

## **Entidades de medicina prepaga: Herramientas de gestión para un gerenciamiento eficiente**

**González Escudero, Alejandro**

**Iacomucci, Norma H.**

### Introducción

Si bien las empresas de medicina prepaga tienen sus orígenes en la primera mitad del siglo XX, es en la segunda mitad del siglo donde irrumpen con fuerza, siendo pionera a mediados del año 1962, la Asistencia Médica Social Argentina (AMSA). Luego en las décadas del '60, del '70 y del '80 van surgiendo una cantidad importante de nuevas empresas. Este fenómeno expansivo crece hasta comienzos de 1990, en que empiezan a mostrarse profundos cambios por liquidaciones, fusiones y absorciones, y también por la llegada de empresas extranjeras que pasan a competir en el mismo mercado.

Es por ello que, en esta última década, las empresas de medicina prepaga se han visto obligadas a reestructurarse para competir en un nuevo marco económico, donde la mayoría de sus habitantes han sufrido deterioros en sus niveles de ingreso —con afiliados que no pueden hacer frente a las cuotas—, y con una tecnología que obliga a brindar servicios cada vez más complejos y costosos. La necesidad de dar salud en ese contexto y poder seguir los avances de la medicina actual, exigen que se lleve a cabo una gestión muy eficiente, dado que se deben compatibilizar costos crecientes con restricciones en la capacidad de compra de los afiliados.

Por lo expuesto precedentemente, el objetivo del presente artículo es comentar algunas cuestiones básicas sobre herramientas necesarias para gerenciar con eficiencia las empresas de medicina prepaga.

### **1 — ¿Cómo funciona la medicina prepaga?(1)**

Las empresas de medicina prepaga tiene ciertas características que es necesario tener en cuenta a la hora de evaluarlas, entre las cuales podemos citar:

#### 1. Participantes del Sistema de la medicina prepaga:

El sistema está compuesto por las siguientes partes (2):

- Empresa de Medicina Prepaga o Financiadore
- Prestador del Servicio de Salud
- Afiliado a la Prepaga

#### 2. Particularidades de la actividad:

- Para el afiliado es un seguro, ya que paga una cuota para cubrir riesgos. Tal como en un seguro, se paga muchas veces sin que se concrete el riesgo, pero cuando éste se produce, en ocasiones en una magnitud imposible de afrontar para el afiliado, el costo lo cubre la entidad aseguradora.

- A raíz de lo anterior, la "prepaga" debería actuar como una entidad aseguradora, haciendo provisiones para las contingencias futuras, pero en la práctica se manejan como prestadoras de servicios.

Desde una perspectiva económica, el mercado de la prestación de servicios de salud tiene, como casi todos los mercados, algunas "imperfecciones". Ellas son:

3. Existencia de "Riesgo moral": Es un fenómeno típico de los mercados de seguros. En este caso, algunos afiliados no tomarían las precauciones debidas a raíz de sentirse respaldados por la cobertura que brinda la "Prepaga".

4. Asimetría en la información: ambas partes tienen la posibilidad de omitir alguna información relevante para la otra y así distorsionar la transparencia de la contratación. La prepaga puede no revelar todas las limitaciones contractuales al afiliado al momento de contratar. El afiliado puede ocultar algún problema de salud preexistente al momento de incorporarse.

5. Problemas del "tercer pagador":

Por un lado, el prestador del servicio de salud cobra a la prepaga los servicios prestados, tratando de obtener el máximo ingreso posible.

Por otro lado, el afiliado paga una cuota fija, tratando de obtener la mayor calidad en el servicio de salud.

Por lo tanto, Prestador y Afiliado tienen un "interés" en común frente a la Prepaga. Que el prestador facture lo máximo posible y que el afiliado obtenga la mayor cantidad de servicios con una cuota, deja al financiador como "tercer pagador" con un interés contrario al de las otras partes.

6. Selección adversa:

Un precio bajo que cobre una Prepaga puede ser percibido, a veces, por los afiliados al sistema como signo de inferior calidad en la prestación del servicio.

7. Excesiva diferenciación de servicios ofrecidos por los financiadores que dificulta la comparación de precios y la información transparente.

8. El Estado interviene con frecuencia, y no siempre de la mejor manera.

- En mercados de competencia perfecta, se espera que el Estado asegure que no se formará un monopolio y que existirá transparencia en la información para que los agentes puedan decidir correctamente. El mercado, por sí mismo, hace el resto.

- En el caso de salud, puede esperarse que el Estado, además de lo anterior, establezca requisitos técnicos, de calidad y coberturas mínimas, por tratarse de una actividad sensible.

- Pero, en la práctica se observa que el Estado introduce otros factores exógenos para incidir sobre algunas variables, tales como las negociaciones por los precios, los planes y la cobertura de otros servicios entre las prepagas y el Estado.

9. Los servicios de salud están claramente segmentados por nivel de ingresos de los afiliados, generando así, distintos "planes de prestación" a los que estos últimos podrán adherir.

10. El sistema de las prepagas no está inspirado en el llamado "modelo de solidaridad" por el cual los de mayores ingresos aportan más y así cubren a los que ganan menos, de forma tal que todos tengan una calidad de servicio similar. Aún en el caso de las obras sociales, que pregonan la adhesión a ese modelo, la aplicación es limitada. También hay resistencias en los

"planes corporativos", es decir, diseñados para cada empresa o entidad, porque generalmente el que más aporta desea un servicio diferencial.

11. Hay barreras que dificultan los movimientos para cambiar entre prestadores de salud. En el caso de las coberturas de obras sociales es un fenómeno conocido. Las obras sociales se resisten a reducir esas barreras y buscan aumentarlas. Pero, esas barreras están presentes también en el caso de las prepagas debido a que el cambio de servicio es una decisión compleja para el afiliado por los temores que despierta y por problemas de salud preexistentes que en ocasiones directamente impiden ese cambio.

12. Los usuarios son concededores y exigentes. Argentina es uno de los países latinoamericanos que destina un porcentaje mayor de su PBI a la cobertura de salud. Dicho sea de paso, parecería no hacerlo con suficiente eficiencia, si se mira la relativamente baja satisfacción que tienen las personas con respecto a los diversos sistemas de salud que las cubren.

13. En este último tiempo se ha producido un marcado incremento en los costos, debido a:

- Insumos a valores internacionales;
- Aumentos en los precios internos;
- Incidencia general de los costos médicos por el avance de la ciencia y la tecnología;
- Aumento de las expectativas de vida de las personas.

14. Por otro lado, existen presiones del Estado para:

- Incrementar las prestaciones de servicios, a través de decisiones de organismos que defienden a los consumidores y fallos judiciales normalmente favorables a los reclamos de los afiliados; e

- Impedir aumentos en los precios de las cuotas.

Este es el complejo escenario que rodea al sistema de medicina prepaga.

Por cierto, que buena parte de estos problemas no son exclusivos de este tipo de sistema, sino que se presentan también en los otros (salud a cargo del estado, o de la seguridad social o solventada con pagos de los privados directamente). Inclusive, no son propios de la Argentina sino que aparecen en todos los lugares donde el sistema se aplica.

La diversidad de actores con intereses disímiles redundando en un incremento de esa complejidad.

Para el caso de las entidades de medicina prepaga, estos hechos refuerzan la necesidad de mejorar la calidad de su gestión.

## **2 — ¿Qué herramientas se podrían utilizar para la Gestión?**

En un trabajo anterior hablamos de las prestadoras de servicios y la importancia de conocer sus costos (3). Cuando nos referimos a las prepagas, en especial los casos de financiadores puros (es decir, aquellas que no tienen prestadores de salud propios, sino que contratan a terceros para que presten el servicio), la estructura de costos es absolutamente diferente y su análisis, por lo tanto, merece un trato especial.

También veremos otras herramientas que son sumamente necesarias para una correcta

administración o gerenciamiento de un sistema de salud.

Entre las herramientas más comunes vamos a explicar las siguientes:

1. Sistema de costos
2. Presupuestos
3. Indicadores que se utilizan habitualmente.
4. Tablero de comando.

### **2.1. Sistema de Costos**

Una entidad prestadora de servicios tiene una estructura de costos diferente a una empresa productora de bienes, pero al igual que estas últimas su conocimiento es imprescindible para asegurar una gestión exitosa.

Entonces, cuando estamos analizando un financiador de salud, su costo está determinado por el importe que los prestadores le facturan por brindarle los servicios a sus afiliados, más los costos de funcionamiento (vgr. administrativos, comerciales, financieros, otros).

Ejemplificando: Tomemos el caso de una clínica que desee conocer el costo de una intervención quirúrgica. En ese orden, deberá calcular el mismo, teniendo en cuenta la cantidad de insumos involucrados, medicamentos suministrados, horas-hombre trabajadas, honorarios profesionales, y otros costos indirectos necesarios y con todos ellos obtendrá su costo. El precio a cobrar debería tender a ser ese costo más un beneficio esperado. Por su parte, el financiador abonará ese precio. Pero, los precios de las prestaciones que abona el financiador suelen ser previamente estipuladas con el prestador. Con frecuencia, el financiador abona a similar prestación el mismo arancel a todos sus prestadores, mientras que estos últimos soportan un cargo distinto de acuerdo con "su estructura de costos". [\(4\)](#)

En el análisis de la estructura de costos de la entidad de medicina prepaga esos precios son costos de las prestaciones.

Entonces, podemos decir que la estructura agrupa dos grandes ítems:

- A. Costos médicos; y
- B. Costos de funcionamiento.

A. Costos médicos:

Pueden dividirse en:

- Costos ambulatorios, urgencias y emergencias, consultas, estudios de diagnóstico y tratamiento;
- Costos de internación. Prestaciones médicas. Servicios de pensión (hotelería y alimentos);
- Medicamentos: Recetados y vendidos por farmacias con diferentes descuentos. Medicamentos especiales con coberturas del 100% por Prestación Médica Obligatoria (PMO). Medicamentos de internación;
- Vacunas;
- Odontología;
- Prótesis;

- Prácticas no incluidas en la medicina obligatoria (total o parcialmente).

Junto con el precio de las prestaciones y consumos, el costo para un financiador, va a estar dado por la tasa de uso que, de los distintos ítems, que realice el afiliado; por ello, el control de costos debe atender al monitoreo de los distintos servicios utilizados, mediante alguna pauta.

Los ingresos de las entidades de medicina prepaga, como ya comentamos, estarán dados por las cuotas que cobren a sus afiliados.

Como la variación en el precio de las cuotas está sometida a las diversas presiones que presentamos antes, todas las entidades de medicina prepaga llevan adelante alguna estrategia de control de costos que incluye alguna de las que se explican a continuación.

Estrategias de control de costos:

Indicamos en cada caso sus fortalezas y debilidades.

- "Integración vertical":

Consiste en reunir en la misma entidad o grupo de entidades con una dirección común, las unidades de prestación de servicios (vgr. clínicas, consultorios, laboratorios) junto a la financiadora (prepaga).

<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mayor control de costos.</li> <li>▪ Posibles desarrollo de unidades de prestación de excelencia.</li> <li>▪ Control sobre tasas de consumo.</li> <li>▪ Facilidad para controlar de calidad médica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menores opciones para los asociados.</li> <li>▪ Necesidad de operar una actividad diferente a la financiadora.</li> <li>▪ Riesgo futuro de separación de entidades de prestación de servicios respecto de las de financiación.</li> </ul>

- "Capitación":

Consiste en realizar contratos con los prestadores donde se reemplazan los pagos por prestación o módulos realizados por una cuota fija por persona afiliada determinada en forma previa y que no variará luego aunque el consumo real sea superior o inferior al estimado. Este sistema se utiliza en el sistema de prepagas pero también en el de obras sociales sindicales y empresaria.

<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Control de costos y reducción de riesgos para el financiador, ya que el riesgo se transfiere al prestador.</li> <li>▪ Especialización de prestadores que aumentan volumen y conocimiento del tipo de servicio. Ejemplos: servicios de psicología, atención de emergencias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prestadores pueden bajar calidad y dar menos prestaciones de las adecuadas para bajar sus costos.</li> <li>▪ Prestadores podrían bajar precios para lograr fondos sin medir adecuadamente riesgos.</li> </ul>

- "Economías de escala":

Incrementar fuertemente el número de personas en cada entidad de medicina prepaga. Esta estrategia se observa en las adquisiciones y fusiones que se realizaron en los últimos tiempos y en la relativamente alta concentración de la actividad.

<i>Fortalezas</i>	<i>Debilidades</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mayor capacidad de negociación con prestadores.</li> <li>▪ Mejor aprovechamiento de costos de infraestructura.</li> <li>▪ Menor posibilidad de sufrir riesgos por encima de la media ya que se cubre una cantidad mayor de afiliados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un afiliado o grupo familiar tiene poco peso individual.</li> <li>▪ Menor posibilidad de personalizar los servicios.</li> <li>▪ Necesidad de mayor capacidad de administración y gerenciamiento.</li> </ul>

• "Copagos":

• La cuota de la prepaga no cubre la totalidad de la prestación, por lo tanto, el afiliado paga una parte de los servicios que recibe cuando efectivamente hace uso de ellos. Es la alternativa que se está utilizando en la actualidad para no aumentar el precio de las cuotas.

Los afiliados, así, afrontan el aumento de los precios de los servicios de salud en el momento en que utilizan esos servicios pagando por ellos un adicional.

La difusión de esta práctica desnaturaliza el sentido de seguro que tiene el sistema de prepagas, ya que lo asemeja cada vez más a los pagos privados realizados en cada prestación.

<i>Fortalezas</i>	<i>Debilidades</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disminuye el impacto del „tercer pagador”</li> <li>▪ Baja el consumo en exceso.</li> </ul> <p>Ejemplo: medicamentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se percibe el servicio como de inferior Calidad.</li> <li>▪ Se desnaturaliza en parte el concepto de seguro que tiene la medicina prepaga.</li> </ul>

• "Grupos corporativos":

Servicios de salud que se brindan a empresas o entidades con plantales de personal numeroso y que se acuerdan con la empresa para darle a todos o a la mayoría de sus empleados.

<i>Fortalezas</i>	<i>Debilidades</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Posibilidad de dar mejor servicios a personas con menores aportes.</li> <li>▪ Personalizar servicios a nivel de empresa.</li> <li>▪ Menores costos de la gestión de cobranzas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Resistencia de las personas a cambiar de cobertura.</li> <li>▪ Falta de interés en los que más aportan.</li> <li>▪ Negociación con gerentes de recursos humanos o directivos.</li> </ul>

• "Auditoría médica"

Realizar controles sobre las tasas de uso en los diagnósticos, tratamientos, intervenciones y medicamentos.

<i>Fortalezas</i>	<i>Debilidades</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Control de costos sobre prestaciones excesivas.</li> <li>▪ Posibilidad de evaluar simultáneamente la calidad médica en diagnósticos y tratamientos.</li> <li>▪ Depurar la cartilla de prestadores ofrecida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los prestadores suelen ver una presión que limita su criterio médico.</li> <li>▪ Costo de los auditores (propios o tercerizados, algunos retribuidos con porcentajes de ahorros).</li> <li>▪ Requiere sistemas de información muy eficientes.</li> </ul>

- "Control del proceso de atención":

Esta estrategia apunta a introducir controles en los procesos a través de los cuales se brindan los servicios para evitar consumo excesivos, innecesarios o derivaciones inadecuadas. Permite disminuir el riesgo de que se realicen acuerdos entre prestadores que hacen derivaciones médicamente innecesarias para incrementar su facturación perjudicando a las prepagas.

Se aplica mediante: Establecer sistemas con médicos de cabecera, requisitos para derivaciones a especialistas, autorizaciones de ciertas prestaciones, manejar en forma directa la recepción de emergencias, entre otras acciones.

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Buen control de costos.</li> <li>▪ Monitoreo clave de urgencias y emergencias que tienen derivaciones de importancia y riesgo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El médico de cabecera se percibe como una molestia y una limitación.</li> <li>▪ Las autorizaciones se transforman en burocracia que baja la satisfacción del afiliado.</li> </ul>

- Control del conjunto de afiliados por edad, sexo y riesgo.

Como las entidades prepagas operan más como prestadoras de servicios que como aseguradoras, necesita monitorear que el conjunto de sus afiliados responda a una distribución viable entre las diferentes edades, sexos y riesgos de su masa de afiliados. El principal factor es la edad, ya que la gente joven consume menos servicios de salud de lo que paga, mientras que en el caso de los mayores estadísticamente ocurre lo contrario.

Fortalezas	Debilidades
<p>Son controles necesarios para asegurar la sustentabilidad a futuro de la prepaga, en especial teniendo en cuenta la tendencia al incremento de costos que origina el progreso médico y el alargamiento de la expectativa de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Provocar sesgos en la prestación de servicios y las acciones comerciales buscando incorporar afiliados jóvenes en detrimento de los mayores.</li> <li>▪ Tendencia a desproteger a las personas mayores.</li> </ul>

Adicionalmente, las prepagas que atienden afiliados que derivan aportes y contribuciones del sistema de obras sociales para empleados en relación de dependencia, pueden acceder a través de él a un sistema de cobertura de prestaciones especiales (APE).

Con ello, los costos de ciertas prestaciones, poco frecuentes pero muy costosas, pueden recuperarse a través de ese fondo que tiene como finalidad principal atender estos casos. En el negocio del seguro, cumpliría un rol equivalente al de las reaseguradoras.

B. Costos de funcionamiento:

Los costos de funcionamiento son aquellos "costos fijos", necesarios para la operatoria de la empresa — salvo los gastos de marketing—, entre los que podemos contar principalmente con:

- Costos de administración (vgr. recursos humanos, gastos varios de funcionamiento);
- Costos de comercialización (vgr. recursos humanos, impuestos, promociones, etc.);
- Costos financieros;
- Otros.

## 2.2. Presupuestos

El presupuesto de una entidad es una de las herramientas más importantes para planificar y llevar adelante la organización. El mismo, denominado "Presupuesto Integral", consta de tres partes, a saber:

- A. Presupuesto Económico
- B. Presupuesto Financiero
- C. Balance Proyectado

A. Presupuesto Económico

Se conforma por:

A.1. Presupuesto de Ventas: Se calcula a partir de las ventas de los distintos planes de medicina prepaga a los afiliados y del cobro de las cuotas. Respecto de éste, pueden formularse tomando en cuenta las políticas de ventas, la segmentación del mercado, los distintos planes que se ofrecen, entre otras aperturas. Luego, para aumentar las ventas, debieran realizarse estrategias de marketing, que abarcarían algunos puntos como los que siguen:

- Investigación de mercado
  - Definir el mercado objetivo.
  - Zona.
  - Perfil socio económico.
  - Red de prestadores.
  - Participantes que actúan en el mercado
  - Detectar necesidades insatisfechas.
  - Atributos del servicio que valoran los usuarios (calidad, precio, pertenencia).
  - Definir atributos de diferenciación propios que los posibles asociados valoren.
- Publicidad
  - Permite que la entidad se de a conocer y que desarrolle una imagen de "marca" propia.
  - Se investiga el grado de recordación de las campañas y la imagen que percibe el público objetivo.
  - Efecto limitado del marketing "boca a boca"
- Promoción
  - Formar una fuerza de ventas propia o tercerizada.
  - Sinergia con servicios complementarios (seguros, AFJP).
  - Controlar "calidad" de las afiliaciones que generan los promotores
- Retención de afiliados
  - Los afiliados que se pierden son los que generan menos costos médicos, es decir, son los que se deben conservar.
  - Mantener comunicación con afiliados.
  - Monitorear satisfacción de los afiliados con el servicio.

- Emplear encuestas, realizadas por personal de la organización o por terceros.

- Segmentación de cartera de afiliados

- Por "canal"

Afiliados directos.

Corporativos.

Obras sociales.

- Por planes adquiridos

De acuerdo con los planes que se ofrezcan.

Los diferentes planes buscan diversificar la oferta para aprovechar el potencial de gasto del público

- Por poder adquisitivo de los afiliados.

- Por edad.

- Por sexo.

- Por zonas geográficas.

- Por riesgos de morbilidad.

A.2. Presupuesto de Costos:

Como expresáramos anteriormente no tenemos un presupuesto de costos en el sentido estricto de la palabra, por no producir el servicio en sí, sino tercerizarlo y abonarlo a un tercero. Más adelante se explicarán algunos indicadores que facilitan el control de estos costos.

A.3. Presupuesto de Gastos:

Viene dado por la proyección de los gastos administrativos, comerciales, financieros y de cualquier otro tipo que la empresa estime efectuar en el período en que se está presupuestando, con la estimación de su correspondiente pago.

Este presupuesto no debería traer mayores inconvenientes, puesto que, en general, está conformado por costos fijos y de fácil recopilación.

A.4. Presupuesto de Compras:

En una empresa que no produce lo que vende, podríamos decir que (en un término quizás no muy técnico, pero fácil de entender), este presupuesto "muestra" los diversos servicios que compra la empresa de medicina prepaga a los prestadores de servicios para atender a sus afiliados.

Tal como mencionáramos anteriormente, los aranceles que se abonan a los distintos prestadores de servicios no son iguales, como así tampoco son iguales los servicios que se adquieren; con lo cual, este presupuesto nos estaría indicando los distintos servicios que la empresa "estima comprar" a los prestadores para satisfacer la demanda de sus afiliados; esta estimación, se puede realizar basándonos en cálculos estadísticos y probabilísticos.

Por tanto, este presupuesto puede brindarnos una excelente estimación de la tasa de uso de los distintos servicios por parte de los afiliados; luego se realizará el correspondiente control de las estimaciones con lo efectivamente realizado para así analizar los posibles desvíos.

## B. Presupuesto Financiero

Conforma una valiosísima herramienta de gestión para cualquier empresa que quiera tener un control sobre sus finanzas, tanto a corto, mediano o largo plazo.

En un mercado como el de la salud, con tiempos de pago y cobro muchas veces difíciles de manejar, un adecuado control de esta herramienta puede ayudar enormemente a no sufrir corridas de último momento, por no haber tenido las previsiones al respecto. Se conforma por:

### B.1. Presupuesto de Ingresos:

Una vez realizado un correcto presupuesto de ventas —registrando los períodos de cobranza—, realizar el presupuesto financiero de ingresos consiste en trasladar los ingresos por ventas acorde al día en el que se registra el cobro. Luego se le adiciona cualquier otro ingreso no operativo, es decir que no provenga del pago de cuotas de los afiliados (vgr. préstamos obtenidos, intereses cobrados, aportes de capital, etc.) para así completar el mencionado presupuesto.

### B.2. Presupuesto de Egresos:

Refleja todos los importes abonados a los prestadores por los servicios brindados, que fueran debidamente registrados en el presupuesto de compras, donde también están registrados los respectivos períodos de pago.

También se registran los pagos a proveedores —por compras generales de la empresa—, los impuestos, sueldos, cargas sociales, préstamos cancelados, pago de intereses por los préstamos, pago de honorarios al directorio, etc.

## C. Balance Proyectado

El balance proyectado se conforma partiendo del balance histórico presupuestado al inicio del período, adicionándole los datos presupuestados y el estado de resultados proyectado, para así obtener el Balance Proyectado al cierre del período. Luego se comparará el resultado del mismo con el Balance histórico real, de forma tal de poder detectar posibles desvíos.

### 2.3. Indicadores:

Los indicadores o ratios son una herramienta muy importante para las organizaciones porque nos brindan una visión de su evolución, la situación presente y las perspectivas. Por otra parte, constituyen la "materia prima" para la elaboración del Tablero de comando.

Se los puede clasificar en dos grupos:

- De resultado: algunos autores consideran a éstos como una "autopsia", ya que solo nos indican qué es lo que ha sucedido, sin la posibilidad de modificar algo.
- De gestión: en cambio a éstos se los suele considerar como una "biopsia", ya que nos permiten ir monitoreando a la empresa a lo largo de su gestión, e ir haciendo los cambios necesarios para modificar el rumbo o corregir errores.

Algunos indicadores utilizados con frecuencia en entidades de medicina prepaga son:

Costo Total médico: Costos ambulatorios + costos internaciones + costo farmacia + vacunas + costos odontológicos + prótesis + costo otras prestaciones no incluidas en las anteriores.

*Costo médico por afiliado:*  $\frac{\text{Costo total médico}}{\text{Cantidad de afiliados}}$

Indicadores relacionados con los servicios médicos ambulatorios (incluyen consultas, diagnósticos, urgencias, tratamientos y prácticas que no requieren internación)

*Costo ambulatorio por afiliado:*  $\frac{\text{Costos ambulatorios}}{\text{Cantidad de afiliados}}$

*Costo por prestación:*  $\frac{\text{Costos ambulatorios}}{\text{Cantidad de prestaciones}}$

*Costo ambulatorio por afiliado:*  $\frac{\text{Costos ambulatorios}}{\text{Cantidad de afiliados}}$

*Tasa de uso por mil afiliados:*  $\frac{\text{Cantidad de prestaciones}}{\text{Cantidad de afiliados}/1000}$

Indicadores relacionados con los servicios médicos a pacientes internados (incluyen tratamientos que requieren internación).

*Costo internación por afiliado:*  $\frac{\text{Costos internaciones}}{\text{Cantidad de afiliados}}$

*Costo internación por pacientes internados:*  $\frac{\text{Costos internaciones}}{\text{Afiliados internados}}$

*Tasa de internación por mil afiliados:*  $\frac{\text{Afiliados internados}}{\text{Cantidad de afiliados}/1000}$

*Estadía promedio:*  $\frac{\text{Cantidad días de internación}}{\text{Afiliados internados}}$

*Costo días de internación:*  $\frac{\text{Costos internaciones}}{\text{Cantidad días de internación}}$

*Tasa días cama por mil afiliados:*  $\frac{\text{Cantidad días de internación}}{\text{Cantidad afiliados}/1000}$

*Promedio días cama en el periodo:*  $\frac{\text{Cantidad días internación}}{\text{Días del periodo bajo análisis}}$

Costos de farmacia (incluye la parte de medicamentos que cubre la prepaga. Es habitualmente un porcentaje del precio total salvo casos especiales donde la cobertura es al 100%. El resto lo paga el afiliado. El indicador suele calcularse segregando dos grupos de medicamentos, los que son de cobertura parcial de los que tienen cobertura total).

*Costo farmacia por afiliado*  $\frac{\text{Costo farmacia}}{\text{Cantidad de afiliados}}$

*Tasa uso por mil afiliados:*  $\frac{\text{Cantidad de unidades recetadas}}{\text{Cantidad afiliados}/1000}$

*Costo unidad recetada:*  $\frac{\text{Costo farmacia}}{\text{Cantidad de unidades recetadas}}$

**Costo de vacunas**

*Costo vacunas por afiliado*  $\frac{\text{Costo vacunas}}{\text{Cantidad de afiliados}}$

*Tasa uso por mil afiliados*  $\frac{\text{Unidades recetadas}}{\text{Cantidad afiliados}/1000}$

*Costo unidad recetada*  $\frac{\text{costo vacuna}}{\text{Cant. Unidades recetadas}}$

**Costos de prestaciones odontológicas**

*Costo odontológico por afiliado:*  $\frac{\text{Costos odontológicos}}{\text{Cant. Afiliados}}$

*Tasa uso por 1000 afiliados:*  $\frac{\text{Cant. Prestaciones}}{\text{Cantidad afiliados}/1000}$

*Costo por prestación odontológica:*  $\frac{\text{Costo odontológico}}{\text{Cantidad de prestaciones}}$

**Costo de las prótesis**

*Costo prótesis por afiliado:*

$\frac{\text{Costo prótesis}}{\text{Cantidad de afiliados}}$

*Tasa de uso por mil afiliados:*

$\frac{\text{Cantidad de prótesis implantadas}}{\text{Cantidad afiliados /1000}}$

*Costo unitario recetado:*

$\frac{\text{Costo prótesis}}{\text{Cantidad de prótesis implantadas}}$

## 2.4. Tablero de Comando, en su formulación más moderna: Balanced Score Card

Tal como mencionamos precedentemente, el tablero de comando está conformado por indicadores cuya "lógica" debe estar asociada a la estrategia de la entidad. En este terreno, el desarrollo más moderno de esta técnica es el balanced score card, donde se propone emplear una gama de indicadores que midan aspectos que hacen a todas las áreas de la organización y que estén alineados con la estrategia de la entidad.

Al Balanced Score Card se lo conoce como cuadro de mando integral o Tarjeta de valoración equilibrada. (5), y sus características principales son:

- Permite traducir en forma operativa la visión y la estrategia de la organización.
- Se focaliza en la estrategia antes que en el control.
- Reúne un conjunto coherente de indicadores de gestión.
- Promueve evitar metas contrapuestas. Ejemplo: Tener planes de bajo precio para los afiliados con prestadores médicos "caros".
- Con esto se asegura "consistencia estratégica" entre los indicadores.

Siguiendo la metodología de los autores que desarrollaron la técnica, el balanced store card se arma cubriendo estas perspectivas:

### **Perspectiva financiera**

- Es la perspectiva de los "resultados". Los indicadores que muestran la performance económico financiera, predominantemente de raíz contable.
- Es la que tiene uso más extendido; su limitación está en que tiende a focalizar la gestión en el corto plazo y en "sacrificar" esfuerzos a futuro por buscar el resultado inmediato.

### **Perspectiva del cliente**

- Esta perspectiva busca mostrar de qué forma la organización satisface o fideliza a los clientes, usuarios o consumidores de los productos o servicios que ofrece.
- También interesa conocer el posicionamiento en el "mercado", la posición de otros participantes o competidores, el detectar necesidades no satisfechas de los clientes, nuevos servicios que puedan ofrecerse o la aparición de sustitutos que puedan competir.
- En el caso de una prepaga, incluye la medición de la participación en el mercado, el grado de penetración según niveles de ingreso de los afiliados, la valoración del nombre de la prepaga entre la población, el grado de satisfacción de los afiliados, la capacidad para retenerlos, entre otros.

### **Perspectiva del proceso interno**

- Es la más tradicional, ya que mide procesos ya existentes en sus aspectos relacionados con

costos, tiempos y volumen de servicios brindados.

- Debería facilitar la identificación de nuevos servicios o necesidades de los clientes o afiliados.
- Debe mostrar el resultado de los controles de calidad en servicios y prestaciones.
- La mayoría de los ejemplos presentados anteriormente pertenecen a esta perspectiva.
- También indicadores sobre características de la población cubierta por la prepaga, como son la edad, sexo, actividad, enfermedades anteriores, actividades de riesgo, morbilidad actual.

### **Perspectiva de formación y crecimiento**

- Identifica infraestructura que soporte el crecimiento a largo plazo en personas, procesos y sistemas.
- Debe incluir indicadores que muestren la mejora y la actualización de los prestadores.
- Debería contemplar el esfuerzo realizado en actualización y mejora en materia médica, de recursos humanos y en el empleo de los sistemas.

### **3 — Comentario final.**

A lo largo del presente trabajo hemos pretendido acercar una visión global sobre aquellas herramientas que deberían utilizarse mínimamente para llevar adelante una entidad de medicina prepaga en forma eficiente.

Hoy en día los adelantos en tecnología médica, los avances científicos, el cambio del perfil consumista del afiliado, y la competencia del mercado, obligan a tomar acciones inmediatas con un alto grado de profesionalidad para evitar errores o riesgos que comprometan la presencia actual o futura en la actividad.

Especial para La Ley. Derechos reservados (ley 11.723)

(1) Parte de estos conceptos fueron presentados en la "Conferencia dictada en la Corporación Médica de Gral. San Martín", durante los meses Julio y Agosto de 2006, por el Dr. Alejandro González Escudero dentro del Seminario de la Dra. Norma H. Iacomucci.

(2) Puede completarse este punto consultando "Los Costos de la Salud en Argentina. Un tema complejo para los actores del sector", por el Dr. Alejandro González Escudero y la Dra. Norma H. Iacomucci, extraído del web site [www.fundecos.org.ar](http://www.fundecos.org.ar)

(3) Ob.cit. ref. (2)

(4) Ver de los autores "Necesidad de una gestión eficiente en los prestadores de salud. La importancia de los costos", Revista Enfoques, Editorial La Ley. Bs. As., noviembre de 2006.

(5) Puede consultarse "Cuadro de mando integral", Kaplan, Robert y Norton, David, 3ra. edición, Gestión 2000, Barcelona, 1999)