

## **INFORME DE AUDITORIA**

**A LA SEÑORA DIRECTORA EJECUTIVA DEL INSTITUTO NACIONAL  
DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS.**

**Lic. Graciela OCAÑA.**

**S. / D.**

En ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 85 de la Constitución Nacional, y de acuerdo con lo establecido en los artículos 118 de la Ley N° 24.156 y 1° de la Ley N° 25.615, se efectuó un examen especial en el ámbito del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, con el objeto indicado en el apartado siguiente.

### **1.- OBJETO.**

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 N° 922/04-DE a la Resolución N° 1.440/05-DE y su modificatoria.

### **2.- ALCANCE DEL EXAMEN.**

El examen fue realizado de acuerdo con las Normas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Nación, aprobadas por Resolución N° 145/93-AGN, dictadas en ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 119, de la Ley N° 24.156, aplicándose, entre otros, los siguientes procedimientos:

- Recopilación y análisis de las normas que definen el marco legal del Instituto.

- Entrevistas con funcionarios responsables de las áreas vinculadas con el objeto del presente examen en las Unidades de Gestión Local (UGL) VI - Capital, VIII - San Martín y X - Lanús.
- Estudio de informes de auditorías practicadas por la Unidad de Auditoría Interna (UAI) y de resúmenes de informes de la Unidad de Auditoría Prestacional (UAP).
- Visitas a establecimientos de Salud Mental de las UGL VIII - San Martín y X -Lanús.
- Estudio de la situación contractual preexistente, al llamado a Concurso Público de Prestadores y adjudicación del servicio por Resolución N° 1.440/05-DE.
- Análisis de las tasas de uso de las distintas modalidades prestacionales suministradas por el Instituto (según se indica en 4.2.)
- Verificación de una muestra de 28 expedientes de pago.
- Estudio de los aspectos financieros del Programa de Salud Mental derivados de las Resoluciones N° 1.440/05 DE y N° 401/06-DE.

Las tareas propias del objeto del examen concluyeron el 30/3/07, siendo comunicado el resultado de las mismas mediante Nota N° 51 / 07 – AO6 a fin de que el Instituto auditado efectúe los comentarios o aclaraciones que considere pertinentes. Mediante Nota N° 882/DE de fecha 17/9/07 el organismo produjo su descargo de cuyo texto surge una serie de comentarios según se indica en el apartado 5 siguiente.

### **3.- ACLARACIONES PREVIAS.**

#### **3.1.- Naturaleza, objeto y organización funcional del Instituto.**

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados fue creado por Ley N° 19.032 como entidad de derecho público, con personalidad jurídica e individualidad financiera y administrativa, comprendido en el régimen de la Ley N° 23.660 de Obras Sociales y tiene como objeto, prestar por sí o por intermedio de terceros, servicios médico asistenciales destinados al fomento, protección y recuperación de la salud de sus beneficiarios.

Se encuentra organizado en un nivel central, constituido por sus máximas autoridades, Gerencias y áreas dependientes, quienes fijan las políticas institucionales y ejercen la administración general operativa y financiera del sistema y el nivel descentralizado, constituido por sus 36 UGL, agencias y corresponsalías, distribuidas en todo el país, las que se vinculan en forma directa con el afiliado.

De acuerdo al Decreto N° 2/2004 dictado en los términos del artículo 99, inciso 3, de la Constitución Nacional, la dirección de la obra social se encontraba a cargo de un Organismo Ejecutivo de Gobierno constituido por un Director y Subdirector Ejecutivo, como máximas autoridades.

### **3.2. Situación contractual de las prestaciones de Salud Mental.**

Con fecha 31/8/2000 el Instituto puso fin a la relación contractual que mantenía con la FEDERACIÓN ARGENTINA DE CÁMARAS DE ASOCIACIONES PSIQUIÁTRICAS (FACAP), prestador que brindaba a sus afiliados de todo el país los servicios de Salud Mental. A tal efecto comunicó a los prestadores individuales que integraban esta red federativa que a partir del 1° de Septiembre de 2000, la relación continuaría en forma directa con ellos y sin intermediación alguna. Asimismo, les ofreció abonar, mediante una modalidad de pago mixta, por la internación crónica y aguda las sumas de \$ 900 y \$ 1.100 mensuales por afiliado internado, respectivamente, y por las prestaciones ambulatorias una cápita de sesenta centavos (\$ 0,60) por mes, considerando para este caso el cupo de afiliados asignados por la FACAP a cada prestador para esta modalidad.

Sin embargo, según la Resolución N° 1114/00 (29/12/00) de la Comisión Interventora Normalizadora “...*la inmensa mayoría de los prestadores directos a los que se les comunicó la decisión adoptada por el Instituto rechazaron la propuesta...*”, razón por la cual el Instituto mediante esta resolución, si bien aprobó igualmente la modalidad de pago mixta propuesta, también aprobó y mantuvo como opción para los prestadores la

modalidad de pago por monto fijo, pero en este caso mediante la suscripción de acuerdos individuales “...*hasta la elección de prestadores mediante Concursos Públicos Abiertos...*”. Por estos acuerdos el Instituto se obligó a abonar a los prestadores un monto fijo equivalente al que percibían de la FACAP (tomando como base el padrón de beneficiarios que cada institución tenía asignada hasta el 31 de agosto de 2000) por un período de vigencia de 4 meses prorrogables por otros 3, a opción del Instituto.

Esos acuerdos fueron sucesivamente prorrogados hasta agosto de 2003.

Finalmente, se firmaron Actas Acuerdos con los prestadores, con el objeto de regularizar contractualmente la relación de hecho existente entre el 10/8/03 al 30/11/04, reservándose el Instituto la facultad de extender su vigencia por otros 60 días corridos. En esas Actas también se incluyó como obligación que los prestadores debían proporcionar al Instituto, en soporte magnético, el padrón de beneficiarios a su cargo. Estas Actas fueron luego convalidadas mediante la Resolución N° 922/04-DE (30/11/04), la que a su vez incluye el reconocimiento de un aumento de los costos prestacionales, fijándolo en promedio en el 23,39% a favor de los prestadores a partir del 1/10/04.

Sin perjuicio de los antecedentes reseñados precedentemente, cabe señalar que la Auditoría General de la Nación analizó la situación del sector a partir de la Resolución N° 1114/00-CIN, en su Dictamen Especial sobre la Gestión del Directorio de Instituto que fuera aprobado por Resolución 92/03-AGN. Entre los conceptos más relevantes allí expuestos se destacan los siguientes:

- No obstante la existencia de relaciones contractuales individuales, la mayor parte de los prestadores delegaron su relación ante el Instituto en una sola persona, el ex Presidente de la FACAP.
- Los montos abonados a los prestadores se correspondían a un cupo identificado con una población de beneficiarios de un radio de cobertura determinado al momento de interrumpirse el vínculo con la FACAP, verificándose diferencias, que en

algunos casos superaron el 500% en los montos, no justificadas por el área competente.

- No estaba identificada la cantidad de pacientes efectivamente tratados (como ambulatorios e internados) en cada uno de los efectores, dado que el Instituto - Departamento de Salud Mental- no contaba con un registro/padrón actualizado de esa población.
- No había constancia de conformidad de la prestación de los servicios pagados, y no obstante ello, ante la argumentación de los prestadores de monto fijo, que tenían cubierto su cupo, se resolvían las internaciones de urgencia ordenadas judicialmente, derivando los pacientes a centros especialmente contratados con cargo al Instituto.
- La ausencia de controles relevada era de tal importancia que cabría la posibilidad que exista duplicidad de pagos.

### **3.3.- Proceso de selección y contratación de prestadores aprobado por Resolución N° 1.440/05-DE.**

El proceso de selección y contratación implementado por el Instituto para la prestación del servicio de Salud Mental concluyó con el dictado de la Resolución N° 1.440/05-DE (28/11/05), dándose de esta forma inicio a una nueva modalidad de procedimiento de selección y contratación de prestadores.

A continuación, a fin de aportar claridad a la exposición, se reseñan los antecedentes normativos que sustentan y dan como resultado a la Resolución N° 1.440/05-DE:

- Por Resolución N° 140/04-DE (05/03/04), la Dirección Ejecutiva del organismo instituida por Decreto N° 2/04 estableció las bases, objetivos y estrategias de un nuevo modelo prestacional para las prestaciones médico asistenciales de los niveles I, II y III.

En cuanto a las bases se destacan: la eliminación de las intermediaciones económicas; la recuperación de la capacidad de gestión y control del Instituto; la regionalización de la atención primaria de la salud, en función de las necesidades y realidades locales de cada sitio del país; y el conocimiento previo de cada efector.

Como objetivos del nuevo modelo: privilegiar la atención primaria de la salud; asegurar la accesibilidad inmediata a la consulta con el médico de cabecera y a las especialidades de mayor demanda ambulatoria; y garantizar que todos los beneficiarios accedan a todas las prestaciones que requieran en función de su patología, bajo el concepto de equidad en todos los niveles de atención.

Como acciones estratégicas: ampliación de la cobertura del Nivel I de atención y fortalecerlo; mejora en la distribución del gasto operativo destinado a las prestaciones médicas que garantice la accesibilidad de los beneficiarios a los servicios; eliminación de la intermediación; y recuperación de la capacidad de gestión y control a través de la descentralización y fortalecimiento de las UGL.

- Por Resolución N° 694/04-DE (24/09/04), en cumplimiento de las bases, objetivos y estrategias definidas en la Resolución N° 140/04-DE, se creó el "REGISTRO DE PRESTADORES DE ATENCIÓN MÉDICA Y OTRAS PRESTACIONES ASISTENCIALES" para la inscripción, acreditación y posterior selección de prestadores de los servicios socio sanitarios, entre ellos los servicios de Salud Mental. Al mencionado registro se le asignó el carácter de abierto, permanente y único, a fin de asegurar al menos una boca de recepción de inscripción por cada Unidad de Gestión Local.
- Por Resolución N° 284/05-DE (28/02/05) se aprobó el nuevo MODELO PRESTACIONAL SOCIOCOMUNITARIO DE ATENCIÓN MEDICA Y OTRAS PRESTACIONES ASISTENCIALES del INSSJP, instruyendo a las áreas técnicas arbitrar los medios necesarios para su implementación en todo el territorio nacional y el encuadramiento de otras prestaciones médico-asistenciales a dicho modelo. Asimismo, se dispuso:

- declarar la existencia de un concurso público abierto y permanente de prestadores que pretende desburocratizar los mecanismos de selección bajo los principios del proceso de licitación pública: concurrencia de oferentes mediante la libre inscripción al registro de prestadores, igualdad de acceso y competencia abierta.
- la contratación de los servicios médicos asistenciales en forma individual y/o mediante la constitución de Redes Prestacionales. En este último caso se propicia que su conformación sea con efectores directos con capacidad prestacional (incluyendo establecimientos del sector privado y público) y que se limiten los gastos de administración, privilegiando el pago a cada efector/prestador, según la realidad prestacional de cada jurisdicción.
- La determinación previa, por parte del Instituto de precios topes para cada jurisdicción, conforme a estudios de costos internos que justifiquen la adecuación de tales valores a la realidad prestacional de cada región.

En el marco de las resoluciones enumeradas precedentemente, y en relación directa con el Servicio de Salud Mental se dictaron las siguientes normas:

- Disposición N° 234/05 (23/03/05) de la Gerencia de Prestaciones Médicas: aprobó la inscripción de efectores calificados para la cobertura de las prestaciones de Salud Mental. Además dispuso que el modelo prestacional de Salud Mental estaba dirigido a: reintegrar a la comunidad a los pacientes institucionalizados a largo plazo, previo proceso de preparación para el pasaje; evitar ingresos injustificados en establecimientos de internación; asegurar la adecuada asistencia ambulatoria para los pacientes no institucionalizados; e implementar programas preventivos.
- Resolución N° 857/05-DE (29/6/05): aprobó el Modelo Prestacional Sociocomunitario de Atención en Salud Mental y dispuso que su implementación se adecuará a las particularidades regionales. Asimismo aprobó las Guías de Acreditación de efectores para las modalidades de atención en Salud Mental que estableció este nuevo modelo y dispuso la incorporación formal del menú prestacional y las citadas guías, al

Modelo Prestacional Sociocomunitario de Atención Médica y Otras Prestaciones Asistenciales del Instituto aprobado por Resolución N° 284/05-DE.

Sobre estas bases tramitó el Concurso Público de prestadores, para los servicios de Salud Mental generándose por cada UGL un expediente, en el cual obran los elementos esenciales comunes a todo el Concurso y las presentaciones, tramitaciones, evaluaciones y pronunciamientos particulares correspondientes a la UGL respectiva.

Este proceso de selección concluyó, como se indicara en el inicio del apartado, con el dictado de la Resolución N° 1.440/05-DE de fecha 28/11/2005, que aprobó:

- La propuesta técnica de selección y contratación de prestadores de servicios de Salud Mental, elaborada por la Comisión Evaluadora;
- La contratación de los mismos conforme la asignación de cápitás y distribución para cada prestador fijada para cada UGL en el Anexo II de la resolución;
- El modelo de contrato a suscribir con los prestadores, delegando en el Gerente de Prestaciones Médicas su firma;
- Los valores de las cápitás a reconocer a los prestadores para las distintas modalidades prestacionales;
- Las tasas de uso y costo unitario estimado de cada prestación (en el ANEXO I del presente Informe se exponen estos valores).

Para la internación crónica estableció además la resolución, una metodología de corrección inicial para los prestadores cuyas prestaciones excedieran el 15% de la tasa de uso fijada por el Instituto, a quienes se pagaría por cada paciente en exceso el costo unitario fijado.

Por último corresponde mencionar que mediante Resolución N° 401/06-DE (6/4/06), el Instituto modificó el valor de la cápita y el costo unitario establecidos por la Resolución N° 1.440/05-DE, incrementándolo para las UGL VI-Capital, VII-La Plata, VIII-San Martín, X-Lanús, XVII-Chubut, XXIX-Morón, XXXII-Luján y XXXV-San Justo, con las mismas tasas de uso, fijando los nuevos valores expuestos en el ANEXO II

del presente Informe. También estableció un adicional por zona patagónica del 20% sobre el valor de la cápita, a regir en el ámbito de las UGL XVI- Neuquén, XVII-Chubut, XXVII-Río Negro, XXVIII-Santa Cruz, XXXIII-Tierra del Fuego y XX-La Pampa.

#### **4.- COMENTARIOS Y OBSERVACIONES**

##### **4.1.- Padrones de Salud Mental.**

La Resolución N° 922/04-DE y el modelo de Acta Acuerdo de su Anexo III, previeron que los prestadores entreguen el padrón de beneficiarios a su cargo para su validación en forma conjunta con el Instituto y su posterior actualización mensual por parte de este último, sin perjuicio de la modalidad de pago por suma fija.

No obstante, los Padrones de Salud Mental del Instituto a la fecha del inicio de la implementación de la Resolución N° 1.440/05-DE (febrero de 2006), que debían contener todos sus afiliados con un prestador asignado para los tres niveles de atención, se encontraban incompletos.

Del análisis del padrón general de afiliados del Instituto al mes de abril de 2006 (fuente Intranet Pami) a efectos de verificar la asignación de afiliados a los padrones de prestadores de Salud Mental, sobre una muestra al azar de 100 afiliados de distintas UGL se obtuvo el siguiente resultado:

- a) 63 tenían asignados prestadores de Salud Mental. De ellos incorrectamente 10, dado que se trataba de afiliados dados de baja.
- b) 18 no estaban asignados a ningún Prestador de Salud Mental.
- c) Los 19 restantes estaban correctamente excluidos del Padrón de Salud Mental, por tratarse de afiliados dados de baja (11) o atendidos por otras obras sociales (8).

Por lo tanto con la puesta en marcha de la Resolución N° 1.440/05-DE, que implementa un sistema capitado, esta situación en materia de padrones persistía. La norma

si bien asigna una cantidad de cápitass a cada prestador comprendido en la misma a los efectos del pago, dicha cantidad no estaba relacionada a afiliados determinados. Es decir no existía un padrón nominal de afiliados bajo la responsabilidad de cada efector seleccionado que no fuese el que ya tenían los prestadores históricos, con las deficiencias apuntadas precedentemente.

En su descargo el Instituto explicó que el nuevo sistema prestacional comenzó a implementarse progresivamente desde el mes de febrero de 2006, alcanzando al 01/01/07 a 33 de las 36 UGL, mientras que la implementación de padrones nominales y actualizados por UGL y prestador, que se encontraba en trámite al momento del dictado de la Resolución N° 1.440/05-DE, culminó antes de la implementación efectiva del nuevo sistema (01/01/07), entregándose el padrón nominado a los prestadores en oportunidad de la firma del contrato. Asimismo adjuntó en archivo magnético el padrón actual del Instituto con la asignación de los tres niveles de salud mental por cada afiliado.

El Padrón de Salud Mental proporcionado en soporte magnético por el Instituto con su descargo, muestra que éste es nominado y comprende a 3.344.881 afiliados con prestadores de Salud Mental asignados, mientras que 217.209 afiliados se encuentran sin asignación de prestador ni UGL. Este análisis es sólo cuantitativo y no evalúa la integridad ni consistencia de estos padrones.

En cuanto a las entregas del padrón nominado a los prestadores al tiempo de la firma de cada contrato que refiere el Instituto, éste no adjuntó documentación que acredite tales entregas. En este sentido se señala que los contratos tipo suscriptos con los prestadores prevén la entrega del padrón como obligación del Instituto a cumplir y sin plazo.

#### **4.2.- Información estadística. Tasas de uso.**

Las Actas Acuerdo aprobadas por Resolución N° 922/04-DE previeron la obligación de los prestadores de proporcionar vía correo electrónico y en forma diaria la información estadística de las prestaciones brindadas bajo todas sus modalidades. Los contratos derivados de la Resolución N° 1.440/05-DE también contienen esta obligación pero no definen el modo de su instrumentación.

Independientemente de ello los prestadores proporcionaban mensualmente en soporte magnético con su facturación, información detallada sobre la utilización de los servicios de Salud Mental en todas las modalidades prestacionales con indicación de los afiliados beneficiarios de los mismos.

Esta información mensual debía validarse por las UGL para el pago teniendo como destino final el Departamento de Salud Mental y la División Estadística.

No obstante su origen común, la información estadística consolidada correspondiente a octubre de 2005 (mes anterior al dictado de la Resolución N° 1.440/05-DE) proporcionada por la División Estadística, difería de la suministrada por el Departamento de Salud Mental para el mismo mes. Analizadas las causas de las diferencias se comprobó que el informe proporcionado por la División Estadística contenía datos de 7 establecimientos que no se encontraban en el informe brindado por el Departamento de Salud Mental y a su vez en este último, había 3 establecimientos y una UGL (la UGL XXI-San Juan), que no se encontraban en el primero.

Integrando los datos faltantes de ambas fuentes de información y completándolos con información proporcionada por las UGL, se conformaron tasas de uso por UGL, cuyos valores diferían de manera apreciable según los distintos ámbitos territoriales. Por ejemplo, en la modalidad de internación crónica, de alta incidencia en el costo del Programa, la situación era la siguiente:

- En 25 UGL con 1.648.680 afiliados (53,57% del padrón PAMI), la tasa de uso era inferior a 1 afiliado internado c/1000 afiliados.
- En 3 UGL y la Región Metropolitana (UGLs VI, VIII, X, XXIX y XXXV) con 1.206.873 afiliados (39,21% del padrón PAMI), oscilaba entre 1 y 2 afiliados internados c/1000 afiliados PAMI.
- En 3 UGL con 222.107 afiliados (7,22% del padrón PAMI), era mayor a 2 afiliados internados c/1000 afiliados.

La metodología de corrección inicial prevista en la Resolución N° 1.440/05-DE cubre el sobre uso que supera el 15%, pero no contempla la situación de los prestadores que se encuentran por debajo de la tasa de uso fijada.

Las evidencias brindadas por el Departamento de Salud Mental no respaldan la tasa de uso promedio nacional para internación crónica de 1,40 afiliados internados por cada 1000 afiliados PAMI establecida por la Resolución N° 1.440/05-DE para dicha modalidad prestacional.

De la información obtenida sobre la utilización del servicio en internación crónica, en todos los casos se obtuvo un valor inferior a la tasa de uso establecida por la Resolución N° 1.440 citada (ver ANEXO III).

El ANEXO IV expone analíticamente el grado de utilización del servicio de Salud Mental en el país al mes de Octubre/05 según las fuentes de datos ya indicadas, considerándose a las UGL VI-Capital, VIII-San Martín, X-Lanús, XXIX-Morón y XXXV-San Justo como “Región Metropolitana” en virtud que, en internación crónica, la mayoría de los afiliados de la Ciudad de Buenos Aires estaban asignados a la cápita de prestadores del Gran Buenos Aires.

En su descargo el Instituto señala que la tasa de uso de internación crónica cuestionada sólo resultó una herramienta para el dictado de la Resolución N° 1.440/05, ya

que los valores fueron ajustados con el dictado de la Resolución N° 401/06 que fue aplicable a la implementación del sistema.

A este respecto admite, en base a los antecedentes que acompaña, que la tasa de uso promedio para internación crónica calculada a diciembre de 2006 era efectivamente 1.18/1000. No obstante en dichos antecedentes se observa que los valores asignados a las UGL no corresponden a tasas de uso reales sino a tasas predeterminadas por el Instituto en 1,40 para la Región Metropolitana y las UGL XXXI-Luján, VII-La Plata y XVII-Chubut y 1,11 para el resto de las UGL a efectos de justificar la Resolución N° 401/06-DE.

Con relación a los prestadores que se encuentran por debajo de la tasa de uso fijada, el Instituto acompaña 8 notas que documentan traslados de internados en los meses de septiembre y octubre de 2006. Sin embargo estas notas corresponden a casos de traslados de internados crónicos entre efectores de la Región Metropolitana, que no inciden en la situación de aquellas UGL con bajas tasas de utilización.

#### **4.3.- Afiliados internados en hospitales públicos.**

La Resolución N° 1.440/05-DE estableció que los afiliados internados crónicos en las instituciones públicas podían ser derivados a los establecimientos de aquellos efectores contratados que no hubieran alcanzado la tasa de uso de internación crónica fijada en la norma.

De acuerdo a información del Departamento de Salud Mental, en el mes de marzo de 2006 el Instituto tenía 635 afiliados en internación crónica alojados en Hospitales Públicos de las UGL I-Tucumán, VI-Capital Federal, VII-La Plata, X-Lanús, XI-Mar del Plata, XIV-Entre Ríos, y XXXII-Luján, con la distribución institucional expuesta en el ANEXO V.

Según los funcionarios del área de Salud Mental de la UGL X-Lanús, estos afiliados por los cuales el Instituto abonaba aproximadamente \$ 900 mensuales por el

régimen de pago por autogestión, en general eran enfermos psiquiátricos que ingresaron a estos establecimientos antes del año 2000 en situación de desamparo social, han perdido el vínculo con la familia y sociedad y en caso de traslado puede inclusive generarse resistencia de éstos, traslados que además deben realizarse previo trámite de autorización judicial.

De las entrevistas realizadas en la UGL VI, donde se verifican la mayoría de estos casos (Hospitales Borda y Moyano), surge que operativamente la posibilidad de la transferencia de los internados crónicos hacia otros prestadores resultaría de dificultosa aplicación.

Además, el 71 % de estos afiliados se encontraban en la Región Metropolitana, el 24% en UGLs aledañas a dicha Región, La Plata y Luján, (todos ámbitos territoriales con altas tasas de utilización en internación crónica) y sólo el 5% restante en el resto del país.

En este contexto se observa como de difícil implementación la reubicación de estos internados por defecto de tasas de uso de los efectores contratados.

El Instituto en su descargo señala que esta dificultad ha podido salvarse. No obstante no acompaña elementos que demuestren el traslado de afiliados internados crónicos en hospitales públicos a establecimientos que no alcanzaron las tasas de utilización mínimas establecidas en el nuevo modelo.

#### **4.4.- Visitas a UGLs**

Los aspectos más relevantes surgidos de las entrevistas con los responsables de las Areas de Salud Mental de las UGL VI Capital, VIII San Martín y X Lanús fueron los siguientes:

#### **4.4.1. UGL VI - Capital**

- No había personal suficiente en las agencias de la UGL para supervisar los establecimientos. En las 10 agencias de la UGL había sólo tres médicos psiquiatras y carecían de nutricionista para verificar la dieta de los internos.
- Desconocimiento de normas escritas sobre la forma de llevar a cabo las supervisiones.
- Los Hospitales Públicos no eran supervisados, dado que según la UGL resultaba materialmente imposible, debido a la gran cantidad de internados, y porque el Instituto carecía de facultades contractuales de auditoría y supervisión. Estos hospitales no se encontraban en buenas condiciones edilicias, en especial el Moyano.
- No se realizaban supervisiones de los pacientes ambulatorios ni de atención domiciliaria.
- Según la UGL el servicio de psicoterapia era insuficiente respecto de la demanda potencial del mismo, orientándose el tratamiento a la medicación y no a la psicoterapia. Hay quejas porque los prestadores en lugar de un psicólogo envían médicos psiquiatras. Vincula la UGL esta situación con la Resolución 1.440/05-DE que determina una tasa de uso mayor y deseable de las prestaciones ambulatorias.

Respecto a este último punto el Instituto señaló en su descargo que la Resolución N° 1.440/05-DE se orienta a la aplicación de recomendaciones internacionales para la asistencia del paciente en Salud Mental, fomentando la desinstitucionalización e incentivando la atención ambulatoria y resulta un criterio médico extendido que en el caso de urgencia concurra un psiquiatra, quien realiza los controles y seguimiento de medicación y en el caso de que recomiende psicoterapia la misma está contemplada en el menú prestacional.

#### **4.4.2. UGL VIII - San Martín**

- Desconocimiento de normas escritas sobre la forma de llevar a cabo las supervisiones.
- Se realizaban supervisiones de los pacientes ambulatorios y de atención domiciliaria, evaluando el proceso de atención, las historias clínicas y mediante encuestas telefónicas. Asimismo, refirió la UGL que desde que se solicitó que se coloque en las

planillas de pacientes atendidos los teléfonos de éstos, la tasa de uso informada por los establecimientos bajó en gran medida.

#### **4.4.3. UGL X - Lanús**

- Las evaluaciones que realiza la UGL son puramente prestacionales y las hacen mediante las historias clínicas y los libros de registros. Sólo se realizan supervisiones edilicias ante recomendaciones de la UAP, encargándose del seguimiento.
- En la UGL se desconoce la existencia de normas que les impongan la realización de auditorías a establecimientos, las hacen porque se los indica el Jefe de Prestaciones Médicas y carecían de instructivo o guía de evaluación de establecimientos. La UGL elabora su esquema de control en base al menú prestacional y criterios propios. En una oportunidad la UAP les proveyó cuestionarios o guías de control pero sólo de una de las áreas a auditar, jamás pudieron acceder a los cuestionarios o guías completas.
- Los prestadores no realizaban tratamientos psicológicos a domicilio, solo hacían tratamiento de contención psiquiátrica y psicofarmacológica. Los funcionarios de la UGL no obstante opinaron que el tratamiento psicológico en domicilio no es buen ámbito para realizarlo.
- La UGL refirió que la información estadística proporcionada por los prestadores sobre pacientes en internación, ya sea aguda como crónica en general es correcta. Sólo puede haber alguna diferencia por los movimientos de altas y bajas durante el mes. Los prestadores informan a la UGL cada vez que internan un paciente, con lo cual esta información es en tiempo real, sin perjuicio de la información mensual que envían con la facturación.
- En materia de prestaciones ambulatorias es donde la UGL observa mayores dificultades. Por ejemplo los prestadores omiten en general informar las urgencias. Otro problema es que la información sobre pacientes ambulatorios atendidos no está normatizada adecuadamente en la forma en que debe ser proporcionada. Como consecuencia de ello algunos prestadores informan cantidad de pacientes atendidos en el mes mientras que otros informan consultas y sesiones realizadas, por ello, según

haya adoptado uno u otro criterio las diferencias pueden resultar muy significativas. Con lo cual la información no es confiable porque no está homogeneizada.

- Según la UGL, es materialmente imposible constatar mensualmente la real prestación del servicio mediante la concurrencia mensual a los establecimientos. La certificación de servicios se realiza con las Declaraciones Juradas del prestador.
- En la UGL existe un único Hospital Público, el Hospital Estévez, que factura por autogestión y donde viven enfermos psiquiátricos desvinculados de su familia y la sociedad. En este sentido la UGL opinó que no resultaría conveniente apartarlos de su ámbito.

Con relación al desconocimiento de las UGL de normas escritas sobre supervisiones a establecimientos, con su descargo el organismo adjuntó copia de una Nota Circular de la Gerencia de Prestaciones Médicas de fecha 17/1/07 dirigida a todas las UGL, mediante la cual se requiere a éstas la verificación in situ y emisión de informes de situación de las prestaciones, donde conste el cumplimiento del menú prestacional. Esta Nota Circular no constituye un documento técnico o guía normatizada que establezca de modo estandarizado procedimientos para el control de los efectores y las prestaciones de Salud Mental por las UGL, sin perjuicio de señalar la existencia de las guías de evaluación de la UAP que se citan en el punto 4.6. siguiente.

#### **4.5.-Unidad de Auditoría Interna.**

Las auditorías realizadas por la UAI en áreas relacionadas con las prestaciones de Salud Mental, se circunscribieron al ámbito de las UGLs, donde observaron principalmente deficiencias atinentes a las obligaciones de control prestacional en terreno, la dotación de los profesionales especialistas asignados, el control del suministro de clozapina, los legajos de prestadores y al control de facturación. Se incorporan en ANEXO VI una síntesis de las mismas agrupada por UGL.

#### **4.6.- Control de la Unidad de Auditoría Prestacional (UAP).**

La UAP es el área de nivel gerencial que audita a todos los prestadores del Instituto con equipos de auditores pertenecientes al Nivel Central.

**4.6.1.-** Para el control de los prestadores de Salud Mental la UAP diseñó dos guías de auditoría, una para los establecimientos con internación de pacientes agudos y crónicos y la otra para consultorios externos, hospital de día, atención domiciliaria programada y urgencias.

Para su evaluación estas guías califican al prestador asignando puntos a cada uno de los requisitos (algunos excluyentes) que deben cumplirse en las distintas áreas del establecimiento auditado. El puntaje máximo para estas áreas es el siguiente: Planta Física 20 puntos, Documentación y Registros 10 puntos, Recursos Humanos 20 puntos y Proceso de Atención 50 puntos. Total 100 puntos.

Se observó que estas guías de evaluación, no se encontraban aprobadas por autoridad competente y al ser de uso interno no estaban difundidas en otras áreas del instituto, como por ejemplo las UGL que tienen funciones de control según lo previsto por el Artículo 6 bis, inciso c) de la Ley N° 19.032 incorporado por la Ley N° 25.615, sin perjuicio de la falta de adecuación de la normativa interna a esos efectos.

Para la acreditación de los efectores en el concurso (Resolución 1.440/05-DE), la Comisión Evaluadora se basó principalmente en las evaluaciones realizadas por la UAP a los prestadores, para el concurso y en oportunidad de auditorías anteriores, las que fueron realizadas siempre con sus propias guías de evaluación. Dichas guías son diferentes a las de acreditación diseñadas especialmente para el concurso por la Resolución N° 857/05-DE, Anexo II, con requerimientos menores para las distintas áreas y criterio de calificación y puntaje distintos. Por ejemplo para los establecimientos de internación crónica el puntaje máximo asignado era de 300 puntos. Inclusive estas guías de acreditación fueron utilizadas

por las UGL para evaluar oferentes ante ausencia de evaluación de la UAP (p.ej. –Clínica Bramardo de la UGL XV-Santa Fe).

Lo expuesto evidencia falta de coordinación entre la UAP y la Gerencia de Prestaciones Médicas, en el diseño y aplicación de criterios uniformes a través de un instrumento único de acreditación y evaluación de prestadores.

**4.6.2.-** Durante el año 2005 la UAP auditó a 86 establecimientos. Conforme surge de los resúmenes de sus auditorías, contemplan los siguientes aspectos:

**4.6.2.1.- Auditoría de la prestación:** Evalúa el cumplimiento de los requisitos de recursos humanos, director médico psiquiatra, médico clínico, psiquiatra de planta, psiquiatra de guardia, psicólogos, enfermeros, asistente social, rotación del personal; que cumpla con el proceso de atención y desarrollo de la historia clínica; reunión semanal de equipos, supervisión, la realización de ateneos, que haya registro de seguimiento de casos por asistente social, registro de actividades contextuales, psicoterapia individual, familiar y grupal, terapia ocupacional, expresión corporal y musicoterapia.

72 de los 86 establecimientos visitados verificaron problemas de esta naturaleza y de distinta importancia.

**4.6.2.2.- Auditoría de la Planta Física:** Evalúa los siguientes ítems: Seguridad contra incendios (la presencia de matafuegos actualizados, detectores de humo, disyuntor diferencial, luz de emergencia, llave térmica); Seguridad de la integridad física (construcción sobre cota de inundación, agua potable, cloacas, construcción de material no combustible, pisos antideslizantes, pasamanos en los pasillos y en los baños, 15 metros cúbicos por paciente en la habitación, sala de contención); confort, habitabilidad, funcionalidad, accesibilidad y seguridad eléctrica.

El resultado de las auditorías de la UAP sobre el cumplimiento de estos aspectos en los 86 establecimientos inspeccionados fue el siguiente:

- 53 tenían desvíos en el confort, la habitabilidad, la funcionalidad y la seguridad eléctrica.
- 44 observaban desvíos en materia de seguridad contra incendios.
- 40 verificaban desvíos en la seguridad de la integridad física.

**4.6.3.-** De acuerdo a la importancia de los desvíos observados en los 86 establecimientos indicados la UAP consideró que:

- No debía concretarse una nueva relación contractual con cinco prestadores cuyos establecimientos no cumplían con los requisitos exigidos. De éstos sólo uno de ellos, la Clínica Santa Clara de Asís (UGL XI) con desvíos comprobados en prestaciones ambulatorias, fue luego contratada por la Resolución N° 1.440/05-DE.
- Dos establecimientos no acreditaban las condiciones para ser prestadores: Mentalplan, (UGL VI) y Centro Psicoasistencial Espacios, (UGL VI). Sólo este último, que carecía de habilitaciones de la nueva sede y seguro contra incendios, fue contratado luego por Resolución N° 1.440/05-DE.
- Cuatro establecimientos acreditaban sólo parcialmente las condiciones para ser prestadores. Centro de Investigaciones Psiquiátricas San Martín de Porres (UGL VI), Centro Médico Neuropsiquiátrico S.A. "San Gabriel" (UGL X), Clínica Comunidad de Tandil Com - Tan S.A., (UGL XI) y Policlínica Privada Horizonte, (UGL XXXV). Todos presentaban desvíos solucionables en la planta física, referentes a seguridad contra incendios, confort, habitabilidad y accesibilidad. Estos fueron luego contratados por Resolución N° 1.440/05-DE.

El Instituto en su respuesta refirió que en el caso de la Clínica Neuropsiquiátrica Santa Clara de Asís, mediante una verificación realizada por la UGL Mar del Plata se evaluó el cumplimiento de los requisitos de las Guías de Acreditación. En cuanto al Centro Psicoasistencial Espacios SRL indicó que este prestador remitió una Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil con vigencia desde el 7/7/05 al 28/9/08 y un

certificado de póliza de seguro por incendio en curso por cambio de dirección del riesgo, dado el traslado de su sede asistencial.

#### **4.7.- Visitas a establecimientos de Salud Mental.**

Se realizaron visitas a establecimientos de las UGL VIII-San Martín y X-Lanús contratados por Resolución N° 1.440/05-DE. En la ocasión se verificó también si se habían corregido aspectos observados por la UAP, comprobándose que en general fueron regularizados, especialmente los referentes a seguridad contra incendios.

##### **UGL VIII-San Martín.**

**Clínica El Chalet.** Corrigieron desvíos marcados por la UAP en materia de seguridad, cambiando detectores de humo y gas. Otros persistían, como ser:

- Falta desagüe cloacal.
- Las puertas poseían herrajes que no pueden accionarse desde adentro.
- Las luminarias del sistema de luz de emergencia a baterías eran insuficientes.
- Existían tendidos eléctricos en cable canal plástico en algunas habitaciones.
- El grupo electrógeno poseía tendido de instalación eléctrica precario y era de capacidad insuficiente para mantener en funciones al hogar.

**Clínica Santa Clara de Caip SRL.** Regularizaron el sistema de detectores de humo y gas. No obstante persistían los siguientes desvíos:

- El sistema de riego contra incendio estaba en construcción. El prestador indicó que el costo era muy alto y que ya hicieron lo más caro.
- Existían tendidos eléctricos en cable canal plástico en algunas habitaciones.
- Se observaron algunos materiales combustibles (pisos de goma).
- La señalización de emergencia era insuficiente en los patios.
- Habitaciones con ventilación insuficiente.
- Contaba con habitaciones con exceso de camas por aplicación de cubaje reglamentario de 15m<sup>3</sup>/cama.

**Clínica San Miguel (Matecarli).** Se colocaron detectores de humo y gas, aspecto observado por la UAI, pero existían todavía tendidos eléctricos en cable canal plástico en algunas habitaciones.

**Clínica Mariazell.** Respecto de las observaciones de la UAP en materia de seguridad, entrenaron al personal para evacuar a los internos, cambiaron los detectores de humo y gas y compraron grupo electrógeno. Asimismo se colocaron barras de seguridad en todos los baños, estaba en construcción el área administrativa y las escaleras no contenían material combustible. No obstante persistían los siguientes desvíos:

- Existían rejas para dividir a los pacientes según gravedad. Los directivos de la clínica consideraron más importante entrenar a los empleados para el escape de urgencia, que modificar el sistema de separación, o crear un sistema de rejas con cierre que guíe a los internos a la salida en forma controlada, y no permita la huida luego de la salida de urgencia.
- Quedaban algunas entradas a los baños con desniveles. De todas formas casi todos los pacientes son autoválidos.

**Clínica Crusamen.** Los desvíos en materia de seguridad indicados por la UAP fueron corregidos, completándose los detectores de humo y gas que faltaban. No obstante persistían los siguientes:

- Se observan algunos materiales combustibles (pisos de goma) en el exterior.
- Las puertas de los sanitarios no abren hacia fuera.
- Falta de mantenimiento en la conservación de las estructuras edilicias.
- Rampas con pendiente inadecuada.

#### **UGL X - Lanús.**

En esta UGL se realizaron visitas a los establecimientos Clínica Nuestra Señora de Betharram, Clínica Centro de Estudios Psiquiátricos, Clínica Nueve de Julio, Clínica Gutiérrez Walker, Clínica Saint Michelle y Clínica San Martín, donde se evaluaron las actividades en las distintas modalidades prestacionales, no detectándose desvíos significativos.

En la Clínica Gutiérrez Walker se observó que en la guardia, un médico realizaba 4 guardias semanales en 4 días sucesivos, lo que infiere un rendimiento profesional menor derivado de la exigencia de 96 horas continuas de trabajo.

Todos estos establecimientos en el año 2006 habían corregido en su mayoría o estaban corrigiendo, los desvíos observados por la UAP receptados luego por la Comisión Evaluadora del concurso, en especial los correspondientes a seguridad contra incendios.

#### **4.8.- Pami Escucha y Responde.**

El Servicio Pami Escucha y Responde del Instituto informó que durante el año 2005 registró un total de 159 reclamos y quejas respecto de los servicios de Salud Mental, de los cuales 151 correspondieron a la Región Metropolitana (Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense) y los 8 restantes al interior del país (1 en la UGL III-Córdoba, 2 en la UGL IV-Mendoza, 1 en la UGL IX-Rosario, 1 en la UGL XII-Salta, 2 en la UGL XXXI-Junín y 1 en la UGL XXXIV-Concordia).

Dentro los reclamos formulados por los afiliados de la Región Metropolitana, 79 correspondieron a la atención de urgencia, principalmente por demora en la prestación del servicio, y 59 a la atención domiciliaria, básicamente por no brindarse la prestación en la fecha convenida.

#### **4.9.- Encuadre legal del Concurso**

El procedimiento mediante el cual el Instituto seleccionó y contrató directa e individualmente con los prestadores de servicios de Salud Mental, se trata de una nueva modalidad de contratación implementada en el marco del nuevo MODELO PRESTACIONAL SOCIOCOMUNITARIO DE ATENCION MEDICA Y OTRAS PRESTACIONES ASISTENCIALES aprobado por Resolución N° 284/2005-DE.

Las diferencias más importantes con el Régimen General observadas en el trámite del Concurso Público para la contratación de los servicios de Salud Mental 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 N° 19.032 establece como obligación de sus autoridades, "celebrar, como medida para cualquier contratación y dependiendo el monto, concurso de precios o licitación pública" y el Régimen general de contrataciones del Instituto aprobado por Resolución N° 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 N° 857/05-DE 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 Pliego de Bases y Condiciones, con la posibilidad de los oferentes de su impugnación.
- La publicación del llamado a inscripción de prestadores para Salud Mental para el concurso se realizó en los principales diarios nacionales y locales (Capital y Provincias) y en la página web del Instituto. Los Arts. 38 y 40 del Régimen General de Contrataciones prevén además la publicación en el Boletín Oficial.

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 N° 135/05 y contraproducente a

efectos de asegurar una libre y amplia concurrencia y el fracaso de licitaciones anteriores por falta de ofertantes, entre otros argumentos.

Al respecto cabe señalar que si bien las razones invocadas pueden justificar la implementación 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. En el caso el organismo no sigue las formas de contratación previstas en dicho marco (Art. 6, inciso n) de la Ley N° 19.032) diseñando un cuerpo normativo que aplica a aquellas contrataciones en las que considera que el régimen general le es inconveniente.

#### **4.10.- Valor de las prestaciones de Salud Mental.**

Los valores de la cápita y el costo unitario de las distintas prestaciones (ANEXO I de este informe) fijados por la Resolución N° 1.440/05-DE fueron determinados mediante el estudio de costos del mes de octubre de 2005 elaborado por el Departamento de Estudios Económicos de la Gerencia Económica Financiera.

Para determinar los valores de la cápita esta dependencia técnica se basó en el costo prestacional de los establecimientos en materia de Recursos Físicos, Equipamiento y Bienes de Uso, Equipamiento y Bienes de Uso Médico y Medicamentos, Alimentación, Recursos Humanos, Gastos Varios y en las tasas de uso sobre 1000 afiliados proporcionadas por el Área Salud Mental de la Gerencia de Prestaciones Médicas (ver ANEXO I).

El estudio no tuvo en cuenta los diferentes costos regionales, por ejemplo los de la zona patagónica, que en otras prestaciones similares se encuentran contemplados, como ser los módulos diferenciales para las Residencias de Adultos Mayores con Asistencia Psiquiátrica que se encuentran en el sur de país.

La Resolución N° 401/06-DE contempló esta última situación estableciendo un adicional del 20% para la zona patagónica. Además fijó un incremento del valor cápita y el costo unitario para todas las prestaciones, aunque limitado a las UGLs VI, VII, VIII, X, XVII, XXIX, XXXII y XXXV, áreas territoriales con altas tasas de uso (ANEXOS II y IV del presente informe).

El Instituto remitió con su descargo y como respaldo de esta resolución, el estudio de costos del mes de diciembre de 2005 del ya citado Departamento de Estudios Económicos, que determinó los nuevos costos unitarios estimados de las prestaciones en internación crónica y aguda a partir de los aumentos operados en los rubros de alimentación y recursos humanos. Este informe establece valores uniformes para todo el Instituto y no contempla los mayores costos en la zona patagónica que sí reconoce la norma.

Finalmente, si bien la Resolución N° 401/06-DE fue dictada con fecha 6/4/06, la misma norma dispone su aplicación a partir de la entrada en vigencia de los contratos suscriptos en virtud de la Resolución N° 1.440/05-DE, cuya implementación según informó el Instituto en su descargo comenzó en el mes de febrero de 2006.

#### **4.11.- Consecuencias económico-financieras de las Resoluciones Nros. 1.440/05-DE y 401/06-DE.**

**4.11.1.-** El costo de las prestaciones de Salud Mental para el Instituto según la Resolución N° 922/04-DE, calculado con los prestadores, cupos y valores por ella establecidos, era de aproximadamente \$ 9.972.000 mensuales. Por su parte el sistema contable del organismo expone un gasto promedio mensual de \$ 10.953.000, que incluye los pagos a hospitales públicos y otras prestaciones facturadas individualmente.

**4.11.2.-** La Resolución N° 1.440/05-DE por su parte previó un gasto aproximado mensual de \$ 13.253.000 mensuales, esto es \$ 3.281.000 más que la anterior

resolución, gasto mensual calculado en base al valor de la cápita para las distintas modalidades prestacionales previstas y las cápitass asignadas a los prestadores adjudicados. A este importe hay que sumarle los adicionales que la norma reconoció a los prestadores con internación crónica que excedieran en un 15% la tasa de uso general fijada por el Instituto.

Debido al cambio de la modalidad de pago de un sistema de suma fija a otro capitado y las modificaciones en las cantidades de la población cubierta por los distintos efectores, el citado aumento en el gasto previsto por la Resolución N° 1.440/05-DE no alcanzó ni se extendió de modo parejo o proporcional a todos los prestadores, beneficiando sólo a aproximadamente el 80 % de éstos, mientras que el restante 20% pasaría a cobrar menos que por aplicación de la Resolución N° 922/04-DE.

Del análisis de los 12 prestadores que a partir de la Resolución N° 1.440/05-DE aumentarían en más de \$ 100.000 su facturación, se observó que en su conjunto cobran por sus servicios con los valores de la Resolución 922/04-DE la suma de \$ 1.222.680 mensuales y luego, por el efecto del cambio de modalidad de pago, se calcula que aumentarían su facturación en \$ 2.039.670 por mes, con incrementos respecto de sus facturaciones anteriores de \$ 101.532 (180,22%) a \$ 406.462 (258,86%), a partir de la firma de los contratos respectivos (ANEXO VII).

El análisis también evidenció que durante la vigencia de la Resolución N° 922/04-DE ya existían desequilibrios entre las retribuciones de estos 12 prestadores, observándose que 6 de ellos percibían sumas inferiores al valor del total de las prestaciones que realmente brindaban (según los valores individuales de las prestaciones determinados en el estudio de costos del Instituto de octubre de 2005), por ejemplo un prestador tenía una diferencia en menos de \$ 57.808 mensuales, mientras que los otros 6 prestadores cobran sumas superiores, uno de los cuales facturaba \$ 46.421 por encima del valor de las prestaciones que brindaba. Con el ingreso al régimen de la Resolución N° 1.440/05-DE los primeros superarían holgadamente sus déficits, por ejemplo el mismo prestador con el

déficit mencionado de \$ 57.808, pasaría a tener un superávit de \$ 348.654, mientras que los segundos incrementarían aún más el beneficio que ya tenían durante la vigencia de la primera de las resoluciones, por ejemplo uno de ellos lo incrementaría de \$ 45.493 a \$253.290. Lo expuesto muestra entonces que la Resolución N° 1.440/05-DE generó nuevas distorsiones entre las retribuciones de los prestadores (ANEXO VII).

Complementando lo expuesto se observa que la internación crónica y la consulta ambulatoria son las prácticas con mayor incidencia en el defasaje evidenciado y se relacionan con las bajas tasas de uso verificadas en las respectivas UGL de estos 12 prestadores, significativamente inferiores a las generales fijadas por la Resolución N° 1.440/05-DE para dichas modalidades prestacionales (ANEXO VIII).

En el extremo opuesto se encuentran los prestadores que por aplicación de la Resolución N° 1.440/05-DE y como consecuencia del cambio de modalidad de pago, sus facturaciones disminuyen. De una muestra de 12 prestadores en esta situación, se observó que durante la vigencia de la Resolución N° 922/04-DE, 3 de ellos ya facturaban sumas inferiores al valor del total de las prestaciones mensuales que brindaban, siempre según los valores determinados por el Instituto en su estudio de costos de octubre de 2005, desequilibrio que la Resolución N° 1.440/05-DE aumenta. En el caso de 2 de estos 3 prestadores, ambos de la UGL X-Lanús, de facturar con una diferencia en menos de \$56.056 y \$ 68.019, respectivamente, con el nuevo modelo estas diferencias en menos aumentan a \$ 98.574 y \$ 94.360, también respectivamente. (ver ANEXO XI).

De estos 12 establecimientos 9 se encuentran en la Región Metropolitana, donde se asienta la mayor cantidad de prestadores afectados por el cambio en la modalidad de pago, comprobándose que las diferencias negativas para los prestadores se verificaron principalmente en internación crónica y aguda y en ámbitos territoriales con altas tasas de uso en estas modalidades según se expone en el ANEXO XII.

Cabe destacar que de estos 12 prestadores, cuya facturación debía disminuir con el cambio de modalidad de pago dispuesta por la Resolución N° 1.440/05-DE, 7 de ellos igualmente seguirían percibiendo sumas superiores al valor del total de las prestaciones brindadas. Esto obedece a que algunos prestadores brindaban una cantidad menor de prestaciones por internación crónica y aguda respecto de la tasa de uso prevista por el Instituto en dicha norma o bien en otros prestadores porque el pago por la atención ambulatoria capitada era significativamente superior a la utilización real, permitiéndoles compensar esta ganancia con el déficit en sus servicios por internación. Por el contrario, aquellos prestadores que venían brindando servicios de internación crónica o aguda por encima de las tasas de utilización y carecen o tienen pocas cápitadas asignadas para atención ambulatoria, la brecha negativa que ya tenían con los valores de la Resolución N° 922/04-DE se amplía aún más.

De todas formas esta última situación fue contemplada por la Resolución N° 1.440/05-DE, al establecer que los prestadores cuyas prestaciones excedan el 15% o más de la tasa de uso de internación crónica percibirán una suma adicional respecto de la atención de los pacientes crónicos que se encuentren por encima de ese umbral.

**4.11.3.-** Encontrándose iniciada la implementación del nuevo modelo de la Resolución N° 1.440/05-DE (febrero de 2006), el Instituto dictó la Resolución N° 401-DE (06/04/06), que como se expresó en el punto 4.10 precedente, incrementó el valor de la cápita y el costo unitario estimado para todas las prestaciones de Salud Mental sólo en las UGL VI-Capital Federal, VII-La Plata, VIII-San Martín, X-Lanús, XVII-Chubut, XXIX-Morón, XXXII-Luján y XXXV-San Justo, con fundamento en las nuevas escalas salariales de los trabajadores del sector.

Este aumento salarial otorgado a nivel nacional no fue reconocido por el Instituto como factor de incremento de sus costos a los efectos de las restantes UGL, donde las prestaciones en general no alcanzaron las tasas de uso para internación aguda y crónica fijadas por la Resolución N° 1.440/05-DE.

De tal forma, este aumento salarial general para todo el país que constituyó un aumento genuino de costos para todos los establecimientos de Salud Mental que integran el sistema, fue utilizado de hecho mediante su reconocimiento limitado, como variable de ajuste para tratar de compensar económicamente a los efectores más afectados por el cambio de modalidad de pago dispuesta por la Resolución N° 1.440/05-DE, especialmente a los de la Región Metropolitana.

El gasto prestacional de \$ 13.253.000 mensuales inicialmente previsto por la Resolución N° 1.440/05-DE, con el dictado de la Resolución N° 401/06-DE se elevó aproximadamente a \$14.654.000.

Asimismo por efecto de esta nueva norma 3 prestadores de la UGL VIII-San Martín se sumaron al conjunto de efectores que superaron en \$ 100.000 los valores a facturar respecto de los importes reconocidos por la Resolución N° 922/04-DE y uno de los anteriores 12 prestadores considerados en el punto 4.11.2 precedente, el de la UGL XVI-Neuquén, incrementó a \$ 205.928 la diferencia de facturación de \$ 116.832 que ya tenía a su favor con la Resolución N° 1.440/05-DE, al alcanzarlo el adicional por zona patagónica (ANEXO IX).

Estos 15 prestadores que en su conjunto cobraban por sus servicios con los valores de la Resolución 922/04-DE la suma de \$ 1.913.000 mensuales, con el nuevo modelo prestacional y por aplicación de las Resoluciones Nros. 1.440/05-DE y 401/06-DE quedaron habilitados a facturar \$4.441.000, incrementando su facturación en \$ 2.528.000 mensuales, manteniéndose los aumentos individuales de \$ 101.532 (180,22%) a \$ 406.462 (258,86%) de la Resolución N° 1.440/05-DE (también ANEXO IX).

Es decir que estos 15 efectores, de los aproximadamente 150 del sistema, reciben el 53,99 % del incremento del gasto previsto por las Resoluciones Nros. 1.440/05-DE y 401/06-DE, sin observarse un incremento prestacional correlativo y en algunos casos

hasta con disminución de los pacientes en internación u otras modalidades (ver ANEXO XIV).

Con los nuevos valores que la Resolución N° 401/06-DE asignó a las prestaciones de Salud Mental disminuyó la brecha observada entre el valor real del total de las prestaciones brindadas por los prestadores más beneficiados y los importes que el nuevo modelo les habilita a facturar (ver ANEXOS VII y X). No obstante, el defasaje antes señalado persiste en el caso de los 15 prestadores considerados con sumas a su favor que oscilan entre \$ 50.515 y \$ 304.596 mensuales y siguen siendo la internación crónica y la consulta ambulatoria las prácticas que inciden en este resultado económico adverso para el Instituto (ANEXO X).

Respecto a la situación de los 12 efectores no beneficiados por la Resolución N° 1.440/05-DE considerados anteriormente, el cuadro del ANEXO XIII muestra que no obstante el adicional por mayor uso del 15% y la aplicación de la Resolución N° 401/06-DE, 4 prestadores siguen percibiendo un importe inferior al valor de las prestaciones reconocido por el Instituto, mientras que los restantes 8 prestadores pudieron superarlo.

Del análisis de una muestra de contratos suscriptos bajo el nuevo modelo surge que 6 de los 15 prestadores considerados firmaron contratos con vigencia desde el 1/3/06. En el ANEXO XIV se muestra comparativamente a título ejemplificativo la cantidad de servicios prestados y la facturación de 4 de estos 12 prestadores, correspondientes a los meses de octubre/05 y abril/06, lo que acredita en estos casos las consecuencias financieras derivadas del nuevo modelo ya señaladas.

Asimismo, del análisis de cuatro nuevos contratos (de fecha 7/3/07), celebrados con prestadores de servicios de salud mental, surge que la nueva modalidad de pago capitado y valores establecidos por Resoluciones Nros. 1.440/05-DE y 401/06-DE, a esa fecha continúan aplicándose de la misma manera que en los casos observados.

**4.11.4.-** La situación expuesta en los dos puntos anteriores, evidenció las siguientes falencias incurridas por el Instituto:

- No se obtuvieron estudios económico-financieros con carácter previo al dictado de la Resolución N° 1.440/05-DE tendientes a prevenir las consecuencias para el Instituto y para los prestadores, derivadas de las distintas situaciones regionales y del cambio de modalidad de pago, definiendo su viabilidad.
- La Resolución N° 1.440/05-DE no estableció mecanismos contractuales eficaces de compensación o débito, para el caso de aquellos prestadores con prestaciones por internación crónica notoriamente inferiores a las tasas de utilización determinadas por el Instituto, tal como se hizo para el caso de prestadores que las superaran en un 15%. El traslado de internados crónicos en Hospitales Públicos, previsto por la Resolución N° 1.440/05-DE como forma de compensación en el caso de los prestadores con tasa de internación crónica establecida por esta norma, es un mecanismo de difícil implementación y limitado prácticamente a la Región Metropolitana y las UGL VII-La Plata y XXXII-Luján, donde precisamente se verifican altas tasa de uso en internación y no se encuentran los prestadores analizados en primer término que verifican bajas tasas de utilización y desequilibran el sistema.
- En internación crónica se fijó una tasa de uso uniforme superior a la real.
- En consultorios externos la Resolución N° 1.440/05-DE fijó una tasa de uso esperada, significativamente superior a la real, sin establecer mecanismos escalonados de aumento del valor de la cápita de esta prestación según paulatinamente los prestadores vayan alcanzando los niveles de uso buscados por la obra social conforme sus objetivos sanitarios. Ello, sumado a la ausencia de mecanismos de débito o compensación, habilitó el pago de volúmenes de servicios no cumplidos, con el consecuente perjuicio económico para el Instituto.
- La Resolución N° 401/06-DE mejoró la situación de los prestadores afectados por la Resolución N° 1.440/05-DE, pero con un mayor gasto para el Instituto y sin afectar las ventajas económicas que el nuevo modelo prestacional generó a favor de los establecimientos con bajas tasas de uso en internación crónica. Finalmente, mediante Resolución N° 494/07 – DE, se modificaron los valores cápita a abonar a los

prestadores de Salud Mental, destacándose -entre sus fundamentos- que "...no en todas las UGL se verifican tasas de uso similares, por lo que debe concederse el incremento en los valores en función de las particularidades locales o regionales...".

#### **4.12.- Análisis de expedientes de pago.**

Se analizaron 28 expedientes de pago de prestadores con facturación mayor a \$100.000 correspondientes al mes de octubre de 2005.

Las facturaciones se realizaron de acuerdo a los montos previstos en la Resolución N° 922/04-INSSJP. Los débitos fueron excepcionales y mínimos.

Se observó que las UGL VIII-San Martín y X-Lanús en el mes considerado no se expidieron sobre la información estadística en diskette entregada por los prestadores, aduciendo inconvenientes con el sistema informático. De todas maneras informaron la ausencia de inconvenientes en las prestaciones de dicho mes.

En la muestra se incluyó el expediente interno de facturación N° 9900-FC-000-26169956 con un pago de \$ 615.548 imputado en la cuenta de prestaciones de Salud Mental, comprobándose su incorrecta imputación, toda vez que correspondía a la compra de medicación especial para la Hemofilia.

#### **4.13.- Presupuesto.**

El Instituto destinó en su Presupuesto 2005 la suma de \$ 138.840.000 para atender las prestaciones de Salud Mental, con una ejecución presupuestaria de \$132.099.126.

Para el Ejercicio 2006 el presupuesto para Salud Mental fue de \$ 208.800.000, lo que significó un incremento de un 50,38% respecto del presupuesto 2005 y de un 58,06% sobre lo ejecutado.

El gasto promedio mensual derivado de la puesta en marcha de la Resolución N° 1.440/05-DE fue estimado por el Instituto en \$ 13.200.000.- mensuales y se eleva a aproximadamente \$ 14.600.000 por aplicación de Resolución 401/06-DE, importe al cual debe sumarse el gasto mensual de \$ 460.000 que se ha abonado a los Hospitales Públicos por Autogestión, lo que hace un costo final aproximado de \$ 15.060.000 mensuales o \$180.720.000 anuales. A este importe también debe adicionarse el pago de los adicionales por superar las tasas de uso en el 15% y otras prestaciones menores imputadas al programa. Lo expuesto indica una pauta presupuestaria adecuada al gasto en Salud Mental, según el sistema retributivo implementado por el Instituto por Resoluciones Nros. 1.440/05-DE y 401/06-DE.

## **5.- DESCARGO DEL INSTITUTO.**

En la respuesta obtenida según lo señalado en el último párrafo del punto 2., el Instituto formuló diversas aclaraciones que tienden a explicar las motivaciones de su accionar con relación a las observaciones efectuadas en los puntos 4.1, 4.2, 4.4.1, 4.4.3, 4.6, 4.9 y 4.10.

Asimismo, manifiesta discrepancias respecto de las observaciones 4.3 y 4.11, pero no ha aportado elementos de juicio que justifiquen reconsiderar las cuestiones planteadas.

Finalmente se señala que para la elaboración del presente informe, se tuvo en consideración el descargo producido por el Instituto en aquellos casos en los que se consideró pertinente.

## **6.- RECOMENDACIONES.**

En función de lo expuesto precedentemente, se recomienda al organismo:

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 N° 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.

## **7.- CONCLUSIONES.**

**7.1.-** 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 como así tampoco problemas relevantes en la prestaciones brindadas a los afiliados.

**7.2.-** 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 N° 19.032.

**7.3.-** 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 Nros. 1114/00-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 N° 922/04-DE posibilitaba la existencia de distorsiones relevantes entre el precio percibido por los prestadores y el valor de las prestaciones que estos 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 (ver ANEXO XI).

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 9no. considerando de la Resolución N° 1440/05-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 N° 401/06-DE, el Instituto

recompuso razonablemente la situación de los prestadores 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 ANEXO IX, 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 N° 1440/05-DE, con los valores ajustados por Resolución N° 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 recayó en los 15 prestadores antes citados, sin visualizarse un cambio apreciable en las prestaciones recibidas por el Instituto.

BUENOS AIRES,

### ANEXO I

<b>MODALIDAD</b>	<b>VALOR CAPITA</b>	<b>TASA DE USO C/1000 AFILIADOS</b>	<b>COSTO UNITARIO ESTIMADO</b>
INTERNACION CRÓNICA	\$ 2,15	1,40	\$ 1.533,61
INTERNACION AGUDA	\$ 0,78	0,46	\$ 1.696,12
HOSPITAL DE DIA	\$ 0,19	0,40	\$ 480,48
CONSULTORIOS EXTERNOS	\$ 1,52	30,00	\$ 50,61

### ANEXO II

<b>MODALIDAD</b>	<b>VALOR CAPITA</b>	<b>TASA DE USO C/1000 AFILIADOS</b>	<b>COSTO UNITARIO ESTIMADO</b>
INTERNACION CRÓNICA	\$ 2,71	1,40	\$ 1.933,78
INTERNACION AGUDA	\$ 0,97	0,46	\$ 2.103,66
HOSPITAL DE DIA	\$ 0,22	0,40	\$ 551,73
CONSULTORIOS EXTERNOS	\$ 1,74	30,00	\$ 58,12

### ANEXO III

<b>MODALIDAD</b>	<b>SEG. DIVISIÓN ESTADÍSTICA AÑO 2005</b>	<b>S/DATOS DEL INST. OCT/05 CONSOLID. P/AGN</b>	<b>SEG DIVISIÓN ESTADÍSTICA MÁS HOSP. PUBLICOS EN INT. CRÓNICA</b>	<b>SEGÚN DEP. DE SALUD MENTAL y RES. N°1.440/05-DE</b>
INT. CRÓNICA	1,19	1,16	1,27	1,40
INT. AGUDA	0,53	0,44	0,53	0,46
HOSP. DE DIA	0,42	0,42	0,42	0,40
CONS. EXTERNOS	11,95	11,60	11,95	30,00

## ANEXO IV

TASAS DE USO CONSIDERANDO A LAS UGL 6, 8, 10, 29 y 35 COMO REG- METROPOLITANA - OCT/05.										
UGL N°	NOMBRE UGL	TOTAL INTERNADOS CRONICOS	TOTAL INTERNADOS AGUDOS	TOTAL HOSPITAL DE DIA	TOTAL CONSULT. EXTERNOS	AFILIADOS UGL	TASA DE USO INTERNAC. CRONICA C/1000 AF.	TASA DE USO INTERNAC. AGUDA C/1000 AF.	TASA DE USO HOSPITAL DE DIA C/1000 AF.	TASA DE USO CONSULT. EXTERNOS C/1000 AF.
1	TUCUMAN	102	25	24	574	91.923	1,11	0,27	0,26	6,24
2	CORRIENTES	32	14	18	197	54.416	0,59	0,26	0,33	3,62
3	CORDOBA	157	109	48	1382	255.092	0,62	0,43	0,19	5,42
4	MENDOZA	36	68	26	1186	122.948	0,29	0,55	0,21	9,65
5	B. BLANCA	49	21	26	854	79.810	0,61	0,26	0,33	10,70
7	LA PLATA	197	120	46	863	86.012	2,29	1,40	0,53	10,03
9	ROSARIO	122	84	61	1958	197.596	0,62	0,43	0,31	9,91
11	M. DEL PLATA	96	68	59	1634	136.140	0,71	0,50	0,43	12,00
12	SALTA	28	28	18	284	60.608	0,46	0,46	0,30	4,69
13	CHACO	42	16	24	235	53.192	0,79	0,30	0,45	4,42
14	PARANA	48	16	12	183	48.883	0,98	0,33	0,25	3,74
15	SANTA FE	70	36	54	1953	121.818	0,57	0,30	0,44	16,03
16	NEUQUEN	6	4	6	69	22.632	0,27	0,18	0,27	3,05
17	CHUBUT	73	23	2	176	28.912	2,52	0,80	0,07	6,09
18	MISIONES	20	23	11	231	47.542	0,42	0,48	0,23	4,86
19	S. DEL ESTERO	29	14	0	311	47.445	0,61	0,30	0,00	6,55
20	LA PAMPA	4	9	0	78	24.678	0,16	0,36	0,00	3,16
21	SAN JUAN	68	3	0	337	37.840	1,80	0,08	0,00	8,91
22	JUJUY	27	25	7	446	37.392	0,72	0,67	0,19	11,93
23	FORMOSA	3	0	23	305	13.812	0,22	0,00	1,67	22,08
24	CATAMARCA	7	1	4	124	15.562	0,45	0,06	0,26	7,97
25	LA RIOJA	18	0	3	119	13.055	1,38	0,00	0,23	9,12
26	SAN LUIS	0	0	0	5	22.008	0,00	0,00	0,00	0,23
27	RIO NEGRO	9	1	5	138	38.019	0,24	0,03	0,13	3,63
28	SANTA CRUZ	0	0	0	23	10.389	0,00	0,00	0,00	2,21
30	AZUL	9	8	5	426	46.307	0,19	0,17	0,11	9,20
31	JUNIN	43	19	46	1317	98.815	0,44	0,19	0,47	13,33
32	LUJAN	236	64	13	300	107.183	2,20	0,60	0,12	2,80
33	T. DEL FUEGO	2	0	0	19	3.171	0,63	0,00	0,00	5,99
34	CONCORDIA	24	8	13	423	51.221	0,47	0,16	0,25	8,26
36	RIO CUARTO	24	14	85	236	39.184	0,61	0,36	2,17	6,02
6, 8, 10, 29 y 35	REGION METROPOLIT.	2000	542	639	19318	1.064.055	1,88	0,51	0,60	18,16
	<b>TOTALES:</b>	<b>3581</b>	<b>1363</b>	<b>1278</b>	<b>35704</b>	<b>3.077.660</b>				
							<b>1,16</b>	<b>0,44</b>	<b>0,42</b>	<b>11,60</b>

## ANEXO V

UGL	PRESTADOR	I.C.
I - TUCUMAN	HOSPITAL DE SALUD MENTAL NTRA SRA DEL CARMEN	3
VI - CAPITAL FEDERAL	HTAL. MOYANO	233
VI - CAPITAL FEDERAL	HTAL. BORDA	90
VII - LA PLATA	HTAL. NEUROPSIQUIATRICA DR. ALEJANDRO KORN	40
X - LANUS	HTAL. ESTEVES	128
XI - MAR DEL PLATA	HTAL. TARABORELLI	1
XIV - ENTRE RIOS	HTAL. COLONIA DIAMANTE	28
XXXII - LUJAN	COLONIA CABRED	84
XXXII - LUJAN	HTAL. MONTES DE OCA	28
<b>TOTAL</b>		<b>635</b>

## ANEXO VI

### OBSERVACIONES DE LA UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA

#### **UGL I - Tucumán.**

- No se confeccionaban legajos de prestadores.
- Inexistencia de respaldo documental del cruce de información entre el padrón presentado por el prestador para el cobro y el de beneficiarios Pami.
- El control de la calidad prestacional en la UGL no era el adecuado, constatándose un ambiente de control interno insuficiente.
- Dos expedientes de provisión de Clozapina se encontraban desactualizados respecto de la documentación de seguimiento y un expediente no figuraba en la nómina de beneficiarios bajo tratamiento presentada por la División de Prestaciones de la UGL.

#### **U.G.L. II - Corrientes.**

- No realizaba un control adecuado sobre la calidad del servicio.
- No interviene médico psiquiatra en la evaluación, ni en el seguimiento de los beneficiarios que reciben Clozapina (según lo exigen las normas de fármaco vigilancia y del Instituto). En los expediente de provisión de esta droga faltaban los análisis hematológicos desde el año 2002 y el hepatograma trimestral.
- No constan informes sobre los controles prestacionales realizados en terreno.
- Falta conformar legajos de prestadores.

#### **U.G.L. IV - Mendoza.**

- El área de Salud Mental dependía de la División de Prestaciones Sociales y no contaba con profesional médico especialista ni personal administrativo.
- No se observaron informes sobre controles en terreno.
- Ausencia de confección de legajos de prestadores.

- No constaba en la UGL el listado actualizado de beneficiarios de Clozapina.

#### **U.G.L. VII - La Plata**

- No habían informes actualizados sobre controles en terreno.
- No se confecciona la lista de afiliados bajo programa de entrega de Clozapina. Los expedientes de provisión de esta droga no estaban actualizados.

#### **U.G.L. X - Lanús**

- No constaban informes actualizados sobre controles prestacionales en el terreno.
- El control para el pago de facturación al prestador era insuficiente dado que no existía control del padrón presentado por el efector con la factura.
- En los expedientes de provisión de Clozapina no constaban actualizaciones de los análisis hematológicos, obligatorios para renovación del beneficio.

#### **U.G.L.XIV - Entre Ríos**

- La UGL no contaba con médico psiquiatra en el Área de Salud Mental.
- Inexistencia de controles escritos sobre evaluaciones en terreno.
- No se cumple con la verificación afiliatoria de los beneficiarios atendidos por el prestador, por el cual el control sobre el pago de la facturación resultaba insuficiente.
- No constaba la nómina de beneficiarios bajo programa de entrega de Clozapina. En la mayoría de los expedientes seleccionados no se encontraban los análisis hematológicos necesarios para la autorización y otorgamiento de esta droga.

#### **U.G.L. XVII - Chubut**

- No había médico psiquiatra
- El área carecía de legajos de prestadores actualizados.

#### **U.G.L.XVIII - Misiones**

- No contaba con un programa de control prestacional en terreno ni habían informes de esta clase de controles.
- No efectuaba el control de la prestación del servicio ni se verificaban los padrones previamente a su certificación.
- No cumplía con la normativa en el trámite de provisión de Clozapina y faltaba la actualización del análisis hematológico en los expedientes.
- Carecía de médico psiquiatra

### U.G.L. XX - La Pampa

- Faltaba profesional especialista.
- No se observaron informes de controles en terreno.
- El listado de pacientes agudos y crónicos estaba emitido por la Subsecretaría de Salud de la Provincia de La Pampa y no de un relevamiento del Instituto.
- El control de la facturación era débil.

### U.G.L.XXII - Jujuy

- No contaba con médico psiquiatra y faltaba personal capacitado.
- Legajos de prestadores inadecuados, con documentación suelta y foliado parcial.

### U.G.L.XXXII - Luján

- Los efectores públicos sólo eran evaluados si una instancia superior lo solicitaba.
- No se realizaba el cruce de información entre el padrón presentado por el prestador para el pago y el de afiliados Pami. No se contaba con la nómina completa de beneficiarios bajo programa de entrega de Clozapina y los expedientes no estaban actualizados.

## ANEXO VII

UGL	PRESTADOR	FACT. RES.922/04	FACT. RES. 1.440/05	DIF. FACT. NUEVO MODELO	VALOR DEL TOTAL PRESTACIONES SEG. VALORES ESTUDIO DE COSTOS -Oct/05	DIF. E/ FACT. SEG. RESOL 922/04 Y VALOR PRESTACIONES	DIF. E/ FACT. SEG. RES. 1.440/05 Y VALOR PRESTACIONES
XV	RIAM SA	157.017	563.479	406.462	214.825,06	-57.808	348.654
III	SANATORIO PROFESOR LEON S. MORRA S.A.	225.692	433.489	207.797	180.198,58	45.493	253.290
V	CLINICA PRIVADA BAHIENSE S.A.	113.633	313.025	199.392	107.876,63	5.756	205.148
II	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS	30.000	212.326	182.326	47.541,91	-17.542	164.784
III	CLINICA PRIVADA SAINT MICHEL S.R.L.	185.333	363.497	178.163	152.557,82	32.775	210.939
XII	CLINICA MONTE CARMELO S.A.	79.321	244.540	165.219	69.538,18	9.783	175.002
XXXI	CLINICA PRIVADA VILLAFANE S.R.L.	34.826	165.120	130.294	44.579,37	-9.753	120.541
III	CLINICA PRIVADA DE PSIQUIATRIA S.A.	132.629	252.835	120.206	135.077,58	-2.449	117.757
XIX	EL JARDÍN S.R.L.	78.054	197.902	119.848	80.862,24	-2.808	117.040
XVI	PEÑI S.A.	68.782	185.614	116.832	22.361,11	46.421	163.253
XXII	INSTITUTO DE PSICOPATOLOGIA S.R.L.	61.056	172.655	111.599	100.108,73	-39.053	72.546
XXXI	CLINICA PRIVADA RESIDENCIA TERAPEUTICA S.A.	56.337	157.868	101.532	41.964,97	14.372	115.903
	<b>TOTALES</b>	<b>1.222.680</b>	<b>3.262.350</b>	<b>2.039.670</b>	<b>1.197.492</b>	<b>25.187</b>	<b>2.064.857</b>

### ANEXO VIII

UGL	PRESTADOR	DIF. E/ FACT. SEG. RES. 1.440/05 Y VALOR PRESTACIONES	TASA USO INTERNAC CRONICA	INTERNAC CRONICA	INTERNAC AGUDA	HOSPITAL DE DIA	TASA USO CONS. AMB.	CONS. AMB.
XV	RIAM SA	348.654	0,57	188.283	52.610	11.901	15,19	95.860
III	SANATORIO PROFESOR LEON S. MORRA S.A.	253.290	0,62	155.722	-14.303	6.469	5,42	105.402
V	CLINICA PRIVADA BAHIENSE S.A.	205.149	0,61	112.869	26.708	984	5,55	64.588
II	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS	164.784	0,59	69.025	42.289	0	3,62	53.471
III	CLINICA PRIVADA SAINT MICHEL S.R.L.	210.939	0,62	74.044	20.655	7.124	5,42	109.117
XII	CLINICA MONTE CARMELO S.A.	175.002	0,46	104.839	4.058	1.254	4,69	64.851
XXXI	CLINICA PRIVADA VILLAFANE S.R.L.	120.540	0,44	50.705	22.819	0	0,85	47.016
III	CLINICA PRIVADA DE PSIQUIATRIA S.A.	117.757	0,62	39.952	4.133	6.641	5,42	67.031
XIX	EL JARDIN S.R.L.	117.040	0,61	53.832	9.694	8.032	0	45.482
XVI	PENI S.A.	163.253	0,27	98.915	32.439	1.370	3,05	30.529
XXII	INSTITUTO DE PSICOPATOLOGIA S.R.L.	72.546	0,72	51.222	-13.249	3.652	11,93	30.921
XXXI	CLINICA PRIVADA RESIDENCIA TERAPEUTICA S.A.	115.903	0,44	108.174	18.281	-1.441	0,85	-9.110

### ANEXO IX

UGL	PRESTADOR	FACT. RES.922/04	FACT. RES. 1.440/05 y 401/06	DIF. FACT. NUEVO MODELO	VALOR DEL TOTAL PRESTACIONES SEG. VALORES ESTUDIO DE COSTOS -Dic/05	DIF. E/ FACT. SEG. RESOL 922/04 Y VALOR PRESTACIONES	DIF. E/ FACT. SEG. RES. 1.440/05 y 401/06 Y VALOR PRESTACIONES
XV	RIAM SA	157.017	563.479	406.462	258.882,81	-101.866	304.596
III	SANATORIO PROFESOR LEON S. MORRA S.A.	225.692	433.489	207.797	221.839,9	3.852	211.649
V	CLINICA PRIVADA BAHIENSE S.A.	113.633	313.025	199.392	129.088,14	-15.455	183.937
II	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS	30.000	212.326	182.326	59.947,18	-29.947	152.379
III	CLINICA PRIVADA SAINT MICHEL S.R.L.	185.333	363.497	178.163	187.481,52	-2.148	176.015
XII	CLINICA MONTE CARMELO S.A.	79.321	244.540	165.219	84.320,42	-5.000	160.220
VIII	MATECALRI S.R.L.	236.868	394.418	157.550	332.077,14	-95.209	62.341
XVI	PENI S.A.	68.782	274.710	205.928	32.805,57	35.976	241.904
XXXI	CLINICA PRIVADA VILLAFANE S.R.L.	34.826	165.120	130.294	53.248,92	-18.423	111.871
VIII	PSIQUIS MARIAZELL SRL	220.108	346.563	126.455	241.400,42	-21.292	105.163
III	CLINICA PRIVADA DE PSIQUIATRIA S.A.	132.629	252.835	120.206	168.232,42	-35.604	84.602
XIX	EL JARDIN S.R.L.	78.054	197.902	119.848	99.358,26	-21.304	98.544
VIII	CLINICA PRIVADA DE SALUD MENTAL SRL. - EL CHALET	233.724	349.131	115.408	271.699,64	-37.976	77.432
XXII	INSTITUTO DE PSICOPATOLOGIA S.R.L.	61.056	172.655	111.599	122.139,19	-61.083	50.515
XXXI	CLINICA PRIVADA RESIDENCIA TERAPEUTICA S.A.	56.337	157.868	101.532	51.236,93	5.100	106.631
	<b>TOTALES</b>	<b>1.913.380</b>	<b>4.441.558</b>	<b>2.528.179</b>	<b>2.313.758</b>	<b>-400.379</b>	<b>2.127.799</b>

## ANEXO X

UGL	PRESTADOR	DIF. E/ FACT. SEG. RES. 1.440/05 y 401/06 Y VALOR PRESTACIONES	TASA USO INTERNAC CRONICA	INTERNAC CRONICA	INTERNAC AGUDA	HOSPITAL DE DIA	TASA USO CONS. AMB.	CONS. AMB.
XV	RIAM SA	304.596	0,57	169.074	42.422	10.262	15,19	82.837
III	SANATORIO PROFESOR LEON S. MORRA S.A.	211.649	0,62	138.515	-33.864	5.044	5,42	101.954
V	CLINICA PRIVADA BAHIENSE S.A.	183.937	0,61	107.666	18.965	-869	5,55	58.175
II	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS	152.379	0,59	56.619	42.289	0	3,62	53.471
III	CLINICA PRIVADA SAINT MICHEL S.R.L.	176.015	0,62	56.037	8.836	5.699	5,42	105.444
XII	CLINICA MONTE CARMELO S.A.	160.220	0,46	102.438	-4.908	-28	4,69	62.718
VIII	MATECALRI S.R.L.	62.341	1,88	3.008	10.998	4.944	18,16	43.391
XVI	PEÑI S.A.	241.904	0,27	149.610	48.437	1.936	3,05	41.921
XXXI	CLINICA PRIVADA VILLAFANE S.R.L.	111.871	0,44	46.303	22.412	0	0,85	43.156
VIII	PSIQUIS MARIAZELL SRL	105.163	1,88	46.247	-10.335	-12.143	18,16	81.393
III	CLINICA PRIVADA DE PSIQUIATRIA S.A.	84.602	0,62	17.143	-4.426	6.214	5,42	65.672
XIX	EL JARDIN S.R.L.	98.544	0,61	43.828	3.988	8.032	0	42.695
VIII	CLINICA PRIVADA DE SALUD MENTAL SRL. - EL CHALET	77.432	1,88	24.736	11.331	-1.551	18,16	42.916
XXII	INSTITUTO DE PSICOPATOLOGIA S.R.L.	50.515	0,72	43.619	-23.437	3.153	11,93	27.181
XXXI	CLINICA PRIVADA RESIDENCIA TERAPEUTICA S.A.	106.631	0,44	106.173	12.575	-1.655	0,85	-10.462

## ANEXO XI

UGL	PRESTADOR	FACT. RES.922/04	FACT. RES. 1.440/05	DIF. FACT. NUEVO MODELO	VALOR DEL TOTAL PRESTACIONES SEG. VALORES ESTUDIO DE COSTOS OCT/05	DIF. E/ FACT. SEG. RESOL 922/04 Y VALOR PRESTACIONES	DIF. E/ FACT. SEG. RES. 1.440/05 Y VALOR PRESTACIONES
VII	CLINICA PRIVADA PSIQUIATRICA SAN JUAN S.A.	203.140,02	126.813,92	-76.326	160.509,91	42.630,11	-33.696
VI	CLINICA SANTA ROSA	127.880,4	79.142,7	-48.738	33.922,4	93.958	45.220
X	CLINICA PRIVADA DE PSICOPATOLOGIA VIVENCIAS SA	160.886,4	116.815,2	-44.071	75.583,87	85.302,53	41.231
XVII	SAME AUSTRAL SRL	124.400,96	80.920,1	-43.481	88.127,52	36.273,44	-7.207
X	CLINICA PRIVADA DE REPOSO SANTA LAURA SA	164.783,6	122.266,2	-42.517	220.839,84	-56.056,24	-98.574
XXIX	CLINICA PRIVADA GREGORIO MARAÑON S.A.	353.881,67	315.073,72	-38.808	299.934,41	53.947,26	15.139
X	CLINICA DEL REPOSO NTRA. SRA. DE BETHARRAM – SOC. DE HECHO	135.957,32	107.530,1	-28.427	141.092,12	-5.134,8	-33.562
X	CENTRO MEDICO NEUROPSIQUIATRICO SA	294.895,07	268.553,82	-26.341	362.914,11	-68.019,04	-94.360
VI	COMUNIDAD TERAPEUTICA PALERMO S.A.	111.274,5	85.572,06	-25.702	83.586,15	27.688,35	1.986
XXXIV	SALUD MENTAL ENTRE RIOS S.A.	110.363,17	87.076,62	-23.287	78.029,87	32.333,3	9.047
XXIX	RESIDENCIA LA ESTANCIA	152.645,13	135.571,82	-17.073	133.398,29	19.246,84	2.174
X	CLINICA SAN MICHELE S.A.C.I.	187.032,24	173.663,03	-13.369	167.823,21	19.209,03	5.840

## ANEXO XII

UGL	PRESTADOR	DIF. E/ FACT. SEG. RES. 1.440/05 Y VALOR PRESTACIONES	TASA USO INTERNAC. CRONICA	INTERNAC. CRONICA	INTERNAC. AGUDA	HOSPITAL DE DIA	TASA USO CONS. AMB.	CONS. AMB.
VII	CLINICA PRIVADA PSIQUIATRICA SAN JUAN S.A.	-33.695,99	2,29	-24.649,18	-36.931,06	890,8	10,03	26.993,45
VI	CLINICA SANTA ROSA	45.220,3	1,88	36.558,6	8.661,7	0	18,16	0
X	CLINICA PRIVADA DE PSICOPATOLOGIA VIVENCIAS SA	41.231,33	1,88	54.331,35	-13.100,02	0	18,16	0
XVII	SAME AUSTRAL SRL	-7.207,42	2,52	-30.242,82	830,24	2.450,65		19.754,51
X	CLINICA PRIVADA DE REPOSO SANTA LAURA SA	-98.573,64	1,88	-98.573,64	0	0	18,16	0
XXIX	CLINICA PRIVADA GREGORIO MARAÑON S.A.	15.139,31	1,88	16.325,96	-3.873,84	-1.125,27	18,16	3.812,46
X	CLINICA DEL REPOSO NTRA. SRA. DE BETHARRAM - SOC. DE HECHO	-33.562,02	1,88	-33.562,02	0	0	18,16	0
X	CENTRO MEDICO NEUROPSIQUIATRICO SA	-94.360,29	1,88	-86.345,87	-12.467,74	1.335,21	18,16	3.118,11
VI	COMUNIDAD TERAPEUTICA PALERMO S.A.	1.985,91	1,88	-2.153,3	5.835,74	-14.157,47	18,16	12.460,94
XXXIV	SALUD MENTAL ENTRE RIOS S.A.	9.046,75	0,47	-36.806,64	-13.568,96	3.428,94	8,26	55.993,41
XXIX	RESIDENCIA LA ESTANCIA	2.173,53	1,88	-4.513,28	-9.362,98	1.683,77	18,16	14.366,02
X	CLINICA SAN MICHELE S.A.C.I.	5.839,82	1,88	-2.012,64	-9.167,56	-4.232,16	18,16	21.252,18

## ANEXO XIII

UGL	PRESTADOR	FACT. S/ RES. 401/ 06	DIF. FACT. ENTRE RES. 922/04 Y RES. 401/06	TOTAL VALOR DE LAS PRESTACIONES	DIF. E/VALOR DE LAS PREST. Y LA FACT. RES. 401/06	ADICIONAL SOBRETASA 15%	MAS ADICIONAL SOBRETASA 15%
VII	CLINICA PRIVADA PSIQUIATRICA SAN JUAN S.A.	153.960	-49.180	198.846	-44.887	26.438	-18.449
VI	CLINICA SANTA ROSA	99.038	-28.842	42.073	56.965		
X	CLINICA PRIVADA DE PSICOPATOLOGIA VIVENCIAS SA	146.575	-14.311	94.220	52.355		
XVII	SAME AUSTRAL SRL	118.522	-5.879	132.489	-13.967	38.917	24.950
X	CLINICA PRIVADA DE REPOSO SANTA LAURA SA	154.112	-10.671	278.464	-124.352	105.699	-18.653
XXIX	CLINICA PRIVADA GREGORIO MARAÑON S.A.	389.426	35.544	370.591	18.835		
X	CLINICA DEL REPOSO NTRA. SRA. DE BETHARRAM - SOC. DE HECHO	135.538	-419	177.908	-42.370	36.014	-6.356
X	CENTRO MEDICO NEUROPSIQUIATRICO SA	332.263	37.368	451.608	-119.345	92.622	-26.723
VI	COMUNIDAD TERAPEUTICA PALERMO S.A.	102.915	-8.359	100.279	2.636		
XXXIV	SALUD MENTAL ENTRE RIOS S.A.	87.077	-23.287	94.997	-7.921	39.449	31.528
XXIX	RESIDENCIA LA ESTANCIA	165.630	12.985	164.511	1.119		
X	CLINICA SAN MICHELE S.A.C.I.	211.903	24.871	206.337	5.565		

## ANEXO XIV

PRESTADORES	OCT/05	ABR/06	VARIACIÓN PORCENTUAL
<b>SANATORIO PROF. LEON S. MORRA S.A.</b>			
INTERNADOS CRONICOS	43	37	-13,95%
INTERNADOS AGUDOS	48	48	0,00%
PACIENTES EN HOSPITAL DE DIA	20	17	-15,00%
CONSULTAS AMBULATORIAS	459	509	10,89%
FACTURACIÓN	\$ 225.692	\$ 436.136	93,24%
<b>CLINICA PRIVADA BAHIENSE S.A.</b>			
INTERNADOS CRONICOS	13	13	0,00%
INTERNADOS AGUDOS	19	27	42,11%
PACIENTES EN HOSPITAL DE DIA	26	16	-38,46%
CONSULTAS AMBULATORIAS	854	1076	26,00%
FACTURACIÓN	\$ 113.633	\$ 298.810	162,96%
<b>MONTE CARMELO S.A.</b>			
INTERNADOS CRONICOS	6	7	16,67%
INTERNADOS AGUDOS	22	21	-4,55%
PACIENTES EN HOSPITAL DE DIA	18	21	16,67%
CONSULTAS AMBULATORIAS	284	286	0,70%
FACTURACIÓN	\$ 79.321	\$ 234.359	195,46%
<b>CLINICA PRIVADA DE SIQUIATRIA S.A.</b>			
INTERNADOS CRONICOS	57	48	-15,79%
INTERNADOS AGUDOS	21	25	19,05%
PACIENTES EN HOSPITAL DE DIA	6	3	-50,00%
CONSULTAS AMBULATORIAS	181	214	18,23%
FACTURACIÓN	\$ 132.629	\$ 253.105	90,84%