

# GESTIÓN DE PROGRAMAS DE SERVICIOS MÉDICOS PRESTACIONALES. CONTRATOS E IMPLEMENTACIÓN

Tesista:

**Carlos Stroili**

Director de tesis:

**Jorge Depetris**

## MARCO TEÓRICO

Se entiende como gestión de contratos de servicios médicos prestacionales a la administración, control y fiscalización que deben hacer las aseguradoras de salud para que los efectores o prestadores, con los cuales los ligan una relación contractual, cumplan con los mismos asegurando al beneficiario una atención oportuna y de calidad, y en un todo de acuerdo a lo establecido previamente entre las partes.

Como marco teórico se utilizó el Triángulo Estratégico desarrollado en “Estratégica y creación del valor en el sector público” de Mark Moore. El autor elabora una conceptualización de los elementos centrales de la gestión de una Agencia construida a partir de análisis de casos empíricos de gestiones públicas. La idea central es que los vértices de este triángulo incorporan los tres aspectos que se consideran esenciales para la gestión de una Agencia Pública: (...) *su misión, expresada en el “Valor Público” que es capaz*

*de generar para la sociedad; su contexto autorizador y legitimador, expresado en la capacidad de “Construir consenso político y social” para permitir su acción; y en su gestión interna, expresada en “Crear capacidad operativa”: con el fin de lograr brindar los servicios y bienes necesarios para cumplir con su misión (Moore, 1998).*

La clave para entender una gestión estratégica y de creación de valor público, sería que estos tres aspectos estén alienados e integrados a una estrategia común, una misión “valorada” socialmente y por el entorno político, una construcción de alianzas que permita llevarlo a cabo y una organización que produzca los resultados comprometidos en forma eficiente y consistente con los objetivos.

## SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Entre los derechos indelegables que el Estado debe proteger y asegurar a sus ciudadanos

se encuentra el de la salud. Las formas en que el Estado se involucra para brindar o favorecer este acceso y prestación varía notablemente de un país a otro. Nuestro país estructuró un sistema de salud que tiene su propia organización y morfología forjado a través de un proceso social histórico, no exento de marchas y contramarchas que cristalizó un sistema de salud con tres subsectores bien definidos: público, de la seguridad social y privado.

En el año 1971 se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSPJ), conocido socialmente como PAMI, cuyo rol es la seguridad social. El INSSJP fue creado para otorgar prestaciones médicas y sociales a los jubilados y pensionados nacionales, altamente vulnerables y hasta ese momento muy desprotegidos. El INSSJP se convirtió con el tiempo en la mayor obra social del país y una de las más grandes de América Latina, tanto en cantidad de población beneficiaria como en el volumen de gastos que demandan sus prestaciones médicas y sociales. En sus 38 años de historia, el INSSJP ha tenido 8 directores y 20 interventores o normalizadores. La mayoría de estas gestiones cuando asumieron lo hicieron anunciando medidas para mejorar el funcionamiento de la obra social, asegurar un alto nivel de prestación y, principalmente, que los fondos destinados a financiar las prestaciones médicas vayan efectivamente a tales fines y que los afiliados no tengan que abonar suma alguna para obtener un servicio oportuno y de calidad. Pero, en general, el INSSJP proveyó una imagen disminuida en su rol de brindar más y mejor salud a sus beneficiarios en función del importante presupuesto que destina para brindar los servicios de atención médica e incluso, en algunos momentos históricos, esta situación derivó a graves problemas en la continuidad y calidad de los mismos.

El INSSJP brinda estos servicios a sus

beneficiarios, fundamentalmente, en forma indirecta a través de la contratación de terceros. Estos prestadores de servicios médicos pueden ser públicos o privados y están ligados al INSSJP por contratos médicos prestacionales en los cuales, las partes firmantes, se obligan y establecen las condiciones en las cuales se darán los servicios y se realizarán los pagos correspondientes. *El Instituto se constituye en el mayor financiador de servicios de salud de la Argentina y, en consecuencia, su principal función tanto por misión de la organización como por el volumen de recursos que involucran sus prestaciones médicas es o debería ser la gestión, control y fiscalización de estos contratos.*

Por otra parte este escenario, en que el INSSJP se erige como el principal comprador de servicios de atención médica, no lo tiene al mismo con un rol destacado en el mercado nacional de la salud. La intervención se entiende reducida a la compra de servicios sin visualizarse otro tipo de participación o compromiso con la regulación del mercado de la salud.

## OBJETIVOS

Se estableció como *objetivo principal* del trabajo de investigación *describir y analizar la gestión e implementación de contratos de servicios de atención médica por parte del INSSJP, así como su comportamiento y rol en el mercado de salud nacional, desde su creación hasta el año 2009*. Como *objetivos específicos* la disgregación de los dos aspectos centrales que involucran el objetivo principal del trabajo: i) describir y analizar la gestión e implementaciones de contratos de servicios de atención médica por parte del INSSJP, desde su creación hasta el año 2009; ii) describir y analizar el comportamiento y rol del INSSJP como actor en el mercado de salud nacional.

## METODOLOGÍA

El trabajo se estructura como un estudio de caso simple y holístico en base a los lineamientos y definiciones expuestas en: “Case Study Research Design and Methods” de Robert Yin; el autor sostiene que: *un estudio de caso es una(s) pregunta(s) empírica que investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de vida real, sobre todo cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes.* (Yin, 1994) Este trabajo que analiza ciertos aspectos del INSSJP desde su creación, 1971, hasta el año 2009, establece un marco contemporáneo y recurre a distintas fuentes de evidencias resguardando las pruebas de calidad necesarias para las estrategias de investigación de estudios de casos.

Como se trata de una organización estructuralmente muy grande y como además se dispone, fundamentalmente, de una base muy variada de fuentes de información con una importante fragmentación y alcance, se hizo necesario un esfuerzo premeditado de integración y articulación. Principalmente las relacionadas con las prestaciones de los servicios de atención médica y referenciadas a las contrataciones involucradas y la capacidad de la organización para la auditoría, control y fiscalización de las mismas y, concurrentemente, intentar revelar y poner en contexto las dos hipótesis planteadas.

- Hipótesis 1: *El INSSJP cumplió sólo en parte con el objetivo de implementar una gestión eficaz y eficiente de los contratos médicos prestacionales cuya finalidad era asegurar la prestación de los servicios de atención médica a sus beneficiarios.*

- Hipótesis 2: *El INSSJP se estableció en el mercado de la salud como una Institución pagadora de servicios que sus beneficiarios recibían solo parcialmente y no como una*

*Institución con capacidad de compra, de regulación e influencia en el sistema prestacional nacional dada su incidencia en el mismo.*

Para organizar y orientar esta situación se recurrió a responder en forma descriptiva-exploratoria determinadas cuestiones que se entienden centrales en la gestión del organismo. La forma de responder a estos interrogantes es una estructura que implica una secuencia desde lo general a lo particular. En este proceso se recurre a quienes han estudiado el mercado de la salud, sus principales características y comportamiento, sus actores y el tipo de relaciones e interacciones que se manifiestan en su interior para la producción del conjunto de bienes y servicios necesarios para satisfacer las demandas. En primer lugar se explica la teoría de cómo funciona el mercado de salud. Posteriormente se analiza el mercado de salud en Argentina desde el proceso histórico de construcción que éste experimentó, sobre todo a partir de principios del siglo XX. Luego se analizan las características más importantes del INSSJP, su historia, sus recursos, el padrón de beneficiarios, su incidencia y el rol que desempeña en el mercado de la salud en nuestro país. Los servicios de prestaciones médicas se investigan en base a dos de sus programas más importantes tanto por volumen recursos como por las características que ambos tienen, las prestaciones médicas de I, II y III nivel y el servicio de atención de hemodiálisis. A continuación se analizan los problemas más significativos y recurrentes detectados en los programas investigados y que se entienden constituyen una falla recurrente o permanente en la gestión de la Institución y no una singularidad del programa en particular. Seguidamente se efectúa un análisis en función de las hipótesis planteadas, lo observado y documentado en el marco teórico del Triángulo Estratégico de Mark Moore.

## RESULTADOS PRINCIPALES

Los distintos directores que gestionaron el INSSJP “observaron” la necesidad de cambiar los modelos de contratación de servicios vigentes para incrementar o simplemente mantener un determinado nivel de prestación de servicios médicos porque juzgaron que, tal como se estaban brindando, las mismas eran imposibles de sostener y mantener en el tiempo. Las razones pueden haber sido de distintas índoles (económicas, políticas, de servicios o combinación de éstas), pero lo cierto es que incentivaron y movilizaron esos cambios con una fuerte incidencia en la forma organizativa de la oferta. En principio, cuando los grandes cambios de los modelos o formas de contratación de los servicios de atención médicas fueron necesarios instrumentarlos, los directivos involucrados en esos cambios, tuvieron una importante presencia política, social y mediática pero con perspectivas de corto plazo y con el solo fin de instalar la necesidad de un cambio. No hubo una vinculación fuerte, ni tampoco una búsqueda constante y permanente de desarrollar ciertas alianzas con otros actores sociales o políticos que permitieran un mayor compromiso con el fin de las contrataciones médicas asistenciales.

El INSSJP experimentó una frágil, y escasamente integrada, capacidad administrativa y operativa de control y fiscalización de los contratos médicos prestacionales. Esta situación es, a reflejo de la investigación, la principal debilidad para asegurar a los afiliados la prestación de los servicios o prácticas médicas contratadas. Se manifiesta una incapacidad de la organización para alinear más plenamente los intereses y acciones de los prestadores médicos con los intereses y objetivos de la organización reflejados en los contratos médicos de atención. El INSSJP, con su capacidad de compra de servicio de atención médica, ha tenido la capacidad de influir y acelerar, al

interior de la estructura prestadora, la organización que experimentaban los prestadores de servicios de atención médica para ofrecer y brindar los servicios de prestaciones médicas a los afiliados de la Institución.

El INSSJP no ha tenido una política explícita o una actividad premeditada de regulación del mercado de la salud en nuestro país, pero al constituirse en el mayor financiador del mismo ha incidido significativamente en la morfología de la oferta. El Instituto se vio a sí mismo como un financiador de servicios para sus beneficiarios y analizó los distintos mecanismos para tal fin, sin que su intervención apunte a establecerse como una organización con capacidad de regular el mercado en su conjunto o en sectores muy ligados a sus necesidades prestacionales.

## CONCLUSIONES

En los sistemas de salud están involucrados varios actores que interactúan entre sí y con los pacientes en estructuras, en general, descentralizadas y en dónde no es fácil determinar adecuadamente la oportunidad y calidad de la atención que se brinda o recibe. Coexiste además una marcada y “favorable” asimetría de información hacia los prestadores de servicios de la salud en detrimento de los pacientes y las propias aseguradoras. Por otra parte, cada efector de salud es una única unidad económica y por lo tanto tiene su propio punto de equilibrio, sus propias motivaciones e intereses para brindar su actividad. El hecho que existan incentivos económicos en los contratos de atención médica no implica necesariamente automaticidad en la alineación de los intereses de las partes y que todos los prestadores se comporten por igual.

Estas características del mercado de la salud determinan que todas las herramientas o instrumentos de gestión con que cuenta la

organización estén plenamente integradas y construyan la capacidad operativa que debe tener una organización para asegurar el cumplimiento de los contratos de atención médica. El INSSJP es una organización administrativa centralizada, que cubre territorialmente todo el país, contrata a un grupo significativo de prestadores de servicios médicos, destina un nivel de recursos sumamente importante para brindar sus servicios médicos y sociales, y además posee una gran penetración social. El mismo fue creado para cubrir necesidades médicas y sociales a un sector muy vulnerable y claramente identificado. Por lo tanto es una necesidad de política pública que el INSSJP se establezca como una organización con capacidades para intervenir en el mercado de la salud.

Es muy importante que estas acciones estén plenamente integradas y sean parte de una gestión estrategia común. El cómo definir la mejor estrategia organizativa en un mercado tan particular como el de la salud, representa un gran desafío y exige que sea necesario ampliar la visión más allá de los límites físicos de la propia organización e incorporar, no solo los actores que tienen la responsabilidad de ser parte del proceso de producción de los servicios de atención médica, sino también aquellos que compartan o les interesen que este proceso se realice en un contexto político y social sustentable, además de eficiente y eficaz económicamente, generando el mayor valor público posible.

## BIBLIOGRAFÍA

**Moore, M. H. (1998):** *Estratégica y creación del valor en el sector público*. Gestión, Paidós, Barcelona.

**Yin, R. K. (1994):** *Case Study Research Design and Methods*. Sage Publications. Second Editions. Thousands Oaks. California.

---

### PARA CITAR ESTE ARTÍCULO:

Stroili, Carlos (2012) "Recensión de tesis: 'Gestión de programas de servicios médicos prestacionales. Contratos e implementación'", *DAAPGE*, año 12, N° 18, 2012, pp. 125-129. UNL, Santa Fe, Argentina.

---