



**Reestructuración del
Instituto Nacional de Servicios Sociales
para Jubilados y Pensionados**

GESTION EN EL AÑO 2000

Enero de 2001

CONTENIDO

I.	RESUMEN EJECUTIVO.	2
I.1.	Situación Inicial	3
I.2.	Plan de Acción	4
I.3.	Resultados	5
II.	DIAGNOSTICO INICIAL Y OBJETIVOS ESTRATEGICOS.	6
II.1.	Consideraciones Generales	7
II.2.	Diagnóstico Inicial	7
II.3.	Visión Estratégica	9
III.	SANEAMIENTO FINANCIERO.	10
III.1.	La Situación a Diciembre de 1999	11
III.2.	El Escenario Base para el Año 2000	12
III.3.	Las Pautas Económicas para el Año 2000	13
III.4.	Acciones para el Cumplimiento de Objetivos	14
III.4.1.	Recontratación de Servicios	14
III.4.2.	Eficiencia y Transparencia en la Organización	18
III.4.3.	Conclusiones y Resultados	22
III.4.4.	El Presupuesto para el Año 2001	24
IV.	NUEVO MODELO PRESTACIONAL.	26
IV.1.	Modificación del Modelo Preexistente	27
IV.2.	Implementación	28
IV.3.	Factores Clave del Modelo Implementado	30
IV.4.	Visión de Futuro	35
V.	MENSAJE FINAL.	36

SECCION I

RESUMEN EJECUTIVO

EL REORDENAMIENTO DE PAMI

I. Resumen Ejecutivo

I.1. Situación Inicial.

El 15 de Diciembre de 1999 el Poder Ejecutivo Nacional resolvió intervenir el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados ("INSSJP" o "PAMI"), declarando la emergencia sanitaria y social de sus servicios médicos y asistenciales y designando una Comisión Interventora Normalizadora con tres miembros, que representaban a cada uno de los partidos políticos mayoritarios, dando así carácter de política de estado a la transformación y reestructuración de PAMI (Programa de Asistencia Médica Integral).

Con más de 4 millones de afiliados, el PAMI es la organización de servicios de salud más grande de América Latina, con un presupuesto anual de \$2.850 millones en el año 1999. Para prestar sus servicios, el INSSJP contrata a más de 10.000 prestadores y cuenta con 12.000 empleados distribuidos en más de 500 puntos de atención a lo largo de todo el país.

Al momento de la intervención, el deterioro financiero, prestacional y de imagen pública del PAMI había alcanzado límites insostenibles:

- El déficit operativo (recursos propios menos gastos propios), en el año 1999, resultó de \$560 millones, con un déficit promedio mensual de \$46,6 millones.
- Una deuda total de \$1.340 millones al 31 de diciembre de 1999, que generaba un atraso en los pagos a prestadores superior a 100 días.
- La mayor parte de las prestaciones -como consecuencia de la situación financiera- estaban cortadas o sufrían severos deterioros en los niveles de servicio.
- Profundo cuestionamiento a las contrataciones efectuadas, algunas de las cuales habían sido denunciadas ante la Justicia.
- Ausencia de mecanismos de control de la calidad de las prestaciones recibidas por los Beneficiarios de PAMI, no contándose con mecanismos contractuales que posibilitaran la penalización de prestadores por incumplimientos.
- Imagen pública muy deteriorada frente a los Beneficiarios y la opinión pública, reflejando la grave situación financiera y prestacional de la organización.

I.2. Plan de Acción.

Dada la gravedad de la situación, la Comisión Interventora lanzó en forma inmediata un Plan de Saneamiento Financiero y un Nuevo Modelo Prestacional. A partir de ello se tomaron las siguientes medidas:

- A. Se rescindieron todos los contratos de prestaciones médicas y sociales, llamándose a licitación (Concursos Públicos Abiertos) para la recontractación de todos los servicios bajo un esquema transparente y competitivo.
- B. Se diseñó un modelo prestacional que posibilitara la eliminación de las grandes gerenciadoras, reemplazando a éstas por emprendimientos de prestadores de mediana escala.
- C. Se propició la competencia entre prestadores a partir de la libre elección por parte del Beneficiario respecto a los centros de atención de su preferencia.
- D. Se evaluaron, seleccionaron y contrataron Organizaciones Prestacionales bajo normas de calificación y condiciones económicas compatibles con la realidad presupuestaria del PAMI.
- E. Se removi6 toda la plana gerencial y se rescindieron todos los contratos de consultoría y publicidad.
- F. Se incorporaron todos los mecanismos de control con que cuenta el estado (Sindicatura General de la Nación, AGN, Procuración del Tesoro, Oficina Anticorrupción) y se contó con la supervisión de las Naciones Unidas.
- G. Se recuperó la capacidad de PAMI de controlar los servicios provistos por sus prestadores, a través de diversos mecanismos incluidos en los contratos:
 - Conformación de un equipo especial de Control Prestacional, con más de 250 empleados especialmente capacitados, y selección y capacitación de 330 Beneficiarios que colaboran en tareas de control de servicios y prestaciones.
 - Instalación de oficinas de PAMI (Centros Coordinadores de Servicios a Afiliados) en las 700 clínicas y hospitales más grandes del país.
 - Generación de Información Prestacional, a partir de la obligación de proveer información mensual sobre las prestaciones y servicios brindados por cada uno de los prestadores contratados.

I.3. Resultados.

Como consecuencia de este proceso, se logró estabilizar la situación del PAMI, eliminando la conflictividad y recuperando las prestaciones, sentando las bases para un proceso de transformación estructural a largo plazo:

1. **Se alcanzó un ahorro total de \$414 millones anuales.** El gasto total corriente se redujo de \$2.845 millones en 1999, a \$2.618 millones en el 2000 y a \$2.431 millones para el 2001.
2. A partir del segundo semestre del 2000, **se alcanzó el objetivo de gasto mensual de \$200 millones**, implicando una reducción global del orden del 10% respecto del año 1999.
3. **Se aumentó la proporción de gastos destinados a prestaciones** respecto del gasto administrativo y financiero.
4. **Se reestablecieron todas las prestaciones interrumpidas**, abarcando los servicios médicos y sociales de mayor utilización, e incluyendo los servicios de óptica, audífonos y prótesis dentales, que se relanzaron en el mes de julio.
5. **Se terminó con la intermediación de recursos financieros**, estructurando una ingeniería legal-financiera tal que los prestadores cobren en forma directa de PAMI.
6. Por primera vez **los beneficiarios pueden elegir libremente a sus prestadores.**
7. **Se logró revertir la imagen de conflicto constante que tenía PAMI.**

SECCION II

DIAGNOSTICO INICIAL Y OBJETIVOS ESTRATEGICOS

II. DIAGNOSTICO INICIAL Y OBJETIVOS ESTRATEGICOS

II.1. Consideraciones Generales.

El **15 de diciembre de 1999** el Poder Ejecutivo Nacional resolvió intervenir el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, declarando la emergencia sanitaria y social de los servicios médicos y asistenciales que brinda. A los efectos de su reordenamiento administrativo, financiero y prestacional el Presidente de la Nación, Dr. Fernando de la Rúa, designó una **Comisión Interventora Normalizadora** integrada por representantes de los tres partidos políticos mayoritarios, dando así carácter de política de estado al saneamiento de PAMI.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados fue **creado en 1971** mediante la Ley 19.032, con el propósito de concentrar a la totalidad de la población pasiva bajo una única cobertura social, universal y obligatoria. Así, se instrumentó el **Programa de Asistencia Médica Integral**, de donde surge la denominación **PAMI**.

Actualmente, el PAMI brinda sus servicios médicos y sociales a aproximadamente **4.000.000 personas** con un **presupuesto ejecutado en el año 1999 de \$2.845,7 millones**. Esta suma proviene de los aportes de los mismos jubilados, los trabajadores activos, los empleadores y el Estado.

La población del Instituto está compuesta mayoritariamente por jubilados, pensionados y sus familiares, además de discapacitados y veteranos de guerra, entre otros, quienes acceden a un sistema de prestaciones médicas, estructurado en tres niveles de complejidad, prestaciones especiales, tal el caso de hemodiálisis, trasplantes renales, óptica, audífonos, oxigenoterapia, emergencias y traslados, odontología, salud mental y medicamentos, y prestaciones sociales (geriatría, sepelios y alimentos entre otras).

Para proveer la cobertura médica y social, el PAMI se relaciona con más de 10.000 prestadores y cuenta con **12.000 empleados** distribuidos en más de **500 puntos de atención** al afiliado en todo el país.

II.2 Diagnóstico Inicial.

En el mes de diciembre de 1999 el organismo presentaba las siguientes situaciones de complejo tratamiento y resolución:

- Las **prestaciones médicas** cubrían aproximadamente un 30% de los servicios previstos para sus 4.000.000 de Beneficiarios. Esto se debía a que el servicio de médicos de cabecera, columna vertebral de dichas prestaciones y punto de acceso para los servicios brindados, se encon-

traba suspendido a causa de la huelga que éstos realizaban. También se encontraban suspendidos los servicios médicos programados - cirugías, por ejemplo- y había cortes intermitentes en el servicio de farmacias. El resto de los servicios presentaba situaciones dispares, no obstante, en todos los casos, la calidad de la prestación se encontraba lejos de cumplir con estándares de calidad mínimos.

- El modo de contratación de los servicios era sumamente cuestionado, inclusive -en algunos casos- con denuncias ante la Justicia. Tanto las contrataciones de prestaciones médico-asistenciales, como la provisión de insumos médicos, prótesis u ortesis, al igual que las relacionadas con los servicios de consultoría, eran realizadas en forma directa, con las siguientes particularidades:
 - En los legajos no existían datos que justificaran ni la contratación directa, ni el precio pactado. No se requerían cotizaciones de otros posibles oferentes ni acreditación de antecedentes del prestador.
 - En este tipo de contratos el INSSJP resignaba prerrogativas irrenunciables tales como la facultad de contralor y auditoría en forma permanente y de contar con un régimen de penalidades, dado que se habían suprimido las multas asociadas a incumplimientos.
 - Estos contratos eran desconocidos por el personal del INSSJP que interactuaba directamente con esos servicios, circunstancia que impedía que las áreas de gestión y control cumplieran efectivamente con su cometido esencial.
 - Al no existir parámetros objetivos para valorar las prestaciones, se producía una gran disparidad en los pagos efectuados a los prestadores, no coincidiendo los períodos facturados ni la fecha en la que se les abonaba en cada caso.
- Con respecto a las prestaciones sociales, había problemas y demoras en la entrega de bolsones de alimentos, que forman parte del Programa Pro Bienestar, el cual tiene una población beneficiaria de 450.000 afiliados.

Los factores descriptos anteriormente produjeron un agravamiento cuasi terminal de la **situación prestacional y económica-financiera** del PAMI. **Al 31 de diciembre de 1999, la deuda del INSSJP ascendía a \$ 1.340 millones**, incluyendo tanto la deuda financiera, como la mantenida con prestadores y otras obligaciones con el Estado Nacional.

Al mismo tiempo, durante ese año se acumuló un atraso en los pagos a prestadores que alcanzó un promedio superior a los 100/120 días, adeu-

dándose inclusive hacia fines de diciembre de 1999, prestaciones efectuadas en los meses de mayo y junio de ese mismo año.

La crisis en la prestación de los servicios, la ausencia de políticas de control, el desmanejo financiero y las deficiencias en el pago a proveedores contribuyeron a un fuerte deterioro en la imagen pública de PAMI, aumentando el desprestigio de la institución frente a sus propios beneficiarios y ante la opinión pública.

II.3. Visión Estratégica.

De acuerdo al Decreto 45/99, la Intervención tenía como misión lograr el efectivo saneamiento del INSSJP, para su posterior normalización. En busca de ello, definió la siguiente **VISION ESTRATEGICA**:

“Transformar al PAMI en una organización responsable de brindar a sus beneficiarios servicios médico-asistenciales de calidad, mediante una administración transparente y eficiente de los recursos con los que cuenta”

Para concretar esta VISION, la Comisión Interventora estableció un núcleo de **Objetivos Estratégicos**:

- A. Alcanzar una situación económica estable** con un gasto total de \$200 millones mensuales, a través de la generación de ahorros y eficiencias en todas las áreas.
- B. Mejorar la calidad en las prestaciones**, de modo de cumplir y respetar el derecho de los afiliados de recibir los servicios médico-asistenciales que les corresponden.
- C. Aumentar la eficiencia en el manejo de la organización**, para asegurar que los recursos se traduzcan en servicios de alta calidad.
- D. Asegurar la transparencia en todas las acciones del Instituto**, por medio de un estricto control en el manejo de los recursos, y de la publicidad de todas las acciones y decisiones.
- E. Mejorar la imagen institucional del PAMI** frente a los afiliados en particular y la sociedad en general.

SECCION III

SANEAMIENTO FINANCIERO

III. SANEAMIENTO FINANCIERO

III.1. La Situación a Diciembre de 1999.

Al momento de la intervención del INSSJP, el ejercicio 1999 arrojaba un déficit operativo de aproximadamente \$ 560,0 millones. El promedio mensual de ingresos propios era de \$190,6 millones, mientras que los gastos mensuales sumaban \$237,1 millones, con un déficit promedio mensual de \$ 46,4 millones. El siguiente cuadro presenta los recursos propios y los gastos del INSSJP devengados en 1998 y 1999:

Recursos Propios y Gastos
(Devengado año 1998 y 1999, en millones de pesos)

	<u>1998</u>	<u>1999</u>
Ingresos	2.410,8	2.287,1
Erogaciones	2.733,7	2.845,7
Resultado del Ejercicio	(322,9)	(558,6)
Gasto Promedio mensual sin MDSyMA ¹	227,8	237,1

En 1999, este déficit fue financiado incrementando el endeudamiento del INSSJP. En este marco fueron otorgados avales por el Tesoro Nacional a los acuerdos de préstamo para PAMI con un grupo de bancos privados y el Banco de la Nación Argentina por \$271 millones. A este financiamiento debían agregarse los préstamos otorgados por el Banco de la Nación Argentina.

Por su parte, la Ley 25.102, facultó al Jefe de Gabinete de Ministros a realizar las modificaciones presupuestarias necesarias para garantizarle al INSSJP la suma de \$200 millones mensuales netos de descuentos hasta la finalización del año 1999. Esta Ley tuvo un cumplimiento parcial, ya que la única operación de asistencia presupuestaria realizada por el Estado Nacional en el curso de 1999, fue la realizada por el Decreto 160/99 que implicó un aporte de \$100 millones con destino al INSSJP.

De este modo, la asistencia financiera que recibió el Instituto en 1999 fue de \$ 370 millones. El resto del déficit fue financiado por los prestadores, los cuales sufrieron un incremento en el plazo de pagos el cual llegó a los 120 días y en algunos casos se prolongó hasta los 150 días.

Con el financiamiento del déficit de 1999, la deuda total del INSSJP ascendía al 31 de diciembre de 1999 a \$ 1.340 millones. Es preciso destacar que el INSSJP no había dado cumplimiento del pago de las contribuciones patronales durante el año 1999, tal como surge de las actas de directorio en las cuales se tomó la decisión de no pagarlas.

¹ MDSyMA Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente

El cuadro siguiente describe las características generales del pasivo registrado en el INSSJP al 31 de diciembre de 1999.

Endeudamiento del INSSJP al 31/12/1999

(En millones de pesos)

Concepto	Monto
Deudas Prestacionales – Base Económico	573,3
Deudas Financieras	676,1
- Deuda ANSSAL ¹	220,0
- Banco Mundial	200,0
- Banco de la Nación Argentina	96,7
- Préstamos Sindicados	159,5
Otras deudas (incluye SIJP)	90,1
TOTAL	1.339,5

Nota: ¹ Única deuda pendiente al momento de normalizarse el Instituto (1997).. Fuente: INSSJP.

III.2. El escenario base para el año 2000.

Como primer paso de un proceso de planificación, la Intervención decidió elaborar un escenario *económico financiero base*, el cual permitiría proyectar la situación financiera del INSSJP de continuarse con las políticas prestacionales, administrativas y de contrataciones vigentes hasta ese momento. De esta manera se elaboró un **Escenario BASE** que determinaba un déficit operativo del INSSJP proyectado en \$ 512 millones. Este nivel de déficit, que a título ilustrativo representa aproximadamente el 10% del déficit del presupuesto nacional, resultaba imposible de financiar por cualquier vía.

Esquema BASE Año 2000

(En millones de pesos)

	1999 Real	2000 Base
INGRESOS CORRIENTES	2.287,1	2.248,4
EROGACIONES CORRIENTES	2.845,7	2.761,2
Prestaciones Médicas	1.942,9	1.918,2
Prestaciones Sociales	349,7	347,9
Gastos de Administración y efectores propios	468,4	435,0
Gastos Financieros	84,8	60,1
RESULTADO OPERATIVO ANTES DE APORTES	(558,6)	(512,8)
Gasto promedio mensual sin Convenio MDSyMA	237,1	223,9

Fuente: INSSJP

Esta situación económica era insostenible, ya que implicaba seguir financiando un déficit anual superior a los \$500,0 millones. En este sentido, el aumento en los plazos de pago a los prestadores hubiera originado la suspensión de las prestaciones esenciales del Instituto.

Sobre la base del diagnóstico efectuado, se estructuró un **Plan de Saneamiento Económico-Financiero** cuyo objetivo era equilibrar las cuentas del INSSJP, a través de una fuerte reducción en los gastos para hacerlos compatibles con la proyección de ingresos y la obtención de ayuda financiera en la transición hasta tanto las medidas de reducción de gasto tuvieran pleno efecto en las finanzas del PAMI.

III.3 Las pautas económicas para el año 2000.

La premisa fue dar un sentido de previsibilidad al PAMI, fijando pautas económicas y financieras para el año 2000, las cuales fueron consensuadas con el Ministerio de Economía y la Jefatura de Gabinete.

Respecto de las metas económicas, se fijó un objetivo de \$ 200 millones mensuales de gastos corrientes propios, a ser alcanzado en Septiembre de 2000. Dicha pauta de gasto mensual, sensiblemente inferior al gasto promedio de 1999, posibilitaría cubrir todas las prestaciones que el Instituto brinda.

A los fines de alcanzar dicho objetivo económico, se estableció una pauta de financiación del déficit financiero transitorio de \$ 200 millones anuales durante el año 2000, incorporada como meta al marco del acuerdo del Ministerio de Economía con el Fondo Monetario Internacional. En este contexto, se definieron las políticas a implementar:

- **Rescisión de Todos los Contratos de Prestaciones Médicas y Sociales, a los fines de Recontratar Servicios en Condiciones Financiables:**

La decisión del saneamiento financiero se combinó con una política destinada a transparentar todas las contrataciones del INSSJP cuya modalidad previa fuera de tipo directa. De esta forma, se implementaron Concursos Públicos Abiertos y Registros de Inscripción de Prestadores, que implicaron contrataciones por alrededor de \$2.000 millones anuales.

A fin de garantizar las economías a obtener, los Concursos se realizaron bajo la modalidad de precios máximos, dando preponderancia, a la hora de la adjudicación, a quien ofreciera la mejor combinación de calidad de servicios y descuento sobre los precios ~~tope~~ fijados por PAMI, sujeto a precios mínimos establecidos, para asegurar estándares de calidad adecuados.

- **Refinanciación de Pasivos Financieros:**

Durante 2000 se debían cancelar aproximadamente \$115,0 millones de vencimientos de deuda financiera. Dada la crítica situación, se acordó tomar nuevos préstamos para afrontar tales obligaciones con la Secretaría de Hacienda como aval de estas nuevas líneas de financiamiento.

- **Asistencia de la Tesorería General de la Nación:**

Para financiar el déficit previsto para el 2000 dentro de las pautas fijadas (\$200 millones anuales)².

III.4. Acciones para el Cumplimiento de Objetivos.

III.4.1. Renegociación de Servicios Médicos y Sociales

Servicios Médico-Asistenciales (Nivel de Complejidad I/II/III)

Se instrumentaron 34 Concursos Públicos Abiertos correspondientes a prestaciones médicas de Nivel I/II/III, incorporándose una significativa cantidad de nuevos prestadores al sistema, a través de la contratación de 52 Unidades de Gestión y Participación (UGP), emprendimientos públicos, privados y mixtos de servicios de salud de mediana escala.

Comparado con las contrataciones anteriores, esto representa un importante impulso a la competencia para el mercado de prestadores de salud, así como una mejora en la transparencia de los contratos, los cuales fueron publicados en la página web de PAMI (www.pami.org.ar).

Los precios por cápita pactados con estos nuevos contratos posibilitaron generar un ahorro promedio del 12 %. Los nuevos valores contratados representan un menor gasto mensual de aproximadamente \$6,1 millones mensuales (equivalente a \$73,2 millones anuales).

A modo de ejemplo, y como resultado del proceso descripto, se logró desconcentrar la oferta de servicios que estaba en manos de un grupo reducido de diez Gerenciadoras, tal el caso de las que prestaban servicios en el ámbito geográfico de las Sucursales PAMI de la Capital Federal, Gran Buenos Aires e Interior de la Pcia. de Buenos Aires (atendían cerca del 40% de los afiliados de PAMI), que han sido reemplazadas por 33 Unidades de Gestión y Participación (UGP) con-

² Ver punto Reprogramación de Deudas Financieras y Cancelación de Pasivos

formadas por prestadores directos que no superan los 100.000 beneficiarios bajo cobertura.

Por su parte, se ha incrementado la participación del sector de salud público (provincial y municipal), integrando un 30 % de las UGP adjudicadas. A modo de ejemplo, en la Provincia de Buenos Aires, el sector público participa en 11 emprendimientos, significando ello una facturación mensual aproximada de \$ 8 millones en concepto de cápitas.

A los fines de evitar mecanismos de intermediación financiera que afectaran el flujo de pagos de los prestadores, se estableció un mecanismo fiduciario de administración y garantía, asegurando a través del Banco de la Nación Argentina el pago simultáneo a todos los prestadores que conforman cada UGP.

Otro punto importante para destacar es la incorporación en el Pliego de Bases y Condiciones Generales, de un régimen de sanciones por incumplimientos tanto contractuales como prestacionales.³

Ahorros y Mejoras en el Convenio con la Industria Farmacéutica

La reestructuración del convenio permitió generar un ahorro de aproximadamente \$5 millones mensuales, dando lugar a una disminución del costo global anual de PAMI del orden de \$60 millones, manteniendo en su totalidad el alcance y cobertura de servicios. Además, el INSSJP recupera un rol activo en la capacidad de controlar y auditar los medicamentos incluidos en su listado terapéutico, las prescripciones médicas y los descuentos establecidos para su adquisición.

Audífonos

Se rescindió el contrato con el prestador al cual se le abonaba una cápita de \$0,30 por afiliado, siendo la suma total mensual aproximadamente de \$1.020.000. Se había establecido un piso de 1.500 audífonos a ser provistos por mes y un techo de 2.000. En el Pliego de llamado a licitación se estableció que el nuevo prestador debería proveer audífonos de mayor cobertura terapéutica sin límite máximo y ofrecer una red de efectores para cada una de las sucursales del INSSJP. Por otra parte, PAMI se reservó el derecho de proveer los audífonos a sus afiliados con cargo al prestador. Finalmente, este servicio fue adjudicado por Concurso Público Abierto, a un valor cápita de \$ 0,12, sin máximos ni mínimos que limiten o condicionen la prestación, generando un ahorro de \$ 7,4 millones anuales.

³ Ver parte III Nuevo Modelo Prestacional

Además, se dió inicio a la ejecución de un *programa de seguimiento de la prestación de hipoacúsicos* licitada y adjudicada para obtener información estadística (número de audífonos entregados, tipo y prótesis de hipoacúsicos, fecha de selección y entrega, conformidad del afiliado, etc.) y contar con un padrón de hipoacúsicos actualizado en forma permanente.

Optica

Se abonaba un valor cápita de \$0,60 centavos por afiliado, equivalente a un monto mensual de aproximadamente \$1.920.000. El servicio consistía en la provisión de un (1) elemento óptico (anteojo, lente de contacto o prótesis ocular) cada 15 meses, por afiliado. Para el caso que fuese necesario brindar un segundo elemento óptico durante este período, el afiliado debía abonar \$15.

A partir de la licitación, los servicios de óptica fueron contratados a un valor cápita de \$0,20 por afiliado. Simultáneamente, el alcance del servicio se incrementó, consistiendo en un par de anteojos de visión lejana, uno de visión cercana o un bifocal mas uno extra en caso de rotura o extravío o un par de lentes de contacto o prótesis ocular. Existen 50 modelos de armazones a elección, incluyendo metálicos. Este proceso generó un ahorro de \$7,8 millones anuales.

Odontología

El servicio se encontraba interrumpido -llegando a los 50.000 pedidos de prótesis dentales en lista de espera- debido al incumplimiento de los prestadores y a la imposibilidad del INSSJP de financiar esta prestación. Se restableció el servicio en todas las Sucursales PAMI del país, encontrándose la tramitación de estos Concursos, a la fecha, en la etapa final.

En el mes de junio de 2000 se procedió a implementar un sistema de transición que posibilitase la atención de la alta demanda contenida de servicios odontológicos, el cual se coordinó a través de una lista de profesionales odontólogos inscriptos en cada Sucursal PAMI. Se puso en funcionamiento el *Plan de Emergencia de Prestaciones Odontológicas*, hasta la puesta en marcha del nuevo modelo prestacional que derive de los Concursos, con especial énfasis en las prótesis dentales.

Salud Mental

Se eliminó el esquema de un único gerenciador nacional y se generó una reducción del monto del contrato de aproximadamente 10% sobre los valores previamente vigentes. Asimismo, se estableció la contratación individual de los 160 prestadores de servicios ambulatorios y de in-

ternación, habiéndose iniciado los estudios para la definición de un nuevo modelo de atención a ser contratado a través de un llamado a Concurso Público.

Geriatría

Se rescindió el contrato con la entidad gerenciadora de servicios geriátricos, procediéndose a contratar en forma individual con cada uno de los establecimientos que prestaba el servicio en forma efectiva, de acuerdo a la cantidad de beneficiarios bajo atención. Por otra parte, a los fines de ampliar la oferta prestacional, se inició la conformación de un nuevo registro de prestadores habiéndose convocado recientemente a la inscripción de establecimientos interesados en brindar servicios a beneficiarios PAMI.

Hemodiálisis

Se rescindió el contrato de servicios. Debido a que no se recibieron ofertas en el Concurso Público convocado, se iniciaron gestiones para promover una reducción de aproximadamente \$6 millones anuales sobre los valores vigentes con las organizaciones actualmente contratadas.

Servicio de Urgencias y Emergencias

Se garantizó el acceso universal al servicio domiciliario de *Ambulancias, Traslados y Oxigenoterapia* sin cupos ni límites en el tiempo de la prestación.

Sepelios

La prestación del servicio de Sepelios se realizaba a través de la empresa intermediaria Funeral Home con un costo anual de aproximadamente \$63,6 millones. Para garantizar la cobertura universal y evitar la intermediación innecesaria, se optó por la conformación de un registro de prestadores que posibilitó la inscripción de empresas de servicios fúnebres de todo el país, la libre elección del prestador y el pago directo por servicio a los efectores con costo uniforme. El nuevo sistema implementado por PAMI, tiene actualmente un costo anual de \$51,4 millones, generándose un ahorro de aproximadamente \$12,2 millones anuales.

Regularización de la Atención de la Salud de los Beneficiarios de Pensiones No Contributivas

Se suscribió un Convenio con el Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación, por el cual éste afronta el pago de la deuda por prestaciones del año 1999, regularizándose asimismo los pagos por las prestaciones a partir de abril del presente año.

III.4.2. Eficiencia y transparencia en la Organización.

Reducción del Gasto Administrativo y Operativo

Las principales acciones emprendidas e implementadas a los fines de optimizar los recursos administrativos y operativos fueron:

- Rescisión de contratos de consultoras por un monto de \$21 millones anuales.
- Anulación de la recategorización del personal decidida por la gestión anterior que implicaba un gasto de \$18 millones anuales.
- Reducción de gastos en comunicación institucional por \$40 millones anuales.
- Reducción de gastos en turismo y esparcimiento por un monto anual de \$11 millones.
- Desvinculación del personal gerencial, que representaba un gasto total anual de \$2,7 millones.
- Optimización del uso de recursos para los siguientes gastos operativos: teléfonos, servicios postales, alquiler de fotocopadoras, mantenimiento de vehículos, dimensionamiento de la flota de automotores y locación de inmuebles, entre otros.
- Inicio, por Concurso Público, del proceso de tercerización del servicio de limpieza, con un potencial ahorro del 50% sobre el gasto incurrido en ejercicios anteriores.

Depuración de Padrones de Beneficiarios

La correcta actualización y registración del Padrón de Beneficiarios constituyó un elemento clave en la prestación de servicios y en el control del sistema médico capitado. A tales efectos, se efectuaron cruces periódicos del Padrón de Beneficiarios de PAMI con las bases de datos de otros organismos públicos (ANSES, OO.SS., Registro Nacional de las Personas y Pensiones No Contributivas), a fin de detectar irregularidades y gestionar las bajas correspondientes.

Entre Enero de 2000 y Noviembre de 2000 se procedió a dar de baja más de 100.000 registros al padrón original producto de estas depuraciones y se alcanzó un nivel de calidad de los datos contenidos que permitieron publicar dicho padrón en Internet, con libre acceso para prestadores y afiliados. Como resultado, se generó un ahorro estimado en \$3 millones sobre los servicios capitados contratados y no prestados.

Incorporación de Organismos de Control y Asistencia Técnica del Estado a la Gestión

El decreto que resuelve la intervención de PAMI incluye la participación de los organismos públicos de control (SIGEN y AGN) en la gestión del organismo. A los fines del cumplimiento de tales objetivos, se coordinaron las siguientes pautas:

- La Sindicatura General de la Nación (SIGEN) ingresó con un equipo de 25 profesionales para realizar actividades de control.
- La Procuración del Tesoro de la Nación fue encomendada -mediante Decreto del Poder Ejecutivo N° 16/00- a supervisar las distintas áreas jurídicas del INSSJP y a asistir legalmente a la Comisión Interventora.
- La Oficina Anticorrupción instaló una oficina en la sede central de Instituto donde recibe denuncias.
- 11 administradores gubernamentales de la Secretaría de la Función Pública se incorporaron al organismo brindando su apoyo a diversos proyectos.
- La Escribanía General del Gobierno de la Nación intervino en la totalidad de las actuaciones correspondientes a los Concursos Públicos Abiertos tramitados.

Cambios en la Estructura Organizativa

- Se removieron 26 Gerentes y Subgerentes, y 133 agentes, estos últimos incorporados en el último trimestre de la gestión anterior.
- Se realizó un Censo de Personal que permitió conocer la dotación exacta del organismo e identificar a 27 agentes que pese a percibir haberes del Instituto no eran reconocidos por su superior inmediato y 421 agentes sobre los que se realizaron nuevos controles.
- Retiro voluntario: Se presentaron solicitando el retiro 210 agentes, de los cuales aproximadamente el 80 % cumplen con las condiciones exigidas por la normativa para acceder a este régimen.

Sistema de Administración económico financiera

- A partir de diciembre de 1999 se implementó un nuevo *sistema contable, presupuestario, de administración financiera y de compras y contrataciones*. Este software permite contar con la información económico financiera en tiempo real, ya que el sistema registra sus operaciones en forma *on line*, bajo una base de datos única y bajo un registro unificado de prestadores y proveedores. Bajo la misma óptica, se encuentra en proceso de puesta en funcionamiento en el nivel central el módulo Activo fijo, el cual permite interactuar con el sistema contable a través de las registraciones. Asimismo, se prevé la integración de los sistemas de información gerencial para la toma de decisiones mediante la implementación del módulo presupuestario.
- Se encuentra en proceso de descentralización el sistema contable SAP R/3. Para el año 2000, está previsto instalar el sistema en 15 sucursales, concluyendo la instalación del sistema en todo el país en el curso del primer semestre del 2001. Este proyecto permite contar con información contable *on line* en todo el país.
- Se desarrolló un Sistema de Control de Débitos por prestaciones brindadas por hospitales públicos de autogestión (HPA). En este caso, personal del INSSJP trabaja en conjunto con personal de la Superintendencia de Servicios de Salud en el control y legitimidad y razonabilidad de la facturación de los HPA.
- Por primera vez en la historia de PAMI se ejecutó la planificación de las compras de Nivel Central para un semestre (segundo semestre del año 2000). En la actualidad se realiza el relevamiento de necesidades del Nivel Central, Sucursal Capital Federal y Sucursales de Gran Buenos Aires, relacionadas con el Plan de Compras 2001.

Identidad Visual y Mejora Edilicia en Sucursales

A través de la firma de un Convenio con la UBA se elaboró un Nuevo Sistema de Identidad Visual, implementándose en ambulancias y utilitarios: 114 vehículos de todo el país señalizados en octubre y noviembre e implementación en Centros Coordinadores: 50 centros con la nueva imagen distribuidos en noviembre, 6 Edificios de Nivel Central y 22 Sucursales y Agencias de Capital Federal y Gran Buenos Aires señalizadas externamente. Se implementó un plan piloto de señalización interna en 4 Agencias del área metropolitana.

La red de Sucursales, Agencias y Corresponsalías estaba en muy mal estado edilicio, con problemas de mantenimiento, carecía en muchos casos de rampas y baños para discapacitados, y las instalaciones

eléctricas y sanitarias eran deficientes. Asimismo, algunas Agencias y Sucursales, además, carecían de la superficie necesaria o el costo de repararlas hacía preferible la mudanza de las mismas. Otros casos pagaban alquileres desmedidos. El mobiliario en muchos casos era obsoleto y heterogéneo. En virtud de tal situación, y priorizando las Sucursales y Agencias de mayor tamaño y concentración de beneficiarios, se remodelaron Sucursales y Agencias con personal propio. Hasta el momento este trabajo alcanzó a 9 Sucursales y Agencias, mientras que 5 Sucursales y Agencias fueron trasladadas. Por último, se generó un ahorro por renegociación de alquileres por \$ 228.000 anuales.

Reprogramación de Deudas Financieras y Pasivos Consolidados

A los fines del reestructurar los pasivos del INSSJP, se procedió a:

Refinanciar los pasivos financieros con el Banco de la Nación Argentina y con el consorcio de bancos privados. La fuerte presión sobre el presupuesto económico y la importante deuda exigible con prestadores determinó la necesidad de renegociar la deuda financiera, la cual se renegoció pudiendo disminuir el costo financiero de la misma.

Deuda Financiera con el Banco de la Nación Argentina

(préstamos acordados en el año 2000, en millones de Pesos)

	<u>Fecha Acuerdo</u>	<u>Deuda original</u>	<u>Amortiza a partir del</u>
Banco de la Nación Argentina	Jun-00	60,0	15/01/01
Banco de la Nación Argentina	Sep-00	54,0	15/01/01
Total		114,0	

Nota: el plazo de amortización es de 5 años. Fuente: INSSJP.

Cancelar deudas consolidadas en el marco del Decreto 925/96: De los 4057 expedientes pendientes de resolución a inicios del 2000, hasta el 30 de junio se firmaron y cancelaron un 50 % de los expedientes (2016), por una suma de \$ 87 millones.

Consolidación de la deuda con AFIP (SIJP): Se regularizaron los pagos a partir de diciembre de 1999. Se negoció la consolidación del total de la deuda por contribuciones patronales a partir de lo dispuesto por el Decreto 197/97. A tal fin se estableció un plan de pagos de 7 meses, mientras que para el resto de la deuda el Instituto accedió a un plan de pagos a 60 meses.

III.4.3. Conclusiones y Resultados.

El siguiente cuadro presenta las sensibles disminuciones en los gastos del INSSJP como consecuencia del Plan de Saneamiento Económico y Financiero implementado, en base a las acciones detalladas precedentemente:

Ingresos y Gastos Operativos 2000 (Año 2000 devengado, en millones de pesos)

	1999 Real	2000 Base	2000 Ejec.	2001 Proy. ⁴
INGRESOS CORRIENTES	2.287,1	2.248,4	2.335,0	2.359,0
EROGACIONES CORRIENTES	2.845,7	2.761,2	2.618,8	2.431,0
Prestaciones Médicas	1.942,9	1.918,2	1.829,9	1.727,9
Prestaciones Sociales	349,7	347,9	327,4	285,2
Gastos de Administración	468,4	435,0	400,5	355,5
Gastos Financieros	84,8	60,1	61,0	62,4
RESULTADO OPERATIVO ANTES DE APORTES	(558,6)	(512,8)	(283,7)	(72,0)
Gasto promedio mensual (sin Convenio MDSyMA)	237,1	223,9	203,3	188,4

Fuente: INSSJP.

El ahorro total que se alcanza como resultado del proceso de saneamiento del INSSJP es de \$ 414 Millones (gasto total corriente de 1999 vs 2001), y de \$ 330 Millones comparado con el escenario base del año 2000.

El 2000 es un año de transición a los efectos del impacto del saneamiento económico, ya que el primer semestre arrastra los precios de las contrataciones anteriores al proceso de recontractación de servicios mediante Concursos Públicos.

La necesaria transparencia con que debía llevarse adelante dicho proceso requirió de un trabajo de planificación durante los tres primeros meses de gestión de la Intervención que alcanzó los resultados esperados en septiembre del año 2000.

⁴ Proyectado en base a recontractaciones y ahorros realizados.

No obstante la situación arriba descripta, el déficit se redujo de \$558 Millones en 1999 a \$283 Millones en el 2000, lo cual significó una disminución de más de \$ 275 Millones.

El siguiente cuadro presenta un resumen sobre el efecto económico de las acciones ejecutadas:

Análisis del Impacto de Reducción de Gastos

(Diferencias entre el devengado 2000 con el 1999, el 2000 base y el proyectado 2001)

	2000-1999	2000-2000 base	1999-2001
INGRESOS	47,9	86,6	71,9
EROGACIONES CORRIENTES	(227,0)	(142,4)	(414,8)
Prestaciones Médicas	(113,0)	(88,3)	(215,0)
Prestaciones Sociales	(22,3)	(20,5)	(64,5)
Gastos de Administración	(67,9)	(34,5)	(112,9)
Gastos Financieros	(23,8)	0,9	(22,4)
Gasto promedio mensual (excluye convenio con MDSyMA)	(33,8)	(20,6)	(48,7)

Fuente: INSSJP

**El impacto de las medidas adoptadas posibilitó una significativa reducción efectiva de los niveles de gastos administrativos y costos pres-
tacionales de PAMI.** Analizado por semestre (1999 vs. 2000) el impacto se concreta en el segundo semestre del año 2000 representando una reducción en las erogaciones corrientes del 10 % respecto al período equivalente del año 1999. Tal como se indica en el cuadro siguiente, la implementación del Plan de Saneamiento Financiero posibilitó alcanzar el objetivo estratégico de \$200 millones mensuales de gastos, a partir de la última mitad del año 2000.

Ingresos y gastos años 1999 y 2000

(Por semestre, en millones de pesos)

	1999		2000	
	Primer Semestre	Segundo Semestre	Primer Semestre	Segundo Semestre
1. INGRESOS	1.141,1	1.246,1	1.145,2	1.189,9
2. EROGACIONES CORRIENTES	1.442,8	1.402,9	1.350,0	1.268,7
2.1. Prestaciones Médicas	972,0	970,8	948,2	881,7
2.2. Prestaciones Sociales	178,0	170,0	166,7	160,7
2.3. Gastos de Administración	226,2	224,6	198,6	189,2
2.4. Gastos Financieros	66,6	37,6	36,6	37,2
RESULTADO DEL EJERCICIO	(301,7)	(156,9)	(204,9)	(78,9)
Gasto total sin MDSyMA	1.442,8	1.402,9	1.314,2	1.208,6
Gasto promedio mensual (excluyendo MDSyMA)	240,5	233,8	219,0	201,4

Fuente: INSSJP

Erogaciones Promedio Mensual años 1999 y 2000

(En millones de pesos y porcentaje de disminución)

	Ej. 1999	Ej. 2000	Diferencia 2000-1999	% disminución
Primer semestre	240,5	221,0	21,4	8,1%
Segundo semestre	233,8	203,3	32,4	13,0%
Total año	237,1	212,2	26,9	10,6%

Fuente: INSSJP

II.4.5. El presupuesto para el 2001.

En base a las reducciones de costos y gastos implementadas durante el año 2000, a los fines de cumplir con el objetivo de saneamiento económico-financiero, se establecieron las pautas operativas de gastos e ingresos proyectados para el año 2001.

El cuadro siguiente incluye un detalle comparativo entre las proyecciones elaboradas y la situación del año 1999:

Ingresos y Gastos Operativos Año 1999 vs. Año 2001
(Devengado año 1999, proyectado año 2001. En millones de pesos.)

	1999	2001 ⁵
INGRESOS CORRIENTES	2.287,1	2.359,0
EROGACIONES CORRIENTES	2.845,7	2.431,0
Prestaciones Médicas	1.942,9	1.727,9
Prestaciones Sociales	349,7	285,2
Gastos de Administración y Efectores propios	468,4	355,5
Gastos Financieros	84,8	62,4
RESULTADO OPERATIVO ANTES DE APORTES	(558,6)	(72,0)
Gasto Promedio Mensual (excluyendo convenio MDSyMA)	237,1	188,4

Fuente: INSSJP

De la comparación de gastos e ingresos efectivamente devengados en 1999 y gastos e ingresos proyectados para el presupuesto 2001 -en base a la reestructuración efectuada durante el año 2000- se determina que a un año del inicio del Plan de Saneamiento Económico-Financiero diseñado e implementado por la Intervención de PAMI **se generó una reducción del déficit superior a \$480 millones y un gasto promedio de \$ 190 millones, logrando alcanzar el objetivo de reducción de gastos a niveles más bajos que los inicialmente comprometidos (\$200 millones mensuales).**

⁵ Proyectado en base a contrataciones realizadas y reducciones de gasto implementadas en el año 2000.

SECCION IV

NUEVO MODELO PRESTACIONAL

IV. NUEVO MODELO PRESTACIONAL

IV.1. Modificación del Modelo Prestacional Preexistente.

A los fines de modificar el sistema prestacional preexistente, particularmente en los servicios médico-asistenciales de Nivel I/II/III, caracterizado por un número reducido de entidades gerenciadoras con exclusividad territorial, se realizó durante el mes de enero de 2000 un diagnóstico de situación. Dicho análisis permitió definir ciertos criterios para el diseño e implementación de un modelo prestacional viable y eficiente, que pudiera ser puesto en marcha en poco tiempo debido a la emergencia sanitaria que enfrentaba PAMI, caracterizada por masivas interrupciones de servicios.

Al momento de intervenir el INSSJP, las Prestaciones Médico Sociales funcionaban en un porcentaje cercano al treinta por ciento (30%). Los contratos firmados por el Instituto para la prestación de los servicios médico-sociales no preveían sanciones por incumplimientos ya sean estos contractuales o prestacionales. Por su parte, los Beneficiarios de PAMI no tenían la posibilidad de elegir en donde atenderse, ya que se les asignaba un prestador sin consultarlos previamente, situación que en muchas ocasiones provocaba una fuerte insatisfacción.

Asimismo, la atención de los Beneficiarios de PAMI se encontraba altamente concentrada en un pequeño grupo de entidades Gerenciadoras, las cuales contrataban a los efectores para la prestación de los servicios, reteniendo para sí un alto porcentaje de la cápita en concepto de administración, observándose en ciertos casos un manejo discrecional de los recursos financieros abonados por PAMI. Tal situación, generaba en muchos casos graves problemas financieros a los reales prestadores de PAMI. A los fines meramente descriptivos, los servicios médico-asistenciales en la Provincia de Buenos Aires (con cobertura de aproximadamente el 40% de los Beneficiarios del INSSJP) eran concentrados en tres grandes gerenciadoras, que habían sido contratadas en forma directa.

En este marco, las principales definiciones adoptadas por la Comisión Interventora Normalizadora entonces fueron:

- Realizar contrataciones a través de mecanismos que *asegurasen competencia y transparencia*, reemplazando las políticas de contrataciones directas previamente aplicadas.
- Abandonar el esquema de grandes gerenciadoras en posición monopólica de servicios respecto de los beneficiarios PAMI, procurando contratar *uniones de prestadores de mediana escala con gestión mayoritariamente propia*, en un marco competitivo, con *posibilidad de elección por parte de los beneficiarios*, luego de un plazo de transición.

- Recuperar la capacidad de PAMI de generar información a partir de las prestaciones efectivamente brindadas a los beneficiarios, a los fines de contar con datos apropiados para la elaboración de tasas de uso nacionales y regionales y definir planes epidemiológicos que apunten a la prevención.
- Convocar a efectores públicos, nacionales, provinciales y municipales, para su participación en sistemas prestacionales público-privados.
- Asegurar la efectiva percepción de fondos por parte de los reales prestadores del sistema (médicos de cabecera, laboratorios, establecimientos de internación y centros de alta complejidad) evitando los manejos financieros propios de los sistemas con intermediación y pago centralizado a un gerenciador, que generaban permanentes conflictos financieros entre efectores y gerenciadores.
- Establecer precios para las prestaciones contratadas que -en su conjunto- se adecuaran a los flujos de ingresos proyectados de PAMI, evitando comprometer pagos que no pudieran ser cumplidos y que habían generado un alto endeudamiento.
- Conformación y capacitación de equipos de control prestacional y auditoría, a los fines de promover una mejora continua en el funcionamiento de los sistemas a contratar, bajo una estricta observancia de las condiciones establecidas en la contratación, incluyendo penalidades para distintos tipos de incumplimientos.

IV.2. Implementación.

A partir de las definiciones detalladas precedentemente, se procedió a rescindir la totalidad de los contratos que regían las prestaciones médicas y sociales con anterioridad, procediéndose -a partir del mes de febrero de 2000 y en diferentes fases- a convocar a Concursos Públicos Abiertos para la contratación de servicios, a cuyo efecto se estructuraron equipos de trabajo con personal propio de PAMI (aproximadamente 350 personas), establecidos al efecto en la sede de la Sindicatura General de la Nación, para la recepción, procesamiento y evaluación técnica de las ofertas recibidas.

A través de equipos de trabajo, se elaboraron los correspondientes pliegos de bases y condiciones que derivarían en las futuras contrataciones de prestaciones médicas y sociales, mediante la evaluación de parámetros técnicos, funcionales y económicos, privilegiando la accesibilidad y la posibilidad de optar entre diferentes alternativas de servicios para los beneficiarios de PAMI.

Por otra parte, la Comisión Interventora estableció la participación de diversos entes externos, tal el caso de la Procuración del Tesoro de la Nación, la Escribanía General de Gobierno de la Nación, la Sindicatura General de la Nación y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Por su parte, participó la Oficina Anticorrupción, dependiente del Ministerio de Justicia de la Nación, a los fines de contar con adecuada asistencia, control y supervisión en el proceso iniciado.

Las características más relevantes del Nuevo Sistema Prestacional en el que se basaron los Pliegos de Bases y Condiciones Generales que rigieron el proceso licitatorio para la contratación de los servicios médicos asistenciales para los afiliados del Instituto fueron:

- Las redes de prestadores (Unidades de Gestión y Participación, UGP) deberían estar conformadas por los titulares de la capacidad prestacional, es decir los dueños de los sanatorios, clínicas, médicos, etc. De esta manera se buscó la eliminación de las figuras de intermediación.
- Se establece un sistema de pagos directo a los prestadores a través de un fondo fiduciario administrado por el Banco de la Nación Argentina. Se abrirá una cuenta para cada prestador de la UGP, inclusive para cada medico, y se depositarán los fondos, de acuerdo a los parámetros de distribución informados por la UGP y supervisados por el INSSJP.
- Se prevé un régimen de sanciones y penalidades por incumplimientos contractuales y un sistema de auditorías médicas periódicas a realizarse en la sede de cada efector.
- Se promueve la creación de canales de flujo de información estadística entre las UGP y el INSSJP para su utilización en la planificación de políticas asistenciales.
- Libre elección entre los prestadores que integran la red de su UGP desde el inicio del Sistema, del médico de cabecera cada tres meses y de la UGP a los seis meses del inicio del nuevo sistema prestacional, opción que se hace efectiva una vez por año.
- Se incorpora la prestación de prótesis a la cápita médica.

El total de presentaciones en el Proceso Licitatorio fue de 197 ofertas prestacionales, de las cuales 112 corresponden a prestaciones Médico-Sociales y 70 a Odontología. A la fecha, fueron adjudicadas ya 53 Unidades de Gestión y Participación de Servicios Médico-Asistenciales, 2 redes prestadoras de servicios de Odontología y las principales prestaciones complementarias.

IV.3. Factores Clave del Modelo Prestacional Implementado.

Atomización de la Oferta

Como resultado del proceso descripto, en el ámbito de las Prestaciones Médicas de Nivel I/II/III, se efectivizó la contratación de 53 Unidades de Gestión y Participación (asociaciones y uniones empresarias de prestadores) que prestan actualmente servicios a más de 2.300.000 beneficiarios residentes en las sucursales PAMI de San Luis, Tierra del Fuego, Rosario, Santa Fe, Catamarca, Chubut, Formosa, La Pampa, Río Negro, Concordia, Entre Ríos, Salta, San Justo, Corrientes, Jujuy, San Martín, Mar del Plata, Luján, Lanús, Azul, Capital Federal, La Plata, Santiago del Estero, Morón, Bahía Blanca y Junín.

La puesta en marcha de los nuevos sistemas prestacionales se llevó a cabo en forma gradual, por Sucursal, a partir del 1 de mayo de 2000.

En todas las Sucursales PAMI, en las que operaba previamente una única gerenciadora, quedó conformado un nuevo sistema que permite fijar las bases para un esquema competitivo que genere mejores servicios en el futuro. En los servicios complementarios (Geriatría, Sepelios, Salud Mental, entre otros) se siguió el mismo criterio de eliminar las gerenciadoras y entidades intermediarias⁶.

Libre Elección

Como se señaló con anterioridad, un elemento clave del modelo prestacional puesto en marcha para los servicios médico-asistenciales de Nivel I/II/III ha sido la introducción de mecanismos de competencia entre los grupos de prestadores, a partir de la opción de cambio prevista para los Beneficiarios.

Si bien los contratos preveían esta opción luego de un período inicial de transición de seis meses, la Comisión Interventora ha entendido que el adelantamiento de dicho plazo permitiría ampliar las posibilidades de atención de los beneficiarios.

A tal efecto, las gestiones realizadas en cada Sucursal posibilitaron que, a partir del 1 de Diciembre de 2000, se comiencen a implementar los mecanismos administrativos e informáticos para que los beneficiarios puedan hacer uso de esta opción, previéndose una adecuada difusión de esta nueva modalidad. Se entiende que la posibilidad de cambiar de red de prestadores permitirá que los beneficiarios opten por aquella red que cuente con los profesionales y establecimientos de su preferencia.

⁶ Ver Parte II: Saneamiento Económico Financiero

En todos los casos, los Beneficiarios cuentan con la posibilidad de cambiar cada tres meses de médico de cabecera, pudiendo optar entre los profesionales que prestan servicios en cada Sucursal. Al cumplirse el primer mes de implementación del Sistema de Libre Elección, 10.000 beneficiarios han hecho uso del cambio de prestador o de médico de cabecera.

Control de Calidad de las Prestaciones

Se implementaron *mecanismos de control prestacional* sobre la base de criterios de mejora continua en la calidad, integración de la información, planificación y gestión, como las auditorías médicas, los Centros Coordinadores y el Consejo Fiscalizador Prestacional integrado por beneficiarios del Instituto.

Centros Coordinadores

Los Centros Coordinadores son puestos de atención al Beneficiario emplazados en Hospitales y Clínicas prestadores del INSSJP. Contribuyen a asegurar la calidad en las prestaciones y permiten generar un flujo de información del desempeño de los distintos servicios y modalidades de prestación, así como información estratégica (tasas de uso, prevalencias), y principalmente niveles de satisfacción del afiliado. Comenzaron a implementarse a principios del año 2000 en todas las sucursales del país. Cabe destacar que al momento de llevar adelante esta decisión, funcionaban solamente 23 Centros Coordinadores en la Sucursal VI Capital Federal.

La misión del Centro Coordinador es la de recibir y gestionar la demanda de los afiliados, realizando acciones que permitan dar respuesta a las inquietudes que acerquen en cuanto a las expectativas de turnos, demoras en la atención, el trato de recepcionistas y operadoras, la atención brindada por los profesionales, los servicios médico-asistenciales, enfermería, hotelería y otros aspectos relacionados con la calidad de atención. Por otra parte, el Centro Coordinador asume un rol activo que consiste en detectar -mediante el relevamiento sistemático de pacientes- la problemática de casos e información acerca del desempeño de los distintos servicios del establecimiento, así como caracterizaciones de la problemática médica-social de la población relevada. A los fines de su implementación, se destacan las siguientes acciones:

- Puesta en marcha de Centros Coordinadores en los principales prestadores de PAMI, estimándose que a fin del año 2000 estarían funcionando más de 230 Centros Coordinadores en todo el país.

- Capacitación de 1.000 agentes para la atención de Beneficiarios en los Centros Coordinadores.
- Implementación de sistemas de información en 77 Centros Coordinadores a los fines de disponer de datos sistematizados sobre la gestión de servicios.
- Implementación del nuevo Manual de Procedimientos de Centros Coordinadores.
- Plan de nivelación para adecuar la calidad de atención en Centros Coordinadores según parámetros preestablecidos.

Tablero de Control en Sucursales

El cuadro de situación que presentaban las sucursales que componen la red, en cuanto a la disponibilidad y accesibilidad de la información, presentaba características tales como información escasa, difusa, con procesos y procedimientos pocos claros e inexistencia de indicadores de gestión, entre otros parámetros.

En este sentido, se seleccionó un conjunto de indicadores cualitativos y cuantitativos que forman parte de un sistema integrado, convirtiéndose en una herramienta esencial para detectar posibles desvíos, actuando además, como soporte para las áreas de Nivel central.

Depuración del padrón de afiliados y Publicación en Internet

El estado del sistema de afiliaciones del INSSJP, a Diciembre de 1999, presentaba enormes falencias, entre ellas el hecho que no todas sus Sucursales y Delegaciones estaban conectadas en línea. Esto generó que una cantidad de altas o bajas no quedaran correctamente registradas en el Padrón de Beneficiarios, situación que en ocasiones generaba un mayor gasto al INSSJP por pagar a los prestadores capitados por beneficiarios que no contaban con cobertura. Por otra parte, no existían modelos de validación de la información, lo que significó reclamos por parte de las redes prestadoras respecto a sus respectivos padrones. Finalmente, se verificó una tendencia a concentrar la operación en el nivel central, por ejemplo en la autorización de afiliaciones por excepción.

A los efectos de revertir esta situación, se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Se modificó el sistema de manera tal que todo movimiento ingresara en tiempo real al padrón.

- Se cruzaron los Padrones de Beneficiarios de PAMI con las bases de datos de fallecidos del Registro Nacional de las Personas, padrón de Obras Sociales, Padron PROFE entre otras y se efectuaron otros cruces para detectar inconsistencias y depurar las anomalías.
- Se llevaron adelante depuraciones internas sobre el padrón (detección de DNI duplicados, hijos mayores que padres, documentos incompletos u otro tipo de errores) para su corrección.
- A partir de Marzo de 2000, con las depuraciones iniciales básicas, se comenzó a distribuir el padrón en medio magnético a las Sucursales de PAMI y a los prestadores. Asimismo, se distribuyeron padrones a las Delegaciones que no estaban conectadas y a los médicos de cabecera para conocimiento de los beneficiarios a su cargo.
- Entre Enero de 2000 y Noviembre de 2000 se procedió a dar más de 100.000 bajas al padrón original, que implican un ahorro directo de aprox. \$3 millones mensuales. Producto de estas depuraciones, se alcanzó un nivel de calidad de los datos contenidos que permitieron publicar dicho padrón en Internet (www.pami.org.ar) para consulta de Beneficiarios, prestadores y profesionales.

Reformulación del Sistema PAMI Escucha

Al inicio de esta gestión, el servicio del Departamento Pami Escucha y Responde era deficiente. Los objetivos no eran claros, se carecía de una planificación y no existían normativas definidas para el correcto desempeño de la tarea. Por su parte, menos de la mitad de los afiliados de todo el país disponían de servicios las 24 horas. Las principales acciones emprendidas en esta área fueron:

- Se reestructuró el servicio aumentando en un 50 % la capacidad de recepción de llamados. Fue revisado el Contrato telefónico 0800 con el objeto de mejorar la relación costo- beneficio y la calidad de la prestación.
- Fue creado el Centro de Validación telefónica de sepelios con la finalidad de agilizar y controlar la prestación, como así también obtener información estadística al respecto.
- Se desarrolló un sistema de registro de quejas y reclamos a nivel nacional, con la intención de identificar y medir los desvíos tomando acciones correctivas necesarias tendientes a mejorar la calidad de las prestaciones.

- Se elaboró un plan de regionalización del servicio en las 36 sucursales del país con el propósito de lograr la atención en el ámbito nacional durante las 24 horas, los 365 días del año.
- Se implementaron talleres a todos los asistentes con el fin de mejorar la atención a los Beneficiarios, capacitando a los asistentes y profesionales de la organización.

Carta Compromiso con el Ciudadano

El 28 de Julio de 2000 el INSSJP firmó un Convenio con la Secretaría para la Modernización del Estado y la Subsecretaría de la Gestión Pública, con la finalidad de incorporar e implementar el Programa Carta Compromiso en el PAMI. El Programa Carta Compromiso con el Ciudadano está destinado a:

- Facilitar a los afiliados el acceso a los servicios brindados por el INSSJP.
- Transparentar la modalidad operativa del organismo y explicitar el compromiso en la prestación.
- Asimismo, tiene por objeto desarrollar un proceso permanente de mejora continua en la prestación de la servicios a cargo del Instituto, en consonancia con los lineamientos sustantivos de la política de modernización del Estado.

Se redactó el proyecto de Carta Compromiso enumerando en sus distintos capítulos los siguientes puntos:

- Los servicios que presta el INSSJP
- Los derechos (24) del Beneficiario
- Los compromisos (24) que asume el INSSJP para cada uno de los derechos
- Los estándares e Indicadores para cada uno de los compromisos
- El cumplimiento de los estándares de calidad de los servicios
- El sistema de sugerencias, quejas y reclamos y los mecanismos y apelación
- Las formas de consulta y otras modalidades de participación de los Beneficiarios y la medición de resultados
- La difusión de los resultados de desempeño

Los derechos y compromisos son un total de 24 y abarcan los siguientes temas:

- *trato digno debido al Beneficiario*
- *procedimientos administrativos*
- *niveles de atención médica*
- *asistencia social*
- *procedimientos de consultas, quejas y denuncias*

El Proyecto de Carta Compromiso está siendo evaluado para su aprobación por Jefatura de Gabinete, estimándose su implementación para el segundo semestre del año 2001.

Jubilados Auditores

A partir del mes de septiembre del 2000, se efectuó la capacitación de 300 Beneficiarios -representantes de Asociaciones y Centros de Jubilados de todo el país- a los fines de la realización de auditorías sobre la calidad de atención en las prestaciones de PAMI.

IV.4. Visión de Futuro.

En forma paralela al saneamiento económico-financiero del INSSJP, se definió una visión de futuro que contemplara el desarrollo de modelos prestacionales más avanzados. A tal efecto, PAMI diseñó el *Sistema Integrado de Atención (SIA)* conformado por redes prestacionales aptas para la prestación de servicios a Beneficiarios PAMI, los que podrán elegir libremente el sistema de su preferencia. Para la conformación de redes prestacionales deben cumplirse diversos requisitos de inscripción y acreditación ante la Sucursal PAMI, con la correspondiente evaluación directa de cada prestador potencial.

Los Sistemas Integrados de Atención prevén la gradual incorporación de otros servicios a los de Nivel I/II/III, a los fines de aumentar la eficiencia e integración, de acuerdo a las pautas específicas que se establezcan en cada Sucursal, según la realidad regional. En las licitaciones llevadas a cabo ya fue incorporada a la cápita general la provisión de prótesis. En la próxima etapa se analiza la posibilidad de incorporar otros servicios tales como salud mental, hemodiálisis, geriatría, transplantes, óptica odontología, entre otros.

A estos efectos, ya se han puesto en marcha las etapas de inscripción y acreditación de efectores en las Sucursales Mendoza y Neuquén, previéndose su implementación en otras Sucursales en los próximos meses. Una vez conformadas las redes prestacionales, los beneficiarios PAMI de cada Sucursal podrán optar por la red que consideren más adecuada para su atención médica, en función de los profesionales y prestadores que las integren.

SECCION V

MENSAJE FINAL

V. MENSAJE FINAL

En base a los objetivos fijados por la Comisión Interventora a fines de 1999, la gestión de PAMI en el año 2000 concentró los esfuerzos de sus funcionarios y personal en el restablecimiento de todos los servicios médico-asistenciales y en la eliminación del déficit económico-financiero que se estimaba en más de \$500 millones anuales.

El saneamiento prestacional y financiero, contando con un sistema médico-asistencial y social en funcionamiento y una estructura de costos operativos acorde con los ingresos proyectados, constituye el pilar fundamental para un proceso de mejoramiento continuo de los servicios a brindar a los beneficiarios de PAMI.

El desafío de gestión en PAMI durante el año 2000 se caracterizó por diversos logros significativos: el restablecimiento de todos los servicios médicos y sociales, la contratación de servicios a través de mecanismos competitivos y transparentes, la eliminación de sistemas de intermediación, la reducción del déficit financiero, el equilibrio económico de ingresos y gastos, la introducción de mecanismos de competencia a través de la libre elección de servicios por parte de los beneficiarios y el establecimiento de procedimientos permanentes de control y auditoría.

La dedicación y profesionalismo de los funcionarios y personal de PAMI involucrados en tales tareas ha posibilitado que hoy se hayan fijado las bases necesarias para llevar adelante nuevos desafíos de gestión que generen una mejor calidad de servicios a los Beneficiarios.

Sobre la base del modelo prestacional estructurado en el año 2000, PAMI deberá conformar una organización interna de alta eficiencia, mediante la redefinición de áreas operativas y funciones y la descentralización de actividades y procesos en la toma de decisiones, tal de poder dar respuestas concretas a las necesidades de sus Beneficiarios.