

Desarrollo de un sistema de información centrado en los usuarios de un servicio de salud de ancianos

Lic. Nélide Redondo
Lic. Ana Rivkin

1.- LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN CENTRADOS EN LOS USUARIOS

El diseño y la implantación de sistemas de información específicamente orientados a relevar, procesar y analizar la percepción y las demandas de los usuarios respecto de las prestaciones que se les proporcionan constituyen unas de las primeras medidas tendientes a mejorar el desempeño de los servicios públicos. Las encuestas de satisfacción son una herramienta de utilización muy difundida para el análisis periódico de la opinión de los usuarios. Sin embargo, como a través de ellas se evalúan dimensiones subjetivas, los resultados de las encuestas pueden estar sesgados por características de los servicios o de los respondentes. Se acepta, por ejemplo, que los grupos más pobres tienen menos expectativas y muestran mayores niveles de satisfacción que los sectores más ricos, aun frente a servicios que son impermeables ante sus demandas o reales necesidades. En el caso de la opinión sobre servicios de salud, por ejemplo, la OMS sugiere efectuar medidas de corrección a fin de moderar el efecto de las diferencias intersectoriales en las respuestas.(WHO,2000:32).

Asimismo, la medición periódica de la opinión a través la aplicación de encuestas debe complementarse con el estudio continuo del contenido de las consultas, los reconocimientos, las quejas y los reclamos de los usuarios, a fin de reconocer las fortalezas y los puntos conflictivos o críticos, y efectuar el seguimiento y monitoreo de su percepción acerca de los servicios que reciben. Para encarar la implantación de sistemas de información específicamente dirigidos a ese objetivo, es necesario ampliar los canales de comunicación directa con los usuarios y desarrollar registros automáticos de las transacciones que se efectúan mediante los mismos.

En síntesis, los sistemas de información orientados a los usuarios integran los datos provenientes de los registros continuos de todos sus canales de comunicación y de los proporcionados por las mediciones periódicas de satisfacción sobre muestras representativas de su población cubierta (población total y grupos focales seleccionados según los objetivos de observación). La instalación de este tipo de sistemas facilita el control de los usuarios sobre los servicios que requieren y reciben, y aumenta la capacidad institucional para el desarrollo de planes de mejora continua que atiendan las demandas de los destinatarios.

En el mes de marzo de 2000, el INSSJP dispuso la implantación de un sistema de información orientado a captar, procesar y analizar la opinión de sus afiliados acerca de los servicios que reciben. En la primera etapa, el proyecto realizó una encuesta de satisfacción y el desarrollo de un registro continuo de las quejas, los reclamos, los agradecimientos y las sugerencias que ingresan a través de la línea telefónica 0800 –PAMI ESCUCHA.

2.- ENCUESTA DE SATISFACCION A LOS AFILIADOS DEL INSSJP

En este punto se presentan los resultados obtenidos a partir del relevamiento y el procesamiento de la “Encuesta de satisfacción de los afiliados del INSSJP con respecto a los servicios que reciben”, llevada a cabo en el mes de abril de 2000 en cinco localidades del territorio nacional Dicha encuesta establece el diagnóstico de base con el que se referenciarán las sucesivas mediciones.

2.1. Aspectos metodológicos

El operativo de encuesta se efectuó entre el 3 y el 25 de abril del 2000, a los afiliados titulares

(jubilados y pensionados) del INSSJP auto válidos -es decir cuyas condiciones de salud les permitió desplazarse para cobrar sus haberes- y a los apoderados de afiliados discapacitados o de edad extrema, que los acompañan en la atención médica y, por tanto, conocen los servicios ofrecidos por el PAMI. El estudio se realizó sobre una muestra total de 14.089 encuestas efectivas, seleccionando muestras independientes en cada una de las localidades y desarrollando un muestreo sistemático y aleatorio sobre todas las personas que concurren a cobrar sus haberes a las entidades bancarias seleccionadas.

La elección de las localidades estuvo determinada por criterios metodológicos dirigidos a garantizar la mejor representación probabilística de los subuniversos. Por tal motivo las mismas no coinciden necesariamente con las áreas geográficas asignadas a las sucursales del PAMI.

El cuestionario para la recolección de los datos se organizó con preguntas cerradas y precodificadas. Las preguntas que relevaron la opinión de los afiliados se refirieron a algunos servicios seleccionados entre la totalidad de los que proporcionó el INSSJP durante el año 1999 y hasta marzo de 2000. Los referidos servicios son: a) médico de cabecera, b) emisión de recetas, c) farmacia, interconsulta a especialistas, d) radiografías y laboratorio, e) internaciones, f) anteojos y g) dentista. Para cada uno de estos servicios se indagaron aspectos comunes: a) si usó el servicio, b) en caso que no lo hubiera usado, si sabía que existía, c) la opinión respecto de la calidad de ese servicio, d) el tiempo que tardó en recibir ese servicio, consignado en días, semanas o meses y e) la opinión respecto al tiempo tardado en recibir ese servicio.

Entre los afiliados o apoderados que manifestaron no haber utilizado ninguno de los servicios mencionados en el período de referencia de la encuesta se indagaron los motivos de no utilización, discriminando los que no tuvieron necesidad de hacerlo por gozar de buena de salud, de los que utilizaron servicios médicos prepagos u otros servicios, incluyendo entre estos últimos los públicos y los de otras obras sociales o mutuales.

Una segunda batería de preguntas se dirigió a indagar acerca de las gestiones administrativas en las sedes del INSSJP que el afiliado o apoderado que conocía los servicios hubiese realizado en el período de referencia de la encuesta. A los entrevistados que respondieron haber realizado gestiones se les preguntó acerca del último trámite realizado, se investigó acerca de la resolución del trámite y de la cantidad de veces que tuvo que ir y el tiempo que tuvo que esperar para que lo resolvieran. También se requirió su opinión respecto del tiempo esperado y la cantidad de veces que tuvo que presentarse para la resolución del último trámite realizado. Finalmente la encuesta solicitó la opinión del encuestado relacionada con los aspectos que deben mejorarse en los servicios del INSSJP, admitiéndose más de una opción.

Los datos sociodemográficos y socioeconómicos que se captaron sobre los afiliados fueron: a) sexo, b) edad, c) máximo nivel de instrucción alcanzado y d) rango del monto que cobra el titular.

Dado que en esta encuesta se buscó obtener una calificación general del sistema prestacional anterior al proceso licitatorio que se halla actualmente en marcha, se optó por relevar y analizar la opinión de los usuarios referida a servicios seleccionados del INSSJP, sin discriminar entre los distintos prestadores de tales servicios. Por tal motivo, no se adoptó el enfoque comparativo de desempeño de prestadores, también usual en las encuestas de satisfacción de usuarios de servicios gerenciados de salud (Ohio,1998).

2.2. La opinión de los usuarios

Los principales hallazgos que se extraen de esta primera encuesta de satisfacción se pueden resumir en:

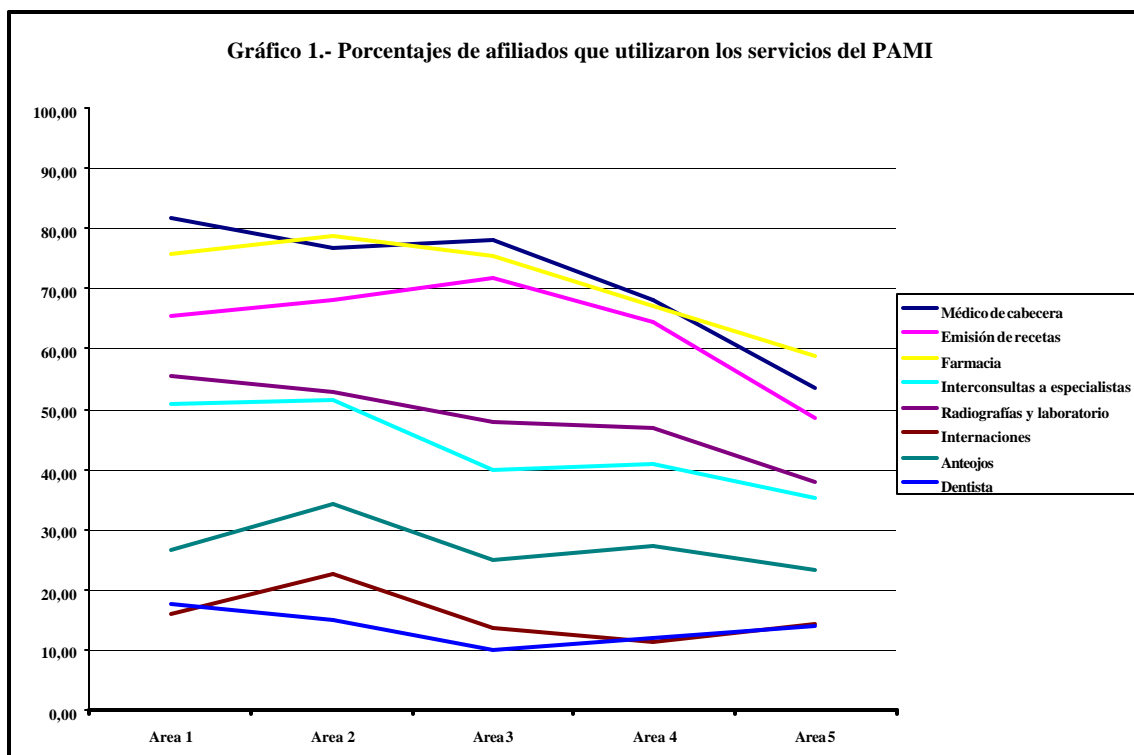
1. Las tasas de utilización de los servicios del INSSJP

En las localidades estudiadas entre el 69,9 y el 85,2% de los entrevistados manifestó haber utilizado al menos un servicio prestado por el INSSJP durante el año 1999 hasta marzo de 2000. Los motivos por los que los afiliados no usaron las prestaciones del INSSJP fueron, según sus manifestaciones, por haber gozado de buena salud, por haber utilizado medicina prepaga y por otros motivos que incluyó la utilización del sistema público u otras obras sociales o mutuales.

Resulta destacable el significativo porcentaje de afiliados que no utilizaron los servicios de PAMI por estar asociados a empresas de medicina prepaga. La encuesta muestra que a medida que los afiliados cobraron mayores haberes previsionales aumentaba la tendencia a no utilizar los servicios del INSSJP. También debe resaltarse que en algunas áreas es importante la proporción de afiliados cuyas respuestas fueron “otros motivos”, categoría que agrupa a quienes no utilizaron los servicios del PAMI por haber acudido al sistema público, o bien a mutuales o prestaciones privadas. En un sistema de atención médica capitado como es el del PAMI, estos motivos de no utilización indican una transferencia de recursos desde el sector público y los ahorros familiares a las gerencadoras contratadas, que percibieron ingresos por un servicio que no prestaron.

El análisis en detalle del uso de los servicios, permite observar que en todas las localidades los más demandados fueron el médico de cabecera y la compra de medicamentos con descuento. Las tasas de uso comienzan a descender en las prácticas de laboratorio y radiología, así como las comprendidas en el denominado “2° nivel”: las consultas a médicos especialistas e internación, incluyendo la provisión de anteojos. La tasa de utilización más baja y la opinión más desfavorable, como se verá más adelante, se registra en odontología (dentista).

El gráfico 1 exhibe los porcentajes de entrevistados que manifestó haber utilizado alguno de los servicios del INSSJP en cada una de las distintas áreas estudiadas.



Los datos indicarían que el sistema puede haber generado una barrera más selectiva de acceso a las

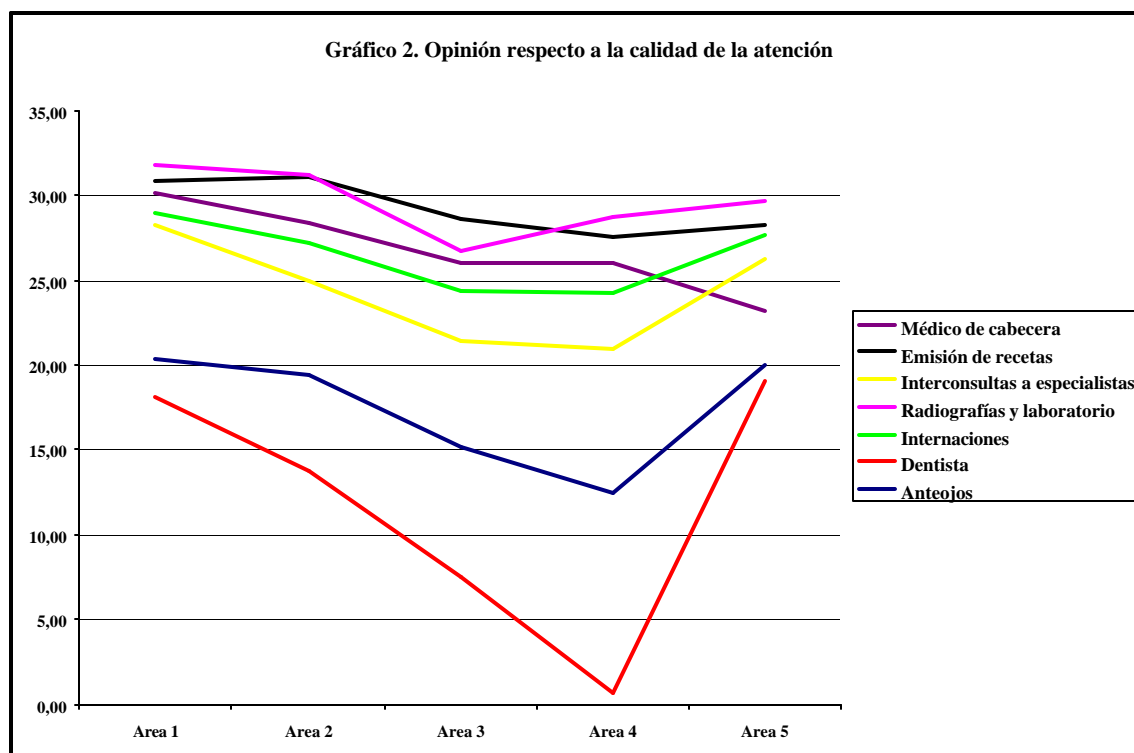
demandas de servicios de mayor complejidad que a la consulta al médico de cabecera y a la compra de medicamentos con descuento.

Finalmente es interesante destacar que en cuatro de las cinco áreas estudiadas, prácticamente la totalidad de quienes manifestaron no haber utilizado los servicios del INSSJP durante el período de referencia de la encuesta tenían conocimiento de los mismos. Sin perjuicio de ello, es importante señalar que en el área 5 fueron significativas las proporciones de los afiliados y los apoderados que no utilizaron los servicios pero tampoco tenían conocimiento acerca de ellos, resultando llamativo que algo más del 10% de los afiliados desconociera la disponibilidad de médicos de cabecera y especialistas en su obra social.

2. Opinión acerca de la calidad de los servicios

Entre los usuarios de los servicios se pudo observar que, una vez traspuesta la barrera de acceso, la opinión respecto a la calidad de los mismos es mayoritariamente buena. En todas las jurisdicciones estudiadas el servicio con mayor proporción de opiniones positivas es Radiología y Laboratorio, en tanto la opinión más negativa –también en todas las jurisdicciones- se concentra en Dentista.

El análisis global muestra que, entre los usuarios entrevistados, predominaron las opiniones positivas acerca de la calidad de los servicios del PAMI. Sin perjuicio de ello, se pueden observar interesantes diferencias según servicios y áreas geográficas. A fin de tornar más notorios estos comportamientos diferenciales se elaboró un puntaje resumen que permite distinguir el desempeño que le asignó la percepción de los usuarios a cada servicio, en cada área. El puntaje resumen es el resultado de ponderar aplicando +1 y -1 a cada servicio según los porcentajes de respuestas con opinión “buena” y “mala” respectivamente. El gráfico 2 del Anexo exhibe el puntaje resumen de cada uno de los servicios en las distintas áreas. El nivel 0 corresponde con la opinión “regular”, en tanto por encima de 0 se ubica la opinión “bueno” y por debajo de 0 “mala”.



El gráfico muestra con mejor nitidez que los servicios del primer nivel de atención del PAMI –

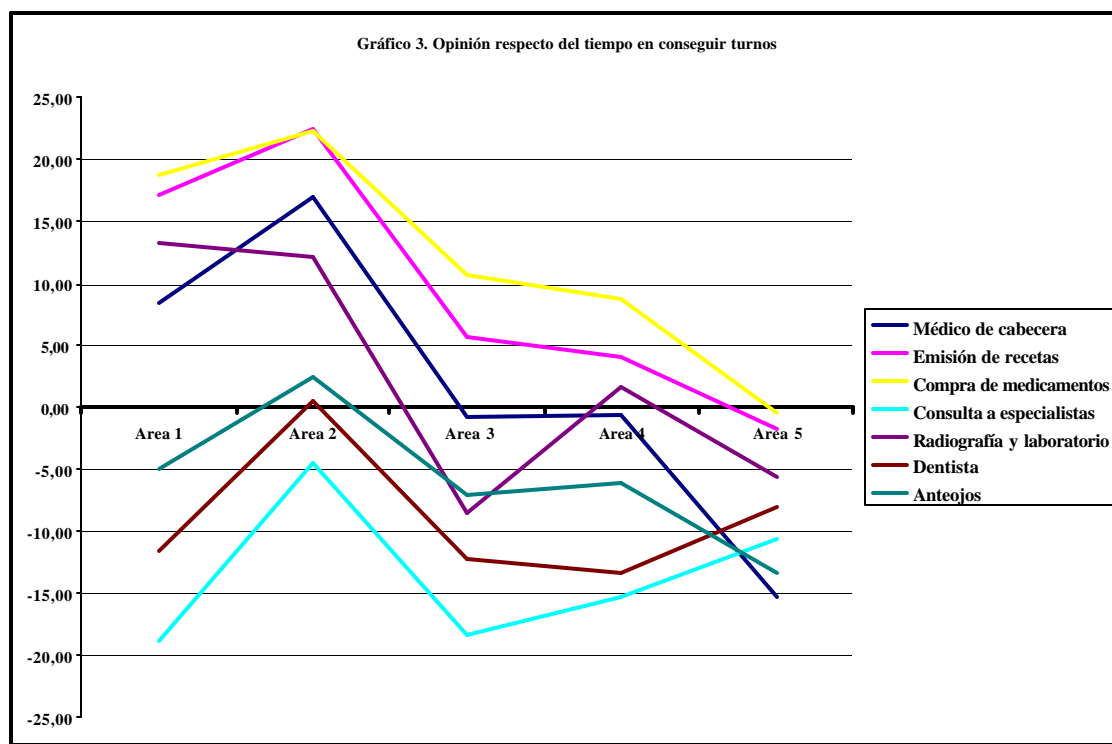
radiología y laboratorio, emisión de recetas y médico de cabecera (en ese orden)- obtuvieron los mejores puntajes de desempeño. Resulta llamativo que el confort y la atención no médica durante la internación gozaron de mayor satisfacción que las consultas a médicos especialistas. Finalmente, a través del cuadro se visualiza con claridad la peor evaluación relativa de las prestaciones de anteojos y dentista.

También fueron diferentes los puntajes a un mismo servicio entre las distintas áreas: en el área 5 los médicos de cabecera registraron peor puntaje que la emisión de recetas, los laboratorios y radiologías, los médicos especialistas y las internaciones. Los usuarios del área 4 fueron significativamente más críticos al opinar sobre casi todos los servicios, exceptuando los laboratorios y radiografías y los médicos de cabecera. En el área 1, en cambio, se observaron los niveles de satisfacción más elevados.

3. Tiempos de demora para acceder a las prestaciones y opinión de los usuarios ante esos plazos

La encuesta indagó, asimismo, acerca de los tiempos de demora para acceder a cada una de las prestaciones. Para ello se solicitó a los entrevistados que mencionaran el tiempo que debieron esperar para obtener la prestación y luego se les requirió su opinión sobre la adecuación o inadecuación del tiempo esperado. La espera fue diferencial según servicio y, en menor medida, por área geográfica.

el gráfico 3 muestra una síntesis de la opinión de los usuarios respecto a la demora en obtener turnos, identificando los puntajes resumen de cada uno de los servicios según las distintas áreas. El nivel 0 corresponde con la opinión “adecuado”, con un índice de ponderación que aplica +1 según los porcentajes de respuestas “poco” y -1 según los porcentajes de respuestas “excesivo”.



El puntaje resumen permite la comparación de la opinión de los usuarios de los diferentes servicios del PAMI acerca de los plazos que deben esperar para acceder a las respectivas prestaciones. La compra de medicamentos y la emisión de recetas son los servicios del PAMI con mejores opiniones acerca de los

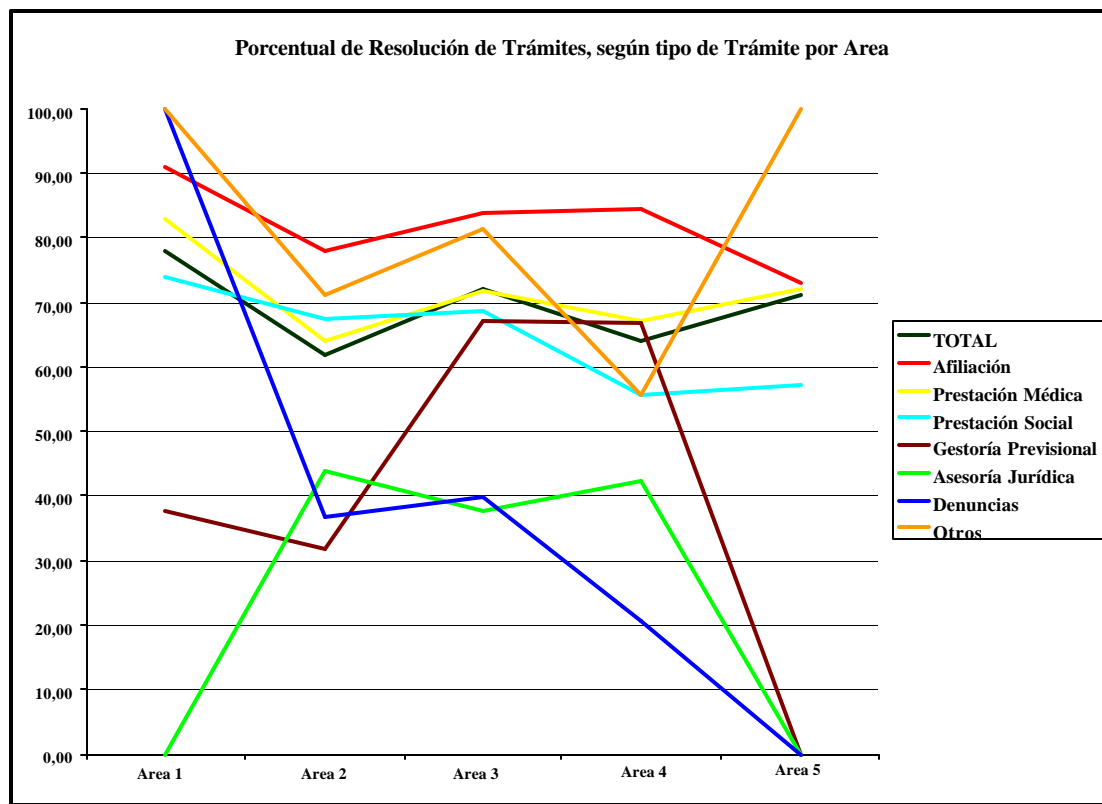
plazos de demora, en todas las áreas estudiadas. Los plazos de espera para la consulta con médicos especialistas, con el dentista y para obtener los anteojos recibieron las mayores proporciones de opiniones desfavorables. Observando la distribución según localidades se visualiza que los entrevistados en el área 2 respondieron con mejor opinión, mientras que los del área 5 se mostraron, en general, más disconformes con los días de demora para acceder a los diferentes servicios.

4. Los trámites y gestiones en las sedes del INSSJP.

La afiliación al INSSJP, los trámites vinculados con la gestoría previsional, el inicio de expedientes para el acceso a las prestaciones sociales y a las prestaciones médicas especiales, la asesoría jurídica, la presentación de denuncias, entre otros trámites y gestiones, requieren la presencia de los afiliados en las diversas sedes del instituto: sucursales, agencias, centros coordinadores, etc. La encuesta indagó respecto de la realización de estos trámites en las sedes, la resolución de los trámites y el tiempo de espera para obtener la resolución.

Fueron bajas las proporciones de afiliados entrevistados que respondieron haber realizado algún tipo de trámite o gestión en las sedes del INSSJP durante el período de referencia de la encuesta. En cuatro de las áreas estudiadas más del 80% manifestó no haber efectuado ninguna presentación en es año,

A fin de facilitar la comparación del desempeño percibido por los afiliados que realizaron trámites se presenta el gráfico 4 que exhibe los porcentajes de resolución por tipo de trámite según cada área estudiada.



El gráfico muestra con mayor claridad la percepción de los afiliados acerca de la resolución de los trámites en las sedes del INSSJP. Por ejemplo, fueron diferentes las proporciones de resolución de las denuncias en las áreas bajo estudio. Mientras en el área 1 se resolvieron el 100% de las mismas, la

resolución sólo alcanza al 20% en el área 4 mientras que no se registraron denuncias en el área 5, situación más que llamativa si se tiene en cuenta que fueron elevadas las proporciones de insatisfacción con los servicios en esa localidad.

5. Sugerencias para mejorar los servicios del INSSJP.

Con el propósito de completar la investigación, se indagó a los afiliados acerca de los aspectos que según su opinión deberían mejorarse para aumentar la calidad de los servicios del INSSJP.

La disminución de los tiempos de espera para turnos de consulta a los médicos especialistas y el aumento de la calidad de las prestaciones médicas son las sugerencias que con más insistencia formularon los afiliados entrevistados de todas las localidades estudiadas.

2.4.- Principales conclusiones

Esta primer encuesta de opinión a los afiliados acerca de prestaciones seleccionadas del INSSJP muestra la validez de esta herramienta para evaluar, desde la perspectiva de los usuarios, la calidad de los servicios de salud que reciben. Sin perjuicio de las elevadas proporciones de respuestas satisfactorias, sugerentes a priori de un excesivo conformismo con la oferta dada, el instrumento puso en evidencia su sensibilidad para captar opiniones diferenciadas entre los distintos tipos de servicios considerados y en cada una de las áreas estudiadas. En este sentido resultó particularmente eficaz la combinación de preguntas referidas a dimensiones objetivables (aún cuando siempre se remitieran a la memoria o la percepción de los entrevistados) tales como la utilización o no de las prestaciones en un período de referencia y el tiempo que tuvo que esperar para obtenerla, con dimensiones netamente subjetivas como lo son las referidas a la calidad de la prestación y a la opinión sobre la adecuación del tiempo de demora. El análisis no mostró diferencias significativas en la percepción de los usuarios relacionadas con algunas de las características relevadas de los mismos: edad, sexo, nivel educacional y montos de ingresos monetarios. La confiabilidad de los resultados derivan del tipo y el tamaño de la muestra definida, de la rigurosidad de la metodología de investigación y de la precisión del operativo en terreno.

El análisis de la información producida por la encuesta puso de manifiesto que los principales problemas a encarar están vinculados con la accesibilidad de los servicios y, por lo tanto, con la utilización de los mismos. Resulta destacable que en algunas localidades alrededor del 30% de los afiliados titulares expresó no haber utilizado ningún servicio del PAMI en el año de referencia.

La información proporcionada por los entrevistados sugiere que las prestaciones del PAMI más utilizadas fueron el médico de cabecera y la compra de medicamentos con descuento. En cambio, más del 40% de los afiliados de todas las localidades respondió no haber usado los servicios de radiología y laboratorio, consultas a especialistas, internaciones, provisión de anteojos y dentista.

Si se tiene en cuenta que las prestaciones que tuvieron menor proporción de uso fueron justamente las ofrecidas por las gerencadoras, un problema importante a solucionar es la transferencia “de hecho” de recursos desde el sector público, la comunidad y el ahorro familiar –que atendieron las necesidades de salud de los afiliados- hacia las empresas que cobraron por un servicio que no prestaron.

Los afiliados optaron por una serie de sugerencias para mejorar los servicios del PAMI, la mayor proporción opinó que el aspecto más importante a considerar es la reducción de los tiempos de demora en los turnos de las consultas de médicos especialistas. La mejora de la calidad de la atención médica es también el reclamo de un significativo porcentaje de los afiliados entrevistados.

En síntesis, la encuesta de satisfacción de los usuarios con los servicios que reciben resultó un instrumento adecuado para la programación de un plan de mejora de la calidad de las prestaciones que tome en consideración las demandas de los afiliados y sus percepciones acerca del desempeño de los

prestadores. Asimismo, la información proporcionada por esta encuesta constituye el diagnóstico de base sobre el que se podrán referenciar las sucesivas mediciones que se realicen. Finalmente, debido a que fue posible captar a través de la investigación opiniones diferenciales según servicios, esta encuesta muestra que las tasas de satisfacción pueden constituir un indicador relevante para efectuar análisis comparados de la *performance* de los distintos prestadores y prestaciones.

3.- EL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA PAMI ESCUCHA

La globalización, el fortalecimiento del mercado y la revolución de la información fueron tres procesos independientes pero fuertemente interrelacionados que modificaron, durante el último cuarto del siglo pasado, el mapa de las actividades y el carácter de las decisiones gubernamentales en la mayor parte de los países del mundo.

Los rápidos avances tecnológicos que se produjeron desde 1950 en informática y comunicaciones derivaron en el sostenido descenso en los costos de las tecnologías, abriendo entonces un vertiginoso proceso de transformaciones, genéricamente denominado revolución de la información. Las inversiones en tecnologías de información aumentaron exponencialmente desde entonces con notables efectos sobre la economía y la sociedad.

Hasta el momento, la aplicación de las tecnologías de información en el sector público ha contribuido fundamentalmente a la transparencia, accesibilidad y responsabilidad en las acciones de los gobiernos. El beneficio más importante que los países pioneros manifiestan obtener de la utilización de las nuevas tecnologías es la ampliación de la interrelación de sus agencias estatales y los ciudadanos. La atención telefónica, la información y tramitación en línea y la accesibilidad a los servicios de salud son las áreas de la gestión pública que han evidenciado mayores transformaciones y expansión de la cobertura a partir de la incorporación de nuevas tecnologías.

Ahora bien, la notable difusión de las tecnologías de comunicación y la reducción de los costos de transmitir información generó la denominada “paradoja de la profusión”: ante el inmenso caudal de información disponible, la atención se ha convertido en un recurso escaso y la credibilidad en el factor crucial. Como resultado de este fenómeno, la habilidad para transmitir información pierde importancia relativa frente a la creciente atención por la credibilidad de la información a transmitir. Existe amplia coincidencia acerca de que para ser creíble, la información tiene que evidenciar transparencia y ajustarse a procedimientos profesionales de procesamiento, clasificación y análisis.

A partir de la gestión iniciada en enero de 2000, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados dispuso la implantación de un sistema de información orientado a captar, procesar y analizar la opinión de sus afiliados acerca de los servicios que reciben. El INSSJP encomendó a la Dirección de Estudios e Investigaciones del Instituto Nacional de la Administración Pública el desarrollo de un registro continuo de las quejas, los reclamos y las sugerencias que ingresan a través de la línea telefónica 0800 –PAMI ESCUCHA- y de otros canales de recepción. Dicho registro debía abarcar el relevamiento, procesamiento y análisis sistemático de las opiniones vertidas por los usuarios respecto de los servicios recibidos.

El equipo de proyecto a cargo del diseño del sistema centralizó su atención en el desarrollo de procedimientos que permitieran obtener información válida, confiable y creíble de los datos captados,

procesados y analizados en dicho sistema. Para ello se aplicaron enfoques metodológicos y técnicas de investigación de distintas disciplinas.

En este documento se presentan el marco lógico del proyecto, la metodología y técnicas utilizadas y los instrumentos desarrollados para implantar este sistema informativo en las dependencias del INSSJP. Si bien se trata de un diseño “a medida”, se estima que la publicación puede resultar de utilidad para otros equipos de investigación que deban encarar trabajos similares o validar y adaptar soportes preelaborados.

Como se ha señalado, el proyecto fue realizado en la Dirección de Estudios e Investigaciones como parte de un convenio de cooperación entre el INAP y el INSSJP. La implantación del sistema elaborado quedó a cargo de los equipos técnicos del INSSJP, por lo que no se incluyen en este trabajo los resultados de su utilización.

El sistema de información cuyos instrumentos de captación de datos, soportes lógicos y estructuras de bases de datos presentamos en este documento, se desarrolló en esta Dirección de Estudios e Investigaciones del INAP para apoyar las actividades comunicacionales del PAMI ESCUCHA Y RESPONDE (PEyR).

3.1. El servicio de PAMI ESCUCHA

El PEyR es un centro de información telefónica integral ("call center") para los afiliados a PAMI, sus apoderados, familiares o instituciones, dirigido a: a) proveerles información, orientación, asesoramiento y apoyo en gestiones relacionadas con los servicios y prestaciones del Instituto o de la Seguridad Social, así como contención psicosocial en los casos que corresponda, b) recibir de ellos consultas, pedidos, inquietudes, sugerencias, reclamos, quejas y denuncias, y c) contribuir a la evaluación del grado de satisfacción de los afiliados con relación a las prestaciones que provee el Instituto, a través de sondeos telefónicos.

La atención se realiza por vía telefónica y está a cargo de personal especialmente capacitado ("Asistentes informativos"), coordinado por Supervisores.

La filosofía del servicio se sustenta en valores de sensibilidad y solidaridad social, los que aunados a su criterio lógico, se orientan hacia el bien público, así como a la instauración y consolidación del diálogo entre los afiliados y el Instituto.

A través del Servicio se procura primariamente evitar la movilidad, riesgos y gastos innecesarios de los afiliados -personas mayores con limitaciones o impedimentos propios de la edad o de eventuales enfermedades- de manera que obtengan la respuesta exacta sobre el tema de su interés, de la manera más simple, rápida y efectiva posible, desde el lugar en que se halle, por medio del teléfono.

Además de proveer información precisa y exacta de la forma más simple, rápida y efectiva posible, la calidad de atención constituye un eje que añade valor a la relación y que -más allá de la presunta "cautividad" del afiliado- procura reforzar la lealtad del beneficiario e incrementar su satisfacción, instaurando y consolidando un espacio privilegiado de diálogo con el Instituto.

El contacto con el afiliado-beneficiario-cliente a través de la interfaz del Servicio PEyR propone una nueva "línea frontal" como puerta de entrada y cara de la institución. Ello permite:

1. Captar las inquietudes y expectativas de los afiliados con relación a la obra social.

2. Evaluar la calidad de los servicios que presta el Instituto y la percepción que los afiliados tienen de los mismos.
3. Explorar el comportamiento de la institución, cumpliendo el rol de receptores de las expectativas, quejas y reclamos, con relación al cumplimiento de las prestaciones establecidas, lo que permite inducir internamente la corrección de desvíos.
4. Resolver problemas desde su ubicación estratégica de interfaz adentro-afuera de la Institución, y a través del desarrollo de una visión más amplia de las posibilidades de responder a los problemas de los beneficiarios.
5. Prestar una atención calificada que dignifique al afiliado, superando la aureola de discriminación que lo acompaña e induciendo en él la conciencia de sus derechos y de la debida calidad de la atención.

A tal efecto, el Servicio debe disponer de información permanente, a través de canales sistemáticos y orgánicos, de las diferentes áreas del Instituto y de la seguridad social, así como de todo el material que aporten los propios agentes.

3.2.- Antecedentes del servicio de PAMI ESCUCHA

El Servicio surgió como un intento de centralizar las respuestas a las llamadas de los afiliados que se recibían en las distintas áreas del Nivel Central.

En el año 1985 comenzó a funcionar en el Area Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires como un centro de orientación e información integral, para asesorar a los afiliados sobre las prestaciones del Instituto y suministrar información sobre tramitaciones. En 1992 se expandió la atención durante las 24 horas y los 365 días del año, incorporándose más personal, así como un equipo de psicólogos para la contención de casos especiales. En 1997 se crea el Departamento de PAMI ESCUCHA Y RESPONDE, conformando en Area Metropolitana un equipo integrado por 100 asistentes informativos, con equipos altamente tecnificados, 60 líneas rotativas y la implementación del servicio de cobro revertido 0800-222-PAMI (7264), que permitió unificar con un mismo número a todas las secciones del interior del país.

Además de la gratuidad, la línea 0-800 permite: a) la igualdad de oportunidades para quienes residen a largas distancias para acceder a los servicios, y b) la posibilidad de acceder a conocimiento sobre las problemáticas locales y de ampliar así los márgenes de intervención institucional para resolver y allanar las dificultades.

Para prestar un servicio acorde a la creciente demanda emergente de la puesta en marcha de este nuevo sistema, la organización debió modificar su estructura de funcionamiento. En el Area Metropolitana se destacan los siguientes cambios: a) se crea un sector de Seguimiento, que actúa cuando la satisfacción de las demandas requiere la consulta a prestadores, áreas del Instituto, etc., b) se instala un área para centralizar el desarrollo, manejo y control de todos los datos informatizados, así como la supervisión del soporte físico informático, c) se pone en marcha un área de formación y entrenamiento para mantener capacitados a los asistentes informativos y tender, cada vez más, hacia una atención más profesionalizada, d) se segmentó la resolución de casos específicos a través de un subsector orientado específicamente a Geriatría y Sepelios, y d) se designó un supervisor por turno para coordinar la tareas de los asistentes informativos y lograr un mejor funcionamiento de los canales de información.

3.3.- Problemática percibida por el sector y sus propuestas

3.3.1.- Problemas percibidos

El Servicio percibía un conjunto de problemas derivados del acotamiento y supresión de canales de información durante la gestión anterior.

Entre las dificultades que experimentaban, destacaban las siguientes:

1. Inadecuado funcionamiento de las vías formales de comunicación con las distintas instancias del Instituto, que no remiten en tiempo y forma la información vital para el funcionamiento del Servicio.
2. El Servicio no recibe siquiera las Resoluciones del Instituto por vía orgánica, careciendo así de un elemento central para su funcionamiento,
3. Insuficiente confiabilidad de la información obtenida por los canales informales a los que debe recurrir el Servicio para paliar las carencias e insuficiencias informativas de los canales formales. Como la información recibida de esos canales informales, que operan por contactos personales, no está avalada por autoridades responsables, no resulta del todo confiable.
4. Para paliar las carencias informativas de las vías formales y orgánicas, el Servicio debe recurrir frecuentemente a los prestadores del PAMI.
5. Es frecuente que los usuarios consulten sobre temas que han trascendido a la opinión pública sin que el Servicio disponga de información al respecto.
6. Como el Servicio no tiene conocimiento de la operativa de los convenios prestacionales firmados por el Instituto con sus efectores (prestaciones incluidas y excluidas), carece de una herramienta primordial para apoyar a los afiliados ante eventuales irregularidades.
7. El Servicio carece de realimentación sobre las acciones encaradas con motivo de quejas y reclamos remitidas a las áreas pertinentes. Ello no permite cerrar el círculo abierto en el registro de las mismas.
8. El deterioro y el insuficiente mantenimiento de los equipos informáticos resta eficiencia a la operatoria.
9. Se manifiesta insuficiencia de programadores capaces de dinamizar la actualización de las bases de datos y de implementar nuevos instrumentos informáticos de consulta y registro.

3.3.2.- Propuestas del sector

De acuerdo con los referidos problemas, el Sector proponía:

1. Normalizar el funcionamiento de las vías formales de comunicación, a través de la designación -por cada área- de un referente de enlace, consulta y responsable de suministrar al Servicio la información pertinente en tiempo y forma.
2. Proveer al Servicio las características de nuevas actividades o de los cambios prestacionales que puedan generar consultas de usuarios, antes que las mismas sean de dominio público.
3. Proveer al Servicio la sección operativa de los convenios prestacionales (obligaciones de los prestadores, prestaciones expresamente incluidas y excluidas), como herramienta básica para resolver consultas o reclamos.
4. Contar con la totalidad de las Resoluciones del Instituto y mantenerlas en un archivo accesible, como herramienta útil para el funcionamiento del Servicio.
5. Conocer lo actuado y resuelto con relación a las quejas y reclamos tomadas por el Servicio, a fin de cerrar el círculo que se abre con su ingreso.
6. Reemplazar o someter a service continuo, de acuerdo a la necesidad, al equipamiento informático

del Servicio.

7. Incluir un programador en el equipo de Informática del Servicio, a fin aumentar la eficacia del equipo.
8. Conectar en red los servicios PEyR en todo el país, a fin de contar con una única base de datos actualizable y disponible en forma permanente.

3.4.- Sistema de información para el PEyR propuesto en el marco del convenio de asistencia técnica INSSJP-INAP

La propuesta se organizó sobre la base de considerar que el conjunto de definiciones y previsiones de cobertura informativa desarrolladas para el PEyR deberían estar disponibles en todos los canales de orientación que el INSSJP mantenga con sus afiliados, en tanto resultan indispensables para garantizar la accesibilidad y oportunidad de prestaciones, programas o servicios. Por tal motivo, se elaboró un proyecto que contempló el desarrollo de sistemas de información institucionales sobre temáticas definidas, por un lado, y el diseño e implantación de la pantalla de los puestos de trabajo del PEyR de modo que posibilite la consulta en línea de las bases de datos institucionales para el asesoramiento del afiliado, así como el relevamiento y el procesamiento de los datos emergentes de las transacciones entre el PEyR y los afiliados.

Para la elaboración del proyecto definitivo se confeccionó un plan de actividades dirigido a captar y comprender los requerimientos informativos de la institución en general y del servicio del PEyR en particular. El referido plan abarcó:

- Relevamiento de las necesidades informativas referidas a servicios y prestaciones del INSSJP en las delegaciones y diseño de un sistema adecuado para PEyR.
- Relevamiento de contenido y canales de otros tipos de información requeridos por PEyR
- Estudio de la información relevada y procesada por PEyR
- Relevamiento de contenido y canales de la información sobre resolución de quejas, reclamos y denuncias

Los principales problemas informativos de PEyR detectados fueron:

- Carencia de una base de datos institucional para la consolidación de la información completa del sistema de prestaciones médicas de cada sucursal, con actualización permanente. Una base de datos de tales características tendría múltiples usuarios internos -PEyR, Control Prestacional 2000, Atención al público, DAMP- y externos a través de su accesibilidad a Internet. Los requerimientos informativos a los prestadores privados deben circunscribirse a la actualización de domicilios, teléfonos u horarios de atención, suprimiéndose cualquier otro tipo de solicitud de información, dado que estos requerimientos deberán cubrirse con información oficial del INSSJP.
- Carencia de canales formales y de procedimientos estandarizados para la resolución de las quejas, denuncias y reclamos y el retorno de la información pertinente para el cierre del ciclo informativo. El relevamiento y procesamiento de datos vigentes en el PEyR no permite un análisis evaluativo de la percepción de los afiliados respecto de los servicios que reciben. El soporte lógico de uso general sólo capta pulsos, llamadas y grandes tipos de motivos de consultas. Por su parte, el formulario destinado a denuncias, quejas, reclamos y agradecimientos sólo se completa en los casos que el usuario solicite explícitamente su formalización. Por lo tanto podía presumirse una marcada subcaptación del malestar. A fin de obtener información relevante para el análisis evaluativo, debería desarrollarse un soporte lógico que capte, de manera simple -en lo posible digital- una

tipología de contenidos para cada categoría de consulta.

- La unidad de observación del soporte lógico en vigencia es la “llamada”, en tanto la unidad de análisis es la “consulta”. Estas unidades de observación y análisis condicionan el contenido de la información procesada, es decir, determinan que sólo se puedan obtener inferencias relativas al volumen de trabajo de PEyR. A fin de posibilitar un tratamiento de los datos de carácter evaluativo, y sintonizar la información captada y procesada con los objetivos de PEyR, la unidad de observación y análisis debe ser el “afiliado consultante” del INSSJP, o en nombre de quién se efectúa la consulta. Modificar la unidad de observación y análisis plantea una serie de problemáticas a resolver mediante el estudio y la validación de nuevos instrumentos de registro de datos.

3.4.1. Características del proyecto de la Dirección de Estudios e Investigaciones del INAP para el diseño y la implantación de las bases de datos para la consulta del PEyR

El funcionamiento eficaz del PEyR requiere el apoyo de una estructura informativa que permita satisfacer, en tiempo real, la consulta telefónica de los afiliados. Para alcanzar esta meta, se deben subsanar deficit institucionales en el almacenamiento de datos oficiales, es decir, de datos debidamente validados por las autoridades del INSSJP. Debe tenerse en cuenta que, hasta el momento de elaborarse el proyecto, la información acerca de las prestaciones y servicios proporcionada por el PEyR a los afiliados era suministrada por los prestadores.

La necesidad de que la información esté validada oficialmente determina que la mayoría de las bases de datos que conformen la estructura informativa del PEyR deban poseer enclave institucional, según el detalle que se expone a continuación:

a) Base de datos de prestaciones y prestadores

El proyecto sostuvo la necesidad de conformar una base de datos con información sobre la totalidad de los prestadores del INSSJP, abarcando el conjunto de las prestaciones médicas y sociales que se contratan a partir del proceso licitatorio abierto, así como las emergentes de otras modalidades de contratación y las que presta el INSSJP con su propia estructura. Definió, asimismo, que la base de datos de prestadores debería poseer enclave institucional, es decir, no debería generarse y gestionarse desde el PEyR dado que, por su contenido, los datos consolidados en la base aportarían información indispensable para el cumplimiento de las funciones de múltiples unidades administrativas del INSSJP. El Departamento de Registro de Prestadores, dependiente en ese momento de la Gerencia de Administración, administra el Registro Central de Prestadores (RCP) que contiene el legajo comercial y legal de todos los proveedores, prestadores del INSSJP, así como del personal contratado. El RCP se gestiona a través de un sistema integrado de gestión –SAP- y opera sobre una base de datos Oracle. La unidad de consulta es el CUIT y responde a una estructura secuencial de códigos identificatorios que se mantiene desde el inicio del primer registro. En este momento están desarrollando un sistema de información sobre las redes prestacionales que surjan del proceso licitatorio –UGP UVI-. Para ello diseñaron una aplicación en CD destinada a la carga de datos por parte de los prestadores. Mantienen el CUIT como unidad de consulta, no han desarrollado un sistema de codificación de instituciones, ni un manual de normas para homologación de la información. Han previsto un sistema de actualización de la base a través del reporte mensual del prestador en el que conste el sistema vigente, sin estar prevista una estructura formal de autorizaciones por parte del INSSJP.

A efectos de que esa base de datos institucional resulte apta para la consulta del PEyR debería incluir información normalizada, por lo menos, de domicilios y localidades y ampliar la cobertura de datos

sobre modalidades prestacionales, horarios y otros de interés para la orientación de los afiliados. Asimismo, el PEyR debería adecuar su sistema de comunicación para hacerlo compatible con SAP-Oracle. Dado que no está previsto un mecanismo sistemático de actualización institucional de la información contenida en la base, el proyecto sugirió identificar en cada rubro al responsable institucional de la aceptación de modificaciones, a fin de asignar la clave de acceso habilitante para introducir modificaciones.

b) Base de datos de resoluciones y procedimientos establecidos por el INSSJP para el acceso a las prestaciones

Se sugirió la conformación de una base documental que contenga el texto completo de: a) Resoluciones, b) Contratos con prestadores, c) Procedimientos para el acceso a prestaciones especiales, servicios y trámites y d) Resúmenes con lenguaje simple que sintetice las características de cada prestación ofrecida y los mecanismos para su acceso. Las referidas normas se mantendrán en la base mientras estén en vigencia, pudiendo accederse a las búsquedas a través de palabras claves o de referencias seleccionadas de las normas (número, fecha, dependencia emisora, etc.)

Dada la naturaleza de la información contenida, la base debe tener enclave institucional. La actualización continua de la información consolidada implica la identificación de las autoridades con competencia en la emisión de normativa institucional para cada uno de los rubros definidos y la asignación de claves de acceso para comunicar en “tiempo real” las novedades que se vayan produciendo.

c) Base de datos extrainstitucionales de utilidad para los afiliados del INSSJP

Esta base será de uso interno del servicio PEyR. Contendrá la información más frecuentemente requerida por los usuarios del servicio. Se ampliará la base que actualmente tiene el PEyR, procurando establecer canales formales con las instituciones pertinentes a fin de lograr la actualización sistemática y automática de los respectivos datos.

3.4.2. Principales aspectos considerados por el INAP para el diseño y la implantación del soporte lógico específico de PEyR

Con base en el relevamiento efectuado en el servicio PEyR, en el análisis de sus procesos y productos informativos, así como en el relevamiento efectuado en la Subgerencia de Control Prestacional, el equipo de la Dirección de Estudios e Investigaciones de INAP elaboró una propuesta de soporte lógico para registrar datos provenientes de las llamadas ingresadas. Como parte de la misma se diseñó un modelo preliminar (y no exhaustivo) de los campos y definiciones de la ficha de registro de transacciones. Se tuvo en consideración que el diseño fuera fácilmente ejecutable por los asistentes informativos y permitiera obtener salidas de información respondiendo a los requerimientos más diversos en cuanto a adopción de decisiones, a monitoreo de desempeño y a control prestacional y del servicio PEyR. Asimismo, el sistema de códigos debería ser homólogo con el utilizado por la Subgerencia de Control Prestacional para permitir el tratamiento adecuado de reclamos.

A fin de obtener salidas periódicas y automáticas de la información captada por el sistema PEyR, el plan de análisis debería contener las relaciones entre variables y las frecuencias que resultasen relevantes para los requerimientos de diferentes tipos de usuarios internos y externos.

3.5.- Conclusiones

Las tecnologías de información abren interesantes perspectivas para la mejora de la calidad de los servicios médicos. La incorporación de estas tecnologías reduce la internación hospitalaria pues facilita la permanencia de los pacientes en sus domicilios con adecuados niveles de seguimiento y monitoreo de su evolución. La difusión de su uso favorece el autocuidado de la salud y la prevención de enfermedades a través del contacto en línea con centros de orientación a cargo de profesionales altamente capacitados. En el caso de los servicios sociales y de salud específicamente dirigidos a la población anciana, las nuevas tecnologías de información y comunicación proveen una amplia gama de servicios entre los que se distinguen, por su utilidad y accesibilidad, los centros de atención telefónica.

La experiencia internacional muestra que el primer nivel de atención de los sistemas de atención médica para ancianos se está desplazando desde los consultorios de los profesionales a los centros de orientación telefónica, con la consiguiente reducción en la frecuencia de los traslados, siempre costosos tanto en términos monetarios como de esfuerzo e incomodidad personales. Obviamente, la totalidad de los trámites que no requieren la presencia del interesado se gestionan telefónicamente, con lo que se ha logrado disminuir el riesgo de accidentes entre los ancianos y facilitar la extenuante labor de los cuidadores familiares.

En los años recientes, nuestro país experimentó un crecimiento explosivo de los centros de atención telefónica, tanto en las empresas privadas como en los organismos públicos, que se han transformado en un elemento clave de confort, ofreciendo información precisa y tramitaciones sin presencia personal, evitando pérdidas de tiempo y dinero. Para cumplir su cometido, los centros de atención telefónica utilizan herramientas tecnológicas de última generación, incluyendo potentes bases de datos y buscadores documentales. La adecuada atención telefónica de clientes y usuarios requiere además, gestión continua de conocimiento para la apoyatura informativa y una cultura organizacional orientada a la plena satisfacción del usuario

El INSSJP habilitó por primera vez un centro de orientación telefónica para sus afiliados—el servicio PAMI ESCUCHA- en el año 1985, con anterioridad a la expansión de las modernas tecnologías de la información. En ese entonces la organización del servicio se fundamentó en ideales de sensibilidad y solidaridad, por lo que los asistentes informativos fueron seleccionados tomando en cuenta condiciones personales afines con esos valores. En la actualidad, para alcanzar razonables niveles de eficiencia, el PAMI ESCUCHA necesita introducir mejoras en su equipamiento tecnológico, utilizar bases de datos institucionales con información continuamente actualizada de prestaciones y prestadores y reorientar la cultura organizacional desde el “altruismo” y el “voluntarismo” hacia la prestación eficaz del servicio dirigida a lograr la plena satisfacción de los usuarios. Asimismo, el adecuado análisis de las consultas, reclamos, sugerencias y agradecimientos que formulan los afiliados a través del centro telefónico permitiría aumentar la capacidad de control del organismo sobre la calidad de las prestaciones y el desempeño de los prestadores.

El proyecto desarrollado por la Dirección de Estudios e Investigaciones del INAP focalizó su plan de actividades en la gestión del conocimiento institucional, con el propósito principal de diseñar e implantar las bases para el relevamiento, el procesamiento y el análisis de la información consultada por el servicio para la orientación de los afiliados, por una parte, y de la totalidad de la que ingresa al Pami Escucha a fin de conocer la opinión de los usuarios y transmitirla a los niveles de decisión, por la otra.

La ejecución del proyecto demandó la participación de diferentes perspectivas disciplinarias. Por un

lado se requirió la expertez en metodología de la investigación social para el diseño de los formularios de relevamiento de datos, la elaboración de los planes de análisis, la definición de la estructura de las bases de datos y la elaboración de los listados de códigos para las categorías de las variables seleccionadas. Asimismo, se utilizaron técnicas de investigación cualitativas, incluyendo las de etnografía de las organizaciones y las de análisis documental y triangulación de fuentes, para conformar el universo de observación que se plasmara en el mapa prestacional del INSSJP. El proyecto demandó también la participación de un especialista en documentación que aplicó las técnicas de su disciplina para la selección de los documentos, la elaboración de los resúmenes y el análisis de lenguajes documentales del Digesto de Normas y Procedimientos para el Acceso a las Prestaciones del INSSJP. Finalmente, un analista informático tuvo a su cargo la digitalización de los formularios elaborados, la estructuración de las bases de datos y la implantación de los soportes desarrollados.

Los obstáculos provenientes de la cultura organizacional impidieron alcanzar, durante el período de duración del proyecto, algunos de los resultados previstos originariamente. Las dificultades más importantes que se registraron fueron: a) las fallas en la provisión de información de los prestadores médicos contratados, b) la opacidad informativa de algunos programas institucionales, c) la falta de normalización y estandarización informática y las fallas en la comunicación entre las distintas áreas institucionales y, como consecuencia de lo anterior, e) la segmentación y superposición informativa intrainstitucional.

La evaluación del proyecto ejecutado pone de manifiesto que no existen limitaciones técnicas para la gestión del conocimiento tendiente a la mejora de la accesibilidad y la oportunidad de los servicios sociales y médicos dirigidos a los afiliados del INSSJP. Los aspectos actitudinales y culturales del organismo, incluyendo entre ellos algunos estilos de política institucional sumamente arraigados, aparecen como las mayores debilidades para encarar con éxito, en tiempos razonables, las transformaciones que gracias a las nuevas tecnologías de la información hoy resultan posibles y que tanto contribuirían a mejorar el bienestar de un amplio sector de la población anciana de nuestro país.

BIBLIOGRAFIA

- Amat Noguera, Nuria. 1995. La documentación y sus tecnologías. Madrid. Pirámide
- Gil Urdiciain, Blanca. 1996. **Manual de lenguajes documentales**. Madrid: Noesis.
- Van Etten, Peter and Druker, David, 1998. **Health care industry needs “counterrevolution”**. Stanford online REPORT
- World Health Organization, 2000. **The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance**. France. WHO.

RESEÑA BIOGRAFICA

Lic. Nélica Redondo
Socióloga de la Universidad de Buenos Aires
Maestro en Ciencias Sociales FLACSO

Investigadora del Instituto Nacional de la Administración Pública. Profesora de la Maestría en Administración de Servicios de Salud de la Universidad Católica Argentina. Consultora en proyectos BID-BIRF y Unión Europea para la evaluación y desarrollo de programas de salud y sociales en provincias argentinas. Autora de diversas publicaciones -libros, capítulo en manuales internacionales, documentos de trabajo y artículos en revistas especializadas- en los temas de gestión y evaluación de

políticas públicas y servicios sociales dirigidos a grupos de población vulnerable.
Email nredondo@sfp.gov.ar

Domicilio: Av. Roque Saenz Peña 511 – 2 piso ofic. 213-
CP 1035- CIUDAD DE BUENOS AIRES. REPUBLICA ARGENTINA
TE. 54-11-4342-8175

Lic. Ana Rivkin

Lic. en Ciencias Políticas de la Universidad de Buenos Aires

Investigadora becaria en el Instituto Nacional de la Administración Pública

Auxiliar docente en la cátedra de Administración y Políticas Públicas de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.

Domicilio: Av. Roque Saenz Peña 511 – 2 piso ofic. 213
CP 1035- CIUDAD DE BUENOS AIRES. REPUBLICA ARGENTINA
TE. 54-11-4342-8175