del interior tampoco se realizan auditorías periódicas a las delegaciones.

– No hay información económica y financiera para realizar estimaciones y previsiones en sus estados contables.

– El sistema de control informático no es confiables, apuntando la AGN un sinnúmero de fallas que lo explican.

– Sobre la gestión letrada, el PAMI carece de un mecanismo interno de respuesta oportuna y eficaz a las intimaciones y emplazamientos; existió extemporaneidad y hasta silencio, lo que configura una situación procesal desventajosa en la controversia judicial laboral.

– Adelantos a prestadores por cifras significativas, sin que exista en varios casos referencia a expediente o documentación que avale tal decisión. Al respecto señala la AGN que estos préstamos contravienen la finalidad del instituto, siendo propias de las entidades financieras.

– Estos adelantos conllevan un riesgo de cobro, citando como ejemplo el caso del Sanatorio Güemes S.A.: \$ 2.000.000 por la atención de pacientes capitados y garantizados por seguros de caución, que hasta la fecha no habían sido atendidos por las aseguradoras intervinientes.

– En el acuerdo transaccional con Fecliba (Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y otros Establecimientos privados la Provincia de Buenos Aires) se puso en evidencia la imprecisión respecto al valor módulo, en el control y determinación de la deuda, de considerable magnitud económica.

– En la Delegación Regional Rosario, la AGN detectó fallas significativas sobre: prestaciones de alojamiento y atención geriátrica fundadas en relaciones contractuales de hecho.

– Fallas de control en el área de personal, liquidación de haberes y remuneraciones, que provocaron el pago a un agente renunciado.

– Fallas en la implementación de mecanismos destinados a verificar desde el punto de vista médico, en forma oportuna y de oficio, la veracidad y grado de incapacidad laborativa de los agentes que cesan en la relación laboral.

Administración de recursos humanos al cese de contratos de trabajo:

– La AGN habría verificado diez casos de despido sin justa causa. En el período 1991-93 y primer trimestre de 1994, se verificaron 1.459 bajas, siendo el 22,7 % sin invocación de causa, generando en 1991, \$ 4.002.373,83; en 1993, \$ 5.657.833; y en 1994, \$ 81.686.

– No se pueden admitir razones de economía, ya que no se había implementado ningún programa a ese fin y, además, en ese período aumentó el plantel. Tampoco se puede alegar la prescindencia de ese recurso humano, ya que en muchos casos eran funcionarios de carrera con larga experiencia en la institución.

– No se cumplió con el preaviso, pagando innecesariamente las indemnizaciones por esa omisión sin que surjan razones extremas, fundadas y excepcionales que lo justifiquen. En las liquidaciones, se observó debilidad en el respaldo documental que acredita la antigüedad, lo que pudo provocar el reconocimiento por actividades prestadas en el ámbito privado, generando un pago indebido de adicionales e indemnización por antigüedad.

– En el despido de Capurro de Riobo, el manejo arbitrario de dos plazos generó perjuicio al PAMI.

– Ante una denuncia por irregularidades, en lugar de aplicar el régimen disciplinario vigente, se procedió al despido sin causa, transgrediendo la normativa y exponiendo al pago de una indemnización que hubiera podido evitarse, según la falta cometida.

– Otorgamiento de préstamos personales sin fundamento por \$ 54.300, en cuotas, sin intereses y descontados del sueldo a dos asesores directos de la presidencia del directorio, un jefe de Departamento Sumarios e Investigaciones y un jefe de la División Programación Financiera del Departamento Presupuesto.

– Omisión de aplicar denuncia penal a un agente al que, investigado administrativamente se lo encontró culpable de adulterar un documento público para otorgarle pensión graciable a un familiar, el directorio le aplicó un apercibimiento, omitiendo la denuncia penal no obstante la advertencia del instructor sumariante. Este habría aconsejado su despido por justa causa y la correspondiente denuncia penal.

II. *Resolución 108/95 (O.V. 419/95), relativo a residencias para adultos mayores.*

La auditoría evaluó la calidad de la prestación en residencias de Capital Federal, como la confiabilidad de los procedimientos de control.

Se observaron casos de sobreprestación o pago de servicios no prestados.

La información emergente de las guías de supervisión no permiten realizar una evaluación confiable de la tarea de control realizada por el instituto, ni para fundar sus decisiones sobre débitos, créditos o rescisiones.

Se observa una marcada diferencia entre la calidad de la prestación brindada por los diferentes geriátricos, desde un nivel inaceptable, hasta otros que superan las exigencias contractuales.

III. *Resolución 122/95 O.V. 436/95. Anticipos a prestadores, proveedores y causa del incremento de la cuenta corriente de la Fundación Nuestra Señora del Hogar. Comprende:*

Pagos registrados como anticipos, que incluye:

1) Contratos de mutuo a favor de prestadoras por montos significativos.

2) Adelantos en la fecha de pago de la cápita o facturación mensual ordinaria.

3) Pagos por adelantado a clínicas psiquiátricas.

4) Pago a proveedores, son cancelatorios y definitivos, por compra de bienes y contrataciones de servicio. Según observa la AGN estas operaciones no encuadran en los fines del instituto, carece de facultades para ello; no tuvieron trámite reglamentado para su otorgamiento.

Tampoco se realizaron estudios de la capacidad de pago de las prestadoras, según la AGN en el caso del Sanatorio Güemes era manifiesta su imposibilidad de cumplir con la devolución.

– El instituto omitió fijar un interés para compensar el costo financiero, ignorándose la normativa vigente. Sin considerar el factor riesgo y el perjuicio real sufrido por la entidad, ésta tuvo un costo financiero anual aproximado de \$ 2.299.514,33.

– No existen actuaciones que acrediten el riesgo prestacional invocado ni el pedido formal del prestador. No se formalizaron seguros de caución y otros recaudos para garantizarlos.

– Los pronunciamientos en contrario de la sindicatura no fueron considerados.

– La ausencia de reglamentación que contempla la obligación de acreditar la situación financiera adversa invocada por un prestador; la evaluación sobre el riesgo en la continuidad de la prestación y la viabilidad de recuperar ese adelanto, contribuyó al desvío administrativo configurado en los anticipos de pago por cápita o facturaciones ordinarias, como un mecanismo normal.

*Incremento de la cuenta corriente de la Fundación Nuestra Señora del Hogar:*

Según lo verificado por la AGN, el incremento se debió a los pagos por traslados de afiliados en la Delegación Regional Morón y el Servicio Odontológico Móvil en todo el país, que ascendieron a \$ 800.000 mensuales.

A esto debe agregarse un subsidio otorgado a la fundación por valor de \$ 30.000 sin obligación de rendir cuenta y en atención al programa llamado Centro de Atención para Mayores, acto para el que no está facultado el instituto y que transgrede el principio de igualdad en relación con otros prestadores.

Con respecto a la contratación del servicio de traslado a pacientes crónicos por fisioterapia y diálisis nunca se formalizó; contrariando lo dispuesto por la resolución 459/91 sobre sistema de contrataciones y reglamentación. Lo mismo ocurrió con su ampliación a “Interconsultas y cobalto” como a “Unidades operativas con médicos”.

*Con relación a la contratación del servicio de atención odontológica ambulatoria: la AGN observó distintos aspectos:*

a) De los actos administrativos que dispusieron los préstamos surge que fueron para comprar vehículos, sin embargo se toma como base para esa operación, la facturación mensual del servicio reconocido como prestado por los vehículos a comprar;

b) El prestador nunca cumplió con la caución de entregar los títulos de propiedad de los móviles en garantía del préstamo, encontrándose a nombre de la fundación sólo seis móviles;

c) No existiendo reglamentación específica, el equipamiento afectado al servicio no fue homogéneo, aunque se pagó como tal. Se comprobó una diferencia pagada de \$ 729.000 por móviles no adquiridos o equipados cuando se facturaron los servicios;

d) Los vehículos contratados mantienen una situación irregular, en cuanto a transferencia y patentamiento que afecta su habilitación para circular, no existiendo constancias de que el instituto haya exigido a la fundación su regularización;

e) En las actuaciones tramitadas por préstamos y contratación del servicio, se comprobaron irregularidades que fundan la necesidad de la investigación propiciada. Se hizo un pago posterior y retroactivo por doce unidades cuando la fundación había puesto en servicio tres; se alteró la documentación; No ha existido o funciona con gran debilidad el control interno del instituto sobre la efectividad de estas prestaciones, que fueron facturadas y abonadas, habiéndose verificado casos de servicios prestados por profesionales sin título habilitante. Tampoco cuenta con respaldo documental, pues las

certificaciones provienen de la fundación, sin que hayan intervenido las áreas operativas de las delegaciones regionales competentes para el debido control.

**IV. Resolución 157/95 O.V. 518/95. Sobre sustanciación, recepción y pago de las contrataciones y adquisiciones significativas de suministros.**

Esta auditoría completó el análisis ya iniciado, según surge de la resolución 69/94.

Se observa un conjunto de irregularidades, a saber:

a) No existen manuales de procedimientos en el sector de facturación ni en la Subgerencia de Abastecimiento; no hay registro de funcionarios autorizados a firmar recibos por materiales adquiridos o servicios prestados;

b) Obran fotocopias en los expedientes o formularios extendidos por proveedores como certificación de los servicios prestados;

c) No se fundamenta debidamente la exclusividad otorgada a IBM Argentina S.A.;

d) No se verifica la aprobación de facturas por anticipos de órdenes de compra después de la recepción definitiva de bienes adquiridos;

e) Tanto en la oferta del proveedor como en la orden de compra, no se aclaran los precios unitarios, siendo evidente que los precios de mercado de las impresoras modelo 2.380 y 2.381 son notablemente inferiores a los consignados como "precio básico unitario" en la opción de IBM. Tampoco se evaluó la conveniencia de adquirir los "modems", ya que su valor de compra es similar al valor de arrendamiento abonado en un año;

f) La evaluación del costo del servicio de limpieza con personal de planta permanente es efectuada después de la contratación directa por el mismo y a instancia de la sindicatura. La firma Lamobel S.R.L. –supuesta anterior prestataria– impugna el llamado con posterioridad a la apertura de ofertas.

**V. Resolución 164/95 OV 614/95. Auditoría sobre los Estados contables por el ejercicio finalizado el 31-12-93.**

Las principales observaciones formuladas por la AGN son:

a) No se pudo establecer la razonabilidad de los valores residuales de los bienes de uso identificados en el ejercicio por falta de documentación pertinente en el instituto. El revalúo técnico de los muebles al 31-12-91 es practicado por personal del organismo;

b) No se pudo verificar la calidad y actualización del padrón de afiliados por inexistencia de censos en el sistema de seguridad social;

c) No existe un sistema integral de control sobre cumplimiento de las prestaciones de cobertura médico-asistencial bajo el sistema de cápita por las unidades prestacionales integradas. Tampoco los registros contables no permiten verificar la clasificación entre gastos administrativos y costos de las prestaciones;

d) En cuanto a las liquidaciones a farmacias en 1993 –\$ 198.000.000– no se pudieron verificar por destrucción de la documentación, según resolución 2.011;

e) No resulta posible asegurar si es suficiente la previsión efectuada para cubrir eventuales pérdidas por juicios contra el organismo, dado que la información de la gerencia respectiva es parcial;

f) La deuda a cobrar a ANSES de \$ 40.000.000, según registros es de dudosa cobrabilidad, no habiendo previsión que cubra la eventual pérdida.

**VI. Resolución 195-96 OV 477/96. Auditoría sobre los estados contables por el ejercicio finalizado el 31-12-94.**

Las principales observaciones de la AGN están referidas a:

a) Persistencia de debilidades de control interno que impacto sobre la registración contable de las transacciones por gastos de prestaciones médicas y sociales;

b) No existe un sistema de costos que permita controlar el cumplimiento del límite de gastos administrativos previsto por ley 23.360;

c) como consecuencia del cambio de autoridades del instituto, la AGN no obtuvo confirmación escrita del organismos respecto de la información sobre propiedad, integridad, valuación y exposición del patrimonio, y eventuales restricciones a la disponibilidad de activos;

d) Dada la información parcial provista por la gerencia de asesoría legal, fue imposible asegurar si la previsión constituida permite atender eventuales pérdidas por juicios contra el organismo. Tampoco se proporcionó información actualizada sobre un litigio con el Ministerio de Salud y Acción Social citado en nota a los estados contables;

e) No fue aclarada una diferencia \$ 34.103.207, 64 entre lo que reclama el Instituto de Servicios Sociales para el Personal Ferroviario y los registros contables del auditado;

f) Existen dos créditos a cobrar a la ANSES, uno por \$ 17.407.332,81 por reintegro de gastos por sepelio de beneficiarios y otro por \$ 40.000.000 originado en una retención de fondos, ambos de dudosa cobrabilidad. Sin embargo, el instituto no registró ninguna previsión que cubra la eventual pérdida;

g) En cuanto a valores mobiliarios, títulos, hay dos impositivos por alquiler de Bocones provisionales serie I en los bancos de Formosa y Río

Negro, según valor de cotización al cierre de \$ 13.243.500. No se pudo obtener la restitución pese a los pedidos del instituto, debiendo reclasificar ese activo como deudores morosos.

Tanto en esta auditoría como en la referida en el punto IV el órgano de control externo manifestó no encontrarse en condiciones de emitir opinión sobre los estados contables, atento a las limitaciones planteadas como al significativo efecto de las irregularidades verificadas.

VII. Resolución AGN 200/96 O.V. 517/96. Se refiere a las recomendaciones sobre los estados contables al 31/12/93.

Además de las observaciones ya consignadas en los informes anteriores, señala:

a) Falta de confiabilidad en las fuentes y/o procedimientos relativos a altas y bajas de afiliados;

b) El instituto registra el devengado de ingresos de la cuenta activos según la recaudación que le informa la DGI. La ANSES deposita por partidas globales, sin discriminar los conceptos involucrados. Pero el instituto no realiza las conciliaciones;

c) En la provisión a favor de la empresa Turi Mirth S.A., se pagaron los servicios antes de los plazos fijados y se excedió la misma en \$ 4.275.640, cargando un resultado en exceso al ejercicio 1993 por \$ 2.850.426;

d) En las delegaciones regionales:

1) En Capital Federal: no se pueden visualizar los gastos para operar sus cinco geriátricos, dado que el plan de cuentas no cuenta con las información que permita valorar la gestión.

2) En cuanto a la registración contable: no hay criterio uniforme sobre el tratamiento a los descuentos de farmacias, droguerías y laboratorios. En delegaciones que cuentan con sistema informático, se duplica la registración. Las facturas de prestadores en las delegaciones se realiza sin el control previo de las áreas responsables. Gran parte de las cuentas son realizada por el nivel central.

3) En las conciliaciones bancarias de Capital Federal, Morón y San Martín existen cheques pendientes de cobro de cierta antigüedad, algunos no reversados al cierre del ejercicio y otros vencidos.

4) En la cuenta depósitos judiciales de algunas delegaciones –Córdoba y Lanús– se archivaron pagos por sentencias judiciales contra el instituto, no existiendo por ello posibilidad de recuperarlo.

5) Las delegaciones no tienen inventarios permanentes.

6) El listado de saldos al 31/12/93 de los diferentes rubros, que incluye saldos de las cuentas corrientes de los prestadores según el sistema informático núcleo no balancean con las cuentas de control de mayor general.

7) Las auditorías de prestaciones fundadas en denuncias de los afiliados demoran un tiempo excesivo para su resolución.

8) No existen contratos formalizados con prestadores de geriátricos diferenciales manteniendo relación con los mismos a través de comunicación por fax de nivel central, situación mantenida por tiempo indeterminado. Así, se amplían cupos a prestadores con contratos capitados, sin la correspondiente modificación en los contratos.

9) Ante requerimientos de alojamiento y alimentos por pacientes del interior, la delegación Capital Federal, recurre a hoteles en forma directa sin que medie ningún contrato que regule los servicios a prestar.

10) En cuanto a expedientes de pago a farmacias, colegios y cámaras, no existen facturas conformadas por funcionarios competentes, tampoco hay firma de responsable en las planillas de liquidación. No existen constancias de la documentación que origina la facturación, ya que las recetas son destruidas antes del tiempo fijado por la normativa (ocho meses, se destruye a los seis).

#### *Expediente OV 323/03 - Resolución AGN 92/03*

Mediante resolución 167/03 del 18 de junio de 2003, el Honorable Senado de la Nación solicitó a la Auditoría General de la Nación (en adelante, AGN) realizar una auditoría integral sobre el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, particularmente en las contrataciones efectuadas por dicho ente y en el estricto cumplimiento de las disposiciones vigentes en materia de incompatibilidad del presidente, directores y personal del instituto –cualquiera que sea su encuadre legal– conforme al alcance del artículo 14 bis de la ley 19.032, indicando como período a auditar el comprendido entre la fecha de normalización del instituto (15/1/03) y la sanción de la citada resolución (18/6/03).

En sesión extraordinaria del 24 de junio de 2003, el Colegio de Auditores Generales dispuso que se iniciaran las labores de auditoría en forma inmediata, definiendo como objeto:

“Dictamen especial sobre la gestión del directorio constituido a partir de la normalización del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) en virtud de la ley 25.615 –modificatoria de la ley 19.032–. En particular los aspectos estructurales, contrataciones y cumplimiento de las disposiciones vigentes en materia de incompatibilidades para el ejercicio de la función pública del presidente, directores y personal de organismo (leyes 19.032 y 25.188), desde la fecha de normalización del instituto hasta el 18 de junio de 2003.”

Las tareas de campo se realizaron entre el 25 de junio y el 11 de julio de 2003.

La tarea realizada arrojó los siguientes comentarios y observaciones.

## 1. Herramientas de gestión

### 1.1. Estructura organizativa

El INSSJP se configura como una organización con fuerte tendencia a la hipertrofia en el ámbito central e insuficiente descentralización operativa. Las normas y valores que orientan su actividad se reflejan en comportamientos administrativos no homogéneos. Se ha aprobado un organigrama que incluye todas las áreas hasta el nivel de subgerencias sin que existan aperturas inferiores, sin perjuicio de lo cual en las distintas gerencias funcionan de hecho otras unidades funcionales.

Las normas que guían la acción en las distintas áreas se presentan en forma inconexa, y dificultan la identificación de las funciones y responsabilidades de cada sector, tanto en las actividades sustantivas como en las de apoyo. Los departamentos operan como compartimentos estancos, con duplicación de tareas entre las distintas gerencias, lo que genera conflictos internos por la competencia en algunas funciones.

Ejemplo de ello es que cada una de las gerencias cuenta con abogados ocupados en el análisis de los instrumentos de administración de su competencia sin recurrir a un criterio uniforme emanado de la Gerencia de Asuntos Jurídicos, lo que redundaba en confusión al adoptar el organismo comportamientos no homogéneos en relación con terceros, situación que se verifica aún en el trámite de firma de contratos. Cada departamento funcional adopta sus propios criterios con relación a la problemática de su competencia sin conexión con otros departamentos ocupados del mismo fenómeno.

Ilustra esta afirmación lo sucedido en la programación del plan de vacunación antigripal para el año 2003. En tal oportunidad, se inició la apertura del trámite de adquisición de las vacunas necesarias para implementar el plan. Paralelamente, mediante distintas gestiones se logró que un laboratorio del exterior donara las dosis necesarias. Sin embargo, el trámite iniciado no fue interrumpido, aunque finalmente no se formalizó la compra.

Por último, para ejemplificar la desconexión entre las distintas áreas y la falta de control ejercido por recursos humanos, cabe mencionar el caso del doctor Julio Curotto, quien se desempeñó como jefe del Departamento de Salud Mental sin haber sido nunca designado ni haber formado parte siquiera de la estructura de personal permanente del instituto. Tal situación fue relevada por la Unidad de Auditoría Interna del instituto. Al respecto, cabe mencionar que firmó documentación y derogó la circular 5 de 9 de abril de 2003, referente a relevamientos de prestaciones ambulatorias. Esto favoreció a los prestadores en desmedro de los intereses del instituto, dado que el citado relevamiento estaba orientado a determinar fehacientemente las prestaciones brindadas, a fin de iniciar un proceso de reelaboración de la relación con los prestadores.

## 1.2. Actas del directorio ejecutivo nacional y resoluciones

### 1.2.1. Actas

En el período analizado (15/1/03 al 18/6/03) se han labrado veintidós (22) actas de directorio correspondientes a otras tantas reuniones, de las cuales dos (2) se han realizado en carácter de extraordinarias. Las primeras diecinueve (19) actas corresponden a la presidencia del doctor Horacio Pacheco. En la 20 consta su renuncia y se designa en forma interina al señor director Julián Bermejo y en el acta 21 (5/6/03) se designa presidente del DEN al doctor Juan Horacio González Gaviola. Se destaca que, en el acta 6 se menciona que en las cinco primeras los miembros de la sindicatura han estado presentes. No consta la presencia de los síndicos en las actas 20 y 21. En la mayoría de los casos la cantidad de miembros presentes no coincide con la cantidad de firmas registradas al pie de las actas.

Los temas que fueran tratados por el directorio sobre aspectos estructurales y que revisten mayor importancia son los siguientes:

a) Con respecto a la estructura organizacional y movimiento de personal.

De las 22 actas labradas en el período en cuestión, en quince (15) de ellas se tratan temas relacionados con movimiento de personal, estructura y horas extra. Son de destacar los siguientes aspectos:

– Aprobación del reglamento interno de funcionamiento del directorio (actas 4 y 22), composición del cuadro gerencial y su esquema de reuniones.

– Se aprueba el organigrama.

– Se considera la necesidad de regularizar los contratos por locaciones de servicios.

– El tema horas extra recibe tratamiento durante seis reuniones, en las que se plantea la necesidad de realizar una profunda revisión, debido a que no existen controles ni pautas o límites sobre las mismas. Se indica que la UGL de Lanús es la dependencia donde se registra la mayor cantidad de horas extra; de todos modos se toma la decisión de aprobar los pagos, sin perjuicio de la investigación que se llevará a cabo. Por otra parte, se aprueba el dictamen de la Gerencia de Asuntos Jurídicos a fin de radicar la pertinente denuncia penal y sumario.

– Se incorporan a la planta permanente 262 personas, contratadas desde el año 1992, provenientes del Programa Probienestar (acta 19 del 23/5/03).

– La designación de personal, reencasillamiento, recategorizaciones, reincorporaciones varias, aceptación de renunciaciones, y la situación del personal adscripto a diversos organismos públicos.

– Se aprueba la indemnización a 22 agentes por accidentes de trabajo, dado que el organismo se ha constituido como ente autoasegurador.

– Se aprueba un proyecto de relevamiento de datos del personal con el objeto de detectar las distintas necesidades de capacitación de los agentes.

– En el acta 19 se realiza una cantidad importante de nombramientos (más de 300) cuya implementación queda suspendida mediante el acta 20.

– El presidente, doctor González Gaviola, solicita la renuncia de los cuadros gerenciales.

– Se aprueba la modificación al organigrama y el armado de un equipo de gestión que cumpla cabalmente las decisiones y políticas del directorio. Se aprueba además la realización de una auditoría de corte en todas las gerencias;

b) Con respecto a temas de diversa índole:

– Se aprueba la emisión de una orden de compra por un monto de pesos ciento quince mil cuatrocientos cuarenta (\$ 115.440), para la impresión de 3.800.000 sobres que debían ser devueltos al Ministerio del Interior.

– Intervención de la Gerencia de Promoción Social y Comunitaria debido a que se detectaron inconsistencias entre los padrones del Programa Probiestar con los del organismo.

– Se aprueba el presupuesto correspondiente al ejercicio 2003 (acta 19 de fecha 23/5/03).

– Se suscribe un convenio con la Universidad de Buenos Aires para que realice un análisis de la situación de la organización por un monto de pesos doscientos cincuenta mil ochocientos (\$ 250.800, acta 6).

– Se aprueba con fecha 6/3/03 una reglamentación provisoria del régimen de compras y contrataciones por el término de 60 días (acta 8);

c) Con respecto a contrataciones véanse los puntos 4.2.1. y 4.2.2.

#### *Cuestiones no tratadas por el DEN*

Comparando las facultades y obligación es del directorio ejecutivo nacional (artículo 6° de la ley 19.032, texto conforme ley 25.615) con los temas que fueran objeto de tratamiento por parte de éste durante el período analizado, se advierten las siguientes cuestiones:

– No consta la formulación y diseño de políticas globales en materia sanitaria y social, ni la coordinación de dichas políticas con las autoridades sanitarias jurisdiccionales respectivas.

– No se han elaborado la memoria, el balance ni la cuenta de resultados del instituto dentro de los 3 meses posteriores a la finalización del ejercicio, debiendo tenerse presente que el último balance auditado corresponde al ejercicio 1999.

– No se ha visualizado normativa que regule la relación entre los afiliados y el instituto.

– No se han tratado proyectos que modifiquen el régimen sancionatorio en caso de incumplimiento por parte de prestadores.

– Se aprobó un proyecto provisoria del régimen de compras y contrataciones por el término de 60 días (acta 8 de fecha 6/3/03), no registrándose una resolución que le otorgue vigencia. A su vez no se ha tratado un reglamento definitivo que permita fijar pautas para el proceso de selección del contratista.

– No se han fijado metas a cumplir por las unidades de gestión local ni los plazos correspondientes.

– No se han detectado medidas para mejorar las prestaciones vigentes ni nuevos servicios sociales que aseguren una mejor calidad de vida de los afiliados.

– No se puso en ejecución mediante nuevas contrataciones el Proyecto de Modelo Prestacional de Asistencia Primaria aprobado, ya que en este período el DEN mantuvo la prórroga de los contratos prestacionales bajo la misma modalidad con que fueron realizadas en las anteriores gestiones.

#### *1.2.2. Resoluciones*

Del cruce de información entre las decisiones adoptadas por el directorio ejecutivo nacional (actas) y las resoluciones que se han emitido instrumentándose surgen ciertas discordancias, cuyos casos más relevantes son:

– Mediante resolución 25 de fecha 10/3/03 se pone en vigencia la red nacional de sepelios PAMI, indicándose que el tema fue aprobado mediante acta 6 de fecha 18/2/03, no encontrándose en esta última mención alguna respecto del punto.

– Por acta 17 de fecha 8/5/03 se aprueba el Proyecto Modelo Prestacional de Atención Primaria. De la revisión de las resoluciones no surge que el mismo haya sido puesto en vigencia.

– Con respecto a designaciones, desafectaciones y recategorizaciones de personal que se reflejan en las resoluciones de directorio, éstas no encuentran su correspondencia en los temas tratados en las actas que se citan en tales resoluciones. Al respecto se pueden destacar: a) resolución 39 del 21/3/03 se menciona que la designación y/o desafectación del agente Fabián Plazibat fue aprobada por el directorio en el acta 8 del 6/3/03 y en dicha acta el tema no fue tratado; b) resolución 84 del 16/4/03 se designa a los agentes legajo 49.823 y 46.768 en determinados cargos y en el acta 11 del 3/4/03 los cargos están invertidos; c) resolución 141 del 8/5/03 se designa a partir del 23/1/03 al doctor Ricardo Pagola, que ya se encontraba designado por resolución 123 de fecha 8/5/03; d) por resolución 146 de fecha 8/5/03 se recategoriza a siete agentes sin indicar, de acuerdo a lo mencionado 15 en el acta 12 de fecha 10/4/03, que la recategorización se hará en forma transitoria mientras dure su función de coordinador técnico en los equipos de trabajo de los señores directores.

– En la resolución 110 de fecha 30/4/03 se menciona una reunión del DEN de fecha 30/4/03 sin mencionar número de acta. De la compulsión de las actas no surge que se hubiera celebrado ninguna reunión en esa fecha.

– La resolución 119 de fecha 7/5/03 autoriza el llamado a contratación directa para la adquisición de 50 nebulizadores, 300 bolsas de colostomía y 20 botiquines provistos de medicamentos, citando el acta 16 del 5/5/03. En dicha acta no se menciona en ningún punto el tratamiento de estas compras, las que posteriormente fueron adjudicadas mediante resolución 128 de fecha 8/5/03 (\$ 315.971,12).

– Mediante resolución 206 ad referendum del DEN de fecha 23/5/03, se establece el fondo rotatorio destinado a la Unidad de Gestión Local de Santa Fe en la suma de \$ 100.000, dejando sin efecto la resolución 121/03 - DEN. A su vez, las ampliaciones de dicho fondo rotatorio (resoluciones 113, 118 y 180/03 -DEN) se unifican en la suma de \$550.000, asignándole su administración a la gerencia económico-financiera. Tales decisiones no fueron posteriormente ratificadas mediante acta de directorio.

– Mediante resolución 189/03 ad referendum de fecha 20/5/03, se amplía nuevamente el renglón de la orden de compra 107.862 con la firma Biomédica Argentina S.A. por la provisión de marcapasos por un importe de u\$s 203.725, sin que en las actas del DEN se refleje su tratamiento.

– Un párrafo, aparte merecen las designaciones que fueran tratadas mediante acta 19 de fecha 23/5/03 y que son incluidas en diferentes resoluciones de directorio (resoluciones 210, 211, 214, 215, 216, 217, 218, 221, 224, 225, 228, 229, 230 y 234/03 por un total de 572 personas). Mediante acta 20 de fecha 4/6/03, punto 2, se resuelve que se suspenda su implementación debido a que no se han seguido los pasos formales vigentes incluyendo el informe previo de sindicatura. No obstante ello, no se ha observado de la lectura de las resoluciones posteriores la suspensión ordenada en el acta.

### 1.3. Sistema de información y padrones

El instituto carece de un sistema de información adecuado sobre los aspectos básicos de su gestión.

En este sentido se ha verificado que no cuenta con un registro/base de datos único respecto de la integridad de prestaciones que reciben los afiliados del propio instituto. Por el contrario, cada área del INSSJP tiene un registro independiente que no es compatibilizado regularmente con el padrón general—sólo se hace con carácter permanente en el caso de diálisis y geriátricos—. Esta circunstancia provoca el incremento de los costos al duplicarse tareas de recopilación y procesamiento de datos y, por otro lado, conductas erráticas al adoptarse resoluciones contradictorias sobre la base de criterios e información disímiles entre sectores.

El caso de las prestaciones sociales es demostrativo de esta carencia. El instituto no sabe, por ejemplo, si un afiliado percibe más de una prestación o no recibe ninguna; o si los estándares de calidad de la misma son adecuados o no. Se ha detectado en el Programa Probienestar, 2.066 beneficiarios que no eran afiliados del INSSJP (acta 13 del DEN). La información técnica con que se opera en el instituto no aparece organizada, utilizada, ni difundida en procura de precisar objetivos, fundamentar metas y definir políticas.

La información administrativo-contable que se maneja en el instituto tiene limitaciones, algunas de ellas originadas desde el mismo momento de la carga y procesamiento de las operaciones. Por ello, dicha información es de confiabilidad restringida, lo que puede dificultar la eficacia de las decisiones de control y de gestión. El padrón general tampoco incluye información referida a enfermedades prevalentes de la población afiliada, ni el número de internaciones, etcétera. Ello ocasiona que no pueda ser utilizado como herramienta para definir políticas ni para determinar valores de las cápitas. Más aún, la información técnica disponible no se utiliza para fortalecer los márgenes de negociación del instituto frente a empresas proveedoras.

En este sentido se ha detectado que no se lleva información respecto de aquellos efectores cuyo proceder ha provocado denuncias por mala praxis al instituto, por cuanto puede darse la posibilidad de que ante un nuevo llamado a concurso aquel efector con uno o varios procesos en curso, sea recontratado.

En el caso de las prestaciones médicas existen las mismas limitaciones respecto de las debilidades del sistema de información.

#### *Padrones: sus debilidades*

Los padrones son un elemento fundamental en la determinación de los precios, y consecuentemente de los egresos del instituto, dado que brinda sus servicios mayoritariamente a través de terceros y los abona por el sistema de cápitas, a partir del padrón de afiliados que mantiene el propio instituto. Asimismo, representa un elemento sustancial en la determinación y control de los débitos realizados por la ANSES determinados por aplicación del decreto 292/95 referidos a la cápita a percibir en función de las edades de sus afiliados.

La falta de confiabilidad de los padrones ha sido una de las causas, por su significatividad, que fundamentaron la “abstención de opinión” sobre los estados contables del instituto correspondientes a los años 1998 y 1999, por parte de esta AGN.

Al respecto, es de señalar que una diferencia en más o en menos del 1% del padrón provoca un mayor o menor gasto anual para el instituto de aproximadamente \$7.400.000, teniendo en consideración



que el valor de la cápita promedio es de \$ 19,70 mensual sólo para prestaciones médicas nivel I, II y III.

Del relevamiento y evaluación del sistema surgieron algunas debilidades que afectan su confiabilidad. Entre ellas cabe citar:

– No se han realizado censos integrales de beneficiarios en los últimos cinco años.

– Si bien se practican cruces periódicos con el padrón de beneficiarios de la ANSES no se procede de la misma forma con su similar de las AFJP, vía superintendencia de AFJP. Debiendo destacarse que de los cruces realizados se han detectado inconsistencias en la información de los padrones que impiden corroborar el universo 18 de beneficiarios, toda vez que los datos que los mismos contienen no son compatibles (por ejemplo en el padrón de beneficiarios de PAMI se incluye aproximadamente un 10% de afiliados con número de cédula provincial o federal, mientras que los datos que ingresa la ANSES son por número de CUIL o DNI).

– No están claramente delimitadas las funciones y responsabilidades de cada una de las áreas intervinientes en el mantenimiento del padrón de beneficiarios.

– El sistema informatizado implementado para la carga de altas, modificaciones y bajas del padrón de beneficiarios realizado por las UGL, las agencias o el Departamento de Control de Afiliaciones, no se encuentran debidamente integrados. Por cuestiones presupuestarias se carece de la inversión en recursos informáticos que permita abarcar el universo de las bocas de atención, así como mejorar la accesibilidad al sistema por parte de los sectores involucrados.

– Si bien no se ha obtenido evidencia del número exacto de las bocas de atención, se estima que el PAMI cuenta con aproximadamente quinientas (500) de ellas, de las cuales sólo ciento diez (110) se encuentran informatizadas. Tampoco se ha podido establecer la importancia relativa de aquellas no informatizadas respecto al padrón de beneficiarios.

– No existen controles sistemáticos posteriores a la carga de datos sobre documentación de origen, salvo en los casos que se resuelven por trámite de excepción.

– El soporte documental de las afiliaciones resulta de difícil acceso. Este se mantiene en poder de las UGL por un plazo no determinado remitiéndose luego al archivo general del PAMI.

– Las bajas del padrón por fallecimiento, se registran como consecuencia de un acto voluntario de los derechohabientes del subsidio de sepelio, sin cuyo requerimiento el instituto no toma conocimiento del deceso del beneficiario a los fines de la baja, salvo que surja del padrón de ANSES al momento de realizarse los cruces mensuales.

#### 1.4. Estructura de control

El instituto cuenta con un área específica de control de prestaciones: la Gerencia de Fiscalización y Control Prestacional. No obstante ello, asumen funciones de control de prestaciones las unidades de gestión local (UGL - sucursales). Por otra parte, la Gerencia de Auditoría Interna también evalúa, entre otros aspectos, las prestaciones médicas.

Por último, la sindicatura del instituto igualmente lleva adelante evaluaciones de las prestaciones de orden general.

No existe un sistema integral de control sobre el cumplimiento de las obligaciones contractuales que comprenda a las unidades de gestión y participación (UGP - UTE) y a los efectores tanto en sus aspectos cuantitativos como cualitativos. Dada la imprecisión en la definición de los contratos pres-tacionales y sus modificatorias –en especial en cuanto al objeto y sanciones– y consecuentemente de las obligaciones prestacionales que asumen las UGP, resulta dificultosa la verificación de su cumplimiento. No obstante ello, la Subgerencia de Control Prestacional ha desarrollado, y llevado adelante durante el primer trimestre 2003, distintos procedimientos orientados a detectar problemas de accesibilidad a los servicios y aranceles diferenciales, manteniendo el mismo perfil de auditoría implementado durante el 2002. Posteriormente, se modificaron los aspectos evaluados llevando a cabo durante los meses de abril a junio, otros dos tipos de controles. Uno de ellos orientado a evaluar la infraestructura de los prestadores de II nivel –sanatorios– con una calificación de los mismos mediante una plantilla que merece calificarse como razonable. El segundo de los controles implementados ha sido denominado Programa de Control de la Calidad de Atención Médica de II Nivel, y fue aprobado por resolución 582/02; sin embargo, recién se puso en marcha en mayo del 2003. Con las limitaciones mencionadas anteriormente, esta guía de control merece idéntica calificación.

Del relevamiento desarrollado sobre las auditorías practicadas en las que se califica a los efectores –30% del universo de efectores–, concluyó el Departamento de Control que sólo el 32,2% de los mismos puede ser calificado de admisible o bueno, mientras que 67,8% no alcanza esa categoría de aceptable.

Fuente: Elaboración propia sobre datos control prestacional del instituto.

#### 1.5. Penalidades

Una vez concluidos los procedimientos realizados por control prestacional sus conclusiones son giradas a la Gerencia de Prestaciones Médicas y al Departamento de Penalidades de la Gerencia de Asuntos Jurídicos. Al respecto se ha detectado que en el primer semestre del año 2003 no se aplicaron

penalidades, cuando existen expedientes que cuentan con proyecto de dictamen y que ascienden a 280. Las sanciones van desde multas y llamados de atención hasta la pena de suspensión y exclusión del servicio, y son progresivas y acumulables. Por lo tanto, esta situación condiciona la aplicación de las penalidades de mayor severidad cuya concreción depende de la aplicación de las primeras. Dentro de dichos expedientes (280), se verificó la existencia de 20 correspondientes a las auditorías realizadas en el año 2002, que recomiendan la aplicación de multas que oscilan entre los \$ 20.000 y los \$ 509.000, que cuentan con proyecto de dictamen legal, pero que no se aplicaron por falta de firma del gerente de Asuntos Jurídicos y de la autoridad llamada a decidir.

#### *Control de prestaciones médicas*

##### *Evaluación de prestadores*

2,30%	Buenos
29,90%	Admisible
61,20%	Regular
6,60%	Malo

Durante el año 2002, en el que sí se aplicaron sanciones, se dictaron 108 disposiciones de las cuales surgen 32 apercibimientos, diversas multas por un importe total de \$ 515.000, 14 llamados de atención (a gerencadoras que no poseen el pliego de bases y condiciones como normativa), 3 resoluciones que incluyen 5 exclusiones de efectores y 3 apercibimientos aplicados con anterioridad a la creación del Departamento de Penalidades.

#### *1.6. Debilidades detectadas en la implementación de herramientas de gestión*

El proceso de una gestión efectiva y con prestaciones de calidad incluye los siguientes aspectos:

- Planeamiento
- Ejecución
- Control
- Sistemas de información
- Configuración de estructuras (asignación de recursos humanos)

En este marco, se procedió al siguiente análisis de la organización y sus debilidades.

##### *1.6.1. Plan estratégico*

El INSSJP no cuenta con un plan estratégico.

##### *1.6.2. Presupuesto*

El presupuesto para el ejercicio 2003 fue aprobado por el directorio el 23 de mayo de 2003 lo que pone en evidencia la escasa utilización de este instrumento como orientador de la gestión. Por otra

parte, no se ha acreditado si se efectuó la comunicación del mismo al Poder Ejecutivo y al Congreso.

El presupuesto aprobado no precisa las metas físicas esperadas para cada uno de los bienes y servicios brindados por el instituto.

##### *1.6.3. Indicadores de ejecución y rendimiento*

Existen algunas definiciones que hacen al seguimiento de la cantidad de prestaciones médicas brindadas, no así a la calidad de las mismas. Tampoco se han determinado indicadores que permitan al instituto hacer un seguimiento de su gestión. La información que sustenta el control de las prestaciones, denominada en el ámbito del instituto "Estadística", tiene cuatro limitaciones fundamentales:

*a)* La naturaleza de la información. Está orientada al conocimiento de datos cuantitativos de producción, a saber: cantidad de ingresos de internación, consultas en primer nivel, interconsultas con especialistas de segundo nivel ambulatorios y número absoluto de decesos. No contiene datos que hagan a la calidad de las prestaciones, por ejemplo, promedios de días de estada, tasas de infección intrahospitalaria, trazadores epidemiológicos, enfermedades prevalentes por región, causales de decesos, seguimiento por efector, etcétera;

*b)* La confiabilidad. La información es proporcionada por las unidades de gestión y participación (UGP - UTE) que consolidan la información de sus efectores (lo que implica que no se pueden discriminar los datos por efector) y la remiten al instituto, el cual no desarrolla ninguna acción tendiente a constatar la verosimilitud de la misma.

*c)* La oportunidad. Se presentan atrasos en la recepción de la información de las UGP, así como también demoras en el procesamiento por parte del INSSJP.

*d)* La estructura de presentación. Esta fue definida por el instituto con posterioridad a la celebración de los contratos, como forma de homogeneizar la información y hacerla comparable. Presenta deficiencias que impiden el seguimiento bioestadístico de la población atendida y el control. Tampoco incluye la identificación del beneficiario de las prestaciones, que permitiría al instituto disponer de la verificación de datos por muestreo o excepción. Por otra parte, no se identifican los datos por efector – lo que habilitaría algún control de calidad de sus prestaciones sino por UGP-UTE.

##### *1.6.4. Manuales de procedimientos*

No existen definiciones de procedimientos formales que describan cómo realizar las distintas tareas administrativas, con algunas excepciones no sistémicas ni integradas. En cuanto a los procedimientos de las actividades sustantivas –prestacionales y de control–, la mayoría de los mismos se encuen-

tran desactualizados y fuera de uso, atento su falta de adecuación al sistema de contratación de prestaciones con las UTE. Los reglamentos existentes no son conocidos por el personal ni son fácilmente accesibles; por ejemplo, no han sido incorporados a Intranet. Sólo aquellos que hacen a las funciones de las unidades de gestión local (UGL - sucursales) han sido remitidos a las mismas para su incorporación.

## 2. Sindicatura

### 2.1. Marco legal. Competencia y funciones

La sindicatura es el órgano de control del instituto que depende funcionalmente del Ministerio de Salud. Su competencia es el control del organismo en sus aspectos legales, 24 financiero-patrimoniales, contables, administrativos y técnicos (artículo 15 de la ley 19.032, decreto 13/01 y resolución 731/01 MS). Está integrada por cuatro síndicos, designados por el ministerio citado, y sus atribuciones e instancias de intervención están regladas por la resolución 994/01 del citado ministerio.

Para el cumplimiento de sus deberes, funciones y atribuciones, los síndicos gozan de "...las más amplias facultades de verificación y control, a cuyo efecto dispondrán de acceso a toda clase de documentación y podrán recabar las informaciones que estimen necesarias y realizar las verificaciones, comprobaciones y compulsas que juzguen convenientes" (conf. artículo 2° resolución 994/01-MS).

Dentro de sus facultades la sindicatura puede: observar el cumplimiento de los trámites, procedimientos, normas legales y criterios de eficiencia y eficacia de las medidas proyectadas, y formular las recomendaciones del caso. Las razones de oportunidad, mérito o conveniencia que fundamenten aquellas medidas quedan excluidas de sus facultades. Asimismo, puede requerir o sugerir la intervención previa de áreas técnicas y la producción de informes complementarios (artículo 5°).

En cuanto a la oportunidad de su intervención, la reglamentación dispone que: "La sindicatura deberá intervenir en el circuito interno de trámites de expedientes del instituto, en forma previa al dictado de las resoluciones de la intervención o a la celebración de convenios o contratos, en aquellas actuaciones que importen una erogación total superior a pesos cien mil (\$ 100.000) o alcancen a un universo prestacional superior a los diez mil (10.000) beneficiarios. Sin perjuicio de los topes fijados precedentemente, la sindicatura podrá intervenir previamente en aquellas actuaciones que, a criterio de los síndicos, lo ameriten". (artículo 3°).

Ahora bien, en las actuaciones que no se encuadren dentro de los topes establecidos en el artículo 3°, o en las que a criterio de la sindicatura hubiere considerado participar, la intervención de la sindicatura será posterior al dictado de la resolución

o a la celebración de los convenios o contratos. Para ello, el área que lleva el registro de las resoluciones y convenios o contratos debe remitirle una copia certificada dentro de las 48 horas de su protocolización, según lo dispone el artículo 4°.

La reglamentación también dispone que los síndicos asistan a las reuniones del directorio, teniendo voz pero no voto. A tales efectos, la sindicatura deberá recibir, con no menos de 48 horas de anticipación a la reunión, el orden del día a tratarse y copia de los informes que sirvan de antecedentes de los asuntos a considerar (artículo 6°). Las opiniones vertidas en dichas reuniones deberán constar en las actas del directorio, según lo dispuesto por el artículo 10, *in fine*, de la resolución 994/01-MS. Sin embargo, esta circunstancia no se condice con lo dispuesto por el reglamento interno de funcionamiento del directorio, que establece que en las actas se consignará la opinión sintetizada de los directores y síndicos sólo si éstos lo solicitan. Por otro lado, el reglamento interno tampoco prevé la firma de las actas por parte de los síndicos presentes.

En ningún caso las opiniones y recomendaciones formuladas por la sindicatura serán vinculantes para la autoridad, la cual, si se aparta de ellas, deberá fundar su decisión (artículo 7°).

### 2.2. Desempeño de la sindicatura en el ámbito del instituto

Del análisis de los antecedentes relevados que respaldan el ejercicio de las funciones de la sindicatura, se desprende:

2.2.1. Respecto de la obligatoriedad de asistir a las reuniones del directorio y de consignar sus opiniones en las actas labradas al efecto –artículos 6° y 10 *in fine*, resolución 994/01-MS–, no fue posible conocer la opinión de la sindicatura sobre los temas debatidos en las reuniones del DEN, dado que en las actas no hay constancia de ello.

2.2.2. En relación con la intervención previa de la sindicatura contemplada en el artículo 3°, de la lectura de los informes previstos en el artículo 10, resolución 994/01-MS, surge que la sindicatura intervino en el trámite de actos y contratos de relevancia según se describe a continuación:

2.2.2.1. Acuerdo transaccional con la firma Amplitone S.R.L. (provisión de audífonos, prestación de servicios y provisión de insumos para el Programa de Asistencia al Paciente Hipoacúsico).

A partir de una oferta de acuerdo extrajudicial de Amplitone S.A. a efectos de la cancelación de la deuda del instituto, el directorio en su reunión de fecha 12/5/03 (acta 18) aprobó la propuesta, pero en el acta citada no consta la opinión de la sindicatura. Dicho arreglo contemplaba el pago de las facturaciones adeudadas desde junio de 2002 hasta la fecha de dicha aprobación con una quita del 10%, por un valor final aproximado de pesos tres millones trescientos mil (\$ 3.300.000).

Luego, con fecha 5/6/03, el directorio, a propuesta de su nuevo presidente, resolvió rever el expediente por el que tramitó el proyecto transaccional, a efectos de establecer con claridad si la firma cumplió con las entregas de audífonos que generaron el reclamo (acta 21).

Mediante su informe 155 de fecha 10/6/03, la sindicatura emitió "opinión previa" respecto del proyecto de acto resolutivo provisorio 48/03 de ejecución de lo resuelto por el directorio, y formuló las siguientes observaciones:

– La Gerencia de Asuntos Jurídicos del instituto para respaldar la viabilidad del acuerdo sostuvo que "...es dable resaltar que la firma reclamante (...) sin que dejara, hasta la fecha, de brindar los servicios para los cuales fue contratada...", pero esta circunstancia se encuentra corroborada por la gerencia específica.

– La facturación a reconocer tampoco fue controlada por el área específica. No obstante, la Gerencia de Asuntos Jurídicos y la Subgerencia de Asuntos Contenciosos, luego de destacar las ventajas que derivarían para el instituto de suscribirse el acuerdo, propiciaron el reconocimiento de dichas sumas sobre la base de antecedentes jurisprudenciales que hicieron lugar a las demandas presentadas en "situaciones similares".

– La sindicatura requirió información sobre la situación de débitos practicados a la firma Amplitone S.R.L. derivados de incumplimiento en las prestaciones a su cargo, limitándose el Departamento de Prestaciones Especiales a contestar que no se trataba de un aspecto de su competencia.

Sobre la base de ello la sindicatura solicitó que, una vez evaluada la totalidad de los informes requeridos, acreditado el cumplimiento de las obligaciones asumidas por la prestadora durante los períodos reclamados y efectuados los débitos que pudieren corresponder, se le enviara el expediente.

2.2.2.2. Aumento del precio de la cápita de I, II y III nivel de atención médica.

En la reunión de fecha 8/5/03 (acta 17) el directorio aprobó un aumento de \$ 2,40 del valor de la cápita para las prestaciones de I, II y III nivel, por un lapso de 3 meses con opción a un período similar, para los prestadores de servicios médico asistenciales cuya calidad prestacional ameritase la obtención del aumento. Posteriormente, en la reunión de fecha 23/5/03 el directorio dejó sin efecto la selectividad del aumento haciéndolo extensivo a todos los prestadores asistenciales (acta 19), sin expresar en el acta las razones de lo resuelto. Esto representaba aproximadamente \$ 7.500.000 mensuales. Esta decisión no fue justificada por el directorio en función del tratamiento de un aumento de los costos del servicio sino de la "recuperación presupuestaria del organismo". Tampoco consta en el acta citada la opinión de la sindicatura.

No obstante, al intervenir el expediente 200-2003-00942-9-0000 por el que tramitó el aumento propuesto, mediante informe 161/03 de fecha 18/6/03 la sindicatura observó lo siguiente:

– No estaba demostrado en las actuaciones que hubieran existido reclamos efectuados por todos o algunos de los prestadores solicitando un aumento en los valores que percibían en concepto de cápitas.

– El área de prestaciones médicas informaba respecto de las UGP que ameritaban recibir el incremento, con un listado de las mismas, sin adjuntar los elementos de juicio que permitieron calificar a unos y descalificar a otros.

– No constaba que el área específica de estudios económicos hubiera realizado análisis alguno sobre las variaciones que presuntamente se hubiesen producido en el costo de las prestaciones de I, II y III nivel y que justificaran el aumento. No obstante ello, el área económico-financiera otorgó su conformidad al aumento en cuestión, sin efectuar explicación alguna o agregando informes detallando la justificación del aumento que se pretendía validar.

– Correspondía considerar si aun contando con equilibrio presupuestario no existían actividades y/o prestaciones incumplidas y/o demoradas cuya regularización sería prioritaria con respecto al tema bajo estudio.

2.2.2.3. Contrato nacional de provisión de prótesis.

No fue contestado el pedido de explicaciones que efectuó la sindicatura sobre los fundamentos de la necesidad de extender a un año la vigencia del contrato nacional de provisión de prótesis, con opción de dos prórrogas consecutivas de un año cada una.

2.2.2.4. Programa Probienestar, por el que se otorgan bolsones de comida por intermedio de entidades de jubilados y pensionados a los afiliados carentes. Se omitió dar intervención previa a la sindicatura de las asignaciones mensuales del año 2002 para el Programa Probienestar, cuyo presupuesto mensual es de aproximadamente pesos once millones (\$ 11.000.000). En el período correspondiente al año 2003 ésta recabó mayores precisiones y antecedentes por las partidas de los meses de enero, febrero y marzo, concluyendo con una intervención favorable exclusivamente respecto de este último mes (informe 176 del 1º/7/03).

2.2.2.5. Rescisión del convenio con la industria de medicamentos.

Se omitió dar intervención a la sindicatura de la decisión del instituto de dejar sin efecto la rescisión del convenio de fecha 31/5/02 con la industria de medicamentos para la provisión de medicamentos ambulatorios en todo el país 29 (informe 51/03) por pesos veintitrés millones quinientos mil (\$ 23.500.000) mensuales.

2.2.3. Respecto del deber de informar mensualmente al Ministerio de Salud sobre la gestión del cuerpo y las recomendaciones y observaciones formuladas, conforme al artículo 9° de la resolución 994/01-MS. Se verificó que recién en el mes de julio de 2003 la sindicatura elevó los informes correspondientes a los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2003.

### 2.3. Conclusiones sobre el desempeño de la sindicatura

Se ha verificado que la sindicatura ha realizado reiterados pedidos de información, a las distintas áreas del instituto, sobre el estado de situación de 25 temas específicos, de los cuales sólo obtuvo respuesta sobre 6 temas, 5 de ellos en forma parcial. También se constató que el instituto dejó de remitir a la sindicatura los balances mensuales (saldos contables e ingresos y egresos), lo que motivó que se le requiriera cumplir con dicha práctica, por informe 93/03.

De la normativa vigente, se desprende que la sindicatura goza de amplias facultades para el ejercicio de su atribución de control.

Del relevamiento de las actas de directorio y los informes de la sindicatura, surge que:

– No han formulado observaciones o recomendaciones a los asuntos tratados en las reuniones del directorio debidamente consignadas en las respectivas actas.

– No se ha constatado la intervención previa de la sindicatura en los contratos de significación económica, ni su intervención posterior al dictado de la resolución o celebración del contrato o convenio, con la salvedad de las intervenciones descritas en el punto anterior y limitadas a los alcances allí expresados.

– Se verificó que la sindicatura no elevó al Ministerio de Salud los informes mensuales de gestión correspondientes al período auditado, sino hasta el mes de julio de 2003, informando en esta oportunidad por los meses de enero-abril.

– No se constató que la sindicatura hubiera comunicado oportunamente al DEN –de conformidad con lo previsto en el artículo 81, segundo párrafo, resolución 994/01-MS– la falta de respuesta por parte de los funcionarios del instituto a los requerimientos que le fueron formulados.

### 3. Cumplimiento de las disposiciones vigentes en materia de incompatibilidades y otros aspectos estratégicos de recursos humanos

El artículo 5° de la ley 19.032, con las modificaciones introducidas por su similar 25.615, prescribe que el gobierno y la administración estarán a cargo de un directorio ejecutivo nacional, integrado por once directores y de unidades de gestión local que

sustituirán a las delegaciones regionales y que estarán a cargo de un director ejecutivo, seleccionado por concurso y designado por el directorio. La ley prevé que tanto los miembros del directorio como los directores ejecutivos locales tendrán dedicación exclusiva en sus cargos, no debiendo ejercer otra función incompatible, de naturaleza prestacional o de representación profesional, vinculada con el instituto, ni mantener relación directa o indirecta con prestadores, efectores o terceras personas físicas o jurídicas, públicas o privadas que tengan relación prestacional con el mismo (artículo 51).

Por su parte, el artículo 6° asigna al directorio ejecutivo nacional, entre otras, la obligación de ejercer la administración general del instituto, asimilando los criterios de administración financiera y sistemas de control que en la materia rigen para el sector público nacional, en función de los cuales deberá dictar las reglamentaciones necesarias para regular la relación entre el mismo y su personal, garantizando la carrera administrativa y programas de capacitación (inciso c). Asimismo lo faculta a dictar el estatuto y el escalafón del personal (inciso k), nombrarlo, removerlo y ascenderlo (inciso l). La organización funcional vigente fue instituida en febrero de 2003 y contempla la existencia de una gerencia general, de la que dependen ocho gerencias, a saber:

Económico-Financiera, de Administración, de Promoción Social y Comunitaria, de Prestaciones Médicas, de Fiscalización y Control Prestacional, de Asuntos Jurídicos, de 31 Relaciones Institucionales y con los Beneficiarios y de Coordinación de Unidades de Gestión Local.

La relación del personal se rige por la Ley de Contrato de Trabajo – 20.744 – (t.o. por decreto 390/76), en tanto que los escalafones, reglamento y régimen de licencias han sido aprobados a través de la resolución 1.909/87 del entonces presidente de la comisión normalizadora del instituto.

Cabe señalar que el artículo 14 bis de la ley 19.032, introducido por su similar 25.615, prescribe que “el presidente, los directores y el personal del instituto estarán sujetos a las mismas disposiciones sobre incompatibilidad que rijan para los agentes de la administración pública nacional”.

En dicho ámbito se aplica el régimen aprobado por el decreto 8.566/61, según el cual ninguna persona podrá desempeñarse ni ser designada en más de un cargo o empleo público remunerado dentro de la jurisdicción y competencia del Poder Ejecutivo nacional, provincial o municipal. El artículo 7° del decreto 9.677/61 amplía dicha restricción, previendo que asimismo es incompatible el ejercicio de un cargo o empleo público remunerado en la jurisdicción y competencia del Poder Ejecutivo nacional con cualquier otro cargo público retribuido en el orden nacional, provincial o municipal. Es dable aclarar que aun en aquellos casos en que la norma habilita

excepciones al régimen general, deben cumplirse requisitos tales como que no medie superposición horaria y que entre el término y el comienzo de una y otra tarea exista un margen de tiempo suficiente para permitir el normal desplazamiento del agente de uno a otro lugar de trabajo. A la vez, se exige que se observen integralmente los horarios correspondientes a cada empleo, quedando prohibido acordar o facilitar el cumplimiento de horarios especiales y que no se contraríe ninguna norma de ética, eficiencia o disciplina administrativa inherente a la función pública, tales como parentesco, subordinación en la misma jurisdicción a un inferior jerárquico, relación de dependencia entre los dos empleos y otros aspectos que afecten la independencia funcional.

El decreto 894/01, por su parte, consigna que el desempeño de una función o cargo remunerado o prestación contractual con o sin relación de dependencia es 32 incompatible con la percepción de un beneficio previsional o haber de retiro proveniente de cualquier régimen de previsión nacional, provincial o municipal (artículo 1°). Por otro lado, la Ley de Ética de la Función Pública, que lleva el número 25.188, establece que aquellos funcionarios cuyo acceso a la función pública, no sea un resultado directo del sufragio universal, incluirán en su declaración jurada sus antecedentes laborales, al solo efecto de facilitar un mejor control respecto de los posibles conflictos de intereses que puedan plantearse (artículo 12). A continuación, el artículo 13 dispone que es incompatible con el ejercicio de la función pública dirigir, administrar, representar, patrocinar, asesorar o prestar servicios de cualquier forma a quien gestione o tenga una concesión o sea proveedor del Estado, o realice actividades reguladas por éste, siempre que el cargo público desem-

peñado tenga competencia funcional directa respecto de la contratación, obtención, gestión o control de tales concesiones, beneficios o actividades. Asimismo, es incompatible ser proveedor por sí o por terceros de todo organismo del Estado en donde desempeñe sus funciones.

En el caso de que al momento de su designación el funcionario esté alcanzado por alguna de las incompatibilidades previstas en el artículo 13, deberá:

a) Renunciar a tales actividades como condición previa para asumir el cargo;

b) Abstenerse de tomar intervención, durante su gestión, en cuestiones particularmente relacionadas con las personas o asuntos a los cuales estuvo vinculado en los últimos tres (3) años o tenga participación societaria (artículo 15, sustituido por decreto 862/2001).

### 3.1. Organización funcional

La apreciación de la operatoria administrativa permitió establecer los siguientes factores que ocasionan distorsiones funcionales:

1) Se detectaron desplazamientos continuos del personal, al que se le adjudican funciones, se le limitan y se le restituyen sin expresión de las causas que justifican tales decisiones. Asimismo, se evidenciaron fluctuaciones mensuales significativas en la cantidad de integrantes de la planta permanente y contratados.

2) La relación entre la cantidad de agentes que revisten en las unidades de gestión local y el número de beneficiarios que se atienden en ellas, evidenció proporciones dispares entre las diferentes unidades. El siguiente cuadro expone diferencias significativas:

Unidad de Gestión Local (UGL)	Cantidad de agentes	Cantidad de beneficiarios	Relación agente/beneficiarios
Concordia .....	69	52.185	1 cada 756
Junín .....	186	99.442	1 cada 534
Mar del Plata .....	272	134.181	1 cada 493
Salta .....	122	57.505	1 cada 471
La Plata .....	290	85.387	1 cada 294
Capital Federal .....	1.350	350.229	1 cada 259
Rosario * .....	1.872	207.472	1 cada 110

\* Incluye personal de policlínicas propias I y II.

3) Treinta y ocho funcionarios que tienen jerarquía escalafonaria C 1 y C 2, correspondiente a gerentes y subgerentes, no desempeñan efectivamente cargos de ese nivel (ejemplos: Piñeiro, Horacio Guillermo, legajo 4.979, en esa situación desde 1994; Fuensalida, Erica Claudia, legajo 46.860; Roig, Jor-

ge Enrique, legajo 48.114; Lago, Fernando Martín, legajo 53.357, etcétera).

4) En numerosos casos, agentes que fueron despedidos con pago de la respectiva indemnización, se reincorporaron en gestiones inmediatamente posteriores (ejemplos: legajo 52.453 y legajo 48.580).

5) Integrantes de la planta permanente renunciaron y a continuación se los contrató para ser puestos en comisión en otro organismo (ejemplo: legajo 6.410). En ciertos casos, fueron designados "consultores externos" (ejemplo: Rodríguez Chiantore, Enrique).

6) Se contrataron personas bajo la modalidad de "tiempo determinado", cuyo período de vigencia abarcaba desde la fecha de suscripción del contrato hasta la finalización de la gestión del funcionario que lo suscribió. En el año 1999 se los designó en planta permanente, reconociéndoseles la antigüedad correspondiente al período del contrato (ejemplo: legajo 52.453 y legajo 53.245).

7) Se confirió a contratados la titularidad de unidades orgánicas del nivel de gerencia, cuando se trata de responsabilidades que deben asumir agentes de planta permanente. Además, sobre la base de la muestra de auditoría, se verificó que cinco directores ejecutivos de Unidades de Gestión Local son contratados (Bertozzi, Libertad Liliana, de UGL VI de Capital Federal; Cerdan, José Antonio, de UGL II de Corrientes; Depetris, Rodolfo, de UGL XXXVI de Río Cuarto; Saire Galante, Alfredo, de UGL I de Tucumán; Vera Barros, Tomás, de UGL XXV de La Rioja), así como también una jefa de agencia (Benítez, Teresa Liliana, de la agencia Lomas de Zamora).

8) Se asignó la categoría de revista J 3, que corresponde a funcionarios jerárquicos que tienen a su cargo unidades orgánicas, a quienes se desempeñan como secretarías de directores ejecutivos nacionales (ejemplo: legajo 44.514).

### 3.2. Mecanismos de incorporación de personal

Según los datos aportados por la Subgerencia de Recursos Humanos, al 30 de junio de 2003 la dotación de personal estaba integrada por:

Personal	Cantidad	Porcentaje (%)
Permanente .....	10.314	90
Contratado .....	1.098	10
Total .....	11.412	100

Practicados procedimientos de auditoría específicos, se constató que:

1) El instituto carece de distribución de cargos. Las partidas con que se financian los gastos en personal son globales, lo que limita los procedimientos de control sobre los cargos vacantes en correlación con los efectivamente ocupados y los financiados.

2) Se efectuaron designaciones en planta permanente con carácter retroactivo (ejemplos: legajo 53.245 y legajo 54.083).

3) No quedó acreditada la existencia de un cir-

cuito formal para la contratación de agentes que incluya la justificación de la necesidad de la contratación, el proceso de selección de los candidatos, el dictado de la respectiva resolución autorizante, etcétera. De acuerdo con lo verificado, no se inicia un expediente, sino que se gestiona el pedido de los miembros del directorio ejecutivo, de los directores de Unidades de Gestión Local o de los gerentes, quienes proponen al destinatario y el monto de la locación. Durante la intervención normalizadora, la solicitud la cursaba el interventor normalizador, quien suscribía las resoluciones pertinentes.

4) Los contratos examinados no determinan el lugar, el horario de la prestación ni los resultados a alcanzar. No surge del documento el parámetro utilizado para fijar la retribución del contratado, la que tampoco es asimilable a las que establece el régimen del decreto 1.184/01 para el personal de la administración pública nacional. Las cláusulas que especifican los honorarios no contemplan el período en que se efectuarán los pagos.

5) No consta en las actuaciones en que obran los contratos los antecedentes profesionales, laborales ni las constancias del título profesional que acrediten que el contratado posee las calificaciones necesarias para la realización del servicio, en la forma que exige la cláusula séptima del contrato tipo que utiliza el instituto.

6) Los contratos prevén la prórroga automática por un año adicional a su plazo.

7) Por otra parte, en todos los casos en que los antecedentes sometidos a consideración de esta auditoría incluyeron las solicitudes de funcionarios para que se procediera a contratar, se observó que las mismas eran posteriores a la fecha de inicio de la relación que consignaba el contrato.

8) Se detectó un caso en el cual un director ejecutivo (Fernández, Lázaro) solicitaba el pago retroactivo en favor de un contratado de un período no cubierto por el vínculo contractual (Ghiglielmoni, Rubén Edgardo).

### 3.3. Acumulación de cargos y conflicto de intereses.

Se consultó la información resultante de las declaraciones juradas obrantes en los legajos personales, los antecedentes proporcionados por la Gerencia de Asuntos Jurídicos, por la Subgerencia de Recursos Humanos y por el Departamento Económico Financiero, así como también se consultó sobre el sistema de la Administración Nacional de la Seguridad Social y a la Inspección General de Justicia. Conforme ella, y en función de las muestras dimensionadas acorde al tiempo asignado a las tareas de campo, se arribó a los siguientes resultados:

1) Se detectaron cuatro casos en que directores ejecutivos del instituto gozaban simultáneamente de beneficios previsionales en contradicción con lo pre-

visto por el decreto 894/01 (Castillo, Tomás Calixto, legajo 100.030; Córdoba, Ramón Gervasio, legajo 100.031; Constantini, Hotimio Sebastián, legajo 100.033, y Bermejo, Julián Angel, legajo 100.032). En uno de ellos consta que se ha iniciado el trámite de suspensión, aunque no obran antecedentes sobre su resultado (Bermejo, Julián Angel, legajo 100.032). En otro caso, un director ejecutivo fue intimado a jubilarse en el año 2001, no evidenciándose en su legajo si el beneficio fue finalmente solicitado, resultando la declaración jurada correspondiente de fecha anterior a dicha intimación (Hermoso, Reynaldo, legajos 53.559 y 100.009).

2) Se evidenciaron dos situaciones en las que se suscitó un conflicto de intereses (agentes: legajo 53.311 y legajo 53.310), toda vez que los involucrados trabajaban al mismo tiempo en el instituto y en entidades prestadoras de éste (Nefromat y Hospital "Penna", respectivamente).

3) Se constató el inicio de sesenta actuaciones en las que se plantearon situaciones de incompatibilidad en el desempeño de otros tantos agentes, derivadas del ejercicio simultáneo de actividades en el instituto y en entes nacionales, provinciales o municipales. Dichas situaciones fueron tratadas inicialmente en el dictamen de fecha 21 de septiembre de 2001, en el que se concluyó que los empleados del ente no estaban sujetos a las previsiones que rigen en la materia para el sector público. Con posterioridad, se emitió un segundo dictamen jurídico que lleva el número 143/03, donde se conceptúa que a partir de la sanción de la ley 25.615, publicada en el Boletín Oficial del 23 de julio de 2002, modificatoria de su similar 19.032, el personal y directivos del instituto se encuentran alcanzados por las disposiciones de la ley 25.188, de ética en el ejercicio de la función pública, y normas concordantes.

Es dable consignar que el organismo indicó que los referidos agentes fueron despedidos con causa a través de la resolución 76/02-INSSJyP, pero algunos interpusieron recursos de reconsideración.

4) Otra actuación da cuenta del sumario –actualmente en instrucción– instruido a un profesional con motivo de la superposición horaria entre sus labores en la agencia Bariloche y las actividades en centros de salud de esa localidad (legajo 53.023).

5) Por último, de acuerdo con la información obtenida mediante el acceso al sistema de la Administración Nacional de la Seguridad Social, sobre una muestra de cuarenta funcionarios se detectó un caso en que se acumulan en el año 2003 un cargo de asesor en el instituto y funciones en el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (González Montaner, Pablo).

6) Se analizaron la composición societaria y la nómina de las autoridades de algunos prestadores conforme a las constancias obrantes en la Inspección General de Justicia. En el caso de Federal

Aviation S.A. (certificación notarial del 18/8/00 y EECC al 30/6/01, presentados en abril de 2003), consta como presidente el señor Gustavo Adolfo Julia (DNI 16.009.406). Dicha persona fue designada en el cargo de gerente económico-financiero del instituto mediante acta de directorio 5 de fecha 11 de febrero de 2003 (resolución 19 del 12/2/03), situación ésta que transgrede la Ley de Ética Pública – 25.188 –.

En una situación similar se encontraría respecto de Medical Jet S.A. (acta de asamblea extraordinaria del 8/7/94, última disponible), no obstante surgir de los EECC al 30/6/00 que ya no sería más accionista de dicha sociedad.

Finalmente, se destaca que se consultó a la Oficina Anticorrupción con relación a la presentación de la declaración jurada patrimonial por alta en el cargo de gerente económico financiero por parte del señor Gustavo A. Julia. Al respecto, ésta ha informado –por nota OA 230/03– que no se ha dado cumplimiento a la presentación, ni se ha recepcionado copia de la intimación que –conforme a la normativa vigente– corresponde cursar al área de recursos humanos del instituto.

7) Se ha detectado que quien se desempeñó como gerente de Prestaciones Médicas, el doctor Néstor Juan Scian, desde febrero a junio de 2003, actuó hasta el 10 de febrero del mismo año como representante de Abril Salud S.A. Esta empresa estaba contratada por Argenmed Sistemas Médicos S.R.L., Clínica Modelo S.A., Sanatorio Bernal S.R.L., Clínica Modelo Los Cedros S.A., Sanatorio María Mater S.A., Marcos y Hugo Libedinsky S.A., para que desempeñase sus tareas administrativas y las representase ante el instituto.

8) Por último, el doctor Omar del Valle Valenzuela, legajo 49.051 (UGL Chaco), quien se desempeña como jefe de Sección Coordinación Farmacia, Salud Mental y Atención Médica en el horario de 6,30 a 15,30. También presta servicios en el Hospital "Perrando" de Resistencia (Chaco), Departamento de Cirugía, desde media mañana, y es director administrativo del Sanatorio Femechaco para la Comunidad, actualmente prestador del instituto (prestaciones médicas de nivel I, II y III).

#### 3.4. Liquidación y pago

Practicadas verificaciones en el aspecto legal y numérico sobre la base de una selección tomada sobre las liquidaciones de haberes correspondientes al mes de abril de 2003, se observa en general adecuación de las mismas a la normativa que rige en la materia, excepto en las cuestiones que se expondrán en este capítulo. Cabe señalar que, de acuerdo con los datos proporcionados por la Subgerencia de Recursos Humanos, el total de agentes de planta permanente a esa fecha ascendía a 10.293, cien de los cuales se encontraban en algún tipo de situación que excluía la percepción de haberes, por lo que la liquidación involucró a 10.193.



A tenor de la información recibida, el gasto bruto por ese concepto y mes alcanzó a veinticuatro millones ochocientos setenta mil doscientos cuarenta y cuatro pesos con cuatro centavos (\$ 24.870.244,04). Además facturaron 1.125 contratados, cuyo monto total no pudo determinarse toda vez que los pagos se efectúan en forma descentralizada (nivel central y cada UGL).

Como resultado de la evaluación antedicha, se estima objetable que:

1) El personal percibe un adicional no remunerativo de ciento cincuenta pesos (\$ 150), que, de acuerdo con lo dispuesto en el punto 2 del acta-acuerdo de fecha 18 de febrero de 2003, tiene el carácter de "adelanto del retroactivo pagadero en pesos, devengado por la aplicación del decreto 1.006/01". Cabe señalar que el mencionado decreto impuso al personal del instituto las mismas reducciones que se establecieron con carácter general para los agentes de la administración pública nacional, entre ellas, el descuento del trece por ciento (13 %) sobre sus haberes. De las consultas realizadas no surge que exista una orden judicial en tal sentido.

En ese contexto, debe mencionarse que el decreto 1.819/02 dispuso que los montos deducidos deberían restituirse mediante la entrega de títulos públicos, en la forma y con las modalidades que indique la ley de presupuesto para el ejercicio fiscal 2003. Siendo así, no procede el reintegro de sumas en efectivo, toda vez que la única modalidad de cancelación de la deuda prevista es la admitida por el decreto citado. Efectuada una proyección de las sumas que se abonaron individualmente al total de la planta permanente, se arriba a un gasto mensual del orden de un millón quinientos cuarenta y siete mil cien pesos (\$ 1.547.100).

2) Los trabajadores de planta permanente del instituto perciben premio por productividad con carácter general, no habiéndose acreditado la existencia de una norma que reglamente las condiciones para esa percepción.

3) Se les liquida además adicional por presentismo, aun cuando registren inasistencias que invalidarían dicha liquidación.

4) Se advirtió un caso en que a una persona, reincorporada en el año 2003, se le liquidaron sumas correspondientes a licencias ordinarias adeudadas por los meses de julio y agosto de 2000 (legajo 52.453).

5) También se evidenció una situación de un contratado que en el mes de marzo de 2003 trabajó quince días y percibió el monto íntegro de la locación de servicios, pactado para un mes completo (Oliden, Fabián Marcelo).

### 3.5. Servicios extraordinarios

En lo concerniente a este tema, es necesario precisar que las comprobaciones se efectuaron sobre la base de los datos extraídos de los expedientes

de autorización, las 40 planillas de asistencia diaria y la documentación respaldatoria proporcionada por el auditado, tomándose como base del examen la operatoria correspondiente al mes de abril de 2003.

Según los datos obtenidos, 2.937 agentes realizaron servicios extraordinarios, cifra que equivale a un veintinueve por ciento (29 %) de la dotación registrada a ese mes. El gasto global alcanzó a un millón quinientos cincuenta mil cuatrocientos tres pesos (\$ 1.550.403).

Ahora bien, el cotejo de los elementos de juicio antedichos pone de relieve las siguientes circunstancias:

1) La cantidad global de horas extra informadas para el mencionado mes varía según la fuente examinada. Así, si se analiza el listado que las agrupa por unidades orgánicas el total asciende a 92.449, en tanto que, al confrontar la nómina de horas que habría cumplido cada agente, se arriba a la suma de 97.295.

2) Las solicitudes de ejecución no consignan el detalle de días y horarios para la realización de los servicios por cada agente, imposibilitando el control de su cumplimiento. En efecto, sólo mencionan el total general de horas requeridas y la nómina de agentes que las cumplirían sin imputación a personas individuales.

3) El procedimiento de autorización de servicios extraordinarios para el personal médico de guardia, choferes, radioperadores y administrativos de la Dirección de Atención Médica Programada y No Programada, así como también el correspondiente al Servicio de Urgencias Médicas de Rosario, no se ajustan al circuito formal establecido a tal fin, el cual se ejecuta con intervención de la Subgerencia de Recursos Humanos. En efecto, según lo informado, dichas áreas remiten las planillas de los servicios ya cumplidos, por mes vencido, sin diligenciar la autorización a nivel central, circunstancia que dificulta el control previo del gasto.

4) La documentación respaldatoria (solicitud, autorización, certificación y constancias de cumplimiento) es agrupada en forma no sistemática, de manera que dificulta verificaciones cruzadas.

5) Sobre un total de cuarenta y cinco dependencias, cinco de ellas ejecutaron el cincuenta y seis (56 %) por ciento del total de los servicios extraordinarios.

6) Setecientos treinta y cinco agentes excedieron el límite máximo reglamentario que el decreto 484/00 fija en treinta horas mensuales.

7) El diez por ciento (10 %) de los agentes a los que se les adjudicaron horas extra, concentra el treinta y siete (37 %) por ciento del gasto del instituto por dicho concepto.

8) Cuarenta y seis agentes percibieron por el concepto indicado importes superiores a los tres mil pesos (\$ 3.000) mensuales, mientras que sesenta y seis cobraron entre dos mil (\$ 2.000) y tres mil pe-

sos (\$ 3.000) y doscientos diecisiete entre mil pesos (\$1.000) y dos mil pesos (\$ 2.000). Los agentes que recibieron mayores sumas por el concepto que nos ocupa son:

Agente	Unidad orgánica	Cantidad de horas extra	\$
Morales, Carlos (legajo 8.195) .....	Subger. Inform. y Comunic.	203	6.790,84
Videla, Carlos (legajo 42.890) .....	Subger. Inform. y Comunic.	201	5.776,17
Quintana, Julio (legajo 1.637) .....	Subger. Recursos Físicos	232	5.500,85
Vecellio Reane, José (legajo 41.917) .....	Subger. Recursos Físicos	230	5.464,05
Altamirano, Marcelo (legajo 2.401) .....	Subger. Recursos Físicos	232	5.425,15
Cagnola, Alfredo (legajo 9.174) .....	Subger. Recursos Físicos	232	5.037,54
Pepe, Alberto (legajo 43.404) .....	Subger. Recursos Físicos	232	4.774,98
Liendro, Lucio (legajo 44.658) .....	Subger. Recursos Físicos	232	4.709,98
Soraire, Florencio (legajo 4.024) .....	Subger. Recursos Físicos	226	4.564,67
Galeano, Juan (legajo 6.021) .....	Subger. Recursos Físicos	232	4.545,09
Condoluci, Francisco (legajo 43.386) .....	Subger. Recursos Físicos	228	4.209,55

9) Los agentes de la Unidad de Gestión Local de Lanús realizaron en el mes seleccionado un total de 5.787 horas, contabilizando un excedente del ochenta y uno por ciento (81 %) por sobre las autorizadas (3.200).

10) Los registros utilizados para certificar el cumplimiento no resultan homogéneos y carecen de firma certificante.

11) Los partes de novedades de servicios extraordinarios consignan la cantidad de horas extra cumplidas por día, sin especificar el horario de la jornada normal de trabajo de cada agente, imposibilitando la verificación de eventuales superposiciones.

12) Existe un sinnúmero de agentes que prestan servicios extraordinarios en diferentes dependencias, sin que medie un lapso que posibilite el traslado de un lugar a otro.

13) Conforme a la información cursada por la Gerencia de Asuntos Jurídicos, tramita por ante el Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Criminal y Correccional Federal N° 1 la causa penal B-7.174/03 abierta con motivo de la liquidación de horas extra de cumplimiento imposible, en la que se da cuenta que en algunos casos cada involucrado llegó a reunir hasta diez mil pesos (\$ 10.000) por ese concepto.

### 3.6. Legajos

Examinados los legajos personales correspondientes a una selección de agentes, se advirtió que se encuentran actualizados en lo atinente a la situación de revista de sus titulares. No obstante:

1) Los legajos contienen hojas removibles, sin foliar y sin individualizar a quién pertenecen.

2) Una cantidad significativa carece de antecedentes personales, laborales y profesionales de los funcionarios, entre ellos, los correspondientes a los directores ejecutivos y a los subgerentes de Compras e Insumos Médicos (Pardo, Sergio Eduardo,

legajo 54.079) y de Programas y Prestaciones Médicas (Abete, Mónica Viviana, legajo 54.076).

3) Se detectaron casos en que falta copia del título profesional habilitante.

### 3.7. Control de asistencia

De conformidad con la información obtenida, en el auditado se utilizan dos mecanismos a los fines del control de asistencia. Para los jefes de departamento y agentes de planta permanente que ocupan cargos inferiores a ese nivel se emplean fichas-reloj, en tanto que los gerentes y subgerentes se registran mediante la firma de planillas. En la revisión practicada se constató que:

1) Los contratados mediante locación de servicios deben cumplir un horario; sin embargo, no suscriben planillas ni usan fichas, reloj. Sólo interviene el jefe inmediato con su firma en la factura.

2) Veintiuna personas se encuentran en uso de "licencia política" y treinta y una en situación que el organismo denomina "irregular", en todos los casos sin percepción de haberes. Cabe aclarar que de conformidad con lo manifestado por el instituto, la referida condición de "irregular" corresponde a todos aquellos agentes que no prestan servicios en razón de alguna causal que no reúne la totalidad de los requisitos exigibles para encuadrar en una licencia reglamentaria.

## 4. Sistema de prestaciones médicas, sociales y contrataciones

### 4.1. Situación estructural

La ejecución del proceso de gestión llevada a cabo por el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados está caracterizada fundamentalmente por la prestación de los servicios médico-asistenciales y sociales a través de la contratación de servicios de terceros.

#### 4.1.1. Servicio médico-asistencial nivel I, II y III.

El INSSJP no presta servicios por sí, ni contrata directamente a los prestadores con excepción de algunas pocas áreas –8 de las 36 jurisdicciones–. Celebra contratos con uniones transitorias de empresas a las que denomina Unidades de Gestión y Participación (UGP), quienes administran y proveen a los afiliados servicios médico-asistenciales. Dichas prestaciones médicas son contratadas bajo la modalidad de cápita mensual, esto es, un importe fijo por cada afiliado residente en el área geográfica adjudicada a cada UGP, con las modificaciones que correspondan de acuerdo a los padrones que confecciona y actualiza el propio instituto.

Esta modalidad es habitual entre las aseguradoras de salud tanto del sistema de obras sociales como de prepagas.

Los servicios contratados están divididos en niveles de complejidad creciente:

Nivel I, comprende al médico de cabecera (llave de acceso al sistema), prácticas de laboratorio, diagnóstico por imágenes de baja complejidad y kinesioterapia ambulatoria. El nivel II involucra la atención por es-

pecialistas y prácticas ambulatorias e internación, y el nivel III se restringe a la alta complejidad.

Cabe señalar, que el instituto no realiza estudios referidos a la determinación de necesidades asistenciales de su población beneficiaria ni planeamiento de los servicios a contratar –plan de compras– que le permita prever con anticipación los servicios que requerirá en materia de prestaciones médicas.

#### Muestra de contratos analizados

Por lo expuesto, se han analizado las contrataciones de las prestaciones médicas.

Nivel I, II y III y sus modificaciones:

De las contrataciones se seleccionaron, por su relevancia y significatividad, las correspondientes a prestaciones médicas nivel I, II y III y medicamentos ambulatorios.

Dentro de ellas, por su significancia –cantidad de afiliados– e interés de auditoría, se analizaron en particular las contrataciones de la UGL X-Lanús, la UGL XXXV-San Justo, la UGL XXII-Jujuy y la UGL XXIX-Morón de prestaciones médicas nivel I, II y III.

Sucursal	Prestador	Población beneficiaria	%	Monto anual	Observ.
X-Lanús	Argenmed Sistemas Médicos S.R.L.	54.431	16,67	12.410.268,00	(*) (**)
	Clínica Modelo S.A. y otros - UTE	54.356	16,65	12.393.168,00	(*) (**)
	Sanatorio María Maler S.A. y otros - UTE	54.678	16,75	12.466.584,00	(*) (**)
	Sanatorio Modelo Burzaco S.A. - Clínica Privada Tristán Suárez S.A. y otros	54.432	16,68	13.063.680,00	(**)
	Sanatorio Valentín Alsina S.A. y otros - UTE	54.283	16,63	12.376.524,00	
	Sanatorio Bernal S.R.L. y otros - UTE	54.256	16,62	12.370.368,00	(*) (**)
	<b>Total Lanús</b>		<b>326.436</b>	<b>100,00</b>	<b>75.080.592,00</b>
XXII-Jujuy	Salud 2000 para Jujuy - Asociación civil	37.630	100,00	8.331.282,00	
<b>Total Jujuy</b>		<b>37.630</b>	<b>100,00</b>	<b>8.331.282,00</b>	
XXXV-San Justo	Clínica Modelo Los Cedros S.A. y otros - UTE	102.352	100,00	23.336.256,00	(*)
<b>Total San Justo</b>		<b>102.352</b>	<b>100,00</b>	<b>23.336.256,00</b>	
XXIX-Morón	Marcos y Hugo Libedinsky S.A. y otros - UTE	44.778	35,92	10.209.384,00	(*)
	Hosp. Nac. "Prof. Alejandro Posadas" y otros - UGP (Unidad de Gestión y Partic.)	43.707	35,06	10.594.576,80	
	Municipalidad de Merlo y otros - UTE	36.169	29,02	8.246.532,00	
	<b>Total Morón</b>		<b>124.654</b>	<b>100,00</b>	<b>29.050.492,80</b>
<b>Total muestra</b>		<b>591.072</b>		<b>135.798.622,80</b>	

Fuente: elaboración propia. Datos provistos por el INSSJP.

(\*) Todas estas empresas designaron a Abril Salud S.A. como encargada de las tareas administrativas y apoderada ante el instituto, siendo su representante el doctor Scian, tal como se refiere en el punto 3.3 del presente dictamen.

(\*\*) Estas empresas recibieron anticipos de fondos durante el período analizado. Se amplía esta cuestión en el punto 4.1.2 del presente dictamen.

Todos los actos analizados corresponden a las contrataciones realizadas por concursos públicos abiertos de precios en febrero de 2000. Con posterioridad –agosto de 2001 y hasta mayo de 2002–, se verificaron incumplimientos en los términos de los 46 contratos, tanto por parte del instituto, que no cumplió con los pagos convenidos (acumulando un monto impago aproximado a la facturación de seis meses), como por su contraparte, las Unidades de Gestión y Participación (UGP), quienes disminuyeron considerablemente sus prestaciones. A la fecha del presente no se encuentra determinada la cifra del pasivo generado, que será consolidado y atendido con bonos emitidos por el Tesoro nacional, ni resueltos los reclamos derivados de la cuestión señalada anteriormente.

Los contratos de prestaciones médicas niveles I, II y III en ejecución a la fecha del presente son el resultado de renegociaciones de contratos vencidos. Los mismos, también vencidos, continúan en ejecución dado que se envió un telegrama ordenando a los prestadores que continuaran con los servicios hasta nuevo aviso y que serían reconocidos a los valores y condiciones pactadas. Consecuentemente, no tienen fecha cierta de vencimiento.

Las modificaciones referidas implicaron variaciones en sus aspectos sustanciales –objeto y precio– que por su naturaleza hubiesen requerido un nuevo contrato. Adicionalmente, como se mencionara anteriormente, el directorio decidió unilateralmente aumentar la cápita en \$ 2,40 (actas 17 y 19).

En cuanto a las tramitaciones del concurso público abierto, se verifican diversas observaciones de distinta magnitud que, por su naturaleza y alcance, han restringido los principios de concurrencia e igualdad que rigen el procedimiento de la licitación pública. Por otra parte, dichas circunstancias condicionan y limitan la determinación de los alcances de las obligaciones y derechos de las partes, que a continuación se detallan:

*a)* No se adjunta al expediente la solicitud de requerimiento del servicio, firmada por funcionario responsable, en donde se especifique entre otros detalles de las prestaciones: costo aproximado, período de vigencia de la prestación que se pretende contratar, etcétera. Asimismo, se encuentra acreditado que ante la solicitud de los prestadores participantes de información respecto de la demanda esperada, tales como tasas de uso de los distintos aspectos de las prestaciones involucradas, se emitió una circular aclaratoria notificando que no estaban disponibles.

*b)* Los pliegos de condiciones específicas no definen el objeto de la contratación en forma precisa e inconfundible.

No se especifican cantidades y calidades mínimas exigibles, parámetros mínimos de uso (por ejemplo, que deberá ofrecerse 1 médico de cabecera cada

1.000 beneficiarios de padrón), ni condiciones mínimas de infraestructura para los establecimientos de segundo nivel –internaciones– ni tiempos máximos de demora para la derivación de pacientes a especialidades.

*c)* No se encuentra acreditado el precio de referencia determinado para el servicio requerido.

*d)* El contrato celebrado no incluye el detalle de las prestaciones comprometidas, sino que se invocan las prestaciones del pliego, el que no señala de manera precisa e inconfundible el objeto de la contratación. Es de señalar que dada la imprecisión del pliego y que las prestaciones son brindadas por distintos efectores, resulta de suma importancia el conocimiento de las obligaciones contractuales asumidas. Tampoco se notificaron a las Unidades de Gestión Local (UGL - sucursales) que son competentes para ejercer el control sobre las prestaciones. Cabe señalar que, de las entrevistas mantenidas, surgió que es habitual el cambio de los efectores con la mera notificación al instituto.

*e)* No consta que se haya verificado la infraestructura ofrecida antes de la firma del contrato.

Tampoco se ha incorporado al expediente de trámite la habilitación del Ministerio de Salud de la jurisdicción respectiva de cada uno de los efectores ofrecidos. Recién se comenzó a verificar las habilitaciones a partir de las auditorías, luego del comienzo de la prestación. A punto tal que del relevamiento desarrollado para el presente dictamen especial algunas UGL respondieron al requerimiento sobre la infraestructura instalada utilizando papel membretado de los prestadores.

*f)* Las garantías establecidas en el pliego, tanto de mantenimiento de ofertas como de adjudicación, no se corresponden con las determinadas reglamentariamente.

*g)* Otras deficiencias de control interno que cabe mencionar:

– No se encuentran glosadas a los expedientes de trámite todas las ofertas recibidas por cada una de las contrataciones ni toda la documentación atinente a las mismas. En especial, no existe evidencia de que se hayan constituido las pólizas de seguro de responsabilidad civil y mala praxis.

Tampoco se han incorporado las publicaciones de los concursos públicos ni las invitaciones correspondientes.

– Los expedientes no constituyen un elemento único de archivo de todos los elementos que hacen a la contratación. Las modificaciones de contrato no están incorporadas a los expedientes. Tampoco consta el detalle de las evaluaciones que motivan la calificación de los oferentes ni las penalidades aplicadas con posterioridad a la celebración del contrato, situaciones que dificultan el control.

– Los expedientes no tienen un orden cronológico. Se realizan refoliaciones sin la debida constancia.

– Se incorpora al expediente documentación recibida por fax, actualmente borrosa.

– No existe en las actuaciones constancia de las habilitaciones presupuestarias, ni actos de autoridad competente que autoricen el llamado a concurso.

En lo referido a las modificaciones del contrato de mayo de 2002, cabe señalar las siguientes observaciones:

a) No constan en las actuaciones analizadas los elementos que acrediten la situación que motivó la renegociación, que concluyera con la firma de actas modificatorias del 31/5/02, si bien los mismos están invocados.

Las actas modificatorias de contrato celebradas por facultad especial concedida por el artículo 26 del decreto 486/02 no fueron tramitadas por expediente donde conste el reclamo fundado del prestador. Tampoco la participación de las áreas competentes, ni sus correspondientes dictámenes, sino que con posterioridad a la celebración de las mismas se instrumentó un único cuerpo como respaldo de las modificaciones de todos los contratos. Como ejemplo de ello, no consta la participación del Departamento de Costos de la Gerencia Económico-Financiera que explicita el costo de la cápita. En el expediente de trámite de la modificación de contratos se incorporó el dictamen determinando el valor de la cápita de emergencia por el área competente con fecha posterior a la celebración de los convenios modificatorios.

b) La misma situación de imprecisión indicada en el apartado d) precedentemente se configura ante la celebración del acta modificatoria.

#### 4.1.2. Pagos a prestadores.

Cabe mencionar que las empresas cuya oportunidad de pago se verificó se corresponden con aquellas de la muestra, cuyas observaciones a la contratación anteceden este punto.

Se ha detectado que en los pagos no se respeta el orden cronológico de entrada de facturas ni su vencimiento. En este sentido, se observó que existen pagos bajo la forma de anticipo (sin haberse producido su vencimiento) –entre otras, Clínica Modelo S.A., Argenmed Sistemas Médicos, Sanatorio Modelo Burzaco, Sanatorio Valentín Alsina S.A., Sanatorio Bernal y otros UTE y Sanatorio María Mater S.A.–, mientras que en otros casos se han verificado demoras en el pago superiores a los 180 días –como, por ejemplo, Sanatorio Morra S.A., Clínica Privada Saint Michel S.R.L., Secretaría de Salud de la provincia de Entre Ríos, Hospital “Perrupato” del Departamento General San Martín (Mendoza), Hos-

pital Municipal de San Isidro–. De la muestra tomada de mayo de 2003, los anticipos referidos ascienden a tres millones ciento nueve mil seiscientos catorce pesos (\$ 3.109.614).

No se ha podido verificar si existe en el instituto una norma que regule el pago de anticipos y evite trato discriminatorio en la elección de los proveedores que perciban sus créditos con esa modalidad, frente a la mora con relación a otros.

Por otra parte, de acuerdo con lo expuesto en 3.3.7, se ha comprobado la incompatibilidad del gerente de Prestaciones Médicas, doctor Néstor Juan Scian, quien fue, hasta unos días antes de su designación en el instituto, representante de Abril Salud S.A. Teniendo en cuenta que algunos de los proveedores que cobraron anticipos están agrupados en dicha UGP, se habría configurado lo normado en el artículo 17 de la ley 25.188: “Cuando los actos emitidos por los sujetos del artículo 1° estén alcanzados por los supuestos de los artículos 13, 14 y 15, serán nulos de nulidad absoluta, sin perjuicio de los derechos de terceros de buena fe. Si se tratare del dictado de un acto administrativo, éste se encontrará viciado de nulidad absoluta en los términos del artículo 14 de la ley 19.549. Las firmas contratantes o concesionarias serán solidariamente responsables por la reparación de los daños y perjuicios que por esos actos le ocasionen al Estado”. Ante la naturaleza de estos hechos corresponde dar intervención a la autoridad jurisdiccional competente.

Asimismo, se ha verificado que existen atrasos considerables en la registración de facturas. En particular, en la de prestaciones médicas se constató una demora, en algunos casos, de 9 meses.

Por último, es de señalar que en la registración contable de las cuentas corrientes de cada prestador no existe la definición del campo para el dígito verificador del CUIT de las empresas.

#### 4.1.3. Medicamentos.

La provisión de medicamentos para pacientes ambulatorios también ha sido convenida con una unión de empresas de la industria farmacéutica (a la que se denomina “la industria”) mediante un abono de suma fija. Corresponde a un contrato celebrado el 31/5/02 por contratación directa, sin que existan los fundamentos correspondientes. Posteriormente, el directorio, a través de un acta acuerdo del 21/3/03, prorrogó la prestación hasta el 31/5/03.

#### 4.1.4. Diálisis.

El servicio de diálisis está contratado por módulo por un monto fijo mensual, que incluye accesos vasculares, medicación, eritropoyetina y transporte de los pacientes en tratamiento comprendiendo 13 sesiones por mes.

Al respecto, se pone en evidencia una debilidad del sistema de información del instituto en cuanto no cuenta con registros sobre los valores de las prestaciones de similar naturaleza brindadas por otras instituciones –por ejemplo, IOMA, OSECAC, etcétera–, lo que le permitiría comparar los precios ofrecidos con los valores de mercado para decidir sobre su conveniencia. En este sentido, se ha verificado que el valor del módulo de hemodiálisis contratado por el instituto ascendió a partir de octubre de 2002 a \$ 178 por sesión. En comparación, el Cucaiba (provincia de Buenos Aires), hasta el 31/12/02, contrató con los mismos prestadores, por idéntico módulo y para una población menor, por \$ 141 por sesión para el primer trimestre de 2003, por \$ 150,87 y \$ 159,33 para el segundo trimestre.

Contrato con la Confederación de Asociaciones de Diálisis de la República Argentina y la Cámara Argentina de Servicios y Productos de Terapia Renal por el servicio de hemodiálisis para los afiliados de todo el país.

Del análisis de los expedientes 200-2002-01568-2-0000 y 200-2002-03704-3-0000 INSSJP se observan los siguientes aspectos:

El contrato originario fue suscrito por el instituto y las citadas confederación y cámara por el servicio de hemodiálisis para los afiliados de todo el país con fecha 31/10/97, oportunidad en que se valorizó el módulo de la prestación a brindar a \$ 1.885, excluyéndose del mismo la eritropoyetina y sin que se observe documentación de estudio de costos que respalde dicho valor.

El mencionado acuerdo fue rescindido por el instituto a partir del 29 de febrero de 2000, sin perjuicio de lo cual los efectores debían seguir brindando las prestaciones acordadas hasta que se les comunique fehacientemente quién sería el nuevo prestador. Sin embargo, el concurso público abierto para la contratación de prestadores 34/00 fue declarado desierto y mediante resolución 21/01 se acuerda entre las partes una reducción del valor del módulo, que se lleva a \$ 1.798 sin modificar las características del mismo.

Mediante nota de fecha 2/9/02, los prestadores intimaron al instituto a mejorar los valores en un plazo máximo de quince días habida cuenta del impacto producido por la devaluación monetaria, reclamando además lo adeudado por el instituto, esto es 50 % de febrero de 2002 a julio de 2002 inclusive, más las facturaciones complementarias desde diciembre de 1999 hasta la fecha. Caso contrario se procedería a la derivación de los 52 pacientes, en el marco de las responsabilidades que cada una de las partes habrían asumido frente a los beneficiarios.

La Gerencia de Prestaciones Médicas del instituto presentó dos alternativas para el contrato: asignar al módulo un valor de \$ 2.210 excluyendo del mismo la eritropoyetina, y \$ 2.314 incluyéndola. La

Gerencia de Prestaciones Médicas justifica la inclusión de la eritropoyetina dentro del módulo.

Cabe destacar que en esta oportunidad se incluye el estudio de costos realizado por el Grupo Técnico de Trabajo costos prestacionales del instituto, el cual respalda tales valores.

Dicho grupo también solicita al Área Renal Crónica, dependiente de la Subgerencia de Prestaciones Especiales de la Gerencia de Prestaciones Médicas, que valide las tasas de utilización de insumos y recursos del trabajo de costos mencionado en el párrafo anterior.

El día 26 de septiembre de 2002, se firma nueva acta acuerdo entre el instituto y los prestadores con los siguientes valores modulares: \$ 2.220 para el mes de septiembre de 2002 (excluyendo la eritropoyetina) y \$ 2.314 a partir de octubre de 2002, momento desde el cual la eritropoyetina estaría incluida dentro de dicho valor. Obsérvese que el precio acordado entre las partes, según refería la Gerencia de Prestaciones Médicas, era de \$ 2.210 y el finalmente firmado en el acta acuerdo fue de \$ 2.220.

El acta firmada aclara también que la misma no modifica la rescisión contractual producida en febrero de 2000.

El día 9 de octubre de 2002, el Departamento de Contratos, dependiente de la Gerencia de Asuntos Jurídicos, advierte que:

– Deberá intervenir nuevamente la Gerencia de Prestaciones Médicas debido a la diferencia de valores observada entre lo acordado y lo finalmente firmado en el acta acuerdo.

–El Área Renal Crónica, dependiente de la Gerencia de Prestaciones Médicas, debe convalidar las tasas de utilización volcadas en el estudio de costos del cual surgió el valor del módulo.

–La eritropoyetina está incluida en el convenio por medicamentos y que por lo tanto se podría incurrir en un doble pago.

El día 23 de octubre de 2002, la Gerencia Económico Financiera también manifiesta que no se hace mención a la tasa de uso de la eritropoyetina ni de su costo. Por otra parte, la Gerencia Económico Financiera indica que se debe adecuar el convenio con el Ministerio de Desarrollo Social, el cual contempla un valor por hemodiálisis de \$ 1.600, y que de mantenerlo así generaría una pérdida significativa al instituto. Señala, además, que los nuevos valores acordados representan un incremento en el presupuesto del instituto aproximado de \$ 40 millones anuales. Sugiere también efectuar llamado a licitación.

La Gerencia de Prestaciones Médicas a su vez informa que:

– La suma a abonar a los prestadores por el mes de septiembre de 2002 debe ser de \$ 2.210.

– Respecto a la provisión de eritropoyetina, refiere que se están realizando las gestiones para excluirla del convenio con la industria farmacéutica. Con relación a este punto, cabe mencionar que la Subgerencia de Medicamentos informó mediante nota 2.739 que en el acta acuerdo 145/02, artículo 12, estaba previsto establecer en la comisión de seguimiento del convenio respectivo los montos a debitar por dicho concepto, manifestando además que no se tiene conocimiento fehaciente que se esté efectuando el correspondiente débito.

El 11 de noviembre de 2002, la sindicatura también informó al entonces interventor del instituto que:

– Se deberá corregir el monto que se consignó en el artículo 2º del acta acuerdo por el pago correspondiente al mes de septiembre de 2002.

– El Area Renal Crónico deberá convalidar las tasas de utilización del estudio de costos.

– Se deberá excluir del convenio con la industria farmacéutica la eritropoyetina, cuyo valor se deberá debitar de la facturación que presente la misma.

– De lo expuesto, quedan como aspectos a subsanar por parte del instituto los siguientes:

– Corregir el monto que se consignó en el artículo 2º del acta acuerdo por el pago correspondiente al mes de septiembre de 2002.

– El Area Renal Crónico deberá convalidar las tasas de utilización en el estudio de costos.

– Excluir del convenio con la industria farmacéutica la eritropoyetina, o debitar su valor de la facturación que presente la misma.

– Adecuar el convenio con el Ministerio de Desarrollo Social, el cual contempla un valor por hemodiálisis de \$ 1.600.

Finalmente, cabe señalar que sería sumamente beneficioso, y respondería a una lógica de procedimiento, que compromisos contractuales de la importancia del analizado, se formalicen luego de las sugerencias e intervenciones de las distintas áreas que deberían participar durante la evaluación previa a efectos de no dejar pendientes aspectos como los señalados.

#### 4.1.5. Salud mental.

En salud mental la modalidad de contratación fue hasta el dictado de la resolución 1.114 del 29/12/00 de contratación directa con la Federación Argentina de Cámaras y Asociaciones Psiquiátricas (FACAP), habiéndose resuelto a partir de ese momento la celebración de contratos individuales con cada uno de los prestadores para romper con el comportamiento cartelizado que estos prestadores habían adoptado. Sin embargo, se ha verificado que no obstante la existencia de relaciones contractuales individuales, la mayor parte de los prestadores han

delegado su relación ante el instituto en una sola persona; cabe destacar que el apoderado es el ex presidente de la FACAP, el doctor Ernesto José Tapia. Desde la puesta en marcha de la contratación individual, la provisión ha sido convenida por monto fijo, el que resultó similar al oportunamente distribuido por la FACAP. Entre la finalización de la contratación con la FACAP y el nuevo vínculo con cada uno de los prestadores (151 contratos individuales) existió un intento por parte del INSSJP de pagar por paciente efectivamente internado en cada uno de las instituciones, que fracasó sin que se haya justificado técnicamente su improcedencia.

De la contratación en ejecución por el Servicio de Salud Mental se ha observado lo siguiente:

Los montos abonados se corresponden a un cupo identificado con una población de beneficiarios de un radio de cobertura determinado al momento de interrumpirse el vínculo con la FACAP. Se han verificado diferencias, que en algunos casos superan el 500 % en los montos. Si bien podrían existir razones que parcialmente expliquen dichas diferencias, el área competente no ha podido justificarlas. No se ha identificado la cantidad de pacientes efectivamente tratados (como ambulatorios e internados) en cada uno de los efectores, dado que el instituto –Departamento de Salud Mental– no cuenta con un registro/padrón actualizado de esa población.

No existe constancia de conformidad de la prestación de los servicios pagados, y no obstante ello, ante la argumentación de los prestadores de monto fijo, que tienen cubierto su cupo, se resuelven las internaciones de urgencia, ordenadas judicialmente, derivando los pacientes a centros especialmente contratados con cargo al instituto.

La ausencia de controles relevada es de tal importancia que cabe la posibilidad que exista duplicidad de pagos. Esta duplicidad se verifica en el pago por pacientes comprendidos en el cupo de internados de un prestador de salud mental que a su vez serían abonados contraprestación al ser internados en un instituto para discapacitados (Programa Proidis) o en geriátricos con modalidad psiquiátrica (RAMP). En este sentido, existe una denuncia en la Oficina Anticorrupción. Atento lo expuesto y que el monto involucrado es de aproximadamente \$ 103.600.000 al año sólo en salud mental, se entiende conveniente desarrollar una auditoría especial sobre las prestaciones de esta categoría.

#### 4.1.6. Contrato de ambulancias.

El contrato fue celebrado con fecha 22/12/97 con Cruz Alsina UTE, con una vigencia de tres (3) años a partir del 1º/1/98. El pago del servicio se fijó bajo la modalidad de valor capitado, por un importe de \$ 1,52 mensuales por beneficiario, sobre la base del padrón de la región metropolitana del instituto. Mediante acta acuerdo de fecha 26/3/99, el instituto y

Cruz Alsina prorrogaron la vigencia de dicho contrato hasta la hora cero (0) del día en que comenzarían a brindarse las prestaciones por la o las empresas que resultaran adjudicatarias de un concurso futuro a realizar y acordaron reducir el valor de la cápita mensual a \$ 1,45 a partir del 1°/4/99, y mediante nuevo acuerdo modificatorio del contrato con fecha 25/7/00 se redujo a partir del 1°/7/00 el valor cápita mensual a \$1,10, sin que tal reducción autorizara a modificar o disminuir en modo alguno la calidad de las prestaciones. Continúa con prestación de hecho hasta tanto asuma el nuevo prestador. De acuerdo al análisis realizado por esta auditoría nacional en su informe aprobado por resolución 102/2002, el contrato celebrado con Cruz Alsina bajo la modalidad de pago mensual capitado resultó más oneroso que por contraprestación; efectuado un análisis comparativo entre el precio del servicio contratado por el sistema capitado y el estimado por prestación, según los valores históricos indicados, las ambulancias realmente provistas a las cuatro Dampynp y los traslados programados efectuados, surge que el instituto pagó en el período 1998/2001 un sobre costo estimado en \$ 19.194.165,011. (En esa oportunidad, la AGN recomendó: instruir una actuación administrativa interna tendiente a dilucidar los siguientes aspectos relacionados con la ejecución de un contrato con Cruz Alsina, formulándose en su caso los cargos económicos y débitos correspondientes.)

Asimismo, de dicho análisis surgió que, según el contrato, Cruz Alsina estaba obligada a proveer las unidades de terapia intensiva móvil con dotación completa (chofer, camillero y médico). Sin embargo, de lo informado se infiere que dicha prestadora dejó de incluir a los médicos en la dotación de las ambulancias desde aproximadamente el 1°/11/00, los que fueron reemplazados por el instituto con médicos contratados por contraprestación, situación contemporánea con la baja del valor cápita a \$ 1,10 por afiliado. No obstante lo expuesto, no se verificó la existencia de débitos registrados en la cuenta del prestador por el incumplimiento señalado (se menciona a este respecto que la opinión recabada entre los jefes de las Dampynp era contraria a que sea Cruz Alsina quien proporcione los médicos, pues según ellos, cuando los profesionales eran de esta prestadora, carecían de la idoneidad y perfil necesario para una buena atención del afiliado).

Al respecto, debe señalarse que la empresa Cruz Alsina S.A. acumulaba, al 31/12/02, una deuda que ascendía a \$ 7.260.000 correspondiente a devengamientos de los meses de julio a diciembre del año 2002. Al 31/5/03 no se registraba saldo adeudado por el instituto a esa firma.

La reducción de la deuda con la firma en cuestión, en el período bajo estudio, disminuyó en un 100 %.

El ítem Ambulancias presenta el mayor porcentaje de reducción de deuda.

#### 4.1.7. Inundaciones en la provincia de Santa Fe - Fondo Rotatorio.

El análisis de los expedientes que tratan la administración de los fondos destinados a asistir a los afiliados al instituto, a cargo de la Comisión Económica, Compras y Contrataciones del DEN, arroja las siguientes observaciones generales:

Se constituyó un fondo rotatorio para asistir directamente a los damnificados por las inundaciones por un monto total de \$ 650.000 (resoluciones 109 - 110 - 111 - 113 - 117 - 118 - 121 - 132 - 180 - 185 - 205 - 206. Cabe señalar que la resolución 113 del 2/5/03 fue firmada por el director ejecutivo, señor Reynaldo Hermoso, no estando a cargo de la presidencia en ese momento. Esta resolución fue ratificada posteriormente por la resolución DEN 185 del 14/5/03).

Por resolución del DEN 206/03, del 23/5/03 se determina que el fondo autorizado por \$ 650.000 sea administrado de la siguiente manera:

\$ 100.000 por UGL XV.

\$550.000 por la Comisión Económica Financiera del DEN, los que fueron entregados en efectivo al director Reynaldo Hermoso.

Los gastos rendidos por el director Reynaldo Hermoso en este marco fueron los siguientes:

	\$
Empresa Balkash e Oscar B. Leiva (*)	156.331,80
Autoservicio Mayorista Diarco S.A.	404.078,10
Transporte Frate (**)	26.450,89
<b>Total de gastos</b>	<b>586.860,79</b>

(\*) De las dos facturas conformadas por el director Reynaldo Hermoso, surge que: la empresa unipersonal inició su actividad en abril de 1992.

La impresión de los talonarios de facturas es de abril de 2003 (la primera compra es de fecha 13 de mayo de 2003) Las facturas rendidas llevan los números 606 y 614.

Las facturas fueron emitidas el 13 y el 27 de mayo.

(\*\*) La empresa unipersonal inició su actividad –según factura– el 1°/7/92.

La impresión del talonario de facturas es de mayo de 1998 (de la 0001 a 0100).

En 11 años de actividad, la factura rendida, conformada por Reynaldo Hermoso, es la número 29.

En la factura del 3/6/03, consta el número de teléfono sin el dígito 4.

De la factura no surge la cantidad de viajes que se realizaron.

De acuerdo a lo expuesto, se destacan las siguientes observaciones:

– No existe cifra cierta de la cantidad de afiliados damnificados.

– No todas las resoluciones fueron convalidadas por el directorio. No se ha podido constatar que el



DEN haya autorizado del retiro del dinero en efectivo al señor Reynaldo Hermoso. No se encuentran los fundamentos para que las contrataciones y/o adquisiciones fueran canceladas mediante dinero en efectivo y no en cheque, contrariando elementales normas de control interno.

– Se ha comprobado que entre el 3/5/03 y el 13/5/03, el señor Reynaldo Hermoso había retirado en efectivo la totalidad de los \$550.000; mientras que existen facturas pagadas recién en las fechas que se consignan a continuación:

		\$
26/5/03	DiarcoS.A.	56.544,00
27/5/03	Balkash	87,571,80
3/6/03	Frate	26.450,89

#### 4.1.8. Situación prestacional.

A efectos de determinar el estado de la situación prestacional del período en estudio se llevó adelante un requerimiento de información circularizando a 36 UGL, de ellas se obtuvo respuesta de 26 que comprenden a unos 2.040.000 beneficiarios. La situación detectada presenta las siguientes particularidades:

– Cobro de plus generalizado (no permitido por los términos contractuales). Por ejemplo, como caso extremo se denunció en la UGL XVII - Chubut un intento de cobro de \$1.000, de arancel por cirugía, cuya denuncia provocó el corte de servicios por parte de la UGP.

– Restricciones en el acceso a análisis de laboratorios.

– Demoras en cirugías e internaciones programadas.

– Dificultad en el acceso a prácticas de diagnóstico de alta complejidad (por ejemplo resonancia magnética).

– Atraso en la entrega de prótesis por parte del proveedor del convenio capitado.

– Restricción e incluso falta de servicios de kinesiología.

– Oftalmología de alta complejidad: la prestación es casi nula, verificándose alta demanda contenida, pese a la instrumentación de un programa restringido que se tramita individualmente como excepción en nivel central. En todas las UGL se están adquiriendo medicamentos por demandas de servicios sociales, atento a la imposibilidad de los afiliados de abonar el costo no cubierto por el PAMI.

– Odontología: se encuentra en vigencia un plan de emergencia atento que el contrato de EPORA S.A. no llegó a implementarse.

Por otra parte es de hacer notar que se mantienen las restricciones puestas de manifiesto en el anterior informe de la AGN con respecto a las estable-

cidas por el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), que para mejor proveer se reseñan a continuación:

– Se establecen plazos máximos para la atención por especialistas (interconsultas) –Nivel II de pacientes ambulatorios–, situación que presupone una demora no habilitada en el PMOE del Ministerio de Salud.

– Se deroga la obligación de resolver los casos de cirugía programada en 30 días, lo que llevó en la práctica a la eliminación de esta modalidad de atención.

– En el Nivel II se determina que se prestarán como mínimo 9 especialidades, mientras que las reconocidas por el PMOE son 37.

– Se excluyen servicios como la oftalmología de alta complejidad, lo que condujo a la situación señalada anteriormente.

– Se convienen limitaciones a la internación reconociendo como prioritarias sólo aquellas.

– Que determinaren un riesgo de vida o social, quedando las restantes al arbitrio de una auditoría compartida entre el prestador (UGP) y el instituto.

– Existen numerosas prácticas diagnósticas y terapéuticas de alta complejidad excluidas del menú prestacional. De las correspondientes a especialidades analizadas (traumatología y nefrología), pueden ser reemplazadas por otras sí incluidas, pero que no ofrecen el mismo grado de precisión de diagnóstico y tratamiento. Asimismo, cabe destacar el INSSJP no desarrolla programas y actividades de prevención y control de los riesgos en forma adecuada y acorde con la composición etaria de la población beneficiaria. La única excepción son las campañas de vacunación contra la gripe.

#### 4.2. Actuación del directorio ejecutivo nacional en materia de prestaciones

Del análisis de las actas del directorio surge que los temas tratados por éste en materia de prestaciones son:

##### 4.2.1. Modificaciones contractuales. Aprobación de contratos y prórrogas.

– Se aprueba una prórroga por 90 días (desde 15/1/03) para todos los contratos de prestación vigentes. Con fecha 18/2/03 se extiende dicha prórroga por el término de 3 a 6 meses adicionales.

– Se aprueba la prórroga del convenio de provisión de medicamentos hasta el 31/5/03.

– Se aprueba el contrato con la firma EPORA S.A. para la prestación odontológica por 180 días hasta que se proceda al llamado a licitación (acta 12). Proceso que se describe en detalle al final de este apartado, por la significación del mismo y las graves irregularidades detectadas. Cabe aclarar que al respecto mediante acta 22 de fecha 19 de junio de

2003 se dispone suspender los pagos, definir las responsabilidades mediante auditorías en aquellos pagos que se hubieren realizado, iniciar el trámite de licitación de los servicios, analizar si hay causales de rescisión, garantizar en forma urgente la prestación estableciendo un plan de emergencia hasta tanto se liciten las prestaciones.

– Se aprueba la suscripción de la prórroga de los contratos individuales de salud mental hasta el 30/6/03.

– Se aprueba un convenio para la prestación de servicios médicos para los veteranos de guerra (\$ 19,85 por cápita - acta 14) nivel I y II. Posteriormente mediante acta 19 se dispone que no se debería continuar con el esquema de contratación directa planteando por lo tanto las actuaciones pasan a la Gerencia de Asuntos Jurídicos para que fije responsabilidades sobre lo actuado. Los veteranos de guerra pasarán a incluirse en los padrones de los distintos prestadores de nivel I y II.

– Se aprueba un incremento en el valor de la cápita por \$ 2,40 extensivo a todos los prestadores asistenciales (acta 19).

A efectos de conocer aquellas contrataciones prestacionales de significación económica resueltas por el DEN se solicitó al Departamento Contratos de la Gerencia de Asuntos Jurídicos, –dependencia que lleva el registro de la formalización y vigencia de los contratos prestacionales del ente–, un cuadro de “Contratos vigentes” sobre la base de la información allí disponible sobre la situación contractual del instituto durante la gestión analizada.

De la información proporcionada por la dependencia se observa el siguiente estado de situación:

– Prestaciones médicas de I, II y III nivel. Existen registrados 69 contratos con Unidades de Gestión y Participación (UGP) que brindan servicios de salud de I, II y III nivel en todo el país. De ellos sólo 7 se encuentran vigentes (UGL XXI - San Juan). Los 62 contratos restantes se encuentran vencidos desde el año 2002, continuándose la relación de hecho.

– Audífonos. Convenio nacional vencido en el año 2001.

– Óptica. Convenio nacional vencido en el año 2001.

– Oxígeno. Convenio nacional vencido en 2001.

– Trasplante. Ocho contratos celebrados en 1997 rescindidos el 29/2/00, continuándose con la relación de hecho.

– Prótesis. Convenio nacional. Vigente por un año a partir del 16/11/02.

– Odontología. Nuevo convenio a nivel nacional. Se registró como vigente por 180 días a partir de 15/5/03, pero por resolución 260 (25/6/03) del presidente “ad referéndum” del DEN, se declaró su rescisión, retrotrayendo el sistema prestacional odontológico a la situación al 14/5/03.

– Salud mental. Ciento cincuenta y un contratos individuales con los distintos prestadores de salud mental celebrados en 1991. No registran fecha de vencimiento. No obstante, del acta 12 de la sesión del DEN de fecha 10/4/03 se desprende que éstos fueron prorrogados hasta el 30/6/03.

– Geriátricos. Quinientos noventa y cuatro contratos individuales con establecimientos geriátricos, de los cuales 510 se suscribieron en el año 2000, 7 en 2001, 74 en 2002 y 3 en 2003.

– Ambulancias de Capital y Gran Buenos Aires. Contrato celebrado en 1998, rescindido el 27/1/2000 y continúa con prestación de hecho hasta tanto asuma el nuevo prestador.

De lo expuesto se concluye que la mayoría de los contratos del instituto con sus prestadores de salud se encuentran vencidos, habiéndose circunscripto la actividad del DEN a prorrogar en conjunto los contratos anteriores con los establecimientos de salud mental y formalizar un contrato a nivel nacional con EPORA S.A. para la cobertura odontológica, el cual es objeto de análisis particular a continuación.

Contratación de los Servicios de Atención Odontológica de I, II y III nivel: y demás prestaciones especificadas en el anexo A del contrato para dar cobertura a los beneficiarios del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

Dicha contratación se tramitó por el expediente 999-2003-00563-5-0000 de dos cuerpos (en fotocopia con 553 fojas), al que se encuentra agregado su similar 200-2002-04742-6-0000 (en fotocopia con 277 fojas) y para su análisis se obtuvo por cuerda separada la resolución 260, del 25 de junio de 2003 de la presidencia del Directorio Ejecutivo Nacional.

La misma se genera con el ofrecimiento realizado por la Agrupación de Empresas Privadas Odontológicas de la República Argentina al directorio del instituto con fecha 11 de marzo de 2003, sin que conste en las actuaciones requerimiento alguno por parte de las áreas específicas del instituto, ni determinación de las condiciones en que se deberían cumplir las prestaciones con intervención de las áreas técnicas competentes. A su vez, se agrega a continuación otra propuesta –doctora Susana Music y Asociados– de fecha 10 de marzo, en la que puede advertirse que el valor de la cápita ofrecida se encuentra enmendado, careciendo de firma alguna por parte del proponente (foja 218).

De la compulsas de las actuaciones surge que las ofertas presentadas y el proceso de selección del contratista seguido no se corresponde con algún ordenamiento determinado, careciéndose de previsiones para las etapas básicas a cumplir: formulación del requerimiento, autorización, pliego de bases y condiciones, publicidad de la convocatoria, apertura de ofertas, garantías de oferta, y adjudicación, evaluación de las ofertas, etcétera.

No obstante ello la Gerencia de Prestaciones Médicas procede al análisis de ambas propuestas, expidiéndose sobre las bondades de la oferta de EPORA S.A. señalando que "...cubre las expectativas que el instituto tiene en relación con la cobertura odontológica". Asimismo, basándose en la insuficiencia de la cobertura para todo el ámbito nacional y en lo elevado de la cápita ofertada desestima la restante propuesta. Con tal estado de cosas, se requiere la opinión de la Gerencia de Asuntos Jurídicos la que, luego de relatar lo actuado, concluye que la materia planteada "...resultaría una cuestión de raigambre prestacional o de mérito, oportunidad o conveniencia que exceden las competencias de este órgano asesor". A pesar de ello, eleva lo actuado para consideración del directorio, agregándose luego un despacho de la Comisión de Política Sanitaria y Control Prestacional en el que se concluye aprobando un convenio temporal hasta tanto se concreta el llamado a licitación.

Con los elementos de juicio hasta aquí resumidos, la secretaría del directorio, conforme lo tratado por éste con fecha 10/4/03 (acta 12), solicita la intervención de la sindicatura, quienes se expiden indicando que no les corresponde intervenir en esta instancia.

La Gerencia Económico-Financiera reanaliza la cuestión, concluyendo que el valor cápita obtenido por el instituto resulta cercano al consignado en la propuesta de EPORA S.A. (\$ 1,2081 vs. \$ 1,24 respectivamente), aconsejando que dicha oferta se ajuste en determinados aspectos del menú prestacional (exclusión de un código y de la restricción al promedio de dos prácticas de I y II nivel por mes). Sugiere, asimismo, que las áreas técnicas se expidan sobre algunas cuestiones pendientes (garantía de oferta, evaluación de efectores, propuestas de débitos y penalidades, etcétera), aspectos que no son satisfechos en la continuidad del trámite.

Elaborado el proyecto de contrato con EPORA S.A. por la Gerencia de Asuntos Jurídicos, y recabada nuevamente la intervención de los síndicos, éstos requieren mayores precisiones de:

– La Gerencia de Prestaciones Médicas, con relación a la real situación prestacional en el rubro odontología a la fecha.

– La Gerencia Económico-Financiera, por las razones que fundan la conveniencia de suscribir el convenio por la cápita testigo.

– La Gerencia de Asuntos Jurídicos, respecto de la modalidad de contratación adoptada y si median observaciones que formular.

Tales requerimientos son contestados por dichas áreas señalando respectivamente, lo siguiente:

– Que el área que nos ocupa se encuentra en emergencia nacional.

– La conveniencia de suscribir el convenio por la cápita testigo surge del hecho de ser ésta menor que la ofertada.

– No se encuentra objeción alguna a la contratación propuesta.

Con tales precisiones reingresan las actuaciones a la sindicatura la que sostiene que, al haber sido aceptada la propuesta por el directorio antes de su intervención, eleva lo actuado a la presidencia para la continuidad del trámite, sin perjuicio de requerir a la Gerencia de Prestaciones Médicas que amplíe y documente los aspectos referidos a la emergencia nacional planteada.

Es así que por resolución 179, del 12 de mayo de 2003, emanada del presidente del Directorio Ejecutivo Nacional, se aprueba la suscripción del convenio a celebrar con Empresas Privadas Odontológicas de la República Argentina (EPORA S.A.) para brindar las prestaciones odontológicas asistenciales de I, II y III nivel de atención y demás prestaciones a los afiliados del instituto en todo el país por el término de ciento ochenta días corridos contados a partir de su suscripción (aproximadamente \$ 3.775.000 mensuales).

Por nota 340, del 14 de mayo de 2003, la Gerencia de Asuntos Jurídicos gestiona la firma por parte de la presidencia del DEN de los dos ejemplares del convenio con EPORA S.A., identificado como 007-03, que corre agregado incompleto a fojas 477/8 (se carece de algunas de sus cláusulas y de la fecha de suscripción). A partir de allí, se suceden una serie de reclamos por parte de las UGL que son encaminados por el Departamento de Prestaciones Odontológicas, en los que se registran pedidos de instrucciones por parte de aquéllas respecto del temperamento a seguir con los efectores que cuentan con convenios en vigencia, actas acuerdos y plan de emergencia odontológico. (Fojas 471/7 y 484/8.)

Conforme surge del memorándum 155/03 de la secretaría de directorio, mediante acta 19 del 23/5/03, el Directorio Ejecutivo Nacional habría resuelto "...aprobar el modelo de carta documento de rescisión propuesta por la Gerencia de Asuntos Jurídicos a fojas 463". Se destaca que, de una prolija lectura de los términos del acta citada, no surge mención alguna referida a tales cartas documento de rescisión. No obstante ello, se agregan a fojas 497/502, seis (6) cartas documento en las que la presidencia del DEN notifica formalmente a otros tantos efectores que deberán cesar en la prestación de los servicios de atención odontológica a los afiliados del instituto. Por su parte, la Gerencia de Asuntos Jurídicos solicita a su similar de Coordinación de UGI, que instruya a dichas unidades para que cursen similares cartas documento notificando la rescisión del Acta de Adhesión al Plan de Emergencia Odontológico. Por su parte, obra a fojas 504, una misiva dirigida a EPORA S.A. del 26/5/03 (sin firma), en la que se le informa que las prestaciones que hubieran brindado los efectores antes mencionados hasta las fechas que en cada caso allí se in-

dican, les serán debitadas de la cápita correspondiente, convocándola a participar de una reunión de la Comisión de Solución de Controversias, de cuya realización y resultados nada se informa en las actuaciones.

Con fecha 20 de junio de 2003 y mediante nota 41/P/03, la nueva gestión en la presidencia le remite al Departamento Sumarios lo actuado para su análisis y opinión. Luego de un prolijo y oportuno relato de los hechos, dicho departamento concluye en la existencia de diversos hechos pasibles de pesquisa, propiciando el dictado del acto que ordene la sustanciación del sumario.

A continuación la Subgerencia de Asuntos Contenciosos se pronuncia sobre el particular, consignando una serie de irregularidades que surgen de las auditorías practicadas por los odontólogos asistentes de las distintas UGL, respecto de la prestación de EPORA S.A., conforme da cuenta la nota 152 del 19 de junio de 2003, del Departamento de Prestaciones Odontológicas. En esta última y luego de reseñar la situación de 29 UGL, se expresan las siguientes conclusiones:

1. Listados de prestadores consignados en el anexo del contrato fueron reemplazados varias veces y en todas las UGL consignando datos desactualizados sobre los servicios operativos (nómina - horarios de profesionales - domicilios - niveles de atención) que generaron limitaciones a los evaluadores del control en terreno y a los afiliados en el acceso al servicio.

2. Constan actas firmadas y cartas documentos de prestadores que fueron incorporados en forma compulsiva e inconsulta en la red de EPORA negando su adhesión.

3. UGL sin prestaciones por falta de prestadores, ni presentación de los responsables locales que figuran como centro operativo en anexo de contrato.

4. Localidades con insuficiente número de prestadores de acuerdo a la población beneficiaria.

5. Limitación unilateral de prácticas odontológicas (cupos) por parte de la empresa a los profesionales. Esta situación, genera demanda contenida.

6. Frecuentes modificaciones del plantel profesional por parte de la empresa sin informarse al Instituto los motivos y las condiciones contractuales.

7. Escasa o nula realización de prótesis dental en todas las UGL.

En función de ello y por considerar que “la conducta dolosa evidenciada por EPORA es configurativa de un vicio insalvable del consentimiento que determina como irremediable consecuencia la nulidad absoluta del acto” la subgerencia antes mencionada sugiere la apertura de sumario a los fines de delimitar y deslindar las responsabilidades pertinentes de las áreas preopinantes a la firma del contrato, cuya resolución por culpa del efector recomienda.

Otro elemento de juicio importante lo constituye la declaración testimonial de la jefa del Departamento de Prestaciones Odontológicas, del 25 de junio de 2003, que en lo sustancial informa:

a) La situación prestacional con anterioridad a la suscripción del convenio con EPORA S.A. se cubriría a través de actas acuerdos, convenios capitados y plan de emergencia;

b) Dado lo señalado precedentemente no comparte que la atención odontológica se encontraba “...en emergencia nacional.”, toda vez que no había falta de prestaciones ni cortes de servicios;

c) Que no se le dio ninguna intervención al departamento a su cargo, a pesar de ser el área que posee la información técnica y su intervención es obligatoria;

d) Que, aún en la emergencia, debe realizarse una acreditación del prestador, evaluando la capacidad funcional y los recursos humanos a ser afectados en los distintos niveles de atención ofrecidos, tarea esta que no se cumplió con el contrato suscrito con EPORA S.A., agregando “...que si los controles se hubieren efectuado el prestador no hubiere sido contratado dado que no tiene la capacidad prestacional y funcional para brindar la cobertura de servicios...”; y

e) Finalmente aclara que “...se había fijado una cápita de \$ 0,983, cápita con la cual se encontraba cubierta la totalidad de las prestaciones odontológicas, la cual luego fue elevada a \$1,2081 para la suscripción del contrato con EPORA S.A.”

Con los elementos de juicio hasta aquí reseñados y una última intervención del Departamento de Sumarios (dictamen 44/03) se dictan dos resoluciones, ambas del 25 de junio próximo pasado, emanadas de la presidencia (nueva gestión) del Directorio Ejecutivo Nacional, en las que:

a) Resolución 260/03: declara la rescisión con causa del contrato suscripto con la firma EPORA S.A., por la exclusiva responsabilidad de ésta; deroga la resolución 179/03 del registro del instituto por la que se aprobó dicho contrato; retrotrae el sistema prestacional odontológico al 14 de mayo de 2003 en todo el ámbito nacional; instruye la apertura de los sumarios administrativos para deslindar las responsabilidades de los funcionarios y agentes del instituto que hayan intervenido y a la Gerencia de Asuntos Jurídicos para que emita pronto dictamen respecto de la posible comisión de delito en los hechos aquí tratados. Esta resolución se adopta ad referendum del DEN, y

c) Resolución 264/03: despide con justa causa y con cargo patrimonial al agente Néstor Scian (legajo 54.068) quien se desempeñara como gerente de Prestaciones Médicas, ordenando cursar la notificación conforme el texto que como anexo I forma parte de la resolución, a la vez que se da intervención al Area Penal de la Subgerencia de Asuntos

Contenciosos para investigar la eventual comisión de un delito en la celebración del contrato con EPOA S.A.

#### 4.2.2. Contrataciones directas y concursos de precios.

De la lectura de las actas del directorio surge que los temas tratados por éste en materia de contrataciones, son:

Se aprueba una contratación directa por pesos dos millones quinientos cincuenta mil (\$2.550.000) para la distribución de las vacunas que fueran donadas por los Países Bajos y Estados Unidos. Se recibieron 2.500.000 dosis de vacunas de las cuales fueron donadas 900.000 dosis al Ministerio de Salud y a la Administración de Programas Especiales.

– Ampliación de la orden de compra 109.314 para la adquisición de 60.000 jeringas.

– Se gestiona la ampliación del renglón de la orden de compra 107.867 para la adquisición de 360 marcapasos por dólares doscientos cuarenta y dos mil setecientos treinta (u\$s 242.730).

– Se aprueba el acuerdo planteado por las firmas Biomédica Argentina S.A., Hollister S.A., y Coloplast S.A., respecto del concurso de precios de fecha 11/10/01, para la adquisición de productos de ostomía, conforme lo aconsejado por la Gerencia de Asuntos Jurídicos. (acta 14.)

– Se aprueba acuerdo con la firma Amplitone S.R.L. que provee audífonos por una deuda de junio de 2002 a mayo de 2003, con una quita del 10 %, (aproximadamente \$ 3.300.000). Posteriormente, en la gestión del nuevo presidente, mediante acta 21 de fecha 5/6/2003 se plantea la necesidad de rever el expediente a efectos de establecer con claridad si la firma ha cumplimentado la entrega de los mismos.

– Se aprueba la adquisición de productos de ostomía, previo pase a Sindicatura.

– La resolución 119 de fecha 7/5/2003 autoriza el llamado a contratación directa para la adquisición de 50 nebulizadores, 300 bolsas de colostomía y 20 botiquines provistos de medicamentos, citando el acta 16 del 5/5/2003. En dicha acta no se menciona en ningún punto el tratamiento de estas compras, las que posteriormente fueron adjudicadas mediante resolución 128 de fecha 8/5/2003 (\$ 315.971,12).

– Mediante resolución 189/03 firmada ad referendum de fecha 20/5/2003 se amplía nuevamente el renglón de la orden de compra 107.862 con la firma Biomédica Argentina S.A. por la provisión de marcapasos por un importe de u\$s 203.725, sin que en las actas del DEN se refleje su ratificación.

#### 4.2.3. Modificaciones prestacionales.

– Se aprueba el Proyecto de Modelo Prestacional de Asistencia Primaria con el objeto de permitir una atención sociosanitaria conforme a las necesidades de los beneficiarios (acta 17).

– Se aprueba el proyecto de modificación del circuito de entrega de medicamentos por vía de excepción a los afiliados del organismo.

– Con respecto a los reintegros de farmacia, el DEN solicita analizar la problemática que se plantea en todo el país. Atento a ello el tema es derivado para su estudio a las áreas técnicas. Además se presenta un esquema de trabajo sobre la gestión de medicamentos tendiente a plasmar a nivel institucional un régimen de reformulación completa de la prestación farmacéutica (acta 4).

– Se solicita a la Unidad de Auditoría Interna realizar un cronograma de auditorías a las distintas gerencias del instituto (acta 8).

– Se reasignaron pesos diez millones (\$ 10.000.000) de los montos presupuestados para la compra de vacuna del siguiente modo: pesos dos millones (\$ 2.000.000) para reintegros de sepelios y pesos ocho millones (\$ 8.000.000) para compras de lentes intraoculares y su colocación.

– Mediante resolución 25 de fecha 10-3-2003 se pone en vigencia la Red Nacional de Sepelio PAMI, indicándose que el tema fue aprobado mediante acta 6 de fecha 18/2/2003, no encontrándose en esta última mención alguna respecto del punto.

– Por acta 17 de fecha 8-5-2003 se aprueba el Proyecto Modelo Prestacional de Atención Primaria, de la revisión de las resoluciones no surge que el mismo haya sido puesto en vigencia.

#### 4.2.4. Otras medidas

– Se amplía el Fondo Rotatorio para la provincia de Santa Fe en virtud de las inundaciones que ocurrieron en la provincia.

– Se analiza la situación respecto de las cuatro denuncias penales efectuadas, según surge del acta 18 de fecha 12-5-2003, a saber: denuncias por presunción de cohecho en Santa Fe, irregularidades en el manejo de medicamentos en la provincia del Chaco, sobre irregularidades en la asignación y cobro de horas extra y respecto de las grandes diferencias observadas entre los padrones de esta obra social y los listados de afiliados, beneficiados por el programa Probienestar. Como consecuencia de estas denuncias el DEN aprueba una urgente auditoría en la Unidad de Gestión Local 1 Tucumán.

– Mediante resolución 206 ad referendum del DEN de fecha 23-5-2003, se fija, el Fondo Rotatorio destinado a la Unidad de Gestión Local de Santa Fe en la suma de \$100.000, dejando sin efecto la resolución 121/03 - DEN. A su vez, las ampliaciones de dicho Fondo Rotatorio (resoluciones 113, 118 y 180/03 DEN) se unifican en la suma de \$ 550.000, a ser administrado por las áreas de competencia de la Gerencia Económico-Financiera. Tales decisiones no fueron posteriormente ratificadas mediante acta de directorio.

4.3. *Conclusiones sobre la gestión del Directorio (DEN) en el período 15 de enero al 18 de junio de 2003, referidas al sistema prestacional y las contrataciones*

Del análisis realizado surge que en el período bajo revisión no se implementaron acciones tendientes a redireccionar los modelos prestacionales existentes ni se produjeron contrataciones relevantes de servicios médicos. Tampoco se evidencia que se hayan requerido informes regulares a las UGL –que como ya se mencionara son quienes tienen contacto directo con el afiliado– sobre la situación de las prestaciones médicoasistenciales. Solo se remitió esta información al directorio en dos oportunidades, en los casi 6 meses de gestión, por iniciativa del área de coordinación de UGL. Se han mantenido las prestaciones en ejecución al 31-12-02, sin que se hayan modificado las condiciones imperantes que fueran objeto de numerosas observaciones en informes anteriores de esta AGN.

Sólo se decidió en el período sobre la contratación de los servicios de odontología, con las graves irregularidades antes descritas –aprobado por resolución DEN 179/03 y 72 dejado sin efecto por resolución DEN 260/03 del 25-6-03, en la gestión del nuevo presidente–; prórroga de los contratos de salud mental –resolución DEN 235/03–; prestaciones médicas para veteranos de guerra –actas números 14 y 17 (no existen resoluciones) y dejado sin efecto por acta 19 del 23-5-03–; ampliación de la contratación de marcapasos –resolución DEN 189/03–; compra de productos de ostomía –resolución DEN 119/03–; y prórroga del convenio de medicamentos –acta 9 del 13-3-03 (no existe resolución).

Las resoluciones del DEN se incluyen en un libro de actas sin protocolizar –no se transcriben a libros copiativos u otros que garanticen la eventual modificación o reemplazo de los actos.

A continuación se detalla la fecha de origen de las principales prestaciones médico-asistenciales brindadas a los afiliados del PAMI y el estado de vigencia en que se encuentran:

*Contratos que continúan en ejecución*

Tipo de prestación	Contrato de origen	Vigencia
Médicas – Nivel I, II y III	Concursos públicos abiertos varios febrero/2000 – Acta modificada en mayo/2002 vigente hasta el 31-12-02	Contrato plazo vencido
Hemodiálisis	Contratación directa noviembre/1997 modificada diciembre/2002	Contrato plazo vencido
Ópticas	Concurso público agosto/2000 – c/prórroga 2001	No se está prestando el servicio en el 2003
Odontología	Plan de emergencia por UGL	No hay un único contrato
Prótesis	Concurso público noviembre/2002	Contrato vigente
Geriátricos	84 % de efectores c/contrataciones directas año 2000	Contratos plazo vencido
Geriátricos	16 % de efectores c/contrataciones directas año 2001 y 2003	Contratos vigentes
Medicam. ambulatorios	Contratación directa junio/2002	Contrato plazo vencido
Salud mental	Contrataciones directas enero y febrero/2001	Contratos plazos vencidos
Ambulancias	Contrato 1998 rescindido en el año 2000. Continúa de hecho	Contrato rescindido

*Fuente:* Elaboración propia s/datos INSSJP.

*Nota:* La información incluida está referida a la mayor parte de las contrataciones realizadas, existiendo excepciones.

Dentro de las cuestiones relacionadas con prestaciones médicas decididas en el período bajo análisis cabe mencionar las actas números 14 y 19 del DEN donde consta que se resolvió incrementar el valor de la cápita médica –nivel I, II y III– en \$ 2,40 sin que esta decisión haya estado motivada en el

análisis de las áreas técnicas competentes ni en reclamos fundados de los prestadores. La motivación invocada fue “la recuperación presupuestaria” del instituto. A posteriori de la notificación de la decisión del DEN, se requirió la participación de las Gerencias de Asuntos Jurídicos y Económico-Financiero.

A la fecha de emisión del presente, no se ha concluido su implementación definitiva.

No se ha obtenido evidencia del requerimiento a las UGL –sucursales– en la reformulación del diseño de las actividades prestacionales. Al respecto es de señalar que en el marco de la nueva ley promulgada el 22 de julio de 2002 –25.615– compete a dichas UGL elaborar propuestas y programas prestacionales para su jurisdicción, basados en los factores socio-demográficos, epidemiológicos, tasas de uso estimativas y costos de cada jurisdicción.

Cabe señalar, que el instituto no realiza estudios referidos a la determinación de necesidades asistenciales de su población beneficiaria ni planeamiento de los servicios a contratar –plan de compras–, que le permita prever con anticipación los servicios que requerirá materia de prestaciones médicas.

Para concluir, cabe destacar que durante el año 2002 se desarrolló un proyecto de pliego de condiciones para la contratación de prestaciones médicas nivel I, II y III, donde se tomaban en consideración algunas de las observaciones y recomendaciones formuladas por esta AGN a los contratos en ejecución. El proyecto llegó a ser publicado en el Boletín Oficial del 16-12-02, y el área competente del instituto determinó el costo de la cápita, por cuanto se encontraba en un avanzado estado de trámite el llamado a concurso público de precios. Sin embargo, no se avanzó en el llamado a concurso de estas prestaciones –que al inicio de la gestión del DEN ya estaban vencidas– y tampoco se encontraron análisis posteriores que aconsejaran el archivo del trámite.

Visto cuanto antecede lo primero que corresponde destacar es que lo infrecuente, en gravedad y número, de la exposición de violaciones a normas y pautas elementales, tanto en lo relativo a lo jurídico como en lo tocante a la gestión, informada en estos expedientes, resulta particularmente abrumadora cuando se atiende a la importancia que el órgano auditado reviste en orden a preservar la salud y la dignidad de la Nación y de sus habitantes.

Desfilan por las páginas de las actuaciones en tratamiento, constataciones que parten de lo general: no se realizan los estudios y análisis de costos conducentes a usar adecuadamente los recursos, no se controla adecuadamente el cumplimiento y nivel de las prestaciones, se violentan reglas básicas de organización, se violentan reglas básicas de aplicación al procesamiento de información relevante a la gestión; para llegar hasta casos particulares de terrible patencia: obsolescencia del equipamiento con el que se realizan diagnósticos; diagnósticos erróneos por utilización de reactivos vencidos; inexistencia de servicios de hemoterapia en localidades del interior determinando que cuando es necesaria una transfusión de sangre los bioquímicos cobren 50 pesos por dador por los análisis de compatibili-

dad y homogeneidad; exclusión de las prestaciones básicas de prácticas tales como la cirugía de cataratas que como cualquiera puede saber tiene una altísima incidencia en la franja etaria a la que se dirige el servicio; etcétera.

Hay un sufrimiento humano que es inevitable por los demás hombres y hay un sufrimiento humano que los otros hombres pueden evitar. Debe considerarse que en función de gobierno existen unas responsabilidades consiguientes a este último tipo de sufrimiento humano.

En tal sentido debiera prestarse atención, en estos expedientes, hasta que punto representan un Estado en el que la vida del ciudadano no parece implicar un valor particularmente importante y las posibilidades de evitar sufrimiento humano aparecerían reducidos a un requerimiento de segunda categoría.

La protección del ciudadano es el precio que el Estado debe pagar por la limitación que impone a la libertad de cada individuo. Este principio está en la base de la legitimidad del Estado. Por eso cuando los agentes del Estado comienzan a actuar en procura de fines que se desentienden de esa protección incurrir de un modo básico y natural en el territorio de la ilegitimidad.

Aun a aquél que no tuviera fe religiosa, ni convicciones morales, ni compromiso con ideas políticas, la absoluta inatención por las necesidades del otro debiera chocarle por razones prácticas, porque muy difícilmente los proyectos individuales puedan salvaguardarse en un marco descompuesto.

La acumulación de informes negativos, el tiempo transcurrido sin soluciones y los informes recientemente recibidos, terminan de conformar un cuadro que requiere la intervención en orden a una íntegra solución del problema de los tres poderes del Estado.

*Oscar S. Lamberto. – Carlos A. Verna. – Miguel A. Pichetto. – José L. Gioja. – Gerardo R. Morales. – Raúl Baglini. – Omar E. Becerra. – Ricardo C. Quintela.*

## ANTECEDENTES

### 1

#### Dictamen de comisión

*Honorable Congreso:*

Vuestra Comisión Parlamentaria Mixta Revisora de Cuentas de la Administración, ha considerado los expedientes OV 40/99, AGN remite copia de la disposición 19/99 por la cual se aprueba el pliego de condiciones para la contratación de servicios de auditoría externa en el PAMI; OV 659/01, sobre Prestaciones Médicas de I, II y III nivel de la provincia de Buenos Aires, en las sucursales de San Martín, Lanús y Morón; OV 261/02, sobre el Servicio de Ambulancias

y Traslados; OV 358/02, sobre Servicio de Hemodiálisis período 1997-2001; OV 374/02, sobre Auditoría de Gestión relacionada con el Sistema de Provisión de Medicamentos Ambulatorios 12-3-1997 – 30-11-2001; OV 438/02, resolución AGN 176/02, sobre Prestaciones Médicas de I, II y III nivel de Rosario, brindado durante el período 12-3-97 al 31-7-2001; OV 439/02, sobre Prestaciones Médicas I, II Y III nivel de Córdoba, brindado durante el período 12-3-97 al 31-7-2001; OV 440/02, sobre Prestaciones Odontológicas brindadas en el período 12-3-97 al 31-7-2000; OV 461/02, resolución AGN 180/02 sobre el Servicio de Provisión de Prótesis y Ortesis; OV 483/02, AGN comunica descargo efectuado por el organismo auditado respecto del informe incluido en la resolución AGN 180/02; OV 197/03, referido a un examen especial sobre políticas de salud instrumentadas por el Poder Ejecutivo nacional - Ejercicio 2001; OV 204/03, sobre estados contables al 31-12-99; OV 235/03, AGN comunica descargo respecto de la resolución AGN 58/03; OV 286/03, referente a la orden de apertura de la actuación sobre “Dictamen Especial acerca de la Gestión del Directorio constituido a partir de la normalización del PAMI”, en virtud de lo requerido por el Honorable Senado; OVD 373/03 y OVD 374/03, “Jefe de Gabinete de Ministros, remite respuesta en relación con la resolución aprobada por la Honorable Cámara (165-S.-98), sobre las medidas adoptadas en orden a la corrección de los graves apartamientos puestos de manifiesto por la AGN; y jefe de Gabinete de Ministros: remite respuesta en relación a la resolución aprobada por la Honorable Cámara (173-S.-96), sobre la urgente necesidad de adecuar los procedimientos observados por la AGN, respectivamente”; OV 323/03, sobre un dictamen especial referente a la gestión del directorio constituido a partir de la normalización; OV 324/03, resolución 91/03 estableciendo el carácter de su participación en el Consejo Participativo de Auditoría, Control y Planeamiento; OV 326/03, resolución 99/03 rectificatoria a la resolución 92/03; OV 522/03, AGN remite ejemplar de autenticidad de los estados contables al 31-12-99, respecto resolución 65/03; en el ámbito del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados; y, por las razones expuestas en sus fundamentos, os aconseja la aprobación del siguiente

### Proyecto de resolución

*El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación*

RESUELVEN:

1. Dirigirse al Poder Ejecutivo nacional: *a)* manifestando la urgente necesidad de que se adopte toda medida que sus competencias determinen a los fines de regularizar las graves situaciones observadas en el ámbito del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y de asegurar un íntegro cumplimiento de las funciones a cargo del mismo; *b)* solicitándole informe sobre las medidas concretas adoptadas en orden a: *a)* a consecución de los objetivos expresados en el apartado que antecede; *b)* la determinación y efectivización de las responsabilidades que correspondan por los hechos observados.

2. Remitir copia de los expedientes: OV 40/99, OV 659/01, OV 261/02, OV 358/02, OV 374/02, OV 438/02, OV 439/02, OV 440/02, OV 461/02, OV 483/02, OV 197/03, OV 204/03, OV 235/03, OV 286/03, OVD 373/03, OVD 374/03, OV 323/03, OV 324/03, OV 326/03, OV 522/03 a la Procuración General de la Nación a los fines de su toma de conocimiento y a los efectos que por derecho correspondan.

3. Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional, a la Procuración General de la Nación y a la Auditoría General de la Nación, juntamente con sus fundamentos.\*

De acuerdo con las disposiciones pertinentes del Reglamento del Honorable Senado de la Nación, este dictamen pasa directamente al orden del día.

Sala de comisión, 18 de noviembre de 2003

*Oscar S. Lamberto. – Carlos A. Verna. – Miguel A. Pichetto. – José L. Gioja. – Gerardo R. Morales. – Raúl Baglini. – Omar E. Becerra. – Ricardo C. Quintela.*

2

Ver expediente 34-S.-2003.

\* Los fundamentos corresponden a los publicados con la comunicación del Honorable Senado.