

Sector No Financiero
Administración
Central

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - PAMI - Prestaciones de Salud Mental.

Res N°: 9/2008 - Fecha: 22/02/08

CONSIDERACIONES GENERALES

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 Órgano Ejecutivo de Gobierno constituido por un Director y Subdirector Ejecutivo, como máximas autoridades.

ASPECTOS PRINCIPALES

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 Federación Argentina de Cámaras de Asociaciones Psiquiátricas.

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 Federación Argentina de Cámaras de Asociaciones Psiquiátricas, 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

Datos del Informe

•La auditoría se propuso verificar 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 N° 922/04-DE a la Resolución N° 1440/05-DE y su modificatoria.

Período Auditado

•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.

Informes Relacionados

- Res. DE 1440/04
- Res. DE 922/04
- Res. AGN 1114/00
- Res. AGN 92/03

Con respecto al proceso de selección y contratación

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° 1440/05-DE (28/11/05), dándose de esta forma inicio a una nueva modalidad de procedimiento de selección y contratación de prestadores.

Informe completo

www.agn.gov.ar/informes/informesPDF2008/2008_009.pdf

Los informes de Auditoría son aprobados por el Colegio de Auditores Generales conformado por el Presidente Dr. Leandro O. Despouy, y los Auditores Generales Dr. Vicente M. Brusca, Dr. Francisco J. Fernández, Dr. Alfredo Fólica, Dr. Oscar S. Lamberto, Dr. Gerardo L. Palacios y Dr. Horacio F. Pernasetti.

Normativa Vigente**•Leyes:**

19.032
23.660

•Decretos:

2/04

•Resoluciones:

1114/00 CIN
92/03 AGN
922/04 Dirección Ejecutiva - 140/04 DE
694/04 DE - 1440/05 DE
857/05 DE - 284/05 DE
401/06 DE

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.

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.

Algunos comentarios y observaciones:

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.

Con relación al procedimiento de contratación implementado por el Instituto para la selección y contratación de los prestadores de los 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.

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.

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 ser 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.