

Análisis del Nuevo Modelo de Gestión del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (2004-2014)

Lic. Adrián Ismael Romero

Universidad de San Andrés

Introducción

El presente trabajo se propone analizar el *nuevo modelo de gestión* implementado en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados a partir de enero de 2004, con la designación de Graciela Ocaña como Directora Ejecutiva, y su posterior desarrollo con la designación de Luciano Héctor Di Cesare en ese cargo en diciembre de 2007.

Este nuevo modelo se estructuró sobre dos ejes principales: en primer lugar, el reemplazo del modelo de tercerización por un *modelo de contratación directa* de servicios, que permite la “...eliminación de las intermediaciones económicas que fragmentan e impiden la accesibilidad prestacional...” así como la “...recuperación de la capacidad de gestión y control por parte del Instituto...”¹; en segundo lugar, la aplicación de la *estrategia de Atención Primaria de la Salud*, orientada en primera instancia al “...fortalecimiento y optimización del rol del Médico de I Nivel de Atención...”², y posteriormente a la realización de actividades de prevención y promoción de la salud. De esta manera, el objetivo perseguido por estas líneas de acción fue doble: por un lado, *augmentar rápidamente la oferta de servicios* brindada por la institución; por el otro, realizar el tránsito desde el modelo clásico de atención de la enfermedad hacia un *modelo de promoción de la salud*, que permitiera mejorar la calidad de vida de los afiliados de la obra social.

La implementación de estas líneas de acción requería de tres elementos: en primer lugar, de una *oferta prestacional sólida*, que permitiera incrementar los niveles de atención

¹ Extraído de los considerandos de la Resolución 284/2005, que aprueba el “Modelo Prestacional Sociocomunitario de Atención Médica y Otras Prestaciones Asistenciales”, en los cuales se establece el marco normativo del nuevo modelo de gestión.

² Médico de Cabecera o Generalista.

médica y desarrollar las nuevas actividades de prevención y promoción de la salud; en segundo lugar, de *mayores capacidades de gestión e innovación* por parte de la organización, a fin de sostener la enorme carga administrativa asociada a la implementación del modelo de contratación directa, así como la incorporación y el diseño de nuevos esquemas de relación con los prestadores orientados a incentivar el nivel y la calidad de las prestaciones brindadas por éstos; finalmente, de un *mayor volumen de recursos* que permitiera financiar los elementos anteriores.

En el presente trabajo se examinarán algunas de las acciones desarrolladas como parte de la implementación del nuevo modelo de gestión; en particular, y considerando que en los últimos años la institución ha observado un *notable incremento de sus niveles de servicio* (ampliamente divulgada por sus autoridades en diversos medios de comunicación), una cuestión importante a analizar es *el grado en que los distintos elementos mencionados aportaron a dicha recuperación*. En este sentido, el foco del análisis estará puesto en las acciones correspondientes al *desarrollo de capacidades* dentro de la organización; la importancia de este elemento, desde la perspectiva del presente análisis, consiste en que permite una *evaluación más cercana del desempeño de las autoridades* que la simple observancia de los niveles de servicio, que podrían corresponderse a cambios en los otros elementos (v.gr. mayor volumen de recursos, mejora del nivel de servicios del sistema de salud) sobre los cuales las autoridades no poseen poder de decisión.

La evolución del INSSJP: presupuesto y niveles de prestación

El *Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados* (INSSJP) es una de las instituciones más importantes del sistema de salud argentino: con 4.5 millones de afiliados, cubre a casi el *12% de la población del país* y es la *obra social más grande de América Latina*; es responsable del cuidado y la atención de *grupos de extrema vulnerabilidad*: adultos mayores, personas con discapacidades y personas que padecen condiciones con un elevado costo de atención médica componen su nómina de afiliados.

La enorme dimensión que posee la institución lo posiciona como el *principal financiador del sistema de salud*, con un peso particularmente importante en algunas provincias del interior del país como Chaco y Formosa. La fuerte fragmentación del sistema sanitario, generado por las características propias del federalismo argentino, que descentraliza

la política sanitaria junto con su presupuesto y los coloca en manos de los gobiernos provinciales, así como por la existencia de una miríada de entidades (v.gr. obras sociales sindicales y provinciales; sistema de prepagas) que se superponen al sistema público de salud, determinan que el presupuesto del INSSJP sea, lejos, el más abultado a nivel de una única organización. De hecho, los 45 mil millones de pesos que se le asignaron para 2014 hacen que su presupuesto sea el sexto más grande a nivel país, detrás del Gobierno Nacional, la ANSES, y los gobiernos de la Provincia de Buenos Aires, la Ciudad de Buenos Aires y Santa Fe.

El presupuesto del INSSJP presenta un *crecimiento sostenido* durante la última década: de poco más de 5 mil millones de pesos en 2006, pasó a unos 24 mil millones en 2011, y a 45 mil millones para el corriente año, lo que implica una *tasa de crecimiento anual mayor al 30%*, muy por encima de la tasa de crecimiento poblacional y de la tasa de variación de precios del mismo periodo. Este crecimiento correspondió a la recuperación de los niveles de empleo y salario sobre todo entre 2003 y 2009, que impactaron favorablemente sobre los ingresos aportados por el sector de trabajadores activos (que representan cerca del 75% del total de ingresos de la institución); por otro lado, la sanción de la Ley de Movilidad Jubilatoria en 2008 dio lugar a la incorporación de un millón de personas al Sistema de Seguridad Social, que se convirtieron a su vez en aportantes de la institución dando un importante impulso a las finanzas del mismo.

Este incremento en el volumen de recursos coincide con un *aumento del nivel de servicios* prestados; los niveles de utilización efectiva han avanzado de forma continua: en 2008, año en que el organismo logró conformar una base de datos prestacionales significativa, *el porcentaje de afiliados que había utilizado alguno de los servicios de la obra social ascendía al 90%*, cifra que se mantuvo en los años subsiguientes. Sin embargo, cuando se analiza la *tasa de uso por servicio*, se observa que los principales rubros corresponden a *cobertura de medicamentos* (cerca del 90%) y *consultas al médico de cabecera* (cerca del 70% de la población afiliada, aunque los datos son muy fragmentarios), éste último rubro posiblemente asociado a la prescripción de medicamentos. En cambio, cuando se analizan las *prestaciones diagnósticas* (v.gr. prácticas médicas de control rutinario) *las tasas de uso son sensiblemente más bajas*, por debajo del 50% del total de afiliados. De esta manera, si bien los niveles de atención de la institución son muy superiores a aquellos de los 90, aun *la estructura de la atención dista de aproximarse al paradigma de Atención Primaria de la Salud*, focalizado en acciones preventivas y de promoción de la salud.

Como ya se señalara, la implementación del nuevo modelo de gestión requería de un mayor volumen de recursos para su desarrollo. En este sentido, parece claro que el desempeño de la institución en cuanto a la oferta de servicios de salud se vio fortalecida por el fuerte incremento de su presupuesto. No obstante, aunque mayores recursos pueden traducirse en más prestaciones, lo que resulta más interesante de analizar es la *forma* en que se realizó dicha traducción, es decir, *en qué manera se gestionaron estos mayores recursos para brindar mayores prestaciones*; para ello es necesario entonces examinar los cambios realizados a nivel de la *gestión organizacional*.

La implementación del Nuevo Modelo de Gestión

La primera línea de acción implementada con la llegada de Graciela Ocaña a la dirección del organismo consistió en el reemplazo del *modelo de gestión tercerizada*, a través del cual un *reducido grupo* de entidades conocido como *gerenciadoras* estaban a cargo de la contratación, control y el pago de las prestaciones que recibían los afiliados, por un modelo de *contratación directa*, en el cual la institución asume aquella relación de forma directa con sus prestadores.

Este cambio era suficiente en sí mismo para incrementar los niveles efectivos de servicio brindados por la institución: el funcionamiento del modelo de gerenciamiento externo daba lugar a una fuerte *subprestación de servicios*, en primer lugar porque las gerenciadoras generalmente demoraban los pagos a los prestadores e incluso retenían elevados porcentajes de dichos pagos, lo que ocasionaba sistemáticos cortes de servicio por parte de los últimos, y en segundo término porque desde las propias gerenciadoras se llegaba a negar la atención médica a los afiliados de la obra social, desplazándolos hacia el sistema público de salud. De esta manera, las gerenciadoras maximizaban su margen de rentabilidad, minimizando el nivel de servicios brindados a los afiliados del INSSJP.

La implementación del modelo de contratación directa requería de la *reconstrucción de las capacidades de gestión y control* por parte de la organización; es importante considerar que durante la década de los 90 el instituto sufrió una fuerte reducción de su planta, eliminándose cerca de 3.000 puestos de trabajo a través de planes de retiro voluntario. Dicha cifra representó un corte de casi el 30% del personal del organismo. A este proceso de reducción de la planta institucional, debe agregarse una *destrucción de capacidades* de los

recursos humanos de la institución: la implementación del modelo de gestión tercerizada, al eliminar el grueso de las tareas del personal, generó una prolongada inactividad que destruyó gran parte de los conocimientos y habilidades adquiridos por el personal a través de sus años de actividad.

De esta forma, para sostener la enorme carga administrativa del modelo de contratación directa, era necesario desarrollar capacidades de gestión por alguna de las siguientes vías: en primer lugar, mediante una *política de recursos humanos*, orientada a reconstruir las habilidades perdidas durante una década de inactividad y a la capacitación del personal de cara a las nuevas reglas de contratación implementadas; en segundo lugar, a través de la *incorporación de personal capacitado* a la organización; finalmente, a través de la adquisición de las *nuevas tecnologías de información y comunicación*, que facilitarían las tareas de gestión y control de la organización.

Las autoridades optaron, desde un primer momento, por estas últimas dos vías; durante 2004 se firmó un convenio con la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires para participar del Régimen de Pasantías de esa institución, y se incorporaron pasantes a las áreas centrales de la institución; en 2005 se firmó un convenio con la Universidad Tecnológica Nacional a fin de iniciar el desarrollo de un nuevo sistema de información destinado a gestionar de forma íntegra la totalidad de los contratos y prestaciones del instituto. Notablemente, *no se implementaron acciones orientadas a la capacitación y recuperación del personal existente* dentro de la organización.

Debe destacarse que en los primeros años de implementación del modelo de contratación directa, *las tareas asociadas a la negociación de los contratos fueron concentradas en las áreas centrales*, lo cual explica que las mismas recibieran casi la totalidad de los pasantes provenientes de la UBA. Esto explica además la nula atención puesta en el personal preexistente, ya que la negociación era realizada generalmente por las autoridades jerárquicas, y la participación del personal administrativo no parecía vital para este proceso de negociación.

Aunque es posible comprender que la *normalización de las relaciones contractuales* fuera el centro de atención de las autoridades al inicio de la implementación del nuevo modelo (sobre todo considerando la gran cantidad de denuncias por corrupción que acumulara la institución a lo largo de la década del 90), es interesante notar que una vez lograda la normalización, alrededor del 2007 (momento en que se superaron los 15 mil contratos

directos), el centro de atención pasó al *desarrollo de sistemas de información* que facilitarían la gestión de los nuevos contratos, en especial a la luz del nuevo esquema de pago que incorporaba al tradicional sistema capitado un incentivo por niveles de prestación, estimado sobre una serie de complejos cálculos que estaban fuera del alcance no sólo de los prestadores, sino incluso de la mayor parte de los empleados de la institución.

En este sentido, también resulta notable que el desarrollo del nuevo sistema de gestión informático fuera desplazado desde la Gerencia de Tecnología, y *asignado a un nuevo sector* conformado exclusivamente por *pasantes* de las carreras de Actuario, Economía y Contador Público, *jóvenes sin experiencia en el desarrollo de sistemas de información*. Este sector, carente hasta ese momento de estructura orgánico-funcional, fue convertido en una *Unidad dependiente directamente de la Dirección Ejecutiva*, absorbiendo gran parte de las tareas correspondientes a la Gerencia de Tecnología e, incluso asumiendo (según lo establecido en su norma de creación) *tareas de planeamiento institucional*. De esta forma, las autoridades mantuvieron una *estrategia de centralización* de las actividades correspondientes a la implementación del nuevo modelo de gestión, *excluyendo al personal preexistente a participar en dicha implementación*.

No obstante, a partir de 2007 y bajo la dirección de Luciano Di Cesare, *el personal de la institución aumentó considerablemente*, alcanzando en la actualidad los 20 mil empleados, entre las oficinas centrales y las agencias distribuidas a lo largo de todo el país. Parte de este aumento obedeció a la incorporación de cerca de mil ex-empleados provenientes de las AFJP luego de la estatización de las mismas a finales de 2008; no obstante, el resto corresponde a *nuevos ingresos a la planta permanente y a contratos de locación de servicios*, que alcanzan entre 2007 y 2014 el número de 6 a 7 mil nuevas incorporaciones. Esta evolución es *consistente con la estrategia de centralización y exclusión* a la que se hiciera referencia anteriormente: en todas las Unidades de Gestión Local (áreas geográficas en que se divide el organismo), se han creado *nuevas áreas administrativas a cargo de la implementación local del nuevo modelo de gestión*, en las cuales se concentra por lo general el nuevo personal.

En el mismo sentido, es interesante analizar la estructura organizacional del INSSJP: una rápida mirada a su organigrama nos muestra la existencia de *seis unidades dependientes de forma directa de la Dirección Ejecutiva*. De ellas, sólo *una* es anterior al nuevo modelo de gestión (Auditoría Interna), otra fue creada en 2007 (Análisis, Estadística y Planeamiento), mientras que *las restantes cuatro unidades son posteriores al 2010* (Desarrollo Estratégico y Gestión para la Calidad, Desarrollo e Innovación, Comunicación Social, y Auditoría

Prestacional). Todas estas áreas están *conformadas casi exclusivamente por personal de reciente incorporación*.

Sintetizando, los cambios implementados al interior de la organización se focalizaron en la *ampliación de la planta* y el *desarrollo de herramientas informáticas* capaces de facilitar la administración del modelo de contratación directa y del complejo sistema de pago capitado con incentivos por niveles de prestación; ambos elementos se encuentran inextricablemente unidos, ya que *la administración del modelo de contratación directa se realiza casi exclusivamente a través de los nuevos sistemas de información desarrollados por la institución, los cuales a su vez están a cargo de las nuevas áreas conformadas por el personal ingresado en los últimos años al organismo*. Por su parte, esta evolución sólo parece haber sido posible gracias al *notable aumento del presupuesto* que observó la organización en el mismo periodo, el cual si bien se tradujo en un mayor grado de cobertura, *no parece haberse orientado hacia las actividades de prevención* que componían el segundo objetivo del nuevo modelo de gestión, sino que, por el contrario, parecen haberse orientado hacia el tratamiento de la enfermedad. En este sentido, un examen de las acciones específicas llevadas a cabo a fin de implementar la estrategia de Atención Primaria de la Salud puede ser ilustrativa de este último punto.

La estrategia de Atención Primaria de la Salud

Con el objeto de implementar la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), entre los años 2007-2008 se diseñaron una serie de programas que tenían como eje la figura del *Médico de Cabecera*. Podría decirse que es a partir de este momento cuando empieza a implementarse la segunda línea de acción del nuevo modelo de gestión, una vez que ya se encontraba afianzado el modelo de contratación directa de prestadores iniciado en 2004.

El primer paso en esta dirección consistió en la creación del *Programa de Desarrollo de Prestadores*, cuya actividad inicial fue la realización de un *Curso Universitario de Formación de Posgrado*, con el propósito de llevar adelante la “...capacitación de los Médicos de Cabecera en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, fomentando acciones de promoción y prevención, centradas en la familia y la intervención comunitaria...”³. De esta manera, la implementación de la estrategia APS se inicia con un proceso de preparación de los

³ Resolución 56/2007.

agentes a cargo de su ejecución, es decir, con un programa de *desarrollo de recursos humanos*, aunque no de recursos propios de la organización (v.gr. planta permanente), sino de *personal externo* a la misma.

Con el objeto de estimular la adhesión al programa de capacitación, se aprobó una *retribución adicional* para los Médicos de Cabecera que realizaran el posgrado, *del 20% sobre el valor cápita*; entre 2008 y 2011 cerca de 3.500 Médicos de Cabecera participaron del Curso de Posgrado, lo que representa cerca de un 35% del total de médicos que brindaron servicios durante dicho periodo.

Casi de manera simultánea al desarrollo de los cursos de posgrado se estableció, también en el marco del Programa de Desarrollo de Prestadores, el *Programa para Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Obesidad*, orientado a impulsar la realización de *actividades terapéuticas no medicamentosas* (v.gr. actividades de prevención y promoción de vida saludable) para la atención de enfermedades con etiologías fuertemente vinculadas a los estilos de vida, como complemento de los tratamientos medicamentosos convencionales.

La articulación del programa es realizada a través del Médico de Cabecera, responsable de *impulsar la realización de actividades físicas y promover el autocuidado* entre los beneficiarios, así como de *informar sobre las actividades terapéuticas ofrecidas por la institución* y aconsejar sobre conductas de vida saludable; como puede observarse, tanto el rol central del Médico de Cabecera como los elementos impulsados por el programa, se inscriben claramente dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Al igual que en el caso de los cursos de posgrado, *se estableció una retribución adicional para los Médicos de Cabecera que alcanzaba a un valor de hasta el 45% sobre la cápita base*. Para determinar el nivel que correspondía a cada médico, la normativa establecía la realización de evaluaciones trimestrales, en las cuales a través de un conjunto de indicadores se determinaba la presencia de “...características de mejora en los pacientes...”⁴. De esta forma se buscaba incentivar la mejora de la atención médica; es decir, una vez alcanzado el objetivo de incrementar la oferta de servicios, se procuró *incrementar la calidad* de los mismos, focalizándose en primer lugar en el Médico de Cabecera, eje de uno de los pilares del nuevo modelo de gestión.

Lo notorio de este caso es que *la única acción de la normativa que se implementó fue la distribución de los adicionales* a los Médicos de Cabecera; esta acción se llevó adelante no

⁴ Resolución 718/2007.

sólo antes de implementarse el esquema de evaluaciones trimestrales⁵, sino incluso antes de definirse los indicadores de resultado, los cuales no se estipulaban en la norma de origen.⁶

Asimismo, resulta interesante notar que la participación de los Médicos de Cabecera en el programa *no fuera de naturaleza opcional* como en el caso de los cursos de posgrado, sino que *se encontraban alcanzados de forma irrestricta por el sólo hecho de ser prestadores del instituto*. Este hecho no es menor, ya que dio lugar a que *los adicionales se asignaran a la totalidad de los médicos de forma continua sin que éstos asociaran dicho pago a la contraprestación de algún servicio adicional o evaluación de cualquier tipo*.⁷ Esto generó la percepción por parte de los médicos de que el adicional era un *derecho adquirido*, es decir, un componente de su retribución que no podían perder. Esta percepción fue fortalecida por la *escasa publicidad* que se hiciera del programa ya desde sus inicios: *la distribución del adicional se realizó de manera automática, sin comunicar a los médicos su procedencia*, provocando un *desconocimiento total* por parte de los mismos acerca de *los objetivos del programa y de las actividades* allí propuestas, así como de los requisitos para la percepción de los adicionales.

Esta ausencia de comunicación se complementó con la demora en la implementación del esquema de evaluaciones de calidad prestacional, de manera que al realizarse la primera de ellas, en junio de 2009, la mayoría de las respuestas enviadas por los médicos daban cuenta del enorme desconocimiento acerca del programa. Asimismo, la enorme cantidad de consultas realizadas por las Unidades de Gestión Local a diversas unidades del Nivel Central, permitía inferir *el bajo nivel de conocimiento acerca del programa incluso por parte del personal* que se hallaba en contacto directo con los médicos de cada región.

⁵ La primera evaluación del programa se realizó en Junio de 2009, mientras que los adicionales entraron en vigencia en Enero de 2008, es decir, un año y medio antes de la primera evaluación.

⁶ Los indicadores de resultado utilizados en la evaluación de 2009 nunca fueron publicados en ninguna normativa.

⁷ El valor del adicional alcanzó automáticamente el techo del 45% sobre el valor cápita establecido en la normativa, manteniéndose en ese nivel al menos hasta finales del 2012 para la casi totalidad de los Médicos de Cabecera.

Esta situación dio lugar a la realización, durante 2010⁸, de reuniones informativas con las delegaciones regionales y con los Médicos de Cabecera, en las cuales personal de Nivel Central se encargaba de explicar los alcances del programa y las acciones que se esperaban por parte de los médicos y del personal de la organización. Sin embargo, aunque las reuniones parecieron despertar un interés por el programa, la *ausencia de un contacto continuo con Nivel Central*, así como de un control por parte de este último sobre las acciones realizadas por las delegaciones, especialmente en relación con el desarrollo de *planes estratégicos* para impulsar el programa *a nivel local*⁹, determinó nuevamente *la relegación del mismo*.

Continuando en la misma senda de los dos programas anteriores, se implementa a fines de 2008 el *Programa de Asistencia a Poblaciones Rurales*, que establece *un nuevo adicional para los Médicos de Cabecera* que desarrollen su práctica profesional en zonas rurales “... en función a resultados en la evaluación...”.¹⁰ De la misma forma que en el caso anterior, los indicadores no se especifican en la norma y, de hecho, hasta el día de la fecha no se ha desarrollado ninguna clase de indicador para este Programa. Asimismo, la puesta en vigencia de los adicionales no se ha realizado de manera homogénea a lo largo de las diversas Unidades Locales (como en el caso del *Programa para Hipertensión Arterial...*), de manera que varias de ellas no han distribuido el adicional a sus médicos, aun cuando poseen extensas áreas rurales (v.gr. Catamarca, La Rioja).

Por último, en esta misma etapa y con el mismo foco en la estrategia APS, se desarrolla el *Programa Nacional de Promoción y Prevención Sociocomunitaria*, a través del

⁸ La única reunión a nivel institucional realizada a fin de comunicar los objetivos y acciones del programa se realizó recién en Diciembre de 2009. El evento, denominado *Jornada de Actualización Operativa*, reunió al personal de las áreas médicas y sociales de las 36 Unidades de Gestión Locales durante una jornada en instalaciones de la Jefatura de Gabinete de Ministros. Durante 2010 se consolidó la realización de *encuentros regionales* que permitieron acercar al personal de las Unidades Locales con el personal de Nivel Central, en un esfuerzo por fomentar la comunicación entre ambas partes. En estos encuentros se realizaron varios talleres orientados a *capacitar al personal de la Unidades Locales acerca del funcionamiento del nuevo modelo de gestión*; nótese que la implementación de dicho modelo se inició en 2004 y recién *6 años después* se realizaron talleres de capacitación al personal. A pesar de lo interesante de la experiencia, la *ausencia de canales de comunicación continuos* parece haber contrarrestado los efectos positivos de los encuentros, ya que se sigue observando fuertes deficiencias en la implementación del nuevo modelo de gestión por parte de las Unidades Locales.

⁹ La confección de planes locales fue una de las responsabilidades exigidas por Nivel Central a las Unidades Locales durante la Jornada de Actualización Operativa; sin embargo *no se estableció un área responsable del control de su cumplimiento*.

¹⁰ Resolución 1124/2008.

cual se promueve el fortalecimiento de actividades institucionales orientadas al *desarrollo de la salud integral* de los afiliados: actividades de estimulación del movimiento y de las funciones cognitivas; difusión del conocimiento para el autocuidado y de hábitos saludables; impulso de la vida comunitaria y del ejercicio de la ciudadanía.

En este caso, el desarrollo del Programa no se encuentra mediado por la figura del Médico de Cabecera, sino que *la propia institución aparece como responsable directa* del mismo, ya que se asigna su ejecución a la Gerencia de Promoción Social y Comunitaria, quien debe contratar las prestaciones necesarias para el desarrollo del programa y darle la publicidad necesaria, así como alcanzar una serie de *objetivos claramente definidos en la normativa*. Sin embargo, aunque el diseño de este programa parece bastante sólido desde el punto de vista conceptual y normativo, *la información sobre la oferta de actividades del programa brindada a los afiliados resulta escasa en relación con la envergadura del programa*, indicando un *avance relativamente lento en su implementación*.

De acuerdo con las descripciones realizadas acerca de las distintas acciones que fueron desarrolladas a fin de promover la implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, parece evidente que sólo el último programa se encuentra más directamente asociado con dicha estrategia; no obstante, este programa posee aun *una extensión muy reducida*: apenas unos 50 mil afiliados han participado de sus actividades, y generalmente de forma esporádica, lo que reduce la posibilidad de un impacto positivo y duradero sobre la calidad de vida de los afiliados. Por otro lado, *los programas que mayor extensión exhiben son aquellos que apuntan de forma directa al Médico de Cabecera y que se asocian al pago de remuneraciones estímulo al mismo*. Aunque en principio esta lógica puede ser válida como vía para mejorar la calidad de atención de una porción significativa de la población, *la ausencia de evaluaciones a los médicos elimina la posibilidad de alcanzar los objetivos especificados para dichos programas*.

Conclusiones

El objetivo del trabajo consistía en presentar algunas de las acciones implementadas en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados a partir del 2004, como parte del nuevo modelo de gestión definido para la institución. Estas acciones se llevaron a cabo en un contexto de fuerte crecimiento de los recursos presupuestarios del

organismo, favoreciendo la consecución de los objetivos propuestos. En particular, el objetivo de incrementar los niveles de servicio efectivo pudo satisfacerse rápidamente, lo cual no es de extrañar puesto que el paso del modelo de gerenciamiento externo a un modelo de contratación directa, que aseguraba a los prestadores el pago de sus servicios, eliminó los cortes de servicio y mejoró la predisposición de éstos a la atención de los beneficiarios de la obra social. Asimismo, el aumento de los recursos disponibles permitió la contratación de un gran número de prestadores, mejorando al mismo tiempo los niveles de retribución de los mismos.

Esto último fue especialmente notorio en el caso de los Médicos de Cabecera, que recibieron elevados adicionales sobre el valor de la cápita; no obstante, estos adicionales no cumplieron con su objetivo de mejorar la calidad de atención de los afiliados y promover la estrategia de Atención Primaria de la Salud, ya que el organismo no desarrolló los mecanismos necesarios para evaluar las actividades de los médicos. Incluso, el alto grado de desconocimiento de los diversos programas por parte del personal de las Unidades Locales impidió que aquellos se implementaran de una forma mediamente eficaz.

En este sentido, el aumento de los recursos de la institución se materializó en mayores prestaciones pero *sin alcanzar la orientación deseada por las autoridades*; asimismo, se produjo un notable incremento de la planta de la organización, pero de forma *desintegrada*, generándose una *estructura paralela*, donde conviven los antiguos empleados de la organización, alejados de las actividades relacionadas con el desarrollo del nuevo modelo de gestión, con el nuevo personal asignado mayormente a la implementación de dicho modelo, debiendo absorber tareas de mayor complejidad y, consecuentemente, de mayor valor profesional.

Por lo expuesto hasta aquí, parece válido sostener que las acciones implementadas por las autoridades se limitaron al *uso extensivo de los mayores recursos disponibles*; los controles de calidad prestacional no se realizaron ni siquiera en aquellos casos en que estaban expresamente definidos por la normativa, y aun cuando de tales controles dependían fuertes erogaciones que podían destinarse a otros usos. Igualmente, las autoridades prefirieron duplicar la planta antes que utilizar los recursos preexistentes a través de actividades de capacitación y de la reformulación de las tareas del personal de la organización, cuyo costo hubiera sido significativamente menor. De esta forma, *el desarrollo de capacidades organizacionales parece ser, si no escaso, como mínimo reducido a un sector de la organización*.