

SESIONES ORDINARIAS

2011

ORDEN DEL DÍA N° 1967

COMISIÓN PARLAMENTARIA MIXTA REVISORA DE CUENTAS

Impreso el día 3 de marzo de 2011

Término del artículo 113: 16 de marzo de 2011

SUMARIO: Pedido de informes al Poder Ejecutivo sobre las medidas adoptadas con el objeto de regularizar las situaciones observadas por la Auditoría General de la Nación en el ámbito del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y cuestiones conexas.

1. (8.691-D.-2010.)
2. (387-O.V.-2006.)
3. (82-O.V.-2007.)
4. (382-O.V.-2007.)
5. (459-O.V.-2007.)
6. (57-O.V.-2009.)
7. (115-O.V.-2009.)
8. (214-O.V.-2009.)
9. (20-O.V.-2010.)

I. Dictamen de mayoría.

II. Dictamen de minoría.

I

Dictamen de mayoría

Honorable Cámara:

Vuestra Comisión Parlamentaria Mixta Revisora de Cuentas ha considerado los expedientes Oficiales Varios O.V. 387/06, Auditoría General de la Nación comunica resolución, sobre las prestaciones médicas de II y III nivel brindadas por el instituto en el ámbito de las Unidades de Gestión Local (UGL) VI (Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y XXIX (Morón) en el período comprendido entre el 1º/1/04 y el 30/4/05; O.V. 82/07, AGN comunica resolución sobre prestaciones brindadas por el instituto en el marco del Programa Probieneestar en el período 1º/1/04 y el 30/10/05; O.V. 382/07, AGN remite resolución sobre los estados contables al 31 de diciembre de 2004; O.V. 459/07, AGN remite resolución, sobre prestaciones de salud

mental brindadas por el instituto a sus afiliados en el proceso de transición de la resolución 922/04-D.E. a la resolución 1.440/05 y sus modificatorias; O.V. 57/09, AGN comunica resolución, sobre la contratación y provisión de audífonos, marcapasos, cardiodesfibriladores y campañas de vacunación; O.V. 115/09, AGN comunica resolución 76/09, sobre prestaciones de diálisis; O.V. 214/09, Auditoría General de la Nación comunica resolución, sobre los estados contables correspondientes al ejercicio finalizado el 31 de diciembre de 2006; y O.V. 20/10, Auditoría General de la Nación comunica resolución, sobre prestaciones geriátricas por el período comprendido entre el 1º/1/07 y 31/3/08; en el ámbito del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI); 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 solicitándole informe las medidas adoptadas a los efectos de: *a)* regularizar las situaciones observadas por la Auditoría General de la Nación en el ámbito del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI); *b)* determinar el perjuicio fiscal que pudiera haber emergido de las aludidas situaciones; y *c)* determinar y efectivizar las correspondientes responsabilidades.

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

De acuerdo con las disposiciones pertinentes el presente dictamen pasa directamente al orden del día.

Sala de la comisión, 11 de noviembre de 2010.

Heriberto A. Martínez Oddone. – Luis A. Juez. – Gerardo R. Morales. – Ernesto R. Sanz. – Juan C. Morán. – Walter A. Agosto.

II

Dictamen de minoría

Honorable Cámara:

Vuestra Comisión Parlamentaria Mixta Revisora de Cuentas ha considerado los expedientes Oficiales Varios O.V. 387/06, Auditoría General de la Nación (AGN) comunica resolución, sobre las prestaciones médicas de II y III nivel brindadas por el instituto en el ámbito de las unidades de gestión local (UGL) VI (Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y XXIX (Morón) en el período comprendido entre el 1º/1/04 y el 30/4/05; O.V. 82/07, AGN comunica resolución sobre prestaciones brindadas por el instituto en el marco del Programa Probienestar en el período 1º/1/04 y el 30/10/05; O.V. 382/07, AGN remite resolución sobre los estados contables al 31 de diciembre de 2004; O.V. 459/07, AGN remite resolución, sobre prestaciones de salud mental brindadas por el instituto a sus afiliados en el proceso de transición de la resolución 922/04-D.E. a la resolución 1.440/05 y sus modificatorias; OV 57/09, AGN comunica resolución, sobre la contratación y provisión de audífonos, marcapasos, cardiodesfibriladores y campañas de vacunación; O.V. 115/09, AGN comunica resolución 76/09, sobre prestaciones de diálisis; O.V. 214/09, Auditoría General de la Nación comunica resolución, sobre los estados contables correspondientes al ejercicio finalizado el 31 de diciembre de 2006; y O.V. 20/10, Auditoría General de la Nación comunica resolución, sobre prestaciones geriátricas por el período comprendido entre el 1º/1/07 y 31/3/08; en el ámbito del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI); 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 solicitándole informe las medidas adoptadas a los efectos de regularizar las situaciones observadas por la Auditoría General de la Nación en el ámbito del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).

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

De acuerdo con las disposiciones pertinentes el presente dictamen pasa directamente al orden del día.

Sala de la comisión, 11 de noviembre de 2010.

Nicolás A. Fernández. – Gerónimo Vargas Aignasse. – José M. Díaz Bancalari.

FUNDAMENTOS

Expediente O.V. 387/06-Resolución AGN 151/06

La Auditoría General de la Nación (AGN) procedió a efectuar un examen especial en el ámbito del Instituto

Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. El objeto de la tarea de la AGN fue examinar las prestaciones médicas de II y III nivel brindadas por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados en el ámbito de las unidades de gestión local (UGL) VI –Ciudad Autónoma de Buenos Aires– y XXIX –Morón– en el período comprendido entre el 1º/1/04 y el 30/4/05.

Señala la AGN que se analizaron en las UGL VI y XXIX del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, en el período considerado y a través de las UGP, las prestaciones médicas brindadas en el marco del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) (resolución 201/02 MS), entonces vigente.

Informa la AGN que mediante las verificaciones realizadas en los establecimientos sanatoriales de 3 UGP de la UGL VI y 1 UGP de la UGL XXIX, se comprobó que sólo una de las UGL VI, cumplía con las previsiones contractuales y los requisitos de planta física, equipamiento y documentación previstos en las guías de evaluación que aplica el instituto. En el resto se verificaron numerosos y variados desvíos que afectan la calidad del servicio. Esta situación se corresponde con los resultados de las auditorías realizadas por la UAP.

La AGN verificó también en dichos establecimientos sanatoriales retrasos en las operaciones de implantación de prótesis y lentes intraoculares, por demoras atribuidas al instituto en la provisión de estos elementos.

Durante el año 2004 las quejas recibidas por el defensor de la Tercera Edad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre las prestaciones de II y III nivel constituyeron en el año 2004 el 3,27 % de las mismas y en los primeros cuatro meses de 2005, el 9,23 %. Estos porcentajes se ubican por debajo de otras prestaciones, por ejemplo pedido de audífonos (17,76 % y 41,54 %, respectivamente).

La implementación del pago del adicional por cumplimiento de las metas generales y particulares (resolución 458/04 y modificatorias) a los prestadores, constituyó de hecho un aumento del valor de la cápita condicionado al cumplimiento de obligaciones que ya estaban previstas en los contratos, atención oportuna y prohibición de cobrar al afiliado.

No obstante, la mayoría de las quejas de afiliados formuladas al servicio Pami Escucha y Responde relativas a las prestaciones de II y III nivel de atención médica, obedecieron a demoras en el otorgamiento de turnos o su cambio posterior (57,8 % en la UGL VI y 62,77 % en la UGL XXIX). Señala la AGN que durante la auditoría quedó evidenciada la dificultad de los afiliados para acceder en algunas UGP a turnos de atención oportunos, observándose este problema como constante en las UGP del sector público, donde se observaron demoras muy importantes en los turnos para cirugías programadas y algunas prácticas ambulatorias.

En el contexto señalado la disminución del adicional por metas de \$ 4,10 a \$ 1 con el correlativo incremento del valor de la cápita pura a \$25 dispuestos por resolución 794/04 INSSJP, se observa como un reacondicionamiento del esquema retributivo a los prestadores, a efectos de posibilitar una mejora económica del valor cápita a favor de aquellos que no pudieron cumplir con su obligación de brindar accesibilidad oportuna al paciente PAMI, especialmente los del sector público.

En la UGL VI no se evidenció el cumplimiento del objetivo de mayor efectividad en la investigación y penalidades por incumplimientos contractuales establecido en la normativa vigente, dado la cantidad de actuaciones en la que tramitan denuncias sobre prestaciones médicas que se encuentran sin resolución.

Informa la AGN respecto de las acciones informadas por el instituto en su respuesta, éstas no llegaron a incidir en las prestaciones brindadas en el período considerado, debiendo en consecuencia ponderarse las mismas en futuras auditorías.

El auditado en su descargo respecto del informe de la AGN manifestó lo siguiente:

1. Las actuales autoridades en los primeros meses de su gestión se abocaron al conocimiento y evaluación de la situación del instituto, lo cual evidenció que la estructura de relaciones vigentes en el año 2004 con las UGP eran propias de un modelo de gerenciamiento que rigió durante muchos años en el instituto, mediante el cual el instituto delegó la gestión y la administración, conservando la facultad de auditar las prestaciones, modelo que con el tiempo restringió la información a la obra social sobre las prestaciones efectivamente brindadas al contar casi exclusivamente con la información que le suministraban los prestadores. Esta situación según el organismo motivó el dictado de las siguientes medidas:

– Resolución 140 de marzo de 2004, que estableció las bases y acciones sobre las cuales se asentaría el nuevo modelo prestacional del instituto y que en sus considerandos señala que resulta necesario modificar el sistema de contratación de las prestaciones médico asistenciales para el I, II y III nivel, “eliminando la intermediación financiera parásita y haciendo posible la vinculación directa de este organismo con quienes presten efectivamente los servicios”, disponiendo la norma distintas acciones, de las cuales, la respuesta del ente destacó las siguientes:

– Recuperación de la capacidad de gestión y control por parte del instituto que puede monitorear de manera directa, sin intermediarios, el proceso de atención primaria de la salud asegurando una fuerte presencia institucional en el más amplio porcentaje prestacional.

– Corrección inmediata de las falencias prestacionales a través del fortalecimiento de la capacidad de resolución local del instituto.

– Conocimiento previo de cada efector y admisión acreditada por el instituto en cualquier nivel de atención del sistema.

– Resolución 694/04, que creó el registro de prestadores de atención médica y otras prestaciones asistenciales para la inscripción, acreditación y posterior selección de prestadores de los servicios sociosanitarios de los niveles I, II y III de atención médica y otras prestaciones, de carácter abierto, permanente y único, asegurando al menos una boca de recepción de inscripción por cada UGL. Norma que además instruyó a la Gerencia Económico Financiera a determinar el costo de las prestaciones a ser brindadas por los prestadores que se contraten en base a las especificaciones elaboradas por las áreas técnicas pertinentes.

– Resolución 284 de febrero de 2005, que aprobó el modelo prestacional sociocomunitario de atención médica y otras prestaciones asistenciales del instituto y que según la respuesta del ente con relación al II y III nivel de atención optimiza los recursos destinados a la efectiva y adecuada prestación de servicios en contraposición con el anterior modelo de intermediación, disminuyendo los recursos destinados a gastos administrativos, esquema que según el organismo tiende al fortalecimiento y optimización del rol de médico de I nivel de atención, a fin de asegurar la accesibilidad inmediata a la consulta con éste y desde él a las especialidades de mayor demanda ambulatoria garantizando que todos los afiliados accedan a las prestaciones que requieran en función de su patología, rigiendo para los nuevos contratos un nuevo sistema para los incumplimientos contractuales y penalidades.

Con relación a estas tres normas, señala la AGN que si bien fueron dictadas durante el período auditado, lo cierto es que al cierre de sus tareas de campo (13/5/05) las mismas no habían alcanzado a generar efectos sobre las prestaciones de II y III nivel de las UGL VI y XXIX auditadas, toda vez que no se visualizaron cambios en la modalidad de contratación, el modelo prestacional, la selección de los prestadores de estos niveles a partir de su inscripción en el registro creado por el ente y en el régimen de incumplimientos contractuales y penalidades, manteniéndose la situación preexistente cuestionada por el instituto en su respuesta.

La respuesta del ente en los aspectos indicados, observa la AGN, debe considerarse en consecuencia como un informe sobre una nueva política en la administración del ente, cuyos resultados recién podrán comprobarse en futuras auditorías sobre períodos posteriores al auditado, pero que no modifica la descripción institucional y prestacional realizada en el proyecto de informe puesto en conocimiento del ente, ni los defectos de gestión y prestacionales observados.

2. La AGN manifiesta que el instituto en su respuesta también señaló haber dictado la resolución 1.060/05, mediante la cual estableció incentivos para los prestadores con la finalidad de intentar subsanar la insuficiencia informativa sobre las prestaciones brindadas. Esta norma fue dictada el 12/8/05, es decir con posterioridad al cierre de las tareas de campo de la AGN, razón por la que, si bien guarda relación con el

sistema de información prestacional y retribución a los prestadores, no estaba vigente en el período auditado por dicha AGN.

3. Con relación a la recomendación de incorporar en el presupuesto del instituto una apertura presupuestaria del gasto en prestaciones médicas por UGL, el organismo informó que actualmente, tanto si la gestión se realiza por transferencias a la UGL o por pago directo en el nivel central, la registración de los gastos por prestaciones médicas queda desagregada por cada ámbito local. No obstante señala la AGN que no se acompaña a la respuesta antecedentes que acrediten esto último.

4. Finalmente el organismo informó que se dieron instrucciones para formalizar la aprobación de las guías de evaluación utilizadas por la UAP y se ordenó al área jurídica de la UGL XXIX para que haga constar en el texto de las disposiciones que resuelven las causas del régimen de penalidades una descripción autosuficiente de los antecedentes y circunstancias de hecho que las generaron.

Atento ello la AGN formuló las siguientes recomendaciones:

1. Adoptar las acciones tendientes a que los establecimientos prestadores corrijan los desvíos en aspectos estructurales y de funcionamiento puestos en evidencia en la auditoría realizada.

2. Aprobar por acto de autoridad competente las guías de evaluación utilizadas por la UAP y prever contractualmente su aplicación.

3. Requerir a las UGP la implementación de un sistema de comunicación permanente y oportuna a los médicos de cabecera sobre la internación de los pacientes de su cápita.

4. Establecer mecanismos de provisión oportuna a los establecimientos sanatoriales de las UGP, de aquellas prótesis traumatológicas cuya entrega directa se haya reservado el instituto.

5. Analizar la conveniencia de contratar por módulo independiente las operaciones de cataratas, provisión de LIO y sustancia viscoelástica.

6. Proveer oportunamente a los sanatorios las lentes intraoculares y sustancia viscoelástica.

7. Exigir a las UGP que cumplan con su obligación de comunicar en forma permanente al instituto y médicos de cabecera todo cambio en la nómina de médicos especialistas.

8. Arbitrar los medios, cambios o ajustes necesarios a efectos de que cesen los problemas de accesibilidad oportuna que tienen los afiliados de la UGL VI, capitados en las UGP de sector público (Agrupación Salud Integral y Red de Hospitales Universitarios), y privado (Federación Médica Gremial de la Capital Federal - Instituto Antártida SAMIC y otros UTE), independientemente de la aplicación del régimen de cumplimiento de metas establecido por resolución 882/04 INSSJP.

9. Realizar las medidas necesarias a efectos de que cesen los problemas de accesibilidad oportuna que tienen los afiliados de la UGL XXIX cuyas cápitas corresponden a la UGP del sector público Hospital Nacional “Profesor Alejandro Posadas” y otros unidad de gestión y participación.

10. Implementar medidas efectivas para que el prestador público de la UGL VI, Agrupación Salud Integral, se abstenga de realizar cobros indebidos a los afiliados que se encuentran a su cargo, independientemente de la aplicación del régimen de cumplimiento de metas establecido por resolución 882/04 INSSJP.

11. Arbitrar mecanismos de control tendientes a validar la veracidad de la información estadística que entregan mensualmente los prestadores, teniendo en cuenta para ellos los datos estadísticos propios del instituto obtenidos por los Centros PAMI Coordina en los establecimientos.

12. Agilizar la sustanciación de las actuaciones iniciadas por aplicación del Régimen de Investigación y Penalidades por Incumplimientos Contractuales de las UGP dotando a la UGL VI de recursos humanos suficientes para regularizar los atrasos existentes.

13. Instruir al Área Jurídica de la UGL XXIX para que haga constar en el texto de las disposiciones que resuelven las causas del régimen de penalidades una descripción autosuficiente de los antecedentes y circunstancias de hecho que las generaron.

14. Incorporar en el presupuesto del instituto una apertura presupuestaria del gasto en prestaciones médicas por UGL.

Expediente O.V. 82/07 - Resolución AGN 55/07

La Auditoría General de la Nación informa que realizó una auditoría de gestión en el ámbito del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), en el marco del “Programa Probienestar en el período comprendido entre el 1° de enero de 2004 y el 30 de octubre de 2005”.

El examen fue realizado de acuerdo con las normas de auditoría externa, aprobadas por resolución 145/93-AGN, dictadas en virtud de las facultades conferidas por el artículo 119, inciso *d*) de la ley 24.156, aplicándose, entre otros, los siguientes procedimientos: Análisis normativo, entrevistas, pedidos de informes a las unidades de gestión local (UGL), análisis comparativo del precio del beneficio de complemento alimentario (BCA) modalidad “bolsón”, revisión de expedientes de habilitación de centros y visitas a éstos, estudio de la labor de las áreas de control interno y prestacional del ente, verificación de documentos de rendición de cuentas de centros de las UGL VI y análisis de la ejecución presupuestaria y registraciones contables del programa.

Las tareas de campo de la AGN, se desarrollaron en el período comprendido entre el 16 de mayo de 2005 y el 1° de marzo de 2006.

Como resultado de la auditoría realizada, la Auditoría General de la Nación efectuó los siguientes comentarios y observaciones.

1. El organismo carecía de un padrón completo y actualizado de los beneficiarios del Programa Probienestar a causa de las fallas del sistema informático Benfox.

2. Al mes de junio de 2005 existía una demanda estimada del Beneficio de Complemento Alimentario (BCA) en espera de 40.000 afiliados. El Subsidio de Asistencia Sociosanitaria implementado por resolución 892/05-DE, al ser fijado con el mismo valor del bolsón BCA unitario (\$30), tener un mayor alcance en edad e ingresos máximos requeridos y ser excluyente del BCA, actuó de manera complementaria, captando esta demanda no cubierta.

3. No obstante lo indicado precedentemente, las UGL siguieron otorgando el beneficio del BCA a afiliados con ingresos superiores a \$599, cuya incorporación al programa es de excepción. También se observaron numerosas fallas en la implementación del Subsidio de Asistencia Sociosanitaria.

4. La suma de \$30 fijada para el bolsón BCA resultó insuficiente para cubrir el contenido de alimentos fijado por el instituto, razón por la cual había proveedores que practicaban variaciones a la composición requerida por el instituto.

5. En el período enero 2004 a junio 2005 la relación contractual entre el instituto y los centros adheridos al Programa Probienestar, careció de contratos escritos.

6. En el año 2004 el 85% de los afiliados encuestados mostró disconformidad con la cantidad en el bolsón y un 40% con su calidad. En el primer semestre del año 2005 estos porcentajes se redujeron al 60% y 10% respectivamente.

7. La AGN observó un incumplimiento generalizado de los centros de jubilados en el cumplimiento de los requisitos formales que el programa les exige.

8. En los centros de jubilados y pensionados de la UGL VI no se cumplía con la compulsa de precios exigida por disposición 303/03-GPSC y 8 proveedores concentraban el 83,20% de la facturación mensual. Uno de ellos proveía a 63 centros, esto es el 25,22% de dicha facturación.

9. El programa carecía de un plan anual de acción o programa operativo aprobado por autoridad competente vinculado con el presupuesto, que defina previamente, conceptual y cuantitativamente los objetivos a alcanzar y estrategias a desarrollar que permitan luego su posterior evaluación.

10. No se desarrollaron indicadores o medidores de rendimientos usuales, ni estadísticas que permitan monitorear en forma oportuna la gestión del programa.

11. En diciembre de 2004 se asignó a las UGL una partida complementaria a efectos de otorgar un bolsón especial conteniendo los productos de la canasta de Navidad. Este complemento, que incrementó la partida

de ese mes en un 50%, no estaba autorizado por las normas que implementan el Programa Probienestar.

12. El crédito destinado al Programa Probienestar en el presupuesto del ejercicio 2005 fue incrementado en \$86.154.377 respecto del presupuesto 2004; esto es un 57% más, generando un significativo excedente presupuestario de la partida en el año 2005. Este desvío no fue justificado por el organismo.

13. La AGN verificó importantes atrasos de las UGL en el análisis y conciliación de las rendiciones de cuentas de los centros y su posterior elevación al nivel central. En agosto de 2005 sólo 4 UGL estaban al día, del resto en 3 no habían cuentas en todo el período 2004/2005, 6 verificaban atrasos mayores a un año y las restantes 24 mantenían atrasos de 1 a 11 meses.

14. El Área Probienestar del nivel central, con la responsabilidad de verificar los expedientes de rendiciones de cuentas elevado por las UGL, carecía de acceso al sistema contable SAP del instituto, desaprovechándose la información que provee el mismo en el seguimiento de la evolución de los fondos.

La AGN manifiesta que el informe fue puesto en conocimiento del organismo auditado, el que ha formulado consideraciones que han sido tenidas en cuenta para elaborar el informe definitivo.

La AGN señala que el descargo del instituto confirma en general las observaciones practicadas e informa sobre acciones realizadas, en curso, tendientes a superar los aspectos observados. No obstante, al no adjuntarse la documentación probatoria respectiva, estas acciones correctivas podrán ser corroboradas en futuros proyectos de auditoría que comprendan períodos en los cuales las mismas estén implementadas.

Con motivo de las observaciones apuntadas, la AGN formuló las siguientes recomendaciones a la institución auditada.

1. Elaborar un padrón completo y actualizado de los afiliados beneficiarios del BCA (Beneficio de Complemento Alimentario) incorporándolo al padrón general del instituto.

2. Requerir a las UGL (Unidades de Gestión Local) que verifiquen la legitimidad y cumplimiento de los requisitos exigidos para acceder al BCA y que se cumpla con la exclusión establecida en la resolución 892/05-DE, anexo I, 3er. criterio, en las nuevas altas producidas a partir de la entrada en vigencia de esta resolución, procediendo a la baja del BCA en los casos que corresponda.

3. Ajustar el precio del bolsón BCA a los valores de plaza, verificando que los proveedores de los centros den estricto cumplimiento al tipo, cantidad y calidad de los alimentos comprometidos.

4. Concluir con la suscripción de los convenios respectivos con los centros de jubilados y pensionados y evitar la incorporación de centros vinculados con locales de partidos políticos.

5. Exigir que los centros de jubilados y pensionados lleven completas las fichas de los afiliados y cumplan con las demás exigencias formales del programa.

6. Analizar la posibilidad de incorporar mejoras en la cantidad y calidad del bolsón BCA.

7. Definir desde el nivel central criterios homogéneos en materia de información estadística, indicadores y encuestas de satisfacción por parte de las UGL.

8. Adoptar las medidas conducentes para solucionar las fallas del Sistema Informático Benfox y concluir con la incorporación del Padrón Probieneestar al Padrón General del Instituto.

9. Investigar la concentración y permanencia de proveedores de mercadería destinada al BCA en 1 UGL VI.

10. Elaborar un plan anual de acción o programa operativo vinculado al presupuesto del Probieneestar y someterlo a aprobación de autoridad competente.

11. Abstenerse de afectar partidas de BCA extraordinarias, como lo fue el bolsón navideño, sin el previo respaldo de norma que lo autorice.

12. Estudiar las causas de los atrasos en el cumplimiento del circuito de la rendición de cuentas que efectúan las UGL al nivel central y en su caso rediseñar el esquema de control con un mejor aprovechamiento de la información que provee el circuito contable del Instituto, simplificando los procedimientos.

Al concluir la auditoría de gestión sobre el Programa Probieneestar, desarrollada por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, la Auditoría General de la Nación hizo las siguientes consideraciones:

El Programa Probieneestar, creado en 1992, tiene como objetivos la asistencia para alimentación y vivienda, construcción de salones sociales y apoyo institucional a los centros de jubilados, organizar actividades recreativas y educativas que faciliten la comunicación e integración de los mayores, y promover la valoración social de los ancianos y discapacitados.

En la actualidad, las partidas correspondientes al programa se destinan de modo casi excluyente a proporcionar alimentación a afiliados, mediante la entrega del BCA, beneficio que ampara a aproximadamente 495.600 personas, mayoritariamente bajo la modalidad del bolsón (94%).

La demanda no satisfecha que, a junio de 2005 registra aproximadamente 40.000 afiliados, fue cubierta mediante el Subsidio de Asistencia Sociosanitaria creado por resolución 892/05-DE, beneficio que si bien tuvo numerosas fallas al inicio de su implementación, de perdurar en el tiempo y su valor siga siendo similar al del BCA constituye una herramienta eficaz para suplir la demanda insatisfecha.

Desde el punto de vista prestacional, cabe considerar que si bien el BCA es un complemento alimentario que no suple la dieta del afiliado, esta limitación no siem-

pre es aceptada o comprendida por los beneficiarios, habida cuenta la disconformidad que manifiestan los afiliados en cuanto a su cantidad. También la calidad de los productos fue materia de queja de los beneficiarios, aspecto relacionado con el ajustado precio asignado al BCA, insuficiente para adquirir la totalidad de los alimentos exigidos por el instituto.

También afecta al afiliado, la espera que debe afrontar el día de entrega del bolsón, que no siempre es en condiciones confortables, su acarreo (aproximadamente 9 kg) que en ciertos casos requiere contratar un transporte y que la entrega del bolsón se convierta de hecho en un elemento coercitivo de la afiliación al Centro y pago de una cuota social, la que es habitual se les cobre el día de la entrega del bolsón. Estos aspectos y la posibilidad que la persona decida por sí el destino del valor del beneficio, son los que se estima han tenido en cuenta aquellos afiliados que expresaron su preferencia en cobrar los \$30 del Subsidio de Asistencia Sociosanitaria de la resolución 892/05-DE en lugar del BCA.

Administrativamente, el programa se caracteriza por la ausencia de control en la asignación del beneficio en los centros de jubilados y pensionados, quienes no cumplen con las formalidades que le son exigidas. El otorgamiento del BCA por razones de excepción de hecho se constituyó en una vía habitual de acceso al programa para quienes no cumplen los requisitos para su otorgamiento, dado que no se acreditan ni fundamentan formalmente las razones de excepción.

No se pudo consolidar un padrón de beneficiarios BCA como consecuencia de recurrentes fallas en el sistema informático, que finalmente debió ser sustituido. Tampoco se logró integrar el padrón Probieneestar al padrón general.

La ausencia de un plan anual de acción o programa operativo vinculado al presupuesto, permitió en el año 2005 una sobreestimación presupuestaria con la que luego se financió en parte el Subsidio de Asistencia Sociosanitaria.

La dispersión del gasto, cantidad de operaciones y variables a controlar que por su naturaleza genera el programa, requieren de una importante estructura y actividad administrativa, que a su vez ocasiona una permanente demanda de personal técnico y administrativo por las UGL, quienes justifican sus atrasos en este déficit.

En este sentido, son importantes los atrasos de las UGL en el análisis de las rendiciones de cuentas de los centros y su posterior rendición al nivel central, con 3 UGL que en el período 2004/2005 no rindieron cuentas, desconociéndose si antes lo hicieron, sin que se hayan adoptado medidas, equiparándose las UGL al día con las que no cumplen. También en el Área Probieneestar del nivel central, la AGN verificó importantes atrasos en el análisis de las rendiciones de las UGL.

Expediente O.V. 382/07 - Resolución A.G.N. 166/07

La Auditoría General de la Nación informa que realizó una auditoría de los estados contables del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP), por el ejercicio finalizado el 31 de diciembre de 2004.

Las tareas de campo de la AGN se desarrollaron entre el 1° de diciembre de 2005 y el 2 de febrero de 2007.

Los estados contables del INSSJyP correspondientes al ejercicio terminado el 31 de diciembre de 2004, no fueron presentados en forma, dentro de los plazos legales.

Como resultado del examen de los estados contables, la Auditoría General de la Nación emitió un dictamen de “Abstención de opinión” fundamentando dicho proceder, por las limitaciones e incertidumbres que se derivan de las fallas de control interno, los litigios pendientes de resolución, así como del proceso de consolidación de deuda.

Los fundamentos expuestos por la Auditoría General de la Nación para su “Abstención de opinión”, son los siguientes:

Las observaciones estructurales, volcadas en los informes anteriores y detalladas en los considerandos del decreto 348/03 por el cual se determinó la intervención del instituto, se encuentran en procesos de regularización.

Sin embargo, advierte la AGN que las distintas deficiencias del sistema de control interno, no han despejado las limitaciones para el desarrollo adecuado del trabajo de auditoría a los efectos de ponderar la valuación y exposición de la información presentada.

Durante los últimos años, el instituto encaró la depuración de su padrón de beneficiarios que presentaba fallecimientos no registrados, inscripciones duplicadas, fechas de nacimientos inexactos, vicios o falencias estructurales no resueltos, vigentes durante el período en análisis. Asimismo, la circunstancia de que el equipamiento informático con conexión en tiempo real para proceder a la carga de información al Sistema Padrón de Afiliados no cubra –actualmente– las bocas de afiliación de todo el país, provoca ineficacia y demoras para el afiliado y para el instituto. Las cuestiones expuestas transforman al padrón en un instrumento sin las cualidades necesarias para la liquidación de los gastos del convenio de atención médica capitada, que involucran aproximadamente \$978 millones y de las retenciones con destino a otras obras sociales por opción de los jubilados. (Cabe aclarar que sobre este mismo concepto en la síntesis, la cifra que da la AGN es de \$839 millones).

La coexistencia de sistemas informatizados en tiempo real y carga diferida restan confiabilidad al sistema de información. El sistema SAP (sistema integrado de cuentas corrientes y contabilidad), con el cual se realiza la gestión económica y financiera es alimentado

con información proveniente de planillas de cálculo o sistemas que no han sido probados formalmente y que consecuentemente no satisfacen requerimientos de confiabilidad e integridad.

Por su parte, un análisis específico efectuado sobre las debilidades y fortalezas de la gestión informática en el organismo durante el año 2004 exhibe –entre otras facetas– la baja garantía de seguridad de los sistemas, como el insuficiente procedimiento de identificación e imputación de costos.

La cuenta de créditos Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente por \$96 millones aproximadamente, (5,85% del activo) carece de adecuada conciliación, existiendo partidas originadas en el año 1999.

La cuenta de créditos por prestaciones a recuperar por aproximadamente \$208 millones (12,64% del activo) es receptora de aquellos servicios brindados por prestadores alternativos (ya sea por no estar contratados por el instituto o no estar obligados de acuerdo al padrón de afiliados a realizar dicha prestación) a los efectos de repetir dicha erogación con el prestador obligado por convenio. Del análisis efectuado han surgido facturas o expedientes registrados, de antigua data y no conformados por el instituto, condicionando la recuperabilidad de los saldos expuestos.

El instituto registra pasivos por \$1.300 millones aproximadamente (68% del pasivo total) alcanzados por el proceso de consolidación descrito en nota 13. Las debilidades de control interno vigentes en los períodos reclamados, no han permitido –a la AGN– evaluar la razonabilidad del valor de cancelación expuesto.

El instituto no cuenta con normas y procedimientos que le permitan cumplir con la fiscalización en los organismos que correspondan del monto recaudado en concepto de aportes y contribuciones que conforman su patrimonio, así como tampoco sobre la forma en que éstos le son transferidos (artículo 7°, ley 25.615, modificatorio del artículo 9° de la ley 19.032), existiendo sólo controles y conciliaciones parciales de las sumas ingresadas).

Los canales de comunicación entre las distintas áreas denotan un funcionamiento no acorde a las exigencias requeridas y la información aportada carece de oportunidad y verificabilidad (v.g. demoras en la obtención de dictámenes, reiteración de situaciones contingentes descriptas en notas a los estados contables, inalterables en el tiempo –notas 7 y 12–, cumplimiento parcial por parte de las U.G.L. de la solicitud de información para la confección de los estados contables al 31/12/04 requerida por la resolución de intervención 902/04).

El sistema de microfilmado llevado a los efectos del registro laboral, autorizado por la Dirección Nacional de Inspección del Trabajo, disposición 19/89, contiene información a enero de 2003.

Existen por resolver diversas situaciones que derivan de los litigios con el Ministerio de Salud, con el Instituto de Servicios Sociales para el Personal Ferroviario y con otros demandantes, así como del proceso de con-

solidación de deuda establecido por la ley 25.725, de la implementación de la ley 25.565 y de las consecuencias de incumplimientos anteriores de la ley 24.557.

Expediente O.V. 459/07 - Resolución AGN 9/08

La Auditoría General de la Nación efectuó un examen especial en el ámbito del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. El objeto de la tarea de la AGN fue examinar las prestaciones de salud mental brindadas por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados a sus afiliados en el proceso de transición de la resolución 922/04-DE a la resolución 1.440/05-DE y su modificatoria.

La AGN formuló las siguientes consideraciones:

1. En lo atinente a la situación prestacional cabe señalar que el concurso de prestadores y las evaluaciones realizadas a los prestadores motivó la adecuación de los establecimientos a las exigencias de estructura y funcionalidad requeridos por la obra social, no observándose desvíos de significación con relación a estos aspectos así como tampoco problemas relevantes en la prestaciones brindadas a los afiliados.

2. Con relación al procedimiento de contratación implementado por el instituto para la selección y contratación de los prestadores de servicios de salud mental, es pertinente consignar que éste no siguió las formas de contratación previstas por el artículo 6, inciso n) de la ley 19.032.

3. Respecto al nuevo modelo prestacional en salud mental son destacables los siguientes aspectos:

Con las sucesivas actas acuerdo firmadas por el instituto en el marco de las resoluciones 1.114/00-CIN y 922/04-DE el instituto fue consolidando la relación contractual individual con los prestadores de servicios de salud mental, recuperando a la vez información en poder de los prestadores relacionadas con los beneficiarios a cargo de éstos y las prestaciones efectivamente brindadas en las distintas modalidades prestacionales.

No obstante, la estructura de pago por monto fijo de la resolución 922/04-DE posibilitaba la existencia de distorsiones relevantes entre el precio percibido por los prestadores y el valor de las prestaciones que éstos brindaban, donde habían efectores por ejemplo que cobraban \$85.302,53 mensuales por encima del valor de las prestaciones que daban, mientras que otros percibían \$68.019,04 por debajo del valor de las prestaciones brindadas.

Siendo uno de los propósitos del nuevo modelo prestacional propender a corregir las inequidades y distorsiones detectadas en el sistema de monto fijo, conforme lo señala el 9º considerando de la resolución 1.440/05-DE, se comprobó que con el adicional por metodología de corrección inicial previsto en esta norma y los ajustes del valor cápita y de las prestaciones individuales de la resolución 401/06-DE, el instituto recompuso razonablemente la situación de los pres-

tadores que cobraban sumas inferiores a los servicios que brindaban, generalmente de zonas de altas tasas de uso. Sin embargo, al no preverse mecanismos eficaces de corrección para el caso inverso (déficit prestacional) y la tendencia natural de los sistemas capitados a restringir los servicios, se generaron nuevas y mayores distorsiones entre el importe a pagar y el valor de las prestaciones efectivamente recibidas por los afiliados, beneficiando en general a prestadores de zonas geográficas con bajas tasas de utilización. En el caso de los 15 prestadores de facturación relevante considerados en el informe de la AGN, éstos se benefician en importes entre \$ 304.596 y \$ 50.515 mensuales –según el prestador– por encima de las prestaciones que brindan, siendo la internación crónica y la consulta ambulatoria las prácticas de mayor incidencia en esta distorsión que perjudica económicamente al instituto.

Para la implementación de este nuevo modelo prestacional y de pago dispuesto por la resolución 1.440/05-DE, con los valores ajustados por resolución 401/06-DE, estas normas previeron un incremento de \$4.682.000 del gasto mensual por servicios de salud mental respecto del anterior modelo, importe del cual \$2.528.000 recayeron en los 15 prestadores antes citados, sin visualizarse un cambio apreciable en las prestaciones recibidas por el instituto.

La AGN manifiesta que para la elaboración de su informe, tuvo en consideración el descargo producido por el auditado en aquellos casos en los que consideró pertinente.

Atento ello la AGN formuló las siguientes recomendaciones:

1. Incorporar a los padrones de salud mental a todos los afiliados del instituto, resguardando la accesibilidad al servicio mediante una adecuada asignación de la cápita del afiliado a establecimientos cercanos a su domicilio. En el caso de los afiliados ya incorporados se realizarán en los padrones los cambios que corresponda para que se cumpla este último supuesto.

2. Adoptar como norma que en toda actuación en las que deben emitirse actos resolutivos sustentados en tasas de uso u otra información estadística elaborada por el instituto, debe contarse con el informe previo de la División Estadística que los respalde, independientemente de las tasas de uso que informen las gerencias responsables de la prestación.

3. Realizar las acciones tendientes a concretar el traspaso de afiliados internados crónicos en hospitales públicos que no cumplan con las condiciones edilicias y prestacionales exigidas para una buena prestación, hacia los establecimientos psiquiátricos propios y residencias para adultos mayores con asistencia psiquiátrica (RAMP), según corresponda en cada caso y con el recaudo de no afectar al afiliado con el traspaso.

4. Proveer personal profesional suficiente a las UGL para un eficiente control y administración local de las prestaciones de salud mental.

5. Dictar normas que regulen la periodicidad, alcance y los procedimientos del control prestacional de las UGL sobre los efectores de salud mental, en especial sobre el proceso de atención, proveyéndoles de instrumentos de evaluación estandarizados.

6. Implementar mejores mecanismos de control sobre el cumplimiento de las prestaciones ambulatorias que deben realizar los prestadores en el cumplimiento de las tasas de uso definidas por el instituto por resolución 1.440/05-DE como esperadas.

7. Mejorar en las UGL la forma en que se llevan y actualizan los legajos de los prestadores locales, el control de la afiliación para el pago y la tramitación formal de los expedientes abiertos para la provisión de clozapina.

8. Aprobar normativamente las guías de evaluación a los prestadores de salud mental que utiliza la UAP, en coordinación con la Gerencia de Prestaciones Médicas, unificando criterios y dando difusión institucional a las mismas como referencia para las UGL.

9. Unificar en los procesos de selección y contratación de efectores los instrumentos de evaluación para el acto, independientemente de la dependencia que realice los controles.

10. Instar por las vías institucionales competentes el dictado de normas superiores que le permitan al instituto aplicar modalidades de contratación más apropiadas a sus necesidades prestacionales.

11. Disponer que en todo estudio de costos de las prestaciones del instituto que elabore el Departamento de Estudios Económicos de la Gerencia Económica Financiera, se establezcan los valores para la zona patagónica u otras regiones donde se verifique variaciones sustanciales de precios.

12. Realizar una investigación tendiente a establecer y cuantificar la totalidad de los efectos económicos reales derivados del cambio de la modalidad de pago, identificando aquellos casos no justificados dentro de los objetivos perseguidos por la medida.

13. Disponer medidas correctivas tendientes a recuperar el equilibrio económico contractual con los prestadores en aquellos casos de manifiesta desproporción entre lo pagado y los servicios efectivamente recibidos.

14. Analizar la posibilidad y conveniencia de reemplazar el modelo existente por otro que no genere distorsiones entre las retribuciones de los prestadores.

15. Realizar con carácter previo a todo cambio de modelo prestacional o modalidad de pago general, estudios financieros previos que certifiquen su factibilidad y las consecuencias económicas que se esperan para el instituto y los prestadores.

Expediente O.V. 57/09 - Resolución AGN 46/09

La Auditoría General de la Nación procedió a realizar un examen en el ámbito del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, con

el objeto de evaluar la contratación y provisión de audífonos, marcapasos, cardiodesfibriladores y campañas de vacunación para sus afiliados.

Con respecto a la provisión de audífonos la AGN señaló lo siguiente:

Este programa se caracterizó por un alto grado de ineficiencia en su gestión, con solicitudes de audífonos que no se consolidaban en ningún área del instituto, cantidades de pedidos pendientes distintos según la fuente de información, y demoras relevantes en la tramitación de las compras.

Señala la AGN que de los expedientes de pago de compra de audífonos analizados no surgen aspectos que destacar, excepto que éstos no estaban respaldados en facturas originales, sino en fotocopias de las mismas. En su descargo el auditado manifestó tomar debida cuenta de la recomendación derivada de este punto y proceder a la brevedad a adoptar las medidas conducentes a su satisfacción.

La demanda contenida (insatisfecha) cuantificada en 19.810 pedidos en enero 2005, a octubre de 2007 sólo disminuyó a 18.373, no obstante que en el interin se entregaron más de 40.000 audífonos. Lo expuesto evidencia la imposibilidad del instituto tanto para calcular como para satisfacer la demanda de audífonos de sus afiliados.

Con respecto a la provisión de marcapasos y cardiodesfibriladores, la AGN señaló lo siguiente:

El instituto brinda adecuada cobertura a sus afiliados en la entrega de marcapasos y cardiodesfibriladores.

No obstante las adquisiciones de marcapasos se realizaron cuando el stock estaba en un punto crítico.

También la AGN observó asimetría en los tiempos de entrega según los afiliados sean del área metropolitana o del interior del país, con demoras importantes del trámite en el caso de estos últimos, situación a la que contribuye la falta de stocks locales de marcapasos.

Con respecto a las campañas de vacunación, la AGN señaló lo siguiente:

Las demoras en la iniciación y trámite de compra de las dosis generó en la campaña 2005 un déficit que limitó la vacunación de afiliados.

En ninguna de las campañas auditadas pudo llevarse a cabo con éxito el programa de validación prestacional, así como tampoco se midió el impacto, ni se realizó vigilancia epidemiológica.

No se alcanzó la meta indicada por la OMS de vacunar al 50 % de la población blanco.

Atento ello la AGN formuló las siguientes recomendaciones:

Con respecto a la provisión de audífonos:

Arbitrar los medios necesarios para agilizar los procesos de compra y entrega de audífonos a los afiliados.

Incorporar en los expedientes de pago correspondientes a compras de audífonos las facturas originales.

Implementar un sistema informático centralizado para la gestión de pedidos, entrega, stock y comodato de audífonos a los afiliados.

Unificar el gerenciamiento del programa de entrega de audífonos.

Arbitrar los medios necesarios para regularizar el sistema de padrón de audífonos.

Arbitrar las medidas necesarias para agilizar las entregas de audífonos y satisfacer la totalidad de la demanda pendiente, poniendo al día el programa.

Auditar regularmente por la UAI los sectores centrales responsables de la gestión del programa de audífonos y las áreas de las UGL relacionadas con esta prestación.

Con respecto a la provisión de marcapasos y cardiodesfibriladores:

Iniciar los procedimientos de compras anuales de marcapasos con la anticipación suficiente.

Incorporar a los expedientes de pago derivados de compras de marcapasos y cardiodesfibriladores las facturas originales.

Incorporar a la actividad de control interno del instituto las prestaciones de otorgamiento y comodato de marcapasos y cardiodesfibriladores en el nivel central y en las UGL.

Diseñar un sistema informático centralizado que permita gestionar de modo unificado la operatoria de pedidos, concesión, entrega, seguimiento del stock y comodato de marcapasos y cardiodesfibriladores

Implementar un sistema de tramitación más ágil para el otorgamiento y entrega de marcapasos y cardiodesfibriladores a los afiliados de las UGL del interior del país. En este sentido se propicia evaluar la posibilidad y conveniencia de descentralizar el otorgamiento de las prestaciones y la implementación de un stock básico con reposición de estos elementos en las UGL del interior.

Establecer un mecanismo de control interno que imponga la obligación de realizar un informe circunstanciado de las causales y elevarlo a las autoridades competentes del instituto, cuando se produzca demora manifiesta en la entrega de marcapasos y cardiodesfibriladores, a efectos de corregir las dificultades en los circuitos y eventualmente deslindar la responsabilidad de las áreas que intervienen en el proceso.

Establecer las causales de demora que se observan en la etapa de implantación de marcapasos y cardiodesfibriladores por parte del II nivel de atención médica, activando los mecanismos correctivos pertinentes, operacionales y sancionatorios.

Con respecto a las campañas de vacunación:

Iniciar los procedimientos de licitación para la compra anual de vacunas con la anticipación suficiente, que asegure un suficiente y oportuno abastecimiento de estos insumos.

Dictar las normas sobre vacunación y darles publicidad con la antelación necesaria para un oportuno conocimiento de las mismas por parte de las UGL.

Incluir en la actividad de control de la UAI las áreas centrales responsables de la administración de las campañas de vacunación antigripal.

Implementar medidas efectivas tendientes a poder concretar la vigilancia epidemiológica y medición del impacto sanitario de la campaña, previstas como acciones del programa.

Analizar la conveniencia de ampliar en la UGL VI-Capital y en zonas geográficas con características similares la participación de las farmacias en las campañas de vacunación.

Implementar mecanismos más sencillos y ágiles para el seguimiento de la campaña de vacunación en el interior del país, teniendo en cuenta los recursos físicos y humanos que cuentan las UGL, así como la realidad de los centros de jubilados y pensionados que participan.

Asignar a las UGL para las campañas de vacunación, equipamiento y recursos humanos proporcionales a la cantidad de afiliados con que éstas cuentan para la carga de datos durante el monitoreo de la campaña y mejorar el cálculo de las previsiones presupuestarias de sus gastos operativos, teniendo en cuenta los importes requeridos por éstas y la evolución histórica del gasto.

Expediente O.V. 115/09 - Resolución AGN 76/09

La AGN efectuó un examen especial en el ámbito del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), con el objeto de verificar las prestaciones de diálisis brindadas por el instituto a sus afiliados.

Expresa la AGN que el examen fue realizado de acuerdo con las Normas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Nación, aprobadas por resolución 145/93-AGN, dictadas en ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 119, de la ley 24.156, y aplicó –entre otros– los siguientes procedimientos:

– Recopilación y análisis de las normas que definen el marco legal del instituto y regulan la prestación de diálisis.

– Entrevistas con funcionarios responsables del Área Renal Crónico del instituto y las unidades de gestión local (UGL) VI-Capital y XXIX-Morón.

– Estudio de informes de auditorías practicadas por la Unidad de Auditoría Interna (UAI) y de los resúmenes de informes de las auditorías de la Unidad de Auditoría Prestacional (UAP).

– Visitas a establecimientos de las UGL VI-Capital y XXIX-Morón.

– Estudio del expediente 200-2006-00108-2 correspondiente al llamado a concurso público de prestadores y adjudicación del servicio de diálisis por resolución 874/06-DE.

– Obtención del detalle de los movimientos contables de la Cuenta Hemodiálisis en la Contabilidad General del Organismo (ejercicio 2006 - Primer trimestre 2007), determinación de su consistencia y análisis de una muestra de 28 expedientes de pago.

– Análisis de la información contable sobre la facturación del instituto al Programa Federal de Salud (PROFE) del Ministerio de Salud y Ambiente por servicios de hemodiálisis brindados a los afiliados pensionados no contributivos (PNC) (ejercicio 2006 – Primer trimestre 2007).

– Pedidos de informes a las unidades de gestión local (UGL).

Las tareas concluyeron el 29/02/2008, siendo comunicado el resultado de las mismas al PAMI a fin de que el auditado efectúe los comentarios o aclaraciones que considere pertinentes. Mediante nota 579/08 de su coordinadora ejecutiva, el organismo produjo su descargo de cuyo texto surge una serie de comentarios conforme indica más adelante.

En el apartado “Aclaraciones previas” la AGN efectúa una reseña referida aspectos tales como la naturaleza, objeto y organización funcional del instituto; la prestación objeto de auditoría; prevención de la insuficiencia renal crónica; acceso del afiliado al servicio de hemodiálisis; prestadores del servicio de diálisis; proceso de selección y contratación de prestadores.

En el apartado “Comentarios y observaciones”, la AGN señala lo siguiente:

1. Prevención de la insuficiencia renal crónica (IRC).

La resolución 514/02-IN que creó el Programa de Detección Precoz de Insuficiencia Renal no es cumplida por las UGL ni por el Área Renal Crónico, quien al respecto informó estar trabajando para proponer un Programa Integral de Prevención, Detección y Seguimiento de la Enfermedad Renal, promoviendo una efectiva participación de las UGL, e incentivando la actuación de los médicos de cabecera y de los nefrólogos especialistas del II nivel de atención médica. Informa la AGN que, no obstante, no proporcionó documentación que avale lo expuesto.

En su descargo el instituto refiere el estado de situación y las principales causas de la IRC y expresa que se encuentra en proceso de elaboración un proyecto de detección precoz. Señala la AGN que lo expuesto no justifica reglamentariamente el incumplimiento de la resolución 514/02-IN dictada por la máxima autoridad del instituto, que permanece vigente.

2. Gerenciamiento del nivel central.

a) La definición y puesta en marcha del Nuevo Modelo Prestacional del Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal, así como la fijación de las bases y normatización del proceso de inscripción y acreditación de prestadores dispuestos por disposiciones 111 y 433/06 de la Gerencia de Prestaciones Médicas, es de competencia propia de la máxima autoridad del

instituto (conforme artículo 6°, incisos *d*) y *n*) de la ley 19.032).

La posterior convalidación de todo este proceso que hace la resolución 551/06-DE sanea la irregularidad del procedimiento observado.

b) El Área Renal Crónico con el concurso de las redes prestacionales a través de los comités de altas y calidad, centralizaron todos los aspectos relacionados con el gerenciamiento y operatoria de la prestación, en sus etapas de ingreso del paciente, seguimiento de los controles a los establecimientos y normas, dejando a las UGL prácticamente sin injerencia en el circuito prestacional de diálisis.

Este criterio de organización no armoniza con el artículo 6 bis de la ley 19.032, que asigna a las UGL la función de unidades de ejecución de todos los programas implementados por el instituto.

c) La creación, funcionamiento y modalidad de trabajo del Comité de Calidad y el de Traslados no se encuentran previstas en las normas del instituto que regulan la prestación.

3. Visitas a las UGL VI y XXIX.

Informa la AGN que se visitaron las Áreas Renal Crónico de las UGL VI-Capital y XXIX-Morón, evidenciándose la siguiente situación:

3.1. UGL VI-Capital

La participación de la UGL en el trámite de ingreso y admisión del paciente al sistema, se limita a recibir el expediente del nivel central para notificar la concesión del beneficio al afiliado, luego de lo cual lo remite a la agencia respectiva para su guarda.

El área cuenta con una médica nefróloga que esporádicamente realiza auditorías en terreno, en general si media alguna queja, o bien concurre a algún centro por trimestre a realizar controles de tipo estadístico, como ser cantidad de pacientes en tratamiento, ingresos, egresos por fallecimiento y derivaciones a otro centro. No controla la calidad de la prestación.

Según la AGN, lo expuesto denota insuficiencias en el control prestacional en esta UGL y subutilización del recurso humano médico nefrólogo para este servicio.

3.2. UGL XXIX-Morón.

El área contaba con dos profesionales médicos, una nefróloga y una anatómo-patóloga, pero no realizaban funciones afines a la prestación auditada. Señalaron que esta situación obedece a que a partir de febrero de 2007 los expedientes de ingreso de afiliados al tratamiento se inician y son caratulados en el Área Renal Crónico de Nivel Central y luego de concedido el beneficio son girados a la UGL al sólo efecto de su reserva hasta que fallece el paciente o entra en trasplante.

La profesional nefróloga manifestó estar en condiciones de realizar controles a los establecimientos, pero en la práctica no lo hace por falta de directivas y por encontrarse afectada a otras tareas.

Destaca la AGN que lo expuesto indica ausencia de control prestacional local y subutilización del personal especializado en la prestación de diálisis.

4. Unidad de auditoría interna.

La AGN pone en conocimiento que durante el año 2006 no hubo actividad de control de la UAI en dependencias del nivel central sobre el funcionamiento del programa de diálisis, señalando que las auditorías de este órgano de control interno se centraron en el Área Renal Crónico de las UGL. Del análisis de los informes de auditorías respectivas realizadas en 10 UGL, se observaron como reiteradas las siguientes deficiencias:

- Espacios físicos insuficientes para la atención al público y guarda de la documentación.
- Ausencia de controles a prestadores de diálisis.
- No se implementó el programa de prevención de la enfermedad renal resolución 514/02-IN.
- Los padrones de dializados no estaban validados en terreno por las UGL.
- Carecían de las normativas del año 2006 aplicables al área.

En el anexo I –del cual se informa más abajo– se detallan analíticamente las observaciones realizadas por la UAI en las UGL auditadas.

El instituto señala que se ha solicitado a la UAI que incorpore a su planificación la realización de auditorías en las áreas del nivel central que administran el Programa de Diálisis (en tal sentido, la AGN informa que el cumplimiento de esta instrucción será objeto de comprobación en futuras auditorías del programa).

También informa el PAMI que las deficiencias detectadas en las UGL fueron objeto de seguimientos en posteriores auditorías y que en un 73 % hubo algún tipo de intervención por parte del área competente tendiente a subsanar la falencia. Con relación a la ausencia de controles a prestadores de diálisis por parte de las UGL, señala también que en un 82 % de los casos se ha realizado algún tipo de acción correctiva. Destaca la AGN que, no obstante, el auditado no acompañó antecedentes que permitan confirmar lo indicado.

5. Control de la Unidad de Auditoría Prestacional (UAP).

La UAP es la gerencia que controla a los prestadores del instituto mediante equipos de auditores del nivel central.

5.1. Herramientas de control.

Para el control de la calidad dialítica la UAP diseñó guías de auditoría que evalúan el área médica (tratamiento del paciente, procesamiento de dializadores, bioseguridad, equipamiento y equipamiento de diálisis peritoneal); Recursos físicos (documentación del establecimiento, seguridad contra incendios, seguridad e integridad física, bioseguridad, planta física, continuidad de la energía, diálisis peritoneal) y área administrativa (documentación, recursos humanos), calificando al prestador mediante el otorgamiento de puntaje por el cumplimiento de los requisitos exigidos.

Informa la AGN que del análisis y posterior aplicación de estas guías se observó que su planilla de evaluación y asignación de puntaje al Área Médica –Tratamiento del Paciente y Calidad Dialítica– de los establecimientos, presentaba las siguientes inconsistencias:

- El ítem “Sobrevida” en calidad dialítica, asigna 4 puntos a los establecimientos que verifican más de un 5% de sus pacientes con una supervivencia mayor a 10 años en HD.

Este ítem –el de mayor puntaje de un total de 22 que suman 27 puntos para evaluar los aspectos de “Tratamiento del paciente” y “Calidad dialítica” en el Área Médica– no puede ser cumplido por los establecimientos con menos de 10 años, aunque su calidad dialítica sea mejor a la de prestadores más antiguos.

- El ítem “Fístulas nativas” que asigna 2 puntos a los establecimientos que verifican un valor mayor al 70 % es de aplicación relativa cuando los pacientes son de edad avanzada y tienen un prolongado tiempo en diálisis.

– Resultan de muy difícil obtención para el auditor los valores promedio de calidad dialítica de los indicadores PTH>500 con indicación quirúrgica, índices nutricionales, variación del peso corporal (intrasemanal y fin de semana) y adecuación dialítica para su comparación con los valores de referencia, toda vez que al no encontrarse estos promedios disponibles en los establecimientos como información corriente, obliga al auditor a la consulta individual de las historias clínicas de todos los pacientes para extraer los valores individuales y calcular el promedio, siempre y cuando estos valores hayan sido medidos y asentados en registros del efector.

La AGN señalar que estas guías de evaluación eran sólo de uso interno de la UAP al mismo tiempo que las UGL carecían de una guía o herramienta institucional para el control de las prestaciones de hemodiálisis (función de control prevista en el artículo 6° bis, inciso c), de la ley 19.032, incorporada por la ley 25.615).

Agrega que recién mediante disposición 359 de fecha 16/2/07 la Gerencia de Prestaciones Médicas institucionalizó estas guías, aprobándolas como herramienta única de control y seguimiento de los prestadores de tratamiento sustitutivo de la función renal.

Señala que dicho acto aprobatorio de las guías de control y su extensión a todo el instituto tampoco es competencia de la Gerencia de Prestaciones Médicas, sino del director ejecutivo del instituto (artículo 6°, incisos d) y e), de la ley 19.032) con intervención directa del nivel gerencial Unidad de Auditoría Prestacional.

El auditado expresó en su respuesta con relación al ítem “Sobrevida en calidad dialítica” que el puntaje se descuenta en el caso que se trate de un centro de menor antigüedad, con lo cual no se lo perjudica. Hace notar la AGN que no acompaña norma que avale este procedimiento.

Informa la AGN que, en relación al ítem “Fístulas nativas”, el ente se expone sobre la importancia del mismo como indicador de calidad dialítica, no expli-

cando cómo se soluciona la desigualdad de medir con el mismo puntaje a los establecimientos nuevos y los antiguos con pacientes de elevada edad y con tratamientos de antigua data.

Sigue diciendo la AGN y respecto a “los valores de PTH (parathormona) >500 con indicación quirúrgica, índices nutricionales, variación del peso corporal y adecuación dialítica”, que el organismo señala en su respuesta que éstos son importantes para el seguimiento del paciente y manifiestan una buena practica médica.

Al respecto, la AGN señala que estos parámetros pueden considerarse comprendidos dentro del denominado “Índice de eficiencia dialítica” previsto en el artículo 5°, inciso d), del decreto 612/2002 reglamentario de la ley 22.853, siendo facultad del organismo su aplicación.

Finalmente el instituto señaló en su respuesta que las guías de auditoría prestacional actualmente están en proceso de revisión con la finalidad de ser aprobadas por resolución de la Dirección Ejecutiva, habiéndose además colaborado institucionalmente en la elaboración de las Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Diálisis aprobadas por resolución 1.704/2007 del Ministerio de Salud e incorporadas al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Expresa el órgano de control externo que estos aspectos no modifican el informe, pero serán tenidos en cuenta en futuras auditorías del programa.

5.2. Auditorías de la UAP a establecimientos de hemodiálisis.

Durante el año 2006 la UAP auditó a 104 establecimientos de diálisis en 16 de las 36 UGL del instituto, según el siguiente detalle: II Corrientes (5); III Córdoba (6); IV Mendoza (7); VI Capital Federal (17); VII La Plata (9); VIII San Martín (3); XIII Chaco (7); IX Rosario (16); XII Salta (5); XIV Entre Ríos (4); XVI Neuquén (3); XVIII Misiones (6); XXI San Juan (4); XXIX Morón (2); XXXI Junín (9) y XXXV- San Justo (1).

Informa la AGN que el siguiente cuadro refleja conceptualmente, según su naturaleza, los desvíos más usuales consignados en los resúmenes de dichos informes de auditoría:

<i>Desvío</i>	<i>Centros</i>	<i>Porcentaje</i>
Planta física (funcionalidad / accesibilidad).	67	64,42 %
Seguridad general (incendio - integridad física de personas).	57	54,80 %
Bioseguridad médica.	54	51,92 %
Ley de hemodiálisis (cumplimiento).	36	34,61 %
Calidad en el tratamiento dialítico.	32	34,61 %
No exhibición de documentación.	31	29,80 %
Registros.	21	20,19 %
Recursos humanos (insuficientes-exhibición de títulos).	18	17,30 %
Historias clínicas - Control y seguimiento.	16	15,38 %
Habilitación municipal.	11	10,57 %

Asimismo la UAP recomendó no ingresar nuevos pacientes del INSSJP en 18 establecimientos de nueve (9) UGL, fundado en los desvíos en ellos verificados. El siguiente cuadro identifica estos establecimientos:

<i>UGL</i>	<i>Prestador/es y N° de informe de la UAP</i>
II Corrientes	FMC Argentina Bella Vista (1427)
IV Mendoza	Centro Privado de Hemodiálisis (0088)
VII La Plata (468).	Servicio de Nefrología del Sanatorio Argentino (0468) - Senear (0470) - Servicio de Terapia Renal Argentina (0472) - Asistencia Nefrológica (0474)
IX - Rosario	Servicios Médicos Nefrológicos (1294) - Servicio de Hemodiálisis del Sanatorio Integrado de La Ciudad (1843) - Servicio de Hemodiálisis del Centro Médico Rivadavia (1845)
XII - Salta	Ce.Di.Cla. (2260) - Surdial (2261)
XVIII - Misiones	Instituto de Nefrología “El Dorado” (0986) - Instituto de Nefrología “Oberá” (0987) - Instituto de Nefrología “Gambro” (0988)
XXIX - Morón	Fresenius Medical Care Argentina Merlo II (1530)
XXXI - Junín	Centro Nefrológico del Sanatorio Chivilcoy (0339) - Instituto Renal Oeste (0340)
XXXV - San Justo	Braferva (0005)

Informa la AGN, que verificó como trámite habitual que las observaciones practicadas por la UAP a los establecimientos son luego objeto de seguimiento por el Área Renal Crónico del Nivel Central en el ámbito del Comité de Calidad donde se presentan los informes de descargos y regularización de los desvíos a efectos de levantar el bloqueo de ingreso de pacientes.

6. Visitas a establecimientos de hemodiálisis.

6.1. informa que se efectuaron visitas a 10 establecimientos de diálisis sitios en las UGL VI - Capital y XXIX - Morón acreditados por resolución 874/DE/06 para su evaluación, aplicándose a este fin las planillas de declaración jurada para la acreditación de efectores de hemodiálisis y diálisis peritoneal aprobada por disposición 433/06 de la Gerencia de Prestaciones Médicas y las Guías de Auditoría elaboradas por la Unidad de Auditoría Prestacional, aprobadas como herramienta única de control y seguimiento de los prestadores de tratamiento sustitutivo de la función renal, por disposición 359/07, también de la citada gerencia.

Expresa la AGN que la aplicación de esta última guía en terreno permitió comprobar las debilidades de la misma en los aspectos puntualizados en el punto 5.1 precedente.

Asimismo, se comprobó que los establecimientos visitados nunca fueron controlados por las respectivas UGL, aunque sí por la UAP una vez al año.

6.2. La AGN informa que las visitas a los establecimientos de las citadas UGL arrojaron los siguientes resultados:

6.2.1. UGL VI - Capital.

CEMIC Fresenius Medical Care –ex RTC– (Av. Rivadavia 6044). Este establecimiento carecía de habilitación municipal, la cual se encontraba en trámite. El porcentaje de pacientes con eritropoyetina era 83 %, rango algo menor al valor de referencia (85 a 90 %) pero que en el caso de este establecimiento era correcto y guardaba correspondencia con el estado clínico de los afiliados, según las historias clínicas. No se observaron otros desvíos.

STRA (Lautaro 333). Carecía de habilitación municipal. Según el establecimiento la misma se encontraba en trámite bajo expediente 10.628/2002. No había área de cuidados intensivos ni convenio con algún establecimiento asistencial para la eventual derivación de pacientes descompensados. Carecía de contrato vigente con servicio de emergencias para traslados. No exhibieron el título de la profesional psicóloga. No contaba con servicio de hemoterapia propio, el mismo lo brindaba el Sanatorio Santa Isabel, lindero al establecimiento.

La Sala de Hemodiálisis no cumplía con el requerimiento de una superficie mínima de 6 m² por puesto, no respetándose en consecuencia la superficie operativa requerida.

En cuanto al equipamiento para control de incendios, las vías de evacuación carecían de señalización, los detectores de humo eran insuficientes, la ubicación de los extintores no se encontraba señalizada, el acceso a ellos era difícil y el certificado de la inspección de bomberos estaba vencido.

El 100 % de los pacientes recibían eritropoyetina. Este porcentaje no cumple con los valores de referencia del instituto (85 a 90 %), no obstante, no se detectaron casos de suministro innecesario de este fármaco.

El establecimiento registraba una variación semanal del peso corporal de los pacientes del orden del 4 %, no pudiéndose establecerse si este valor era intrasemanal o de fin de semana.

El instituto establece como valor de referencia una variación de peso menor del 3 % intrasemanal y menor del 5 % en el fin de semana.

El establecimiento no cumple con la medición de los índices nutricionales que exige el instituto, a saber: urea/creatinina (10/15), urea mitad de semana (<1,7 g/l) y albuminemia.

Fundación Favalaro (Av. Belgrano 1782, 7° piso). La Sala de Hemodiálisis no cumplía con el requerimiento de una superficie mínima de 6 m² por puesto, no respetándose en consecuencia la superficie operativa requerida. No exhibió inspección de bomberos.

Suministraba eritropoyetina al 100 % de los pacientes, es decir por encima del valor de referencia (85 a 90 %). Al igual que el establecimiento anterior no se detectaron casos de suministro innecesario.

El 55 % de los pacientes tenían fistulas nativas, valor menor al índice de referencia fijado por el instituto (>70 % de los pacientes). Esta diferencia obedece a la

antigüedad en el tratamiento de los pacientes del establecimiento. Lo expuesto evidencia las debilidades del sistema de control por puntaje entre establecimientos sin tener en cuenta las características particulares de la población (edad y antigüedad en el tratamiento).

Hospital Español - Servicio de Nefrología y Diálisis “Dr. Ursini S.R.L.” (Av Belgrano 2975, 1^{er} piso). Se visualizó un deficiente estado de conservación de las paredes, con falta de pintura y en algunos casos revoque. El depósito de materiales era de dimensiones insuficientes y estaba sucio.

Sólo el 45 % de los pacientes tenían fistulas nativas, porcentaje menor al de referencia del instituto (> al 70 % de pacientes). Es de aplicación la misma consideración del establecimiento anterior.

Unidad Nefrológica Argentina (Deán Funes 955). El porcentaje de pacientes con eritropoyetina era del 100 %, superior al valor de referencia. No contaban con la aprobación definitiva para la ampliación de puestos solicitada a la Superintendencia de Servicios de Salud en enero del 2006. No se observaron otros desvíos.

El establecimiento tenía 8 años de funcionamiento, con un porcentaje de pacientes con fistulas nativas del 75 %, con lo cual cumplía con el valor de referencia del instituto.

6.2.2. UGL XXIX - Morón.

Nefrodeha (Avda. Perón 2970 - Haedo). El porcentaje de pacientes con eritropoyetina era del 53 % (valor muy por debajo de los valores de referencia del instituto). Esta situación justifica una investigación específica ante la posibilidad de subprestación. No se evidencian acciones de control del Instituto al respecto.

Fresenius Medical Care –Moreno– (Rivadavia 902, Moreno). No presentaba desvíos.

Fresenius Medical Care –Merlo– (Salta 1075, Merlo). Carecía de habilitación municipal, la misma se encontraba en trámite desde 1/9/1999, bajo expediente 48.411. El seguro por incendio del establecimiento estaba vencido. Las paredes de las salas se encontraban en mal estado por humedad y falta de pintura. En la sala general había baño para uso de discapacitados, pero el inodoro no era suficientemente alto. En la sala para pacientes aislados (infectocontagiosos) no había baño para discapacitados. Faltaban piletas de lavado de fistulas en sala de aislados y en la sala general.

El 20 % de los pacientes en hemodiálisis registraba una PTH (Parathormona) >500 con indicación de cirugía, siendo 6-14 % el valor de referencia del instituto. El establecimiento argumenta que el porcentaje es alto debido a la imposibilidad de derivación por parte del instituto al no conseguirse prestadores que realicen dicha cirugía. Se les requiere la comunicación de esta situación al instituto, la cual no fue exhibida.

El 60,5 % de los pacientes tenía fistulas nativas (vr > 70 %).

Str. Hurlingham (Roca 732, Hurlingham). Se encontraron enfermeros sin matrícula. Los procedimientos

escritos de bioseguridad con notificación al personal estaban incompletos.

Instituto Médico Constituyentes (Constituyentes 1072, Morón). Se verificaron nefrólogos que no presentaron constancia de inscripción en la Superintendencia de Salud y técnicos que no poseían la especialidad en enfermería. Los piletos utilizados para el procesamiento de dializadores eran de dimensiones reducidas, favoreciendo los derrames.

El porcentaje de pacientes con eritropoyetina era del 60%, menor al de referencia (85/90%) y el de las transfusiones era del 14%, siendo el porcentaje de referencia del instituto < 1%.

Esta situación indica la posibilidad de subprestación de la droga supléndola por transfusiones.

No habían pacientes con fistulas nativas ($vr > 70\%$). El establecimiento explica que esta situación obedece al tiempo prolongado en diálisis que llevan los pacientes, a su edad avanzada y la cantidad de patologías que se suman a la de base por la que llegaron a HD.

Las historias clínicas compulsadas guardan correspondencia con las explicaciones dadas por las autoridades del establecimiento. Destaca la AGN que lo expuesto confirma lo indicado en este sentido en el punto 5.1.

El organismo en su respuesta señaló que la utilización de la eritropoyetina se encuentra en reevaluación debido a que en el año 2007 en un boletín de la FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos de Norteamérica se publicó la asociación entre eritropoyetina y muerte súbita.

7. Evaluación de expedientes de ingreso a hemodiálisis.

Del análisis de los expedientes de afiliados que ingresaron al tratamiento de hemodiálisis, se observaron casos con las siguientes deficiencias documentales:

- Existencia de informes médicos que carecían de firma y sello del profesional tratante.
- Faltaban constancias de afiliación por UGL.
- Faltaban fotocopias de orden de pago.
- No obraban copias de estudios por imágenes (ecografías).
- Faltaban datos de laboratorio.
- En el caso de una uropatía obstructiva no figuraba informe del urólogo.
- Un trámite carecía de número de expediente.

No obstante, considerando el conjunto de elementos incorporados a cada expediente, se concluye que en todos los casos correspondía prescribir tratamiento de diálisis al afiliado.

8. Encuadre legal del concurso.

Informa la AGN que el auditado seleccionó y contrató los prestadores de servicios de diálisis bajo la modalidad de contratación implementada por el instituto en el marco del nuevo Modelo Prestacional Socio-comunitario de Atención Médica y otras Prestaciones

Asistenciales aprobado por resolución 284/2005-DE, modalidad no contemplada en la ley 19.032.

Señala que las diferencias más importantes con el régimen general observadas en el trámite del concurso público para la contratación de los servicios de diálisis fueron las siguientes:

- El proceso de contratación fue instrumentado mediante un concurso público, abierto y permanente de prestadores. El artículo 6°, inciso n), de la ley 19.032 establece como obligación de sus autoridades, "celebrar, como medida para cualquier contratación y dependiendo del monto, concurso de precios o licitación pública" y el régimen general de contrataciones del instituto aprobado por resolución 135/03-I, de aplicación a todos los contratos médico-asistenciales, sociales y otros, prevé como procedimiento de selección la licitación o concurso público, la subasta pública, la licitación o concurso privado, el trámite simplificado y la contratación electrónica.

Los valores de la contratación fueron fijados por el instituto al tiempo de la adjudicación, momento en el que se los dio a conocer. No hubo precio tope o de referencia previos por los servicios a brindar ni propuesta de precios de los efectores según lo establece la norma general.

- La resolución 551/DE/ del 12 de mayo de 2006, determinó el objeto de la prestación a través de la descripción del menú prestacional exigido, y mediante las guías de acreditación estableció los requisitos físicos y técnicos requeridos a los efectores. En el artículo 32 del Régimen General de Contrataciones se prevé la existencia de un pliego de bases y condiciones, con la posibilidad de los oferentes de su impugnación.

- La publicación del llamado a inscripción de prestadores para Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal (diálisis) para el concurso se realizó el 2/2/06 en *Clarín, La Nación, Ámbito Financiero, La Razón, El Cronista, Página/12 y La Prensa*, diarios del interior sin fecha de corte y 10/4/06 con fecha de corte, a los anteriores se agrega *Infobae*. Los artículos 38 y 40 del Régimen General de Contrataciones prevén además la publicación en el Boletín Oficial.

Informa la AGN que, en su presentación, el organismo justificó el procedimiento aplicado en la particularidad de los servicios a contratar, la crisis del sector salud, la desconfianza de los prestadores hacia el instituto por anteriores faltas de pago producto de crisis financieras, la dependencia económica de los mismos respecto de las gerenciadoras, la extensión geográfica y heterogeneidad de los servicios y de los prestadores, que tornaban de difícil aplicación el procedimiento licitatorio de la resolución 135/05 y contraproducente a efectos de asegurar un libre y amplia concurrencia y el fracaso de licitaciones anteriores por falta de ofertantes, entre otros argumentos.

Al respecto, el organismo de control señala que si bien las razones invocadas pueden justificar la imple-

mentación de nuevas normas de contratación acordes con la realidad y problemática de las prestaciones del sector, estas normas deben sujetarse al marco normativo general y superior y si este último es insuficiente, corresponde instar a su adecuación y modificación por las vías institucionales correspondientes. Hace notar que, en el caso el organismo ha optado por apartarse de las formas de contratación previstas en dicho marco (artículo 6°, inciso *n*), de la ley 19.032) diseñando un cuerpo normativo que aplica a aquellas contrataciones en las que considera que el régimen general le es inconveniente.

9. Trámite de la contratación.

9.1. No se cumplió con lo dispuesto por la resolución 551/06-DE que puso bajo responsabilidad de las UGL el proceso de acreditación, mediante la verificación de la documentación correspondiente, y evaluación en terreno del prestador mediante las guías de acreditación implementadas a este efecto. Concretamente no hubo evaluación en terreno de los prestadores a contratar por las UGL.

Las únicas evaluaciones de prestadores para su contratación constatadas fueron las realizadas por la UAP a los prestadores Centro de Rehabilitación Nefrológica S.A. de Ciudadela (UGL VIII - San Martín) y R.T.S. Junín S.R.L. - Bragado (UGL XXXI - Junín), (fojas 24651/24656 del expediente 200-2006-00108-2).

Para salvar esta ausencia de evaluaciones previas a la contratación, la Comisión Evaluadora recurrió a informes de auditoría de la UAP de los años 2004 a 2006 correspondientes a 134 de los 358 establecimientos inscritos, recomendando finalmente la acreditación con asignación de pacientes a los efectores que anteriormente venían prestando servicios de hemodiálisis a afiliados del instituto con excepción de aquellos que se encontraban bloqueados.

Destaca la AGN que la manifestación del instituto en su respuesta, de haber cumplido, mediante la participación de la UAP y las UGL, con las verificaciones en terreno de los prestadores en los concursos para la contratación de diálisis, no modifica la situación, toda vez que estas verificaciones debieron ser previas a la resolución 874/06-DE de adjudicación del proceso de contratación.

9.2. Señala la AGN que se observó el caso de los prestadores Dyther SH de Orán, Salta (UGL XII) e Indiba S.R.L. de Bahía Blanca (UGL V) que no obstante brindar los servicios de diálisis a beneficiarios del Instituto desde el mes de agosto de 2006 y haber cumplido con la entrega de la documentación y con los requisitos técnicos y formales, no cobraban las prestaciones desde la implementación del nuevo modelo prestacional, debido a que dejaron de pertenecer al CADRA, red a través de la cual facturaban. Esta situación fue resuelta con el dictado de la disposición 359 del 16/02/07, favorable al pago directo a estos prestadores.

En sentido similar, con posterioridad a la adjudicación se produjo la escisión de un grupo de prestadores

perteneciente a la red CADRA, quienes conformaron una nueva red denominada Asociación Regional de Diálisis y Trasplantes Renales de la Capital Federal y provincia de Buenos Aires, quien solicitó su incorporación como red.

La Comisión Evaluadora emitió dictamen técnico no vinculante el 11/5/07 en forma favorable a la incorporación de estos prestadores como red, interpretando que si bien la red se inscribió con posterioridad a la fecha de corte de las validaciones al registro (24/8/06), éste es abierto para ingresos y los establecimientos fueron oportunamente evaluados y resultaron acreditados como integrantes de la red CADRA.

De todas formas, la AGN expresa que cabe señalar que el instituto no consiguió la conformidad de la red CADRA a la separación de los prestadores y su contratación por el instituto, formulando un reclamo indemnizatorio por nota del 2/3/07, reclamo no resuelto.

Observa que problemas contractuales de esta clase crean situaciones de indefinición sobre la procedencia formal del pago a los establecimientos que se apartaron del sistema y pueden afectar la prestación a los afiliados del instituto con riesgo para la salud de éstos. En este sentido, observa que los contratos no han previsto la situación de separación de prestadores o escisión de grupos de prestadores para conformar otra red prestacional.

10. Valor de las prestaciones de diálisis.

El valor del Módulo de Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal (diálisis crónica) fue fijado por resolución 874/06-DE en la suma de \$ 2.883,68 (\$ 221,82 por sesión), sobre la base del cálculo realizado por el Departamento de Estudios Económicos de la Gerencia Económica Financiera (nota 2.046-DEE/2006).

Para ello, dicha dependencia técnica se basó en el costo prestacional de los insumos médicos, prácticas de diagnóstico y tratamiento, recursos humanos, amortizaciones, gastos generales y traslados, a los cuales se le adicionó la utilidad del prestador y los gastos por ingresos brutos y débitos bancarios.

Sigue diciendo la AGN que el estudio no consideró los diferentes costos regionales, por ejemplo los de la zona patagónica, que rigen para otras prestaciones (por ejemplo las residencias para adultos mayores del Sur). Esta omisión fue subsanada posteriormente mediante resolución 0722 de fecha 4/7/07 que aprobó un arancel diferencial del 20% adicional al valor del módulo único para la zona patagónica comprendida por las provincias de Neuquén, Chubut, Río Negro, Santa Cruz, Tierra del Fuego y La Pampa.

Por otra parte señala que la AGN en su dictamen especial sobre la gestión del directorio de instituto aprobado por resolución 92/03-AGN y en su informe "Análisis del cumplimiento de las tareas encomendadas —en los plazos asignados— a la intervención del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI)" aprobado por resolución 48/04-AGN, marcó como debilidad la inexistencia de registro sobre

los valores de similares prestaciones que pagan a sus efectores otras obras sociales.

Al respecto, el Departamento Estudios Económicos señaló mediante su nota 2555-DEE de fecha 3/9/2007 que el instituto realiza sus propios estudios de costos teniendo en cuenta los requerimientos específicos exigidos a sus prestadores y que por la lógica del interés económico son los propios prestadores los que ponen en conocimiento la existencia de algún incremento de costos y del monto que abonan otras obras sociales.

Afirmó también que el instituto realiza averiguaciones sobre el precio de mercado, señalando como ejemplo el nomenclador del Hospital Italiano, con un valor por sesión de \$ 224,40 y el nomenclador SAMO con un módulo de \$ 210, valores éstos que no incluyen el traslado de los beneficiarios desde sus domicilios al establecimiento y otras posibles diferencias en la estructura de la prestación. También señaló que el instituto por resolución 722/2007 estableció como nuevos valores del módulo a partir de marzo y julio de 2007 las sumas de \$ 3.055 y \$ 3.172, respectivamente (\$ 235 y \$ 244 por sesión), formalmente cuestionados por bajos por los prestadores.

Independientemente de la explicación dada por el organismo, cabe señalar que por resolución 244 de fecha 19/3/07 del Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA), esta obra social provincial aprobó con vigencia a partir del 1/1/07 el valor del módulo en la suma de \$ 3.055.

Lo expuesto evidencia una razonable correspondencia del valor establecido por el Instituto con los valores de mercado de la prestación.

11. Aspectos contables.

11.1. De acuerdo al listado contable "Total de gastos de hemodiálisis del ejercicio 2006 y 1er trimestre de 2007", proporcionado por la División Contabilidad, Generado en base a registros de la contabilidad general del instituto, surge que en dicho período los prestadores facturaron al organismo \$ 241.093.737,44 en el año 2006 y \$ 63.502.129,82 durante el primer trimestre del año 2007, totalizando \$ 304.595.867,26.

De este último total \$ 281.714.073,96 fueron facturados por prestaciones brindadas a afiliados PAMI (\$ 222.274.143,40 en 2006 y \$ 59.439.930,56 en el primer trimestre de 2007), mientras que la facturación por servicios de hemodiálisis brindados a pensionados no contributivos a cargo del Ministerio de Salud y Ambiente, Programa Federal de Salud (PROFE), totalizó \$ 22.881.793,30 (\$ 18.819.594,04 en el año 2006 y \$ 4.062.199,26 en igual trimestre).

En este período no se observaron desvíos apreciables en la contabilización de los importes facturados y contabilizados en la Cuenta Hemodiálisis.

A su vez, el total de pagos efectuados por el instituto a los prestadores de hemodiálisis durante el período enero/2006 - diciembre/2006 ascendió \$ 217.108.814,33.

De los 28 expedientes de pago analizados por un total de \$ 52.775.743,21 y que representaron el 18,80% del total pagado por el instituto a los prestadores de hemodiálisis durante el período enero/2006 - marzo/2007, se observó lo siguiente:

– Los débitos PAMI resultantes del control de facturación realizado por el instituto en esta muestra ascendieron a \$ 1.230.083,14 (2,33% del total facturado en la muestra). De este importe la suma de \$ 1.158.283,84 correspondió a ajustes por haberse facturado el valor del módulo en exceso y \$ 71.799,30 por haberse incluido en la facturación servicios brindados a pacientes no afiliados.

– El promedio de la demora en el pago de las facturas fue de 23 días.

– Los importes liquidados y pagados se correspondían numéricamente con las deducciones derivadas del control efectuado por el organismo.

En cuanto a la regularidad del trámite, el cumplimiento de las formalidades exigidas, la liquidación y el pago de la prestación, en los 28 expedientes seleccionados, se visualizaron las siguientes debilidades:

– En seis (6) expedientes no se encontraba la nómina de los pacientes dializados. En algunos casos se adjuntan notas de la red de prestadores acreditando la entrega de soportes magnéticos como respaldo de la facturación (expedientes internos de facturación FC 0002916681 - FC 0002916694 - FC 0002916703 - FC 0002763623 - FC 0002765342 y FC 0002765344).

– El prestador Asociación Regional de Diálisis y Trasplantes Renales de Capital Federal y Provincia de Buenos Aires brindó el servicio de hemodiálisis desde enero de 2007 sin contrato. A julio/2007 éste no se había formalizado (expedientes internos de facturación FC 0002916681 - FC 0002916694 y FC 0002916703).

– En siete (7) expedientes las facturas de los prestadores carecían del detalle de cantidades o valores unitarios que posibiliten la comprensión del total facturado (expedientes internos de facturación FC 0002916681 - FC 0002916694 - FC 0002916703 - FC 0002765342 - FC 0002765344 - FC 0002834171 y FC 0002869980).

– En tres (3) expedientes el servicio de hemodiálisis fue facturado sin discriminar si correspondía a servicios brindados a afiliados PAMI o a pensionados no contributivos sujeto a recupero (expedientes internos de facturación FC 0002891765 - FC 0002891887 y FC 0002814769).

– En cuatro (4) expedientes en la misma factura se incluyen diferentes conceptos tales como diálisis y traslados, debiendo facturarse por separado (expedientes internos de facturación FC 0002698739 - FC 0008741 - FC 0002797977 y FC 0002797984).

– En dos (2) casos la deducción del débito PAMI derivado del control efectuado por el organismo fue diferida para la oportunidad del pago de otra factura

correspondiente a prestaciones de meses posteriores sin justificación alguna (expedientes internos de facturación FC 0002763623 y FC 0002698739).

12. Aspectos presupuestarios del programa.

Presupuesto 2006.

El presupuesto originalmente aprobado para el Servicio de Hemodiálisis del año 2006 por resolución 0002/06/DG ascendió a \$ 216.000.000,00.

Teniendo en cuenta que los pagos totalizaron \$ 217.108.814,33, el instituto cumplió con su pauta presupuestaria para el ejercicio.

Presupuesto 2007.

El presupuesto para el ejercicio 2007 aprobado por resolución 1/07-DE destinó la suma \$ 341.286.000,00 para el programa de diálisis, lo que representó un incremento del 58 % respecto del presupuesto del año anterior.

Por su parte los pagos efectuados por el instituto a los prestadores de hemodiálisis durante el ejercicio/2007 ascendieron a \$ 278.056.560,94, dejando en evidencia una sobreestimación presupuestaria de \$ 63.000.000 no justificada.

El aumento del gasto en este ejercicio obedeció al aumento del valor del Módulo Único de Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal y al reconocimiento del arancel diferencial del 20 % adicional para la zona patagónica, aprobado por la antes citada resolución 0722/07-DE.

13. Facturación del Instituto al Programa Federal de Salud (PROFE) del Ministerio de Salud y Ambiente.

13.1. El instituto brindó servicios de diálisis a afiliados pensionados no contributivos con cargo al Programa Federal de Salud (PROFE) del Ministerio de Salud y Ambiente.

Informa la AGN que el total facturado por prestadores al instituto es levemente inferior al valor que el instituto factura al Ministerio de Salud. Las diferencias mensuales observadas obedecen a distintos motivos, como ser la existencia de prestadores que no facturan por separado las prestaciones a pacientes PNC (código 691104) y PAMI puros (código 612301) y contablemente el instituto registra en la cuenta de estos últimos la totalidad de la prestación (por ejemplo: expedientes internos de facturación FC 0002891765 y FC 0002814769), distintos momentos en la contabilización de uno u otro concepto y períodos en que el valor módulo cobrado al instituto no coincide con el de recuperos, entre otras causas.

Señala que no fue posible comprobar el efectivo recupero del crédito a partir de la visualización del listado denominado cuenta corriente con el Ministerio (Cuenta Desarrollo), por la ausencia de una adecuada descripción de las operaciones que se vuelcan en la columna destinada al efecto denominada "texto". En dicha cuenta se registran los créditos a favor por los recuperos de todas las prestaciones brindadas por el instituto a los afiliados pensionados no contributivos.

Estos recuperos se traducen en facturas del organismo al ministerio que permanentemente sufren impugnaciones o ajustes por éste.

Asimismo, las impugnaciones generan débitos del ministerio como consecuencia de un complicado sistema de información que debe observarse para las novedades tales como: altas, modificaciones, bajas, y datos estadísticos a cumplimentar. Estos débitos se practican bajo la denominación de "Prestaciones no autorizadas".

Posteriormente, el auditado no los convalida o lo hace parcialmente y refactura importes por conceptos que a su juicio no corresponde impugnar, neutralizando el efecto contable de los débitos ministeriales.

Sigue diciendo que, además, se registran en esta cuenta corriente los cobros por las remesas del ministerio que son identificadas con las letras OI (orden de ingreso), pero sin aclarar mediante una descripción adecuada la partida que cancela.

Señala el órgano de control que la situación descrita no permite determinar lo adeudado por el ministerio por tipo de prestación ni la antigüedad de los créditos, desconociéndose por lo tanto la composición del saldo por las prestaciones de diálisis.

Con relación a las causas de los débitos se analizaron los correspondientes a los meses de mayo, junio y julio de 2006.

Informa la AGN que pudo observar que estos débitos son reiterados en lo concerniente al nombre de los afiliados y sus causas. Por ejemplo, de los 11 afiliados impugnados por el ministerio en mayo de 2006, 9 de ellos integran nuevamente la base de los ajustes de junio y julio de 2006, y de los 19 afiliados impugnados en junio de 2006, 15 de ellos se repiten en julio de 2006.

Las causas se reflejan en las notas que la Subgerencia de Programas y Prestaciones Especiales - División Renal Crónico envía mensualmente a la Gerencia Económico Financiera - Departamento Planeamiento Financiero propiciando las refacturaciones al ministerio y generalmente obedecen a las siguientes situaciones:

- Legajos de alta remitidos al ministerio desactualizados e incompletos.
- Altas de afiliados en el ministerio no gestionados en tiempo y forma.
- Pacientes dados de baja al plan de PNC.
- Débitos del ministerio sin aclarar debidamente los motivos.

El instituto en su descargo señaló que se encuentra trabajando con los distintos sectores que intervienen en el circuito de facturación, sobre la consistencia de los saldos de la cuenta corriente con el Ministerio de Salud.

13.2. La AGN expresa que finalmente cabe señalar respecto a este tema que la AGN en su dictamen especial sobre la gestión del directorio de instituto que fue aprobado por resolución 92/03-AGN observó en su momento la existencia de un defasaje entre los valores

pagados por el instituto y los facturados al Ministerio de Salud y Ambiente por estos afiliados, siendo estos últimos inferiores.

En el período enero/06 - julio/06 el valor del módulo facturado al instituto fue igual al valor de recupero facturado por éste al ministerio (\$2.717). No ocurrió lo mismo en los meses subsiguientes, donde el valor del módulo se eleva a \$2.883,68 a partir de agosto/06 y a \$3.055 desde marzo/07, mientras que el valor de recupero continuó en \$2.717.

Lo expuesto indica que la situación anteriormente observada subsiste.

14. Circularización a las UGL.

La AGN informa que catorce (14) UGL proporcionaron información sobre la situación prestacional de sus respectivos ámbitos: las UGL II (Corrientes), UGL IV (Mendoza), UGL V (Bahía Blanca), UGL VI (CABA), UGL IX (Rosario), UGL XII (Salta), UGL XV (Santa Fe), UGL XIX (Santiago del Estero), UGL XX (La Pampa), UGL XXII (Jujuy), UGL XXV (La Rioja), UGL XXVIII (Santa Cruz), UGL XXX (Azul) y UGL XXXI (Junín), que con un total de 1.409.006 afiliados representan un 40,48% del padrón de afiliados. De sus respuestas se extrae lo siguiente:

– Sólo la UGL VI (Capital Federal) contaba con médico nefrólogo.

– La UGL XXV (La Rioja) fue la única que informó haber participado en la evaluación de establecimientos locales en el proceso de selección para la contratación de prestadores del servicio de hemodiálisis.

– Las UGL II (Corrientes), IV (Mendoza), VI (Capital), XII (Salta) y XXV (La Rioja) fueron las únicas que informaron realizar procedimientos de control para certificar la efectiva prestación de los servicios brindados. Las restantes no realizaban este tipo de control.

– Cinco (5) UGL realizaban actividades de control de la calidad prestacional, la UGL II (Corrientes), la UGL IV (Mendoza) en caso de denuncias y las UGL: XV, XXII y XXV en forma excepcional y con limitaciones. El resto de las UGL no lo hacía.

– Las herramientas utilizadas por las UGL que realizaban control prestacional no eran homogéneas. La UGL II (Corrientes) utilizaba las guías de auditorías aprobadas por las resoluciones 676/03 y 284/05, informando que las guías de auditorías aprobadas por disposición 359/GPM/07 las recibieron el 15/08/07. La UGL XXV (La Rioja) tomaba como parámetro una guía de relevamiento no especificando cual es y la UGL IV (Mendoza), lo hacía de acuerdo a notas o informes enviados por el nivel central. Lo expuesto muestra la ausencia de directivas claras del nivel central a las UGL en materia de control prestacional.

– Tres (3) UGL, II (Corrientes), XXV (La Rioja) y UGL XIX (Santiago del Estero) informaron sobre la existencia de controles de las redes prestacionales a sus establecimientos. El resto de las UGL no lo sabe.

– Las UGL manifestaron opinión técnica favorable sobre la calidad del servicio de hemodiálisis brindada por los prestadores locales. Sólo la UGL IX (Rosario) expresó haber tenido quejas, pero respecto de los traslados.

– En general las UGL consideraron adecuado el esquema de organización del Programa de Hemodiálisis, al igual que la coordinación entre la UGL y el nivel central. También fueron coincidentes en la necesidad de incorporar localmente personal especializado y aumentar la capacitación de los profesionales en el tema de hemodiálisis.

Informa la AGN que en su respuesta y con relación al control prestacional de las UGL el auditado refiere que la UAP, la Gerencia de Prestaciones Médicas y las UGL realizan auditorías y seguimiento coordinadamente, alimentando un único registro de detecciones; explicando luego en forma pormenorizada la conformación profesional de los equipos de auditoría y los procedimientos de control que aplica.

Hace notar que, sin embargo, no acompaña elementos que permitan desvirtuar la escasa actividad de control prestacional a establecimientos de hemodiálisis por parte de las UGL informada por éstas.

15. Control del servicio por el afiliado.

El servicio del instituto “Pami escucha y responde” informó que durante el año 2006 sólo se recibieron 2 denuncias de afiliados con motivo del servicio por no ser profesional el enfermero o técnico renal de un establecimiento de la UGL XXVI - San Luis.

Por su parte el Área de la Tercera Edad de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires informó no haber registrado reclamos de afiliados por el servicio en el mismo período.

Informa el órgano de control externo que, en oportunidad de formular de formular su descargo, el organismo auditado efectuó diversas aclaraciones tendientes a justificar su accionar con relación a la observación 8.

Por otra parte, indica haber realizado acciones con relación a la observación 13.1., cuya implementación y suficiencia podrá ser merituada en una futura auditoría.

También señaló el organismo haber tomado debida cuenta para cumplir con las recomendaciones 3., 6., 7., 9., 11., 12., 13. y 14. del presente informe.

Con respecto a las observaciones 1., 4., 5.1., 6.2.2. y 9.1., el organismo auditado sólo ha aportado aclaraciones que complementan o amplían los comentarios efectuados pero que no permiten resolver los aspectos observados en el informe.

Señala la AGN que el descargo no incluyó comentarios con relación a los puntos 2., 3., 5.2., 6.1., 6.2.1., 7., 9.2., 10., 11., 12., 13.2., 14. y 15.

Finalmente la AGN informa que para la elaboración del presente informe se tuvo en cuenta el descargo producido por el auditado en aquellos casos en los que se consideró pertinente.

16. Recomendaciones.

En función de los comentarios y observaciones efectuadas, la AGN formula las siguientes recomendaciones:

1. Implementar el Programa de Detección Precoz de la Insuficiencia Renal creado por resolución 514/02-IN.

2. Cumplir con el artículo 6 bis, inciso c), de la ley 19.032 incorporado por la ley 25.615, disponiendo las medidas necesarias para que las UGL realicen un control prestacional planificado y periódico de los establecimientos de diálisis obrantes en sus jurisdicciones, especialmente en lo que hace a la calidad dialítica, proveyéndolas de personal profesional idóneo y herramientas estandarizadas.

3. Disponer que la UAI realice auditorías en las áreas del nivel central que administran el Programa de Diálisis.

4. Corregir las inconsistencias observadas en el diseño del módulo Tratamiento del Paciente y Calidad Dialítica de las Guías de Evaluación de Establecimientos de Diálisis aprobada por disposición 359/07 de la Gerencia de Prestaciones Médicas.

5. Extremar los controles de los establecimientos cuya tasa de uso de eritropoyetina se encuentra a niveles alejados del mínimo de referencia del instituto.

6. Respetar en las decisiones del instituto el nivel de competencia en razón del grado y de la materia, evitando procedimientos convalidatorios posteriores para sanear lo actuado.

7. Mejorar el cumplimiento de las formalidades documentales exigidas en los expedientes de ingreso de pacientes al sistema.

8. Cumplir con la evaluación en terreno de los prestadores en los concursos para la contratación de prestadores de diálisis mediante la participación activa de las UGL en este proceso.

9. Prever reglamentaria y contractualmente en los próximos concursos en los cuales se adjudique el servicio a redes prestacionales el caso de escisiones de prestadores o conjuntos de éstos, de modo tal de no afectar el pago del servicio ni que éste pueda resultar afectado.

10. Evaluar la conveniencia de propiciar el dictado de normas que contemplen las modalidades de contratación más apropiadas a las necesidades institucionales.

11. Disponer como norma que en todo estudio de costos de las prestaciones del instituto con alcance nacional que elabore el Departamento de Estudios Económicos de la Gerencia Económica Financiera, se establezcan al inicio los valores para la zona patagónica u otras regiones donde se verifiquen variaciones sustanciales de precios.

12. Exigir a las UGL que las certificaciones de servicios en el proceso de control de facturación y pago

a los prestadores de diálisis se respalden en efectivos procedimientos de control en terreno.

13. Controlar que en todos los expedientes de pago se agregue la nómina de pacientes atendidos y que la facturación del prestador sea detallada y por separado en el caso de pacientes del INSSJP y PROFE.

14. Formular el presupuesto del programa evitando sobreestimación del crédito.

15. Abrir una cuenta corriente por cada tipo de prestación brindada al Ministerio de Salud y completar los campos correspondientes al texto o detalle de la operación con una redacción clara e indicativa de la operación que se contabiliza.

16. Intensificar la labor administrativa necesaria para disminuir los débitos del ministerio y por consiguiente el perjuicio financiero que de las impugnaciones se deriva.

17. Ajustar el valor del módulo prestacional facturado al PROFE a los valores abonados a los prestadores del instituto, creando un mecanismo más ágil de adecuación de los mismos.

Finalmente, la AGN efectúa las siguientes conclusiones:

1. En el aspecto prestacional no se observaron limitaciones en la accesibilidad al sistema ni ingresos evitables, siendo generalizada la conformidad de los afiliados con el tratamiento, habida cuenta de la inexistencia de quejas o reclamos.

No obstante, la mayoría de los establecimientos auditados por la UAP verificaban deficiencias en planta física, seguridad general y bioseguridad médica. Además mediante las visitas realizadas a efectores del conurbano bonaerense se detectaron establecimientos con tasas de suministro de eritropoyetina muy por debajo de nivel de referencia fijado por el propio instituto.

2. El procedimiento de selección y contratación de prestadores no se ajustó a las formas de contratación autorizadas por el artículo 6°, inciso n), de la ley 19.032 y se caracterizó por la continuidad en general de los mismos establecimientos a través de las redes que los agrupan. Esto permitió suplir las evaluaciones previas a la adjudicación del concurso previstas con antecedentes de auditorías realizadas con anterioridad al llamado.

3. Se observa como práctica de la Gerencia de Prestaciones Médicas resolver y dictar normas que exceden su competencia en razón del grado, que luego deben ser convalidadas por la dirección ejecutiva, que es quien debió haberlas dictado.

4. El nivel central a través del Área Renal Crónico con el concurso de las redes prestacionales y la UAP, centralizó el gerenciamiento, la operatoria de la prestación y el control de los establecimientos. Correlativamente las UGL vieron limitadas sus funciones en estos aspectos, a contrario de lo prescrito por la ley orgánica del instituto.

5. No existe control interno en el nivel central sobre la gestión y control del programa de diálisis, centrán-

dose las auditorías de la UAI en las UGL. 7.6.– Se evidencia la imposibilidad del instituto para controlar el cobro y débitos practicados por servicios de diálisis a afiliados pensionados no contributivos con cargo al PROFE por deficiencias de su sistema contable.

En el anexo I a su informe la AGN, detalla analíticamente las observaciones realizadas por la UAI en las UGL auditadas:

1. UGL II - Corrientes.
 - La caratulación y encuadre de los traslados para diálisis u otras razones de salud dentro del ámbito de la UGL no se realizaban por el área médica sino por el área social. Según la UAI esto asigna al área social un trabajo que no le corresponde y confunde los roles para su ejecución.
 2. UGL III - Córdoba.
 - Insuficiente espacio físico para la atención al público y guarda de la documentación.
 - Falta de informatización del área.
 - En las ficha de prestaciones a los afiliados, faltaba el número de orden de prestación.
 3. UGL– V - Bahía Blanca.
 - No se realizaban controles a prestadores de diálisis.
 - No se implementó el programa de prevención de la enfermedad renal, resolución 514/02-IN.
 - El padrón de dializados no estaba validado en terreno por la UGL.
 - Carecían de las normativas del año 2006.
 - Los controles de altas definitivas a diálisis estaban demorados.
 - Demora en obtener la documentación que deben proporcionar los prestadores en los expedientes de ingreso a diálisis. Las respuestas esperadas del nivel central tampoco eran recibidas en tiempo y forma.
 - No existía equipo interdisciplinario.
 4. UGL X - Lanús.
 - No había registro de auditorías a prestadores de diálisis.
 - Personal insuficiente en el sector.
 - Espacio insuficiente para la atención al público y guarda de la documentación.
 - No se cumple con la resolución 514/02-IN referida al Programa de Prevención de la Enfermedad Renal.
 - Se carecía de las normas del año 2006.
 - Los controles de altas provisorias a diálisis estaban demorados.
 5. UGL XXIII - Formosa.
 - No estaba constituida el área sector renal, trasplante y equipo interdisciplinario.
 - No existían padrones de afiliados en diálisis.
- No existía cumplimiento de las normas vigentes para diálisis.

- No se realizaban auditorías a prestadores de diálisis ni visitas domiciliarias a beneficiarios bajo programa.
 - Los expedientes y legajos de prestadores de diálisis estaban desactualizados.
 - No se implementó el programa de prevención de la salud renal resolución 514/02-IN.
 - Carecía de las normas correspondientes al año 2006.
 - Los controles de altas estaban demorados.
 - Las derivaciones por razones de salud de beneficiarios renales no se ajustaban a las normas vigentes.
6. UGL XXV - La Rioja.
 - No se realizaban auditorías periódicas a prestadores de diálisis, actuando sólo por demanda y/o denuncias.
 - La UGL no contaba con nómina propia de afiliados bajo programa de diálisis y trasplantados, validando los listados emitidos por los prestadores.
 - Habían afiliados en diálisis sin su expediente en la UGL.
 - No existía equipo interdisciplinario.
 7. UGL XXIX - Morón.
 - Insuficientes controles a prestadores.
 - Carecía de las normativas del año 2006.
 - Demora en los controles de altas nuevas.
 - El lugar era de acceso dificultoso para los afiliados.
 - El espacio era inadecuado para el desarrollo de tareas y el resguardo documental.
 - Carencia de apoyo técnico-administrativo-profesional.
 - No fue puesto en marcha el Programa de Prevención de la Enfermedad Renal (resolución 514/02-IN).
 8. UGL XXXI - Junín.
 - Insuficiente dotación de personal en el área.
 - Ausencia de plan de auditorías en terreno.
 9. UGL XXXIV - Concordia.
 - Inexistencia de personal con conocimiento de la tarea a realizar, por lo tanto no se había constituido un área renal específica.
 - Carecían de padrones de pacientes en diálisis.
 - No se realizaban auditorías a prestadores de diálisis ni visitas domiciliarias a beneficiarios bajo programa.
 - No se implementó el Programa de Prevención de la Enfermedad Renal (resolución 514/02).
 - Carecían de las normativas del año 2006.
 - Controles de altas inexistentes.
 - Las derivaciones por razones de salud de beneficiarios renales no se ajustaban a las normativas vigentes. Se aplicaba la resolución 621/95, que estaba derogada.
 10. UGL XXXV - San Justo.
 - Ausencia de plan de auditorías en terreno.

– Insuficiente dotación de personal.

Las presentes actuaciones se relacionan con las auditorías de los estados contables del Banco de Inversión y Comercio Exterior S.A., correspondientes al ejercicio 2009.

El examen de auditoría fue practicado en forma conjunta, por la Auditoría General de la Nación (AGN) y el estudio Price Waterhouse & Co., de acuerdo con normas de auditoría vigentes en la República Argentina y con lo requerido por las normas mínimas sobre auditorías externas emitidas por el Banco Central de la República Argentina.

Estados contables trimestrales

En los expedientes O.V. 219/09 (resolución AGN 154/09), O.V. 324/09 (resolución AGN 196/09), y O.V. 50/10 (resolución AGN 51/10), la Auditoría General de la Nación remite informes de revisión limitada correspondientes a los períodos intermedios (trimestrales) del año 2009.

La AGN manifiesta que para las revisiones se limitaron a la aplicación de los procedimientos establecidos en la resolución técnica 7 de la Federación Argentina de Consejos Profesionales de Ciencias Económicas para revisiones limitadas de estados contables de períodos intermedios y en las normas mínimas sobre auditorías externas para la revisión limitada de estados contables trimestrales emitidas por el Banco Central de la República Argentina. El alcance de estas revisiones es sustancialmente inferior al de un examen de auditoría anual, por lo cual la AGN no expresa opinión sobre la situación patrimonial, los resultados de las operaciones, las variaciones en el patrimonio neto y el origen y aplicación de fondos de la entidad.

La AGN aclara que el Banco de Inversión y Comercio Exterior S.A. ha preparado los estados contables aplicando los criterios de valuación, reexpresión y exposición dispuestos por el Banco Central de la República Argentina como ente de supervisión de entidades financieras. Sin embargo, dichos criterios de valuación, reexpresión y las normas de presentación de estados contables establecidos por el BCRA no están de acuerdo en ciertos aspectos con las normas contables profesionales vigentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La AGN señala que los efectos sobre los estados contables de los diferentes criterios de valuación, reexpresión y exposición no han sido cuantificados por el BICE S.A.

A la fecha de emisión del informe correspondiente al trimestre finalizado el 30 de septiembre de 2009, se encuentra pendiente la resolución final de cuestiones vinculadas con el crédito (íntegramente provisionado) originado en los pagos efectuados por cuenta y orden de la Secretaría de Hacienda de la Nación al Japan Bank for International Cooperation (ex Eximbank), y con la deuda registrada a pagar a la Secretaría de Hacienda de la Nación.

La Auditoría General de la Nación informa que los balances trimestrales correspondientes al ejercicio 2009, fueron preparados de acuerdo con las normas establecidas por el Banco Central de la República Argentina y que, en relación a los hechos y circunstancias significativos que son de su conocimiento, la AGN no tiene observaciones, salvo la mencionada en el párrafo anterior.

Estados contables anual-ejercicio 2009

La Auditoría General de la Nación informa que realizó una auditoría en el ámbito del Banco de Inversión y Comercio Exterior Sociedad Anónima - estados contables al 31 de diciembre de 2009 (expediente O.V. 108/10 - resolución AGN 85/10).

Las tareas de campo se cumplieron desde el 19 de enero de 2010 hasta el 17 de febrero de 2010.

En el informe se señala que:

La entidad ha preparado los estados contables aplicando criterios de valuación, reexpresión y exposición dispuestos por el Banco Central de la República Argentina que, como ente de supervisión de entidades financieras, ha establecido mediante la circular CONAU-1, sus comunicaciones complementarias y modificatorias. Sin embargo, los mencionados criterios de valuación, reexpresión y las normas de presentación de estados contables establecidos por el BCRA no están de acuerdo en ciertos aspectos con las normas contables profesionales vigentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los efectos sobre los estados contables de los diferentes criterios de valuación, reexpresión y exposición no han sido cuantificados por la entidad.

A la fecha se encuentra pendiente la resolución final de cuestiones vinculadas con el crédito (íntegramente provisionado) originado en los pagos efectuados por cuenta y orden de la Secretaría de Hacienda de la Nación al Japan Bank for International Cooperation (ex Eximbank), y con la deuda registrada a pagar a la Secretaría de Hacienda de la Nación (notas 1.2.12. y 1.2.13. a los estados contables).

En el informe se aclara que la información sobre las actividades fiduciarias al 31 de diciembre de 2009 –mencionadas en nota 10 a los estados contables– surge de estados contables que en ciertos casos fueron examinados por otro auditor o surgen de registros contables no auditados a la fecha de emisión de los presentes estados contables.

El dictamen conjunto de los auditores expresa que, en su opinión, excepto por el desvío a normas contables profesionales indicado más arriba, y sujeto al efecto que sobre los estados contables pudieran tener los eventuales ajustes, reclasificaciones o exposiciones, si los hubiere, que pudieran requerirse de la resolución de la situación descrita en párrafos anteriores, los estados contables del Banco de Inversión y Comercio Exterior Sociedad Anónima reflejan razonablemente, en todos sus aspectos significativos, su situación patrimonial al 31 de diciembre de 2009, los resultados de sus operaciones, las va-

riaciones en su patrimonio neto y el origen y aplicación de fondos por el ejercicio terminado en esa fecha, de acuerdo con normas establecidas por el Banco Central de la República Argentina y con normas contables vigentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Expediente O.V. 214/09 - Resolución AGN 148/09

Las presentes actuaciones se relacionan con las auditorías de los estados contables del Banco de Inversión y Comercio Exterior S.A., correspondientes al ejercicio 2009.

El examen de auditoría fue practicado en forma conjunta, por la Auditoría General de la Nación (AGN) y el estudio Price Waterhouse & Co., de acuerdo con normas de auditoría vigentes en la República Argentina y con lo requerido por las normas mínimas sobre auditorías externas emitidas por el Banco Central de la República Argentina.

Estados contables trimestrales

En los expedientes O.V.-219/09 (resolución AGN 154/09), O.V.-324/09 (resolución AGN 196/09), y O.V. 50/10 (resolución AGN 51/10), la Auditoría General de la Nación remite informes de revisión limitada correspondientes a los períodos intermedios (trimestrales) del año 2009.

La AGN manifiesta que para las revisiones se limitaron a la aplicación de los procedimientos establecidos en la resolución técnica 7 de la Federación Argentina de Consejos Profesionales de Ciencias Económicas para revisiones limitadas de estados contables de períodos intermedios y en las normas mínimas sobre auditorías externas para la revisión limitada de estados contables trimestrales emitidas por el Banco Central de la República Argentina. El alcance de estas revisiones es sustancialmente inferior al de un examen de auditoría anual, por lo cual la AGN no expresa opinión sobre la situación patrimonial, los resultados de las operaciones, las variaciones en el patrimonio neto y el origen y aplicación de fondos de la entidad.

La AGN aclara que el Banco de Inversión y Comercio Exterior S.A. ha preparado los estados contables aplicando los criterios de valuación, reexpresión y exposición dispuestos por el Banco Central de la República Argentina como ente de supervisión de entidades financieras. Sin embargo, dichos criterios de valuación, reexpresión y las normas de presentación de estados contables establecidos por el BCRA no están de acuerdo en ciertos aspectos con las normas contables profesionales vigentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La AGN señala que los efectos sobre los estados contables de los diferentes criterios de valuación, reexpresión y exposición no han sido cuantificados por el BICE S.A.

A la fecha de emisión del informe correspondiente al trimestre finalizado el 30 de septiembre de 2009, se encuentra pendiente la resolución final de cuestiones vinculadas con el crédito (íntegramente previsionado) originado

en los pagos efectuados por cuenta y orden de la Secretaría de Hacienda de la Nación al Japan Bank for International Cooperation (ex Eximbank), y con la deuda registrada a pagar a la Secretaría de Hacienda de la Nación.

La Auditoría General de la Nación informa que los balances trimestrales correspondientes al ejercicio 2009, fueron preparados de acuerdo con las normas establecidas por el Banco Central de la República Argentina y que, en relación a los hechos y circunstancias significativos que son de su conocimiento, la AGN no tiene observaciones, salvo la mencionada en el párrafo anterior.

Estados contables anual-ejercicio 2009

La Auditoría General de la Nación informa que realizó una auditoría en el ámbito del Banco de Inversión y Comercio Exterior Sociedad Anónima - estados contables al 31 de diciembre de 2009 (expediente O.V.-108/10 - resolución AGN 85/10).

Las tareas de campo se cumplieron desde el 19 de enero de 2010 hasta el 17 de febrero de 2010.

En el informe se señala que:

La entidad ha preparado los estados contables aplicando criterios de valuación, reexpresión y exposición dispuestos por el Banco Central de la República Argentina que, como ente de supervisión de entidades financieras, ha establecido mediante la Circular CONAU-1, sus comunicaciones complementarias y modificatorias. Sin embargo, los mencionados criterios de valuación, reexpresión y las normas de presentación de estados contables establecidos por el BCRA no están de acuerdo en ciertos aspectos con las normas contables profesionales vigentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los efectos sobre los estados contables de los diferentes criterios de valuación, reexpresión y exposición no han sido cuantificados por la entidad.

A la fecha se encuentra pendiente la resolución final de cuestiones vinculadas con el crédito (íntegramente previsionado) originado en los pagos efectuados por cuenta y orden de la Secretaría de Hacienda de la Nación al Japan Bank for International Cooperation (ex Eximbank), y con la deuda registrada a pagar a la Secretaría de Hacienda de la Nación (notas 1.2.12. y 1.2.13. a los estados contables).

En el informe se aclara que la información sobre las actividades fiduciarias al 31 de diciembre de 2009, mencionadas en nota 10 a los estados contables, surge de estados contables que en ciertos casos fueron examinados por otro auditor o surgen de registros contables no auditados a la fecha de emisión de los presentes estados contables.

El dictamen conjunto de los auditores expresa que, en su opinión, excepto por el desvío a normas contables profesionales indicado más arriba, y sujeto al efecto que sobre los estados contables pudieran tener los eventuales ajustes, reclasificaciones o exposiciones, si los hubiere, que pudieran requerirse de la resolución de la situación descrita en párrafos anteriores, los estados

contables del Banco de Inversión y Comercio Exterior Sociedad Anónima reflejan razonablemente, en todos sus aspectos significativos, su situación patrimonial al 31 de diciembre de 2009, los resultados de sus operaciones, las variaciones en su patrimonio neto y el origen y aplicación de fondos por el ejercicio terminado en esa fecha, de acuerdo con normas establecidas por el Banco Central de la República Argentina y con normas contables vigentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Expediente O.V. 20/10 - Resolución AGN 35/10

La Auditoría General de la Nación (AGN) procedió a realizar una auditoría en el ámbito del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, con el objeto de analizar las prestaciones geriátricas brindadas por el instituto a sus afiliados, por el período comprendido entre el 1º/1/07 y 31/3/08.

La AGN realiza los siguientes comentarios y observaciones:

1. No se encontraba aprobada formalmente la apertura de niveles inferiores de la estructura organizativa de la Gerencia de Promoción Social y Comunitaria, impidiendo una distribución formal de funciones y responsabilidades.

2. Control de las unidades de gestión local (UGL) y del Departamento de Prestaciones Geriátricas:

a) Para las evaluaciones en los establecimientos con las modalidades RAM (residencias para adultos mayores) y RAMP (residencia para adultos mayores con asistencia psicogeriatrica), las UGL y el Departamento de Prestaciones Geriátricas utilizaron guías de evaluación prestacional aprobadas por disposiciones 100/01 y 379/01 de la Gerencia de Prestaciones Sociales. Sin embargo, la AGN observa que dichos sectores no contaron con guías de evaluación que le hayan permitido objetivizar las conclusiones de su labor en: i) Guías de evaluación para las instituciones de bien público o privadas (IBP) sin fines de lucro y centros de día que presten servicios de internación geriátrica; ii) Guías de evaluación de planta física para las modalidades RAM y RAMP.

Con posterioridad al período auditado se aprobaron nuevas guías de evaluación prestacional para las modalidades RAM y RAMP, integradas por: i) Guía de seguimiento de desvíos; ii) Guía de evaluación prestacional; iii) Guía de auditoría integral con su correspondiente planilla de desvíos.

b) Conforme los datos suministrados de las 35 UGL del interior del país, sobre 457 establecimientos geriátricos en sus distintas modalidades la AGN observó que: en el 57,98 % de los casos no se efectuó ningún control sobre la planta física; en el 68,86 % de los establecimientos (RAM y RAMP) no se efectuaron evaluaciones prestacionales cada 6 meses según lo previsto; en el 52,03 % de la modalidad IBP no se realizó ninguna evaluación prestacional.

Según lo informado por la Gerencia de Promoción Social y Comunitaria el incumplimiento en las evaluaciones de planta física se originó por la escasez de profesionales en la materia con que cuenta el instituto.

Respecto del cumplimiento de los plazos de los controles efectuados por el instituto, UGL VI - Capital Federal, en el 42,71 % no se realizó ningún control sobre la Planta Física; el incumplimiento se debió, según señaló la UGL, a que el área no cuenta con profesional arquitecto/ingeniero.

La Gerencia de Promoción Social y Comunitaria informó que con posterioridad al período auditado se efectuaron acciones para encarar un proceso global de auditorías para relevar todos los hogares del país dentro de un mismo período, a los efectos de obtener un corte temporal compatible respecto de la calidad de los servicios brindados.

c) En la UGL VI - Capital Federal se registraron 12 expedientes por incumplimientos contractuales, las penalidades aplicadas recayeron sobre 2 prestadores en concepto de supuesta falta de higiene y mal trato. Frente a las falencias detectadas, el instituto establece plazos para que los prestadores procedan a su regularización, que aparecen renovados en el tiempo pese a la persistencia de las mismas. De los datos proporcionados sobre los establecimientos suspendidos para emitir órdenes de internación correspondientes a las UGL del interior del país, surge que: la aplicación de penalidades fue escasa; de los informes de evaluación suministrados no surge, en la mayoría de los casos, si las falencias revestían algún tipo de riesgo para las personas internadas.

3. Las evaluaciones llevadas a cabo por la Unidad de Auditoría Prestacional (UAP) se realizaron con guías de evaluación –no aprobadas formalmente– distintas a las utilizadas por las UGL y el Departamento de Prestaciones Geriátricas –aprobadas por disposiciones 100/01 y 379/01 de la Gerencia de Prestaciones Sociales– obteniéndose de su aplicación en un mismo período diferentes calificaciones finales de un mismo establecimiento. Además, las guías de evaluación mencionadas utilizan distintas calificaciones finales para los establecimientos; las utilizadas por la UGL y el Departamento de Prestaciones Geriátricas califican con los conceptos: deficiente, regular, bueno o muy bueno y las de la UAP: malo, regular o bueno.

De los controles practicados por la UAP se advierte un alto incumplimiento por parte de los establecimientos prestadores. El 60,48 % de los informes de la UAP se refieren a evaluaciones de planta física siendo las falencias principales: ausencia de seguridad contra incendios y uso de materiales ignífugos; seguridad de integridad física; falta de baño adaptado para el uso de pacientes discapacitados. Asimismo, el 99,40 % de los informes incluyen evaluaciones de las áreas prestacionales, presentando mayor cantidad de falencias: el área de administración; la de enfermería; la de nutrición y la médica. A partir del dictado de la resolución 682

del 9 de junio de 2008 –aprobatoria de las nuevas guías de evaluación prestacional para las modalidades RAM y RAMP– la UAP pasó a utilizar las mismas guías que las UGL y la Gerencia de Promoción Social y Comunitaria.

4. Se realizaron visitas a 5 establecimientos correspondientes a la UGL VI - Capital Federal, en los cuales la AGN observó:

a) Establecimiento 66: no presenta planos aprobados de instalaciones de electricidad y gas; no cuenta con grupo electrógeno que abarque la totalidad del edificio; el plano de detección de incendio no se encuentra firmado por matriculado en su rubro; no cuenta con escalera contra incendio ni vía de escape alternativa; en el listado de residentes no figura la cábpa psiquiátrica correspondiente; el *office* de enfermería se comparte con la función médica imposibilitando el accionar eficiente del personal del área; etcétera.

b) Establecimiento 64: no exhibe plano de instalación sanitaria; plano de gas sin visado por el colegio profesional del habilitado; no cuenta con ascensor camillero; no cuenta con escalera contra incendio; el botiquín de urgencias se encuentra incompleto; etcétera.

c) Establecimiento 147: no presenta planos aprobados y actualizados de instalaciones de gas ni de instalaciones sanitarias; los planos municipales no presentan sello de aprobación ni firmas municipales; no consta título de propiedad ni contrato de locación a favor de la sociedad; no cuenta con escalera contra incendio ni vía de escape alternativa; etcétera.

d) Establecimiento 1.079: no tiene escalera contra incendio ni vía de escape alternativa; no consta en historias clínicas hoja de interconsulta con evaluación del médico de cabecera; no se exhibe la carpeta con legajos del personal; etcétera.

e) Establecimiento 80: no existe vía de escape alternativa; no presenta plano de instalación de gas ni de instalación sanitaria; la totalidad de las estufas existentes no presenta tiraje al exterior; etcétera.

5. El servicio “PAMI escucha y responde” del instituto informó que durante el año 2007 y primer trimestre 2008 registró 197 reclamos y 76 quejas respecto de los servicios de geriatría, concentrándose principalmente en UGL VI - Capital Federal, UGL X - Lanús y UGL XXIX - Morón.

6. Al 31/12/08 existía una lista de espera de aproximadamente 1.800 afiliados (alrededor del 10% del total de las internaciones geriátricas habidas en dicha fecha). Según explicó el instituto los factores que inciden en la demanda insatisfecha son los siguientes:

a) Saturación del mercado asistencial a nivel nacional, debido al crecimiento de la demanda tanto privada como de otras obras sociales. La falta de estructura empresarial desalienta la inversión privada para nuevos emprendimientos geriátricos.

b) Actualmente, la capacidad prestacional se encuentra totalmente ocupada.

c) En el período 1º/1/2007 al 31/3/2008 el instituto se desvinculó de 23 establecimientos (al menos 943 camas). El instituto informó que publica llamados a inscripción para nuevos prestadores geriátricos públicos y privados, así como también insta a difundir en todos los ámbitos que el registro de inscripción se encuentra abierto a nuevas ofertas. Sin embargo, no logra captar el interés de los geriátricos nacionales, lo que se ve agravado por el aumento de los afiliados en los últimos años y la dificultad de no contar con vacantes para alojar afiliados derivados de establecimientos que pueden potencialmente ser dados de baja por incumplimientos.

En su descargo el instituto indica: 1) Que está analizando el proyecto de estructura orgánica funcional con asignación de misiones y funciones de los niveles inferiores de la Gerencia de Prestaciones Sociales y Comunitarias; 2) Que está trabajando en la confección de un instrumento uniforme para la realización de las auditorías; 3) que ha revertido las situaciones observadas respecto a los establecimientos de Capital Federal; 4) Que ha tomado acciones a fin de subsanar las observaciones realizadas sobre demanda insatisfecha; 5) Que adoptará medidas respecto al cumplimiento de los plazos de evaluación y a la aplicación de penalidades, medidas cuya eficiente implementación deberá ser analizada en una futura auditoría.

Considerando los comentarios y observaciones realizados, la AGN recomienda: 1) Aprobar las aperturas de los niveles inferiores de la estructura organizativa de la Gerencia de Promoción Social y Comunitaria; 2) Elaborar guías de evaluación para las instituciones de bien público o privadas sin fines de lucro y centros de día que presten servicios de internación geriátrica; 3) Proveer personal profesional suficiente a las UGL para un eficiente control de los establecimientos geriátricos; 4) Cumplir con los plazos previstos para realizar los controles y evaluaciones prestacionales y de planta física de los establecimientos; 5) Indicar en los informes de evaluación si las falencias detectadas representan algún tipo de riesgo que involucre la seguridad de los residentes, analizar las situaciones en las que en los informes de evaluación se indica que las falencias involucran la seguridad de los residentes y permanecen afiliados internados, a pesar de no haberse regularizado las falencias detectadas; 6) Revisar los procedimientos para la aplicación del régimen vigente en materia de intimaciones y débitos a los establecimientos geriátricos para evitar sucesivas prórrogas a los plazos que se otorgan para regularizar las falencias detectadas; 7) Evaluar si han sido regularizadas las falencias observadas en relación a los establecimientos de Capital Federal y, de corresponder, intimar a los establecimientos para que procedan a su pronta regularización; 8) Ampliar y profundizar las medidas adoptadas para conseguir una mayor concurrencia de establecimientos geriátricos a nivel nacional que permita cubrir la demanda de ser-

vicios de la totalidad de los afiliados bajo cobertura y revertir las situaciones derivadas de la insuficiencia de vacantes en los establecimientos.

Durante el período auditado la AGN advirtió los siguientes aspectos críticos en la gestión de las prestaciones geriátricas brindadas por el instituto: 1) Falta de aprobación de la apertura de niveles inferiores de la estructura organizativa de la Gerencia de Promoción Social y Comunitaria; 2) Escasez de controles sobre los aspectos vinculados a la planta física de los establecimientos geriátricos; 3) Incumplimientos en la periodicidad de las evaluaciones prestacionales; 4) Los equipos interdisciplinarios de las UGL no cuentan con personal profesional suficiente para realizar la totalidad de los controles; 5) Ausencia de guías de evaluación que les permita a las áreas pertinentes sistematizar el control sobre las instituciones de bien público o privadas sin

finés de lucro y centros de día; 6) Existencia de lista de espera de aproximadamente 1.800 afiliados; 7) De las evaluaciones técnicas efectuadas surgen numerosos incumplimientos a los requisitos prestacionales sin la aplicación en términos generales, de las penalidades correspondientes.

Heriberto A. Martínez Oddone. – Luis A. Juez. – Gerardo R. Morales. – Ernesto R. Sanz. – Juan C. Morán. – Walter A. Agosto.

ANTECEDENTES

Ver expedientes 8.691-D.-2010, 387-O.V.-2006, 82-O.V.-2007, 382-O.V.-2007, 459-O.V.-2007, 57-O.V.-2009, 115-O.V.-2009, 214-O.V.-2009 y 20-O.V.-2010.