



UNIVERSIDAD
TORCUATO DI TELLA

Evaluación de Impacto del Proyecto de Renovación Automática de Medicamentos sin Cargo en PAMI.

Tesis de Maestría en Políticas Públicas
Facundo D. del Villar
Tutor: Mg. Martín Wachs
14 de Junio de 2020.

Índice

1. Resumen Ejecutivo.	2
2. Introducción.	3
¿Qué es el PAMI?	3
Creación y breve historia	4
Estructura jerárquica	5
Presupuesto institucional	6
Misiones y funciones de la Unidades de Gestión Local	7
Modelo de Atención Personalizada (MAP)	8
Subsidio Social - Resolución 337/2005	9
Implementación de la Renovación Automática (RA)	10
Arquitectura de sistemas de PAMI	13
Sobre la espera y su percepción	15
3. Metodología.	17
Calidad de los datos	19
Extracción y análisis de datos	20
Conformación de los grupos de tratamiento y control	20
Utilización del método de Diferencias en Diferencias	21
Tiempos de atención y outliers	22
4. Datos generales y estadística descriptiva	25
Resultados	28
5. Conclusiones	33
Recomendaciones	34
Comentario sobre la situación post COVID	35
6. Bibliografía	36

1. Resumen Ejecutivo.

Con cerca de 5 millones de afiliados, el PAMI se presenta como la obra social más grande de Latinoamérica. Cada día se realizan cerca de 30 mil trámites en sus más de 600 dependencias en toda la Argentina.

Como consecuencia de una saturación de sus puntos de atención, en 2019 se decidió implementar cambios en el circuito de renovación de medicamentos sin cargo por subsidio social, siendo éste el trámite de mayor demanda, ocupando el 43% de las gestiones totales. Aunque la caída en la demanda de ese trámite era esperable, el efecto neto de esta medida era incierto.

La evaluación de impacto desarrollada en este documento muestra una caída promedio de 9% en los trámites de renovación y una reducción en el tiempo de espera de 3 minutos promedio por turno para el periodo post implementación.

Este análisis demuestra que la implementación del proyecto produjo una mejora neta en los tiempos de permanencia promedio en agencia y presenta evidencia de que la medida colaboró en una asignación de recursos más eficiente, que a su vez sirvió para contener la demanda creciente de otros trámites.

Sin embargo, su principal contribución puede ser la reafirmación de que incorporar evaluaciones relativamente simples al flujo de proyectos de gestión puede producir información valiosa para la futura toma de decisiones.

2. Introducción.

El trámite de renovación de medicamentos por vía de Subsidio Social 337 (SS337) es la gestión de mayor demanda en todas las dependencias PAMI del país. Este trámite abarca más del del 40% del volumen de trámites realizados en forma presencial por los afiliados al Instituto. Hoy, más de 1.100.000 afiliados cuentan con el beneficio del SS337.

La Renovación Automática (RA) se planteó como una medida orientada a disminuir la afluencia de afiliados a las dependencias PAMI, buscando un beneficio doble: una optimización operativa en términos de atención al público y un beneficio directo al afiliado por el ahorro en tiempo y diligencias. Esto se lograría a través de la simplificación de este trámite bajo determinadas condiciones de acceso para los afiliados, como así también condiciones de inclusión de ciertos medicamentos.

Para avanzar con esta medida, se decidió iniciar una prueba piloto en algunas Unidades de Gestión Local (UGL), con el objetivo principal de poner a prueba las modificaciones introducidas en la base de datos del SS337 y del sistema de Medicamentos Sin Cargo (MSC), núcleo gestor de las autorizaciones.

Las UGLs contempladas para la prueba piloto fueron Río Cuarto y Quilmes en una primera instancia (1 de abril), sumándose Rosario, Córdoba, La Plata y Mar del Plata en la segunda semana de ese mes (8 de abril). Este grupo se constituyó como el grupo de tratamiento, mientras que el resto de las UGLs funcionarían como un grupo de control. A partir del 1 de mayo, la medida se implementó en todas las UGLs del país. Los resultados de esta prueba piloto sirvieron como base para realizar la siguiente evaluación de impacto.

Para poder comprender el contexto de este proyecto, es necesaria una breve introducción a la conformación del PAMI y a sus características estructurales y operativas.

¿Qué es el PAMI?

El Programa de Atención Médica Integral (PAMI) es la obra social de los jubilados y pensionados argentinos, y de los veteranos de guerra de Malvinas (y sus dependientes), que se financia con aportes de los trabajadores activos y pasivos y con aportes del Tesoro Nacional. En su concepción, el PAMI se constituyó como un ente público no estatal pero en los hechos siempre estuvo bajo el control del poder político a través de reiteradas intervenciones.

Esta obra social es una de las principales financiadoras del sistema de salud nacional, tanto del sector público como privado (Maceira, 2002). Es además el principal comprador de medicamentos del país y, con cerca de 5 millones de afiliados, se estima que es la obra social más grande de Latinoamérica¹. Con más de 600 dependencias de atención al público, el PAMI tiene además una cobertura geográfica y presencia territorial que supera ampliamente a la de otros organismos nacionales como la ANSES².

Bajo el paraguas conceptual del modelo de salud integral que rige en PAMI, los servicios que ofrece la obra social exceden ampliamente a los definidos en el PMO (Plan Médico Obligatorio) e incluyen actividades recreativas y preventivas que van desde clases de yoga o de aquagym, hasta una oferta de residencias propias del PAMI que se entregan en comodato a afiliados en situación de vulnerabilidad habitacional.

Creación y breve historia

El 13 de mayo de 1971, el presidente de facto Alejandro Agustín Lanusse sancionó el decreto ley 19.032 en el que se creó el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) con el objetivo de dar prestaciones “[...] por sí o por intermedio de terceros, a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y a su grupo familiar primario, de servicios médicos asistenciales destinados al fomento, protección y recuperación de la salud”³. En su texto original, la ley contemplaba que el Instituto podría “prestar otros servicios destinados a la promoción y asistencia social de los afiliados, tales como subsidios, préstamos con o sin garantía real, vivienda en comodato mediante programas y asistencia financiera de la Secretaría de Estado de Vivienda, asesoramiento y gestión previsional gratuitos, promoción cultural, proveeduría, recreación, turismo y todo otro servicio que el Directorio establezca”⁴.

En este marco, dentro del INSSJP se crea el Programa de Atención Médica Integral (PAMI), enfocado en los servicios médicos del Instituto y cuyos beneficiarios objetivo eran en principio solo los habitantes de la ciudad de Buenos Aires. Con el tiempo, la expansión del

¹ De acuerdo a lo indicado en la web oficial de PAMI.

² ANSES da cuenta de 1008 puntos de atención en todo el país. Sin embargo, solo 176 de ellos tienen atención diaria o semanal, mientras que los otros se reparten en frecuencias quincenales, mensuales, o incluso mayores. En PAMI, al menos 500 puntos de atención tienen atención diaria y permanente.

³ Texto original de la Ley 19.032, del 13 de mayo de 1971, de creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

⁴ *Ibidem* 3.

PAMI a nivel nacional lo convirtió en sinónimo de las actividades del INSSJP como un todo, tanto desde la perspectiva de las prestaciones médicas como de las sociales.

Estructura jerárquica

De acuerdo al artículo 5to de su ley de creación, la estructura de conducción del INSSJP estaría conformada por un Directorio Ejecutivo Nacional (DEN), integrado por directores en representación de los afiliados, de los trabajadores activos y del Estado Nacional, cada uno con mandato por 4 años. La composición del directorio y el peso otorgado a cada uno de estos actores fue cambiando a medida que se promulgaron sucesivas modificaciones a la Ley 19.032, siendo su último y mayor cambio estructural el sancionado en la Ley 25.615 del año 2002. Esta norma establecía que el DEN estaría compuesto por 11 directores, 7 en representación de los afiliados, 2 por los trabajadores y 2 por el Estado Nacional. Además, en esta misma Ley se crearían las Unidades de Gestión Local (UGL) en reemplazo de las Delegaciones Regionales⁵.

Sin embargo, el DEN rara vez operó en los más de 45 años de historia del Instituto. El directorio estuvo intervenido en forma casi permanente desde su creación, situación que se reiteró sucesivamente hasta la sanción del decreto del Poder Ejecutivo Nacional 2/2004 donde el presidente Néstor Kirchner dio lugar a una etapa transicional “desde el fin de la intervención hasta la normalización definitiva en el nuevo marco legal que se dicte”⁶, atendiendo que “conviene suspender, por el período que dure la transición y hasta la sanción de una nueva norma por el Honorable Congreso de la Nación, la aplicación de la normativa hoy vigente que se contraponga a lo aquí establecido”⁷.

El decreto de Kirchner parecía sincerar en cierto modo la situación de intervenciones permanentes, reconociendo los fallos de diseño en la composición de su directorio al requerir que se consolide “[...] normativamente una reestructuración que reformule su órgano de gobierno [para] que aporte mayor ejecutividad[...]”⁸, y delegando en el Congreso Nacional la responsabilidad de avanzar en este sentido. Como ejemplo de los problemas a la hora de conformar el DEN, en el caso de los directores en representación de los beneficiarios, el proceso de elección fijado por la Ley 25.615 consistía en una elección indirecta a través de un Consejo Federal, integrado por 6 miembros -3 titulares, 3 suplentes- por cada Unidad de

⁵ Texto actualizado de la Ley 19.032, del 13 de mayo de 1971, de creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

⁶ Decreto Presidencial 2/2004, del 4 de enero, INSSJP Etapa Transicional - Modalidad.

⁷ Idem 6.

⁸ Idem 6.

Gestión Local, cuerpo que hoy estaría compuesto por 114 miembros. Los integrantes de estos Consejos, a su vez, serían designados a través de elecciones directas de los afiliados de cada una de las UGLs de todo el país en una suerte de sufragio nacional. Algo que a primera vista resulta impracticable y de un altísimo costo operativo.

Es así como en los artículos segundo y tercero de dicho decreto, Néstor Kirchner reemplaza al Directorio Ejecutivo Nacional por un Órgano Ejecutivo de Gobierno, conformado por un Director Ejecutivo y un Subdirector Ejecutivo designados por el Poder Ejecutivo, estableciendo que el Director Ejecutivo “tendrá las facultades de gobierno y administración establecidas en la Ley N° 19.032 y sus modificatorias para el Directorio Ejecutivo Nacional y será asistido por el Subdirector Ejecutivo, el que ejercerá las funciones que le encomiende el Director Ejecutivo y lo reemplazará en caso de ausencia o impedimento”⁹. Esta es la norma que hoy regula la actividad de la cúpula de conducción del Instituto y aquella que se cita en cada acto dispositivo emitido por el Director o Subdirector.

Presupuesto institucional

El presupuesto institucional de PAMI es el reflejo último del verdadero accionar de la obra social, ya que es una manifestación del interés -o la necesidad- política de la asignación de recursos.

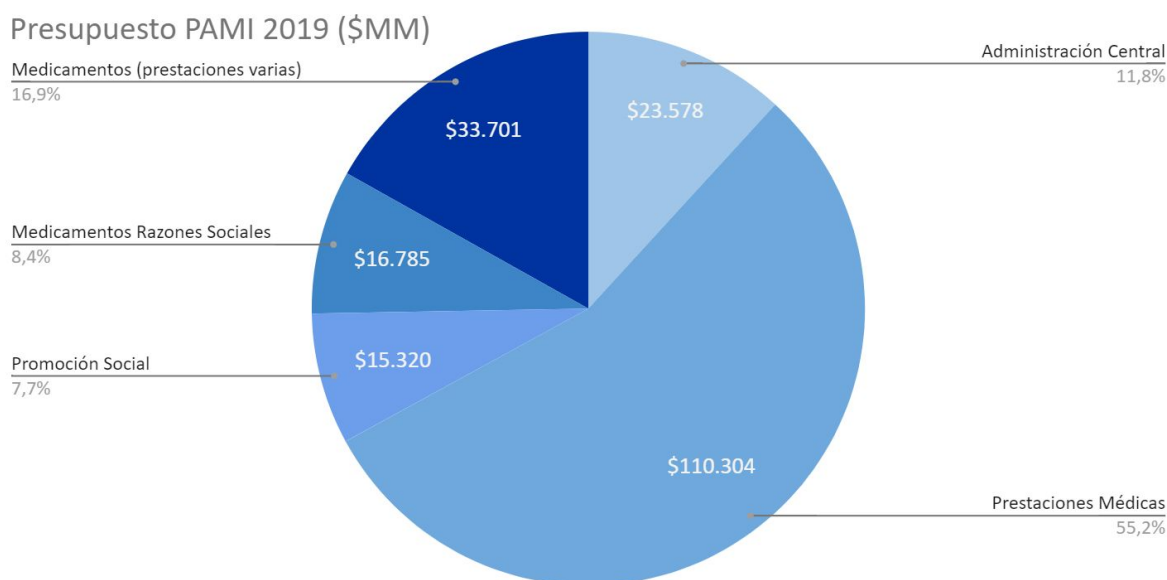


Gráfico 1. Presupuesto institucional del PAMI, año 2019. Fuente: elaboración propia en base a datos de PAMI¹⁰.

⁹ Ibídem 6.

¹⁰ Presupuesto Institucional, (s.f.). Recuperado el 12 de mayo de 2020, de <https://www.anses.gob.ar/puntos-de-atencion>. Última consulta: junio 2020.

Como es costumbre, el presupuesto anual se plasmó en la Resolución N°1 de 2019, arrojando un total cercano a los 200 mil millones de pesos. De acuerdo a estos datos, cerca del 25% del presupuesto total del Instituto se asignó a gastos en medicamentos incluyendo los correspondientes al SS337, que totalizaron un 8% del presupuesto total.

Misiones y funciones de la Unidades de Gestión Local

Las modificaciones introducidas por la Ley 25.615 incluyeron la descripción de misiones y funciones las UGLs, que actúan desde entonces como las oficinas de gestión descentralizadas en reemplazo de las Delegaciones Regionales. De acuerdo al texto de dicha Ley, las UGLs funcionarían “como unidad de ejecución de todos los programas implementados por el Instituto, elaborando propuestas y programas prestacionales para la jurisdicción, basados en los factores socio-demográficos, epidemiológicos, tasas de uso estimativas y costos de cada jurisdicción de acuerdo a las normas establecidas por el D.E.N., asumiendo la responsabilidad de mantener a tal fin actualizado el padrón de afiliados de su área de cobertura”¹¹.

El contenido concreto de estas misiones y funciones fue también modificado a lo largo de los años, siendo su última reglamentación la establecida por Resolución 824/2015 del INSSJP.

Hoy hay en PAMI 38 UGLs: cada capital provincial cuenta con una, excepto las provincias de Buenos Aires (12, CABA, San Justo, San Martín, Quilmes, Lanús, Morón, La Plata, Luján, Chivilcoy, Bahía Blanca, Mar del Plata, Junín y Azul), Córdoba (2, Córdoba y Río Cuarto), Entre Ríos (2, Paraná y Concordia) y Santa Fe (2, Santa Fe y Rosario). De cada una de ellas dependen las agencias, bocas de atención y centros coordinadores correspondientes a su territorio. La diferencia entre estos últimos tipos de dependencias es operativa y en ocasiones variable de acuerdo a la conveniencia de cada UGL, pero básicamente responden a distintos tipos de tamaños de puntos de atención. En síntesis, la capilaridad y presencia territorial del PAMI la conforman las agencias, cuya necesidad también está atada a la necesidad de presencia física del afiliado (o un apoderado) para realizar casi cualquier tipo de gestión.

Los afiliados a PAMI tienen asignada una dependencia en particular en la que deben hacer sus trámites aunque no hay restricciones específicas de los sistemas para poder realizar gestiones en otros puntos de atención, ya que es común tener casos de traslados temporarios o por vacaciones. Sin embargo, por política general, a los afiliados en tránsito

¹¹ Ibídem 5.

no se les permite hacer trámites no urgentes en una agencia distinta a la que tienen asignada.

De la misma forma que las autoridades de Nivel Central, la designación de los Directores de las UGLs, sus coordinadores, e incluso los Jefes de Agencia, dependen mayoritariamente del ciclo político en curso y suelen reemplazarse con cada cambio de gobierno.

Modelo de Atención Personalizada (MAP)

Hasta el año 2011, PAMI no contaba con un esquema de atención unificado. De acuerdo a un relevamiento realizado previo a la implementación de las nuevas pautas de atención, las 38 UGLs y sus más de 600 dependencias carecían de “un Modelo de Atención unificado que asegure una calidad de atención estándar para todos los afiliados del Instituto. Lo cual, a su vez, en ocasiones impide que los trabajadores puedan contar con información cierta y a término, así como también de herramientas adecuadas para la atención, generando diversidad en las modalidades de atención y en los requisitos para acceder a los servicios, que no siempre se ajustan a los vigentes”¹². En otras palabras, además de un circuito de atención a criterio de las autoridades temporales de cada UGL (por su naturaleza ligada a ciclos políticos), los afiliados podían encontrarse con distintos requisitos para los mismos trámites en distintos lugares del país. Por este motivo, en la resolución que da inicio al nuevo modelo se citan como criterios de aplicación la Humanización de la Atención, la Sensibilización de los agentes, la Normalización de los trámites y la Regulación de los Procesos de Atención.

Uno de los principales ejes del cambio de modelo fue la creación de roles de agentes generalistas en contraposición a los agentes especializados en determinadas tareas, con el fin de permitir unificar una única línea de atención que pudiera resolver cualquier tipo de gestión. El circuito se estableció de manera tal de permitir dejar por fuera de esta línea única algunas gestiones particulares que requirieran intervención de equipos de mayor especificidad técnica de acuerdo a la conveniencia de cada UGL. Por lo tanto, el nuevo Modelo de Atención Personalizada (MAP) permitía cierta flexibilidad en cuanto a la distribución de tareas pero unificaba gran parte de los trámites en un mismo sector y normalizaba los requisitos para cada gestión a nivel nacional.

Por otro lado, hubieron avances significativos a nivel sistemas, entre los que se puede destacar la implementación de un turnero unificado para ser utilizado en las agencias de

¹² Resolución 164/2011, del 15 de febrero.

mayor cantidad de tráfico. Este turnero, controlado por el Sistema de Gestión de Atención (SGA), permitió comenzar a recabar estadísticas sobre tiempos de espera y de atención además de información relativa al tiempo de atención dedicado por cada agente.

Subsidio Social - Resolución 337/2005

La Resolución 337/2005 surge como una necesidad para reemplazar los subsidios de compra de medicamentos otorgados en forma local por cada una de las UGLs. Este subsidio se utilizaba para solventar el copago que debían realizar los afiliados en condiciones de vulnerabilidad al momento de adquirir un medicamento. Es decir que, si el descuento que ofrecía PAMI de un medicamento determinado era del 80% por las condiciones del convenio vigente con la industria farmacéutica, el subsidio se utilizaba para completar ese 20% restante y que el afiliado pudiera retirar el medicamento en forma 100% gratuita. Esta medida centralizó la autorización del gasto de subsidios de medicamentos e inició el camino para normalizar los requisitos y criterios de evaluación para la obtención de dicho beneficio, además de establecer un listado de medicamentos admisibles y convertirlo en un objeto de negociación concreto con la industria farmacéutica.

El listado de medicamentos y los requisitos de acceso fueron variando a lo largo del tiempo a medida que se introdujeron nuevas condiciones y se comenzaron a cruzar datos con otros entes del Estado (principalmente de tipo patrimonial), presumiblemente para enfocar el beneficio en los sectores de mayor vulnerabilidad, pero probablemente también como una herramienta de control presupuestaria.

En 2017 se produjo una importante merma en el padrón de beneficiarios del SS337 a partir de la aprobación de la Disposición Conjunta N°0005/SGPS-SGTM/2017 (entre la Secretaría General de Promoción Social y la Secretaría General Técnico Médica), cuyo texto definió nuevos criterios de inclusión en el subsidio de naturaleza patrimonial, citando en sus considerandos motivos de eficiencia y equidad, además de aseverar que se encontraron “desvíos en el uso de los subsidios sociales para medicamentos que desnaturalizan este beneficio, por lo que corresponde, además, agregar parámetros objetivos para la inclusión de aquellos afiliados que realmente requieren de la asistencia social para acceder a las especialidades medicinales”¹³. Con esta disposición y con los nuevos criterios implementados, el padrón de beneficiarios del SS337 se redujo progresivamente de cerca de 1,66 millones de afiliados en enero de 2017 a 1,10 millones en diciembre del mismo año.

¹³ Disposición Conjunta SGPS - SGTM 5/ 2017.

Del lado del afiliado, el trámite de obtención del SS337 requería como mínimo presentarse en una agencia con las recetas de los medicamentos a evaluar y documentación que avalara la situación patrimonial del solicitante. En algunos casos el trámite requería la evaluación de un asistente social y, de acuerdo a la cantidad y tipo de medicamentos solicitados, podía requerir un nivel de autorización superior al del médico local, pasando a autorización de UGL o el denominado Nivel Central (en este caso, Gerencia de Medicamentos). Una vez autorizado el acceso al beneficio, los afiliados debían renovar sus autorizaciones a medida que sus recetas iban caducando.

Los requisitos de entrada al subsidio dejan entrever algunos problemas de diseño. Por ejemplo, un afiliado que tuviera ingresos mayores a 1.5 veces la jubilación mínima no podía acceder al beneficio, excepto que demostrara consumos en medicamentos mayores al 5% de sus ingresos totales. Esta constatación solo se hacía al momento de solicitud del beneficio, por lo que cualquier cambio en las condiciones de consumo de ese afiliado no revestían consecuencias en términos de su acceso a los medicamentos gratuitos. Es decir que, además de existir vías simples para saltar las barreras de ingreso, hasta que no comenzaron a realizarse cruces automatizados en 2018 para muchos afiliados el ingreso al beneficio era en la práctica vitalicio.

Implementación de la Renovación Automática (RA)

La cantidad de beneficiarios del SS337 y la dinámica misma del trámite convirtió a la renovación del SS337 (no así a la solicitud inicial) en el trámite de mayor volumen en todas las UGLs del país. Tal es así que, como ya se ha indicado, cerca del 43% de las gestiones realizadas en forma presencial en 2018 en las dependencias PAMI eran de renovación de SS337. Este patrón se repetía año a año. El trámite se realizaba en forma presencial y cada autorización se consideraba en forma individual por principio activo, por lo que por cada medicamento para el que se quisiera solicitar el subsidio se debía asistir a una dependencia PAMI. Además, estas autorizaciones tenían un vencimiento muchas veces distinto entre si y para su renovación, aún sin existir ningún cambio en la medicación, el afiliado también tenía que tramitarlo en forma presencial. Con lo cual podían darse casos de afiliados que tuvieran que regresar a hacer múltiples gestiones para aprobar un listado breve de medicamentos, incluso de tipo crónicos.

Una vez identificado el problema causado por el volumen de solicitantes de la renovación del SS337, se decidió implementar una automatización en el sistema de autorizaciones de

Medicamentos Sin Cargo (MSC) para evitar visitas innecesarias a las agencias, siempre y cuando se cumplieran con los siguientes requisitos:

- El afiliado debía consumir hasta 4 medicamentos por Subsidio Social;
- el medicamento debía ser de uso crónico;
- el consumo del medicamento debía ser regular y sin modificaciones, es decir, no presentar cambios (de principio activo ni de presentación) en un plazo anterior a 6 meses y;
- las recetas presentadas en farmacia para su dispensa debían ser del tipo Receta Electrónica¹⁴.

Bajo estas condiciones se estimó que esta medida, denominada Renovación Automática de Medicamentos sin Cargo (RA)¹⁵, podría beneficiar a más del 60% del padrón de beneficiarios evitándoles visitas a dependencias PAMI e incluso incentivar a aquellos que no cumplieran con alguno de los requisitos -como el máximo de medicamentos- a ajustar su consumo para gozar del beneficio de la RA¹⁶. Detrás de estas limitaciones había distintos argumentos y motivos: por un lado, el temor a un incremento de solicitudes -ya que se asumía que la complejidad del trámite resultaba en si disuasoria-, y por otro, un incentivo para los afiliados a reducir su listado de medicamentos subsidiados a cambio del beneficio de no tener que volver a realizar la gestión¹⁷.

En cuanto a la evaluación realizada para la implementación inicial, se encontró que el inicio del proyecto podía ser relativamente rápido en relación a modificaciones de reglas del sistema, pero costoso en términos de persuasión de las áreas involucradas, principalmente por temor a que las autorizaciones automáticas incentivaran el consumo dentro de un presupuesto que ya estaba bajo una situación de estrés por el contexto económico, y sobre el que ya se habían tomado medidas restrictivas. El área iniciadora del proyecto fue la

¹⁴ En el PAMI convivieron distintos tipos de recetas a lo largo del tiempo. La denominada Receta Electrónica reemplazó la receta a puño y letra de los médicos, sustituyéndola por un documento impreso desde un sistema para recetas en el que se indicaban el tipo de monodroga, dosis, presentación, entre otros datos. Sin embargo, y hasta que se realizaron avances en el desarrollo de la Receta Digital (con firma electrónica), ese documento impreso debía llevar la firma ológrafa del profesional médico.

¹⁵ La implementación de la RA recibió cobertura mediática a partir de su implementación. Video disponible en https://youtu.be/HZzuSo5t_U4?t=149, última consulta: junio 2020.

¹⁶ PAMI publicó un video en su cuenta oficial de YouTube explicando los beneficios de la medida a sus afiliados. Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=WP4bola_J9c&feature=youtu.be, última consulta: junio de 2020.

¹⁷ Estos requisitos de acceso a la RA, tanto como los de acceso al subsidio, representan una oportunidad de análisis en términos de equidad y de introducción de obstáculos como barrera de contención para la obtención de un beneficio.

Gerencia Operativa y Coordinación de Unidades de Gestión Local, encargada de la gestión y coordinación operativa de todos los puntos de atención del país. El interés primario del área residía en reducir el tránsito de afiliados a las dependencias PAMI que en muchos casos mostraban señales de un inminente colapso. De allí, el foco puesto en el trámite de mayor demanda.¹⁸

El proyecto implicó una serie de desafíos normativos, de sistemas informáticos, y de comunicación interna y externa. Los sucesivos cambios en sistemas luego de la implementación de prueba se materializaron en las más de 70 incidencias (o tickets) creadas por el equipo de implementación, y que no llegaron a reflejar el alcance completo del proyecto. Sin embargo, a los efectos de este análisis, solo nos centraremos en el periodo pre y post implementación del proyecto de RA, más allá de los cambios complementarios en distintos sistemas que se fueron dando a lo largo del proceso y que no afectaron al circuito de atención en sí.

En cuanto a los desafíos de comunicación, los agentes de atención tuvieron que adaptarse a cambios pequeños pero importantes en el sistema de MSC, principalmente para obtener la información que permitiera orientar a los afiliados en cuanto a cómo acceder a la RA. Los afiliados, al carecer de cualquier otro tipo de canal de gestión que no fuera el presencial, también tuvieron que adaptarse al nuevo sistema, principalmente en términos de confianza de su correcto funcionamiento.¹⁹

Desde 2017, el tiempo de atención promedio en las UGLs había mejorado progresivamente. Pero, a partir del segundo semestre de 2018 había comenzado a dar señales de deterioro, particularmente en la sede central de cada UGL. El Gráfico 2 muestra los tiempos de espera promedio para cada mes de la sede central de cada UGL, y el tiempo promedio de espera para todas las dependencias por fuera de la sede central. En el gráfico se puede ver que sobre el final de 2018, los tiempos de atención se empiezan a incrementar y se amplía la brecha entre la espera en las sedes de UGL y el resto de los puntos de atención.

¹⁸ Extraído de una conversación telefónica con Alfonso Morales Bustamante, Gerente de Coordinación de Unidades de Gestión Local desde 2018 hasta el final de la gestión de Mauricio Macri. Realizada el 9 de mayo de 2020.

¹⁹ “Al principio de la implementación tuvimos muchos problemas con afiliados cuyos medicamentos de hecho se renovaban en forma automática, pero por desconfianza en el sistema, de todas maneras asistían a las agencias para solicitar la renovación en forma presencial”. Alfonso Morales Bustamante, idem 18.

Espera promedio por tipo de dependencia

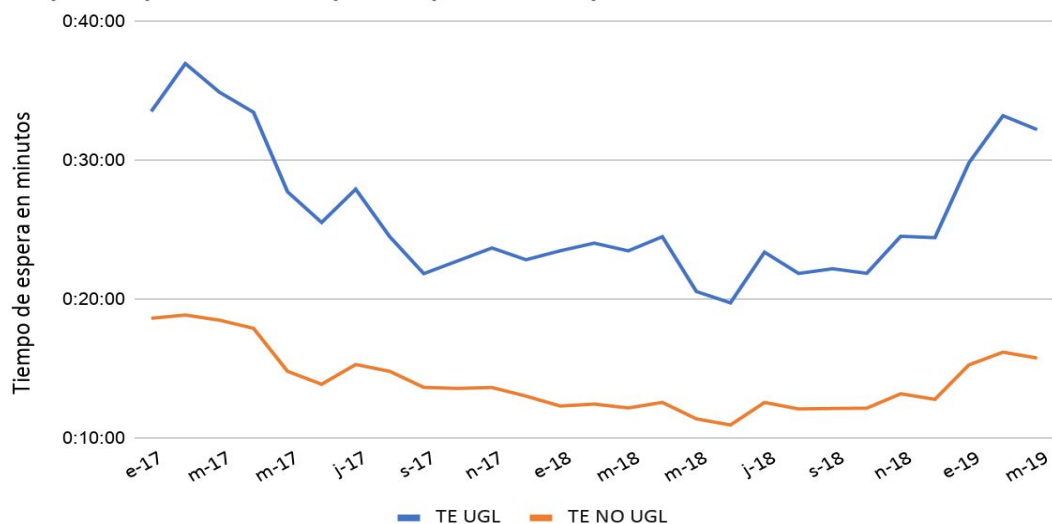


Gráfico 2. Tiempo de espera promedio histórico para sedes UGL y otras dependencias.

En la sede central de UGLs como Córdoba, la de mayor cantidad de afiliados a nivel nacional, se entregaban en 2019 entre 700 y 1000 turnos diarios. El tiempo de espera promedio para Córdoba durante 2019 estaba cerca de una hora, con un pico de 1 hora 16 minutos en marzo. No era raro que los afiliados esperando en el salón comenzaran espontáneamente a aplaudir, como señal de protesta por la demora en ser atendidos.



Un día normal en la UGL Córdoba. Foto tomada a las 11 hs del 8 de abril de 2019.

El presente análisis se ocupa del impacto de la implementación del proyecto de Renovación Automática en términos de la demanda de este trámite y de los efectos sobre los tiempos de espera previa a la atención y de atención en box para los afiliados que realizaron trámites de renovación u otras gestiones en alguna dependencia PAMI.

Arquitectura de sistemas de PAMI

El PAMI cuenta con 80 subsistemas alojados en distintas plataformas, que a su vez están divididos en 17 categorías según el público que los utiliza.

Cada uno de estos subsistemas cumple funciones distintas y relativas al servicio o prestación que controla. Por ejemplo, dentro de la categoría Prestaciones Médicas, el sistema de Órdenes de Prestación es utilizado para consultar, emitir o anular autorizaciones para prácticas médicas que así lo requirieran. A su vez, el sistema de Ópticas se utiliza para la autorización y el control de límites de provisión de anteojos a los afiliados.

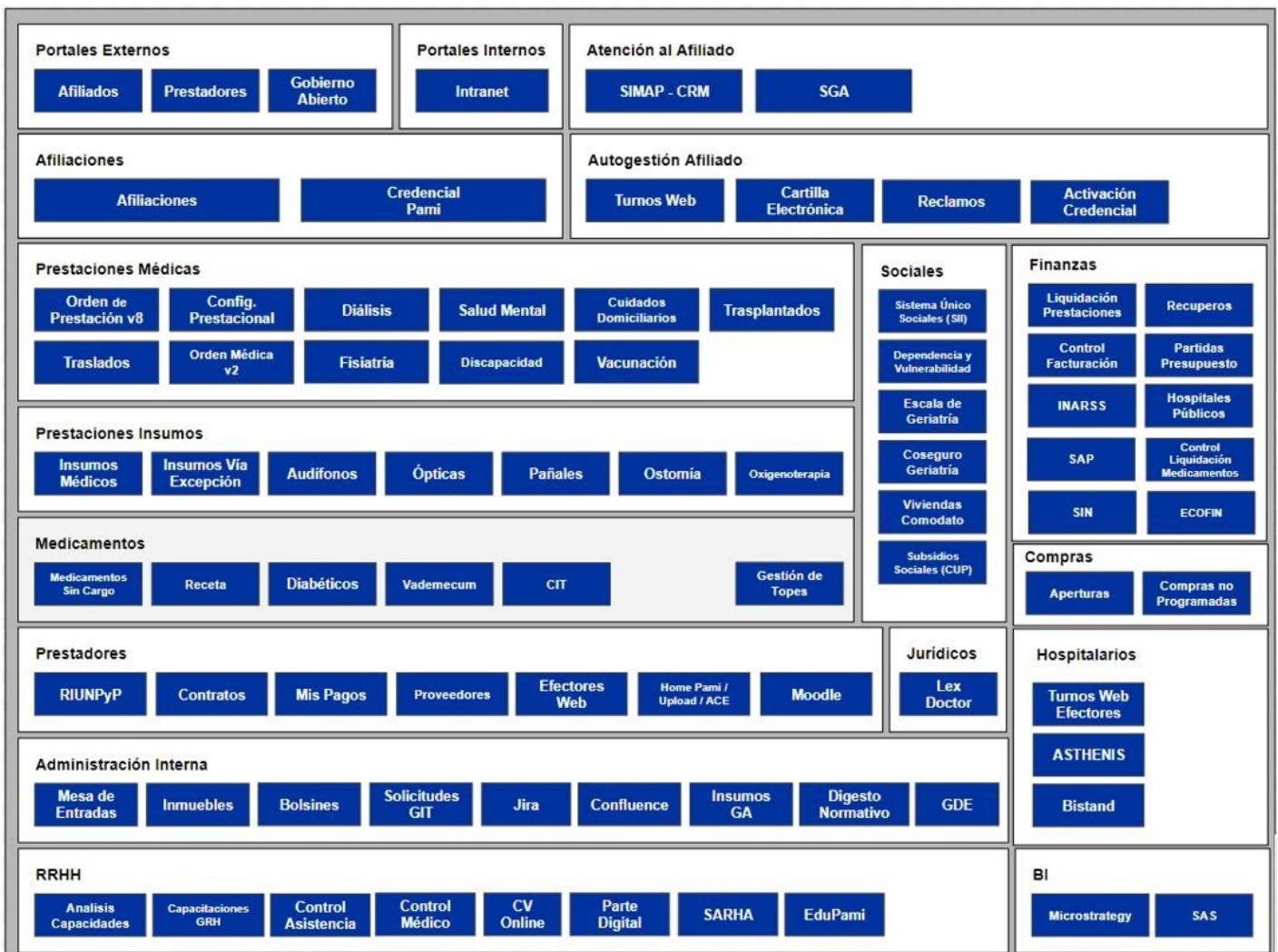


Diagrama 1. Mapa de subsistemas de PAMI. Fuente: Gerencia de Sistemas del INSSJP.

Uno de los mayores problemas de PAMI a nivel sistemas sigue siendo hoy el grado de compartimentación de la información, que impide cruzar datos en forma simple y rápida, y obliga a los agentes a cargar la misma información reiteradas veces en caso de recibir varias consultas de un mismo afiliado. Por ejemplo, para un afiliado que realizara una consulta relativa al subsistema de Órdenes de Prestación y otra para el subsistema Ópticas, el agente de atención debería cargar dos veces los datos identificatorios del beneficiario para poder encontrar su información.

A los efectos de este análisis, el sistema del cual se nutrieron las bases de datos utilizadas surgen del ya nombrado SGA. En resumidas cuentas, este sistema gestiona los turnos otorgados a los afiliados en todas las dependencias PAMI que cuentan con él. En cierto punto, el SGA se comenzó a utilizar para otras funciones como ser, por ejemplo, el medio de certificación para el pago de un plus para los agentes que realizaran tareas de atención al público por más de 3.5 horas por día.

En cuanto a lo relativo a este análisis, el SGA permite identificar el día y hora de la asignación de un turno, el tiempo de espera hasta la atención, el tiempo de atención misma en box, el tipo de trámite realizado o consultado, y la fecha y hora de finalización de la atención. La calidad de algunos de estos datos es limitada por motivos que se expondrán más adelante.

Sobre la espera y su percepción

El PAMI tiene características extraordinarias que convierten a sus afiliados en una suerte de público cautivo. Por un lado, aún cuando el acceso y calidad de los servicios son heterogéneos a nivel geográfico, el Instituto tiene una oferta de prestaciones difícilmente igualable por otro proveedor de salud de la Argentina. De hecho, y al no existir incompatibilidad en ser afiliado a una obra social y contratar una prepaga, es común que abonados a prepagas que no pueden resolver reclamos prestacionales recurran a su afiliación a PAMI para obtener el servicio que se les niega por la otra vía. Sin embargo, cabe destacar que ese acceso es en los términos, tiempos y condiciones que el PAMI puede o quiere establecer.

Por otro lado, para los afiliados que no pueden solventar una prepaga y tienen la posibilidad de estar afiliados a PAMI, posiblemente no exista en el país mejor oferta prestacional que la que tiene el Instituto.

En una encuesta a los afiliados realizada a nivel nacional en 2016²⁰, se encontró que el 75% de ellos estaban entre “Muy satisfecho” y “Algo satisfecho” con los servicios ofrecidos por el Instituto. Por otro lado, un 25% de los afiliados se mostró “Muy insatisfecho” o “Algo insatisfecho” con las demoras en la atención en las agencias. Al realizar una asociación de palabras con PAMI, los encuestadores encontraron que “lento”, “demora” y “burocrático” eran conceptos que aparecían reiteradamente entre las personas consultadas.

Esto es un problema para PAMI en distintos niveles. En primer lugar, la incertidumbre frente al tiempo de espera para la atención puede producir estrés, ansiedad y frustración. Además, la percepción del tiempo de los consumidores suele ser mayor al tiempo real esperado (Nie, 2000). De hecho, el trabajo sobre la percepción del tiempo puede resultar más importante que la reducción del tiempo real de espera. Los sentimientos negativos que producen las esperas prolongadas se atribuyen a alguien, y por lo tanto pueden ser directamente relacionados con el prestador del servicio y tienen un efecto directo sobre la imagen general del servicio. Esta atribución aumenta cuando el consumidor cree que el proveedor del servicio tiene cierta influencia sobre la demora, y que ésta no es producto de factores ajenos a su control (Taylor, 1994; Nie, 2000). Además del prestador, la atribución puede recaer también sobre los empleados (ej. por falta de capacitación o de atención a sus tareas) o incluso sobre otros consumidores (ej. por preguntar mucho o demorar en entregar documentación), tal como describen Pamies, Ryan y Valverde (2018).

El modelo de atención de PAMI de tipo “fila múltiple”, en el que hay uno o dos sectores de espera general con varios boxes de atención, y en el que no hay una fila clara (ver foto), produce una sensación de injusticia en los consumidores incluso cuando este esquema probó ser mejor en términos de utilización de recursos de atención y en los tiempos efectivos de espera (Rafaeli, Barron, Haber, 2002). Esa sensación de injusticia proviene de que en este formato “desorganizado” (con una fila no manifiesta) se puede percibir que hay personas que son atendidas más rápido de lo que les correspondería por su orden de llegada, especialmente en los casos en los que se designan áreas de atención rápida para determinados trámites.

Que los afiliados a PAMI estén en cierta medida “cautivos” probablemente los haga tolerantes a una espera más prolongada por el simple hecho de no poder acudir a un competidor y comparar la calidad del servicio. De todas maneras, al tener la espera una influencia directa sobre la imagen institucional, y existiendo maneras simples y baratas de

²⁰ Estudio de Opinión: informe primera oleada (septiembre de 2016). Informe no publicado. Consultora Management & Fit.

reorganizar la atención e incluso de trabajar sobre las percepciones del tiempo, resulta un foco potencialmente atractivo para ser trabajado por las autoridades del PAMI.

3. Metodología.

La base de datos utilizada para el presente análisis fue la obtenida del Sistema de Gestión de Atención. Este sistema es el encargado de registrar el circuito completo de atención en las agencias PAMI, y su funcionamiento es comparable al de un turnero.

Al ingresar un afiliado a una dependencia PAMI, su recorrido es el siguiente:

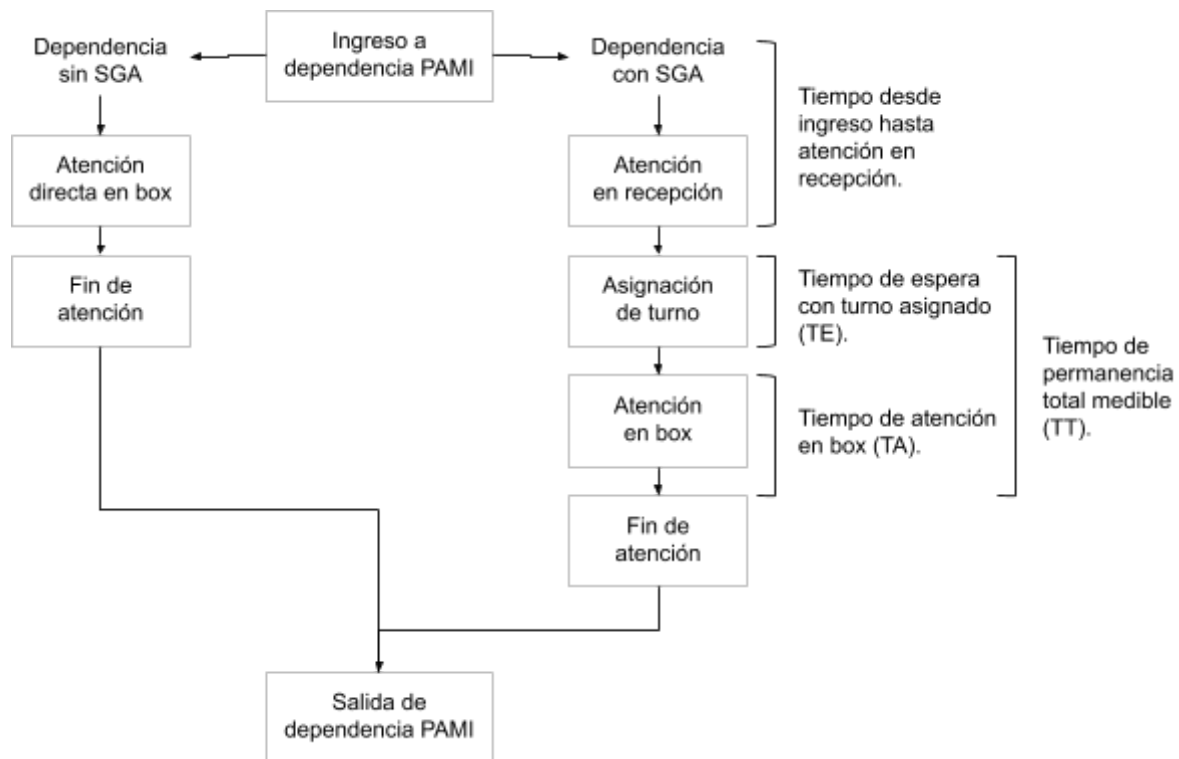


Diagrama 2. Circuito general de atención en dependencias PAMI.

La atención para aquellos afiliados que ingresan a una dependencia sin el SGA no tiene ningún tipo de registro en cuanto a tiempos. Además, la única manera de reconstruir la información de trámites gestionados por los afiliados es a través de una consulta a cada uno de los subsistemas relacionados a su atención, operación que no se realiza por ser ineficiente y poco práctica. En cambio, en las dependencias con SGA, el sistema permite conocer parte del recorrido de los afiliados, con algunas limitaciones.

Al ingresar a una dependencia con SGA, un afiliado se puede encontrar con una cola de espera para ser atendido en la recepción. Por lo tanto, puede existir un tiempo de espera previo a la asignación de un turno del que no hay registro fehaciente, pero que en el caso de dependencias de mucho tráfico como la UGL Rosario, o la UGL Córdoba, puede llegar a ser mayor a los 30 minutos.

Una vez asignado el turno, el sistema registra la fecha y hora de entrega. Luego se toma otro registro al comienzo y al final de la atención en box, por lo que se puede obtener el tiempo de espera desde la asignación de turno hasta el inicio de atención (en adelante TE), el tiempo de atención en box (en adelante TA) y, sumando ambos, el tiempo total de permanencia en la dependencia (TE + TA = TT), con las limitaciones ya mencionadas²¹.

Las agencias que tenían implementado el SGA a principios de 2017 eran 268. Esas agencias cubrían aproximadamente el 80% del padrón total de afiliados. El número de agencias que utilizaban dicho sistema se mantuvo relativamente estable durante varios años, al priorizarse su implementación en las dependencias de mayor volumen de atención. En cuanto a la captura de datos, la base disponible para este análisis cuenta con la siguiente información dividida en tres tablas:

Tabla	Columna	Descripción
SGA_T_TRAMITEXATENCION	ID_NUM	Número de identificación del turno.
	ID_TRAMITE	Código de trámite realizado.
	OBSERVACION	Observaciones sobre trámite (campo libre).
	N_BENEFICIO	Número de afiliado.
	C_GRADO_PARENT	Código de parentesco (parte del nro. de afiliado).
	T_DOCUMENTO	Tipo de documento.
	N_DOCUMENTO	Número de documento.
	ID_TRAMITEXATENCION	Contador de trámites.
	ID_TURNO WEB	Boolean para identificar turnos tomados online.
SGA_T_ATENCION	ID_NUM	Número de identificación del turno.
	F_INICIO	Fecha de inicio de atención en box.
	F_FIN	Fecha de fin de atención en box.
RESUMEN_TIEMPOS_TOTAL	ID_NUM	Número de identificación del turno.
	C_UGL	Código de UGL.
	D_AGENCIA	Nombre de agencia o dependencia.
	F_RECEPCION	Fecha y hora de asignación de turno en recepción.

Tabla 1. Columnas disponibles en la base de datos y descripción.

²¹ Al momento de este análisis, el SGA carecía de algunas funciones básicas de un sistema de turnos de atención como lo puede ser la derivación entre puestos. Por ejemplo, un afiliado atendido en un sector que requiriera atención en otro sector no podría ser derivado con el mismo número (y, por lo tanto, priorizado en la fila), sino que debería sacar otro turno nuevo. Por esta y otras falencias del sistema, el circuito que desarrolla cada afiliado dentro de la agencia se puede reconstruir solamente en parte.

El código ID_NUM es el utilizado a través de las distintas tablas del SGA para relacionar los datos relativos a cada turno. En las bases de datos, esta columna se denomina “primary key”, y tiene ciertas condiciones que lo convierten en un valor único e identificador de cada registro a través de distintas tablas. De esta manera se pudo reconstruir la información presentada en el análisis de datos y resultados.

Calidad de los datos

La calidad de los datos de la base del SGA presentaba varios problemas, por lo que el análisis se tuvo que restringir a aquella información con registros confiables. Un ejemplo claro de la baja calidad de algunos datos es el producido por una práctica habitual de los agentes de recepción: utilizar un mismo número de afiliado para asignar los turnos de atención. Esta costumbre se debe a que se ahorra el tener que ingresar los 14 dígitos de cada afiliado que espera a ser atendido²². Por este motivo, en la base se pueden encontrar casos de afiliados que se atienden cientos de veces por mes.

Lo mismo ocurre con otros campos que hubieran sido útiles para ampliar este estudio, como el de número de documento. Este campo es de carga opcional en el sistema y no cuenta con ningún tipo de validación automática, por lo que muchas veces se encuentran registros del tipo “1111111111” o, una vez más, números de documentos con cientos de atenciones en periodos cortos.

En cuanto al tipo de trámite realizado, el SGA presenta un problema estructural al ser un mero registro de la atención y no un sistema que se nutra de información de otras bases. Al iniciar una atención, los agentes debían ingresar en forma manual el tipo de trámite a realizar de acuerdo a lo requerido por el afiliado. Si el afiliado requiriera otro tipo de consulta o gestión, los agentes de atención deberían ingresarlo también en el sistema. Sin embargo, al no tener ninguna restricción para continuar con la atención, podrían existir casos en los que no se registre más que un trámite. Por lo tanto, un mismo turno puede esconder varias gestiones distintas de las cuales únicamente se conozca la primera.

En síntesis, los datos de mayor valor son los relativos a la asignación de turnos, inicio y fin de atención. El tipo de trámite realizado, aún con las limitaciones descritas, también resulta de suma utilidad y fundamental para este análisis.

²² En una implementación posterior a la bajada de datos para este análisis, se agregaron reglas y restricciones para el ingreso de datos que impedían otorgar más de un turno a un mismo afiliado en un mismo día, y se eliminó la función de autocompletar del sistema que permitía utilizar siempre un mismo número de beneficio.

Extracción y análisis de datos

Las consultas a las tablas de las bases de datos fueron realizadas mediante el software de análisis estadístico y administración de bases de datos SAS. El procesamiento y parte del análisis de los datos para este documento se realizó con el lenguaje Python, utilizando la plataforma Jupyter Notebooks²³. Algunos análisis puntuales y gráficos se realizaron con Microsoft Excel.

El uso de Python resultó fundamental para el procesamiento de la información obtenida de las bases ya que, por la cantidad de registros y el peso de las bases, la mayor parte del trabajo no podía realizarse en Excel. Las tablas utilizadas tienen más de 8 millones de filas, y ocupa cada una más de 2 o 3 GB de espacio en disco.

Conformación de los grupos de tratamiento y control

Una vez aprobado el proyecto de implementación de RA, la selección de los grupos de tratamiento se realizó en base a criterios definidos por la Gerencia Operativa y Coordinación de UGL. En un principio, las UGLs seleccionadas para la prueba a iniciarse el 1 de abril de 2019 eran seis: UGL 3 Córdoba, UGL 7 La Plata, UGL 9 Rosario, UGL 11 Mar del Plata, UGL 36 Río Cuarto, y UGL 37 Quilmes. Sin embargo, tiempo antes de realizar la primera implementación se decidió postergar el inicio en cuatro de las seis UGLs de prueba, por temor a que los cambios en sistemas pudieran tener un impacto negativo sobre la principal prestación ofrecida por el PAMI. Para la primera etapa de implementación se eligieron la UGL 36 Río Cuarto y UGL 37 Quilmes ya que presentaban ciertas ventajas de escala, de falta de congestión de afiliados y de buen funcionamiento general. Al corroborarse que los sistemas respondieron de manera adecuada, se procedió a la implementación de las otras 4 UGLs una semana después, el 8 de abril de 2019. Por último, las 32 UGLs restantes adoptaron el nuevo circuito de la RA a partir del 1 de mayo de 2019. De esta manera, los grupos de tratamiento y control se consolidaron de la siguiente forma:

²³ Web oficial del proyecto: <https://jupyter.org/>

Grupo	UGLs	Observaciones
Grupo Tratamiento 1	UGL 36 Río Cuarto y UGL 37 Quilmes.	Implementado 1/4/2019.
Grupo Control 1	Todas las UGLs menos las 6 de la implementación.	-
Grupo Tratamiento 2	UGL 3 Córdoba, UGL 7 La Plata, UGL 9 Rosario, UGL 11 Mar del Plata, UGL 36 Río Cuarto, y UGL 37 Quilmes.	Se tomaron las tres últimas semanas de cada mes para igualar y poder comparar cantidad de días totales de implementación.
Grupo Control 2	Todas las UGLs menos las 6 de la implementación.	Mismas condiciones de fechas que el GT2.

Tabla 2. Conformación y fecha de implementación de los grupos de tratamiento y control.

Utilización del método de Diferencias en Diferencias

Parte del análisis presentado se basa en el método de Diferencias en Diferencias. La literatura disponible sobre este método y sobre aplicaciones puntuales es muy amplia y hay muchos ejemplos de su uso, como el caso analizado por Di Tella y Schargrodsky (2004) sobre el efecto en el robo de automóviles en zonas reforzadas por personal policial después del atentado a la Embajada de Israel en Buenos Aires en 1994.

La utilidad del método en este caso reside en que, frente a algunos pocos supuestos, la técnica permite separar efectos relacionados con la implementación de otros independientes de la misma. “Si la diferencia pre y post implementación del grupo de control se resta a la misma diferencia en el grupo de tratamiento, se logran dos cosas. Primero, si otros cambios que ocurrieron con el transcurso del tiempo están también presentes en el grupo de control, entonces se controla por estos factores [...]. Segundo, si hay características importantes que son determinantes del resultado y que difieren en los grupos de tratamiento y control, entonces, siempre que estas diferencias sean constantes en el tiempo, su influencia se elimina[...]” (Fredriksson y Oliveira, 2019)²⁴.

El principal supuesto para la utilización del método de Diferencias en Diferencias es la existencia de una tendencia igual entre los grupos de tratamiento y de control en el periodo de pre implementación (Gertler, Martínez, Premand, Rawlings, Vermeersch, 2011).

Como el GT2 está compuesto por una porción del GT1, se utilizó la cantidad de trámites de renovación desarrollada por el GT2 para verificar la tendencia. En este caso, y como muestra el gráfico 3, la similitud de tendencias se cumple.

²⁴ Traducción propia del texto original en inglés.

Tendencia pre implementación - GT vs GC

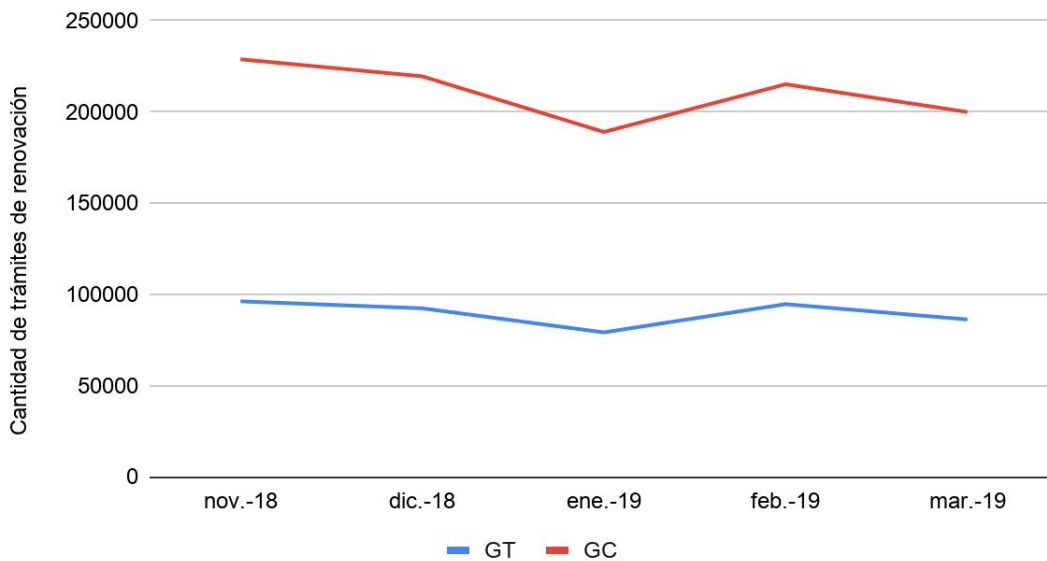


Gráfico 3. Tendencia de cantidad de trámites de renovación pre implementación.

Tiempos de atención y outliers

Un punto a tratar durante el análisis de datos fue el de errores de registro de los turnos. En la base se encontraron casos en los que había evidentes errores de medición, como por ejemplo tiempos de atención o de espera superiores a las 5 horas. Si estos casos hubieran realmente ocurrido, de todas formas pueden ser considerados excepcionales y no son funcionales al estudio de beneficios sobre tiempos de atención normales.

Un método comúnmente utilizado para eliminar los denominados outliers es el propuesto por Tukey (1977) basado en una inspección visual de un diagrama de caja o boxplot, y que consiste en establecer dos “barreras” usando como referencia el rango intercuartil (IQR). En los diagramas boxplot, las barreras se denominan whiskers o bigotes.

El método propone el siguiente esquema:

1. Calcular el rango intercuartil (IQR), definido como la diferencia entre el tercer cuartil (Q3) y el primer cuartil (Q1).
2. Calcular las barreras inferior (bi) y superior (bs):
$$bi = Q1 - 1.5 * IQR$$
$$bs = Q3 + 1.5 * IQR$$
3. Filtrar los outliers de acuerdo al resultado.

Todos aquellos valores que estén por debajo de bi o por encima de bs, serán considerados outliers. En la base utilizada, se eliminaron los registros que en el tiempo total de atención (TT) cumplieran con esta condición.

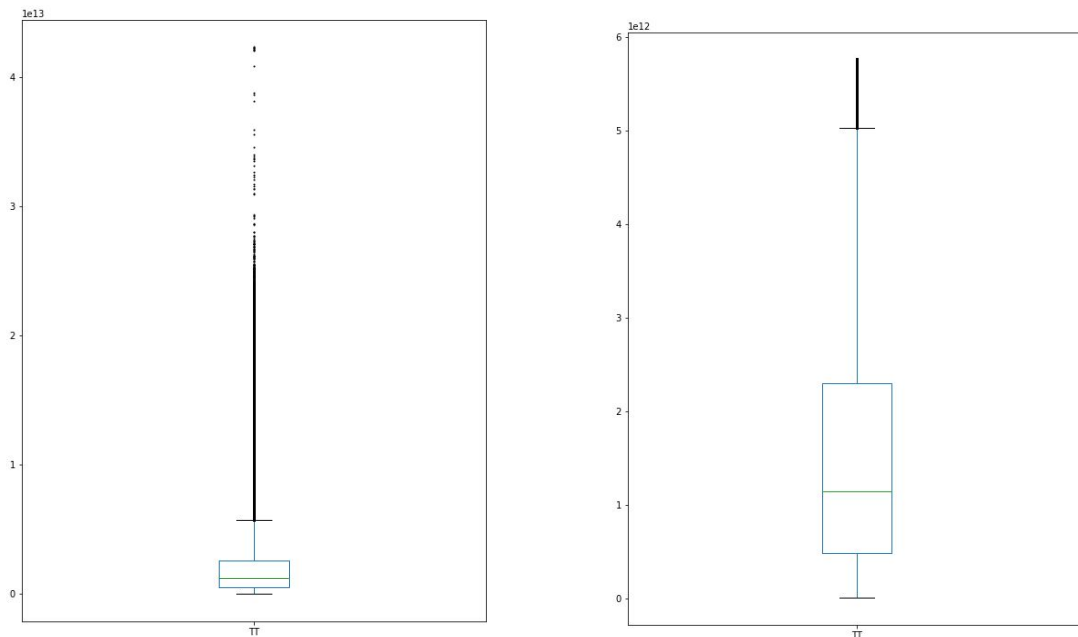


Gráfico 4. Diagramas de caja antes y después del filtrado de outliers.

Los gráficos muestran la distribución de observaciones de tiempo total (TT) promedio para todas las UGLs antes y después del filtrado de outliers. La escala del eje vertical corresponde a una conversión de los datos (datetime a float en Python), que posibilita hacer cálculos estadísticos sobre datos correspondientes a fechas y horas, pero que son una representación lineal del tiempo expresado en cada registro.

En la Tabla 3 podemos ver la distribución de valores previo al filtrado de outliers. En el tiempo de espera se da el caso de que mientras el 75% de las observaciones ocurren antes de los 35 minutos, hay tiempos de hasta casi 12 horas de espera, algo que en los hechos sería imposible de que ocurra. Lo mismo pasa en el tiempo de atención en box, donde vemos registros de hasta 10 horas mientras que el 75% de las atenciones se realizan en poco menos de 10 minutos.

	TE	TA	TT
count	7.574.433	7.574.433	7.574.433
mean	00:24:02	00:07:58	00:32:01
std	00:32:51	00:11:35	00:34:10
min	00:00:00	00:00:00	00:00:03
25%	00:00:48	00:01:51	00:08:34
50%	00:11:32	00:04:48	00:20:43
75%	00:34:27	00:09:51	00:43:35
max	11:44:40	09:58:46	11:45:08

Tabla 3. Distribución de observaciones de TE, TA y TT.

Al filtrar los outliers con el criterio expuesto, el resultado es que se descartan 422.577 observaciones, el 5,8% del total. En el cálculo de los tiempos promedio el efecto es que los máximos se reducen a valores que encuadran con registros esperables para las UGLs.

	TE	TA	TT
count	7.151.856	7.151.856	7.151.856
mean	00:18:30	00:07:32	00:26:02
std	00:21:44	00:09:11	00:22:34
min	00:00:00	00:00:00	00:00:03
25%	00:00:37	00:01:52	00:08:04
50%	00:09:56	00:04:44	00:19:01
75%	00:29:30	00:09:39	00:38:22
max	01:35:58	01:36:05	01:36:06

Tabla 4. Filtrado de outliers y distribución resultante.

Es importante destacar que el filtrado de outliers se realizó únicamente al efecto de analizar los tiempos de espera y no la cantidad de trámites, ya que más allá del error en el registro de los tiempos, es probable que este error no ocurra o esté minimizado en la entrega del turno en si.

4. Datos generales y estadística descriptiva

Para esta primera sección de análisis, tomamos los datos de 2018 al reconocerlos como los de mayor estabilidad por motivos que se expondrán más adelante.

Durante 2018, a través del Sistema de Gestión de Atención se registraron un promedio de 670.000 trámites por mes. La Tabla 5 muestra los 15 trámites de mayor demanda durante todo el año.

Descripción trámite	Total	% sobre total
Renovación de medicamentos sin cargo	3.449.642	43%
Solicitud de Ordenes de Prestación	458.140	6%
Solicitud de anteojos y lentes de contacto	425.325	5%
Información en general	371.204	5%
Solicitud de constancia/ credencial de afiliación	313.337	4%
Afiliación a PAMI	273.809	3%
Primera solicitud de medicamentos sin cargo	233.212	3%
Medicamentos Via de Excepción Local	227.492	3%
Cambio de centro de atención médica	215.939	3%
Cambio de médico de cabecera	201.969	3%
Varios	196.242	2%
Medicamentos Via de Excepción NC	191.248	2%
Kinesiología - OP	111.183	1%
Información Prestaciones Médicas	108.166	1%
Afiliaciones-Otros	89.609	1%

Tabla 5 . Top 15 de trámites totales 2018, todas las UGLs.

Estos 15 trámites comprenden el 85% del total de gestiones realizadas durante todo el año, mientras que la “renovación de medicamentos sin cargo”, correspondiente al SS337, acumuló cerca del 43% de las gestiones. A lo largo del año, tanto los trámites de renovación como el resto de los trámites siguieron una tendencia estacional similar, como así también el peso total de los trámites de renovación de medicamentos.

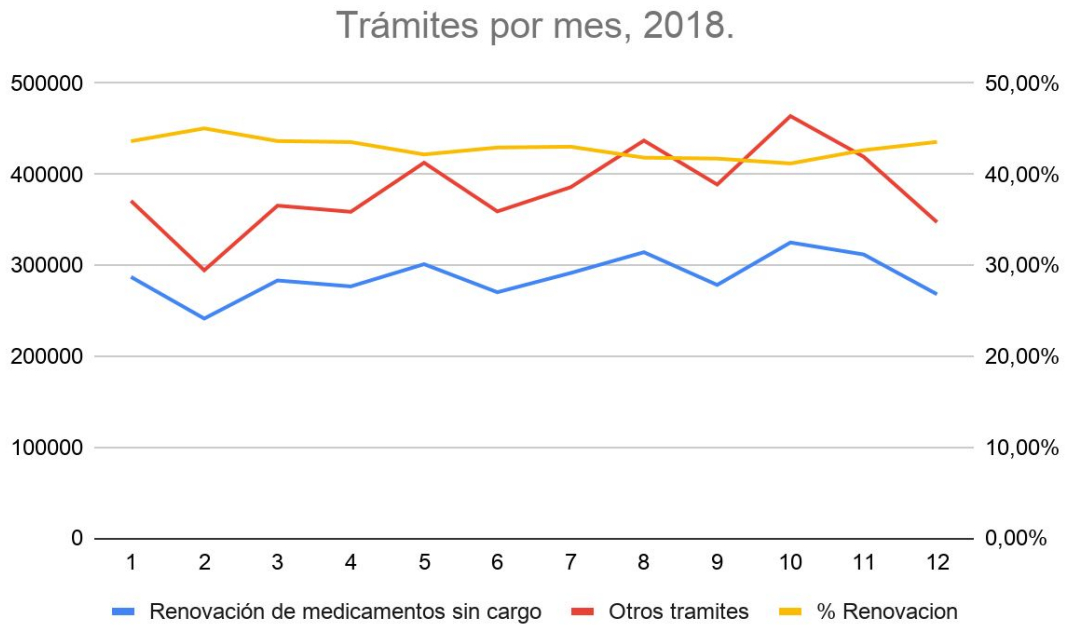


Gráfico 5. Distribución de trámites de renovación y de otros trámites, y porcentaje de trámites totales comprendidos por los trámites de renovación. Año 2018.

Si observamos el tiempo de atención en box promedio, podemos ver que es muy estable a lo largo del año. Es decir que, más allá de la demanda total de afiliados, la atención suele transcurrir en un lapso similar.

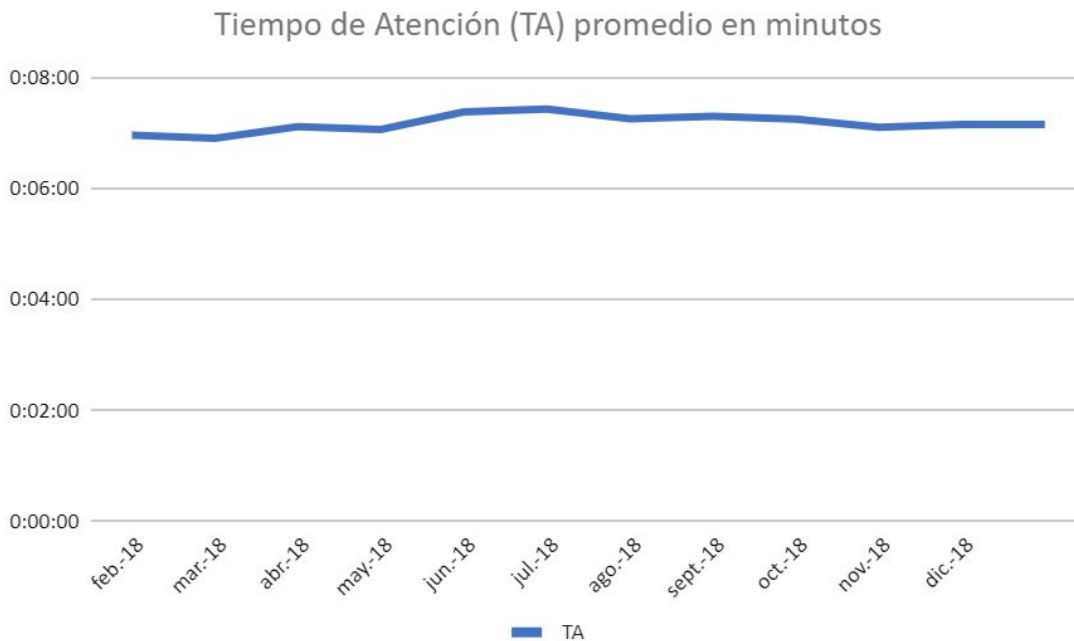


Gráfico 6. Tiempo promedio de atención (TA) en box por mes, todos los trámites, 2018.

Sin embargo, al observar el tiempo promedio para los trámites de renovación y contrastarlos con el tiempo promedio de atención para otros trámites, podemos ver que las gestiones relacionadas a la renovación de medicamentos son en general más breves.

	otros	renovación	dif
mean	07:30.7	06:45.1	-10%
std	08:35.4	07:54.0	-8%
min	0:00:02	0:00:02	0%
25%	0:01:52	0:02:04	11%
50%	0:04:52	0:04:28	-8%
75%	0:09:54	0:08:26	-15%
max²⁵	1:19:53	1:19:53	0%

Tabla 6. Tiempo de atención promedio en box para trámites de renovación, y otros trámites.

Es decir que además de ser el de mayor volumen, el trámite de renovación demostró ser en promedio un 10% más rápido en su resolución que el promedio de los otros trámites, y en un 75% de los casos se resuelve un 15% más rápido que el promedio de otras gestiones. El menor tiempo de resolución de entre 45 segundos y un minuto y medio promedio parece poco para un afiliado, pero en el agregado de gestiones es una diferencia importante.

²⁵ Aunque a primera vista la coincidencia entre el tiempo máximo registrado para un trámite de renovación y para otro tipo de trámites parezca un error, una consulta a la base de datos demostró que se trataban de dos turnos distintos otorgados en dos agencias distintas del país, y en el que se realizaron dos gestiones diferentes. Resulta ser, sin otra explicación mejor, producto de la casualidad.

Resultados

La Tabla 4 muestra la evolución de la cantidad de trámites de renovación en el GT1 y GT2 durante 2019²⁶, destacando la implementación en los grupos de tratamiento en el mes de abril, y la implementación completa en todas las UGLs en el mes de mayo.

	MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
GT1	Q RENOVACION	17.765	16.167	16.156	12.624	12.471	10.920	12.248	16.294	15.132	12.925
	VAR RENOVACIÓN	-	-9%	0%	-22%	-1%	-12%	12%	33%	-7%	-15%
GC1	Q RENOVACION	215.168	199.931	206.784	206.353	22.0768	181.104	203.371	231.164	230.897	217.406
	VAR RENOVACIÓN	-	-7%	3%	0%	7%	-18%	12%	14%	0%	-6%
GT2	Q RENOVACION	57.849	58.843	67.275	54.672	51.154	47.003	47.165	62.334	60.207	51.767
	VAR RENOVACIÓN	-	2%	14%	-19%	-6%	-8%	0%	32%	-3%	-14%
GC2	Q RENOVACION	132.658	137.384	160.581	147.202	140.574	127.665	124.043	154.208	161.864	146.650
	VAR RENOVACIÓN	-	4%	17%	-8%	-5%	-9%	-3%	24%	5%	-9%

Tabla 7. Cantidad de trámites de renovación en GT1, GT2, GC1 y GC2.

La variación de la cantidad de trámites en el mes de abril comparado al mes de marzo dio un resultado significativo tanto en el GT1 como en el GT2, con una caída de 22% y 19% respectivamente. En los grupos de control, en el primer caso no hubo variación, y en el segundo hubo una caída de 8%. De acuerdo al método de Diferencias en Diferencias, podemos observar que las variaciones atribuibles a la implementación son las siguientes.

	marzo pre	abril post	dif post pre	dif en dif
GT1	16.156	12.624	-21,86%	-21,65%
GC1	206.784	206.353	-0,21%	
GT2	67.275	54.672	-18,73%	-10,40%
GC2	160.581	147.202	-8,33%	

Tabla 8. Resultado de diferencias en diferencias para Q Renovación.

Es decir que se produjo una variación considerable de entre un 10 y un 22% en la cantidad de trámites de renovación de autorizaciones de medicamentos sin cargo en los grupos de tratamiento versus los grupos de control. Esta variación no puede atribuirse únicamente a la

²⁶ La base utilizada tenía disponible información hasta octubre de 2019. Por este motivo, todas las comparaciones de los periodos pre y post implementación se realizaron en base a los promedios de los meses enero-abril, y mayo-octubre.

estacionalidad del trámite, siempre tomando como base el año 2018, tal como muestra la Tabla 9.

MES 2018	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Q RENOVACION	287165	241438	283301	276779	301220	270381	291487	314371	278409	325052	311867	268172
ESTACIONALIDAD	0%	-16%	-1%	-4%	5%	-6%	1%	9%	-3%	13%	8%	-7%

Tabla 9. Estacionalidad de los trámites de renovación de medicamentos, año 2018.

La estacionalidad del trámite, que en el mes de abril muestra una tendencia a la baja con una caída de 4%, está lejos de reflejar la diferencia final que produjo la implementación del proyecto tanto para el GT1 como para el GT2 en comparación a los grupos de control.

La Tabla 10 muestra el promedio de trámites en los periodos pre y post implementación completa (es decir, en todas las UGLs), considerando los meses enero-abril, mayo-octubre (por ser el último dato disponible para 2019). Se incluye en este caso a abril 2019 dentro del periodo pre implementación, para considerar el periodo con implementación total en UGLs.

Año	Avg Pre	Avg Post	Var
2017	325.412	312.232	-4%
2018	272.171	296.820	9%
2019	293.514	294.170	0%

Tabla 10. Promedio de trámites pre y post implementación.

En relación a 2018, el año 2019 mostró un amesetamiento en la cantidad de trámites de renovación comparando ambos periodos. A primera vista, pareciera que el resultado de 2019 podría no ser satisfactorio ya que se ve el antecedente cercano en el año 2017 de una reducción en la cantidad de trámites para los periodos comparados. Sin embargo, esto se puede explicar en el hecho de que durante 2017 se introdujeron una serie de medidas que redujeron el padrón de beneficiarios del SS337 en cerca de un 33%.

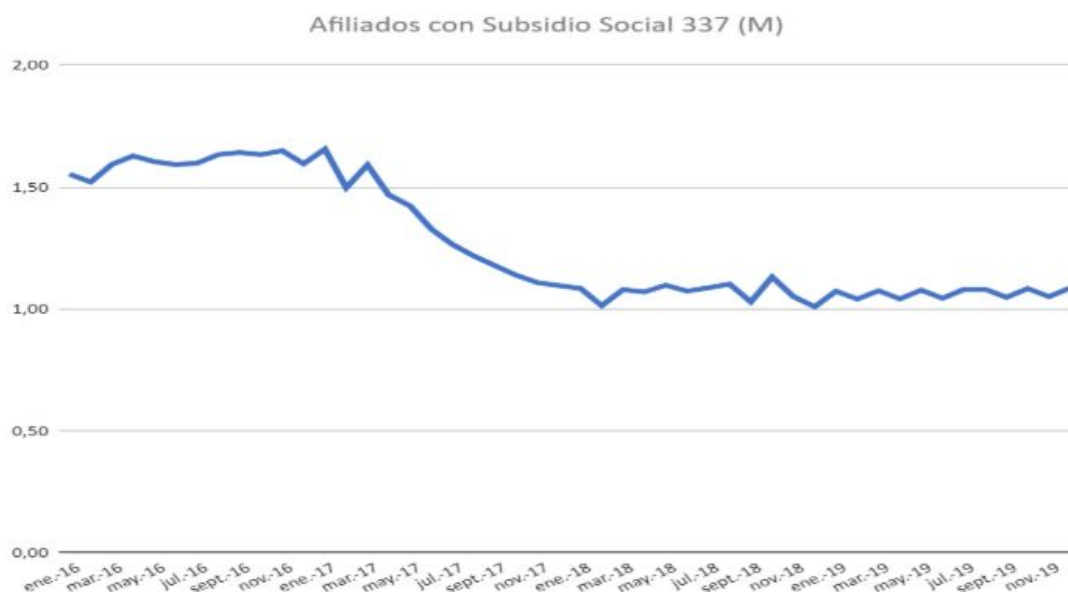


Gráfico 7. Cantidad de beneficiarios del SS337.

Es decir que, con una reducción progresiva de 1,66 millones de beneficiarios a 1,10 millones, la demanda de trámites de renovación cayó solamente un 4%. Pero, ¿qué hubiera ocurrido si la cantidad de beneficiarios se hubiera mantenido constante? Haciendo una proyección estimada de la demanda de trámites, manteniendo el padrón que existía a principios de 2018, obtenemos los resultados expresados en las Tablas 11 y 12.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Q RENOVACION 2017	346.311	276.152	374.349	304.836	347.890	314.440	302.271	311.756	293.609	303.427	294.201	263.037
BENEFICIARIOS SS337 2017	1,66	1,50	1,59	1,47	1,42	1,33	1,26	1,22	1,18	1,14	1,11	1,10
Q RENOVACION 2017 AJUSTADA	346.311	305.404	389.544	343.957	404.837	392.259	395.881	424.084	412.876	441.467	439.730	397.406

Tabla 11. Proyección de cantidad de trámites de renovación.

Avg Pre	Avg Post	Var
325.412	312.232	-4%
346.304	411.901	19%

Tabla 12. Estimación de variación pre y post implementación con proyección de trámites para afiliados constantes, año 2017.

Con este ejercicio, durante 2017 deberíamos haber visto un aumento de un 19% en la cantidad de trámites de renovación. En contraste, durante 2018 el padrón de beneficiarios del subsidio se mantuvo relativamente estable en el orden del 1,1 millón de afiliados. Por lo tanto, teniendo en cuenta que fue este el año de mayor estabilidad reciente en el padrón, y que ese año hubo un incremento de un 9% en los trámites de renovación en los periodos comparados, el resultado de 2019 es satisfactorio en cuanto a haberse logrado una estabilización de la demanda más allá de los picos estacionales.

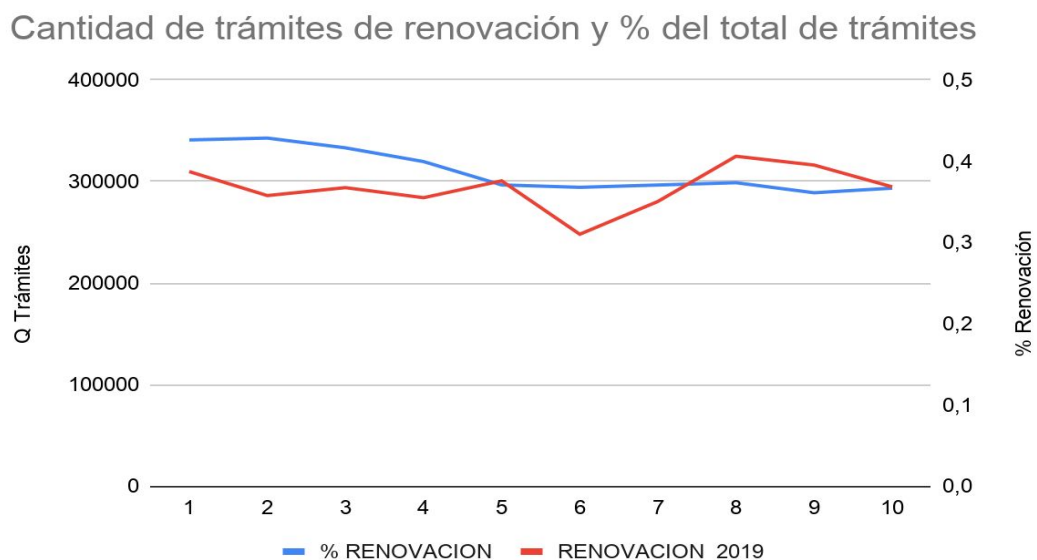


Gráfico 8. Cantidad de trámites de renovación y peso sobre trámites totales, año 2019.

El rebote en el mes de agosto pareciera responder a una variación estacional, tal como muestra la Tabla 9. Pero si se continúa con esta tendencia, en octubre se nota una caída debajo del nivel de agosto, en sentido contrario a la tendencia estacional. Por otro lado, como era esperable, la proporción de trámites realizados que ocupa la renovación del subsidio se redujo también mes a mes a partir de la implementación del proyecto.

Un efecto inesperado de la implementación fue que la cantidad de trámites realizados que no fueran un trámite de renovación, aumentaron varios puntos sobre lo registrado en 2018.

Año	Avg Pre	Avg Post	Var
2018	350116	411247	17%
2019	409365	504203	23%

Tabla 13. Promedio pre y post implementación de trámites exceptuando el de renovación de medicamentos.

Una posibilidad es que esto se haya debido a la forma de registrar los trámites de los agentes de atención a la que se hizo referencia anteriormente. Al momento de realizar una atención con múltiples trámites, es relativamente común que los agentes únicamente registren el primer trámite a realizar en el sistema de atención, y no especifiquen otras gestiones realizadas. Al ser el trámite de renovación el más común, también es en general el primero en ser registrado y, por lo expuesto anteriormente, el único. De esta manera, además de caer el número real de trámites de renovación, se podrían haber aumentado el registro de trámites con otra finalidad por fuera de las renovaciones.

Si observamos los tiempos de espera y de atención en box, el resultado fue de una reducción en los tiempos promedio de espera (TE), un aumento en los de atención (TA) y una reducción en el tiempo total de permanencia promedio en agencias. El tiempo de espera promedio de los meses posteriores a la implementación se redujo en casi 3 minutos, mientras que el tiempo de atención aumentó un promedio de casi 40 segundos.

	avg pre	avg post	dif
TE	20:24.6	17:24.8	02:59.9
TA	07:07.6	07:45.0	00:37.4
TT	27:32.3	25:09.8	02:22.5

Tabla 14. Tiempo de Espera, Tiempo de Atención, y Tiempo Total promedio para los meses pre y post implementación, 2019.

El aumento en el tiempo de atención va en línea con la información expresada en la Tabla 6, donde se describió que los trámites de renovación tomaban un promedio de 6 minutos 45 segundos, mientras que las otras gestiones llevaban en promedio 7 minutos 30 segundos.

Al reducir la cantidad de trámites breves, e incrementar los más complejos, es esperable que el tiempo promedio de atención aumente.

En cuanto al tiempo de espera previo a la atención, es notable que se haya registrado una reducción del tiempo promedio ya que la cantidad de trámites totales aumentó en el periodo posterior a la implementación.

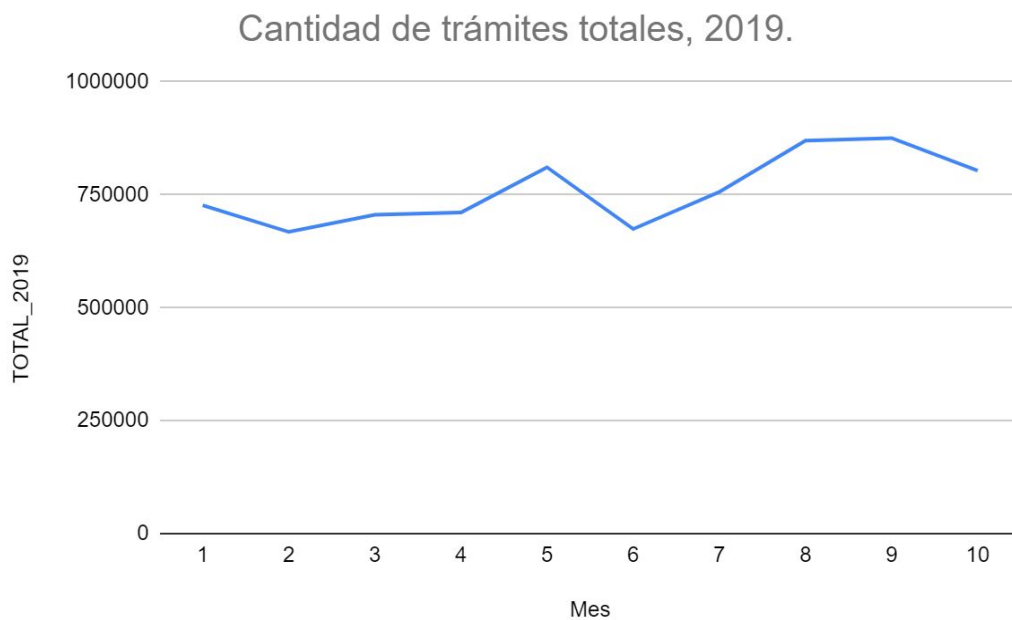


Gráfico 9. Cantidad de trámites totales en agencias, 2019.

Este resultado indica que los cambios introducidos permitieron absorber una mayor demanda de trámites sin que esto tuviera un impacto negativo en los tiempos de espera promedio ni en los tiempos de permanencia total en agencias, aún teniendo en cuenta el incremento en el tiempo de atención en box. Es posible que el trámite de renovación, más allá de su atención rápida en box, requiriera alguna dedicación extra por fuera del lapso ocupado por la atención cara a cara con el afiliado, algo que puede ocurrir de acuerdo a cómo se decida solucionar el trámite en box.

5. Conclusiones

La implementación del proyecto produjo una serie de cambios en la dinámica de las UGLs con un efecto netamente positivo en cuanto al tiempo de espera y de permanencia total promedio en las agencias PAMI. Hay incluso indicios para considerar que la liberación o reasignación de recursos producidos por esta implementación directamente orientada al trámite de mayor demanda, podrían haber servido para contener el incremento de demanda de otras gestiones.

Aun cuando era esperable que el beneficio de la RA produjera una reducción de los trámites de renovación, por su masividad y heterogeneidad persistía la duda sobre qué efectos netos podía tener sobre ese y otros trámites, y sobre los tiempos de atención en las dependencias PAMI.

La demanda total de trámites se incrementó en comparación al año 2018 por motivos que exceden a este análisis, pero que podrían estar relacionados con cambios en requisitos o circuitos para la realización de otras gestiones que, como consecuencia, produjeran un mayor flujo de afiliados a las agencias PAMI. Sin embargo, los resultados indican que aún en estas condiciones los tiempos de espera promedio mejoraron.

La elección de las UGLs para los grupos de tratamiento puede haber influenciado el resultado al momento de la implementación. De todas formas, el beneficio registrado a lo largo del tiempo en el resto de las dependencias resulta un indicador de que en mejor o peor medida existió un efecto final positivo, aún cuando pueda haber factores no considerados en la utilización del método de Diferencias en Diferencias (Gertler et al, 2011).

El análisis presentado podría enriquecerse con el uso de otras variables con datos que PAMI podría proveer, pero que no estaban disponibles en las bases utilizadas. Por ejemplo, se podrían controlar los resultados por otros factores como la cantidad de boxes activos, o la antigüedad promedio de los agentes de atención de cada UGL. También se podrían utilizar datos externos al PAMI. Por ejemplo, el clima y su efecto sobre la variación de tráfico en agencias podría utilizarse como una variable de control para medir el efecto del proyecto implementado.

En resumen, las UGLs tuvieron un tránsito mayor de afiliados, y aún así éstos esperaron en promedio 3 minutos menos para ser atendidos. Aquellos que fueron atendidos realizaron gestiones que llevaban en promedio unos 30 segundos más que antes de implementado el proyecto, pero de todas formas el tiempo total de permanencia en agencia disminuyó. Esto

implicaría que se optimizaron o liberaron recursos que se estaban utilizando para el trámite de renovación, ya que se gestionaron más turnos, con mayor demora, y sin embargo el tiempo de espera previo a la atención disminuyó.

Recomendaciones

Durante el desarrollo de este análisis se fueron revelando otros problemas que actúan sobre los tiempos y sobre los que se podría trabajar para mejorar la imagen institucional de PAMI, dado el impacto de las demoras en la percepción del servicio por parte del usuario.

En primer lugar, el PAMI carece de un circuito organizado de gestión de la demanda que le permita distribuir la solicitud de trámites en el tiempo. El esquema actual permite a los afiliados presentarse a voluntad para realizar cualquier tipo de trámite en casi cualquier momento, provocando efectos indeseados como que se intercalen en la misma fila personas con trámites urgentes y personas con trámites que pueden tener alguna medida de tolerancia en la espera para su solución (por ejemplo, autorización para una cirugía vs. solicitud de un bastón). Un primer filtro vía un sistema de turnos programados podría colaborar para reducir picos de demanda de trámites, y aprovechar recursos ociosos durante mesetas de demanda.

La capacitación del personal y la consideración de los efectos sobre la espera de los afiliados de los cambios en requisitos de trámites o circuitos de atención resulta también fundamental para aprovechar cualquier oportunidad de mejora. En general, áreas ajenas a la de control de atención toman decisiones sobre trámites que tienen un efecto directo sobre la demanda. Esto solo debería ocurrir en casos excepcionales, ya que todo cambio que pudiera afectar la demanda de atención debería ser previamente analizado. El “ajuste” sobre el afiliado, no solo en términos presupuestarios, sino también sobre su disponibilidad de tiempo, debería ser siempre considerado como parte de la ecuación. No existe hoy ningún tipo de evaluación sobre el tiempo o costo asociado a la atención en la que incurren los afiliados como externalidad a las barreras y trámites impuestos desde el PAMI.

La calidad de las bases de datos también dificulta el análisis y toma de decisiones basadas en evidencia, por lo que los sistemas deberían ajustarse para proveer información certera y debidamente estructurada.

Por último, las dificultades que se presentan con los recambios de autoridades atados a los vientos políticos son un gran impedimento para un Instituto que requiere de proyectos y políticas con visión estratégica. El hecho de que la atención se haya estructurado

formalmente solo a partir de 2011 es un indicador de este desafío, que probablemente sea el principal obstáculo a sortear para lograr cambios significativos en la calidad del servicio de atención.

Comentario sobre la situación post COVID

La dinámica de atención en las agencias PAMI se modificó vertiginosamente con la aparición de la pandemia COVID-19. Las restricciones a la circulación de personas impactaron directamente en la realización de trámites presenciales, aunque hoy no está claro cómo se solucionaron muchas de esas solicitudes para las que se exigía la presencia física de un afiliado en una agencia.

Esta situación debería ser aprovechada como un diagnóstico forzoso sobre qué gestiones realmente requieren de la presencia de los afiliados en agencias y así reducirlas a un mínimo. En este escenario, el desarrollo de un canal de gestión virtual resulta fundamental, particularmente como proyecto estratégico a mediano plazo y más aún pensando en el recambio generacional y en una mejor adaptabilidad a canales digitales de los futuros afiliados. La vertiginosa caída de la demanda en agencias genera una posibilidad extraordinaria de reorganización de la atención y de mejora en los procesos que debería ser tomada en cuenta.

Las evaluaciones de impacto suelen ser esquivas a la asignación de recursos y tienden a perderse en la vorágine de la gestión. Aquellas que efectivamente se concretan producen conclusiones y recomendaciones que muchas veces llegan a destiempo de la dinámica de la conducción política. Este análisis, forzado por este contexto, no es la excepción. Sin embargo, su aporte más valioso es quizás el demostrar que incorporar evaluaciones de impacto al diseño de los proyectos de gestión puede producir información valiosa para el monitoreo de medidas y para la toma de decisiones futura.

6. Bibliografía

del Mar Pàmies, M., Ryan, G., & Valverde, M. (2018). ¿ De quién es la culpa? Un estudio exploratorio de las causas de la espera en los servicios. *Innovar: Revista de ciencias administrativas y sociales*, 28(67), 11-23. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/818/81854579002/81854579002.pdf>

Di Tella, Rafael, and Ernesto Schargrodsky. 2004. Do Police Reduce Crime? Estimates Using the Allocation of Police Forces After a Terrorist Attack. *American Economic Review*, 94 (1): 115-133. Recuperado en: <https://pubs.aeaweb.org/doi/pdfplus/10.1257/000282804322970733>

Estudio de Opinión: informe primera oleada (septiembre de 2016). Informe no publicado. Consultora Management & Fit.

Fredriksson, Anders & Oliveira, Gustavo. (2019). Impact evaluation using Difference in Differences. *RAUSP Management Journal*, 54, 519-532. 10.1108/RAUSP-05-2019-0112. Recuperado en: <https://www.scielo.br/pdf/rmj/v54n4/2531-0488-RMJ-54-4-0519.pdf>

Gertler, P., Martínez, S., Premand, P., Rawlings, L., & Vermeersch, C. (2011). *La evaluación de impacto en la práctica*. Washington DC: Banco Mundial.

Maceira, D (2002). *Financiamiento y equidad en el sistema de salud argentino*. Recuperado en: <http://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3882/1/SSPP200207.pdf>

Nie, Winter. (2000). Waiting: Integrating social and psychological perspectives in operations management. *Omega*. 28, 611-629. 10.1016/S0305-0483(00)00019-0. Recuperado en: <https://fddocuments.in/document/waiting-integrating-social-and-psychological-perspectives-in-operations-management.html>

Rafaeli, A., Barron, G., & Haber, K. (2002). The Effects of Queue Structure on Attitudes. *Journal of Service Research*, 5(2), 125–139. Recuperado en: <http://iew3.technion.ac.il/serveng/Lectures/Rafaeli-Queue-structure-and-attitudes-JSR.pdf>

Taylor, S. (1994). Waiting for Service: The Relationship Between Delays and Evaluations of Service. *Journal of Marketing*, 58(2), 56-69. doi:10.2307/1252269.

Tukey, J. (1977). *Exploratory Data Analysis*. Reading, EEUU: Addison Wesley.

Sitios web y legislación

Decreto Presidencial 2/2004, del 4 de enero, INSSJP Etapa Transicional Modalidad. Última consulta: 15 de marzo de 2020. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/90000-94999/91557/norma.htm>

Disposición Conjunta Secretaría General de Promoción Social - Secretaría General Técnico Médica 5/2017, del Mecanismo de Acceso a los Medicamentos 100%. Última consulta: 10 de junio de 2020.

https://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/05-01-17.pdf

Sitio oficial de ANSES. Puntos de Atención, (s.f.). Recuperado 16 de mayo de 2020, de <https://www.anses.gob.ar/puntos-de-atencion>. Última consulta: 12 de junio de 2020.

Sitio oficial de PAMI. Historia, (s.f.). Recuperado 16 de mayo de 2020, de <https://www.pami.org.ar/historia>. Última consulta: 12 de junio de 2020.

Portal de Datos Abiertos de PAMI. Presupuesto Institucional, (s.f.). Recuperado el 12 de mayo de 2020, de <https://www.anses.gob.ar/puntos-de-atencion>. Última consulta: 10 de junio 2020.

Ley 19.032, texto original, del 13 de mayo de 1971, de creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Última consulta: 13 de junio de 2020.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16081/norma.htm>

Ley 19.032, texto actualizado, del 13 de mayo de 1971, de creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Última consulta: 13 de junio de 2020.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16081/texact.htm>

Ley 25.615, del 3 de julio de 2002, de Modificación de la Ley de creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Última consulta: 13 de junio de 2020.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/76149/texact.htm>

Resolución 337/2005, del 10 de marzo. Última consulta: 12 de junio de 2020.

https://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/337_05l.doc

Resolución 164/2011, del 15 de febrero. Última consulta: 20 de mayo de 2020.

https://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/15-02-11.pdf

Resolución 824/2015, del 8 de octubre, de Estructura Orgánico-Funcional UGLs. Última consulta: 13 de junio de 2020.

https://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/27-10-15.pdf

Resolución 1/2019, del 2 de enero, del Presupuesto para el Ejercicio 2019 del INSSJP. Última consulta: 13 de junio de 2020.

https://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/03-01-19.pdf