

**Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
Escuela de Estudios de Posgrado**

---

**CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN  
GESTIÓN PÚBLICA POR RESULTADOS**

---

**TRABAJO FINAL DE ESPECIALIZACIÓN**

---

**CONVENIOS CON PRESTADORES DE SALUD  
PROPUESTA DE PROTOCOLO  
PARA OBRAS SOCIALES ESTATALES**

---

**AUTOR: LIC. MAURICIO CASTELLÓN  
TUTOR: DR. OMAR QUIROGA**

**MARZO 2021**

---

## **Resumen**

El presente trabajo busca analizar las realidades competitivas de las organizaciones de salud estatales, en particular con convenios con prestadores, donde lo que las organizaciones requieren es mucho más que un proceso Tayloriano, es necesaria la conformación de un sistema integrado, para lo cual resulta oportuno valerse de la Gestión por Resultados alineados en función de la misión de la organización.

Por lo cual se aborda el concepto de Servicios de Salud, su Contexto, el Panorama Sanitario, financiamiento, inversión, etc. Consecuentemente el modelo o enfoque de la Gestión por Resultados como sistema de gerenciamiento el cual se asienta en tres puntos o sistemas básicos (planificación, organización y presupuesto), los que encuentran su correlato en diferentes subsistemas, que a su vez están conformados por diferentes elementos y macro procesos claves (Planeamiento Estratégico, Formulación Presupuestaria, Administración de Recursos, Monitoreo y Evaluación, Control y Auditoría); siendo el subsistema de desarrollo de personal uno de los pilares dentro del Sistema de Gestión para Resultados.

El trabajo propone definir un protocolo para la firma de convenios en una Obra Social Estatal, con ello desafía a desarrollar una correcta gestión del cambio en todos los niveles de la organización, operación y proyectos para poder sacar provecho de todos los datos que moviliza y transformarlos en información de calidad para la toma de decisiones. La incorporación de la Gestión por Resultados en las organizaciones de salud, conlleva a desarrollar equipos de trabajo con una buena gestión de los proyectos, así como la gestión del cambio en las organizaciones a través de los pasos para una correcta implementación de los cambios organizacionales, buscando generar un valor incremental en su estrategia en menor tiempo.

Se espera que los resultados del presente trabajo aporten a la sistematización y a la mejora del clima laboral, contribuyendo en el cumplimiento de la misión de la organización e inherentemente satisfacer las necesidades de los afiliados, así mismo agregando valor público al proceso.

**Palabras clave:** Servicios de Salud, Protocolo y Gestión por Resultados

## **ÍNDICE**

<b>CAPITULO I</b>	4
1. INTRODUCCIÓN	
1.1 FUNDAMENTACIÓN.....	4
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
1.3 OBJETIVOS.....	7
1.4 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	7
<b>CAPITULO II</b>	9
2. MARCO TEÓRICO	
2.1 PANORAMA SANITARIO.....	9
2.2 SERVICIOS DE SALUD.....	10
2.3 EPIDEMIOLOGÍA EN LOS SERVICIOS DE SALUD.....	10
2.4 EVALUACIÓN, EFICIENCIA, EFECTIVIDAD, EFICACIA.....	12
2.5 CONDICIONES DE SALUD .....	13
2.6 LA PREVALENCIA DEL MERCADO SOBRE EL ROL DEL ESTADO.....	14
2.7 SISTEMA PLURALISTA DE ATENCIÓN DE LA SALUD.....	14
2.8 ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE OTROS PAÍSES.....	16
2.9 GASTO DE SALUD EN EL MUNDO .....	17
2.10 INVERSIÓN EN SALUD.....	18
2.11 CAUSAS DEL MAYOR COSTO DE LA SALUD .....	18
2.12 EL CONTEXTO PARA LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA ARGENTINA.	20
2.13 RECURSOS FÍSICOS, HUMANOS Y FINANCIEROS.....	20
2.14 DESAFÍOS QUE ENFRENTAN LOS SERVICIOS DE SALUD.....	21
2.15 DESAFÍOS BÁSICOS: EQUIDAD; CALIDAD; EFICIENCIA.....	22
2.16 LA SITUACIÓN DE LAS OBRAS SOCIALES .....	23
2.17 OBRAS SOCIALES.....	24
2.18 LAS DIFERENCIAS ENTRE SISTEMAS .....	24
2.19 SISTEMA LIBRE .....	25
2.20 GESTION POR RESULTADOS .....	27
<b>CAPITULO III</b>	31
3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	
3.1 DESAFÍOS OPERACIONALES.....	31
3.2 TRABAJO EN RED, COORDINAR ACCIONES CON OTROS SECTORES....	34
3.3 SERVICIOS DE SALUD EN LA ARGENTINA.....	35
3.4 SITUACIÓN GENERAL DE SALUD Y SUS TENDENCIAS.....	36
3.5 FINANCIAMIENTO.....	37
3.6 PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	40
4. CONCLUSIONES.....	40
4.1 PROTOCOLO SISTEMATIZADO PARA LA FIRMA DE CONVENIO PRESTACIONAL.....	41
4.2 INDICADORES ESTRATÉGICOS.....	46
4.3 ACLARACIONES RELATIVA AL PROTOCOLO .....	49
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
6. ANEXO.....	51

## CAPITULO I

# **1. INTRODUCCIÓN**

## **1.1 Fundamentación**

En la actualidad, las realidades competitivas de las organizaciones de salud son cada vez más complejas y los cambios se producen con creciente aceleración. Los antiguos modelos de gestión no contemplan este fluctuante entorno, ni al ser humano como principal factor generador de valor. En el marco del desarrollo tecnológico copiar un producto es fácil, lo difícil es copiar la calidad de funcionamiento de la organización.

Aquí es donde la Gestión Pública por Resultados se torna fundamental (GxR) “es una estrategia integral que toma en cuenta los distintos elementos del ciclo de gestión (planificación, presupuesto, gestión financiera, gestión de proyectos, monitoreo y valuación)”, en otras palabras se ocupa desde que inicia la necesidad hasta el resultado que provoca su satisfacción (García López, García Moreno, 2010, s.n.).

Como herramienta de gestión, la GxR priorizará los resultados que se desean obtener mediante el proceso de creación de valor público, en función de una óptima combinación de recursos, operaciones y productos – en el sector público- a fin de obtener el resultado e impacto esperado en la sociedad. En otras palabras, mediante la GxR se pretende producir un resultado concreto, medible y verificable, a fin de colaborar en la toma de decisiones, detectar cuestiones a optimizar, retroalimentar procesos y detectar las mejores prácticas a fin de replicarlas (Makón, 2012).

Antes de ingresar directamente en el plan de trabajo, me gustaría destacar los aspectos que motivaron mi elección sobre el tema que analizarán las siguientes páginas.

A lo largo de la carrera de especialización de gestión pública por resultados, en algunas asignaturas tales como: “Introducción a la Gestión por Resultados”, “Sociología de las Organizaciones Públicas”, “Políticas Públicas”, “Planeamiento estratégico”, “Producción Pública e indicadores”, “Gestión de Organizaciones Públicas”, “Presupuesto Público” y “Procesos de gestión”, supieron despertar en mí un profundo interés sobre la dinámica de la Gestión para Resultados en las organizaciones, sus estrategias competitivas y sus acciones en el “campo de juego” para obtener resultados positivos.

Esta influencia académica se sumó a la posibilidad que tengo, desde hace bastante tiempo, de trabajar en la Obra Social de las Fuerzas Armadas y de Seguridad -IOSFA- la cual

dependiente del Ministerio de Defensa es una obra social con una gran estructura, que me permitió a lo largo de este tiempo, aprender de diversos líderes de equipos de trabajo e interactuar con ellos.

Lo mencionado anteriormente me enriqueció a nivel académico, laboral e indefectiblemente a nivel personal. Sin embargo, mi interés en el tema iba más allá de esto, me preguntaba: ¿Por qué no hay rúbricas en las contrataciones con efectores en todo el país? Estos desvíos producen la no firma contractual de convenios indispensables para la prestación del servicio asistencial.

¿Por qué no hay un protocolo sistematizado para la firma de un convenio prestacional?

¿Es posible crear un modelo de Gestión para resultados en diseñar un protocolo rápido, eficiente para la firma de convenios con prestadores de salud, en donde el compromiso de los colaboradores con los objetivos sea tal, que se sientan verdaderos socios de la organización aún sin serlo en los papeles?

Adicionalmente, el relevamiento también permitirá trabajar en la mejora continua de los procesos, también en las percepciones de los afiliados al sistema respecto de la contratación de prestadores de salud.

Hoy las organizaciones requieren mucho más que un proceso tayloriano, es necesaria la conformación de un sistema integrado, para lo cual aplica la Gestión por Resultados y que estén alineados en función de la misión de la organización.

Es la manera que deviene en que el colaborador que atiende al afiliado, actúe intrínsecamente comprometido con los más altos postulados de la filosofía organizativa. También es la forma de que el colaborador actúe con un alto nivel de motivación, que pueda proponer una idea innovadora, sin tener el menor reparo en transmitirla a su superior con la certeza de que será evaluada y tenida en cuenta independientemente de su aplicación posterior.

Veremos a lo largo del trabajo un esbozo de la teoría de la Gestión por resultados escrita hasta el momento, incluyendo el panorama sanitario actual.

Trataremos de dilucidar cada una de estas preguntas teniendo en cuenta a ese “atleta corporativo” que “juega” con la realidad todos los días, sin dejar de lado, por supuesto, el recorrido teórico acerca del tema.

Sin más allá de la aplicación en el entorno laboral, este trabajo sirve para plantearse, y replantearse algún aspecto personal acerca del tema en cuestión, estaré más que reconfortado al sentir que humildemente, mi trabajo ha logrado generar algún beneficio más allá de los objetivos formales y académicos propuestos.

## **1.2 Planteamiento del Problema**

El problema que se suscita es la situación de facto, hay una imposibilidad de concreción de la firma de convenios con efectores de salud, con los riesgos emergentes de tal situación – Médico legales-, como así también las dificultades operativas que impiden la falta de materialización de los convenios.

Por lo mencionado precedentemente resulta de importancia identificar y sistematizar los desvíos que se producen en el proceso de firma de convenios con prestadores de salud en todo el país. El estudio corresponde a un diseño de relevamiento integral del sistema con utilización de un diagnóstico y la metodología de gestión de resultados.

La investigación enfatiza los efectos del programa con relación a los convenios con efectores de salud, los resultados del presente trabajo impactaran en ciertas áreas que se encuentran estrechamente relacionadas con el Modelo de Cambio en que éste enmarca las Instituciones de salud y consecuentemente con los lineamientos estratégicos aprobados y en vigor.

Conforme a lo anterior, se encuentran efectos positivos y significativos en la implementación del programa en las áreas de interacción con el afiliado y el efector de salud, con indicadores para resultado que brindaran información on-line para la toma de decisiones al nivel de directorio.

Finalmente, la propuesta de protocolo que se pretende diseñar y los procesos operativos a implementar, fortalecerán el servicio de cobertura médico asistencial y social, a los afiliados al sistema de salud, estableciendo como prioridad la Cercanía con el Afiliado y el uso extensivo de la tecnología, a fin de satisfacer las necesidades de salud, para lo cual, no sólo es necesario su rediseño, sino también la capacitación de las autoridades en conocimiento de frontera, por lo que identificar y sistematizar los desvíos en la gestión de la firma de contratos, permitirá realizar una agenda con objetivos menores que mermen el nivel de urgencias y genere una luz que permita ver con claridad por donde ejecutar acciones de mejora y de rediseño del proceso.

La falta de proceso claro y sólido para contratar prestadores, sin dudas es una profunda debilidad del sistema, ya sea generando gastos innecesarios por pago de prestaciones sin regulación ni autorizaciones previas, exponiendo severamente a los afiliados a la imposibilidad de recibir las prestaciones médicas necesarias en el momento que lo requieren.

Es importante aclarar, que cuanto se trata de salud, la atención en tiempo y forma, es vital.

La actual situación prestacional, abruma a los trabajadores y a los funcionarios, quienes agotan las horas del día sin dejar espacio para abordar la reingeniería del citado proceso.

Sin duda el resultado del presente trabajo, impactará positivamente en la atención de los afiliados quienes contarán con una mayor red prestacional, agregando valor público al proceso.

### **1.3 Objetivos**

El objetivo principal es poder proponer un protocolo para mitigar la dificultad de firma de los convenios con prestadores de salud a ser adoptado por las organizaciones de salud que buscan generar un valor incremental en su estrategia en menor tiempo, abordando la gestión por resultado que conlleva incorporar las herramientas de dicha actividad en los procesos, proyectos y en la toma de decisiones.

Como primer objetivo, identificar las etapas que componen el panorama sanitario, su evolución y aplicación en las organizaciones de salud.

En un segundo objetivo, analizar los procesos organizacionales y la gestión por resultados que conlleva la incorporación de indicadores de gestión.

Por último, el tercer objetivo, proponer un protocolo sobre la base de la gestión por resultados y analizar qué se espera a futuro desde el punto de vista de los proyectos que surjan en las organizaciones.

### **1.4 Aspectos Metodológicos**

Para abordar el tema del presente trabajo, se utiliza un enfoque cualitativo y el tipo de estudio es de carácter de investigación exploratoria descriptiva, haciendo foco en las organizaciones de salud de índole estatal y con un desarrollo de la administración avanzado.

En el trabajo se investigaron las fuentes primarias y se realizó la lectura de bibliografía pertinente para la investigación y descripción de los temas detallados en cada uno de los objetivos que se buscan cumplir. Para ello, se hizo una descomposición de los temas que se vinculan con el avance de la Gestión por Resultados y la Gestión del Cambio en las organizaciones de Salud.

Se analizaron los siguientes temas para complementar los objetivos propuestos: las similitudes y diferencias entre los desvíos que se producen en la dificultad de firma de convenios con prestadores de salud, brindando los indicadores de gestión pertinentes para la toma de decisiones y la mejora continua en los procesos organizacionales en el cual se establecen incentivos al cumplimiento de los objetivos establecidos, como así también los procesos organizacionales, comparando cada tema con la estrategia organizacional en el pasado y cómo se está comenzando a encarar actualmente, dados los avances en materia de Gestión por Resultados.



## CAPITULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

A lo largo de este trabajo se exponen temas sobre cuestiones esencialmente “internas” de la organización, sin embargo, para abordar esta temática es necesario hacer un breve repaso sobre los principios de funcionamiento del sistema de salud en la Argentina y el diseño de su modelo de gestión para resultados, partiendo de la comprensión del entorno y sus influencias sobre la misma.

#### 2.1 PANORAMA SANITARIO

Históricamente, la práctica clínica ha gozado de completa credibilidad. Las decisiones del médico eran consideradas esencialmente correctas, por más que los desenlaces no se produjeran en la forma prevista. Sin embargo, algo muy importante está cambiando en dicha práctica que además afecta a los valores mismos con que se concibe la práctica médica y a su fundamentación intelectual.

Hoy empieza a ser de conocimiento público que la práctica clínica es unas veces correcta y otras no, que los fundamentos en que se basan las decisiones clínicas son imprecisos y cambiantes, y que dichas decisiones son arbitrarias en la medida en que exhiben un notable grado de variabilidad no explicada. Es notable la acumulación de información sobre la variabilidad de la práctica clínica tanto entre países como entre regiones dentro de un mismo país. Hay también información muy importante acerca del grado de discrepancia de los médicos entre sí y consigo mismos en cuanto a sus observaciones, percepciones, forma de razonar, conclusiones y prácticas.

Existe un acuerdo general acerca de que unos de los factores que subyacen a aquella variabilidad y discrepancia es el grado de incertidumbre con que los médicos se aproximan a los problemas clínicos.

Esta incertidumbre impregna cada uno de los actos médicos, desde el diagnóstico a la decisión terapéutica, pasando por la evaluación de probabilidades, la asignación de preferencias o el establecimiento de pronósticos.

Si bien por las características de dicha práctica no es posible eliminar la incertidumbre, no es menos cierto que se puedan elaborar estrategias para reconocerla y cuantificarla, disminuirla y minimizar sus efectos secundarios.

La estrategia fundamental consiste en producir conocimiento científico sobre el proceso de la práctica clínica, para lo cual se ha propuesto implantar la disciplina denominada Epidemiología Clínica, siendo las características específicas de la misma que residen en el objeto y sujeto de estudio y en los métodos utilizados. El objeto de estudio es la ocurrencia de la enfermedad, su distribución, su historia natural, su prevención y tratamiento.

## 2.2 SERVICIOS DE SALUD

En un análisis general, la asistencia médico-sanitaria incluye básicamente tres clases de bienes y servicios diferentes: los servicios médicos, odontológicos y auxiliares (prestados por profesionales habilitados para ello), los medicamentos (elaborados por laboratorios farmacéuticos, intermediados por droguerías y vendidos al público en farmacias) y los servicios hospitalarios (brindados por hospitales públicos y clínicas y sanatorios privados), incluyendo en este rubro tanto servicios calificados que implican utilización de recursos humanos y materiales específicos en el campo sanitario, como servicios básicos de hotelería hospitalaria.

La teoría económica suele considerar a la salud como un sector de actividad que no se puede confiar enteramente al libre accionar del mercado, ya que el mismo presenta una serie de elementos cuya provisión eficiente escapa a la capacidad de los mecanismos de precios. Así, por ejemplo, ciertos aspectos ligados con el nivel global de salud de la población pueden considerarse como bienes públicos. Otros, como el control de la difusión de las enfermedades, generan fuertes efectos externos. Finalmente, los mercados de prestaciones de salud se caracterizan también por la existencia de problemas de información asimétrica entre los diferentes agentes económicos implicados en él.

## 2.3 EPIDEMIOLOGÍA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La epidemiología se define clásicamente como el estudio cuantitativo de la distribución y de los determinantes de los eventos relacionados con la salud de las poblaciones humanas. Se ocupa más de los patrones de esos eventos en las poblaciones que de aquellos relacionados con el individuo.

El axioma fundamental de la epidemiología es que los eventos adversos a la salud de las poblaciones no ocurren aleatoriamente sino con algunos patrones algo predecibles. Esos patrones se pueden ver como la agrupación de enfermedades, lesiones u otros efectos, en tiempo, lugar o en ciertos grupos de personas.

La Epidemiología es una ciencia básica tanto para la Salud Pública como para la Investigación clínica, y, como tal, aporta herramientas para el conocimiento del proceso salud - enfermedad de los distintos grupos humanos y orienta, de acuerdo con este conocimiento, las intervenciones que se requieren, además de brindar elementos para la evaluación de éstas, elaborar el diagnóstico de la situación en su área e identificar los principales factores condicionantes del estado de salud de la población.

La investigación, análisis e interpretación de datos mediante modelos multivariados, y el conocimiento a nivel clínico, conjuntamente con un sistema de información confiable, deben responder a las preguntas: ¿por qué se enferma?, ¿cómo se cura?, ¿cómo se atiende?, ¿cuánto cuesta?

Para ello es necesario un sistema leal de información en la recolección objetiva de datos, en el procesamiento de los mismos, en el contexto donde se tomaron y la difusión de la información en los precisos niveles de decisión.

En organización y programación: nivel tecnológico de las prestaciones, calidad y cobertura, grado de aceptación, porcentaje de pretensiones y curaciones, porcentaje de derivaciones.

En la utilización de los métodos epidemiológicos, en la programación y evaluación de servicios de salud, se revisan diseños y técnicas epidemiológicas para la determinación de necesidades de salud, asignación de prioridades, evaluación de riesgos y de intervenciones.

A fin de proporcionar soluciones apropiadas los sistemas de información, la tecnología de la información y la gestión de la información se enfrentan con dos retos de amplio espectro: la naturaleza compleja y dinámica de la empresa de atención de salud actual y el estado generalmente simple, sin preparación del desarrollo de sistemas de información para atención de salud.

Un factor importante es la información, educación y percepción de la salud que tenga el enfermo; otro, la distancia a la que se encuentre el servicio de atención: mientras más lejano, menos interés en demandarlo. También, resulta trascendente la calidad y expedición de la asistencia en los servicios.

No es menos esencial que siendo habitualmente muy pobre la población de enfermos, toda exigencia de pago para recibir cuidados médicos postergará las posibilidades de un

diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, y por ende, de estos casos no habrá registros epidemiológicos.

Todo acto diferido, ya sean el acceso al personal especializado, la encuesta por síntomas iguales entre consultantes, la obtención de muestras o las dificultades para garantizar su recepción (por ejemplo, remitir a las personas a un laboratorio distante para entregar la muestra), determinarán que entre 60-80 % de los afectados incumplan este requisito.

#### 2.4 EVALUACIÓN, EFICIENCIA, EFECTIVIDAD, EFICACIA

La evaluación debe ser mecánica y permanente. Dentro de la reestructuración de la Organización Panamericana de la Salud, a partir del 1 de marzo de 1999, se constituyó el Programa Especial de Análisis de Salud (SHA), adscrito a la Dirección de la OPS.

El objetivo del nuevo Programa SHA, es el fortalecimiento de la capacidad de los países y del Secretariado de la Oficina Sanitaria Panamericana para generar, analizar, difundir y utilizar información que permita evaluar la situación de salud y sus tendencias, orientada a la identificación de inequidades en materia de salud y al uso de la epidemiología en la definición de políticas y programas de salud, a vigilar los cambios en la situación de salud y condiciones de vida y evaluar la efectividad de las intervenciones sanitarias.

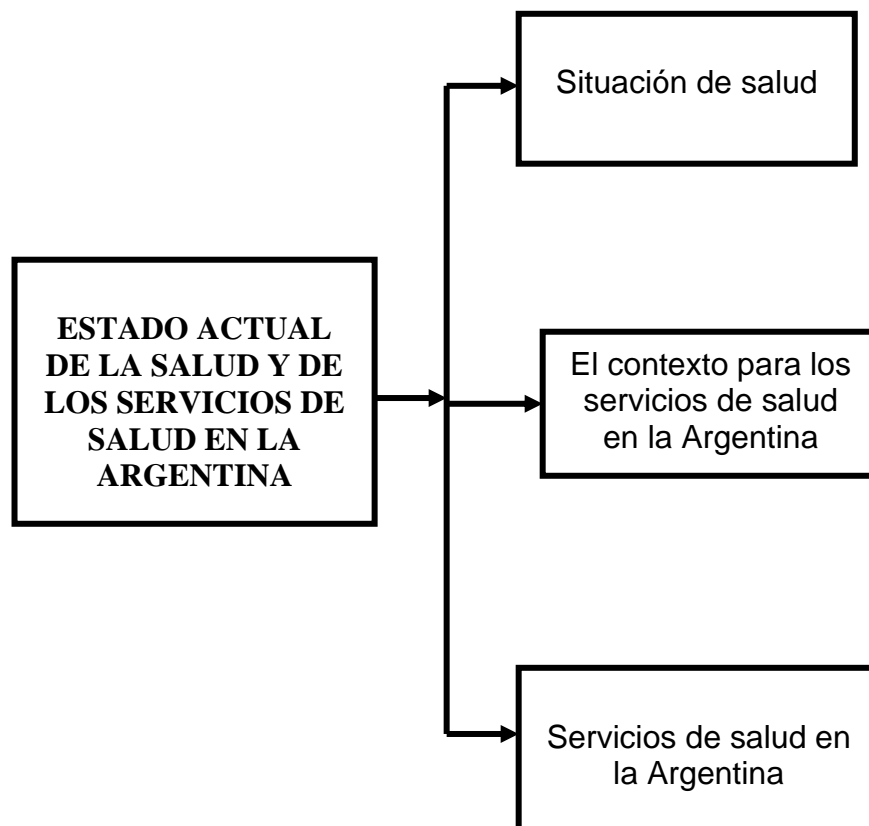
Entre las recomendaciones metodológicas como instrumento de apoyo a la optimización de los beneficios potenciales de políticas, programas y servicios de salud debe estimarse la eficacia de los ensayos en el individuo, la efectividad en la cobertura comunitaria y la eficiencia en cuanto a recursos humanos y financieros.

Dado que en los servicios de salud ha habido una tendencia a adoptar decisiones sin contar con diagnósticos epidemiológicos previos, eso produjo el alejamiento entre epidemiólogos y médicos clínicos.

La problemática está en vías de solucionarse, al instrumentarse la OPS un programa que coordinará un grupo de trabajo inter-programático que examinará el desarrollo de las metodologías y técnicas de evaluación del impacto de salud en las Américas. Las actividades incluirán la revisión de los marcos conceptuales, protocolos, procedimientos y guías disponibles. Asimismo, se fomentará el interés de la epidemiología en los clínicos y una mayor capacitación en los epidemiólogos.

En este Campo Futuro, este importante componente tiene como objetivo promover y apoyar el desarrollo de análisis comparativos de la investigación existente sobre situación de salud e inequidades en salud, así como el desarrollo de instrumentos metodológicos para identificar a los grupos poblacionales con mayor carga de enfermedad y niveles de inequidad en salud. Asimismo, la investigación epidemiológica operacional de la evaluación de la situación de salud y sus tendencias, la identificación de prioridades sanitarias, la determinación de necesidades insatisfechas de salud y la evaluación de las intervenciones sanitarias poblacionales.

#### ESQUEMA CONCEPTUAL



#### 2.5 CONDICIONES DE SALUD

Partiendo del concepto que equidad en salud implica que todos los sujetos de una población tengan la misma oportunidad de desarrollar su máximo potencial de salud, es de esperarse que las situaciones de desigualdad en las condiciones de vida, recientemente descritas, resulten en condiciones de salud también desiguales.

Analizar las condiciones de salud de una población comprende una evaluación de una serie de indicadores que permitan valorar en qué medida los pobladores alcanzan la senectud

viviendo una vida saludable y con plena capacidad física y psíquica. Sin embargo, esta visión “positiva” del análisis de las condiciones de vida no es habitual ni fácil. En razón del tipo de información disponible, es mucho más frecuente que las condiciones de salud de las poblaciones sean evaluadas a través de indicadores “negativos” que miden la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad.

## 2.6 LA PREVALENCIA DEL MERCADO SOBRE EL ROL DEL ESTADO

Se pretende enfatizar la necesidad de un ordenamiento jurídico del mercado en forma integral que provea normas, criterios y valores jurídicos necesarios para que la actividad corporativa o empresarial pueda tener sustento en la dignidad de la persona. Para ello, necesariamente tenemos que enfrentar que el Mercado no es solamente el lugar ideal de la transacción entre proveedores y consumidores de bienes y servicios, sino una actividad social esencial, en la cual se puede establecer el ejercicio tradicional del poder en los proveedores y el naciente poder de los consumidores.

El derecho de mercado surge así no solo como normatividad sino en orientación a la prevalencia de valores jurídicos esenciales, que hoy propenden a una integración social multinacional, y solamente puede lograr la finalidad de ser un instrumento de desarrollo de los seres humanos cuando recojan los valores primordiales de una sociedad con rasgos globales que integra culturas y formas de organización distintas.

A diferencia de las relaciones comerciales individuales en las cuales las partes tienen igualdad en la negociación y autodeterminación del objeto de la transacción; el derecho de mercado se orientará hacia la responsabilidad de las corporaciones, organizaciones de proveedores, organizaciones de consumidores y el Estado regulador para que las actividades de masa no materialicen desequilibrios o una preponderancia de intereses colectivos determinados en perjuicio de la dignidad de cada ser humano.

## 2.7 SISTEMA PLURALISTA DE ATENCIÓN DE LA SALUD

El análisis de las perspectivas del Sistema de Salud del Siglo XXI, requiere considerar -en primera instancia- cuáles serán las características generales de la organización política y económica del país, que se supone permanecerán constantes en sus rasgos fundamentales, independientemente del signo político de las autoridades entrantes y del criterio con que se efectúen las designaciones en las distintas áreas.

Al mismo tiempo, se parte del supuesto que la Política Sanitaria no es autónoma y está condicionada por el escenario político y macroeconómico predominante.

Del mismo modo, el marco necesario para garantizar que medidas sectoriales logren efectos en la salud de la población, es que acompañen -mejor dicho integren- una política de desarrollo global que apunte a los factores socioeconómico-culturales los cuales, se sabe sobradamente, son mucho más importantes que la simple atención médica para determinar los niveles de salud y bienestar humano.

Para establecer las líneas de acción que deberían abordarse a través de intervenciones del Estado mediante políticas sectoriales, es necesario señalar algunos de los rasgos salientes que caracterizan la configuración del Sector Salud de la Argentina. Estos rasgos se refieren a las características objetivas del sistema -más allá de las intenciones y expectativas de sus actores- que determinan el marco condicionante de cualquier línea política que se decida.

El Sector está excesivamente fragmentado y desarticulado. Los subsectores público, de obras sociales y privado no tienen vinculación orgánica entre sí y, a su vez, están fragmentados internamente.

Las experiencias del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en 1974 y del Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNS) en 1988, han mostrado que la sanción de leyes nacionales no ha sido suficiente para establecer un marco normativo perdurable en el sistema de salud. En ambos casos, la etapa de tratamiento parlamentario produjo modificaciones y recortes sustanciales en el espíritu de los proyectos presentados. En segundo lugar, una vez sancionadas como leyes, su implementación fue dificultosa y diversas normas posteriores contradijeron el espíritu inicial de las leyes en las que se amparaban.

Por otra parte, los diversos actores del sector tienen una fuerte presencia en la toma de decisiones estatales, pero también disponen de autonomía para adoptar decisiones propias e intervenir en el desempeño de los servicios de atención médica. En efecto, además de la ya mencionada autonomía sanitaria de las Provincias, las organizaciones sindicales de trabajadores, las organizaciones gremiales de prestadores y las propias obras sociales, cuentan con capacidad decisoria y de presión, como para actuar en el sistema e influir en su evolución.

Estos elementos de juicio, aunque de ningún modo agotan el análisis, permiten sostener la necesidad de partir del análisis de algunas tendencias sectoriales, la viabilidad de un modelo

nacional de base pluralista y universal: la aplicación de los principios del federalismo al campo de la salud, condiciona la modalidad de integración del Sistema de Salud a nivel nacional.

Del mismo modo, ha disminuido la capacidad de presión de las organizaciones sindicales de trabajadores. Ha crecido en la influencia de los organismos crediticios internacionales, así como la influencia del Ministerio de Economía en la configuración del sector.

Durante las décadas del 90 al 2020 no ha habido una conducta homogénea y coherente, por parte del Estado Nacional, en sus modalidades de intervención en el Sector Salud. Sus iniciativas han sido variables: proyectos de concentración de poder decisorio a través de leyes nacionales, normas regulatorias de alcance limitado, concertación de lineamientos políticos con organizaciones no estatales, intervención en acciones reservadas o delegadas a entidades no gubernamentales, o la simple observación de la competencia entre los actores.

En la década pasada, ha mostrado una creciente participación de programas de evaluación y mejoramiento de la calidad de los recursos de salud, especialmente por iniciativa de organizaciones no gubernamentales. La regulación de la disponibilidad y asignación equitativa de los recursos, que correspondería a las autoridades estatales, aunque no hay un comportamiento homogéneo entre las distintas jurisdicciones, frecuentemente se limita a subsidiar la oferta de servicios públicos.

Si bien los estudios del Ministerio de Economía muestran un resultado progresivo en el campo de la Salud en la asignación equitativa del Gasto Público Social entre los distintos estratos de ingresos, sus resultados prácticos están lejos de ser satisfactorios. Mucho menos aún, la distribución de recursos y servicios sanitarios ha alcanzado un resultado significativo en paliar los efectos del fenómeno de exclusión social.

## 2.8 ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE OTROS PAÍSES

El fin último de cualquier sistema de salud es contribuir a la mejora de la salud de la población y hacerlo de la manera más eficiente posible. Buscando mejorar las condiciones de eficiencia y equidad en que se prestan los servicios de salud, numerosos países en todo el mundo incluyendo los latinoamericanos, han implementado reformas. A pesar de la aparente coincidencia en los objetivos de las reformas, la forma en que se implementan responden a conceptos y valores diferentes.



A partir de ellos se desarrollan criterios que permitan interpretar algunas de las estrategias, financiamiento y prestación de los servicios de salud aplicados por las reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Estos criterios son aplicados a las políticas de financiamiento y prestaciones de las reformas aplicadas en los sistemas de salud de Colombia y Costa Rica.

Según un nuevo informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para que se puedan alcanzar los objetivos de salud mundiales acordados por la comunidad internacional será preciso reforzar los sistemas de atención de salud mediante la adopción de medidas específicas en los países. Como se afirma en el Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro, los servicios de atención de salud de la mayoría de los países en desarrollo requieren inversiones y apoyo internacional de forma urgente.

## 2.9 GASTO DE SALUD EN EL MUNDO

Los gastos en salud difieren bastante entre los principales países del mundo desarrollado. Sin embargo, todos los gobiernos comparten el temor de que la situación de ese gasto termine escapándose de sus manos.

Las variaciones en el gasto destinado a salud en los países industrializados son realmente importantes, tanto si se lo mide como porcentaje del producto bruto (14,5% en USA, cercano al 10% en Alemania, Suiza y Canadá; entre 7% y 8% en Italia, España, Inglaterra y Suecia) como en dólares per cápita (redondeando cifras, un rango que oscila entre 1.000 y 4.000). También existen diferencias sustantivas en la composición del gasto: mientras, en promedio, el gasto público de los países de la Unión Europea tiene un peso mayor -entre 70 y 95% del total-, en Estados Unidos esta cifra no alcanza al 50%.

En realidad, la preocupación por el gasto parece no centrarse tanto en el nivel alcanzado por el mismo, sino en la incertidumbre en cuanto a eventuales crecimientos futuros y en la inexistencia de un límite conocido y un referente "ideal".

Las soluciones ante este dilema no son claras. Algunos autores hablan de "invertir en salud" y no parecen dar la debida atención al concepto de gasto; otros afirman que el volcar dichos recursos sobre la economía productiva (mayor peso fiscal para los países que financian a través de recursos públicos; primas empresariales que eleven los costos de producción) pueden repercutir en la competitividad internacional, comprometiendo la capacidad productiva y el nivel de bienestar de un país.

En el momento de analizar desde un punto de vista económico el gasto sanitario, la cautela parece ser un requisito insoslayable. Las tendencias actuales diseñadas para enfrentar el problema del gasto en las políticas de salud se basan en una redistribución de los riesgos del sistema desde el financiador hacia la oferta, hacia la demanda o hacia ambos.

## 2.10 INVERSIÓN EN SALUD

Para el período entre el año entre 2015 y 2019, las inversiones mundiales en salud ascendieran a 66 mil millones de dólares al año respecto del gasto actual, de acuerdo con el informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Según las proyecciones del documento, elaborado por un grupo de economistas y expertos en materia de desarrollo de políticas públicas y salud, y titulado “Invertir en Salud en Pro del Desarrollo Económico”<sup>1</sup>, la mitad de los 360 mil millones de dólares correspondería a beneficios económicos directos: “los más pobres del mundo vivirán más, gozarán de buena salud un número muy superior de días, y por consiguiente, podrán ganar más”.

La mitad del aumento en la inversión procedería de la ayuda internacional al desarrollo, mientras que los países en desarrollo deberían proporcionar la otra mitad redefiniendo las prioridades de sus presupuestos.

A su vez, la comisión recomienda que los países de ingresos bajos y medios --entre los que se encuentra México-- aumenten el desembolso en salud con cargo al presupuesto en un 1 por ciento del PIB y luego en un 2 por ciento, con respecto a los niveles actuales.

## 2.11 CAUSAS DEL MAYOR COSTO DE LA SALUD

La preocupación por mejorar la efectividad en la prestación de servicios del sector salud en función de los costos es un tema central en el ámbito de la discusión sobre políticas de salud, tanto a nivel de los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo.

---

<sup>1</sup> Macroeconomía y salud : invertir en salud en pro del desarrollo económico : informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud – <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42465> OMS

Los roles que desempeñan el Estado y la sociedad en materia de deberes y compromisos, no los exime de enfrentar nuevos desafíos de superación de los problemas epidemiológicos y demográficos crecientes en dimensión y complejidad.

La respuesta de quienes participan de la problemática de la salud pública a estos desafíos involucra la revisión de los propósitos, el rol de los actores, ámbitos de conocimientos, métodos y herramientas empleados en el cuidado de la salud de la población.

En este sentido, la formación de los recursos humanos es un factor decisivo en la sustentación de una disciplina que contribuya con el cuidado de salud de la población.

La evolución del pensamiento y la práctica en el campo de la salud pública, reconoce importantes avances en el conocimiento de disciplinas que contribuyen con la acción en salud pública, la redefinición de las responsabilidades del Estado y de la sociedad, la intensificación de cambios en la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud, el déficit de recursos humanos calificados para enfrentar y anticipar los nuevos desafíos, y la respuesta insuficiente de las instituciones formadoras en salud pública.

La irrupción del usuario como protagonista principal, introduce un cambio de paradigma en los servicios de salud, obligando a la reorganización del sistema de salud, con prioridad en la salud en lugar de la enfermedad y, la articulación con otros sectores y actividades vinculadas en el cuidado de la población.

Los cambios en los campos de la tecnología, las prácticas médicas y en las ciencias sociales, así como la modificación vertiginosa de hábitos y conductas sociales, son el marco que hace impostergable la necesidad de reformular los propósitos y prácticas de la actividad y, el desarrollo de nuevas estrategias de instrucción y capacitación de los profesionales de la salud pública.

La introducción de procesos de reformas en el sector social y en la práctica de la salud pública, ocurren desde las necesidades del sector público de hacer transformaciones que acompañen la modernización del manejo económico y de gestión respondiendo a una lógica macroeconómica, la redefinición de los roles de los agentes públicos y privados en el sector social, y la necesidad de mejorar la prestación de servicios y la atención de la población.

Los enfoques prioritarios, responden sin embargo a la reafirmación de valores y principios de la salud pública que derivan de una larga y fecunda trayectoria que sostiene a la salud

como derecho de la ciudadanía, el reconocimiento de la pluralidad de intereses organizados en torno a los sistemas de salud, la responsabilidad pública y el carácter multisectorial de los problemas y campos de acción, la necesidad de articulación de las políticas públicas en los distintos ámbitos jurisdiccionales, la revalorización de la promoción y prevención de la salud, y la renovación de las prácticas médicas y de intervención en salud pública

## 2.12 EL CONTEXTO PARA LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA ARGENTINA

La progresiva transformación del comportamiento demográfico de la especie humana ha sido un factor fundamental para el actual paradigma dominante sobre el desarrollo mundial. La disminución de los nacimientos, el combate contra la enfermedad y la muerte, así como la mayor extensión en el tiempo de vida, han sido elementos de profunda transformación en el sentido que adquiere la existencia humana.

A pesar del alto nivel de vida alcanzado, la transición demográfica de los países desarrollados ha generado, entre otras situaciones, un histórico envejecimiento de su población que refleja relaciones de dependencia generacional poco equilibradas, un déficit de población en edad de trabajar y una demanda social insatisfecha por parte de los grupos de edad avanzada --en su mayoría femenina-- situación que parece amenazar la hegemonía económica y tecnológica de algunos países a nivel global.

En los países en desarrollo, con un historial demográfico diferente, se observa todavía un crecimiento de los grupos etarios jóvenes y adultos, aunque creciente desempleo y problemas de pobreza, junto con un paulatino envejecimiento demográfico que añade nuevas demandas sociales a las rezagadas necesidades de su población.

Los cambios en la tecnología aplicada a la atención de las personas y a las modalidades de la atención (lo preventivo y ambulatorio), hace cada vez menos relevante la caracterización de la oferta de los servicios.

## 2.13 RECURSOS FÍSICOS, HUMANOS y FINANCIEROS

Si bien el número de camas del sector salud ha sido usado tradicionalmente como indicador de la capacidad instalada y para realizar comparaciones entre zonas y países, no es suficiente para dimensionar los recursos del sector.

Los recursos humanos en salud son fundamentales para garantizar un sistema de seguridad social eficaz, eficiente y equitativo. Y son uno de los principales ejes de la atención en el sector salud, así como del funcionamiento de los establecimientos.

La distribución y el uso óptimo de las categorías del personal (médicos, odontólogos, obstetras, técnicos, auxiliares, administrativos, de mantenimiento, etc.) constituyen aspectos a evaluar para la interpretación de los indicadores que generalmente se elaboran.

Los recursos financieros son los que se utilizan para desarrollar la inversión en instalaciones, equipos, insumos, pagos de salarios, y honorarios.

En términos de recursos financieros, los países muy pobres sólo pueden gastar 10 dólares por persona al año en salud. Incluso si ese presupuesto llegará a los 20 o 30 dólares, todavía se trataría de una inversión totalmente insuficiente, en contrapartida con los países industrializados que emplean miles de dólares anualmente por persona. Hay una enorme brecha y la comunidad internacional, las instituciones financieras y los donantes están en la obligación de ayudar a estos países a mejorar sus sistemas de salud.

Hoy observamos: laboratorios de análisis clínicos de alta complejidad con equipo de digitalización de imágenes que permite, la objetivación de imágenes desde el campo del microscopio a fin de propiciar una discusión de casos con calidad científica.

Nuestro país cuenta, en tanto, con hospitales que se han convertido en un centro de referencia nacional —y en ocasiones también internacional- en medicina de alta complejidad por su capacidad de resolución de patologías complejas como trasplantes de órganos, cirugía cardíaca, oncología, neuroradiología intervencional, entre muchas otras.

Referente a los recursos humanos en ciencia y tecnología. Pueden mencionarse especialmente las encuestas sobre fuerza de trabajo, aquellas referidas a capacidades tecnológicas nacionales o, aún, a la búsqueda de combinaciones de los datos surgidos de diferentes recolecciones periódicas de informaciones educativas, sociales y económicas realizadas por distintos organismos nacionales.

## 2.14 DESAFÍOS QUE ENFRENTAN LOS SERVICIOS DE SALUD

Los escenarios mundiales y nacionales se encuentran atravesando por transformaciones complejas en los últimos años, con profundas implicaciones para la salud de los pueblos y para el quehacer en salud. En la Región de las Américas, dos tendencias de particular

trascendencia caracterizan el momento: el avance de los procesos de democratización por una parte y la expansión de las economías orientadas hacia el mercado por otra, acompañadas ambas por la revisión del papel del Estado.

La relación entre la salud y el desarrollo social y económico adquiere nuevas características dentro de una lógica de búsqueda de ventajas comparativas en un sistema internacional altamente competitivo. La movilidad creciente de las personas, de los bienes, de las empresas y de la información determina la transferencia a nivel fronterizo o multinacional, de riesgos de la salud relacionados con los entornos de trabajo, el ambiente o el comportamiento.

Estas tendencias plantean nuevos desafíos para la cooperación internacional en salud y por ende, para las instituciones del sistema internacional que se encuentran activas en el campo de la salud. La capacidad técnica de los países de la Región ha crecido enormemente en los últimos años; el acceso a la información ha evolucionado grandemente. Se ha reducido la cooperación financiera no reembolsable; se ha multiplicado el número de actores involucrados, tanto estatales e institucionales como nacionales e internacionales.

A la tradicional misión de solidaridad y de asistencia hacia los países más vulnerables, se han sumado nuevas preocupaciones orientadas al desarrollo de la seguridad humana, a la concertación de los intereses nacionales en materia de salud y a la promoción de la equidad social.

## 2.15 DESAFÍOS BÁSICOS: EQUIDAD; CALIDAD; EFICIENCIA

Las políticas sociales gestadas en la oferta y no en la demanda, en cambio debiera darse una especial atención a la equidad sin descuidar la eficiencia y la calidad, de lo que adolece el sector salud, ya que es por todos conocida la mala situación sanitaria existente, ya sea en el sector público como en el privado donde se producen inequidades respecto a los usuarios.

Por ello el gran desafío en este nuevo siglo XXI es el de promover, coordinar y desarrollar acciones en los procesos de reorganización de los sistemas y servicios de salud, a fin de lograr mayor equidad, justicia social, calidad, eficacia, eficiencia, y acceso universal a los servicios de salud.

Apoyar el desarrollo de la estrategia de atención primaria y promover enfoques alternativos en sistemas pluralistas de salud, coordinando esfuerzos del Estado, la seguridad social, el sector privado y la sociedad civil.

Realizar el seguimiento, monitoreo y evaluación de los procesos de reforma del sector salud, enfatizando la equidad en el acceso a los servicios de salud y la equidad en salud.

## 2.16 LA SITUACIÓN DE LAS OBRAS SOCIALES

Argentina posee la base para un sistema de seguro de salud universal a través de las obras sociales. El mercado de seguros se caracteriza por diversas ineficiencias. Por un lado, al tener cautivos a sus beneficiarios no hay estímulos para mejorar la cantidad o la calidad de las prestaciones.

Las reformas recientes, están cambiando esta experiencia a medida que los miembros de las obras sociales aprovechan la posibilidad de optar por una nueva obra social. Esto está teniendo el efecto deseado de crear presiones de competitividad en la oferta de mejores servicios.

Todavía existen demasiadas obras sociales (para ser eficientes con respecto a los costos y diversificar la prestación de servicios, las obras sociales deberían tener por lo menos 50.000 miembros) y aún existe la necesidad de consolidar el sistema. Muchas obras sociales continúan teniendo altos costos administrativos, escaso control sobre la cantidad y costos de los servicios cubiertos, ineficientes clínicas de salud, y una débil estructura de informes y administración.

El sistema de seguros para jubilados y pensionados - PAMI- se halla en crisis. A pesar de los intentos efectuados con el apoyo del Banco Mundial para modernizar la administración y reducir los costos excesivos, todo lo logrado en el control de costos se disipó a causa de la inadecuada atención a las reformas estructurales y al cambio de los incentivos. En lugar de realizar intentos no sustentables para controlar los costos, es necesario llevar a cabo una gran reestructuración.

Se pueden hacer algunas de estas mismas críticas a las obras sociales provinciales. Los sistemas de seguros provinciales no se hallan organizados bajo estructuras responsables y presentan una dimensión exagerada en relación a la provisión de fondos. Muchas son demasiado pequeñas para ser eficientes o para manejar los riesgos.

Por último, el 37 por ciento de la población y el 67 por ciento de los pobres no tienen cobertura médica y dependen del sistema de salud pública. Si se quisiera reasignar el gasto provincial a un programa de seguro de salud dirigido a los pobres y a los que carecen de

cobertura – y recuperar los fondos de aquellos que sí la tienen – el presupuesto de salud provincial bastaría para proveer servicios básicos, así como también para financiar la prevención y otras necesidades en materia de salud.

## 2.17 OBRAS SOCIALES

El Sistema de Obras Sociales ha cubierto la salud de todas aquellas personas que trabajan bajo relación de dependencia. Financieramente, se ha nutrido de aportes obligatorios por parte de empleados y empleadores que, entre ambos, suman un porcentaje fijo estipulado en el ocho por ciento del salario de cada trabajador.

En tanto, las Empresas de Medicina Privada, entidades que han tenido un destacable desarrollo durante la última década- actúan como organizaciones que ofrecen servicios de atención médica a sus asociados a cambio del pago de una cuota mensual, cuyo valor no está regulado ni preestablecido por el Estado, sino que es estipulado por cada empresa de acuerdo a su determinación dentro de un mercado de alta competencia, previa autorización de incremento.

A estas empresas se encuentran afiliadas las personas que no trabajan bajo relación de dependencia, así como toda aquella persona que, por libre elección, ya sea por falta de otra cobertura o por preferencia en la prestación, desee adherirse a este sistema, independientemente de tener o no una Obra Social.

No es extraño que alguien que cuenta con la cobertura sanitaria de alguna entidad gremial, se asocie de manera simultánea a una prepaga por preferir la nómina de profesionales, instituciones o cantidad extra de servicios que ofrecen estas empresas, y que no incluyen las obras sociales. Esto ocurre debido a la imposibilidad de optar entre una u otra clase de entidad a la hora de direccionar los aportes deducibles del salario.

## 2.18 LAS DIFERENCIAS ENTRE SISTEMAS

Ambos sistemas brindan beneficios diferentes y tienen sus particularidades. Las Obras Sociales Sindicales funcionan bajo la filosofía de brindar equidad, sus asociados perciben los mismos servicios, sea cual sea el importe monetario que efectivamente destinan por ellos. Es decir, toda persona recibe el mismo tipo de atención y tiene las mismas posibilidades en cuanto a prestaciones de salud, sea cual sea el valor de su ingreso salarial y el aporte realizado a la obra social, teniendo en cuenta que este se deduce como un porcentaje de este ingreso.



La Empresa de Medicina Privada permite la libre elección a toda persona para afiliarse o no a su sistema. De hacerlo, cada individuo elige entre ellas la que estime mejor en cuanto a la relación entre la calidad de servicios prestados y el importe que debe abonar por ese servicio prepago.

Este binomio de oferentes (exceptuando el sistema de salud para los jubilados de Argentina, PAMI, y el Hospital Público, que brinda asistencia sanitaria de manera gratuita a quienes no poseen cobertura de otro tipo, ya sea por falta de empleo, jubilación o indigencia) ha protagonizado un importante cambio: La desregulación del mercado de la salud.

## 2.19 SISTEMA LIBRE

Se procura la libre elección de la cobertura de salud para los beneficiarios bajo relación de dependencia, quienes podrán optar, no sólo entre diferentes alternativas de obras sociales, como hasta hoy, sino también incluir las diferentes propuestas de empresas de medicina prepaga privadas.

La medida establece que toda persona que se encuentre en situación de empleado podrá destinar el aporte que se deduce de su sueldo a la Obra Social Sindical o a la Empresa de Medicina Privada que más satisfaga sus expectativas, de acuerdo a calidad y variedad de prestaciones. De esta manera, el mercado de la salud en Argentina funciona como todo sistema de libre competencia.

El PMO: Eje del sistema.

El eje asistencial del nuevo sistema de salud es el Programa Médico Obligatorio (PMO<sup>2</sup>), sistema que rige en el país desde el año 1996 y que estipula y exige a todo prestador de salud brindar una cobertura médica mínima y obligatoria. De esta forma se asegura para toda la población que las diferentes alternativas contendrán las necesidades de atención sanitaria fundamentales de toda persona.

El Programa Médico Obligatorio comprende, entre otras, la atención primaria, incluida la materno-infantil, y las enfermedades oncológicas o el HIV. Se implementa a través de un sistema que centraliza en médicos de cabecera la atención de los especialistas de cada una de las disciplinas. Dentro de las prestaciones básicas de este programa se incluyen la atención

---

<sup>2</sup> Decreto 492/1995 - <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/programa-medico-obligatorio>

de especialidades como cardiología, cirugía, dermatología, oftalmología, psicología o traumatología, tanto en consultorio, como domiciliaria.

También se prestan los diferentes servicios y medios de diagnóstico, como laboratorio y radiología; abarca la hemodiálisis, los trasplantes y las prácticas de alta complejidad, en las que debe incluirse el material descartable y los medicamentos utilizados durante los períodos de internación.

También se resguarda para los afiliados que se incorporan a una prepaga la imposibilidad de períodos de carencias o exclusiones de determinado tipo de prestaciones, situación que, a pesar de la actual vigencia del PMO, no siempre es cumplida por las empresas, las que suelen incluir en los contratos de asociación cláusulas que establecen vedas o períodos de vedas para ciertas prácticas.

Todo beneficiario también tendrá la opción de ampliar los servicios de prestaciones que ofrece su prepaga incrementando el aporte económico a las mismas por la cobertura de determinados servicios no incluidos en el PMO.

De acuerdo con esta y otras normas, todas las entidades destinadas a la prestación de atención prepaga de la salud, tanto las empresas privadas, como las obras sociales, estarán supervisadas y regidas, en cuanto a requisitos económico-financieros y prestacionales, por la Superintendencia de Servicios de Salud (organismo de aplicación y control del Sistema de Seguro Nacional de Salud de Argentina).

De esta manera, se pretende procurar calidad y seguridad de servicios en la cobertura médica mínima necesaria.

Analizando el costo prestacional en la Argentina, el mercado de la salud de nuestro país, es el cálculo, lo más aproximado posible, del costo total y desagregado de las prestaciones médico-asistenciales. Algo que resulta tan obvio en cualquier sector de la Economía, tanto en la producción como en los servicios, no ha sido aún determinado en forma confiable en nuestro sector.

El sano principio económico de establecer con antelación la estructura de costos a corto y largo plazo ha sido habitualmente reemplazada por la sumatoria de los gastos realizados a lo largo de un determinado período. Esta atípica metodología tiene tres consecuencias irremediables cuando los egresos superan a los ingresos:

- Aumento de las primas a los afiliados de entidades de medicina prepaga o la quiebra de las instituciones.
- Disminución de la accesibilidad a las prestaciones o de la calidad de los servicios, pudiendo llegar al corte de los mismos, cuando los ingresos no pueden incrementarse ( obras sociales dependientes de aportes y contribuciones ) o aún peor cuando los mismos disminuyen ( desempleo, evasión ).
- Interrupción o demora en el pago a los prestadores o disminución arbitraria de sus cápitras u honorarios. con pirámide poblacional media y con un coseguro del 50%.

Debemos recordar que no existe un modelo ideal de retribución de las prestaciones médico-asistenciales y que la dificultad máxima estriba en lograr una fórmula de equilibrio que garantice la buena atención de la población beneficiaria, la satisfacción de los prestadores y el equilibrio económico-financiero de la administradora de cartera.

## 2.20 GESTIÓN POR RESULTADOS

A modo de introducirnos más en la complejidad de la temática, vale destacar que la implementación de todo modelo o enfoque de gestión, implica un cambio cultural importante que exigirá irrumpir la gramática planteada por el modelo vigente para crear condiciones de permeabilidad organizacional hacia la aplicación y posterior consolidación de otra matriz de gestión en razón a lo público. Así, la GpR se diferencia de los tradicionales modelos de gerenciamiento en tanto que “mientras la gestión tradicional busca fundamentalmente adecuarse a los recursos, las funciones y las normas existentes, este modelo pone el acento en las acciones estratégicas a desarrollar para lograr resultados previamente comprometidos, en función de los cuales se determinarán los productos y recursos necesarios”<sup>3</sup>.

La Gestión por Resultados como sistema de gerenciamiento se asienta en tres puntos o sistemas básicos (Planificación, Organización y Presupuesto), los que encuentran su correlato en diferentes subsistemas, los que a su vez están conformados por diferentes elementos y macro procesos claves (Planeamiento Estratégico, Formulación Presupuestaria, Administración de Recursos, Monitoreo y Evaluación, Control y Auditoría); siendo el

---

<sup>3</sup>Oficina Nacional de Innovación de Gestión. Secretaria de Gabinete y Coordinación Administrativa. [www.sgp.gov.ar/contenidos/onig/planeamiento\\_estrategico/paginas/sitio/gestion\\_por\\_resultados.htm](http://www.sgp.gov.ar/contenidos/onig/planeamiento_estrategico/paginas/sitio/gestion_por_resultados.htm)

subsistema de desarrollo de personal uno de los pilares dentro del Sistema de Gestión por Resultados.<sup>4</sup>



Fuente: Makón Marcos (2019), Introducción a la Gestión por Resultados

En este modelo de administración de los recursos públicos está centrado en el cumplimiento de las acciones estratégicas definidas en el plan estratégico de la Institución para un determinado período de tiempo. Permite gestionar y evaluar el desempeño de las organizaciones públicas en relación con políticas de salud definidas para atender las demandas de la sociedad.

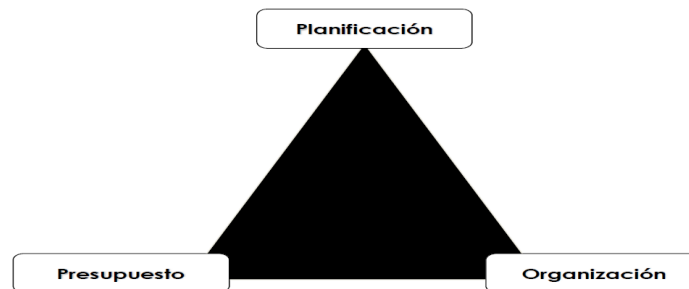
La gestión para resultados, existen básicamente tres enfoques que son complementarios entre sí:

- i) Sistémico
- ii) Macroprocesos
- iii) Instrumento de gestión

### **i. Sistémico**

<sup>4</sup>Esta manera de entender a la GPR es la manera más amplia e integral que hay, y la que más se ajusta con los objetivos del presente trabajo. La mayoría de la bibliografía en la materia, solo hablara de tres sistemas básicos en la GpR que conforman una triangulación (Planificación, Presupuesto y Organización) y cinco macro procesos o elementos claves (Planificación Estratégica, Formulación Presupuestaria, Administración de recursos, Monitoreo y evaluación, Control y Auditoría por Desempeño); sin profundizar demasiado en los subsistemas que la integran

La gestión para resultados requiere el funcionamiento articulado e interrelacionado de los tres sistemas básicos que operan transversalmente en la estructura administrativa pública: a) planificación, b) presupuesto, c) organización.



A través del sistema de planificación se determinan los resultados e impactos a obtenerse en el marco de políticas de desarrollo de largo, mediano y corto plazos, así como las medidas de regulación y la producción pública a instrumentarse a través de las instituciones públicas. La producción pública es el marco de referencia para la asignación de los recursos reales y financieros en el presupuesto y, es a través de la misma donde se puede lograr la vinculación del plan con el presupuesto.

La organización, entendida como el funcionamiento de la estructura administrativa del Estado y de los sistemas de administración de recursos reales y financieros, viabiliza los procesos necesarios para que, a través de las unidades administrativas responsables, se administren los recursos que requiere la producción pública

En forma simplificada y gráfica, podríamos afirmar que la planificación define “que lograr”, el presupuesto “que recursos utilizar para producir bienes y servicios” y la organización “quienes son las unidades administrativas responsables de los procesos productivos y de la administración y utilización de los recursos reales y financieros”.

## **ii. Macroprocesos**

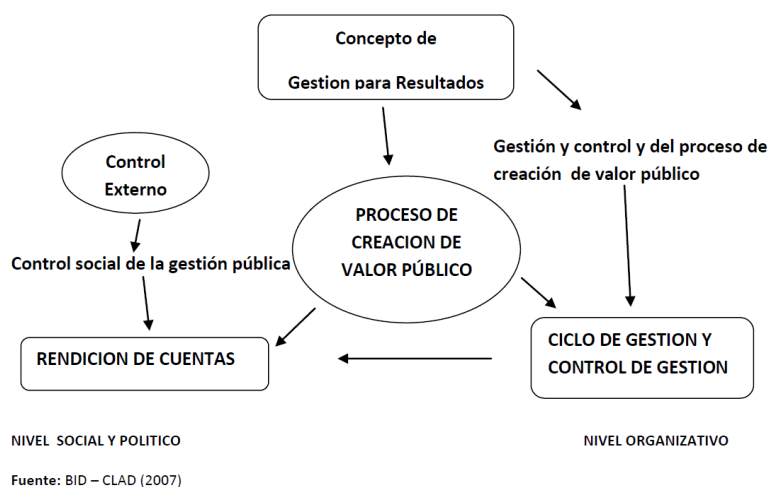
El enfoque basado en procesos es también una herramienta útil en el tratamiento metodológico de la gestión para resultados ya que, como se define en la norma ISO 9000 de 1994, “un proceso es un conjunto de actividades relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados”. Bajo esta conceptualización, el conjunto de procesos interrelacionados que partiendo de la definición de políticas y que culminan en el monitoreo y seguimiento permiten expresar claramente el ciclo administrativo integral de la gestión pública

En el modelo administrativo de la gestión para resultados los principales macroprocesos que lo conforman son: a) planificación estratégica, b) programación presupuestaria; c)

administración de recursos reales y financieros y d) seguimiento, control y auditoría por desempeño

### iii. Instrumento de gestión

En el documento Modelo abierto de Gestión para Resultados en el Sector Público (BID-CLAD 2007), y a partir del concepto de que las instituciones públicas generan valor público, se señala que la gestión para resultados es una herramienta de gestión que posibilita, y a la vez facilita, el ejercicio de la función directiva de los funcionarios públicos. Se indica que la función principal de la gestión para resultados es la de proporcionar a los niveles directivos un “medio de monitoreo y regulación para garantizar que ejerzan sus responsabilidades



En la presente investigación se mostró la existencia de desviaciones en la firma de convenios prestacionales en la obra social. Asimismo, se dio un esbozo de sus posibles motivos y consecuencias y plantear acciones alternativas con el fin de lograr que futuros estudios modifiquen la cadena de valor y así obtener el impacto del cambio de conducta, tanto de las obras sociales como de los prestadores de salud, que redunde en la eficiencia y calidad de las Prestaciones Médicas.

El procesamiento de la información buscó encontrar un nuevo enfoque al tamizar el análisis con una visión de Gestión para Resultados. De esta forma, se pretende presentar información útil que sirva para mejorar los desvíos en la firma de convenios con prestadores médicos, desarrollándose un protocolo para mitigar dichas situaciones con suficientes argumentos para ser confirmado o refutado por futuras investigaciones que continúen y profundicen el tema planteado, siempre observando a lo largo de la cadena de valor público<sup>5</sup>

<sup>5</sup> “Cadena de Valor Público (CVP), un modelo descriptivo que (...) presenta un interesante potencial al momento de oficiar de carta de navegación de las políticas públicas. Posibilita expresar las principales apuestas o

## CAPITULO III

### 3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

#### 3.1 DESAFÍOS OPERACIONALES

La GxR es como “marco conceptual cuya función es la de facilitar a las organizaciones públicas la dirección efectiva e integrada de su proceso de creación de valor público, a fin de optimizarlo asegurando la máxima eficacia, eficiencia y efectividad de su desempeño, la consecución de los objetivos de gobierno y la mejora continua de sus instituciones” (BID – CLAD, 2007, p. 18)

Este modelo de gestión, prioriza la simplificación de los procesos administrativos, pasando de la lógica normativa de controles formales a la optimización de los procesos que permitan gestionar de la manera más adecuada el personal, manejar de manera apropiada las contrataciones con prestadores en este caso, así como disponer de información de la utilización efectiva de recursos reales y financieros en tiempo real (Makón, 2012, p. 9), esto implica la adopción de un sistema que permita el seguimiento y retroalimentación.

En palabras de Makón, la GxR “es el modelo de administración de los recursos públicos centrado en el cumplimiento de las acciones estratégicas definidas en el plan de gobierno para un determinado período de tiempo” (2000, p. 3), incluyendo concretamente el aspecto de temporalidad en la obtención de los resultados deseados.

Siguiendo el Modelo abierto de GxR en el sector público, elaborado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) y en cuanto a la temática de estudio del presente trabajo de investigación sobre las Obras sociales estatales; la GxR se caracteriza por,

“una estrategia en la que se definen los resultados esperados por un organismo público en cuanto (...) a la producción de bienes y servicios; una cultura y un instrumental de gestión orientados a mejorar la eficacia, eficiencia, productividad y efectividad en el uso de los recursos del Estado (...); sistemas de información; (...); promoción de la calidad de los servicios prestados a los ciudadanos a través de un proceso de mejoramiento continuo; (...)

---

estrategias de intervención, sistematizar las medidas de política y la prestación de bienes y servicios que éstas implican y tener una mirada sistémica del accionar gubernamental sobre los problemas públicos” (Sotelo, 2014)

sistemas de información que favorezcan la toma de decisiones de los actores que participan en (...) procesos”. (2007, p. 17).

En conclusión, un sistema de gestión basada en resultados “constituyen una poderosa herramienta de gestión pública al ayudar a organizaciones a demostrar impactos y efectos a sus respectivas partes interesadas y para conseguir el respaldo público” (Kusek, Rist, 2004, p. 27)

### CADENA DE RESULTADOS



Fuente: Readaptación de “Cadena de resultados” extraído de “La Teoría del Cambio”, UNICEF, 2014, pág. 7.

En el presente gráfico se pueden verificar los insumos necesarios y las actividades básicas a realizar para la concreción de metas y objetivos, los productos y el resultado e impacto esperados. Este análisis ayudó a verificar de manera preliminar, que se dispone de los insumos necesarios y están dadas las condiciones para realizar las actividades previstas. Por lo expuesto precedentemente, aún existen desafíos en áreas como calidad de servicios, resolutivez, integralidad de redes, disponibilidad de recursos humanos comprometidos y otros, que precisan ser identificados, problematizados y resueltos a través de un abordaje integral, participativo, intersectorial y eficaz.



Como así también, un protocolo para mitigar la dificultad de firma de los convenios con prestadores de salud, que pueda ser adoptado por las organizaciones de salud que buscan generar un valor incremental en su estrategia en menor tiempo, abordando para ello la gestión para resultado que conlleva incorporar las herramientas de dicha actividad en los procesos, proyectos y en la toma de decisiones.

Al detallarse en el desarrollo precedente los componentes de los desvíos que se producen en la firma de convenios con prestadores de salud, su evolución y aplicación en las organizaciones actualmente y el análisis de cómo se ven afectados los procesos organizacionales y la gestión por resultados que conlleva la incorporación de indicadores de gestión. Se logra proponer un protocolo sobre la base de la gestión para resultados y analizar qué se espera a futuro desde el punto de vista de los proyectos que surjan en las organizaciones.

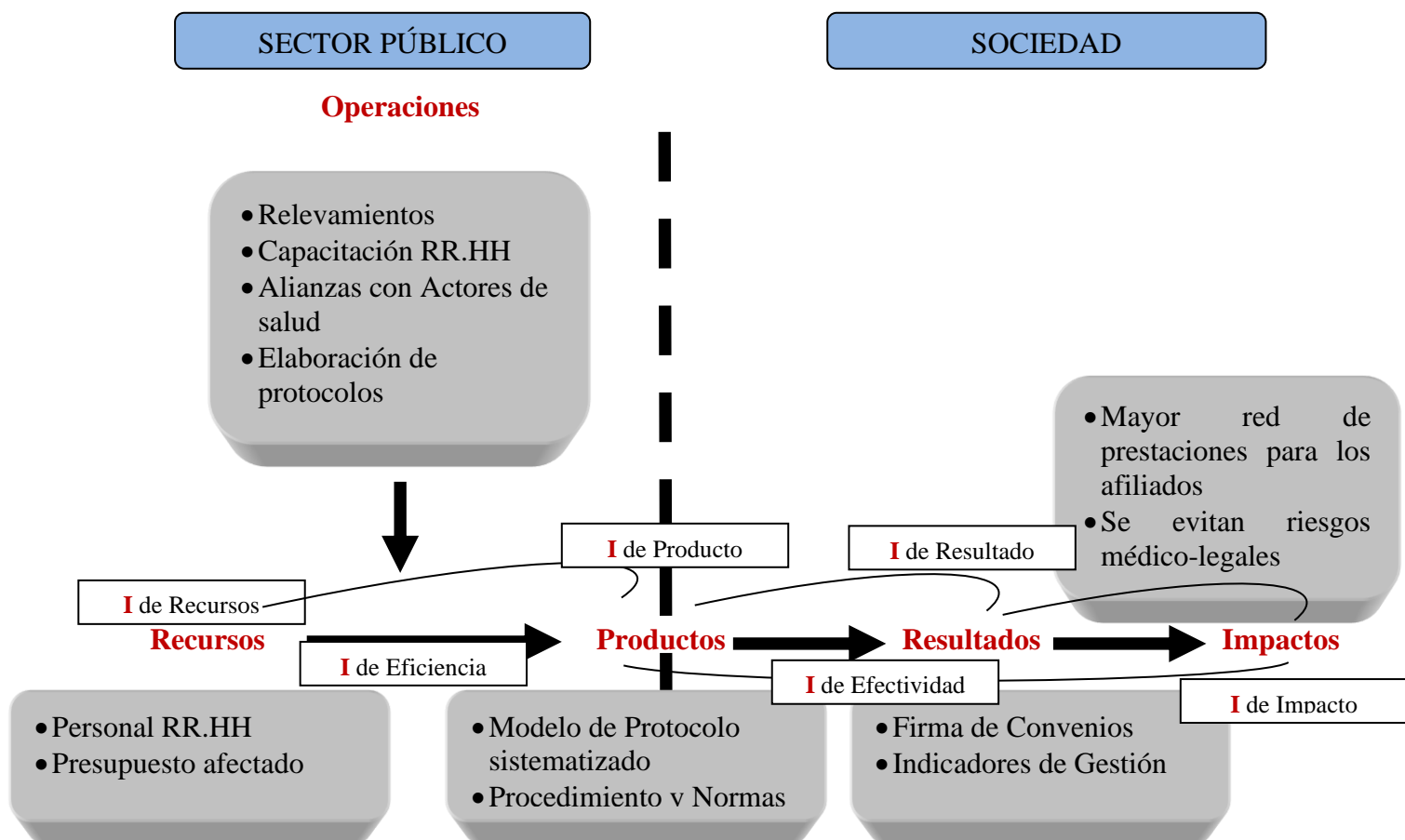
Sin olvidar que sobre la naturaleza de las políticas públicas, estrategias de gestión y negociación aunado al conjunto de metodologías operacionales en los servicios de atención básica es de enorme interés para la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Con esto se contribuye con el fortalecimiento de la conducción y el liderazgo del sector salud y sus instituciones; desarrollar la capacidad de gestión y los procesos administrativos para la transformación de los sistemas; apoyar a los procesos de descentralización y a las acciones de salud en áreas de población de mayor necesidad; incorporar las acciones de salud oral, enfermería y rehabilitación; fortalecer la organización y administración hospitalaria; y promover la investigación en los sistemas y servicios de salud.

La participación interdisciplinaria en la atención de los usuarios de los servicios de salud, es una condición de éxito y constituye por tanto, un principio fundamental de la actividad cotidiana hospitalaria. Requiere el concurso de todas las personas que conforman la Institución, para lograr los objetivos propuestos.

A los efectos de lograr una mirada sistémica al momento de analizar el tema desarrollado, con el marco analítico propuesto se implementó el modelo descriptivo planteado en la Cadena de Valor Público (CVP) a la situación conceptual que se pretende aplicar. Este modelo es utilizado para analizar la relación medio-fines planteado y el proceso de agregación de valor que se pone en juego.

## **LA CADENA DE VALOR PÚBLICO PROPUESTA**



Fuente: Readaptación de "Cadena de valor público y planteamiento estratégico, limitaciones y virtudes del modelo" de SOTELO, Jorge, 2008, pág. 4

### 3.2 TRABAJO EN RED, COORDINAR ACCIONES CON OTROS SECTORES

Las acciones en salud se favorecerán notablemente a través de la interrelación del trabajo entre Organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales.

Quizás deban las instituciones - tanto Gubernamentales como No Gubernamentales - reconocer que la verdadera dificultad del trabajo en Red es que la producción global será mucho más eficiente que la individual. Los aportes - Recursos Humanos - Recursos Técnicos - que cada institución brinde favorecerán a la comunidad, a través de sus programas, en varios aspectos: Producción más eficiente - Mayor Participación - Mayor Compromiso - Mayor calidad de servicio.

También es necesaria la capacitación de funcionarios - dirigentes y voluntarios. El trabajo en Red destaca la importancia de abordar temas con las mismas problemáticas sociales, a través del trabajo compartido por las organizaciones, para ello se requiere de: Trabajo comprometido - Permanencia - Resultados y Respuestas Integrales.

### 3.3 SERVICIOS DE SALUD EN LA ARGENTINA

La situación social en Argentina se ha deteriorado dramáticamente durante los últimos años. Los servicios de salud y educación han disminuido y ha habido un significativo aumento en el número de gente viviendo por debajo de la línea de pobreza.

El sector de salud en Argentina no está capacitado para satisfacer la elevada demanda, debido al deterioro de la infraestructura, la falta de fondos y de recursos humanos para mantener niveles de acceso equitativo para toda la población. El escenario en zonas rurales y sectores más pobres del país es aún más complicado. En el norte del país han aumentado con rapidez las enfermedades relacionadas con la mala alimentación, la falta de viviendas (personas sin techo) y el tratamiento inadecuado de agua y residuos. Existe una falta de infraestructura y de medicamentos básicos.

La situación actual representa la crisis social, económica y política más grande que Argentina jamás haya enfrentado desde el retorno de la democracia. Estadísticas actuales indican que la cantidad de gente pobre es de aproximadamente el 42% EPH: Incidencia de la Pobreza y de la Indigencia<sup>6</sup> y aumenta en un promedio de 8.260 diariamente. Los expertos ahora dicen que la pobreza se ha convertido en una característica estructural, crónica y permanente.

### 3.4 SITUACIÓN GENERAL DE SALUD Y SUS TENDENCIAS

El Sistema de Salud Argentino presenta dos aspectos importantes. Por un lado, es muy descentralizado hacia el nivel provincial, y otro aspecto importante es el rol histórico del movimiento obrero en el país, que resultó en que a mediados del siglo XX la principal herramienta de financiamiento de la atención a la salud se quedara a cargo de las entidades sindicales constituidas en las denominadas 'Obras Sociales'.

Todavía hoy día, estas representan más de 300 entidades con sus correspondientes planes de salud de efectividad muy dispareja. El Ministerio de Salud emite normas básicas sobre la prestación de servicios de salud y las condiciones de funcionamiento de los servicios.

La República Argentina es un Estado Federal constituido por 23 provincias y un distrito federal (Ciudad Autónoma de Buenos Aires)<sup>7</sup>. La población de Argentina de acuerdo

---

<sup>6</sup> Fuente: [www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel3-Tema-4-46](http://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel3-Tema-4-46)

<sup>7</sup> Fuente: <https://www.argentina.gob.ar/pais/provincias>

estimativas es de 45.808.747 de habitantes<sup>8</sup>. Más del 88% de la población vive en áreas urbanas, principalmente en torno a CABA; el gran Buenos Aires, que abriga casi el 35% de toda la población del país; y existen extensas áreas territoriales con una baja densidad de población.

El colapso del sistema económico argentino provocó el deterioro de las condiciones de vida de la población y tuvo un grave impacto en las estructuras y el sistema sanitario.

Los hombres argentinos cuentan con una esperanza de vida al nacer de 69.7 años y las mujeres de 76.8 años.

El 51% de la población está compuesto por mujeres, frente a un 49% de hombres, y el 89.1% vive en centros urbanos mientras que sólo el 10.9% de la población vive en zonas rurales.

La tasa de alfabetización es de un 96.3%, con apenas un 3.7% de la población que no sabe leer y escribir.

La edad promedio de la población es de 28 años. El 30.6% de la población era menor de 15 años, el 60.6% tenía entre 15 y 64 años y apenas el 8.8% era mayor de 65 años.

La mortalidad en la Argentina experimentó un descenso del 7,3 por ciento en los últimos 15 años a partir de la aplicación de políticas de prevención y avances en la medicina, pero las causas de muerte aún reflejan una profunda desigualdad, ya que en los estratos más pobres tienen mayor participación las enfermedades infecciosas.

El país atraviesa una "transición epidemiológica", un fenómeno propio de las naciones donde mejora el nivel de vida de algunos sectores de la población y las enfermedades crónicas empiezan a tener un peso mayor que las transmisibles.

El envejecimiento de la población, producto de la baja de la mortalidad, "aumenta el gasto en salud, porque con la edad, la gente demanda más servicios y medicamentos", lo cual constituye un desafío para las políticas públicas y privadas. El 10 por ciento de la gente tiene más de 65 años.

Seis de cada diez muertes ocurren por problemas cardiovasculares, tumores o causas externas como accidentes, suicidios y muertes violentas, y los perfiles de mortalidad son diferentes según los estratos socioeconómicos: las enfermedades cardiovasculares ocasionan

---

<sup>8</sup> Fuente: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel3-Tema-2-24>

el 36,1 por ciento de las muertes entre las personas de mayor nivel de ingreso, mientras que en los estratos más postergados esa participación cae al 24,4.

Lo inverso ocurre en el caso de las muertes por accidentes o hechos de violencia: son de apenas el 4,9 por ciento en los sectores de mayores recursos, y aumentan al 9,5 en el estrato de menor nivel de ingreso

### 3.5 FINANCIAMIENTO

En nuestro país, la demanda de servicios médicos y asistenciales en general se canaliza básicamente a través de tres vías. La primera la constituye el Estado, que asiste en forma gratuita a través de sus instalaciones hospitalarias y sanitarias (nacionales, provinciales o municipales) y se ocupa fundamentalmente de los sectores de menores recursos.

La segunda es la que corresponde a los administradores de fondos para la salud que, como ya se mencionó, incluyen a las obras sociales, las asociaciones mutuales y las empresas de medicina prepaga. Finalmente, existe otro sector de la comunidad que financia o solventa en forma individual sus gastos de salud, contratando privada e individualmente sus médicos, sanatorios y medicamentos, y abonando los honorarios y gastos correspondientes de su propio patrimonio.

Las obras sociales se organizan a partir de una ley que instaura un sistema solidario de aportes obligatorios, en virtud del cual los jubilados y la población que trabaja en relación de dependencia obtienen cobertura médico-asistencial mediante la contribución de una parte proporcional de sus ingresos. La norma que actualmente regula el funcionamiento de estas instituciones es la ley 23.660, sancionada en el año 1989. Un régimen similar al de las obras sociales es el de las asociaciones mutuales, que también organizan servicios de asistencia médica financiándolos con los aportes de sus afiliados.

El tercer tipo de administrador de fondos para la salud lo constituyen las empresas de servicios de medicina prepaga, que ofrecen al usuario que adhiere voluntariamente un seguro por el cual se cubren determinados riesgos, obteniendo coberturas que abarcan servicios médicos, hospitalarios y de medicamentos.

En el caso de las mutuales la adhesión es voluntaria; mientras que en las obras sociales suele imperar la obligatoriedad, de modo que a quien trabaja en relación de dependencia se lo afilia automática y compulsivamente. A partir del corriente año, un cierto grupo de obras

sociales (las de carácter "sindical") ha pasado a un sistema de cierta competencia, a través de la posibilidad que se les dio a los afiliados de optar entre las diferentes entidades pertenecientes al grupo en cuestión.

Esto es semejante a lo que sucede en otros segmentos de la actividad de los administradores de fondos para la salud, en los que entidades tales como mutuales, empresas de medicina prepaga y obras sociales de afiliación voluntaria compiten entre sí por la captación de aportantes a sus distintos sistemas de seguro de salud.

Del gasto total en salud en la Argentina, los administradores de fondos para la salud representan alrededor de un 49%. Si excluimos los gastos del sector público, esa participación alcanza el 64%, lo que evidencia la gran significación de ese canal en la demanda de las prestaciones de salud.

Cabe aclarar, además, que buena parte del gasto privado directo tiene que ver con la adquisición de medicamentos, por lo que si nos limitamos al análisis del gasto en tratamientos, consultas e internaciones la participación relativa de los administradores de fondos para la salud en el gasto se vuelve aún mayor.

El uso alternativo de sistemas cerrados o abiertos por parte de los administradores de fondos para la salud presenta ventajas y desventajas. Por un lado, los sistemas abiertos otorgan una mayor variedad de elección al usuario final de las prestaciones de salud, pues le permiten utilizar los servicios de un número más grande de profesionales e instalaciones sanitarias.

Tanto desde la óptica del paciente como por la calidad de las prestaciones, esta modalidad adquiere un valor innegable, influido por factores tales como la confianza y la continuidad en las relaciones prestador-paciente. Sin embargo, la misma trae también aparejado un costo de contratación necesariamente mayor, que los usuarios pagan a través de mecanismos directos o indirectos.

Esa diferencia de costos es particularmente visible en los casos de las empresas de medicina prepaga que ofrecen planes de atención con diferentes "grados de apertura", y en las cuales se da que invariablemente los planes que contemplan la posibilidad de elegir entre un número más grande de profesionales y sanatorios tienen un costo mayor.

Si dejamos de lado los medicamentos y nos centramos en los servicios profesionales y sanatoriales, las contrataciones entre administradores de fondos para la salud y asociaciones

de prestadores pueden ser de diversos tipos. Entre ellos resalta por su difusión la contratación "por prestación" o "por acto médico", en la que el administrador de fondos asume el riesgo de no conocer ni controlar ex-ante los montos globales facturados.

Esto conlleva la necesidad de una ardua labor de auditoría por parte del administrador de fondos, a fin de evitar sobreprestaciones, sobrefacturaciones u otros abusos.

Otra alternativa de contratación que se ha comenzado a generalizar en los últimos tiempos en nuestro país es la que se efectúa sobre una base "capitada", en la cual las prestaciones se negocian y se contratan en base a una suma mensual fija por afiliado. De este modo, el riesgo comercial pasa fundamentalmente a los prestadores oferentes o al nucleamiento que contrata en nombre de los mismos, y el administrador de fondos concentra su esfuerzo de auditoría en asegurar la calidad y evitar subprestaciones.

Puede ser que entre el administrador de fondos para la salud y los prestadores individuales únicamente intermedie una asociación médica o sanatorial, una entidad que agrupa a las distintas asociaciones (de médicos, laboratorios, clínicas, etc.) o una red de prestadores conformada al efecto; o bien que exista también alguna empresa privada a la que el administrador de fondos le haya derivado la contratación de los prestadores.

En algunos casos hay doble intermediación, si el administrador de fondos derivó en una empresa especializada la contratación de las prestaciones, y esa empresa a su vez contrató a través de las asociaciones o entidades que las nuclean. Una contratación en base capitada entre el administrador de fondos y el intermediario puede entonces coexistir con un mecanismo de liquidación por prestación o por acto médico entre el intermediario y los prestadores individuales

### 3.6 PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La tendencia mundial es la de gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

Si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental.

## 4. CONCLUSIONES

### QUEREMOS LLEGAR A:

- Desarrollar una sistematización de firma de convenios con prestadores de salud para que provea igualdad de beneficios y calidad, en el cual las formas de co-participación en los pagos permitan que no se excluyan los servicios necesarios (particularmente para los bajos ingresos).
- Lograr que el sistema pueda competir con el privado y que los beneficiarios puedan elegir quién le provee servicios de salud.
- Implementar seguros de salud que brinden beneficios acordes con los recursos, que permitan la libre elección de los prestadores y que tengan sostén financiero.

Para ello, se necesita proponer el protocolo del presente trabajo para en un futuro poder:

- Determinar una reestructuración óptima del sistema que permita una mayor cobertura, la libre elección del prestador y la competitividad en todas las partes del sistema, que preste adecuada atención a manejar y compartir los riesgos, que sea accesible y efectivo en función de los costos.
- Recuperar los costos de los proveedores de seguro por los servicios suministrados en el sistema.
- Mejorar en la distribución de fondos, e implementar la autonomía y calidad del marco regulatorio para todos los proveedores de seguros - públicos o privados.
- Implementar la cobertura de seguro de salud para gastos de gran magnitud.

### 4.1 PROTOCOLO SISTEMATIZADO

#### PARA LA FIRMA DE CONVENIO PRESTACIONAL

##### OBJETO

El presente protocolo tendrá por objeto determinar un criterio básico, equitativo y transparente en la selección y contratación de prestadores de salud, con el fin de agilizar el proceso y obtener las mejores condiciones contractuales basadas en el modelo de Gestión por resultados.

##### SISTEMA



1) Todas las unidades involucradas en las contrataciones; realizarán el estudio de las necesidades de cada área programática, justificando en cada caso las razones de la solicitud de contratación. Dicho informe será suscripto por el Médico Auditor de la Obra Social y responsable del sector solicitante de corresponder, en el que se enunciaran las necesidades prestacionales de una región.

En dicho informe se deberá contemplar:

- a. Detalle descriptivo de las especialidades médicas, servicios adicionales y nivel de complejidad, que resulta menester incorporar a la cobertura de salud que brinda la Obra Social;
- b. Modalidad de contratación pretendida por el prestador (por prestación, cápita, módulo, etc.)
- c. Costos de los servicios que brinda el prestador (valores, materializando los mismos en un cuadro comparativo que incluirá la oferta prestacional relevante en cada zona geográfica o región, los precios testigo y los valores finalmente acordados);
- d. Prestadores existentes con ofertas análogas en la región, como así, condiciones de dichas ofertas prestacionales, incluidos sus costos;
- e. Todo otro dato de interés respecto de las prestaciones y servicios de atención que se ofrece a los eventuales beneficiarios;
- f. Inscripción en el Registro Único de Prestadores de la Obra Social, lo cual será obligatoria y la conformación del legajo correspondiente en forma digital y documental.
- g. La ejecución de una auditoría en terreno, conforme a cada tipo de prestador, para confirmar su Registro Único de Prestadores de la Obra Social y acreditar su Nivel de Complejidad (auditoría de estructura y prestacional).

#### INTERVENCIÓN ADMINISTRATIVA.

La unidad encargada de la Administración de Prestadores de la Obra Social, tendrá a su cargo el análisis de los informes remitidos por las distintas regionales/sedes/delegaciones, a cuyo efecto evaluará todos los aspectos inherentes a la cantidad, distribución y características de la población beneficiaria (área programática), por zona o por el grado de complejidad para su aprobación parcial y posterior gestión operativa.

- a) El análisis considerará los siguientes aspectos:
1. Aspectos prestacionales y de servicios;
  2. Asistencia en el primer nivel ambulatorio;
  3. Especialidades existentes en las distintas disciplinas para el mantenimiento de la salud y tratamiento de la enfermedad;
  4. Internación clínica y/o quirúrgica, incluyendo la cantidad de camas a reservar para los afiliados a la Obra Social;
  5. Centro de diagnóstico por tipo y categoría;
  6. Atención en emergencias;
  7. Accesos a medicamentos;
  8. Traslados en ambulancias y evacuaciones aéreas;
- b) Cuadro comparativo de los costos (Valores, Ofertas, Necesidad y Demanda) por prestación y región de cada uno de los ítems consignados en el punto a) 1, con constancia documentada de los presupuestos a analizar.
- c) En aquellos supuestos en los que no pudieran confrontarse valores por la inexistencia de otro prestador con iguales o similares servicios en la región, deberá consignarse dicha circunstancia y elaborar el cuadro comparativo tomando la región más cercana a la analizada.

#### DICTAMEN JURÍDICO E INFORME FINAL.

- 1) La unidad encargada de la Administración de Prestadores emitirá un informe final respecto de la conveniencia, viabilidad y factibilidad de contratar al prestador y, con los antecedentes colectados, se girará las actuaciones a la parte Jurídica de la Obra Social para su dictamen pertinente.
- 2) Con el Informe final de la unidad encargada de la Administración de Prestadores y el dictamen jurídico, se dará intervención al Sector de Auditoría y Liquidación de prestaciones de la Obra Social, evaluando las condiciones de calidad de los servicios, su nivel de complejidad y verificará la concordancia de los hechos en el terreno con la oferta realizada por el prestador.

- 3) Paralelamente se elevará a la unidad encargada de la Administración de Prestadores quien procederá a la suscripción del pertinente contrato con el prestador y/o representante legal, el cual podrá materializar la relación contractual con la firma del Contrato/Convenio/Acuerdo/Acta por la Obra Social o a quien se delegue al efecto.

#### FORMALIDADES BÁSICAS CONTRACTUALES.

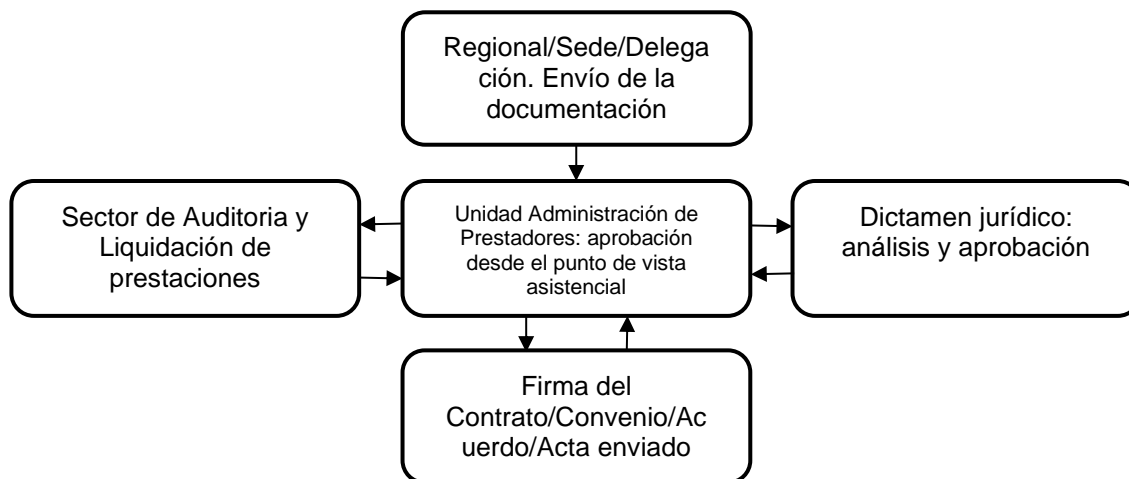
La firma del instrumento que confirme la relación comercial deberá contener como mínimo las siguientes previsiones:

- I. Identificación precisa de las partes intervinientes, con individualización de sus representantes con poder suficiente para suscribir el acuerdo;
- II. Especificación de los domicilios constituido para todos los efectos legales y de las notificaciones que se cursen;
- III. Enunciación expresa de las prestaciones y sus especialidades, con detalle de las formas, frecuencia, alcances y modalidades que habrán de utilizarse en el servicio que se brindará a los afiliados de la Obra Social;
- IV. Obligaciones y responsabilidades a cargo de las partes y consecuencias por sus incumplimientos;
- V. El plazo que se acuerde podrá prorrogarse automáticamente a su vencimiento, por cualquiera de las partes y consecutivos, excepto que cualquiera de las partes notificará a la otra, su decisión de no renovarlo, sin expresión de causa, mediante preaviso fehaciente de su decisión, con una antelación no superior a 30 días respecto de la fecha de vencimiento.
- VI. Los costos de las prestaciones que se establezcan, con la posibilidad de prever a criterio de la Obra Social una cláusula de estabilidad de los valores acordados en forma anual, y revisiones semestrales de acuerdo a evolución de los valores de mercado, de acuerdo a las políticas emanadas por la máxima autoridad de la Obra Social.

#### TIEMPOS, ARCHIVO Y DIFUSIÓN.

- 1) Se establecen como tiempos máximos de respuesta, un lapso de 7 (siete) días hábiles para el proceso realizado por las delegaciones y 3 (tres) días hábiles para los procesos dentro de cada una de las áreas gerenciales de la Obra Social.

- 2) Posteriormente, se remitirán las copias aprobadas (rubricadas en original) con destino al Prestador y a la Regional/Sede/Delegación correspondiente, archivando el instrumento legal original en el Registro Único de Prestadores de la Obra Social.
- 3) Posteriormente dicho convenio será difundido en la página web de la Obra Social.



Con este Protocolo basado en el modelo de Gestión por Resultados se podrá conformar una red de servicios integradora de la Obra Social, asegurando la distribución y accesibilidad equitativa en toda el área de cobertura.

Se garantiza que la Oferta Prestacional será cubierta por un Programa Integral de Prestaciones, tomando como base el Programa Médico Obligatorio.

Se articula mediante convenios con Prestadores Institucionales del ámbito público, privado y de la seguridad social, a los fines de cumplir con el Programa Integral de Prestaciones.

Con este protocolo también se podrá:

- Aprovechar las fortalezas de cada régimen individual, como así también, el despliegue regional de todas las Regionales/Sedes/Delegaciones, para obtener una mejor oferta prestacional, de acuerdo con las características y posibilidades de cada región.
- Constituir el elemento formal para contratar servicios.
- Configurar la dinámica de contratación de prestadores de salud, que requiere de una serie de procesos administrativos diferentes, debido a un conjunto de razones y situaciones que se describirán oportunamente, permitiendo alinear y mantener los objetivos del modelo prestacional de la obra social, con eficacia, calidad y oportunidad.

El objetivo principal de este modelo de Gestión para resultados es lograr la mejor oferta prestacional, a fin de que la misma pueda dar respuesta a las necesidades de los afiliados a la Obra Social.

Para llevar adelante este proceso, se aprovechó la experiencia y las fortalezas de las Obras Sociales en nuestro país y los desvíos de contrataciones de efectores de salud, extrapolando las mejores prácticas, para maximizarlas y optimizarlas.

Asimismo, se tuvo en cuenta el monitoreo y control por parte de la AGN y otros organismos destinados al control de su funcionamiento de las Obras Sociales Estatales, tendiente a obtener como resultado la adopción de un sistema ágil, flexible, transparente y articulado.

Asimismo, y como necesidad de mantener un sistema equitativo, justo y sustentable, resulta necesario siempre verificar los costos, oportunidad y calidad prestacional. Logrando el funcionamiento articulado e interrelacionado de los tres sistemas básicos que operan transversalmente en la estructura administrativa pública: a) planificación, b) presupuesto y c) organización. Para ello resulta preciso realizar un monitoreo y evaluación de los siguientes indicadores:

Desde la perspectiva de la GxR, para lograr un proceso consistente es necesario implementar un sistema que brinde mejoras en los procesos que contribuyan a una gestión eficiente y a los controles internos de la organización, este sistema podría ser basado en indicadores (Makón, 2012).

Para ello, sin perder de vista los recursos técnicos, administrativos y económicos que se requieran:

“el diseño y la construcción de un sistema de información capaz de producir información confiable, oportuna y pertinente sobre el desempeño de proyectos, programas y políticas del gobierno exige [...] capacidad institucional, [...] que debe incluir la habilidad para lograr confeccionar indicadores; los medios para recabar, reunir, analizar e informar sobre los datos de desempeño en relación con los indicadores...” (Kusek, Rist, 2004, p. 22).

Un sistema de indicadores “hacen específicos los resultados esperados en tres dimensiones: cantidad, calidad y tiempo (...). Los indicadores deben medir el cambio que puede atribuirse al proyecto, y deben obtenerse a costo razonable, preferiblemente de las fuentes de datos existentes” (Ortegón, Pacheco, Prieto, 2015, P. 25), como así también deben ser reales y alcanzables.

En términos generales, según el tipo de información, los indicadores pueden ser cuantitativos, es decir se identifican con un promedio, cantidad porcentaje, número, o pueden

ser cualitativos, estos responden a criterios de calidad o juicio, pueden medir percepciones, comportamientos y opiniones subjetivas (Kusek, Rist, 2004).

Como así también se encuentran los indicadores “PROXI” “indirectos o aproximados que se utilizan en aquellos casos cuando los datos directos no están disponibles, o cuando su recolección es muy difícil o costosa o si no se puede realizar a intervalos regulares” (Canelo, Caplán, 2008, p. 26) es decir, mediante estos indicadores se posibilita una valorización aproximada ante vacíos de información.

Los indicadores para ser consistentes deben tener la llamada característica "SMART –por sus siglas en inglés-: Específico (preciso y sin ambigüedades), mensurable (sujeto a validación independiente), alcanzable (realista con los recursos accesibles), relevante (contribuye al resultado previsto dentro de los mandatos de la organización), y limitado en el tiempo (alcanzable dentro de un período de tiempo)” (UNODC, 2018, p. 39).

En resumen, “un indicador es la medida cuantitativa o la observación cualitativa que permite identificar cambios en el tiempo y cuyo propósito es determinar qué tan bien está funcionando un sistema, dando la voz de alerta sobre la existencia de un problema y permitiendo tomar medidas para solucionarlo, una vez se tenga claridad sobre las causas que lo generaron” (Canelo y Caplán, 2008, p. 1), por ellos es que constituye una posible herramienta de gestión en una organización.

## 4.2 INDICADORES ESTRATÉGICOS

### a. INDICADORES ESTRATÉGICOS PERSPECTIVA FINANCIERA

- 1) Situación financiera referida al punto de equilibrio.
- 2) Sostener una adecuada Reserva Económica que constituya una herramienta flexible a la hora de enfrentar situaciones económicas críticas.

### b. INDICADORES ESTRATÉGICOS PERSPECTIVA DEL AFILIADO

- 1) Nivel de satisfacción de los beneficiarios – Encuestas
- 2) Valoración de las prestaciones recibidas por los afiliados

### c. INDICADORES ESTRATÉGICOS PERSPECTIVA DE PROCESOS

- 1) Manual de procesos – Revisiones continuas.
- 2) Fallas y desvíos de los procesos

### d. INDICADORES ESTRATÉGICOS PERSPECTIVA DEL APRENDIZAJE

- 1) Cantidad de colaboradores administrativos y profesionales que realizan cursos de perfeccionamiento.

- 2) Evaluación del rendimiento de los empleados a cargo de los respectivos Gerentes y Subgerentes.

## INDICADORES DIRECTIVOS

### a. INDICADORES DIRECTIVOS PERSPECTIVA FINANCIERA

- 1)  $\text{Resultado Operativo} = \text{Resultado Operativo} / \text{Ingresos Totales}$
- 2)  $\text{Nivel de Gasto Prestacional} = \text{Gasto prestacional} \times 100 / \text{Ingresos Totales}$
- 3)  $\text{Nivel de gasto Administrativo} = \text{Gasto administrativo} \times 100 / \text{Gastos Totales}$
- 4)  $\text{Rotación de Créditos por Aportes y contribuciones} = \text{Créditos por aportes y contribuciones} / \text{Promedio mensual de Ingresos por Aportes y Contribuciones}$
- 5)  $\text{Rotación deuda Prestacional} = \text{Deuda Prestacional} / \text{Gasto Prestacional Promedio}$
- 6)  $\text{Gasto Total en Personal} = \text{Gasto Total en personal} / \text{Ingresos Totales}$
- 7)  $\text{Gasto Total en personal Administrativo} = \text{Gasto Total en personal Administrativo} / \text{Ingresos Totales}$
- 8)  $\text{Ingresos por Titular} = \text{Ingresos Totales} / \text{Total de Afiliados Titulares}$
- 9)  $\text{Ingresos por Beneficiarios} = \text{Ingresos Totales} / \text{Total de beneficiarios}$
- 10)  $\text{Variación mensual de los beneficiarios} = (\text{Cantidad de beneficiarios al cierre actual} - \text{Cantidad de beneficiarios al cierre anterior}) / \text{Cantidad de beneficiarios al cierre anterior}$
- 11)  $\text{Nivel de gasto prestacional por beneficiario} = \text{Gasto prestacional} \times 100 / \text{Cantidad de beneficiarios}$
- 12)  $\text{Resultado financiero} = \text{Egresos totales del período} / \text{Ingresos totales del período}$
- 13)  $\text{Reserva Económica} = \text{Importes de Reserva} / \text{Ingresos Totales por aportes}$
- 14)  $\text{Reserva Económica por gasto Prestacional} = \text{Importes de Reserva}$

### b. INDICADORES DIRECTIVOS PERSPECTIVA DEL AFILIADO

- 1) Evaluación permanente del grado de satisfacción de los afiliados a través del análisis de llamadas y correos electrónicos que recibe la Obra Social en su Call-Center.
- 2) Encuestas de satisfacción

### c. INDICADORES DIRECTIVOS PERSPECTIVA DEL APRENDIZAJE

- 1) Celebrar convenios con Centros Educativos a fin de presentar a los empleados de la Obra Social opciones para su perfeccionamiento

- 2) Encuestas a los integrantes de la Obra Social.

#### INDICADORES OPERATIVOS (GERENCIAS)

##### a. INDICADORES GERENCIALES PERSPECTIVA FINANCIERA

- 1) EVALUACIÓN DEL PROGRAMA Y CONTRALOR DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO ECONÓMICO APROBADO.
- 2) EQUILIBRIO FINANCIERO: Permite comparar el nivel de ingreso total ejecutado y el gasto total ejecutado.
- 3) ENDEUDAMIENTO: A fin de entender y verificar cual es la deuda exigible. Es la relación entre el pasivo total y el activo total.
- 4) ANÁLISIS DE RESULTADOS: Gastos y movimientos financieros.
- 5) AUDITORIAS EN MÉTODOS DE GESTIÓN Y CONTROL: Análisis de la contabilidad general y analítica, control del presupuesto, y gestión de tesorería.
- 6) ACTIVIDAD Y FUNCIONAMIENTO: Interacciones entre funciones.
- 7) RAZÓN CORRIENTE: Capacidad para cumplir con las obligaciones financieras a corto plazo.
- 8) ENDEUDAMIENTO: A corto, mediano y largo plazo.
- 9) CLIMA LABORAL: Horas perdidas por conflictividad.

##### b. INDICADORES GERENCIALES PERSPECTIVA DEL AFILIADO

- 1) Evaluación permanente del grado de satisfacciones de los afiliados de cada gerencia y subgerencia, a través del análisis de llamadas y correos electrónicos que recibe la Obra Social en su Call- Center.
- 2) Encuestas de satisfacción

#### INDICADORES GERENCIALES PERSPECTIVA DE PROCESOS

- 1) Unificación y estandarización de Procesos de cada Gerencia
- 2) Control y Revisión continúa de los procesos

#### INDICADORES GERENCIALES PERSPECTIVA DEL APRENDIZAJE

- 1) Evaluación del nivel de capacitación alcanzado por el personal
- 2) Grado de cumplimiento de los planes y programas de capacitación

#### SUPERVISIÓN, CONTROL Y EVALUACIÓN DE LOS PLANES Y ACCIONES



a. La Obra social deberá poseer el modelo de control que se aplique, el cual deberá ser integral e integrado, abarcar los aspectos presupuestarios, económicos, financieros, patrimoniales, normativos y de gestión, la evaluación de programas, proyectos y operaciones y estar fundado en criterios de economía, eficiencia y eficacia.

En este sentido, “conforme aumentan las demandas de mayor rendición de cuentas y de resultados reales, se vislumbra una necesidad concomitante de un sistema mejorado de seguimiento y evaluación de las políticas, programas y proyectos basado en resultados” (Kusek, Rist, 2004, p. 286).

#### 4.3 ACLARACIONES RELATIVAS AL PROTOCOLO

La operatividad es posterior al contrato, haciendo hincapié en el cumplimiento estricto de los tiempos de respuesta de las estructuras de gestión.

Si bien la operatividad es posterior a la firma del convenio pueden presentarse situaciones en que la misma sea requerida previamente a la firma del mismo.

Situaciones de necesidad y urgencia que ameriten esta operatividad previa, serán evaluadas y justificadas por la Unidad encargada de la Administración de Prestadores y autorizadas por la máxima autoridad de la Obra Social.

Por ejemplo, en el interior del país la escasa oferta prestacional, existencia de prestadores únicos y otras veces monopólicos, hacen que la operatividad previa, se transforme en un recurso habitual para mantener la red de la Obra Social en funcionamiento. La operatividad previa puede ser revocada en cualquier instancia, si aparecieran inconsistencias posteriores en alguno de los requisitos exigidos para la contratación. Esta posibilidad revocatoria debe quedar establecida fehacientemente en el contrato / acta acuerdo.

#### 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Makón M. (1999). Sistemas Integrados de Administración financiera Pública en América Latina. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). Naciones Unidas. CEPAL. Consejo Regional de Planificación.
- Makón, M. (2012), Algunas reflexiones sobre la gestión para resultados. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES).
- Makón, M. (2000). El modelo de gestión por resultados en los organismos de la Administración Pública Nacional, V Congreso Internacional sobre la Reforma del Estado y la Administración Pública del CLAD - República Dominicana.

- Sotelo Maciel, J. (2014), Cadena de valor público y planteamiento estratégico, limitaciones y virtudes del modelo, Congreso Internacional del CLAD
- Martínez Nogueira, R. (2009). *La coherencia y la coordinación de las políticas públicas: aspectos conceptuales y experiencias*. In XIV Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Brasil
- Armijo, M, Bonnefoy J.C. Indicadores de Desempeño en el Sector Público. Publicaciones. ILPES. Serie Manuales, N° 45.2005
- Dever, g. E. Alan.- Epidemiología y administración de servicios de salud. 1991.
- Castellanos, Pedro Luis. Epidemiología y la Organización de los Servicios de Salud. Madrid 1998.
- Sotelo Maciel, Aníbal Jorge -La Relación Planificación-Presupuesto en el Marco de la Gestión Orientada a Resultados
- Matus Carlos, *teoría del Juego social (p: 166-402)*
- BID/CLAD (2007), *Modelo abierto de Gestión Para Resultados en el sector público*, Inter-American Development Bank, (s/d).
- Canelo, F.; Caplán N. (2008). La gestión basada en resultados y los indicadores de gestión. Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP).
- De Anchorena, B. (s.f). Ficha: Conceptos de política pública como marco de referencia para la identificación de procesos de agregación de valor.
- Rodríguez Larreta, H. y Repetto, F. (2000). Herramientas para una administración pública más eficiente: Gestión por resultados y control social. Documento No. 39.
- Kusek, J.Z – Rist, R.C: Diez pasos hacia un sistema de seguimiento y evaluación basado en resultados: manual para gestores del desarrollo – Banco Mundial. 2004 / versión en español Mayol Ediciones Bogotá Colombia 2005

## 6. ANEXOS

### Ficha técnica de un indicador

Nombre de indicador	Nombre de la institución
Planificación de los convenios con prestadores	Unidad Administración de Prestadores
Sector	Fórmula
APN – Obras Sociales Estatales	Porcentaje de convenios con prestadores proyectados sobre cantidad de convenios realizados
Objetivo	Unidad de Medida
Medir la realización del proceso de planificación de la Obra Social conforme la normativa vigente para el año en curso.	Porcentaje

<b>Definición o glosario</b>	<b>Variables del indicador</b>
Convenios con prestadores: requerimientos de servicios médicos asistenciales, realizados por las Unidades de Prestaciones médicas dentro de la organización. Procedimientos de Contratación: Establecido por el proceso de protocolo de contratación realizado a fin de obtener un servicio.	Valor cuantitativo que se registra desde el inicio hasta la finalizar el ejercicio.
<b>Valores de referencia</b>	<b>Rango de validez</b>
Establecido por la autoridad competente	Establecido por la autoridad competente
<b>Valor obtenido</b>	<b>Fuentes de datos</b>
Procedimientos incluidos en la Planificación Anual	Sistema electrónico de contratación

<b>Nombre de indicador</b>	<b>Nombre de la institución</b>
Proceso de Protocolo de contrataciones rubricadas.	Unidad Administración de Prestadores
<b>Sector</b>	<b>Fórmula</b>
APN – Obras Sociales Estatales	Porcentaje de procesos de contrataciones realizadas por porcentaje de procesos rubricadas.
<b>Objetivo</b>	<b>Unidad de Medida</b>
Medir que los procedimientos de compras y contrataciones resulten adjudicados	Porcentaje de compras adjudicadas
<b>Definición o glosario</b>	<b>Variables del indicador</b>
Convenios con prestadores: requerimientos de servicios médicos asistenciales, realizados por las Unidades de Prestaciones médicas dentro de la organización. Procedimientos de Contratación: proceso de protocolo de contratación realizado hasta la firma del convenio/contrato..	Valores cuantitativo: Proceso de contrataciones realizadas. Procesos rubricados.
<b>Valores de referencia</b>	<b>Rango de validez</b>
Establecido por la autoridad competente	Establecido por la autoridad competente
<b>Valor obtenido</b>	<b>Fuentes de datos</b>
Procesos contractuales rubricados	Sistema electrónico de contratación

<b>Nombre de indicador</b>	<b>Nombre de la institución</b>
----------------------------	---------------------------------

Procesos de contrataciones sin oferentes o fracasados, según corresponda	Unidad Administración de Prestadores
<b>Sector</b>	<b>Fórmula</b>
APN – Obras Sociales Estatales	Porcentaje de procesos de contrataciones realizados por porcentaje de procesos sin oferentes o fracasados, según corresponda
<b>Objetivo</b>	<b>Unidad de Medida</b>
Identificar los procedimientos de contrataciones con prestadores sin oferentes o fracasadas, según corresponda, que no satisficieron la necesidad prestacional.	Desierto o fracasado, según corresponda.
<b>Definición o glosario</b>	<b>Variabes del indicador</b>
Procedimientos de contrataciones desierto o fracasados, según corresponda: procesos que no satisficieron la necesidad de la Unidad Requirente del servicio .	Valores cuantitativo: Proceso de contrataciones realizadas. Proceso de contrataciones desierto o fracasados, según corresponda
<b>Valores de referencia</b>	<b>Rango de validez</b>
Establecido por la autoridad competente	Establecido por la autoridad competente
<b>Valor obtenido</b>	<b>Fuentes de datos</b>
Proceso de contrataciones desierto o fracasado, según corresponda.	Sistema electrónico de contratación

<b>Nombre de indicador</b>	<b>Nombre de la institución</b>
Documentos contractuales de Contrataciones con recepción definitiva del servicio.	Unidad Administración de Prestadores
<b>Sector</b>	<b>Fórmula</b>
APN – Obras Sociales Estatales	Porcentaje de documentos contractuales de Contrataciones que se encuentran con Acta de recepción definitiva X porcentaje de documentos contractuales de Contrataciones emitidos.
<b>Objetivo</b>	<b>Unidad de Medida</b>
Medir que los contratos se encuentren ejecutados y concluidos, con sus Actas de recepción definitiva, y se encuentre efectivamente satisfecha la necesidad de la unidad requirente del servicio prestacional.	Contratos con Acta de recepción definitiva.
<b>Definición o glosario</b>	<b>Variabes del indicador</b>
Acta de recepción definitiva: estado en que un prestador hizo entrega del servicio de forma satisfactoria.	Valores cuantitativo: Documentos contractuales con Acta de recepción.

Documentos contractuales: Contratos.	Documentos contractuales emitidos.
<b>Valores de referencia</b>	<b>Rango de validez</b>
Establecido por la autoridad competente	Establecido por la autoridad competente
<b>Valor obtenido</b>	<b>Fuentes de datos</b>
Contrato con Acta de recepción.	Sistema electrónico de contratación

<b>Nombre de indicador</b>	<b>Nombre de la institución</b>
Días entre convocatoria y la emisión de un documento contractual.	Unidad Administración de Prestadores
<b>Sector</b>	<b>Fórmula</b>
APN – Obras Sociales Estatales	FECHA de emisión del documento contractual menos FECHA de convocatoria.
<b>Objetivo</b>	<b>Unidad de Medida</b>
Medir la cantidad de días entre la convocatoria y la emisión del documento contractual.	Días calendario
<b>Definición o glosario</b>	<b>Variables del indicador</b>
Convocatoria: momento en el cual se publica en el sistema electrónico de la Obra Social, el llamado a posibles oferentes a ofrecer el servicio en un procedimiento de selección. Documento contractual: Contrato o convenio	Valores cuantitativo, que se registran en días hábiles desde el momento en el cual se publica en el sistema electrónico de la Obra Social el llamado a oferentes a ofrecer el servicio en un procedimiento de selección hasta la emisión del documento contractual.
<b>Valores de referencia</b>	<b>Rango de validez</b>
Establecido por la autoridad competente	Establecido por la autoridad competente
<b>Valor obtenido</b>	<b>Fuentes de datos</b>
Días de duración del procedimiento de selección entre el momento en el cual se publica en el sistema hasta la emisión del documento contractual	Sistema electrónico de contratación.

<b>Nombre de indicador</b>	<b>Nombre de la institución</b>
Auditoria de los Expedientes de contrataciones	Unidad Administración de Prestadores
<b>Sector</b>	<b>Fórmula</b>

APN – Obras Sociales Estatales	cantidad de expedientes de contrataciones auditados con observaciones / Cantidad de expedientes de contrataciones auditados x 100
<b>Objetivo</b>	<b>Unidad de Medida</b>
Advertir errores, omisiones y desvíos en los expedientes de contrataciones, y el grado de cumplimiento técnico administrativo y legal, a fin de obtener información estratégica que permitirá mejorar.	En porcentaje, cantidad de expedientes de contrataciones con observaciones de la auditoría.
<b>Definición o glosario</b>	<b>Variabes del indicador</b>
	Valores cuantitativos. Porcentual Expedientes de contrataciones auditados con observaciones. Expedientes de contrataciones auditados.
<b>Valores de referencia</b>	<b>Rango de validez</b>
Establecido por la autoridad competente	Establecido por la autoridad competente
<b>Valor obtenido</b>	<b>Fuentes de datos</b>
Expedientes auditados con observaciones	Recomendaciones de auditoría

<b>Nombre de indicador</b>	<b>Nombre de la institución</b>
Percepción de eficiencia del procedimiento de contrataciones (protocolo)	Unidad Administración de Prestadores
<b>Sector</b>	<b>Fórmula</b>
APN – Obras Sociales Estatales	Percepción de la eficiencia de los procedimientos de contrataciones
<b>Objetivo</b>	<b>Unidad de Medida</b>
Conocer la percepción de los clientes internos y externos sobre el procedimiento de contrataciones, y el grado de cumplimiento de sus requerimientos y necesidades a fin de obtener información estratégica que permitirá mejorar.	Excelente - Bueno – Malo - Regular
<b>Definición o glosario</b>	<b>Variabes del indicador</b>
Eficiencia: utilización de los recursos en función del cumplimiento de los objetivos, de satisfacción del servicio requerido.	Valores cualitativos. Excelente - Bueno – Malo - Regular
<b>Valores de referencia</b>	<b>Rango de validez</b>
Establecido por la autoridad competente	Establecido por la autoridad competente
<b>Valor obtenido</b>	<b>Fuentes de datos</b>

Percepción del cliente interno y externo.	Cuestionario con preguntas cerradas y abiertas, que luego son codificadas, para procesar el total de las respuestas. Entrevistas seleccionadas al azar.
---	--

<b>Nombre de indicador</b>	<b>Nombre de la institución</b>
Impugnaciones / apelaciones de los actos administrativos de contrataciones	Unidad Administración de Prestadores
<b>Sector</b>	<b>Fórmula</b>
APN – Obras Sociales Estatales	Cantidad de actos administrativos con impugnaciones/ apelaciones / cantidad de actos administrativos emitidos x 100
<b>Objetivo</b>	<b>Unidad de Medida</b>
Medir la aceptación del prestador e interesados, de los actos administrativos de contrataciones	En porcentaje, Cantidad de actos administrativos
<b>Definición o glosario</b>	<b>Variables del indicador</b>
	Valores cuantitativos. Porcentual Actos con impugnaciones/apelaciones Actos emitidos.
<b>Valores de referencia</b>	<b>Rango de validez</b>
Establecido por la autoridad competente	Establecido por la autoridad competente
<b>Valor obtenido</b>	<b>Fuentes de datos</b>
Actos con impugnaciones/apelaciones	Expedientes .

<b>Nombre de indicador</b>	<b>Nombre de la institución</b>
Penalidades impuestas a prestadores en los procedimientos de contrataciones	Unidad Administración de Prestadores
<b>Sector</b>	<b>Fórmula</b>
APN – Obras Sociales Estatales	Cantidad de penalidades a prestadores en procedimiento de contrataciones / Cantidad de procedimientos de compras y contrataciones x 100
<b>Objetivo</b>	<b>Unidad de Medida</b>
Identificar procedimientos de contrataciones con penalidades a prestadores por incumplimientos. Idéntica procedimientos no exitosos, por demora, falta de servicios acordados.	Número en porcentaje de penalidades
<b>Definición o glosario</b>	<b>Variables del indicador</b>

	Valores cuantitativos. Procedimientos de contrataciones total Aplicación de penalidades.
<b>Valores de referencia</b>	<b>Rango de validez</b>
Determinado por la autoridad competente	Determinado por la autoridad competente
<b>Valor obtenido</b>	<b>Fuentes de datos</b>
Cantidad de penalidades realizadas.	Expedientes.

<b>Nombre de indicador</b>	<b>Nombre de la institución</b>
Procedimientos de contrataciones publicados en la web institucional.	Unidad Administración de Prestadores
<b>Sector</b>	<b>Fórmula</b>
APN – Obras Sociales Estatales	Cantidad de procedimientos de contrataciones publicados en la web institucional (contrato/convenio) / Cantidad de procedimientos de contrataciones total x 100
<b>Objetivo</b>	<b>Unidad de Medida</b>
Advertir la publicidad de los procedimientos de contrataciones – en su totalidad- por la Jurisdicción.	Número en porcentaje de procedimientos difundidos.
<b>Definición o glosario</b>	<b>Variables del indicador</b>
Convocatoria: Momento en el cual se da a conocer a las empresas sobre un servicio que la Jurisdicción pretende adquirir.	Valores cuantitativos. Procedimientos de contrataciones total Procedimiento de contrataciones publicados en la web institucional
<b>Valores de referencia</b>	<b>Rango de validez</b>
Determinado por la autoridad competente	Determinado por la autoridad competente
<b>Valor obtenido</b>	<b>Fuentes de datos</b>
Cantidad de penalidades realizadas	Expedientes web institucional .

<b>Nombre de indicador</b>	<b>Nombre de la institución</b>
Procedimientos de contrataciones realizadas en el plazo planificado.	Unidad Administración de Prestadores
<b>Sector</b>	<b>Fórmula</b>
APN – Obras Sociales Estatales	Cantidad de Procedimientos de contrataciones realizados en el plazo planificado/ Procedimientos de compras realizados x 100



<b>Objetivo</b>	<b>Unidad de Medida</b>
Alertar sobre el cumplimiento de los plazos planificados en los procedimientos de contrataciones.	Número en porcentaje de procedimientos de contrataciones realizadas en el plazo planificado.
<b>Definición o glosario</b>	<b>Variables del indicador</b>
	Valores cuantitativos. porcentual Procedimientos de contrataciones realizados. Procedimientos de contrataciones realizados en el plazo planificado.
<b>Valores de referencia</b>	<b>Rango de validez</b>
Determinado por la autoridad competente	Determinado por la autoridad competente
<b>Valor obtenido</b>	<b>Fuentes de datos</b>
Cantidad en porcentaje de procedimientos de contrataciones realizados en el plazo planificado.	Expedientes Sistemas internos

Fuente: Elaboración propia en base a Canelo y Kaplan (2008, p.33).