

Maestría en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Maestría

Autora: Nanci Beatriz Grande

LA CONTRIBUCIÓN DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL A LA GESTIÓN PRESTACIONAL DE UNA MUTUAL

La articulación entre la gestión clínica y económica financiera

2017

Director de Tesis: Dr. Carlos Díaz

Citar como: Grande N. (2017). *La contribución del cuadro de mando integral a la gestión prestacional de una mutual: la articulación entre la gestión clínica y económica financiera*. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/854>

Índice

1. Introducción

- 1.1. Presentación:
- 1.2 Descripción del Problema:
- 1.3 Contexto:
- 1.4 Justificación:

2. Planteamiento del Problema

- 2.1. Formulación del Problema:
- 2.2. Objetivos.
 - 2.2.1. General:
 - 2.2.2. Específicos:

3. Marco Teórico

- 3.1. Marco teórico:
 - 3.1.1. Regulación de las Mutuales como prestadoras de servicios de salud.
 - 3.1.2. Gestión Sanitaria
 - 3.1.3. Indicadores
 - 3.1.4. Sistema de Información Gerencial
 - 3.1.5. Cuadro de Mando Integral
- 3.2. Hipótesis

4. Metodología

- 4.1. Tipo de Estudio
- 4.2. Indicadores
- 4.3. Universo/Muestra.
- 4.4. Fuentes de Información.

5. Desarrollo

- 5.1. Análisis de la Misión, Visión y Valores de la organización
- 5.2. Objetivos estratégicos
- 5.3. Perspectivas. Mapa Estratégico y relaciones causa-efecto.
- 5.4. Indicadores de la perspectiva Procesos Internos

6. Conclusiones

7. Discusiones Generales

- 7.1. Primera o Segunda Generación de Cuadro de Mando Integral
- 7.2. ¿Entonces, deberían eliminarse los indicadores financieros?
- 7.3. ¿Todas las organizaciones necesitan un CMI?
- 7.4. ¿Cuándo desarrollar un Cuadro de Mando Integral?
- 7.5. ¿El Cuadro de Mando Integral define la estrategia?
- 7.6. ¿Cuadro de Mando con o sin mapa estratégico?
- 7.7. ¿Son suficientes las cuatro perspectivas tradicionales?
- 7.8. ¿Cómo ordenar las perspectivas?
- 7.9. Implementación de Cuadros de Mando Integral
- 7.10. Límites y Utilidades de un Cuadro de Mando Integral

8. Bibliografía

9. Anexos

- ANEXO I
- ANEXO II
- ANEXO III
- ANEXO IV
- ANEXO V
- ANEXO VI

Resumen

Las Mutuales, son organizaciones sin fines de lucro con autonomía de gestión e independencia respecto de los poderes públicos, que presentan entre una de sus características principales el hecho de realizar la distribución de sus ganancias y el empleo de la mayoría de los excedentes del ejercicio en favor del crecimiento de la organización y la mejora de los servicios a sus asociados. En el caso de una Mutual prestataria de servicios de salud, el cumplimiento de su objetivo de contribuir al cuidado de la salud de sus asociados, brindando un servicio de calidad, hace fundamental la necesidad de administrar sus recursos mediante el uso de herramientas que aseguren la eficiencia.

El Cuadro de Mando Integral (CMI) ha sido utilizado como instrumento de control de gestión en organizaciones sin fines de lucro del ámbito de la salud demostrando ser útil no sólo por su efectiva contribución a la articulación de las variables financieras y no financieras, sino también por su flexibilidad y adaptabilidad a la realidad de entidades y contextos diversos. La implementación del CMI en este tipo de organizaciones involucra la transformación de la misión y estrategia en objetivos e indicadores medibles organizados en diversas perspectivas, con la finalidad de que esta información pueda ser utilizada por las distintas áreas que forman parte de la institución para la toma de decisiones. El objetivo de la herramienta es monitorear información crítica que permita el logro de los objetivos estratégicos de la organización entre los cuales se encuentra la maximización de los beneficios en el servicio brindado a los asociados.

Este trabajo se enfoca en analizar la contribución del CMI en la perspectiva de procesos internos a la gestión prestacional de una Mutual ¹ que brinda servicios de salud con alcance nacional, constituyendo el Sistema de Información Gerencial. Específicamente, se busca conocer en qué medida la implementación del CMI contribuyó a generar información oportuna para la toma de decisiones estratégicas del área de prestaciones de salud de la Mutual, generando una articulación entre los aspectos clínicos-médicos con los aspectos económicos-financieros.

El enfoque metodológico del estudio es descriptivo y cuantitativo. Conjuga la recopilación de

¹ El estudio será realizado sobre la Gestión Prestacional de una Mutual que presta servicios de salud, por razones de confidencialidad, no se citará el nombre y se denominará de aquí en adelante como la "Mutual".

información y antecedentes en bibliografías y publicaciones sobre esta herramienta de gestión, con la utilización de datos de fuentes propias de la Mutual entre los años 2013 y 2016 para la construcción de indicadores y estándares. A través de técnicas cuantitativas, se realiza el monitoreo de los indicadores que conforman el CMI en la perspectiva del proceso interno de la Mutual con el objetivo de detectar desvíos respecto al plan estratégico inicial y proponer las mejoras pertinentes para cumplir con las metas pre-establecidas.

Los resultados del estudio han logrado evidenciar que el uso de esta herramienta permitió mostrar al área de prestaciones de salud de la Mutual, a través de indicadores, cómo sus decisiones en torno a la negociación de los aranceles con los prestadores, del control del uso de las prácticas de los asociados y de la prescripción por parte de los Prestadores contratados, impactan sobre los costos de la Mutual; que no son solo responsables del cuidado de la salud del asociado sino también de los recursos que se utilizan en la misma. En este sentido, se ha podido mostrar cómo la implementación del CMI ha contribuido a mejorar la articulación entre la gestión económico - financiera y clínica - medica, logrando seguir los lineamientos estratégicos de la Mutual.

Palabras Clave: gestión sanitaria mutuales, indicadores, sistema de información gerencial y Cuadro de Mando Integral (CMI).

1. Introducción

1.1. Presentación:

La Economía Social es una forma de producción, consumo y distribución de riqueza centrada en la valorización del ser humano y no en la priorización del capital. Esta característica permite que sea el núcleo de modelos económicos distribuidos a escala humana, con capacidad de capturar y repartir el ahorro a nivel local y de proporcionar el desarrollo integral de las comunidades en las que está presente ². Tradicionalmente los principios de la economía social han tomado forma bajo tres tipos de entidades que presentan como denominador común la respuesta a necesidades colectivas a partir de la ayuda mutua y solidaria: cooperativas, mutualidades y asociaciones. Éstas, en un documento dado a conocer en 1980 por las entidades nucleadas en el Comité nacional de liaison des activités coopératives, mutuelles et associatives (Francia), se autodefinen como "entidades no pertenecientes al sector público que, con funcionamiento y gestión democráticos e igualdad de derechos y deberes de los socios, practican un régimen especial de propiedad y distribución de las ganancias, empleando los excedentes del ejercicio para el crecimiento de la entidad y la mejora de los servicios a los socios y a la sociedad", Monzón (2006).

Si acotamos este concepto, podemos definir puntualmente a las Mutuales ³ como empresas integrantes de la Economía Social Solidaria, conformadas por personas que se asocian libremente para solucionar problemas comunes, teniendo por finalidad contribuir al logro del bienestar material y espiritual de sus miembros, actuando con eficacia y eficiencia y reinvertiendo sus beneficios en el conjunto de los asociados. En la Argentina, el surgimiento del movimiento mutualista se ha dado en el contexto de los profundos cambios sociales y económicos que se sucedieron a partir de la llegada de la corriente inmigratoria europea de mediados del siglo XIX. La década de 1850 conoce los comienzos de un auge de las sociedades de socorros mutuos, que nacen en general en estrecha relación con el movimiento inmigratorio.

² <http://www.inaes.gob.ar/>

³ mutualista. DOCTRINA MUTUALISTA: Es un término colectivo que abarca el conjunto de ideas que confiere a la ayuda mutua y solidaridad un papel importante en la resolución de problemas económico-sociales. El Mutualismo permite al hombre desarrollar y expresar los más nobles sentimientos al subordinar el YO al NOSOTROS, al aunar MI voluntad con la del OTRO, en esta comunión crecen las posibilidades de NUESTRAS realizaciones. CONFEDERACION ARGENTINA DE MUTUALIDADES (CAM).

Dada esta característica, son las provincias del litoral muy en particular Buenos Aires, en las que se producen primero estas fundaciones, Di Stefano, Sábato, Romero, Moreno (2002). Desde ese incipiente comienzo al día de hoy, el mutualismo se extendió a lo largo y ancho del país, con la finalidad de brindar servicios de diversa índole, sin dejar dudas de su notable incidencia en la actividad económica y compartiendo este escenario con empresas privadas en distintas ramas de servicios.

En la estructura organizativa de la Mutual prevalece la horizontalidad, lo que muchas veces coincide con el debilitamiento de aspectos cruciales para la concreción de objetivos y la implementación de estrategias definidas por la Alta Dirección. Por un lado, es frecuente la dificultad para traducir la misión y la estrategia institucional en un compromiso con la calidad de servicio y la orientación al cliente por parte de los colaboradores. Por otro lado, la imposibilidad de disponer de información pertinente y oportuna para la toma de decisiones, impide visibilizar errores y desarrollar estrategias tanto a corto como a largo plazo. Por estos motivos se hace necesario para la Mutual contar con nuevas técnicas de control de gestión que permitan realizar una correcta asignación de los recursos, monitoreando la actividad prestacional no solo a través de indicadores financieros sino también en relación con la concreción de los objetivos trazados, teniendo en cuenta la dificultad de articular los aspectos clínicos-médicos y económico-financieros.

La Gestión en una Mutual que presta servicios de salud implica la responsabilidad de optimizar la administración de los recursos que aportan los asociados y maximizar los beneficios de esos mismos asociados minimizando los costos. Esto exige el uso de diferentes herramientas para lograr que los servicios de salud sean sustentables, y que las organizaciones cumplan los fines para los cuales fueron creadas.

En este trabajo se analizará la contribución del Cuadro de Mando Integral (CMI) a la gestión prestacional de una Mutual que brinda servicios de salud, constituyendo el Sistema de Información Gerencial para la articulación de los aspectos clínicos-médicos y financieros en el monitoreo de su actividad prestacional. La Mutual que es objeto de estudio cuenta con más de 40 años de vida institucional y fue creada con el fin de brindar protección a productores de una cooperativa de la provincia de Santa Fe en la República Argentina. Por este motivo, los valores solidarios acompañan desde el inicio los objetivos de su actividad. Si bien el mayor desarrollo se ha concentrado en el área de la salud, la Mutual también brinda la prestación de otros servicios

como Turismo, Ayuda Económica y Subsidios Especiales (Incapacidad, Fallecimiento y Sepelio, Quirúrgicos y de Alta Complejidad).

En materia de salud, la Mutual ha desarrollado productos que contemplan una amplia gama de coberturas para diversos segmentos, tanto para Asociados individuales, como para grupos de individuos. Una importante red de prestadores contratados en su mayoría de manera directa, es la encargada de prestar servicios en los tres niveles de complejidad médico asistencial.

En el año 2011, y para dar cumplimiento a la Ley Nº 26.682 y el Decreto Nº 1993/11 PEN, que establecieron un marco normativo aplicable a las Entidades de Medicina Privada, se solicitó su inscripción y autorización.

Actualmente, la Mutual cuenta con más de 400.000 asociados distribuidos en todo el territorio nacional, siendo la principal concentración en las provincias de Santa Fe y Córdoba. Asimismo, cuenta con centros de atención administrativa en todo el país, registrando presencia en todas las provincias, y evidenciando la siguiente necesidad de gestión: contar con un instrumento útil para el control de la gestión y la toma de decisiones que permita eliminar la asimetría de información/gestión (clínica-médica vs. económica-financiera), generando una visión compartida e impactando en el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la organización.

Para ello, en este trabajo se diseñará un CMI para el control de la gestión prestacional de la Mutual mediante la definición de distintos indicadores de seguimiento acerca del cumplimiento de la estrategia, permitiendo corregir en forma temprana los desvíos producidos. Más específicamente, este instrumento permitirá analizar la perspectiva del proceso interno, a fin de identificar los procesos críticos internos en los que la organización debe lograr eficiencia, utilizando datos de fuentes propias de la Mutual de estudio entre los años 2013 y 2016.

1.2 Descripción del Problema:

En la actualidad se verifican grandes exigencias en el sector de salud para garantizar una atención oportuna y de calidad a beneficiarios cada vez más demandantes y conscientes de sus derechos. Esta situación, plantea a las organizaciones prestadoras de servicios de salud la necesidad de mejorar sus estándares de atención y lograr la optimización del uso de sus recursos, con la mayor eficiencia posible.

En nuestro país, las Mutuales que brindan cobertura de salud ⁴, ascienden a 1.435 entidades con Reglamento de Salud aprobados para 2 millones de personas. En el contexto de un entorno dinámico, inestable, hostil y en evolución tecnológica permanente, con mano de obra intensiva y tecnología de costos elevados, se hace indispensable el uso de herramientas de gestión para el sostenimiento de las organizaciones. Estas características propias del sector, dificultan la medición de resultados en los cuales se encuentran entrelazados los conocimientos científicos y técnicos, con la calidad del servicio y con procesos muy exigentes.

Los directivos de la Mutual tienen ante sí una desafiante tarea: reducir costos y controlar los gastos y a la vez, responder al servicio de salud ofrecido a los asociados. En este sentido, la incorporación de nuevas técnicas de gestión se vislumbra como una herramienta fundamental para contribuir a la mejora tanto de los aspectos administrativos como la de los relacionados con el nivel de calidad del servicio.

Actualmente, la realidad de la Mutual muestra una desvinculación entre los diferentes sectores que conforman la institución, funcionando a modo de compartimentos estancos y sin interacción que permita aunar esfuerzos y acciones en pos de objetivos compartidos. Dado este estado de situación, las acciones de cada unidad se cumplen en forma autónoma.

En paralelo, no quedan dudas de que los representantes de la alta dirección necesitan que los responsables de las distintas áreas de la institución accionen sobre sus equipos de trabajo a fin de que se cumplan los objetivos planteados. En este sentido, es necesario también contar con el sustento de un sistema informático robusto que permita el manejo de grandes cantidades de datos, asocie distintas "vistas" del negocio y permita mostrar información y no solamente datos de las distintas áreas o sectores. La idiosincrasia de esta organización pone también de manifiesto una resistencia ⁵ a la medición de la gestión y a la información de los resultados, dado que estas acciones podrían evidenciar la posible ineficiencia e insuficiencia de información relevante.

En términos generales, y sin perder de vista las particularidades descriptas, las Mutuales exigen una administración eficiente y de calidad, lo cual las ha conducido a buscar nuevas herramientas de gestión para la toma de decisiones que permitan satisfacer las expectativas y necesidades de

⁴ Congreso FAMSA-CAM, 15 de Junio 2016 realizado en la UCA (Universidad Católica Argentina) en la ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde se trataron 3 ejes principales; costos, judicialización y regulación, y contó con la presencia del Ministro de Salud, Jorge Lemus.

⁵ DIAZ, Carlos Alberto. Gestión de Servicios Asistenciales - ¿Cómo convertir un jefe de servicio en un gerente?. Buenos Aires: Ediciones ISALUD, 2011.

sus asociados y, a nivel interno, optimizar el uso de los recursos, fomentando una cultura de servicio de calidad. Entre las herramientas que brindan información para la gestión, denominadas Sistemas de Información Gerencial, se encuentra el CMI, como instrumento útil para el control de la gestión, contribuyendo a la implantación efectiva de las estrategias en la Mutual; favoreciendo la eliminación de la asimetría de información, la construcción de análisis transversales y el logro de una visión compartida.

1.3 Contexto:

La utilización del CMI se encuentra en aumento en entidades sin fines de lucro. A partir de 1980 muchas organizaciones sanitarias comenzaron a adoptar procesos formales para la formulación de su estrategia. Este proceso alcanzó su generalización a finales de los noventa, cuando el antiguo Instituto Nacional de la Salud de España (INSALUD) realizó un plan estratégico corporativo e invitó a todos los hospitales públicos que lo conforman a realizar su propio plan estratégico. Algo similar ocurrió en Francia, donde desde 1991 todo hospital público tenía la obligación legal de presentar un plan estratégico a 5 años. También se conoce la experiencia Ontario Hospital Association (Canadá), que conjuntamente con el Ministerio Sanidad y Cuidados de Larga Duración, adoptaron el CMI como herramienta de evaluación del desempeño de los 89 hospitales de la región. La primera edición de CMI fue en 1998 y la última en 2001.

Los primeros antecedentes bibliográficos de una aplicación sanitaria del CMI pertenecen a Dana Forgione (Forgione Dana A, 1997) centrándose en el control financiero y en indicadores y medidas de calidad asistencial ⁶. En Canadá el antecedente bibliográfico en la elaboración y el uso del CMI en el ámbito sanitario fue en 1997 (Pink George H, 2001) ⁷.

En los últimos años (2003-2007), en el sector sanitario español se avanzó en la incorporación de sistemas de medición y desempeño dentro de la gestión estratégica. Particularmente la Corporació Parc Taulí, constituida por 6 centros, 3 de los cuales tienen gestión descentralizada y

⁶ El resultado del workshop, fue un reclamo del uso del CMI en el ámbito financiero y en la gestión de la calidad, en su dimensión interna o de empresa y externa o de usuarios o pacientes. RUIZ MUÑOZ D. Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión. Vol IV. Nº 8. Julio-Diciembre 2006.

⁷ El objetivo de ese artículo fue describir el proceso de elaboración de un CMI para un sistema hospitalario, centrándose en la elaboración de indicadores y medidas financiera en 89 organizaciones hospitalarias. RUIZ MUÑOZ D. Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión. Vol IV. Nº 8. Julio-Diciembre 2006.

los otros 3 poseen personalidad jurídica propia, en un intento por lograr un modelo que le ayude a prestar servicio de calidad, comenzaron con la elaboración de un CMI en uno de ellos: el Centro Quirúrgico Ambulatorio del Hospital de Sabadell. La población del área sanitaria de referencia del año 2003 era de 401.230 habitantes que estaban atendidas por un total de 2.405 empleados ⁸.

Un estudio publicado en la Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión, en Enero-Junio 2011, Ma Beatriz González Sánchez et al, Universidad de Vigo, analiza todos los artículos publicados sobre el Cuadro de Mando Integral en sanidad por autores españoles durante el período 1992-2009 ambos años inclusive.

Analizaron la evolución en investigación en esta área y las experiencias empíricas en el sector sanitario, sobre todo en hospitales que trataron de poner esta herramienta en ejecución. El trabajo arroja como conclusiones que las perspectivas del CMI que se utilizan son las 4 clásicas, financiera, del cliente, del proceso interno y de aprendizaje y crecimiento, pues se traslada el modelo desarrollado en otros ámbitos al hospitalario faltando una mayor adecuación de esta herramienta de gestión a las especificidades propias del entorno hospitalario.

Respecto de los indicadores concretos que se utilizan, son los que utilizaban previamente por el Centro, y no se hace mención a la estrategia ni a la identificación de los puntos más críticos sobre los que actuar, los factores clave. No se considera la perspectiva "paciente", ni la perspectiva "aprendizaje y crecimiento" con frecuencia presentes en este sector por la utilización intensiva del conocimiento que las caracteriza.

Por último, se concluye que se utiliza la primera generación de CMI, es decir, que se la utiliza como una herramienta fundamentalmente de control, y no como herramienta para implantar la estrategia o como herramienta de gestión.

1.4. Justificación:

Tal como ya se ha mencionado, en la actualidad se verifican grandes exigencias en el sector de salud para garantizar una atención oportuna y de calidad a beneficiarios cada vez más demandantes y conscientes de sus derechos, lo cual obliga a las organizaciones prestadoras de

⁸ RUIZ MUÑOZ D. Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión. Vol IV. Nº 8. Julio-Diciembre 2006.

servicios a mejorar sus estándares de atención y a utilizar sus recursos con la mayor eficiencia posible. Las Mutuales que brindan cobertura de salud no están ajenas a esta realidad y también se desenvuelven en un entorno en el que entran en juego estas variables.

Es por ello que se hace prioritario para los dirigentes de esta Mutual desarrollar e implementar una herramienta que permita optimizar los esfuerzos económicos y obtener los elementos necesarios para mejorar los procesos de toma de decisiones, teniendo en cuenta la dificultad de articular la división entre gestión clínica-médica y gestión económico-financiera. En los últimos tiempos se realizaron inversiones relacionadas con los sistemas informáticos, tendientes a aumentar la velocidad de procesamiento y para así obtener la extracción de datos a mayor velocidad, y permitiendo efectuar controles en la carga de datos. Sin embargo, esta mejora no fue acompañada de acciones que permitieran el manejo y la interpretación transversal de los datos y en consecuencia, de la información. Por otro lado la inexistencia de una visión compartida entre los miembros de la alta dirección y el resto de la organización, la incongruencia en el accionar integral de las áreas involucradas para evitar la asimetría de información que pueda surgir entre ellas en el funcionamiento diario de las actividades, la presencia de resistencia a la medición de la gestión y a la información de los resultados; conllevan a un problema serio en el análisis económico y no económico de los aspectos de control de gestión de la Mutual y en la evaluación de las metas y objetivos del planeamiento estratégico.

El CMI es un instrumento que permite detectar las desviaciones del plan estratégico y expresar los objetivos en acciones correctivas que intervienen a fin de reconducir la situación en el caso que fuera necesario. Su característica más importante es la flexibilidad, que resulta de suma importancia para la implementación en entidades de la rama de la salud, ya que reconcilia la dicotomía entre la visión económica de los equipos gerenciales y la visión clínico-médica de los profesionales de la salud que intervienen de manera activa en las acciones de monitoreo y control prestacional, contribuyendo efectivamente a integrarlas y/o a tender puentes entre ambas visiones. Por estas características, se presume su potencial para articular las gestiones entre las distintas áreas de la entidad, renuentes a trabajar en equipo, promoviendo su vinculación en pos de lograr los objetivos trazados.

La relevancia de este trabajo radica en el aporte de evidencia empírica sobre cómo la implementación de una herramienta de control de la gestión en una organización, en este caso el CMI en una Mutual que presta servicios de salud, contribuye a la articulación entre la gestión clínica-médica y económico-financiera, a través de la generación de un Sistema de Información

Gerencial que permite tomar decisiones acorde a los objetivos estratégicos de la organización. Esto se concretará mediante el análisis de distintos indicadores de seguimiento del cumplimiento de la estrategia de la Mutual de estudio, a fin de corregir en forma temprana los desvíos producidos respecto al plan inicial establecido.

2. Planteamiento del Problema

2.1. Formulación del Problema:

En el contexto de una entidad Mutual que presta servicios de salud se plantea la necesidad de analizar si el Cuadro de Mando Integral en la perspectiva de indicadores prestacionales es la herramienta que articula la división entre la gestión clínica-médica y económico-financiera, como instrumento de gestión y control posterior, que permita tomar decisiones a efectos de lograr maximizar los beneficios sociales y minimizar los costos. Una herramienta que para hacer control de gestión, no se centre exclusivamente en lo financiero sino en brindar servicios de calidad a las personas (asociados), y más específicamente, analizar los procesos críticos internos en los que la organización debe ser excelente. Lo que se plantea es conocer en qué medida un CMI permite construir información relevante sobre el impacto en la satisfacción del cliente y en la calidad de atención sin desatender los objetivos financieros de la organización: indicadores sobre lista de espera, indicadores de calidad asistencial, tasas de uso, débitos en liquidación a prestadores, días de pago a proveedores, y otros. En este sentido, surge la pregunta de esta investigación que refiere a poder conocer si la implementación del CMI en una Mutual que presta servicios de salud contribuye a generar información oportuna sobre los procesos críticos de gestión prestacional, generando una articulación entre la gestión clínica-médica y económica-financiera para el logro de los objetivos estratégicos de la organización.

2.2. Objetivos.

2.2.1. General:

Analizar la contribución del Cuadro de Mando Integral en la perspectiva de procesos internos a la gestión prestacional de una Mutua en el período 2013-2016 y su impacto en la articulación entre la gestión clínica-médica y económica-financiera.

2.2.2. Específicos:

- I. Establecer la misión y objetivos estratégicos de la Mutua de estudio y las áreas que intervienen para el logro de los objetivos estratégicos de la misma.
- II. Identificar y elaborar los indicadores que conforman el CMI desde la perspectiva del proceso interno de la gestión prestacional de la Mutua para el período 2013-2016.
- III. Analizar los indicadores del CMI implementado, verificando la existencia de desvíos respecto al plan estratégico establecido, y proponer acciones correctivas para el logro de los objetivos.
- IV. Examinar de qué manera la implementación del CMI en la Mutua permite articular los aspectos de gestión clínico-médicos con los económicos financieros.

3. Marco Teórico

3.1. Marco teórico:

Se presentan los conceptos teóricos de la regulación de las entidades Mutuales, de gestión sanitaria, indicadores, sistema de información gerencial y Cuadro de Mando Integral.

3.1.1. Regulación de las Mutuales como prestadoras de servicios de salud.

La ley 23661/89 en su art. 16 considera como agentes de seguro de salud, a las mutuales y cooperativas, la característica fundamental de las mismas radica en la voluntariedad de las personas en su adhesión y aportes monetarios.

Sometidas al control público del Instituto Nacional de Acción Mutual según la ley 19331/71. Posteriormente, en el año 1996, se crea el INAES (Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social) y por Decreto 721/00 se establece como la autoridad de aplicación de las mutuales.

Las Mutuales pueden prestar servicios de salud y actualmente son reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

Por Decretos Nacionales 1991/11 y 1993/11 se modifica y reglamenta la Ley 26682 (Ley de Medicina Prepaga), donde por art. 1 se incluye a las cooperativas y mutuales, y en art. 7, se prevé que adapten los planes a las formas que determine la SSS. Dentro del Registro del año 2012, se inscribieron 259 mutuales, todas provisorias, solo 59 para dar la totalidad del PMO (Programa Médico Obligatorio), y el resto hizo uso de la facultad otorgada por el art. 7 ¹⁰.

Actualmente más de 2 millones de personas reciben servicios de salud a través de Mutuales, y sus representantes solicitan diferenciar a estas entidades de las de medicina prepaga, ya que las mutuales y cooperativas son entidades sin fines de lucro, solidarias, que reinvierten los resultados en las ellas mismas.

Un tema preocupante es el aumento de los costos prestacionales ¹¹ del mercado de la salud, incluyendo también los ajustes salariales aprobados para los trabajadores de la sanidad (FATSA). Las Mutuales reciben amenazas de corte de servicios si no aumentan los aranceles, lo que las obliga a incrementar sus cuotas para mantener los servicios, teniendo que pagar en pocos días los incrementos, no teniendo autorizados aún los aumentos en las cuotas de la medicina prepaga. El reclamo en la actualidad de las autoridades de este tipo de organismos reside en el

¹⁰ El presidente del INAES en Congreso de FAMSA-CAM de junio/16, indicó que son a 1435 las mutuales con Reglamentos de Salud aprobados.

¹¹ La innovación tecnológica provocó un aumento de más del 50% de los costos, este nuevo escenario se compone de nuevas tecnologías, drogas oncológicas, biológicas, etc., nuevos métodos de diagnóstico, nuevos dispositivos, cirugías muy complejas. Ha cambiado el paradigma para lograr una buena relación entre costos y beneficios. CONGRESO FAMSA-CAM, 15/06/2016.

pedido de respetar las particularidades de estas organizaciones y las decisiones que libremente los asociados tomen, especialmente en cuanto a qué servicios integral o complementario quieren o pueden pagar porque de lo contrario, muchos tendrán que salir de las coberturas solidarias y acceder a la salud pública gratuita en las condiciones que en cada jurisdicción geográfica pueda ofrecer.

3.1.2. Gestión Sanitaria

Como ya se ha mencionado, las Organizaciones de Salud son complejas y dinámicas que se desempeñan en un entorno con reglas de juego arbitrarias y poco claras, y al mismo tiempo requieren de una mano de obra intensiva, y tecnología importada que tiene costos elevados, afectando la equidad en la asignación de recursos. Además, en las organizaciones de salud falta gestión profesionalizada y se debe destacar que, si bien la gestión mejora la asignación de recursos, no resuelve los problemas de escasez, ni reemplaza las fallas de las políticas gubernamentales. Permanentemente se manifiestan demandas crecientes ¹² y escasos recursos asignados a prevención, desigualdad en el acceso, mortalidad y morbilidad evitable, variabilidad en la calidad, falta de planificación de los recursos humanos, y debido a la falta de gestión y de regulación, por las altas barreras de salida, provocan que algunos actores desarrollen conductas oportunistas; todas razones que impiden una mejora de calidad.

Entonces, se define gestión cómo hacer que las cosas pasen, que las cosas correctas ocurran, hacer correctamente las cosas correctas, Díaz (2011). Que las cosas pasen, pero no de cualquier forma sino aportando beneficio y crecimiento a la organización, consiguiendo resultados con el conocimiento, experiencia y una voluntad política de cambio, generando infraestructura y competencias, capacidad en el sistema técnico de toma de decisiones, con formación y trabajo en equipo, y logrando que los objetivos específicos estén alineados con los institucionales.

El gestor sanitario debe tener en cuenta que existen actores y colectivos intervinientes, y que entre éstos se establecen múltiples relaciones de agencia, con contratos imperfectos que hay

¹² **Factores capaces de generar incremento de la demanda:** 1. envejecimiento de la población, 2. la incorporación de tecnología, 3. la prevalencia de las enfermedades degenerativas, 4. la organización del sistema, 5. la variabilidad de la prestación médica, 6. la incorporación de nuevas medidas terapéuticas, 7. el abordaje terapéutico de los factores de riesgo sanitario, que van a producir ahorros en el futuro; la prevención de enfermedades, es condicionante que genera en la actualidad aumento de los costos y dificultades para mantener el flujo de recursos; 8. modificaciones de los precios relativos. DIAZ, Carlos A. – Gestión de Servicios Asistenciales (2011).

que administrar. Su gestión estará basada en: la descentralización selectiva de la toma de decisiones, a través de una dirección participativa por objetivos, en alinear los objetivos individuales y grupales con los institucionales, y que a su vez los objetivos de la institución de salud estén alineados con los de las distintas áreas de la institución. Este debe controlar ¹³ mediante los indicadores del sistema de información gerencial y finalmente evaluar; y es una acción recursiva, entonces se volverá a planificar. Lo que deben saber es que no sólo les corresponde administrar un presupuesto y lograr que “cierren los números”, ni ponerse al frente de los reclamos y la cultura de la queja de los profesionales, sino que deben identificar los problemas, analizarlos, buscar las soluciones y los cambios, tomar decisiones a tiempo, siempre pensando en los objetivos estratégicos de la institución.

Entonces, la transformación, el cambio, la mejora, y la innovación sustentable en las Mutuales que prestan servicios de salud, deben gestarse en los directores mutualistas, en la dirección ejecutiva de la institución, y multiplicarse y autogenerarse en el núcleo operativo, en todos los sectores y áreas liderados por las supervisores o gerencias medias, y deben ordenar los flujos de trabajos y evitar interferencias en la comunicación.

3.1.3. Indicadores

Los indicadores son una elaboración de datos agrupados y sintetizados de manera que indiquen elementos importantes de la constitución del fenómeno que se estudia, Testa (1989).

Díaz (2013) señala que un indicador es una expresión matemática, generalmente un cociente, como ser una tasa, una proporción; que cumple las reglas de relevancia, precisión, sensibilidad y especificidad. Para Testa (1989) el indicador está en el medio del dato primario y el conocimiento generado, es una agrupación de datos basados en ciertas características, referida a alguno de los universos posibles de los que ese dato forma parte. Así un indicador no solo es una señal, sino también una base de apoyo para la obtención de información, o mejor aún de conocimiento.

¹³ El **control** lleva implícito la necesidad tanto de fijar estándares previos como de tener un sistema de información que permita comparar los resultados obtenidos con los estándares fijados. No obstante, si se conocieran las desviaciones y la unidad de activación no tomara medidas o las tomara mal, el control sería ineficaz. JIMENEZ JIMENEZ, J. – Manual de Gestión para Jefes de Servicios Clínicos (2000).

Un indicador de salud, son medidas que cuantifican y permiten evaluar el estado de salud de la población. Representan medidas de resumen que dan información relevante de distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud. Como indica Díaz (2013), al calcular los indicadores del estado de salud y los del sistema sanitario de una población actual y al hacer comparaciones en el tiempo, se podrían medir los cambios sufridos mediante el monitoreo de los mismos.

Como la medición del desempeño es una finalidad del CMI, es fundamental usar los indicadores apropiados, es por eso que deben ser especialmente sensibles a dos cualidades: pertinencia y disponibilidad. Como indica Ballvé (2000), para un indicador se deberá definir:

1. Período del Indicador: día, mes, acumulado del ejercicio, proyectado s fin del período fiscal o para los próximos meses, entre otros.
2. Apertura: forma en la cual se podrá abrir y clasificar la información para acceder a sucesivos niveles de desagregación, en matrices multidimensionales, como ser producto, sector geográfico, planes, entre otros.
3. Frecuencia de actualización: tiempo que transcurre entre distintas actualizaciones de los datos. Ejemplo: on-line, diaria, semanal, mensual.
4. Referencia: base sobre la cual se desean calcular las desviaciones. Puede ser un estándar, la historia, el mes anterior, el promedio de los últimos 12 meses, el presupuesto inicial, un objetivo o meta, entre otros.
5. Parámetro de alarma: niveles por encima o por debajo de los cuales el indicador es preocupante, por ejemplo, más o menos el 5% sobre una base de referencia.
6. Gráfico: la mejor forma de representar gráficamente la realidad que nos muestra la información. Por ejemplo: gráfico de sectores, barras, líneas.
7. Responsable de monitoreo: es quien debe informar al nivel superior cuando haya alguna sorpresa desagradable. Es necesario liberar tiempo directivo para el monitoreo permanente.

Y Díaz en su artículo (2013), agrega las siguientes características al definir un indicador:

8. Meta estratégica
9. Definición y fórmula de cálculo
10. Qué mide
11. Unidad de medida
12. Fuente de los datos

3.1.4. Sistema de Información Gerencial

Con los datos existentes, que es un “conjunto de hechos sin conexión entre sí”, se tiene que generar un sistema que los convierta en información, respondiendo a las preguntas más relevantes de la organización. Jimenez Jimenez (2000) define a un sistema de información como un conjunto unitario y coherente de elementos humanos y tecnológicos bien organizado que nos permiten conocer y comprender la realidad, y nos sirven de apoyo para la toma de decisiones.

El objetivo principal de un Sistema de Información Gerencial (SIG), es relacionar selectivamente la información existente, para ofrecer al dirigente una visión estratégica de gestión de la institución. Es una herramienta analítica para la toma de decisiones, Schweiger (2003).

Se debe construir un sistema de información integrado que proporcione el conocimiento necesario sobre qué actividades se realizan, para quién, en qué momento y cuál es la efectividad de las actuaciones. El SIG integra los sistemas de información de la organización y debe interpretárselo como instrumento y proceso. Como instrumento, ofrece selectivamente información esencial y de calidad con una visión integral en la toma de decisiones; como proceso, utiliza técnicas como cuadros, indicadores para promover conocimiento, inteligencia y formas de comportamiento gerencial.

El SIG de la Mutual que presta servicios de salud se compone de un conjunto de indicadores ¹⁴ de gestión, constituyendo señales que permiten monitorear las áreas críticas de la organización, facilitando el proceso de toma de decisiones con información oportuna y confiable.

El SIG no soluciona “mágicamente” los problemas de conducción y gestión de los sistemas y servicios de salud, sí constituye una metodología de gerenciamiento que actúa para generar la nueva cultura institucional y de dirección.

Según señala Jimenez Jimenez (2000), las características básicas del SIG son:

Fiabilidad: la información que suministre debe ser lo más certera posible.

Pertinencia: la información que suministre el sistema debe corresponder a aspectos que se quieren conocer, lo que no se usa debe eliminarse.

Relevancia: la información procesada debe ser importante, útil para tomar decisiones y referida a los aspectos claves.

¹⁴ **Indicadores y Estándares.** Los primeros deben seguirse y evaluarse para establecer si los aspectos de la asistencia a los que aluden concuerdan con una práctica deseable. Los segundos son el patrón que debe alcanzarse, es decir, son los valores que señalan el límite entre la calidad aceptable y la inaceptable. JIMENEZ JIMENEZ J. (2000) Manual de Gestión para Jefes de Servicios Clínicos.

Oportunidad: el sistema debe ser capaz de entregar la información adecuada en el momento en que se necesita.

3.1.5. Cuadro de Mando Integral

Antes del CMI había antecedentes de instrumentos de gestión con el objeto de combinar indicadores financieros y no financieros (tableaux-de-bord o cuadro demandado).

Estas primeras generaciones del CMI no aportaban en sí mismas una novedad revolucionaria y en la práctica, terminaron inclinándose a favor de incluir indicadores relativos a una única dimensión: la financiera, y en las organizaciones sanitarias, en indicadores de la actividad. Por otra parte, el tipo Dirección por Objetivos se tradujo en una colección de indicadores más operativos que estratégicos. En cualquier caso, ninguna de estas opciones aportaba una verdadera combinación estructurada de métricas financieras y no financieras con implicancias estratégicas. En consecuencia, estos primeros CMI no garantizaron que los indicadores elegidos fueran realmente los inductores del éxito de una organización ni que las estrategias acabaran implementándose. En 1992 en la revista Harvard Business Review, el profesor de la Universidad de Harvard, Robert S. Kaplan y el consultor empresarial de Boston, David P. Norton publicaron un artículo denominado. "The Balanced Scorecard", concretando las publicaciones anteriores del profesor sobre la medición del rendimiento de las organizaciones ¹⁵.

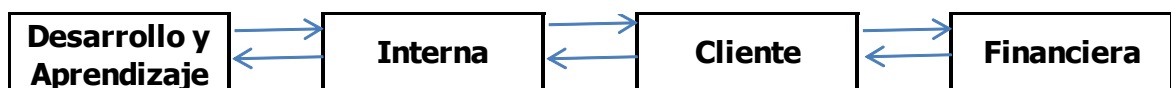
Proponen para la segunda generación de CMI, que se debe partir de una descripción detallada de la estrategia en forma muy concreta. Así el CMI, es un instrumento de gestión para ayudar a comunicar y poner en marcha la estrategia de una organización, mediante un conjunto de medidas financieras y no financieras seleccionadas adecuadamente para ayudar a poner sus factores claves de éxito en ejecución, los cuales se definen en la visión estratégica de la misma. Siguiendo a Speckbacher, Bischof et al, (2003) ¹⁶ la tercera generación se caracteriza por desarrollar sistemas de control estratégicos que contienen planes de acción y que están unidos a planes de incentivos, porque para implantar la estrategia en la organización la comunicación no

¹⁵ Los primeros trabajos de Robert Kaplan desarrollaban el Cuadro de Mando Integral como un conjunto de Indicadores que abarcaba todos los parámetros que puedan medir el éxito de la empresa, diseñado en forma conjunta con los responsables de su gestión. De su desarrollo posterior pudo deducirse que, que no solo actuaba como una herramienta de supervisión, sino que tenía un fuerte efecto de motivación hacia la consecución de los objetivos, mediante la puesta en marcha de elementos inductores. GONZALEZ SANCHEZ M. B., LOPEZ-VALEIRAS SAMPEDRO E., GOMEZ CONDE J. Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión. Vol IX. N° 17. Enero-Junio 2011.

¹⁶ GONZALEZ SANCHEZ M. B., LOPEZ-VALEIRAS SAMPEDRO E., GOMEZ CONDE J. Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión. Vol IX. N° 17. Enero-Junio 2011.

es suficiente para cambiar el comportamiento de la misma.

Las experiencias pusieron de manifiesto que los gestores innovadores utilizaban el CMI, no sólo para clarificar y comunicar la estrategia, sino también para gestionarla, evolucionando de un sistema de indicadores mejorado, para convertirse en un sistema de gestión integral. Como indica Ballvé (2000), el balanced scoreboard o Cuadro de Mando Integral es mucho más que un sistema de mediciones para diagnóstico o alineación, ya que el mismo incluye todos los factores clave de éxito que reflejan el modelo de negocio de la empresa con sus relaciones causa-efecto, formalizando relaciones estratégicas clave existentes hasta ese momento sólo en la cabeza de los directivos. La metodología de dicho sistema parte de definir unos 20 ó 25 Factores Críticos de Éxito (FCE) clasificados en cuatro perspectivas:



Fuente: elaboración propia

Se determinan entonces indicadores críticos para monitorear cada FCE y las relaciones causa-efecto entre los mismos para entender el modelo de negocio.

Las perspectivas están encadenadas, trabajando en aprendizaje impactará en los procesos internos, con esto en los del cliente y mejorando los FCE del cliente, mejorarán los resultados a largo plazo.

El CMI, debe tener múltiples usuarios y tipos de información integrada, desde la estratégica pasando por la directiva y llegando a la operativa más relevante, siempre dentro del marco de lo que es información para dirigir y no para operar. Por lo tanto, no debería incluir información para operar, para ésta serán más útiles los sistemas transaccionales y sus reportes o sistemas desarrollados especialmente para ella.

Como se ha mencionado en un Cuadro de Mando Integral, se integran la perspectiva financiera con indicadores de otras áreas claves de gestión, siendo éstas la financiera, de cliente, procesos internos y aprendizaje y crecimiento. Entonces, para construirlo hay que saber qué se espera de él desde la gestión, se debe conocer cuál es el peso de cada perspectiva para lograr un objetivo estratégico, Díaz (2006).

El CMI transforma la misión y estrategia en objetivos e indicadores organizados en perspectivas, permitiendo un equilibrio entre los objetivos a corto y largo plazo. Ahora bien, si no se debatió,

si no hubo consenso, si no se participó y se generó una visión compartida, no se podrá construir un CMI. Es de destacar que, en el ámbito de la gestión sanitaria, se ha manifestado la necesidad de adaptar el instrumento genérico a las realidades del sector y las realidades particulares de cada organización. El CMI es un instrumento suficientemente flexible que permite acomodar variaciones para ajustarse a cada realidad estratégica.

Las cuatro perspectivas

El CMI sigue teniendo indicadores financieros tradicionales que cuentan la historia de hechos y acontecimientos pasados, pero como ya se ha indicado, son inadecuados para guiar y evaluar a las empresas en la era de la información. Entonces, el CMI complementa los indicadores financieros de la actuación pasada con medidas de los inductores de actuación futura.

Los objetivos e indicadores del CMI se derivan de la visión y estrategia de la organización desde cuatro perspectivas: la financiera, la del cliente, la del proceso interno y la de formación y crecimiento, como se muestra en el siguiente gráfico:



Fuente: El CMI proporciona una estructura para transformar una estrategia en términos operativos. Robert S. Kaplan y David P. Norton, "Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System", Harvard Business Review (enero-febrero 1996).

El CMI debe ser utilizado como un sistema de comunicación, de información y de formación y no sólo como un sistema de control, Kaplan y Norton (1997).

1. La perspectiva financiera

Los objetivos financieros sirven de enfoque para los objetivos e indicadores de las otras perspectivas (aprendizaje, procesos y clientes), los indicadores de esta perspectiva son de resultado o de éxito, son el eslabón final de las relaciones causa-efecto que finaliza con una de la actuación financiera, Díaz (2013). Así entonces, se los define como una sucesión de acciones que se inician desde el aumento de las competencias, la modificación de los procesos para lograr la satisfacción de los clientes y así, lograr un resultado económico sostenible y sustentable.

El CMI retiene la perspectiva financiera, ya que los indicadores financieros ¹⁷ son valiosos para resumir las consecuencias económicas, fácilmente mensurables, de acciones que ya se han realizado, Kaplan y Norton (1997). Como señala Díaz (2013), un indicador financiero es una relación de valores provenientes de los estados financieros y otros informes de la empresa de salud para lograr un conocimiento del estado de la misma, como ser indicadores de liquidez, de endeudamiento, de la actividad, de rendimiento.

2. La perspectiva del cliente

En esta perspectiva ¹⁸ se deberán identificar los segmentos de clientes y de mercado en los que competirá la unidad de negocio, y las medidas de la actuación en esos segmentos seleccionados, Kaplan y Norton (1997). Esta perspectiva permite que las empresas centralicen estos indicadores clave sobre los clientes: satisfacción, fidelidad, retención, adquisición, rentabilidad. Para la construcción de estos indicadores clave se utilizan encuestas a los asociados, medición de cuota de mercado, alta de nuevos asociados, permanencia media de los mismos.

3. La perspectiva del proceso interno

Los enfoques tradicionales intentan vigilar y mejorar los procesos existentes, pero el enfoque del CMI apunta a identificar procesos ¹⁹ totalmente nuevos, en los que la organización deberá ser excelente para satisfacer los objetivos financieros y del cliente, Kaplan y Norton (1997). En la

¹⁷ Los objetivos financieros se relacionan con la rentabilidad, medida por los ingresos de explotación, los rendimientos del capital empleado, por el valor económico añadido; crecimiento en las ventas o la generación de cash flow. KAPLAN Robert S. - NORTON David P. (1997), El Cuadro de Mando Integral (The Balanced Scorecard), Edición Especial KPMG Latinoamérica, Gestión 2000.

¹⁸ Los indicadores más comunes incluyen la satisfacción del cliente, la retención de clientes, la adquisición de nuevos clientes, la rentabilidad del cliente y la cuota de mercado en los segmentos seleccionados. KAPLAN Robert S. - NORTON David P. (1997), El Cuadro de Mando Integral (The Balanced Scorecard), Edición Especial KPMG Latinoamérica, Gestión 2000.

¹⁹ Estas medidas se centran en los procesos internos que tendrán el mayor impacto en la satisfacción del cliente y en la consecución de los objetivos financieros de la organización. Son ejemplos de estas medidas la calidad, el tiempo de respuesta, el costo de nuevos productos. KAPLAN Robert S. - NORTON David P. (1997), El Cuadro de Mando Integral (The Balanced Scorecard), Edición Especial KPMG Latinoamérica, Gestión 2000.

actualidad es posible que todas las empresas de salud estén intentando mejorar la calidad, reducir los tiempos de los procesos, aumentar los rendimientos, aumentar los resultados y reducir los costos. Pero centrándose solamente en ellos, puede que no conduzca a una mejora competitiva; por que las empresas en general y en particular las empresas de salud, tienen que gestionar operaciones específicas como abastecimiento, producción, distribución y gestión del riesgo; hacer gestión de clientes (adquisición, retención y crecimiento); dedicarse a los procesos de innovación identificando oportunidades, diseñando y lanzando nuevos productos; y prestar servicio postventa, que abarca desde el servicio de atención como el de facturación y cobro.

4. La perspectiva de formación y crecimiento

La formación o aprendizaje ²⁰ y el crecimiento, identifican la infraestructura que la empresa debe construir para crear una mejora y crecimiento a largo plazo.

Las perspectivas del cliente y del proceso interno identifican los factores más críticos para el éxito actual y futuro, entonces es poco probable que se alcancen los objetivos con las tecnologías y capacidades actuales.

Así entonces, esta perspectiva de la infraestructura de crecimiento permite alcanzar las otras perspectivas, son los inductores necesarios para la modificación de los procesos, para que los clientes se encuentren satisfechos, los clientes internos adhieran a las normas y para lograr los resultados económicos, Díaz (2013). La formación y el crecimiento de una organización proceden de tres fuentes principales: las personas, los sistemas y los procedimientos de la organización. Estas deberán invertir en la recalificación de empleados, potenciar los sistemas y tecnologías de la información y coordinar los procedimientos de las rutinas de la organización, Kaplan y Norton (1997).

Planificación Estratégica

En un estudio reciente ²¹, se identifican cuatro hábitos que distinguen a las organizaciones sanitarias más exitosas y que obtienen mejores resultados: a) la planificación de objetivos y sus

²⁰ Es una forma de invertir hacia el futuro, no sólo en las áreas tradicionales de inversión como los nuevos equipos, la tecnología, hotelería, ambulancias, nuevos medicamentos, nuevos dispositivos. Sin embargo, es poco probable que por sí mismas sean suficientes. Los cambios más espectaculares ocurren en el papel de los trabajadores de las organizaciones de salud, en los médicos, la jerarquización de la enfermería y el personal de apoyo. Los trabajadores no solo contribuyen a trabajar sino en pensar, fundamentalmente cómo encantar al beneficiario, cómo anticiparse a su demanda. DIAZ, Carlos A. - Cuadro de Mando Integral. Empresas de Salud (2013).

²¹ BISBE J., BARRUBES J. El Cuadro de Mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias. Revista Española de Cardiología, Vol 65. Nº 10. Octubre 2012.

medios para alcanzarlos; b) el diseño de la organización, sus políticas y las infraestructuras físicas y tecnológicas; c) la medición y el seguimiento de resultados, y d) la revisión continua de las prácticas clínicas respecto a la evidencia científica disponible.

Si en la práctica, en la gestión diaria, domina la carencia de métodos y prevalece la improvisación matizada con planificación tradicional determinística, parcial y tecnocrática, se debilita o se extingue la presión por información capaz de llamar la atención sobre las deficiencias y dar respuesta a las interrogantes sobre las situaciones adversas que estén sucediendo en las empresas. De esta manera las fallas son inevitables y muy costosas, es por ello que el monitoreo es necesario en las prácticas diarias de conducción.

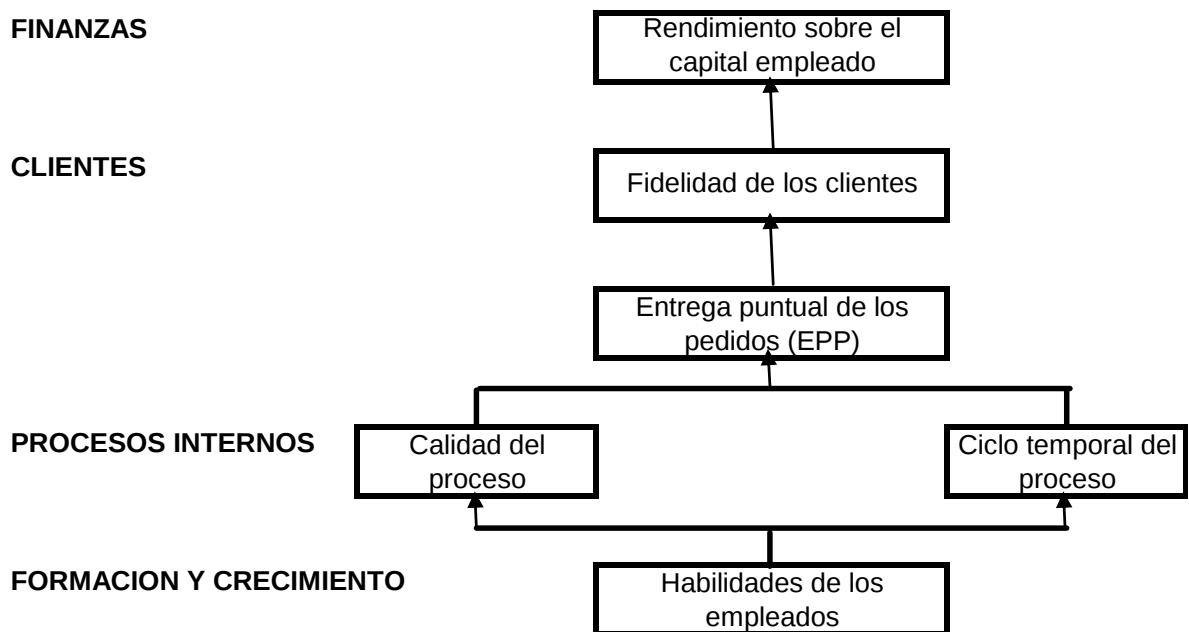
No es fácil lograr una adecuada calidad a la gestión gerencial ya que ella es compleja de evaluar, requiere como condición previa de métodos potentes en la planificación. Es indispensable disponer de una guía permanente de evaluación de la gestión, para poder fundamentar con algún rigor los calificativos: "vamos bien" o "vamos mal", sin la cual es imposible corregir. De otro modo, la alta dirección carece de las señales válidas para orientar su acción, y cumpliría su función a ciegas, sin apoyo de información.

El dirigente elige su plan, pero no puede elegir las circunstancias favorables o desfavorables del contexto y dentro del cual debe realizarlo. De la misma manera, sus resultados también dependen del escenario en que los planes deben ser ejecutados.

La estrategia es la forma en que se unen, ordenan, organizan y activan las fuerzas productivas del conocimiento, en la ejecución del presente para llegar al futuro deseado, con objetivos del mediano y largo plazo, los cuales conducen a acciones para cumplir con la misión institucional a través de la visión compartida, Diaz (2006). También señala que la planificación estratégica consiste en realizar un análisis determinando las amenazas, las oportunidades del entorno, originando un análisis competitivo, lo cual permite formular un diagnóstico, y éste debe desembocar en una serie de propuestas estratégicas como objetivos, los objetivos en metas, las metas en una secuencia de tiempo, se asignan responsables y se determina cómo se efectuarán las acciones. Jimenez Jimenez (2000), indica que la planificación relaciona el futuro de las decisiones actuales para conseguir los objetivos de la empresa; en la planificación se definen los objetivos que deben alcanzar las empresas y las vías o caminos para cumplirlos, incluyendo la mejor manera de utilizar los recursos que se precisen.

Las relaciones causa-efecto

Una estrategia es un conjunto de hipótesis sobre la causa y el efecto, Kaplan y Norton (1997). Las relaciones causa-efecto son procesos que se presentan como vectores que van desde las competencias hasta lo económico, pero no en forma unidireccional, sino retroalimentándose a lo largo del camino. La cadena causa-efecto debe atravesar las cuatro perspectivas de un CMI, como se muestra en el siguiente gráfico:



Fuente: KAPLAN Robert S. - NORTON David P. (1997) - El Cuadro de Mando Integral (The Balanced Scorecard).

Cada una de las medidas seleccionadas para un CMI debe ser un elemento de la cadena de relaciones de causa-efecto, que comunique el significado de la estrategia de la unidad de negocio a la organización.

Los inductores de actuación

Díaz (2013) define a los inductores de actuación, como aquellos indicadores específicos para una unidad de negocio en particular, para la producción día a día, para las operaciones; son los que permiten llegar al objetivo deseado.

Indicadores Clave o de éxito

Los factores claves de éxito, son aquellas capacidades controladas por la empresa en las que se debe destacar, para que los objetivos estratégicos sean sostenibles a largo plazo, Díaz (2013). Estos son la calidad, la excelencia, la eficiencia, el humanismo en la atención, la tecnología innovadora y costo efectiva, el servicio personalizado, la formación de recursos humanos para dirigir. Los indicadores de éxito para que sean consistentes son los que deben surgir del análisis estratégico que efectúe la dirección de la organización, de cómo se establece que una meta estratégica será lograda.

Un buen CMI debe tener una mezcla de medidas de resultados y de inductores de la actuación, Kaplan y Norton (1997). Las medidas de resultados sin los inductores de la actuación, no comunican la forma en que hay que conseguir los resultados, ni proporcionan una indicación puntual de si la estrategia se lleva a cabo con éxito o no.

3.2. Hipótesis

El CMI es la herramienta adecuada en su perspectiva de Procesos Internos de Prestaciones Médicas de Salud para monitorear la actividad prestacional en este tipo de organización Mutua, generando un Sistema de Información Gerencial que permite articular la división entre la gestión clínico-médica y económica-financiera.

4. Metodología

Este trabajo consta de tres partes fundamentales para el logro de los objetivos de investigación: (i) Una recopilación y análisis de bibliografía y artículos de investigadores acerca de la aplicación de sistemas de información de gestión como el CMI en organizaciones sanitarias, sus características generales y diferenciales, sus bondades y debilidades. (ii) La construcción del CMI (y sus indicadores) en la perspectiva de procesos internos de la gestión prestacional de la Mutua en base a un trabajo en conjunto con el Sector de Control de Gestión de la entidad. (iii) El análisis cuantitativo de los indicadores que conforman el CMI a partir de fuentes propias de la

Mutual entre los años 2013 y 2016 para el Área de Prestaciones de Salud, mostrando los posibles desvíos respecto a los objetivos de la organización.

4.1. Tipo de Estudio

El diseño del estudio es descriptivo y cuantitativo.

Se efectuó un análisis de los resultados de los indicadores que monitorean la actividad prestacional de la Mutual de estudio, revisando las mejoras en la gestión clínica con impacto en la gestión económico-financiera y viceversa.

4.2. Indicadores

En función de las necesidades recolectadas de los dirigentes de la Mutual, y en un trabajo en conjunto con el Sector de Control de Gestión de la entidad, articulando la información recolectada de las fuentes primarias y secundarias, se construyen los indicadores que muestran el resultado de la actividad prestacional en los períodos señalados, se definen parámetros y estándares para comparar con los resultados obtenidos de los indicadores y generar alarmas con el objetivo de corregir los desvíos en caso de que se presenten, como así también gráficos que evidencien tendencias y trayectorias en el tiempo.

Siguiendo las recomendaciones de BALLVE, A. (2000), se construye en un trabajo en conjunto con el Sector de Control de Gestión y con los responsables de monitoreo, la siguiente plantilla de datos para cada indicador que conformará el CMI en su perspectiva de Procesos de Prestación Médica para el Área Prestacional de la Mutual:

1. **Nombre.**
2. **Estrategia**, a la cual está relacionado.
3. **Definición.**
4. **Fórmula de cálculo.**
5. **Qué mide:** descripción de los alcances y objetivos de su definición.
6. **Unidad de medida:** si es número entero (valor absoluto) o un porcentaje (valor relativo).

7. **Período:** Mes Actual, últimos 12 meses, Mes Actual Año Anterior, últimos 13-24 meses. En este trabajo corresponde:
- Mes actual: Junio 2016
 - Últimos 12 Meses: Julio 2015 a Junio 2016
 - Mes actual Año Anterior: Junio 2015
 - Últimos 13-24 meses: Julio 2014 a Junio 2015
8. **Frecuencia de actualización:** mensual o anual según corresponda.
9. **Apertura:** general o sin segmentación de la información y/o con segmentación por zonas y/o coberturas.
10. **Referencia:** valor objetivo o de referencia o estándar para usar en las comparaciones y deducir desvíos o situaciones críticas, no deseadas.
11. **Alarma (o Semáforo):** para el período “Últimos 12 meses” se utilizarán las siguientes señales para indicar a cada rango de valores del indicador en particular su estado actual:
- VERDE: Estado optimo. Señal de Cumplimiento.
 - AMARILLO: Estado Aceptable. Señal de cumplimiento, pero se deben tener especial atención en su seguimiento ya que se encuentra próximo a desvíos o estar en estado óptimo.
 - ROJO: Estado de Alarma o Estado Crítico. Señal de que se tienen que revisar el proceso y aplicar acciones correctivas de inmediato.
12. **Responsable de monitoreo:** Responsable del Sector de la organización “dueño” del proceso de referencia, generador del indicador en particular.
13. **Fuente:** Fuente de datos primaria de la Mutual asociada al proceso de referencia, generador del indicador en particular.
14. **Gráfico:** se indica si para este indicador se muestra algún grafico de evolución de tendencia, los resultados posibles son:
- Ninguno, no se mostrarán gráficos de apoyo.
 - de líneas, evolución de esta medida en los últimos 3 periodos de 12 meses, a saber: en los últimos 12 meses, últimos 13-24 meses, últimos 25-36 meses (Período Junio 2013 a Junio 2014).

4.3. Universo/Muestra.

Los datos cuantitativos de los diferentes indicadores que forman el CMI construido para esta investigación surgen de las bases de datos de la Mutual en el período Julio 2013 a Junio 2016. Los períodos para comparar comportamientos y trayectorias que rigen en la Mutual son de 12 meses y abarcan desde Julio de un año hasta Junio del año siguiente.

4.4. Fuentes de Información.

En esta investigación se han utilizado fuentes de información primarias para la elaboración y análisis del CMI de la gestión prestacional de la Mutual. Las fuentes primarias las constituyeron, por un lado, los dirigentes de la Mutual de estudio, a los que se les han aplicado entrevistas no estructuradas con el objetivo de relevar sus necesidades de información crítica para la gestión cotidiana de la organización, y por el otro, las bases de datos ²² de la Mutual entre los años 2013 y 2016 para el análisis de los indicadores construidos y sus estándares.

5. DESARROLLO

Como se ha mencionado ya, para sobrevivir y prosperar en la competencia de la era de la información, las organizaciones deben utilizar sistemas de información y de gestión, derivados de sus estrategias y capacidades. Las prestadoras de servicios, entre ellas las prepagas, mutuales y hospitales, han existido durante décadas en un entorno confortable y no competitivo, pero en las últimas décadas se ha presenciado en todo el mundo la aparición de grandes iniciativas desreguladoras y de privatización a medida que la tecnología de la información fue destruyendo las empresas de la era industrial. Las Mutuales como prestadoras de servicios de salud están afectadas por sectores de rápida innovación tecnológica, entonces deben anticiparse a las necesidades futuras de los clientes (asociados), debiendo adaptarse rápidamente a ofrecer esas prestaciones radicalmente nuevas. También es importante considerar la segmentación de

²² Es importante mencionar que la Mutual ha dado su consentimiento para efectuar este análisis, pero no se mencionarán datos confidenciales, como algunos resultados de indicadores específicos, alcances de planes de coberturas y zonas específicas.

los asociados a los cuales la entidad considera en su estrategia ofreciéndoles los servicios hechos a medida de la demanda de los mismos sin tener que pagar los costos que tienen las operaciones altamente diversificadas y de bajo volumen.

La necesidad de la Mutual es contar con un sistema de información que le permita detectar oportunidades de mejoras en costos, calidad y tiempos de respuesta para cumplir con la estrategia trazada. Analizado ya que el CMI permite vigilar y ajustar la puesta en marcha de las estrategias y si es necesario, hacer cambios fundamentales en la misma, así la gestión pasa de revisar el pasado a aprender sobre el futuro, los dirigentes discuten no sólo cómo se consiguieron los resultados pasados sino además si sus expectativas para el futuro siguen yendo por buen camino. Esta es la visión que comparte la Mutual de estudio para su gestión, y es por ello que apuesta a que la opción de esta herramienta es la adecuada para lograr sus objetivos.

Desde hace 10 años la Mutual cuenta con Tableros de Control Operativos para lograr el seguimiento diario y mensual de los movimientos de asociados (Área de Promoción) y consumos de prestaciones de salud de los mismos (Área de Prestaciones de Salud), es decir solo algunos procesos de la organización como iniciativas individuales de gerencias de área, además de los reportes presupuestarios, económicos-financieros tradicionales. Y desde hace 2 años ambas gerencias han tomado la decisión de incorporar los objetivos estratégicos, es decir vincular los objetivos específicos del área a la estrategia general, contando con el apoyo absoluto de la alta dirección.

El CMI como instrumento útil de control de la gestión, que permite ayudar a la implantación efectiva de la estrategia organizacional, es una herramienta lo suficientemente flexible como para “acomodarse” y “ajustarse” a cada realidad en particular.

En la mayoría de los casos se usan las cuatro perspectivas clásicas del CMI, ya descritas, pero esta herramienta es lo suficientemente adaptable como para permitir que cada organización las adecue a su propio contexto. Como así también, la ordenación habitual es de abajo hacia arriba, es decir de aprendizaje y crecimiento a procesos internos, de allí a clientes y finalmente, a resultados financieros, lo que indica que la cadena causa-efecto va en ese sentido. Sin embargo, en las organizaciones sanitarias sin fines de lucro como las Mutuales, se evidencia una razonable resistencia a situar la perspectiva financiera en la cúspide del mapa estratégico; es por eso mapa estratégico que se propone en este trabajo, se sitúa la perspectiva clientes y la perspectiva financiera al mismo nivel en la cúspide del mapa estratégico, en el mismo plan de importancia.

Por otro lado, si bien se considera comenzar por desarrollar este sistema de información gerencial para el nivel de la alta dirección ya que los mapas estratégicos y los CMI se trasladan desde la alta dirección hacia los mapas estratégicos y los CMI de los niveles que reportan a la alta dirección, de manera tal que se garantice la alineación entre todos los mapas y entre todos los CMI, pero si en los niveles superiores se carece de una estrategia explícitamente formulada y sí se existiera en un nivel inferior, es posible iniciar la construcción de un CMI en ese nivel inferior; o, si el nivel superior dispone de una estrategia explícitamente formulada pero no hay decisión inicial de implementar un CMI. En este contexto, y en la medida en que la estrategia del nivel inferior esté alineada con la del nivel superior, también es razonable comenzar con el CMI en el nivel inferior.

Entonces, aprovechando la experiencia positiva de 2 áreas de la Mutual de gerenciamiento con tableros de control y su decisión de incorporar la visión compartida de la estrategia de la organización, acompañados por la alta dirección, se decide comenzar con el diseño de un CMI para el Área de Prestaciones de Salud. En particular, en la perspectiva de procesos internos donde se identifican los procesos más críticos para conseguir los objetivos de los directivos de la organización y de los clientes, que como ya se mencionó, en la Mutual son en ambos casos asociados. En los procesos se centra la excelencia de las operaciones, es decir, se necesita determinar en cuáles de ellos se debe ser excelente para lograr la satisfacción del cliente y conseguir altos niveles de rendimiento.

5.1. Análisis de la Misión, Visión y Valores de la organización

En Anexo II, se deja registrada la misión, visión y valores de la Mutual.

5.2. Objetivos estratégicos

En Anexo II, se plantea la estrategia de la organización y los objetivos específicos del Área de Prestaciones de Salud.

5.3. Perspectivas. Mapa Estratégico y relaciones causa-efecto.

Habiéndose consensuado en el equipo de la alta dirección, comenzar con un CMI para el Área de Prestaciones de Salud, quien administra y ejerce la función fundamental del producto que ofrece la Mutual, que es brindar la cobertura médico asistencial a los asociados de la misma, a través del uso racional de los aportes que ellos efectúan, se definió que este proyecto sea liderado por el Sector de Planeamiento y Control de Gestión.

En la Mutual la estrategia está definida, articulada y aceptada en la organización, y como ya se mencionó en párrafos anteriores el CMI no es una herramienta para la formulación de la estrategia, sino que con la construcción del mismo se intentará traducir la estrategia en indicadores de gestión. Y permitirá hacer explícitas las hipótesis de causa-efecto de la estrategia, y así los directivos podrán comprobar si la misma sigue en el curso adecuado y adaptarla a medida que van aprendiendo más sobre la implementación y eficacia de sus decisiones.

Considerando las siguientes perspectivas a un mismo nivel de importancia, en la cúspide: la **Financiera**, los indicadores financieros son valiosos como a se ha mencionado, para resumir las consecuencias económicas, en este CMI está relacionada a la reducción de los costos prestacionales. Más la de **Clientes** (en este trabajo **Asociados y Prestadores**), los indicadores medirán los efectos de las acciones sobre la satisfacción de los asociados y el óptimo relacionamiento con la Red de Prestadores.

En la perspectiva de **Procesos Internos**, se definirán los indicadores de mayor impacto en la satisfacción del cliente y en la concreción de los objetivos financieros. En este trabajo estarán centrados en los procesos que permitan controlar los consumos y costos de las prestaciones y eficientizar el relacionamiento con la red de prestadores: es decir, analizar la conducta de uso de los asociados y la conducta prescriptiva de los prestadores contratados para prestar los servicios médico-asistenciales convenidos con los asociados, como así también una revisión de los procesos operativos actuales que son el soporte básico para lograr los objetivos descriptos anteriormente.

Y en la base de la pirámide las perspectivas la de **Formación y crecimiento**, en la cual se plantean los objetivos acerca de la infraestructura que necesita la organización desde el punto de vista de los recursos humanos y la tecnología para incrementar sus capacidades y dar soporte a las otras perspectivas, cómo lograr la eficiencia de los empleados como así también de los sistemas de información.

En el cuadro del Anexo III se muestra el Mapa Estratégico y el detalle de las relaciones causa-efecto de cada objetivo que atraviesa cada una de las cuatro perspectivas. Cada uno de los indicadores del CMI responderá a un objetivo o eslabón de la cadena de relaciones de causa-efecto, que comunique la estrategia del Área de Prestaciones de Salud de la organización. De esta manera, a través de los indicadores impulsores de productividad del personal de la organización y de la eficiencia de los sistemas de información, lograr los objetivos estratégicos principales del área que es optimizar la atención médico asistencial y el relacionamiento con los prestadores contratados. Y con esta actuación de los mismos, generar el resultado buscado por la organización, que es reducir los gastos médicos y operativos, maximizar el resultado económico de los aportes de los asociados de la Mutual y lograr la satisfacción del asociado.

5.4. Indicadores de la perspectiva Procesos Internos

Considerando nuevamente que en la misión de la Mutual se establece *“proporcionar los mejores servicios... a los productores... sus familias y a quienes se adhieran voluntariamente a este sistema mutual...”*; y que otro de los valores destacados de la misma es poner *“énfasis en el cuidado del patrimonio social con una gestión eficiente y eficaz...”*, es que se hace necesaria la medición de la performance de los procesos en los que deberá ser excelente para satisfacer los objetivos financieros y del asociado. Entonces en esta perspectiva se calcularán indicadores que serán impulsores para la obtención de los resultados deseados, incluyendo indicadores de producción, utilización y calidad.

En Anexo IV, se muestra un resumen de los objetivos de esta perspectiva, los indicadores, su definición y metas, y también los planes de acción asociados a cada uno de ellos. A continuación, se muestra detalle de los objetivos de esta perspectiva y la descripción individual de los indicadores correspondientes:

OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR
I1 Verificar evolución de Facturación	Facturación anual Prestadores Ambulatorio
I2 Verificar comportamiento de uso prestacional	Tasa Uso de Consultas en Ambulatorio Tasa Uso de Prácticas Médicas en Ambulatorio Tasa Uso de Prácticas Bioquímicas en Ambulatorio Tasa Uso de Recetarios Medicam. en Ambulatorio Tasa Egreso x 100 Asociados Días Autorizados por Internación Consumo Casos Severos
I3 Verificar conducta prescriptiva	Prácticas Médicas en Ambulatorio por Consulta Prácticas Bioquímicas en Ambulatorio por Consulta Recetarios Medicam. en Ambulatorio por Consulta Débitos sobre la Liquidación de Prestadores
I4 Verificar política de autorizac.	Autorizaciones Rechazadas
I5 Optimizar política de negociación con prestadores	Facturas procesadas con Errores de Val.Aranceles Contratos cargados-actualizados
I6 Optimizar estructura operativa	Auditorías en terreno (internaciones) Facturas Procesadas NO Vencidas Días Vencidos Pago a Prestadores

Fuente: Elaboración Propia.

INDICADOR: Facturación Anual Prestadores Ambulatorio

- **Estrategia:** verificar evolución anual de Facturación de Prestadores.
- **Definición:** variación de la facturación anual de prestadores entre 2 años subsiguientes.
- **Fórmula de cálculo:** Total Facturación Prestadores Ambulatorio de los últimos 12 meses dividido Total Facturación Prestadores Ambulatorio de los 12 meses anteriores.
- **Qué mide:** Este indicador nos permitirá conocer si el volumen de la facturación de los prestadores con convenio sigue el comportamiento de precios convenidos o si se verifica algún desvío en particular. Es un indicador fundamental para el control de costos de las prestaciones, ya que el volumen de la facturación se deriva de precios y volumen de la cantidad de prácticas y un desvío en el mismo se detectará por precios no acordes a la inflación en salud, mayor volumen de pacientes al esperado y más prácticas por paciente; generadas por inadecuadas negociaciones de aranceles, sobrefacturación y un comportamiento inusual de la cartera de asociados del stock o de los ingresos.

- **Unidad de medida:** porcentaje (valor relativo).
- **Período:** últimos 12 meses y últimos 13-24 meses.
- **Frecuencia de actualización:** mensual.
- **Apertura:** se desagregará en sus componentes: variación de aranceles, variación de cantidad de pacientes y variación del índice de repetición de prácticas por paciente; a su vez se segmentará por plan de cobertura y prestador.
- **Referencia:** a definir.
- **Alarma (Semáforo):** a definir
- **Responsable de monitoreo:** Auditoría Médica.
- **Fuente:** Sistema de Prestaciones.
- **Gráfico:** ninguno.

INDICADOR: Tasa de Uso de Consultas en Ambulatorio

- **Estrategia:** verificar comportamiento del uso prestacional.
- **Definición:** cantidad de consultas en ambulatorio por asociado.
- **Fórmula de cálculo:** Total Consultas en Ambulatorio dividido Total de Asociados con cobertura, para período mensual y de los últimos 12 meses.
- **Qué mide:** Este indicador es básico para conocer el consumo y el gasto prestacional, ya que a partir de ella comenzarían las derivaciones hacia otras especialidades, es decir indica el comportamiento de los asociados para demandar cobertura.

Es un indicador de accesibilidad a los distintos servicios, es por ello que se podría calcular este indicador por los distintos tipos de consulta: consultas a médicos de cabecera, consultas a especialistas, consultas de urgencia; aunque la obtención de los mismos depende de la estructura de la base de datos que tiene la organización.

- **Unidad de medida:** número real (valor absoluto).
- **Período:** Mes Actual, últimos 12 meses, Mes Actual Año Anterior, últimos 13-24 meses.
- **Frecuencia de actualización:** mensual.
- **Apertura:** general y desagregado por plan de cobertura y zona.
- **Referencia:** 7 consultas por año.
- **Alarma (Semáforo):** Valores últimos 12 meses que representen:

RANGO DE VALORES	COLOR	SIGNIFICADO
Menor a 7	VERDE	Optimo. Señal de Cumplimiento.
Entre 7 y 8	AMARILLO	Aceptable. Señal de cumplimiento pero que se deben hacer seguimiento.
Mayor a 8	ROJO	Alarma/Crítico. Señal de que se debe revisar y aplicar acciones inmediatas.

- **Responsable de monitoreo:** Auditoría Médica.
- **Fuente:** Sistema de Prestaciones.
- **Gráfico:** de líneas, evolución de esta medida en los últimos 12 meses, últimos 13-24 meses, últimos 25-36 meses.

INDICADOR: Tasa de Uso de Prácticas Médicas en Ambulatorio

- **Estrategia:** verificar comportamiento del uso prestacional.
- **Definición:** cantidad de Prácticas Médicas (excluidas las consultas) en ambulatorio por asoci.
- **Fórmula de cálculo:** Total Prácticas Médicas en Ambulatorio dividido Total de Asociados con cobertura, para período mensual y de los últimos 12 meses.
- **Qué mide:** Este indicador es para conocer el consumo y el gasto prestacional, a partir de la especialidad del prestador actuante. Estas prácticas no sólo se originan por los requerimientos de los asociados, sino que además están parcialmente condicionadas, por la conducta prescriptiva de los profesionales y por la accesibilidad de los beneficiarios de la consulta.
- **Unidad de medida:** número real (valor absoluto).
- **Período:** Mes Actual, últimos 12 meses, Mes Actual Año Anterior, últimos 13-24 meses.
- **Frecuencia de actualización:** mensual.
- **Apertura:** general y desagregado por plan de cobertura y zona.
- **Referencia:** 5 prácticas médicas por año.
- **Alarma (Semáforo):** Valores últimos 12 meses que representen:

RANGO DE VALORES	COLOR	SIGNIFICADO
Menor a 5	VERDE	Optimo. Señal de Cumplimiento.
Entre 5 y 6	AMARILLO	Aceptable. Señal de cumplimiento pero que se deben hacer seguimiento.
Mayor a 6	ROJO	Alarma/Crítico. Señal de que se debe revisar y aplicar acciones inmediatas.

- **Responsable de monitoreo:** Auditoría Médica.
- **Fuente:** Sistema de Prestaciones.

- **Gráfico:** de líneas, evolución de esta medida en los últimos 12 meses, últimos 13-24 meses, últimos 25-36 meses.

INDICADOR: Tasa de Uso de Prácticas Bioquímicas en Ambulatorio

- **Estrategia:** verificar comportamiento del uso prestacional.
- **Definición:** cantidad de Prácticas Bioquímicas en ambulatorio por asociado.
- **Fórmula de cálculo:** Total Prácticas Bioquímicas en Ambulatorio dividido Total de Asociados con cobertura, para período mensual y de los últimos 12 meses.
- **Qué mide:** Este indicador es para conocer el consumo y el gasto prestacional, a partir de la especialidad del prestador actuante. Estas prácticas no sólo se originan por los requerimientos de los asociados, sino que además están parcialmente condicionadas, por la conducta prescriptiva de los profesionales y por la accesibilidad de los beneficiarios de la consulta.
- **Unidad de medida:** número real (valor absoluto).
- **Período:** Mes Actual, últimos 12 meses, Mes Actual Año Anterior, últimos 13-24 meses.
- **Frecuencia de actualización:** mensual.
- **Apertura:** general y desagregado por plan de cobertura y zona.
- **Referencia:** 10 prácticas bioquímicas por año.
- **Alarma (Semáforo):** Valores últimos 12 meses que representen:

RANGO DE VALORES	COLOR	SIGNIFICADO
Menor a 10	VERDE	Optimo. Señal de Cumplimiento.
Entre 10 y 12	AMARILLO	Aceptable. Señal de cumplimiento pero que se deben hacer seguimiento.
Mayor 12	ROJO	Alarma/Crítico. Señal de que se debe revisar y aplicar acciones inmediatas.

- **Responsable de monitoreo:** Auditoría Médica.
- **Fuente:** Sistema de Prestaciones.
- **Gráfico:** de líneas, evolución de esta medida en los últimos 12 meses, últimos 13-24 meses, últimos 25-36 meses.

INDICADOR: Tasa de Uso de Recetarios de Medicamentos en Ambulatorio

- **Estrategia:** verificar comportamiento del uso prestacional.
- **Definición:** cantidad de recetarios en ambulatorio por asociado.

- **Fórmula de cálculo:** Total Recetarios en Ambulatorio dividido Total de Asociados con cobertura, para período mensual y de los últimos 12 meses.
- **Qué mide:** Este indicador es para conocer el consumo y el gasto prestacional, a partir de la especialidad del prestador actuante. Estas prácticas no sólo se originan por los requerimientos de los asociados, sino que además están parcialmente condicionadas, por la conducta prescriptiva de los profesionales y por la accesibilidad de los beneficiarios de la consulta.
- **Unidad de medida:** número real (valor absoluto).
- **Período:** Mes Actual, últimos 12 meses, Mes Actual Año Anterior, últimos 13-24 meses.
- **Frecuencia de actualización:** mensual.
- **Apertura:** general y desagregado por plan de cobertura y zona.
- **Referencia:** 5 recetarios de medicamentos por año.
- **Alarma (Semáforo):** Valores últimos 12 meses que representen:

RANGO DE VALORES	COLOR	SIGNIFICADO
Menor a 5	VERDE	Optimo. Señal de Cumplimiento.
Entre 5 y 7	AMARILLO	Aceptable. Señal de cumplimiento pero que se deben hacer seguimiento.
Mayor 7	ROJO	Alarma/Crítico. Señal de que se debe revisar y aplicar acciones inmediatas.

- **Responsable de monitoreo:** Auditoría Médica.
- **Fuente:** Sistema de Prestaciones.
- **Gráfico:** de líneas, evolución de esta medida en los últimos 12 meses, últimos 13-24 meses, últimos 25-36 meses.

INDICADOR: Tasa de Egreso por 100 Asociados

- **Estrategia:** verificar comportamiento del uso prestacional.
- **Definición:** cantidad de internaciones con alta por cada 100 asociados.
- **Fórmula de cálculo:** Total de Internaciones con alta dividido Total de Asociados x 100, de todos los asociados con cobertura.
- **Qué mide:** Es otro de los indicadores básicos de consumos, pero a diferencia de las consultas, los egresos tienen baja concentración por asociado en el año. Esta tasa puede ser desagregada por región, edad, sexo y, también, por tipo de patología y por tipo de internación (clínica, quirúrgica, cesáreas, domiciliarias, etc.).
- **Unidad de medida:** número real (valor absoluto).

- **Período:** Mes Actual, últimos 12 meses, Mes Actual Año Anterior, últimos 13-24 meses.
- **Frecuencia de actualización:** mensual.
- **Apertura:** general y desagregado por plan de cobertura, tipo de internación y zona.
- **Referencia:** 11 x 100 asociados.
- **Alarma (Semáforo):** Valores últimos 12 meses que representen:

RANGO DE VALORES	COLOR	SIGNIFICADO
Menor a 11	VERDE	Optimo. Señal de Cumplimiento.
Entre 11 y 15	AMARILLO	Aceptable. Señal de cumplimiento pero que se deben hacer seguimiento.
Mayor a 15	ROJO	Alarma/Crítico. Señal de que se debe revisar y aplicar acciones inmediatas.

- **Responsable de monitoreo:** Auditoría Médica.
- **Fuente:** Sistema de Prestaciones.
- **Gráfico:** de líneas, evolución de esta medida en los últimos 12 meses, últimos 13-24 meses, últimos 25-36 meses.

INDICADOR: Días autorizados por internación

- **Estrategia:** verificar comportamiento del uso prestacional.
- **Definición:** cantidad de días promedio que dura una internación.
- **Fórmula de cálculo:** Total Días Autorizados dividido Total de Internaciones con alta, de todos los asociados con cobertura.
- **Qué mide:** la duración promedio de cada internación autorizada, acompaña siempre a la tasa de egreso antes desarrollada. La cual varía mucho según el tipo de internación, por ejemplo, si es clínica o quirúrgica o partos o cesáreas o domiciliarias.
- **Unidad de medida:** número real (valor absoluto).
- **Período:** Mes Actual, últimos 12 meses, Mes Actual Año Anterior, últimos 13-24 meses.
- **Frecuencia de actualización:** mensual.
- **Apertura:** general y desagregado por plan de cobertura, tipo de internación y zona.
- **Referencia:** 2,7 días por internación.
- **Alarma (Semáforo):** Valores últimos 12 meses que representen:

RANGO DE VALORES	COLOR	SIGNIFICADO
Menor a 2,7	VERDE	Optimo. Señal de Cumplimiento.
Entre 2,7 y 3	AMARILLO	Aceptable. Señal de cumplimiento pero que se deben hacer seguimiento.

Mayor a 3	ROJO	Alarma/Crítico. Señal de que se debe revisar y aplicar acciones inmediatas.
-----------	------	---

- **Responsable de monitoreo:** Auditoría Médica.
- **Fuente:** Sistema de Prestaciones.
- **Gráfico:** de líneas, evolución de esta medida en los últimos 12 meses, últimos 13-24 meses, últimos 25-36 meses.

INDICADOR: Consumos Casos Severos

- **Estrategia:** verificar comportamiento del uso prestacional.
- **Definición:** relación porcentual entre los consumos de los casos severos respecto al consumo del total de asociados.
Se considera un caso severo, a aquel asociado que en los últimos 12 meses de consumos pagados registrada como mínimo \$500.000. Para el caso del período de 12 meses acumulados anterior a los últimos 12 meses, se consideró un total de consumo mínimo de \$300.000.
- **Fórmula de cálculo:** $\frac{\text{Total Importe Consumos de Casos Severos}}{\text{Total Importe Consumos de todos los asociados con cobertura}} \times 100$.
- **Qué mide:** esta relación permite custodiar el costo de salud, mediante acciones diferenciales y específicas del área de auditoría médica de unos pocos asociados que representan un alto gasto médico. En función de la patología, se podrán aplicar criterios de seguimiento acordes a la misma que garanticen el buen cuidado del asociado como así también de los recursos de la organización.
- **Unidad de medida:** porcentaje (valor relativo).
- **Período:** Últimos 12 meses, últimos 13-24 meses.
- **Frecuencia de actualización:** mensual.
- **Apertura:** general y desagregado por zona.
- **Referencia:** 10% anual.
- **Alarma (Semáforo):** Valores últimos 12 meses que representen:

RANGO DE VALORES	COLOR	SIGNIFICADO
Menor a 10%	VERDE	Optimo. Señal de Cumplimiento.
Entre 10 y 15%	AMARILLO	Aceptable. Señal de cumplimiento pero que se deben hacer seguimiento.
Mayor a 15%	ROJO	Alarma/Crítico. Señal de que se debe revisar y aplicar acciones inmediatas.

- **Responsable de monitoreo:** Auditoría Médica.

- **Fuente:** Sistema de Prestaciones.

- **Gráfico:** ninguno.

INDICADOR: Prácticas Médicas en Ambulatorio por Consulta

- **Estrategia:** verificar conducta prescriptiva de los prestadores.

- **Definición:** cantidad de prácticas médicas (sin consultas médicas) prescriptas por consulta registrada.

- **Fórmula de cálculo:** Total Prácticas Médicas en Ambulatorio dividido Total Consultas en Ambulatorio, de todos los asociados con cobertura.

- **Qué mide:** cantidad de prácticas médicas prescriptas y realizadas por cada consulta registrada, considerando todas las prácticas médicas del nomenclador médico nacional (a excepción de las consultas), es decir se tienen en cuenta en el cálculo: radiografías, tomografías, ecografías, resonancia magnética nuclear, entre otras.

Si calculáramos los indicadores por profesional o por tipo de especialidad se podrían detectar desviaciones por errores prescriptivos. Así identificando desvíos en las conductas de los prestadores se deberían aplicar medidas correctivas, siempre en vigilancia con el control de costos de la Mutual.

- **Unidad de medida:** número real (valor absoluto).

- **Período:** Mes Actual, últimos 12 meses, Mes Actual Año Anterior, últimos 13-24 meses.

- **Frecuencia de actualización:** mensual.

- **Apertura:** general y desagregado por plan de cobertura y zona.

- **Referencia:** sin experiencia, a construir a partir de ahora el estándar para la Mutual.

- **Alarma (Semáforo):** a definir.

- **Responsable de monitoreo:** Auditoría Médica.

- **Fuente:** Sistema de Prestaciones.

- **Gráfico:** de líneas, evolución de esta medida en los últimos 12 meses, últimos 13-24 meses, últimos 25-36 meses.

INDICADOR: Prácticas Bioquímicas en Ambulatorio por Consulta

- **Estrategia:** verificar conducta prescriptiva de los prestadores.

- **Definición:** cantidad de prácticas bioquímicas prescriptas y realizadas por cada consulta registrada.
- **Fórmula de cálculo:** Total Determinaciones en Laboratorio en Ambulatorio dividido Total Consultas en Ambulatorio, de todos los asociados con cobertura.
- **Qué mide:** cantidad de determinaciones en laboratorio prescriptas y realizadas por cada consulta registrada, considerando todas las prácticas del nomenclador bioquímico único, nos permitiría identificar desvíos en las conductas de los prestadores para aplicar medidas correctivas, en vigilancia con el control de costos de la Mutual.
- **Unidad de medida:** número real (valor absoluto).
- **Período:** Mes Actual, últimos 12 meses, Mes Actual Año Anterior, últimos 13-24 meses.
- **Frecuencia de actualización:** mensual.
- **Apertura:** general y desagregado por plan de cobertura y zona.
- **Referencia:** sin experiencia, a construir a partir de ahora el estándar para la Mutual.
- **Alarma (Semáforo):** a definir.
- **Responsable de monitoreo:** Auditoría Médica.
- **Fuente:** Sistema de Prestaciones.
- **Gráfico:** de líneas, evolución de esta medida en los últimos 12 meses, últimos 13-24 meses, últimos 25-36 meses.

INDICADOR: Recetarios de Medicamentos en Ambulatorio por Consulta

- **Estrategia:** verificar conducta prescriptiva de los prestadores.
- **Definición:** cantidad de recetarios de medicamentos prescriptas y realizadas por cada consulta registrada.
- **Fórmula de cálculo:** Total recetarios de Medicamentos en Ambulatorio dividido Total Consultas en Ambulatorio, de todos los asociados con cobertura.
- **Qué mide:** la cantidad de recetarios prescriptos por cada consulta registrada, nos permitiría identificar desvíos en las conductas de los prestadores para aplicar medidas correctivas, en vigilancia con el control de costos de la Mutual.
- **Unidad de medida:** número real (valor absoluto).
- **Período:** Mes Actual, últimos 12 meses, Mes Actual Año Anterior, últimos 13-24 meses.
- **Frecuencia de actualización:** mensual.

- **Apertura:** general y desagregado por plan de cobertura y zona.
- **Referencia:** sin experiencia, a construir a partir de ahora el estándar para la Mutual.
- **Alarma (Semáforo):** a definir.
- **Responsable de monitoreo:** Auditoría Médica.
- **Fuente:** Sistema de Prestaciones.

Gráfico: de líneas, evolución de esta medida en los últimos 12 meses, últimos 13-24 meses, últimos 25-36 meses.

INDICADOR: Débitos sobre la Liquidación a Prestadores

- **Estrategia:** verificar conducta prescriptiva de los prestadores.
- **Definición:** relación entre los débitos aplicados y la facturación recepcionada de los prestadores con convenio con la Mutual.
- **Fórmula de cálculo:** Total Importe Débitos aplicados dividido por el Total Importe Facturación Recepcionada de los Prestadores con convenio x 100.
- **Qué mide:** esta relación entre los débitos y la facturación de los prestadores es muy importante poder seguir con cuidado, porque si bien hay una relación que se puede considerar como normal (débitos originados por errores, por presentaciones fuera de término o algún tipo de confusión administrativa), valores muy altos son sospechosos sobre la conducta del prestador (sobrefacturación).

En consecuencia, nos permitiría identificar desvíos en las conductas de los prestadores para aplicar medidas correctivas, en vigilancia con el control de costos de la Mutual.

- **Unidad de medida:** porcentaje (valor relativo).
- **Período:** Mes Actual, últimos 12 meses, Mes Actual Año Anterior, últimos 13-24 meses.
- **Frecuencia de actualización:** mensual.
- **Apertura:** general y desagregado por prestador.
- **Referencia:** 3,5% anual.
- **Alarma (Semáforo):** Valores últimos 12 meses que representen:

RANGO DE VALORES	COLOR	SIGNIFICADO
Menor a 3,5%	ROJO	Alarma/Crítico. Señal de que se debe revisar y aplicar acciones inmediatas.
Entre 3,5% y 4%	AMARILLO	Aceptable. Señal de cumplimiento pero que se debe estar atento a la conducta de este prestador.

Mayor a 4%	VERDE	Optimo. Señal de Cumplimiento.
------------	-------	--------------------------------

- **Responsable de monitoreo:** Auditoría Médica.
- **Fuente:** Sistema de Prestaciones.
- **Gráfico:** de líneas, evolución de esta medida en los últimos 12 meses, últimos 13-24 meses, últimos 25-36 meses.

INDICADOR: Autorizaciones Rechazadas

- **Estrategia:** verificar políticas de autorizaciones.
- **Definición:** cantidad de rechazos a los asociados efectuados por la auditoría médica de pedidos de autorización de prestaciones prescriptas por los prestadores.
- **Fórmula de cálculo:** Total Autorizaciones Rechazadas dividido Total Autorizaciones solicitadas x 100, de prestaciones en ambulatorio.
- **Qué mide:** esta relación entre las autorizaciones rechazadas y las solicitadas es otra medida muy importante poder seguir con cuidado, porque si bien hay una relación que se puede considerar como normal (ya sea por errores de los recursos humanos, por confusiones sobre el alcance de la cartilla según cada plan de coberturas), valores altos podrían indicar conductas administrativas adversas (faltan sellos, fechas de prescripción, letra ilegible), o conductas en los asociados de solicitar una prestación que no la cubre su plan de cobertura contratado, o que existen prestaciones "habituales" solicitadas por los prestadores y que en la actualidad la Mutual no la tenga incluida en su cartilla. En consecuencia, nos permitiría identificar desvíos en las conductas de los asociados/prestadores siempre en vigilancia de los costos de la Mutual.
- **Unidad de medida:** porcentaje (valor relativo).
- **Período:** Mes Actual, últimos 12 meses, Mes Actual Año Anterior, últimos 13-24 meses.
- **Frecuencia de actualización:** mensual.
- **Apertura:** general.
- **Referencia:** 5%.
- **Alarma (Semáforo):** Valores últimos 12 meses que representen:

RANGO DE VALORES	COLOR	SIGNIFICADO
Menor 4%	ROJO	Alarma/Crítico. Señal de que se debe revisar y aplicar acciones inmediatas.
Entre 4% y 5%	AMARILLO	Aceptable. Señal de cumplimiento pero que se debe estar atento a las conductas de los solicitantes y prestaciones solicitadas.

Mayor al 5%	VERDE	Optimo. Señal de Cumplimiento.
-------------	-------	--------------------------------

- **Responsable de monitoreo:** Auditoría Médica.
- **Fuente:** Sistema de Autorizaciones.
- **Gráfico:** de líneas, evolución de esta medida en los últimos 12 meses, últimos 13-24 meses, últimos 25-36 meses.

INDICADOR: Facturas Procesadas con Errores de Validación de Aranceles

- **Estrategia:** optimizar política de negociación con prestadores.
- **Definición:** Facturas de prestadores que al procesarse generan errores por la validación de los aranceles pactados en relación al total de Facturas procesadas en igual período.
- **Fórmula de cálculo:** Total de Facturas con Error de validación dividido por el Total de Facturas recepcionadas y procesadas x 100.
- **Qué mide:** la capacidad operativa de actualización de los contratos, lo cual incide directamente en la correcta valorización de los importes facturados por los prestadores, y consecuente pago de las mismas con o sin aplicación de débitos por errores de aranceles o alcance de la cobertura.
- **Unidad de medida:** porcentaje (valor relativo).
- **Período:** Mes Actual, últimos 12 meses, Mes Actual Año Anterior, últimos 13-24 meses.
- **Frecuencia de actualización:** mensual.
- **Apertura:** general.
- **Referencia:** 10%.
- **Alarma (Semáforo):** Valores últimos 12 meses que representen:

RANGO DE VALORES	COLOR	SIGNIFICADO
Mayor al 15%	ROJO	Alarma/Crítico. Señal de que se debe revisar y aplicar acciones inmediatas.
Entre 10% y 15%	AMARILLO	Aceptable. Señal de cumplimiento pero que se deben hacer seguimiento.
Menor al 10%	VERDE	Optimo. Señal de Cumplimiento.

- **Responsable de monitoreo:** Jefatura de Administración de Prestaciones.
- **Fuente:** Sistema de Prestaciones.
- **Gráfico:** ninguno.

INDICADOR: Contratos cargados-actualizados

- **Estrategia:** optimizar política de negociación con prestadores.
- **Definición:** Cantidad de contratos con prestadores que se dan de alta o se modifican en relación a los negociados en igual período.
- **Fórmula de cálculo:** Total de contratos actualizados o dados de alta dividido por la Cantidad de Contratos negociados o renegociados x 100, en igual periodo de tiempo.
- **Qué mide:** la capacidad operativa de actualización de los contratos incide directamente en la correcta valorización de los importes facturados por los prestadores, y consecuente pago a las mismas. Es decir, la no actualización de los contratos en las bases de datos provocaría utilizar aranceles incorrectos y/o aprobar prestaciones no convenidas, lo cual generaría la aplicación de débitos en forma incorrecta.
- **Unidad de medida:** porcentaje (valor relativo)
- **Período:** Mes Actual, últimos 12 meses, Mes Actual Año Anterior, últimos 13-24 meses.
- **Frecuencia de actualización:** mensual.
- **Apertura:** general.
- **Referencia:** 90%.
- **Alarma (Semáforo):** Valores últimos 12 meses que representen:

RANGO DE VALORES	COLOR	SIGNIFICADO
Menor al 85%	ROJO	Alarma/Crítico. Señal de que se debe revisar y aplicar acciones inmediatas.
Entre 85% y 90%	AMARILLO	Aceptable. Señal de cumplimiento pero que se deben hacer seguimiento.
Mayor al 90%	VERDE	Optimo. Señal de Cumplimiento.

- **Responsable de monitoreo:** Jefatura de Contrataciones.
- **Fuente:** Sistema de Prestaciones.
- **Gráfico:** ninguno.

INDICADOR: Auditorías en Terreno (internaciones)

- **Estrategia:** optimizar estructura operativa.
- **Definición:** relación entre las auditorías en terreno de las internaciones realizadas respecto al total de internaciones auditables, es decir, internaciones que por su tipo y complejidad requieren de un seguimiento y auditoría.

- **Fórmula de cálculo:** Total de auditorías en terreno realizadas dividido por el Total de internaciones auditables x 100.
- **Qué mide:** el cumplimiento de las auditorías de internaciones asignadas a los médicos auditores, siempre en vigilancia de los costos de la Mutual.
- **Unidad de medida:** porcentaje (valor relativo).
- **Período:** Mes Actual, últimos 12 meses, Mes Actual Año Anterior, últimos 13-24 meses.
- **Frecuencia de actualización:** mensual.
- **Apertura:** general y por zona.
- **Referencia:** 80%.
- **Alarma (Semáforo):** Valores últimos 12 meses que representen:

RANGO DE VALORES	COLOR	SIGNIFICADO
Mayor 80%	VERDE	Optimo. Señal de Cumplimiento.
Entre 70% y el 80%	AMARILLO	Aceptable. Señal de cumplimiento pero que se deben hacer seguimiento.
Menor al 70%	ROJO	Alarma/Crítico. Señal de que se debe revisar y aplicar acciones inmediatas.

- **Responsable de monitoreo:** Jefatura de Auditoría Médica
- **Fuente:** Sistema de Prestaciones.
- **Gráfico:** ninguno.

INDICADOR: Facturas Procesadas No Vencidas

- **Estrategia:** optimizar estructura operativa.
- **Definición:** relación de las facturas recepcionadas, procesadas y no vencidas al finalizar su proceso de control y auditoría respecto del total de facturas recepcionadas por periodo de recepción de las mismas.
- **Fórmula de cálculo:** Total de Facturas Procesadas NO Vencidas dividido Total facturas Recepcionadas x 100, por período de recepción.
- **Qué mide:** el procesamiento de las facturas de los prestadores recepcionadas permite registrar datos de los consumos de los asociados, verificar la correcta facturación de las prestaciones y la aplicación de débitos, en el caso de corresponder, siempre en vigilancia de los costos de la Mutual y en los tiempos pactados con los prestadores. Y, por otro lado, en función del volumen a registrar en las bases de datos, se permitirá planificar la cantidad de data-entry necesarios en la organización, o bien, la automatización de la carga a través de un medio digital.

- **Unidad de medida:** porcentaje (valor relativo).
- **Período:** Mes Actual, últimos 12 meses, Mes Actual Año Anterior, últimos 13-24 meses.
- **Frecuencia de actualización:** mensual.
- **Apertura:** general.
- **Referencia:** 95%.
- **Alarma (Semáforo):** Valores últimos 12 meses que representen:

RANGO DE VALORES	COLOR	SIGNIFICADO
Mayor a 95%	VERDE	Optimo. Señal de Cumplimiento.
Entre 95% y el 90%	AMARILLO	Aceptable. Señal de cumplimiento pero que se deben hacer seguimiento.
Menor al 95%	ROJO	Alarma/Crítico. Señal de que se debe revisar y aplicar acciones inmediatas.

- **Responsable de monitoreo:** Jefatura de Administración de Prestaciones
- **Fuente:** Sistema de Prestaciones.
- **Gráfico:** ninguno.

INDICADOR: Días Vencidos Pago a Prestadores

- **Estrategia:** optimizar estructura operativa.
- **Definición:** promedio de días vencidos en el cumplimiento del pago a Prestadores.
- **Fórmula de cálculo:** Promedio de las diferencias entre las fechas de pago de las liquidaciones y fecha de vencimiento de las facturas de los prestadores.
- **Qué mide:** la eficiencia operativa para cumplir con los tiempos estipulados en los contratos con los prestadores por el pago de las prestaciones realizadas, que impacta en la satisfacción del prestador hacia la Mutua.
- **Unidad de medida:** número entero (valor absoluto)
- **Período:** Mes Actual, últimos 12 meses, Mes Actual Año Anterior, últimos 13-24 meses.
- **Frecuencia de actualización:** mensual.
- **Apertura:** general.
- **Referencia:** 5 días vencidos.
- **Alarma (Semáforo):** Valores últimos 12 meses que representen:

RANGO DE VALORES	COLOR	SIGNIFICADO
Menor a 4 días	VERDE	Optimo. Señal de Cumplimiento.
Entre 4 y 5 días	AMARILLO	Aceptable. Señal de cumplimiento pero que se deben hacer seguimiento.

Mayor de 5 días	ROJO	Alarma/Crítico. Señal de que se debe revisar y aplicar acciones inmediatas.
-----------------	------	---

- **Responsable de monitoreo:** Jefatura de Pagos.
- **Fuente:** Sistema de Pagos.
- **Gráfico:** ninguno.

5.5. Construcción de los Indicadores de la Perspectiva del Proceso Interno del CMI

Mediante la búsqueda de los datos en las fuentes primarias de la Mutual de los períodos julio/2013 a jun/2016, se obtuvieron los siguientes valores para cada indicador con su correspondiente desvío, y comparaciones por períodos indicados en punto 5.4. y se construye el siguiente set de indicadores y alarmas.

P.	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	MES ACTUAL: JUN/16			ACUMULADOS 12 MESES			
			Mes Año Act.	Mes Año Ant.	Variación	U12m	ALARMA	U13-24m	Variación
Procesos Internos	I1 Verificar evolución de Facturación	Facturación Prestadores anual Ambulatorio							59,5%
	I2 Verificar comportamiento de uso prestacional	Tasa Uso de Consultas en Ambulatorio	0,594	0,541	9,9%	6,784		6,668	1,7%
		Tasa Uso de Prácticas Médicas en Ambulatorio	0,496	0,421	17,7%	5,235		4,768	9,8%
		Tasa Uso de Prácticas Bioquímicas en Ambulatorio	0,826	0,733	12,7%	9,145		8,212	11,4%
		Tasa Uso de Recetarios Medicam. en Ambulatorio	0,342	0,327	4,4%	4,378		4,110	6,5%
		Tasa Egreso x 100 Asociados	1,3	1,1	16,4%	13,9		14,0	-0,2%
		Días Autorizados por Internación	2,9	2,6	11,3%	2,7		2,7	1,5%
		Consumo Casos Severos				10,8%		10,5%	3,6%
	I3 Verificar conducta prescriptiva	Prácticas Médicas en Ambulatorio por Consulta	0,834	0,779	7,1%	0,772		0,715	7,9%
		Prácticas Bioquímicas en Ambulatorio por Consulta	1,389	1,355	2,5%	1,348		1,232	9,5%
		Recetarios Medicam. en Ambulatorio por Consulta	0,743	0,446	66,7%	0,662		0,667	-0,9%
		Débitos sobre la Liquidación de Prestadores	3,3%	2,4%	37,3%	3,1%		2,8%	9,6%
		Autorizaciones Rechazadas	6,5%	6,8%	-4,9%	6,3%		6,6%	-4,9%
	I4 Verificar política de autorizac.								
	I5 Optimizar política de negociación con prestadores	Facturas procesadas con Errores de Val.Aranceles	12,7%	13,1%	-3,1%	11,2%		13,9%	-19,4%
		Contratos cargados-actualizados	92,1%	88,5%	4,1%	90,3%		85,7%	5,4%
	I6 Optimizar estructura operativa	Auditorías en terreno (internaciones)	51,7%	55,5%	-6,8%	51,2%		41,2%	24,4%
		Facturas Procesadas NO Vencidas	57,1%	50,9%	12,0%	55,3%		61,8%	-10,4%
		Días Vencidos Pago a Prestadores	4	5	-20,0%	5		6	-16,7%

Fuente: Elaboración Propia.

Con estos resultados se puede emitir el siguiente informe de estado de situación a la Gerencia de Área de Prestaciones de Salud:

- Hay un crecimiento de la facturación de Prestadores del 59.5%, navegando en el tablero se evidencia que se debe a: 45.1% al incremento de valor de aranceles, lo cual es razonable en función de la inflación salud en el período considerado (se considera en nuestro caso, inflación salud a los aumentos autorizados por la SSS a las prepagas, registrándose para el periodo **201507 a 201606** un aumento acumulado del 46%), un 8.5% a mayor cantidad de pacientes

que han registrado consumos (el crecimiento por ingresos de la cartera fue del 20% en el mismo período, en consecuencia no se ven indicios de que la cartera nueva sea más consumidora, sino que es el comportamiento general del asociado es demandar mayor consumo); y respecto al índice de repetición de prácticas por pacientes el incremento es del 1.3%.

b. No hay desvíos críticos en el comportamiento del Uso Prestacional, aunque se recomienda seguimiento de la tasa de uso de prácticas médicas en ambulatorio, la tasa de egreso, los días autorizados por internación y el consumo de casos severos. Estos indicadores señalan consumos con desvíos leves respecto al óptimo indicado por la organización, pero de impacto directo sobre el gasto médico.

En consecuencia, se sugiere como plan de acción: verificar uso prestacional segmentados por zonas y coberturas para “bucear” sobre la existencia de patrones de comportamiento, solicitar informe a Comité de Auditores acerca de la auditoría en terreno de las internaciones por tipo, diagnósticos, días autorizados y débitos aplicados, e informe sobre los Casos Severos, las patologías, evolución y prácticas autorizadas.

c. En función de los datos obtenidos para los indicadores que facilitan analizar las conductas prescriptivas de los Prestadores, a partir del próximo período de 12 meses, definir un estándar para comparar valores de la cantidad de prácticas médicas y bioquímicas por consulta y los recetarios por consulta. Se sugiere usar los obtenidos este año o bien, un valor que la organización determine como válido a emular.

d. No se están aplicando los débitos a prestadores según estándar que se ha planteado, aumentando en un 10% su valor respecto al período anterior de 12 meses, pero no logrando la meta definida del 3,5% sobre la facturación inicial. Se sugiere solicitar al Comité de Auditores opinión acerca de un posible cambio de comportamiento de la red de prestadores, ajustándose a los criterios de facturación de la Mutual, como así también revisar criterios aplicados por los auditores respecto de las políticas definidas por la organización para controlar el gasto médico, y descartar así posibles oportunidades de sobrefacturación.

e. Se está cumpliendo la meta definida para la política de autorizaciones de prestaciones.

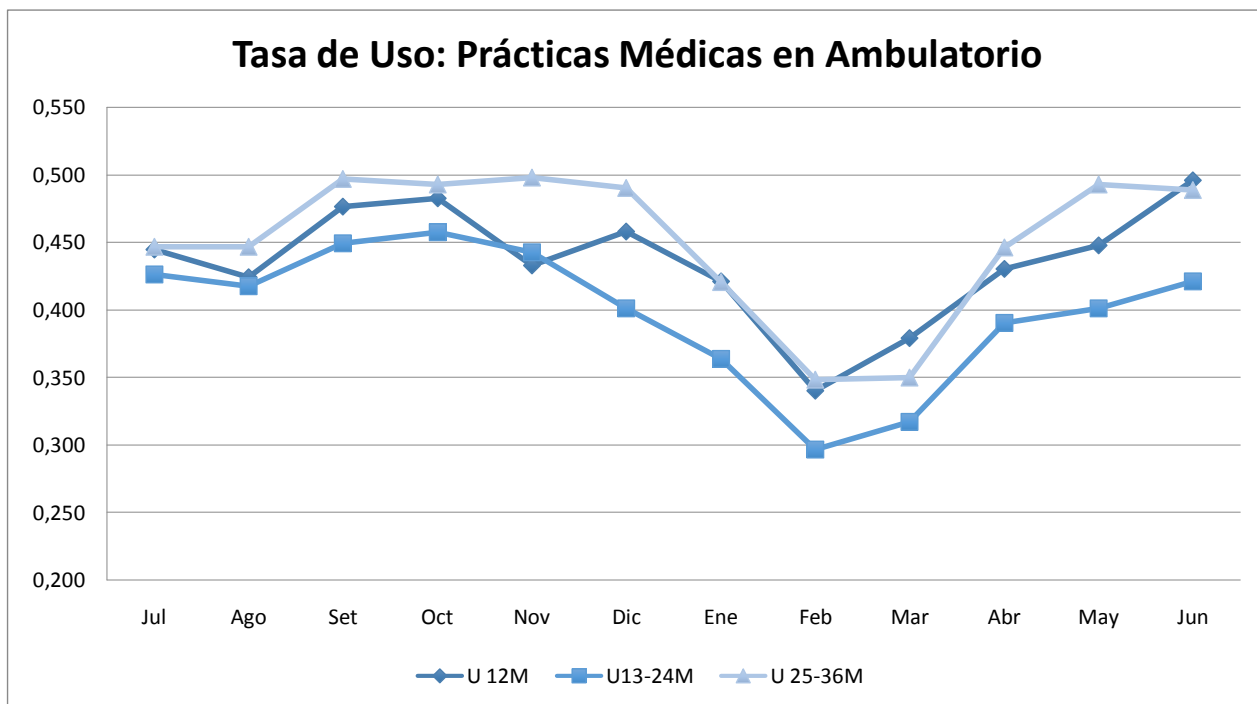
f. Se evidencia una reducción de los errores de valorización de las prestaciones por la actualización de los aranceles para cada convenio del 20% respecto al periodo de comparación establecido, pero aun así no se ha logrado la meta establecida. Se sugiere revisar el proceso de actualización de valores convenidos con prestadores para detectar posibles mejoras que queden

pendientes de aplicar, o la necesidad de definir otras adicionales ya que las actuales podrían ser insuficientes.

g. Se evidencia un aumento del 24% de las auditorías en terreno asignadas a los médicos auditores respecto al periodo de comparación establecido, pero aun así se evidencia estar muy lejos de la meta establecida. Se sugiere una reunión urgente con el Comité de Auditores porque el desvío es crítico y la incidencia en el gasto médico es muy relevante.

h. Si bien no se alcanza con la meta de cantidad de días “vencidos” respecto a la fecha de pago de una factura, se evidencia a través de las comparaciones de los períodos establecidos, que va disminuyendo y que se encuentran a un día de llegar al óptimo. A pesar de ello, la realidad en cantidad de facturaciones vencidas es muy alta. Esto significa que existe una gran cantidad de facturas vencidas, pero por solo 1 ó 2 días, lo cual no es tan crítico. Se sugiere estar pendiente del monitoreo diario de vencimientos y establecer si es necesaria un plan de acción especial de entrenamiento al personal de carga, o de revisión de procesos para ajustar esa mínima diferencia en los días establecidos.

Para continuar con las conclusiones anteriores, se muestra cómo se diseñó la navegación para un indicador, y el gráfico que evidencia la evolución del mismo en 3 períodos sucesivos de 12 meses cada uno. Se considera a modo de ejemplo en esta tesis, el Indicador Tasa de Uso de Prácticas Médicas en Ambulatorio.



Fuente: Elaboración Propia.

Observándose en los últimos 12 meses (referencia U 12M) un crecimiento en casi todos los periodos respecto del período anterior. Se sugiere entonces, profundizar el análisis segmentando el indicador o “navegando” por zonas ²³ y coberturas ²⁴, como se muestra a continuación:

²³ El Pareto de Stock de Asociados por zonas geográficas sobre la concentración de asociados se logra con 10 zonas distintas, en consecuencia, las aperturas de las tablas y gráficos de los indicadores seleccionados, se construirán a partir de las Zonas A, B, C, D, E, F, G, H, I y J.

²⁴ El Pareto de Stock de Asociados por tipos de Coberturas se logra con 5 tipos diferentes, en consecuencia, las aperturas de las tablas y gráficos de los indicadores seleccionados, se construirán a partir de las Coberturas A, B, C, D y E.

INDICADOR: Tasas de Uso Prácticas Médicas en Amb.	MES ACTUAL: JUN/16			ACUMULADOS 12 MESES			
	Mes Año Act.	Mes Año Ant.	Variación	U12m	ALARMA	U13-24m	Variación
Plan A	0,415	0,342	21,2%	4,321		3,970	8,8%
Plan B	0,498	0,447	11,4%	5,352		5,104	4,9%
Plan C	0,491	0,453	8,3%	5,490		5,170	6,2%
Plan D	0,689	0,660	4,4%	7,777		7,682	1,2%
Plan E	0,690	0,661	4,4%	7,514		7,616	-1,3%

Fuente: Elaboración Propia.

La apertura por coberturas indica que los Planes D y E están en situación crítica. Se sabe en la organización que entre ambas suman el 11% de la cartera de asociados actual de la Mutua por ende esto podría menguar el diagnóstico de criticidad, aunque exige un seguimiento por parte del comité de auditores, en particular si el presupuesto de promoción de asociados está dirigido a ofrecer esta cobertura.

Y si se efectúa otra apertura por zonas de concentración geográfica de la cartera de asociados:

INDICADOR: Tasas de Uso Prácticas Médicas en Amb.	MES ACTUAL: JUN/16			ACUMULADOS 12 MESES			
	Mes Año Act.	Mes Año Ant.	Variación	U12m	ALARMA	U13-24m	Variación
Zona A	0,533	0,455	17,2%	3,905		3,229	20,9%
Zona B	0,620	0,512	21,3%	4,522		4,343	4,1%
Zona C	0,659	0,626	5,3%	6,913		5,741	20,4%
Zona D	0,640	0,588	8,9%	6,155		6,000	2,6%
Zona E	0,632	0,640	-1,1%	6,407		5,875	9,1%
Zona F	0,470	0,333	41,2%	4,027		3,772	6,8%
Zona G	0,505	0,434	16,4%	4,486		4,093	9,6%
Zona H	0,778	0,530	46,9%	6,947		6,247	11,2%
Zona I	0,672	0,623	7,9%	6,938		6,650	4,3%
Zona J	0,659	0,660	0,0%	6,023		5,316	13,3%

Fuente: Elaboración Propia.

Se observa aquí que en 6 zonas de las 10 zonas existe una situación crítica para este indicador, y éstas concentran el 27% de los asociados. Se comunica también al comité de auditores esta situación para la ejecución de su plan de acción preestablecido, y adicionalmente, con los indicadores que se construyeron con esta herramienta seguir "buceando o buceando" sobre más detalle. Por ejemplo, mostrar las mediciones exclusivamente para estas coberturas D y E que presentan una situación no deseada, y las aperturas por zonas geográficas, por ejemplo:

PLAN D

INDICADOR: Tasas de Uso Prácticas Médicas en Amb.	MES ACTUAL: JUN/16			ACUMULADOS 12 MESES			
	Mes Año Act.	Mes Año Ant.	Variación	U12m	ALARMA	U13-24m	Variación
Zona A	0,473	0,435	8,9%	5,439		4,909	10,8%
Zona B	0,495	0,521	-5,0%	5,778		5,917	-2,3%
Zona C	0,916	0,784	16,8%	9,541		8,738	9,2%
Zona D	0,916	1,201	-23,7%	11,315		11,921	-5,1%
Zona E	0,934	0,860	8,7%	10,215		9,666	5,7%
Zona F	0,624	0,453	37,8%	4,416		3,970	11,3%
Zona G	0,821	0,549	49,6%	7,381		6,208	18,9%
Zona H	1,210	0,931	29,9%	12,052		10,124	19,0%
Zona I	1,010	0,873	15,7%	11,267		11,566	-2,6%
Zona J	0,611	0,742	-17,6%	8,722		8,348	4,5%

Fuente: Elaboración Propia.

Se observa que solo una zona no presenta desvíos respecto a los estándares establecidos, esta cobertura (Plan D) presenta problemas de tasa de uso en casi todas las zonas. Similar comportamiento muestra el Plan E, estando dentro de los parámetros óptimos en solo una zona:

PLAN E

INDICADOR: Tasas de Uso Prácticas Médicas en Amb.	MES ACTUAL: JUN/16			ACUMULADOS 12 MESES			
	Mes Año Act.	Mes Año Ant.	Variación	U12m	ALARMA	U13-24m	Variación
Zona A	0,473	0,435	8,9%	4,821		4,262	13,1%
Zona B	0,495	0,521	-5,0%	7,300		5,717	27,7%
Zona C	0,916	0,784	16,8%	9,080		10,381	-12,5%
Zona D	0,916	1,201	-23,7%	11,155		15,065	-26,0%
Zona E	0,934	0,860	8,7%	11,030		11,562	-4,6%
Zona F	0,624	0,453	37,8%	5,349		3,688	45,0%
Zona G	0,821	0,549	49,6%	5,668		5,362	5,7%
Zona H	1,210	0,931	29,9%	10,235		5,480	86,8%
Zona I	1,010	0,873	15,7%	18,844		17,293	9,0%
Zona J	0,611	0,742	-17,6%	11,140		12,368	-9,9%

Fuente: Elaboración Propia.

En Anexo V se muestra sobre qué indicador es posible navegar a una zona y/o un tipo de cobertura en particular o combinación de ambas. Y por otro lado si es posible mostrar gráficos de evolución en el tiempo (hasta 3 períodos de 12 meses cada uno).

Y en Anexo VI, se muestran todas las navegaciones (unidimensionales), y gráficos relacionados a cada indicador según se establece en el punto 5.4.

Como se muestra en el Anexo I, realizada una encuesta al Gerente de Salud de la Mutual, se identifica el objetivo estratégico del Área de Prestaciones de Salud alineada a la estrategia organizacional: *lograr un "x" % de costo de salud con calidad en la atención de los asociados de la Mutual*. El cumplimiento de este objetivo se ve afectado por el incremento de costos debido a que la producción sanitaria es aditiva del uso de tecnología, del envejecimiento de la población, de la celeridad en la evolución de las tecnologías diagnósticas, farmacológicas, quirúrgicas y terapéuticas que influyen en las decisiones de quiénes realizan gestión en el área de la salud.

Con esta información ordenada que se propone a través del CMI en su Perspectiva de Procesos Internos, compuesto por indicadores y planes de acción que tienen que ver con una relación causa efecto para lograr los objetivos estratégicos, el área médica o de Prestaciones de Salud de la Mutual, podrá no sólo estar conformada por profesionales con un buen saber técnico, sino que también contarán con un instrumento que les permite administrar los recursos a su cargo.

Esta implementación, se está haciendo por etapas. En primer lugar, se usó una planilla de cálculo (Excel) para diseñar cuadros y gráficos, los cuales se muestran en esta tesis, posteriormente se planificó un cronograma de actualización/modificación del Data Warehouse de la Mutual para incorporar nuevas dimensiones y métricas para el cálculo de estos indicadores definidos. A medida q se incorporen al mismo, con una herramienta específica para actualizar en forma on-line los datos y visualizar con marcas y señales (semáforos), se mostrarán los reportes y gráficos que se indican en el Anexo VI, todo bajo la responsabilidad y supervisión del Sector Control de Gestión.

Actualmente se desarrolla la etapa final de la construcción del "CMI", resta incorporar al Data Warehouse muy pocos atributos para obtener indicadores automáticos, mientras tanto se siguen usando las planillas Excel.

6. Conclusiones

En un estudio reciente ²⁵, Bohmer identifica cuatro hábitos que distinguen a las organizaciones sanitarias más exitosas y que obtienen mejores resultados: a) la planificación de objetivos y sus medios para alcanzarlos; b) el diseño de la organización, sus políticas y las infraestructuras físicas y tecnológicas; c) la medición y el seguimiento de resultados, y d) la revisión continua de las prácticas clínicas respecto a la evidencia científica disponible.

En esta tesis, se aborda el punto c), la medición y seguimiento de resultados para una organización sanitaria que es una Mutual, en la cual se vio necesario un cambio en los sistemas tradicionales de medición de resultados, incorporando en su sistema de información indicadores de tipo financiero y no financiero relacionados al monitoreo de la actividad prestacional, a efectos de integrar la visión económica de los equipos gerenciales y la visión clínica-médica de los profesionales del área de prestaciones de salud. En virtud de la falta de integración de indicadores financieros con indicadores de otro tipo, los equipos directivos contaban con poco apoyo de los sistemas de medición para guiar sus decisiones con una visión multidimensional e integrada.

Los indicadores financieros son por definición, indicadores rezagados que capturan el impacto de las decisiones tomadas, pero no las causas de fondo ni los inductores de esas consecuencias financieras ni por lo tanto, las palancas que utilizar para orientarlos en la dirección deseada. Aún más, la ausencia de una integración efectiva entre indicadores de tipo financiero e indicadores de otro tipo proporciona señales equívocas respecto a la persistencia del éxito a largo plazo, y no son suficientes para dar indicaciones efectivas al equipo directivo sobre hasta qué punto se está ejecutando adecuadamente la estrategia ni para orientar las acciones que tomar para efectivamente implementar dicha estrategia.

A la hora de construir el CMI, el punto de partida no fue ni la selección de objetivos ni la selección de nuevas métricas. Por el contrario, según proponen Kaplan y Norton ²⁶ para la segunda generación de CMI, el punto de partida fue lograr una descripción “narrada” de la estrategia, expresada en términos muy concretos, y luego clasificar los objetivos estratégicos en forma de perspectivas (p. ej., financiera, de clientes, de procesos, de aprendizaje) identificando las relaciones causales entre objetivos. Afortunadamente, el CMI es un instrumento muy flexible

²⁵ BISBE J., BARRUBES J. El Cuadro de Mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias. Revista Española de Cardiología, Vol 65. N° 10. Octubre 2012.

²⁶ KAPLAN, Robert S. - NORTON David P. El Cuadro de Mando Integral (The Balanced Scorecard). Barcelona, España: Edición Especial. KPMG Latinoamérica. Gestión 2000, 1997.

como para ajustarse a cada realidad estratégica, no obstante, y más allá de situaciones azarosas inevitables que pudieran aparecer al poner en marcha cualquier proyecto concreto de CMI, en el punto 7 de la presente, se plantean utilidades, desafíos o limitaciones que con frecuencia aparecen en la implementación en una organización sanitaria; facilita la toma de decisiones a los directivos, su planificación, a detectar señales de alarma u oportunidades, a la toma de acciones correctoras, y también asegura la congruencia de objetivos entre niveles directivos. También se plantea una discusión sobre el diseño adecuado, teniendo en cuenta las especificidades del sector de salud y particularmente en una Mutua, qué perspectivas considerar y cómo ordenarlas en una secuencia causa efecto, cuáles son las implicaciones de incorporar un mapa estratégico o no, y en qué nivel organizativo iniciar la adopción del CMI. Teniendo en cuenta, que las Mutuales son entidades que tienen por finalidad contribuir al logro del bienestar material y espiritual de sus miembros, actuando con eficacia y eficiencia, no con el afán de lucro individual del empresario privado, sino con la finalidad de reinvertir sus beneficios en el conjunto de los asociados, que constituyen la comunidad, se concluye diseñar un CMI para el Área de Prestaciones de Salud en su Perspectiva de Procesos Internos.

El uso de esta herramienta permitió mostrar al área de prestaciones de salud, a través de indicadores, cómo sus decisiones en torno a la negociación de los aranceles con los prestadores, del control del uso de las prácticas de los asociados y de la prescripción por parte de los Prestadores contratados, impactan sobre los costos de la Mutua; que no son solo responsables del cuidado de la salud del asociado sino también de los recursos que se utilizan de la Mutua, cómo afecta a su presupuesto y objetivos generales. Gestionar los recursos con mayor eficiencia permitirá modificar las relaciones entre el área médica y los directivos de la Mutua, el equipo de salud adquirirá compromiso y responsabilidad respecto a tanto del buen uso de los recursos, como de mejorar la calidad de la información y los registros administrativos; de manera que se puedan realizar análisis y evaluaciones periódicas de la calidad de los servicios prestados y de su impacto sobre la salud de los asociados y en la salud económica-financiera de la Mutua. Y los directivos, por su parte, cederán facultades a sus equipos, fortalecerán los sistemas informáticos, mostrarán transparencia en la gestión de los recursos y equidad en su asignación.

En conclusión, se puede decir que la implementación del CMI en la Mutua de estudio logró contribuir en los siguientes aspectos de gestión, generando una articulación entre la gestión clínica y financiera: a) Medir el impacto de las decisiones médicas (de control o no control, de autorizar de más o de menos una práctica, uso de las prácticas) en el presupuesto económico

financiero de la Mutual, permitiendo corregir desvíos para la salud financiera de la organización. b) Promover una visión compartida entre las diversas áreas de la Mutual, a través de indicadores que no se analizan por separado, sino a través de relaciones causa efecto que atraviesan la organización y responden a un objetivo estratégico. c) Establecer para cada indicador que arrojó resultados no esperados un plan de acción para ejecutar correcciones y/o mejoras que contribuyan al logro de los objetivos de la organización.

Ahora bien, el CMI transforma la misión y estrategia en objetivos e indicadores organizados en perspectivas, permitiendo un equilibrio entre los objetivos a corto y largo plazo, pero si no se debatió, si no hubo consenso, si no se participó y se generó una visión compartida dentro de la organización, no se lo podrá construir. Hay investigaciones ²⁷ que analizaron que las estrategias definidas en las organizaciones no fracasan por estar mal formuladas sino por estar mal implementadas. La implementación de una estrategia es un factor crítico para el éxito perdurable de cualquier organización.

7. Discusiones Generales

A partir de la revisión de las distintas opiniones de autores e investigadores ²⁸ sobre las bondades y limitantes de un CMI, resulta interesante exponer algunos conceptos e interpretaciones con el sólo fin de ampliar esta investigación.

7.1. Primera o Segunda Generación de Cuadro de Mando Integral

²⁷ BISBE J., BARRUBES J. El Cuadro de Mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias. Revista Española de Cardiología, Vol 65. Nº 10. Octubre 2012.

²⁸ Recopilación de los siguientes autores: BALLVE A. M. Tablero de Control. Organizando información para crear valor. Ediciones Macchi, 2000. JIMENEZ JIMENEZ J. Manual de Gestión para Jefes de Servicios Clínicos. Conceptos Básicos, Ediciones Díaz de Santos, 2000. SCHWEIGER, A. "El Control de Gestión y el Sistema de Información Gerencial (SIG), en Sistemas y Organizaciones del Sector de Salud". Congreso AES.ES, 2003. BISBE J., BARRUBES J. El Cuadro de Mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias. Revista Española de Cardiología, Vol 65. Nº 10. Octubre 2012. DIAZ C. A. Cuadro de Mando Integral. Empresas de Salud. Director de la Especialización en Economía y Gestión de Servicios de Salud, Universidad ISALUD, 2013.

Antes del CMI existían antecedentes de otros instrumentos de gestión con intenciones de combinar indicadores financieros y no financieros, el tableaux-de-bord o o tableros de control cuadros de mando; pero en la práctica, sólo incluían indicadores unidimensionales.

En los cuadros de mando tradicionales o tablero de control de muchas organizaciones, la tendencia fue en la línea de concentrarse en indicadores exclusivamente financieros; en el caso del sector sanitario, tendieron más bien a concentrarse en indicadores de actividad. Ninguno aportaba una verdadera combinación estructurada de métricas financieras y no financieras con implicaciones estratégicas. Entonces, el Tablero de Control nació como herramienta gerencial con el objetivo básico de poder diagnosticar una situación y de efectuar su monitoreo permanente. Como indica Ballvé (2000), el concepto de Tablero de Control parte de la idea de configurar un Tablero de información cuyo objetivo y utilidad básica es diagnosticar adecuadamente una situación.

Este concepto de Tablero de Control fue difundido a finales de la década del '80 y principios de los '90 habría perdido fuerza por una serie de razones: 1 - El exceso de información: muchos de estos manejaban gran cantidad de datos e indicadores sin un mecanismo de selección que permitiera tener una idea general con un solo golpe de vista. 2 - La visión funcional: las estructuras funcionales generaban islas y falsas apropiaciones sectoriales de la información, dificultando una agrupación por proceso de negocio que permitiera una visión más global. Las nuevas tendencias de management, en cambio, impulsan a contar con divisiones por negocio o con gerencias funcionales que tengan una visión más por procesos e integral de la empresa. 3 - La creación de falsas expectativas: la calidad de "comando" de un Tablero es mayor que la de control, ya que implica la selección y la alineación detrás de muy pocos indicadores para dirigir. Al ser demasiado ambicioso, querer dirigir la empresa sólo con indicadores pudo no cubrir las expectativas, dando por tierra con el mejor de los proyectos. 4 - La falta de medios informáticos: en la década de los '60 y '70 los medios informáticos no eran tan adecuados para manipular la información directiva, lo que hacía que muchos de estos sistemas fueran muy difíciles de mantener actualizados y poco prácticos para dirigir.

A pesar de lo expuesto, el Tablero de Control o de Comando fue el primer paso para mantener bajo control a la empresa y no a las personas, presentando la información que permita conocer el rumbo que está tomando la empresa. Como señala Ballvé (2000), el control es bueno y necesario en las organizaciones, no es sinónimo de centralización ni inflexibilidad, el control moderno debe ser flexible para organizaciones con autonomía y será necesario siempre que un

directivo tenga que mantener una situación controlada. En cambio, el CMI parte de una reflexión sobre cuáles son las distintas perspectivas que se necesitan para proporcionar una visión multidimensional de los resultados de la organización. En su formulación inicial, el CMI propone establecer objetivos e indicadores para cuatro perspectivas, no obstante, esta herramienta es flexible tanto en el número de perspectivas que se consideran como en las perspectivas concretas que se incorporan para representar determinada realidad organizativa.

A medida que desarrollaron sus propuestas, Kaplan y Norton se dieron cuenta de que las primeras generaciones de CMI no acababan de garantizar que los indicadores elegidos fueran realmente los inductores del éxito de una organización ni que las estrategias acabaran implementándose. En este sentido, hicieron evolucionar su modelo en la línea de proponer que para construir un CMI, el punto de partida no fuera ni la selección de objetivos ni la selección de nuevas métricas, sino que el punto de partida debe consistir en una descripción “narrada” de la estrategia, expresada en términos muy concretos. Así, apuntaron a que el esquema de clasificación de los objetivos estratégicos en forma de perspectivas (financiera, de clientes, de procesos, de aprendizaje) ayude a identificar las relaciones causales entre objetivos y permitir la representación gráfica eficaz de la estrategia. Por este motivo, los mapas estratégicos se convierten en una pieza básica de la segunda generación de CMI. Un mapa estratégico es una representación gráfica, muy visual, que describe de manera lógica la estrategia de una organización y cómo se llevará a cabo mediante una serie de relaciones causa-efecto entre objetivos y relaciona, por ejemplo el desarrollo de los recursos (personas, tecnologías, sistemas de información) con la calidad de los procesos internos o la intensidad de la innovación con la cartera de productos o servicios, y así hasta vincular los distintos objetivos con los resultados finales o los efectos buscados.

Tipos Genéricos de Tableros

Ballvé (2000), detalla que a partir de su experiencia de implementación de Tableros de Control y de las diferentes necesidades de las empresas, se pueden aplicar cuatro tipos genéricos de Tableros: a. **Tablero de Control Operativo:** es aquel que permite hacer un seguimiento por lo menos diario del estado de situación de un sector o proceso de la empresa, para poder tomar a tiempo las medidas correctivas necesarias. El Tablero debe proveer la información que sea necesaria para entrar en acción y tomar dediciones operativas en áreas como las finanzas, compras, ventas, precios, producción, logística, entre otras. b. **Tablero de Control Directivo:**

es el que posibilita monitorear los resultados de la empresa en su conjunto y de las diferentes áreas clave en que se puede segmentar. Está más orientado a los indicadores de los resultados internos de la empresa en su conjunto y en el corto plazo. c. **Tablero de Control Estratégico:** nos brinda la información interna y necesaria para conocer la situación y evitar llevarnos sorpresas desagradables importantes con respecto al posicionamiento estratégico y a largo plazo de la empresa. d. **Tablero de Control Integral:** ensambla la información más relevante de las 3 opciones anteriores, para que el equipo directivo de la alta dirección de una empresa pueda acceder a aquella que sea necesaria para conocer la situación integral de su compañía.

Hoy en día, en entornos dinámicos es cada vez más necesario manejarse sólo con lineamientos estratégicos que se concreten en indicadores, que ordenen a la organización y puedan ser monitoreados, aprovechando las nuevas tecnologías informáticas. El CMI es un sistema muy útil para definir un modelo de negocio en mediciones de desempeño, y para lograr comunicar e implementar la estrategia reflejada en dicho modelo. Resumiendo, en las primeras versiones del CMI primaba la idea de medición multidimensional de la actuación empresarial, y con posterioridad con la introducción de los mapas estratégicos, el enfoque evolucionó en la segunda generación de CMI hacia la descripción o narración de la estrategia. Y esto es lo que exige el mercado de la salud actual.

7.2. ¿Entonces, deberían eliminarse los indicadores financieros?

Las medidas financieras son insuficientes para guiar y evaluar la trayectoria de la organización a través de los entornos competitivos, Kaplan y Norton (1997). Los indicadores financieros nos dicen algo, pero no todo sobre la historia de las acciones pasadas, y no consiguen proporcionar una guía adecuada que hay que realizar hoy y mañana, para crear un valor financiero futuro.

Hay autores que piensan que hay que eliminarlos directamente argumentando que, en la competencia global, conducida por la tecnología y de cara al cliente, los indicadores financieros son muy pobres. Para estos, los indicadores se deberían centrar en mostrar la mejora de la satisfacción del cliente, de la calidad, de los tiempos de los ciclos, y de las habilidades y motivación de los empleados. Según esta teoría, si las empresas realizan sus mejoras en las operaciones, los beneficios financieros vienen solos.

Pero también se sabe que a veces las mejoras en calidad productividad y en el servicio al cliente no siempre traen beneficios financieros, es decir, las mejoras operativas no siempre se traducen en una rentabilidad más alta, sino a costos fijos muy altos. Tales mejoras únicamente benefician a una empresa cuando se logran mejorar las ventas, la forma de comercializar nuevos productos atractivos para el cliente, cómo comercializar los productos y/o servicios de la empresa a clientes y segmentos nuevos, con menores gastos operativos o con mejor uso de los activos.

Además, se debe destacar que a veces no todas las estrategias a largo plazo son rentables, por ejemplo, una gran inversión en tecnología de fabricación muy avanzada, de gran calidad y desarrollo que no se vea recompensada en el mercado actual. Entonces, el sistema de indicadores y de gestión tiene que mostrar cómo las mejoras en operaciones, servicio al cliente y nuevos productos y servicios se vinculan a una actuación financiera mejorada.

Así es como el CMI pone énfasis en los resultados financieros pero vinculados a las trayectorias causales de todas las medidas que lo componen.

Para las Mutuales sin fines de lucro, no son estos indicadores un fin en sí mismo, sino un medio para lograr otros objetivos.

7.3. ¿Todas las organizaciones necesitan un CMI?

Si las organizaciones quieren sobrevivir y prosperar en la competencia de la era de la información, deberán utilizar sistemas de información y de gestión, derivados de sus estrategias y capacidades. El impacto de la era de la información es aún más revolucionario en las organizaciones de servicios y sin fines de lucro como las Mutuales.

Además, los ciclos de vida de los productos son cortos. Las entidades que compiten en sectores de rápida innovación tecnológica deben anticiparse a las necesidades futuras de los clientes, inventando productos y ofreciendo servicios radicalmente nuevos. También es importante considerar la segmentación de los clientes a los cuales la organización considera en su estrategia. Estas deben aprender a ofrecer productos y servicios hechos a la medida de la demanda de sus diferentes segmentos de clientes, sin tener que pagar los costos que tienen las operaciones altamente diversificadas y de bajo volumen.

Además, es necesario que una organización cuente con procesos integrados, especialmente las empresas de salud, donde se crucen transversalmente las funciones tradicionales; que permita

que todas las unidades de la organización que se encuentran a lo largo de la cadena de valor, obtengan mejoras en costos, calidad y tiempos de respuesta.

El CMI permite vigilar y ajustar la puesta en marcha de las estrategias y si es necesario, hacer cambios fundamentales en la propia estrategia. Las revisiones y las puestas al día de la gestión pasan de revisar el pasado a aprender sobre el futuro, los directores discuten no sólo cómo se consiguieron los resultados pasados, sino además si sus expectativas para el futuro siguen yendo por buen camino. El CMI es un instrumento muy valioso para la gestión de las empresas de salud, tanto públicas como privadas, para alcanzar en forma eficiente los objetivos, el cual sería propio de cada institución, según su misión y sus recursos ya que está íntimamente relacionado a su plan estratégico y a su contexto sectorial.

7.4. ¿Cuándo desarrollar un Cuadro de Mando Integral?

Se debe considerar si la organización tiene una visión amplia y de largo plazo, porque los CMI deben ser algo más que un conjunto de indicadores financieros y no financieros agrupados en cuatro perspectivas. Los informes financieros evalúan el desempeño del pasado, en cambio el CMI identifica factores de creación de valor económico a largo plazo de una organización, como ser: satisfacer, retener y adquirir nuevos clientes a los segmentos fijados como objetivo, transmitir la propuesta de valor a los clientes incorporando nuevos productos y servicios, con procesos internos de alta calidad, flexibles, con una fuerte reacción y excelencia como soporte a la posventa. Se evalúan todos los aspectos según su impacto económico, en el cual terminan todas las relaciones de causa-efecto, en consecuencia, debe haber un equilibrio entre indicadores de resultado e indicadores de actuación y una integración con la estrategia.

Se deben afrontar 2 tareas importantes: construirlo y luego utilizarlo. Para construirlo se debe tener un sistema de información que proporcione indicadores seguros, confiables, oportunos, eficientes que permitan medir productividad, calidad, utilización, costos y satisfacción del cliente y así alcanzar las metas estratégicas. Y para utilizarlo, se deben vencer resistencias para dirigir con tecnología, además de todo el apoyo de la alta dirección. Ahora bien, si la organización aún no cuenta con la madurez necesaria para definir su propio plan estratégico, lograr una visión compartida del mismo y poder confeccionar un conjunto de indicadores interrelacionados, es que aún no ha llegado su momento para el diseño y construcción del CMI.

7.5. ¿El Cuadro de Mando Integral define la estrategia?

Se puede definir una estrategia como la elección de los segmentos de mercado y de cliente que la unidad de negocio tiene la intención de servir, la identificación de procesos críticos internos en que la empresa quiera sobresalir para dar una propuesta de valor a los clientes que se encuentran en los segmentos de mercado seleccionados, considerando la selección de las capacidades individuales y de la organización exigidas por los objetivos internos, de clientes y financieros. Kaplan y Norton (1997) indican que el CMI es un mecanismo para poner en práctica una estrategia, no para la formulación de la misma.

7.6. ¿Cuadro de Mando con o sin mapa estratégico?

Como se ha mencionado, en la primera generación de CMI hay equilibrio entre perspectivas, ninguna perspectiva predomina sobre las demás, y de ese equilibrio es que resulta un retrato poliédrico que posibilita la toma de decisiones, así como la medición y el seguimiento de la creación de valor a largo plazo. Pero en la segunda generación, se pasa a un enfoque que establece una jerarquía entre perspectivas, tal como queda representado en el mapa estratégico: algunas perspectivas son un medio para conseguir el éxito en otra(s) perspectiva(s) que representa(n) la finalidad última de la organización.

Cada organización decide cuál de estos dos enfoques se adecua mejor a su realidad. Es importante tener presente que el hecho de que el modelo CMI haya evolucionado en la dirección de incorporar mapas estratégicos no significa necesariamente que toda organización que adopta un CMI tenga que adoptar un CMI de segunda generación con mapa estratégico incorporado. Algunas interpretan que la jerarquía que aportan los modelos de segunda generación las ayuda a representar su modelo de actividad de una manera más efectiva y a razonar la elección de indicadores y objetivos, y a ponderar más fácilmente las implicaciones de las decisiones y acciones a lo largo del mapa. No obstante, otras organizaciones se sientan más cómodas con el primer formato, son casos donde las relaciones causa-efecto entre objetivos no son simples ni unidireccionales, sino cíclicas y multi-direccionales, o cuando no hay una perspectiva que sea prioritaria sobre las demás.

7.7. ¿Son suficientes las cuatro perspectivas tradicionales?

La experiencia de los investigadores indica que las empresas usan estas perspectivas, pero dependiendo del sector y de la estrategia de la unidad de negocio se pueden adicionar otras, a menudo se adoptan variaciones para adaptar el tratamiento de la perspectiva financiera clásica a la idiosincrasia de las organizaciones sanitarias públicas o sin fines de lucro, como las Mutuales.

Una variación frecuente consiste en ampliar la perspectiva financiera, que pasa de estar restringida a resultados económicos-financieros, a comprender resultados de la organización en un sentido más amplio, de forma que en ella se puedan incluir, por un lado, los resultados económicos y, por otro, los resultados en mejora de la salud de la población. También se puede ampliar la perspectiva de cliente hacia otros agentes de interés, debido a la pertenencia del hospital a una red pública de servicios. Otra adaptación consiste en incorporar una quinta perspectiva relativa a resultados clínicos, o eliminar la de procesos y reemplazarla por la gestión clínica. Díaz (2013) señala que en las instituciones de salud (empresas de servicio) se pueden adicionar las perspectivas del entorno, las del mercado y la política de integración a programas. Por otro lado, Kaplan y Norton (1997), establecen que otras perspectivas podrían ser: la perspectiva de los empleados, los proveedores y la comunidad. En las instituciones de salud podría incorporarse la de recursos humanos, si bien está contemplada en la de aprendizaje y crecimiento, podría ser otra independiente debido a que se trata de un recurso de mano de obra intensiva, con alto nivel de ausentismo y existencia de licencias prolongadas, que generarían indicadores de gran peso. Como así también, en las organizaciones de salud públicas se podría requerir otra perspectiva que es la política, que muestre el grado de relación con la macrogestión.

Entonces, cualquiera sea la incorporación que se determine, no se debe perder de vista que todas las perspectivas que se definan en el CMI deberán estar completamente integradas a la cadena de vinculaciones de acontecimientos causales que definen y “narran” la estrategia de la unidad de negocio.

7.8. ¿Cómo ordenar las perspectivas?

Suponiendo que sí se incorpora un mapa causal al CMI, en la formulación inicial la ordenación habitual es de abajo hacia arriba, es decir de aprendizaje y crecimiento a procesos internos, de allí a clientes y, finalmente, a resultados financieros, lo que indica que la cadena causa-efecto va en ese sentido. Sin embargo, en las organizaciones sanitarias, y especialmente en el sector público o entidades sin fines de lucro como las Mutuales, se ha evidenciado una razonable resistencia a situar la perspectiva financiera en la cúspide del mapa estratégico, es decir que los objetivos vinculados a esa perspectiva son la finalidad última de la organización y los objetivos vinculados a otras perspectivas, sólo un medio para ello. Por eso, en algunas versiones recientes de mapa estratégico, se sitúa la perspectiva clientes y la perspectiva financiera al mismo nivel en la cúspide del mapa estratégico, en el mismo plan de importancia. Otras organizaciones han optado por incluir una quinta perspectiva referida a la misión y el propósito de la organización, que queda situada por encima de la perspectiva financiera, con el fin de explicitar así que los resultados financieros contribuyen a alcanzar la razón de ser final de la organización. Hay hospitales públicos que ubican la perspectiva financiera en la base del mapa estratégico, ya que los recursos económicos-financieros permiten invertir en capacidades y crecimiento, lo cual permite mejores procesos internos y finalmente, mejores resultados para los pacientes. Cada mapa estratégico y cada CMI son únicos, y ambos reflejan la idiosincrasia y el enfoque estratégico particular de cada organización. Así, al plantearse la adopción de un CMI, los equipos directivos no deben buscar en dicho instrumento una respuesta predeterminada, sino más bien un esquema que ayude a representar de manera explícita un mapa mental compartido por el equipo directivo sobre cuál es el modelo de negocio o de actividad de su organización específica.

7.9. Implementación de Cuadros de Mando Integral

Como se ha mencionado ya, las estrategias definidas en las organizaciones no fracasan por estar mal formuladas sino por estar mal implementadas. Lo mismo ocurre con la implementación de un CMI, en este proceso pueden surgir problemas: 1- descubrir que la construcción del CMI realmente es una necesidad de la alta dirección o solo un deseo aspiracional de hacer gestión a través del uso de la informática; 2 – no lograr una visión compartida de los indicadores estratégicos de la organización, no es un proyecto de una sola área, sino de múltiples usuarios a diferentes niveles y funciones; 3 – no compatibilizar los tiempos disponibles de cada área para la

investigación de las fuentes de información, la definición de los indicadores, de su interpretación y de los estándares aceptables para la organización; 4 – no lograr la adhesión al uso de esta herramienta y así, no se obtiene la eliminación de los “datos propios” de cada sector. Para ello es importante, una vez diseñado e implementado, ayudar a que se use, escuchando los reclamos y problemas para darles rápidas soluciones a las distintas inquietudes que surjan; 5 - pretender implantar el CMI de la organización en un solo acto, lo conveniente a veces es una implementación de proyectos cortos y que comiencen a ser utilizados rápidamente por los usuarios con el objetivo de ir desarrollando la madurez organizacional; 6 – en la definición de los Indicadores. Defectos en la definición de indicadores que no son de causa sino de efecto. No deben ser indicadores genéricos y aplicables a cualquier empresa sino especiales y adecuados a la realidad propia de la organización. No es sencillo definir indicadores para comunicar en qué ser excelente, requiere de mucha capacidad y conocimiento del negocio; 7 – el equipo responsable del diseño de un CMI no tenía mucha capacidad y conocimiento del negocio en quienes lo diseñan. Para implementar un CMI se necesita una estructura que no esté involucrada operativamente en el día a día, que cubra tres roles fundamentales: arquitecto, agente de cambio y comunicador, quienes deben construir e introducir el sistema de gestión, con un gran compromiso con el cambio radical con esta forma de gestionar y con las nuevas perspectivas; 8 - la alta dirección no exija obligatoriamente que el CMI sea considerado como una necesidad para la gestión, por falta de liderazgo o por resistencia al uso de tecnología en el compromiso en el uso de la herramienta; 9 – dificultad en la codificación de la estrategia: convertir la estrategia en números ha sido uno de los mayores limitantes, cuantificar obliga a concretar una abstracción. Y requiere un desarrollo de capacidades y habilidades intelectuales; 10 - Miedo a la difusión de la información. Por lo general, cuanto más se pueda codificar la información, más fácilmente se logrará difundirla. La posibilidad de difundir la información es una de las ventajas de la tecnología, genera miedos, más aún cuando la información es estratégica; 11 – Tecnología y técnicos seleccionados para el proyecto. A veces, los expertos de tecnología informática o en sistemas informáticos, fallan al explotar el potencial de la tecnología para gerenciar sin poder reducir las restricciones de las mismas. Como nos indica Díaz en su artículo (2013), tener siempre presente que la tecnología de la información es poderosa, pero en este tema es un facilitador, todo sigue dependiendo de la gente, de lo que está dispuesta a contribuir con su conocimiento, su vocación y sus ganas de aprender.

7.10. Límites y Utilidades de un Cuadro de Mando Integral

El CMI será el primer paso en formalizar información para conocer la empresa y sintetizar el estado de una situación, proporcionando un ambiente propicio para comenzar a dirigir formalmente con indicadores. Pero es mucho más que un software EIS (Executive Information System) o cualquier herramienta tecnológica que sirva para presentar la información porque tiene incorporado un importante conocimiento de dirección para diseñar la arquitectura de la información.

Un CMI **refleja sólo información cuantificable**, como herramienta formal de concreción tiene un alcance limitado como para poder recoger toda la información informal y cualitativa. **Evalúa situaciones, no identifica responsables** ya que si bien permite saber cómo está la empresa o sector, no indica quién es el responsable de que esto ocurra. **No focaliza totalmente la acción directiva**, sino que establece qué mirar para diagnosticar y generar un buen ambiente de análisis. **No reemplaza el juicio directivo** siempre habrá que aplicar el sentido común para emitir un juicio a partir de la información. **No identifica relaciones de causalidad entre objetivos y acciones, ni entre diferentes objetivos** ya que el CMI funciona como bloques de información, estando en la cabeza de los directivos las relaciones entre los indicadores y entre acciones e indicadores

8. Bibliografía

TESTA, Mario. Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación (el caso de Salud). Whashington D.C., EEUU: Publicación Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud, 1989. 307 p. ISBN: 950-99324-9-3.

KAPLAN, Robert S. - NORTON David P. El Cuadro de Mando Integral (The Balanced Scorecard). Barcelona, España: Edición Especial. KPMG Latinoamérica. Gestión 2000, 1997. 321 p. ISBN: 84.8088.175.5.

MARRACINO, Camilo – ABADIE, Juan P. - VERA FIGUEROA, Miguel. Indicadores para monitoreo de Sistemas de Atención de la Salud. En Biblioteca de la Sociedad Argentina para la Calidad en Atención de la Salud (SACAS), 1998. Disponible en Internet: <http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/MarracinoVeraFigueroaAbadieINDICADORES.PDF>

ROVERE, Mario R. Redes en Salud, un nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Editado por Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte, 1999. Disponible en Internet: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-121.pdf>

BALLVE, Alberto M. Tablero de Control. Organizando información para crear valor. Buenos Aires: Ediciones Macchi, 2000. 352 p. ISBN: 950-537-517-4.

JIMENEZ-JIMENEZ, José. Manual de Gestión para Jefes de Servicios Clínicos. Conceptos Básicos. España: Ediciones Díaz de Santos, 2000. 696 p. ISBN: 84-7978-450-4.

LOPEZ-NOGUERO, Fernando. El análisis de contenido como método de investigación. En Revista de Educación, Universidad de Huelva, abril 2002. 167-179 p. Disponible en Internet: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/1912/b15150434.pdf>

DI STEFANO, Roberto – SABATO, Hilda – ROMERO, Luis Alberto – MORENO, José Luis. De las Cofradías a las Organizaciones de la Sociedad Civil. Historia de la iniciativa Asociativa en Argentina 1776 – 1990. Buenos Aires, Argentina: Panca SRL Servicios Gráficos, Edilab Editora concluyó esta edición en el mes de septiembre de 2002. 366 p, p 108-114. ISBN 950-9487-19-8.

SCHWEIGER, Arturo. El Control de Gestión y el Sistema de Información Gerencial (SIG), en Sistemas y Organizaciones del Sector de Salud. En Congreso AES.ES, 2003.

ALESSO, Fernando. Diseño y aplicación de un cuadro de Mando para la gestión de redes de cobertura médico-asistencial. Buenos Aires: s.n., 2003. Presentada en la Universidad ISALUD para obtención del grado de Magister en Economía y Gestión de la Salud.

GINART-SOLA, Josep María. Indicadores de gestión para las entidades públicas. En VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública,

Panamá, 28-31, Octubre 2003. Disponible en Internet:
<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0047601.pdf>

DADIEGO, Gabriel. Control de Gestión en Obras Sociales. Desarrollo y utilización de Tableros de Comando Operativos y Cuadro de Mando Integral para el seguimiento de la gestión. El caso de la Obra Social del Personal de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires (O.S.P.U.N.C.P.B.A.). Buenos Aires: s.n., 2003-2004. Presentada en la Universidad ISALUD para obtención del grado de Magister en Economía y Gestión de la Salud.

CEBE, Lucía. Estrategias para mejorar la productividad en instituciones de salud. Buenos Aires: s.n., 2005. Presentada en la Universidad ISALUD para obtención del grado de Magister en Economía y Gestión de la Salud.

DIAZ, Carlos Alberto. El pequeño Gestión Ilustrado. Servicios de Salud. Buenos Aires: Ediciones ISALUD, 2006. 419 p. ISBN: 987-22285-6-6

MONZON, José Luis. Economía Social y conceptos afines: fronteras borrosas y ambigüedades conceptuales del Tercer Sector. CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa, nº 56, noviembre 2006. pp. 9-24. Disponible en internet:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17405602>

RUIZ MUÑOZ, David. La aplicación del Cuadro de Mando Integral en organizaciones sanitarias. En Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión, Julio-Diciembre 2006, vol. IV, nº 8. Disponible en Internet:
http://www.observatorio-iberoamericano.org/ricg/N%C2%BA_8/David%20Ruiz.pdf

MATUS, Carlos. Adiós Señor Presidente. Colección Planificación y Políticas Públicas. Buenos Aires: Ediciones Universidad Nacional de Lanús, 2008. 368 p. ISBN: 978-987-1326-16-7

CARNOTA LAUZAN, Orlando. El costo en salud y la corresponsabilidad clínica desde un enfoque gerencial. En Revista Cubana de Salud Pública. Jul-Set 2010, vol. 36, no. 3. Disponible en Internet: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300006

PALADINO, Joaquín. Gestión Estratégica en Obras Sociales Nacionales. "El Cuadro de Mando Integral como herramienta de control de Gestión y su contribución para el logro de una gestión estratégica en salud, aplicado a la Gestión Prestacional en una Obra Social Nacional de Origen Sindical para el bienio 2007 - 2008. Buenos Aires: s.n., 2010. Presentada en la Universidad ISALUD para obtención del grado de Magister en Economía y Gestión de la Salud.

GONZALEZ SANCHEZ, María Beatriz - LOPEZ-VALEIRAS SAMPEDRO, Ernesto - GOMEZ CONDE, Jacobo. El Cuadro de Mando Integral en el sector sanitario español: Una revisión analítica de la literatura. En Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión, Enero-Junio 2011, vol. IX, n° 17. Disponible en Internet: http://www.observatorio-iberoamericano.org/RICG/N%C2%BA_17/M_Beatriz_Gonzalez_Ernesto_L%C3%B3pez-Valeiras_Jacobo_G%C3%B3mez-Conde.pdf .

DIAZ, Carlos Alberto. Gestión de Servicios Asistenciales - ¿Cómo convertir un jefe de servicio en un gerente?. Buenos Aires: Ediciones ISALUD, 2011. 517 p. ISBN: 978-987-9413-58-6

BISBE, Josep – BARRUBES, Joan. El Cuadro de Mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias. En Revista Española de Cardiología, Octubre 2012, vol. 65, n° 10. Disponible en Internet: <http://www.revespcardiol.org/es/el-cuadro-mando-integral-como/articulo/90154891/>

CINGOLANI, Diego. Estudio del efecto de las patologías crónicas para fortalecimiento del Modelo de Gestión: Estudio de Caso de la Obra Social OSSIMBRA. Buenos Aires: s.n., 2013. Presentada en la Universidad ISALUD para obtención del grado de Magister en Economía y Gestión de la Salud.

DIAZ, Carlos Alberto. De "Apolos y Dionisios". En Revista Médica, Sagrado Corazón, Sanatorio de Alta Complejidad de los Empleados de Comercio, Julio 2013, vol. 1, n° 2, 5-8 p. Disponible en Internet: http://intranet.sagrado-corazon.com.ar:1102/intranet/revistas/rm-sc_editorial_002.pdf

LEYTON-PAVEZ, Carolina Elena - HUERTA-RIVEROS, Patricia Carolina - PAUL-ESPINOZA, Iván Renato. Cuadro de mando en salud. En Revista Salud Pública de México, Mayo-Junio 2015, vol. 57, n° 3, 234-241 p. Disponible en Internet:

<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v57n3/v57n3a12.pdf>

DIAZ, Carlos Alberto. Cuadro de Mando Integral. Perspectiva de los Procesos Internos. En Curso Cuadro de Mando Integral en Salud, de la teoría a la Práctica, Norton y Kaplan 12ma Edición, "El Control de gestión estratégico", Universidad ISALUD, Mayo 2016.

9. Anexos

ANEXO I

Entrevista 1 efectuada a la Gerencia General de la Mutual.

ENTREVISTADOR: Lic. Nanci Grande

EMPRESA: MUTUAL – Jefatura de Planeamiento y Control de Gestión.

CURSADO: Maestría en Economía y Gestión de Salud – 2012/2013

TESIS: Análisis de un sistema de información prestacional de una Mutual en Santa Fe y Córdoba.

Introducción: Se comenta el objetivo de este trabajo y los alcances de la misma para lograr la autorización correspondiente.

Objetivo: Teniendo en cuenta la misión, visión y valores de la Mutual más los objetivos estratégicos definidos inicialmente en 2015, con revisión y validación anual a vistas del 2018, consensuar el objetivo definido en este trabajo, definir los puntos más relevantes de la investigación como así también garantizar la reserva de los resultados obtenidos acerca del funcionamiento de la Mutual para la presentación de esta tesis.

Entrevista 2 efectuada al Gerente de Área de Prestaciones de Salud.

ENTREVISTADOR: Lic. Nanci Grande

EMPRESA: MUTUAL – Jefatura de Planeamiento y Control de Gestión.

CURSADO: Maestría en Economía y Gestión de Salud – 2012/2013

TESIS: Análisis de un sistema de información prestacional de una Mutual en Santa Fe y Córdoba.

Introducción: Se comenta la entrevista efectuada a la gerencia general, la decisión compartida de comenzar con el diseño e implementación del Cuadro de Mando Integral en su Perspectiva de Procesos Internos en esta Area en particular.

Objetivos: Conocer los objetivos principales del Area.

Desarrollo: El Gerente de Area destaca que los propósitos fundamentales de su función son: "diagramar la política de salud de la Mutual; elaborar, coordinar y controlar los modelos de Atención y Promoción de la Salud; y gestionar el desarrollo de nuevas estrategias del área".

Definiendo su objetivo estratégico alineado a la estrategia organizacional: *lograr un "x" % de costo de salud con calidad en la atención de los asociados de la Mutual.*

Destacándose los siguientes objetivos principales:

- a. Controlar Consumos y Costos de las Prestaciones.
- b. Controlar Consumos y Costos de los Programas Obligatorios y de Prevención.
- c. Favorecer atención y servicios de calidad prestacional a los asociados.
- d. Analizar Red de Prestadores según su ubicación geográfica, servicios y aranceles.
- e. Controlar las Auditorías Médicas Regionales.

Entrevista 3, efectuada a un referente de otra organización sanitaria.

ENTREVISTADOR: Lic. Nanci Grande

EMPRESA: MUTUAL – Jefatura de Planeamiento y Control de Gestión.

CURSADO: Maestría en Economía y Gestión de Salud – 2012/2013

TESIS: Análisis de un sistema de información prestacional de una Mutual en Santa Fe y Córdoba.

ENTREVISTADO: CPN Joaquín Paladino

EMPRESA: OSPRERA – Jefatura de Área Técnica- Coordinación General.

OBJETIVO PRINCIPAL:

Determinar alcance del Cuadro de Mando Integral INICIAL en la organización.

OBJETIVO SECUNDARIO:

Beneficios e inconvenientes en la implementación del Cuadro de Mando Integral.

CUESTIONARIO:

PARTE I: Elección de la herramienta. Alcances.

1. ¿Cómo surgió en la organización a la cual perteneces, la idea de usar la herramienta de gestión: Cuadro de Mando Integral (CMI)?
2. ¿La alta dirección propulsó desde el inicio esta herramienta? ¿Tenían experiencias similares anteriores?
3. La construcción de un CMI, ¿se realizó para abordar un tema en particular, o para un enfoque integral?

4. En algún momento, ¿pensaron construir Tableros de Mando en lugar de CMI, o ambas herramientas según el tema a abordar?

PARTE II: Implementación.

5. ¿Reconociste un involucramiento general con este proyecto institucional? ¿Cuáles fueron las principales resistencias y/o inconvenientes que reconociste durante la implementación del CMI en tu organización?
6. ¿Pudiste validar las mejoras en la gestión diaria por la implementación de los CMI?

PARTE III: Tema de Tesis. Su aplicación.

7. ¿Percibiste que la investigación realizada para la elaboración de tu tesis, que los enfoques económicos a la gestión en salud estudiados aportaron a tu labor diaria?, y a la gerencia a la cual perteneces?

VALIDADOR:

MAG. RUTH LITMANOVICH

Coordinación MEGS - iSalud

ANEXO II

Se recurrió a la biblioteca virtual de la Mutual, en el Sector Manuales de Calidad, en la cual se cuenta con la información acerca de la Misión, Visión y Valores de la organización definidos por el Consejo Directivo.

MISIÓN

Proporcionar los mejores servicios para mantener y mejorar el estado físico, psíquico y social de los productores vinculados con la principal cooperativa láctea de la provincia de Santa Fe, sus familiares y quienes voluntariamente adhieren a este sistema mutual, manteniendo el prestigio de la trayectoria y procurando el mejor resultado con los fondos aplicados.

VISIÓN

Nuestra prioridad es la satisfacción de los Asociados. Queremos brindar el mejor nivel de servicios para incrementar la permanencia, fundamentalmente de nuestros Asociados Activos. Nuestra trayectoria de servicios y el cumplimiento de compromisos nos permiten asociar a la población independiente que desea recibir un servicio de calidad. La experiencia de desarrollo y posicionamiento en nuestra tradicional zona de influencia nos permite proyectarnos hacia la región centro-norte del país y a todo el territorio de la República.

VALORES

- Garantía de permanencia y certeza en el cumplimiento de nuestras obligaciones. Para ello, el cuidado de la integridad de los fondos sociales resulta fundamental.
- Compromiso con el bienestar de nuestros Asociados e interés por el desarrollo de nuestro personal.
- Personalización de la gestión y proximidad con el Asociado para la resolución de sus problemas.
- Énfasis en el cuidado del patrimonio social con una gestión eficiente y eficaz, que promueve su crecimiento y utilización solidaria.

- Identificación y reconocimiento del interés de los prestadores, así como reciprocidad y lealtad en la prestación del servicio.
- Distribución equitativa de los beneficios entre los asociados en función de las necesidades y de los aportes al sostén del conjunto.
- Cobertura global, universal y abarcativa de prestaciones con efectividad reconocida.
- Organización y gestión de los servicios para la mejora continua de la calidad de las prestaciones y el perfeccionamiento de nuestro personal, promoviendo la dirección y remuneración por objetivos/desempeño.

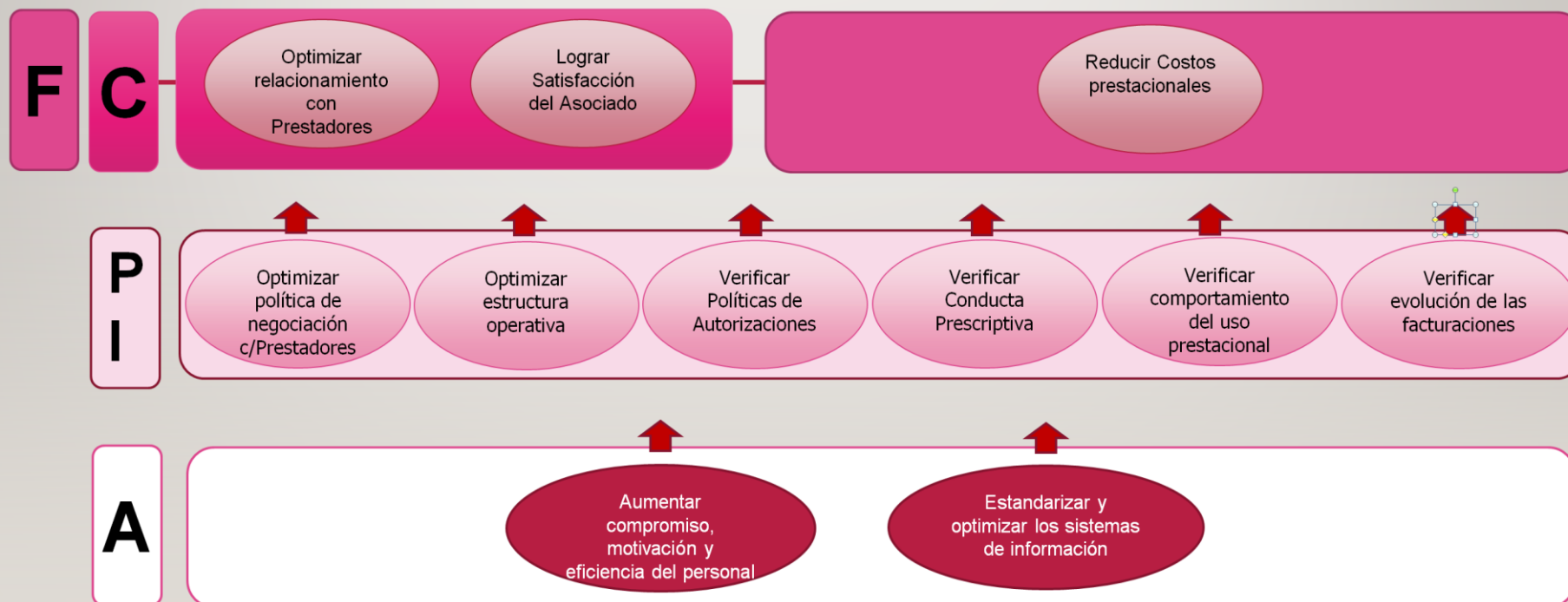
OBJETIVOS ESTRATEGICOS

Planificación estratégica efectuada en el 2014, con los siguientes objetivos principales:

- Lograr una cantidad "x" de asociados para jun/2018.
- Confirmar la segmentación "x" de asociados definida hasta el momento.
- Lograr una rentabilidad del "x" %.
- Diferenciarse en el mercado de la salud por la calidad de los servicios.

MAPA ESTRATEGICO: RELACIONES CAUSA-EFECTO

OBJETIVO: LOGRAR X% COSTO SALUD CON CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS ASOCIADOS DE LA MUTUAL



Fuente: Elaboración Propia.

MAPA ESTRATEGICO: PERSPECTIVA DE PROCESOS INTERNOS. INDICADORES.

PERSPECT.	OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	META	PLAN DE ACCION
Procesos Internos	I1 Verificar evolución de la Facturación	Facturación anual Prestadores en Ambulatorio	Facturación Ambulatorio Año Actual / Facturación Ambulatorio Año Anterior	Inflación + 5%	Construir y discutir en el Comité de Auditores la descomposición del crecimiento respecto a los precios y cantidad de pacientes y reiteración de prácticas por paciente.
	I2 Verificar comportamiento de uso prestacional	Tasa de Uso: Consultas en Ambulatorio por Asociado	Cantidad Consultas / Cantidad Asociados	7 anual	Determinar patrones de uso para carteras de asociados distintas: tipo afiliación (zonas geográficas, planes de coberturas). Comité de Auditores definirá políticas correctivas y de seguimiento.
		Tasa de Uso: Práct. Médicas en Ambulatorio por Asociado	Cantidad Prácticas Médicas / Cantidad Asociados	5 anual	
		Tasa de Uso: Práct. Bioq. en Ambulatorio por Asociado	Cantidad Prácticas Bioq. / Cantidad Asociados	10 anual	
		Tasa de Uso: Recetarios en Ambulatorio por Asociado	Cantidad Recetarios / Cantidad Asociados	5 anual	
		Tasa de Egreso por 100 asociados	Cantidad Internaciones / Cantidad Asociados x 100	11 anual x 100 as.	Definir estrategia de seguimiento de casos y política unificada de auditoría en terreno por tipo de Internación.
		Días Autorizados por Internación	Días Autorizados / Cantidad Internaciones	2,7 días	
		Consumo Casos Severos	\$ Consumos Casos Severos / \$ Total Consumos x 100	10% anual	Crear Comité de Seguimiento de Casos
	I3 Verificar conducta prescriptiva	Prácticas Médicas en Ambulatorio por Consulta	Cant. Práct. Médicas / Cant. Consultas	A definir	Desarrollar Perfil Prestacional
		Prácticas Bioquímicas en Ambulatorio por Consulta	Cant. Práct. Bioq. / Cant. Consultas	A definir	
		Recetarios de Medicamentos en Amb. por Consulta	Cant. Recetarios Medicam. / Cant. Consultas	A definir	

		Débitos sobre la Facturación de Prestadores	\$ Débitos / \$ Facturación Prestadores x 100	3,5% anual	Capacitación Auditores Médicos: Criterio para aplicación de Débitos.
I4 Verificar políticas de autorizaciones		Autorizaciones Rechazadas	Cant. Rechazos / Cant. Solicitadas Aut. x 100	5% anual	Capacitación Médicos Auditores: Criterio de rechazo de prestaciones solicitadas.
I5 Optimizar política de negociación con Prestadores		Facturas procesadas con Errores de Validación de Aranceles	Cant. Facturas con Error Aranceles / Cant. Facturas Recepcionadas x 100	10%	Elaborar Proceso de Actualización de Aranceles por Prestador.
		Contratos cargados - actualizados	Cantidad de Contratos cargados o actualizados / Cantidad de contratos negociados x100	90%	Elaborar Proceso de Carga de novedades en los Contratos, estableciendo Vencimientos y Desvíos.
I6 Optimizar estructura operativa		Auditorías en terreno (Internaciones)	Cant. Int. Auditadas / Cant. Int. Auditables x 100	80% anual	Crear Comité de Seguimiento de los resultados/desvíos obtenidos.
		Prestaciones Procesadas Vencidas	Cant. Facturas Procesadas Vencidas / Cant. Facturas Recepcionadas x 100	95%	Elaborar Proceso de Monitoreo de los Vencimientos y desvíos.
		Días Vencidos Pago a Prestadores	Promedio (Fecha Pago – Fecha Vencimiento)	5 días	Elaborar Proceso de Monitoreo de los Vencimientos y pagos efectivos.

PERSPECTIVA DE PROCESOS INTERNOS. INDICADORES

INDICADORES.

AREA DE PRESTACIONES DE SALUD DE LA MUTUAL

P.	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	MES ACTUAL: JUN/16			ACUMULADOS 12 MESES				MAS INFORMACION	
			Mes Año Act.	Mes Año Ant.	Variación	U12m	ALARMA	U13-24m	Variación	Navegar	Gráficos
Procesos Internos	I1 Verificar evolución de Facturación	Facturación Prestadores anual Ambulatorio							59,5%	✖	
	I2 Verificar comportamiento de uso prestacional	Tasa Uso de Consultas en Ambulatorio	0,594	0,541	9,9%	6,784		6,668	1,7%	✖	✖
		Tasa Uso de Prácticas Médicas en Ambulatorio	0,496	0,421	17,7%	5,235	●	4,768	9,8%	✖	✖
		Tasa Uso de Prácticas Bioquímicas en Ambulatorio	0,826	0,733	12,7%	9,145	●	8,212	11,4%	✖	✖
		Tasa Uso de Recetarios Medicam. en Ambulatorio	0,342	0,327	4,4%	4,378	●	4,110	6,5%	✖	✖
		Tasa Egreso x 100 Asociados	1,3	1,1	16,4%	13,9	●	14,0	-0,2%	✖	✖
		Días Autorizados por Internación	2,9	2,6	11,3%	2,7	●	2,7	1,5%	✖	✖
		Consumo Casos Severos				10,8%	●	10,5%	3,6%	✖	
	I3 Verificar conducta prescriptiva	Prácticas Médicas en Ambulatorio por Consulta	0,834	0,779	7,1%	0,772		0,715	7,9%	✖	✖
		Prácticas Bioquímicas en Ambulatorio por Consulta	1,389	1,355	2,5%	1,348		1,232	9,5%	✖	✖
		Recetarios Medicam. en Ambulatorio por Consulta	0,743	0,446	66,7%	0,662		0,667	-0,9%	✖	✖
		Débitos sobre la Liquidación de Prestadores	3,3%	2,4%	37,3%	3,1%	●	2,8%	9,6%	✖	✖
	I4 Verificar política de autorizac.	Autorizaciones Rechazadas	6,5%	6,8%	-4,9%	6,3%	●	6,6%	-4,9%	✖	✖
	I5 Optimizar política de negociación con prestadores	Facturas procesadas con Errores de Val.Aranceles	12,7%	13,1%	-3,1%	11,2%	●	13,9%	-19,4%		
		Contratos cargados-actualizados	92,1%	88,5%	4,1%	90,3%	●	85,7%	5,4%		
	I6 Optimizar estructura operativa	Auditorías en terreno (internaciones)	51,7%	55,5%	-6,8%	51,2%	●	41,2%	24,4%	✖	
		Facturas Procesadas NO Vencidas	57,1%	50,9%	12,0%	55,3%	●	61,8%	-10,4%		
		Días Vencidos Pago a Prestadores	4	5	-20,0%	5	●	6	-16,7%		

Fuente: Elaboración Propia.

NAVEGAR A COBERTURAS y/o PRESTADORES

COBERTURAS

☒ TODAS
 ☐ Plan A
 ☐ Plan B
 ☐ Plan C
 ☐ Plan D
 ☐ Plan E

PRESTADOR

☒ TODOS

Ingresar
Código
Prestador

REPORTE: FACTURACION ANUAL PRESTADORES

INDICADOR: Facturación Anual Prestadores Amb.	Indicador Principal y su descomposición en sus COMPONENTES					
	TODOS	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan E
Facturación AMB U12M	877M					
Facturación AMB U13-24M	550M					
Var. Facturación U12M vs U13-24M	59,5%					
Var. Precio Prácticas U12M vs U13-24M	45,1%					
Var. Pacientes U12M vs U13-24M	8,5%					
Var. Indice Rep.Práct.xPac. U12M vs U13-24M	1,3%					

Fuente: Elaboración Propia.

NAVEGAR A COBERTURAS y/o ZONAS

COBERTURAS

☒ TODAS
☐ Plan A
☐ Plan B
☐ Plan C
☐ Plan D
☐ Plan E

ZONAS

☒ TODAS
☐ Zona A
☐ Zona B
☐ Zona C
☐ Zona D
☐ Zona E
☐ Zona F
☐ Zona G
☐ Zona H
☐ Zona I
☐ Zona J

REPORTE: TASA DE USO CONSULTAS EN AMBULATORIO

INDICADOR: Tasas de Uso Consultas en Amb.	MES ACTUAL: JUN/16			ACUMULADOS 12 MESES			
	Mes Año Act.	Mes Año Ant.	Variación	U12m	ALARMA	U13-24m	Variación
Plan A	0,534	0,488	9,4%	6,332		6,392	-0,9%
Plan B	0,609	0,575	5,8%	7,161		7,252	-1,3%
Plan C	0,625	0,605	3,3%	7,109		7,190	-1,1%
Plan D	0,726	0,721	0,8%	8,525		8,579	-0,6%
Plan E	0,632	0,604	4,5%	7,240		7,403	-2,2%
Zona A	0,533	0,455	17,2%	5,717		5,343	7,0%
Zona B	0,620	0,512	21,3%	6,135		6,131	0,1%
Zona C	0,659	0,626	5,3%	7,482		6,999	6,9%
Zona D	0,640	0,588	8,9%	7,222		7,112	1,5%
Zona E	0,632	0,640	-1,1%	7,742		7,847	-1,3%
Zona F	0,470	0,333	41,2%	5,527		5,372	2,9%
Zona G	0,505	0,434	16,4%	6,378		6,331	0,7%
Zona H	0,778	0,530	46,9%	9,089		9,060	0,3%
Zona I	0,672	0,623	7,9%	7,802		7,719	1,1%
Zona J	0,659	0,660	0,0%	7,861		7,658	2,6%
Plan x - Zona x							

Fuente: Elaboración Propia.

COBERTURAS
ZONAS
REPORTE: TASA DE USO PRACTICAS MEDICAS EN AMBULATORIO
☒ **TODAS**
☐ **Plan A**
☐ **Plan B**
☐ **Plan C**
☐ **Plan D**
☐ **Plan E**
☒ **TODAS**
☐ **Zona A**
☐ **Zona B**
☐ **Zona C**
☐ **Zona D**
☐ **Zona E**
☐ **Zona F**
☐ **Zona G**
☐ **Zona H**
☐ **Zona I**
☐ **Zona J**

INDICADOR: Tasas de Uso Prácticas Méd. en Amb.	MES ACTUAL: JUN/16			ACUMULADOS 12 MESES			
	Mes Año Act.	Mes Año Ant.	Variación	U12m	ALARMA	U13-24m	Variación
Plan A	0,415	0,342	21,2%	4,321		3,970	8,8%
Plan B	0,498	0,447	11,4%	5,352		5,104	4,9%
Plan C	0,491	0,453	8,3%	5,490		5,170	6,2%
Plan D	0,689	0,660	4,4%	7,777		7,682	1,2%
Plan E	0,690	0,661	4,4%	7,514		7,616	-1,3%
Zona A	0,533	0,455	17,2%	3,905		3,229	20,9%
Zona B	0,620	0,512	21,3%	4,522		4,343	4,1%
Zona C	0,659	0,626	5,3%	6,913		5,741	20,4%
Zona D	0,640	0,588	8,9%	6,155		6,000	2,6%
Zona E	0,632	0,640	-1,1%	6,407		5,875	9,1%
Zona F	0,470	0,333	41,2%	4,027		3,772	6,8%
Zona G	0,505	0,434	16,4%	4,486		4,093	9,6%
Zona H	0,778	0,530	46,9%	6,947		6,247	11,2%
Zona I	0,672	0,623	7,9%	6,938		6,650	4,3%
Zona J	0,659	0,660	0,0%	6,023		5,316	13,3%
Plan x - Zona x							

COBERTURAS
ZONAS
REPORTE: TASA DE USO PRACTICAS BIOQUIM. EN AMBULATORIO
☒ **TODAS**
☐ **Plan A**
☐ **Plan B**
☐ **Plan C**
☐ **Plan D**
☐ **Plan E**
☒ **TODAS**
☐ **Zona A**
☐ **Zona B**
☐ **Zona C**
☐ **Zona D**
☐ **Zona E**
☐ **Zona F**
☐ **Zona G**
☐ **Zona H**
☐ **Zona I**
☐ **Zona J**

INDICADOR: Tasas de Uso Prácticas Bioquim. en Amb.	MES ACTUAL: JUN/16			ACUMULADOS 12 MESES			
	Mes Año Act.	Mes Año Ant.	Variación	U12m	ALARMA	U13-24m	Variación
Plan A	0,534	0,488	9,4%	7,783		6,972	11,6%
Plan B	0,609	0,575	5,8%	9,614		9,061	6,1%
Plan C	0,625	0,605	3,3%	9,708		9,033	7,5%
Plan D	0,726	0,721	0,8%	12,452		11,693	6,5%
Plan E	0,632	0,604	4,5%	10,546		10,249	2,9%
Zona A	0,533	0,455	17,2%	7,969		6,369	25,1%
Zona B	0,620	0,512	21,3%	9,634		9,402	2,5%
Zona C	0,659	0,626	5,3%	10,505		8,628	21,8%
Zona D	0,640	0,588	8,9%	10,418		10,064	3,5%
Zona E	0,632	0,640	-1,1%	10,263		9,913	3,5%
Zona F	0,470	0,333	41,2%	8,001		7,200	11,1%
Zona G	0,505	0,434	16,4%	7,626		7,037	8,4%
Zona H	0,778	0,530	46,9%	11,100		10,342	7,3%
Zona I	0,672	0,623	7,9%	10,144		9,424	7,6%
Zona J	0,659	0,660	0,0%	10,048		8,856	13,5%
Plan x - Zona x							

Fuente: Elaboración Propia.

COBERTURAS
ZONAS
REPORTE: TASA DE USO RECETARIOS MEDICAMENTOS EN AMBULATORIO
☒ **TODAS**
☐ **Plan A**
☐ **Plan B**
☐ **Plan C**
☐ **Plan D**
☐ **Plan E**
☒ **TODAS**
☐ **Zona A**
☐ **Zona B**
☐ **Zona C**
☐ **Zona D**
☐ **Zona E**
☐ **Zona F**
☐ **Zona G**
☐ **Zona H**
☐ **Zona I**
☐ **Zona J**

INDICADOR: Tasas de Uso Recet. Medicam. en Amb.	MES ACTUAL: JUN/16			ACUMULADOS 12 MESES			
	Mes Año Act.	Mes Año Ant.	Variación	U12m	ALARMA	U13-24m	Variación
Plan A	0,330	0,309	6,9%	4,385		4,203	4,3%
Plan B	0,398	0,367	8,4%	4,101		3,747	9,5%
Plan C	0,394	0,359	9,6%	4,578		4,174	9,7%
Plan D	0,444	0,410	8,3%	5,107		4,786	6,7%
Plan E	0,445	0,395	12,7%	5,369		4,775	12,4%
Zona A	0,533	0,455	17,2%	4,432		4,209	5,3%
Zona B	0,620	0,512	21,3%	4,947		4,560	8,5%
Zona C	0,659	0,626	5,3%	4,492		4,068	10,4%
Zona D	0,640	0,588	8,9%	5,070		4,754	6,7%
Zona E	0,632	0,640	-1,1%	5,092		4,880	4,4%
Zona F	0,470	0,333	41,2%	5,601		5,160	8,5%
Zona G	0,505	0,434	16,4%	5,458		5,097	7,1%
Zona H	0,778	0,530	46,9%	7,184		6,742	6,6%
Zona I	0,672	0,623	7,9%	9,073		8,224	10,3%
Zona J	0,659	0,660	0,0%	10,048		8,856	13,5%
Plan x - Zona x							

Fuente: Elaboración Propia.

COBERTURAS
ZONAS
REPORTE: TASA DE EGRESO POR 100 ASOCIADOS
☒ **TODAS**
☐ **Plan A**
☐ **Plan B**
☐ **Plan C**
☐ **Plan D**
☐ **Plan E**
☒ **TODAS**
☐ **Zona A**
☐ **Zona B**
☐ **Zona C**
☐ **Zona D**
☐ **Zona E**
☐ **Zona F**
☐ **Zona G**
☐ **Zona H**
☐ **Zona I**
☐ **Zona J**

INDICADOR: Tasas de Egreso por 100 Asociados	MES ACTUAL: JUN/16			ACUMULADOS 12 MESES			
	Mes Año Act.	Mes Año Ant.	Variación	U12m	ALARMA	U13-24m	Variación
Plan A	1,145	1,011	13,3%	13,559		13,229	2,5%
Plan B	1,267	1,163	8,9%	14,404		14,660	-1,7%
Plan C	1,193	1,011	18,0%	13,071		13,173	-0,8%
Plan D	1,629	1,517	7,4%	18,073		17,835	1,3%
Plan E	1,514	1,229	23,2%	15,784		14,975	5,4%
Zona A	1,035	0,681	51,8%	9,644		9,837	-2,0%
Zona B	0,975	1,019	-4,3%	12,858		12,081	6,4%
Zona C	1,343	1,220	10,1%	15,426		15,146	1,9%
Zona D	1,568	1,284	22,2%	16,354		15,830	3,3%
Zona E	1,229	1,121	9,6%	14,627		15,177	-3,6%
Zona F	1,135	0,938	21,0%	10,869		11,861	-8,4%
Zona G	1,035	1,138	-9,1%	14,106		13,837	1,9%
Zona H	1,478	1,501	-1,5%	17,805		18,589	-4,2%
Zona I	1,592	1,623	-1,9%	20,680		21,762	-5,0%
Zona J	1,614	1,167	38,3%	16,239		14,936	8,7%
Plan x - Zona x							

COBERTURAS

☒ TODAS
☐ Plan A
☐ Plan B
☐ Plan C
☐ Plan D
☐ Plan E

ZONAS

☒ TODAS
☐ Zona A
☐ Zona B
☐ Zona C
☐ Zona D
☐ Zona E
☐ Zona F
☐ Zona G
☐ Zona H
☐ Zona I
☐ Zona J

REPORTE: DIAS AUTORIZADOS POR INTERNACION

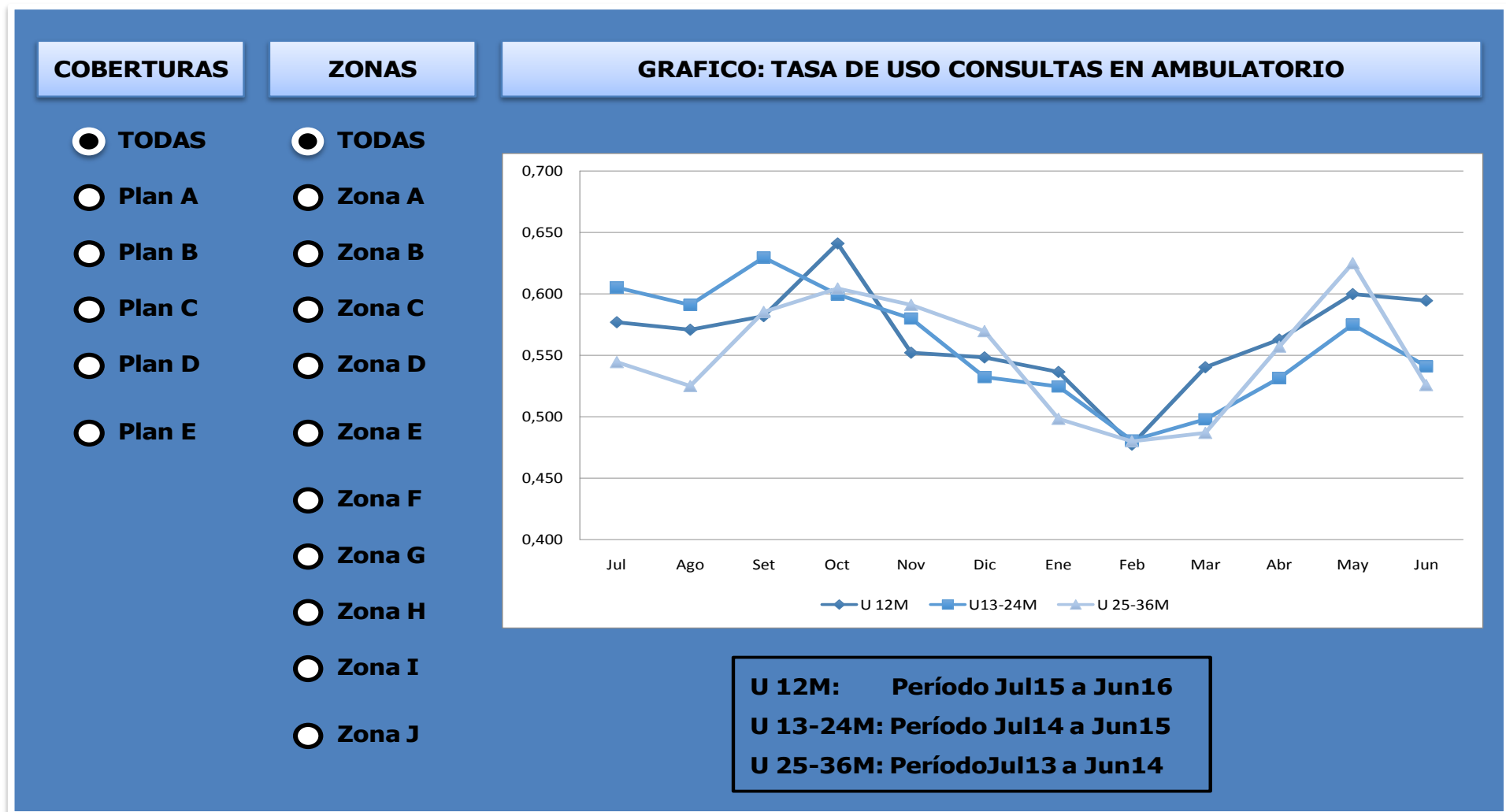
INDICADOR: Días Autorizados por Internación	MES ACTUAL: JUN/16			ACUMULADOS 12 MESES			
	Mes Año Act.	Mes Año Ant.	Variación	U12m	ALARMA	U13-24m	Variación
Plan A	2,614	2,448	6,8%	2,490		2,347	6,1%
Plan B	3,131	2,551	22,7%	2,615		2,509	4,2%
Plan C	2,987	2,446	22,1%	2,909		2,746	5,9%
Plan D	2,789	2,827	-1,4%	2,752		3,290	-16,4%
Plan E	3,126	4,283	-27,0%	3,446		3,667	-6,0%
Zona A	4,506	3,133	43,8%	3,889		3,550	9,5%
Zona B	2,948	3,223	-8,5%	2,778		3,319	-16,3%
Zona C	3,135	2,899	8,1%	2,995		2,901	3,3%
Zona D	2,794	2,415	15,7%	2,818		2,772	1,6%
Zona E	3,185	3,121	2,0%	2,508		2,523	-0,6%
Zona F	3,373	2,013	67,6%	2,633		2,312	13,9%
Zona G	3,067	2,353	30,3%	2,474		2,427	2,0%
Zona H	2,684	2,050	30,9%	2,699		2,464	9,5%
Zona I	2,554	2,137	19,5%	2,334		2,384	-2,1%
Zona J	2,411	2,533	-4,8%	2,340		2,212	5,8%
Plan x - Zona x							

Fuente: Elaboración Propia.

REPORTE: CONSUMOS CASOS SEVEROS

INDICADOR: Consumos Casos Severos	ACUMULADOS 12 MESES			
	U12m	ALARMA	U13-24m	Variación
Zona A	18%		12%	59,2%
Zona B	14%		11%	19,5%
Zona C	10%		15%	-31,6%
Zona D	8%		9%	-11,3%
Zona E	8%		7%	6,0%
Zona F	12%		13%	-4,2%
Zona G	11%		13%	-11,8%
Zona H	10%		12%	-16,1%
Zona I	0%		8%	-100,0%
Zona J	7%		9%	-25,6%

GRÁFICOS



Fuente: Elaboración Propia.

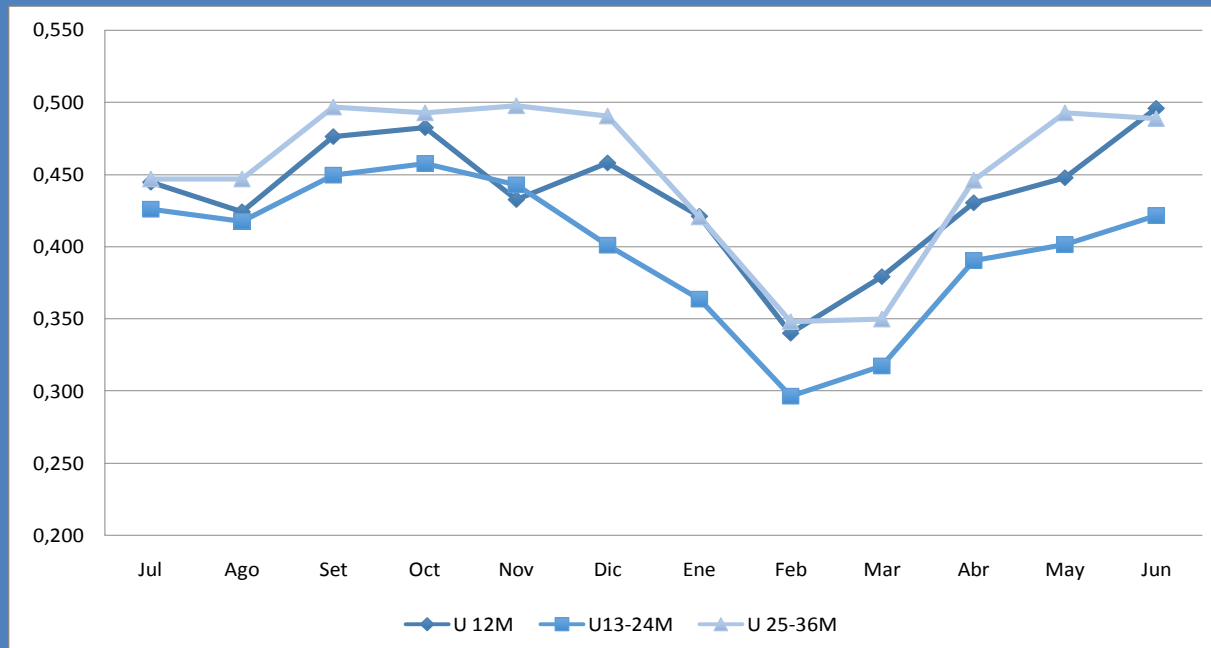
COBERTURAS

- ☒ **TODAS**
- ☐ **Plan A**
- ☐ **Plan B**
- ☐ **Plan C**
- ☐ **Plan D**
- ☐ **Plan E**

ZONAS

- ☒ **TODAS**
- ☐ **Zona A**
- ☐ **Zona B**
- ☐ **Zona C**
- ☐ **Zona D**
- ☐ **Zona E**
- ☐ **Zona F**
- ☐ **Zona G**
- ☐ **Zona H**
- ☐ **Zona I**
- ☐ **Zona J**

GRAFICO: TASA DE USO PRACTICAS MEDICAS EN AMBULATORIO



U 12M: Período Jul15 a Jun16
U 13-24M: Período Jul14 a Jun15
U 25-36M: Período Jul13 a Jun14

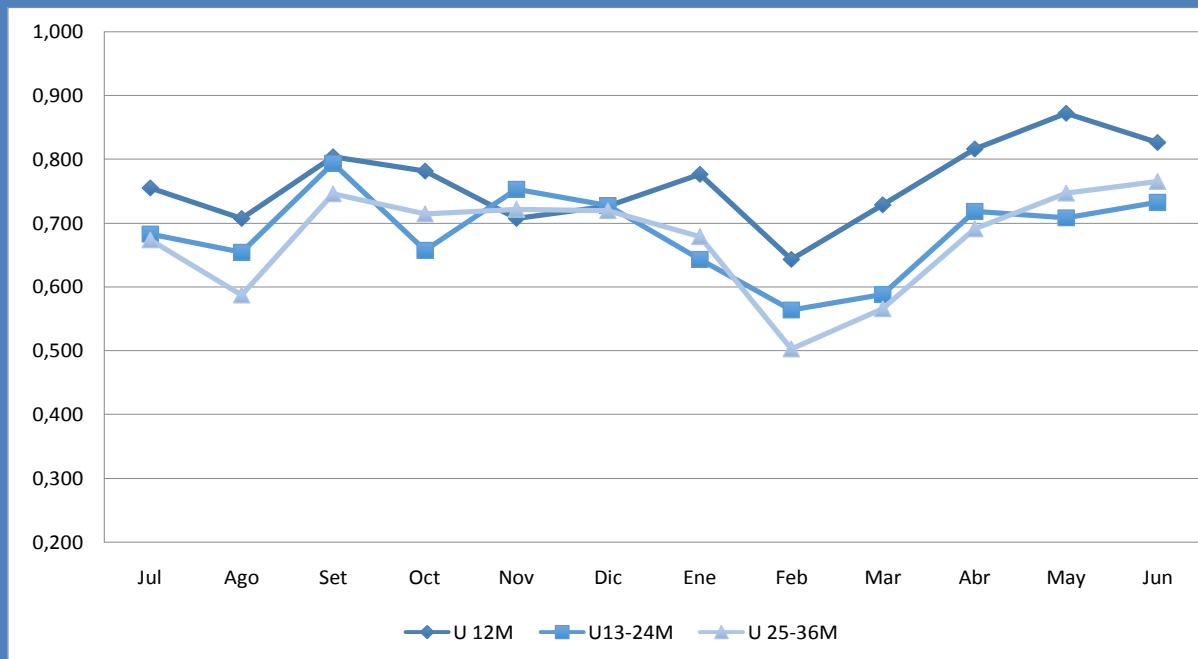
COBERTURAS

- ☒ **TODAS**
- ☐ **Plan A**
- ☐ **Plan B**
- ☐ **Plan C**
- ☐ **Plan D**
- ☐ **Plan E**

ZONAS

- ☒ **TODAS**
- ☐ **Zona A**
- ☐ **Zona B**
- ☐ **Zona C**
- ☐ **Zona D**
- ☐ **Zona E**
- ☐ **Zona F**
- ☐ **Zona G**
- ☐ **Zona H**
- ☐ **Zona I**
- ☐ **Zona J**

GRAFICO: TASA DE USO PRACTICAS BIOQUIM. EN AMBULATORIO



U 12M: Período Jul15 a Jun16
U 13-24M: Período Jul14 a Jun15
U 25-36M: Período Jul13 a Jun14

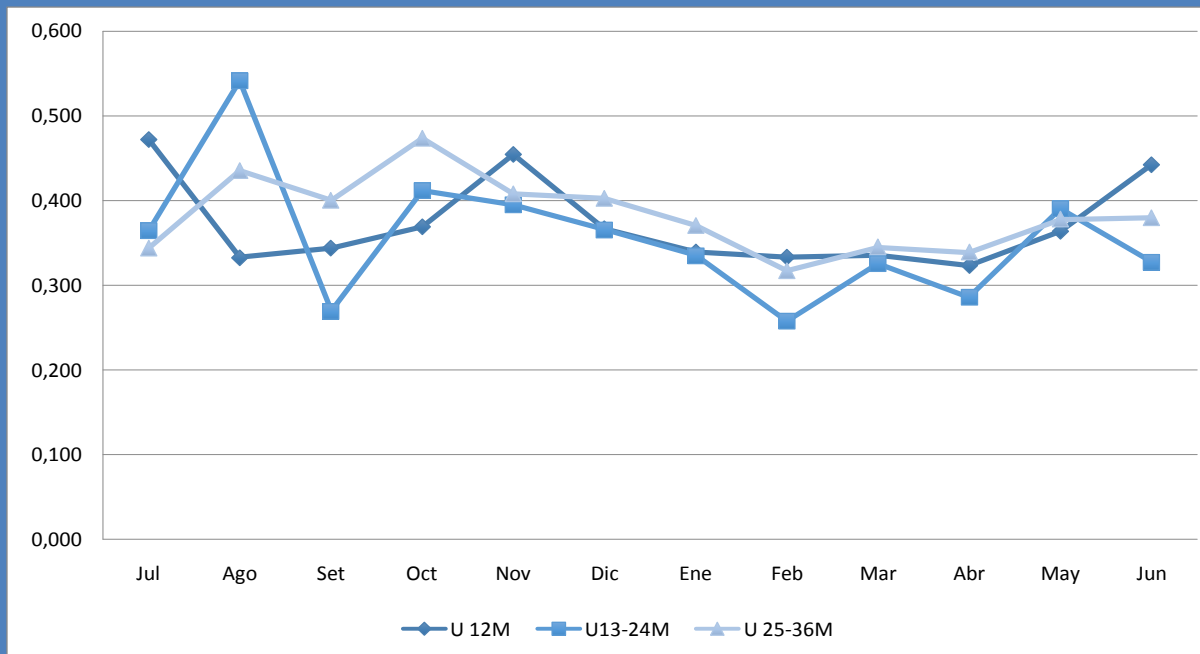
COBERTURAS

- ☒ **TODAS**
- ☐ **Plan A**
- ☐ **Plan B**
- ☐ **Plan C**
- ☐ **Plan D**
- ☐ **Plan E**

ZONAS

- ☒ **TODAS**
- ☐ **Zona A**
- ☐ **Zona B**
- ☐ **Zona C**
- ☐ **Zona D**
- ☐ **Zona E**
- ☐ **Zona F**
- ☐ **Zona G**
- ☐ **Zona H**
- ☐ **Zona I**
- ☐ **Zona J**

GRAFICO: TASA DE USO RECETARIOS MEDICAMENTOS EN AMBULATORIO



U 12M: Período Jul15 a Jun16
U 13-24M: Período Jul14 a Jun15
U 25-36M: Período Jul13 a Jun14

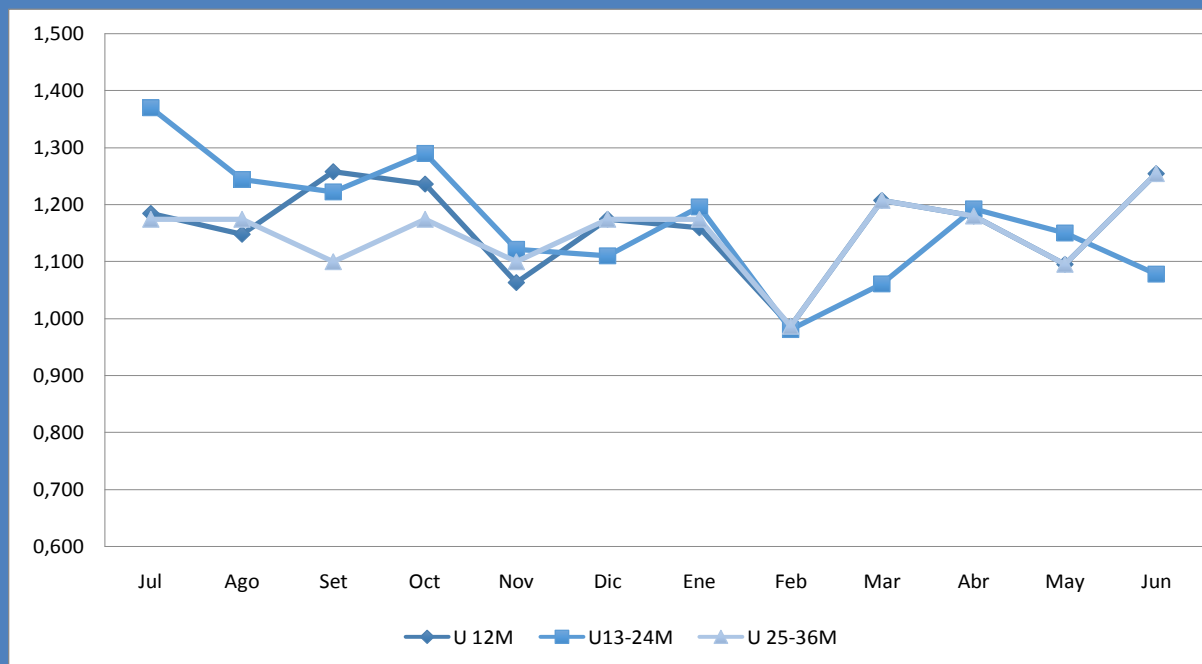
COBERTURAS

- ☒ **TODAS**
- ☐ **Plan A**
- ☐ **Plan B**
- ☐ **Plan C**
- ☐ **Plan D**
- ☐ **Plan E**

ZONAS

- ☒ **TODAS**
- ☐ **Zona A**
- ☐ **Zona B**
- ☐ **Zona C**
- ☐ **Zona D**
- ☐ **Zona E**
- ☐ **Zona F**
- ☐ **Zona G**
- ☐ **Zona H**
- ☐ **Zona I**
- ☐ **Zona J**

GRAFICO: TASA DE EGRESO POR 100 ASOCIADOS



U 12M: Período Jul15 a Jun16
U 13-24M: Período Jul14 a Jun15
U 25-36M: Período Jul13 a Jun14

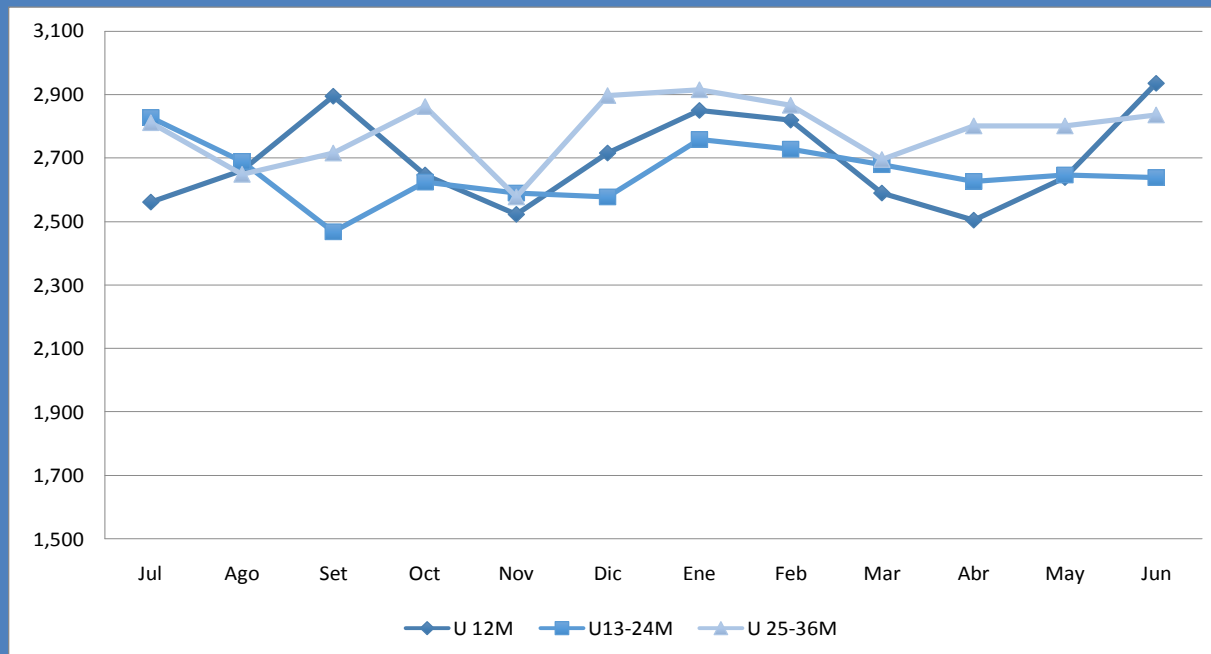
COBERTURAS

- ☒ **TODAS**
- ☐ **Plan A**
- ☐ **Plan B**
- ☐ **Plan C**
- ☐ **Plan D**
- ☐ **Plan E**

ZONAS

- ☒ **TODAS**
- ☐ **Zona A**
- ☐ **Zona B**
- ☐ **Zona C**
- ☐ **Zona D**
- ☐ **Zona E**
- ☐ **Zona F**
- ☐ **Zona G**
- ☐ **Zona H**
- ☐ **Zona I**
- ☐ **Zona J**

GRAFICO: DIAS AUTORIZADOS POR INTERNACION



U 12M: Período Jul15 a Jun16

U 13-24M: Período Jul14 a Jun15

U 25-36M: Período Jul13 a Jun14

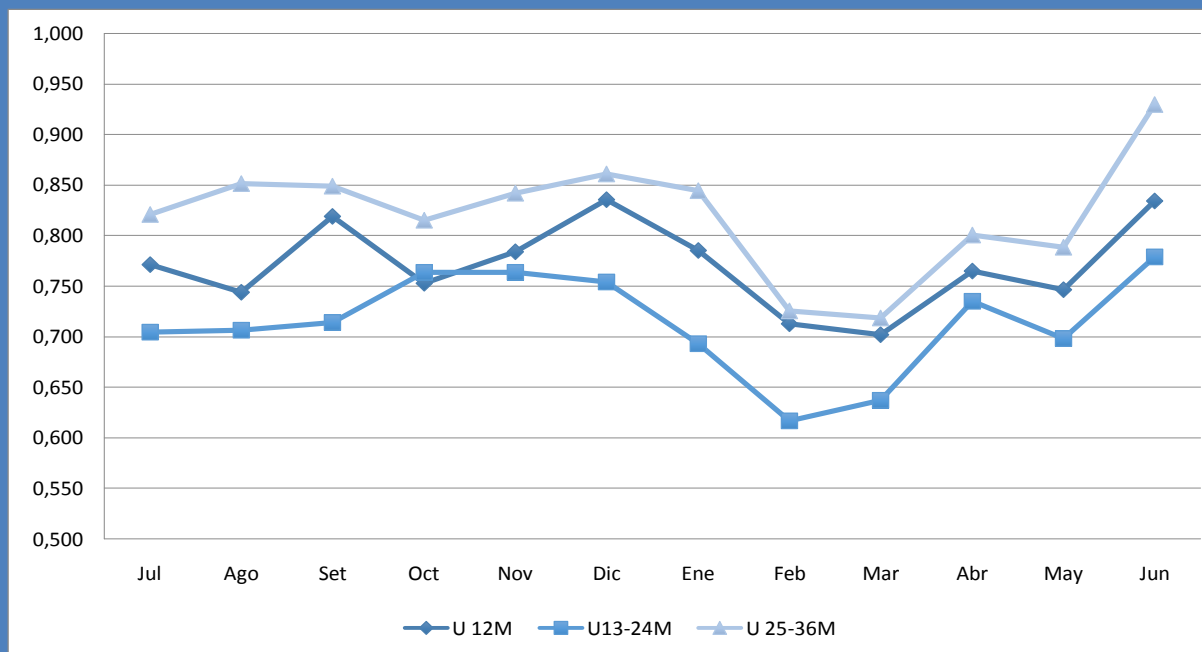
COBERTURAS

- ☒ **TODAS**
- ☐ **Plan A**
- ☐ **Plan B**
- ☐ **Plan C**
- ☐ **Plan D**
- ☐ **Plan E**

ZONAS

- ☒ **TODAS**
- ☐ **Zona A**
- ☐ **Zona B**
- ☐ **Zona C**
- ☐ **Zona D**
- ☐ **Zona E**
- ☐ **Zona F**
- ☐ **Zona G**
- ☐ **Zona H**
- ☐ **Zona I**
- ☐ **Zona J**

GRAFICO: PRACTICAS MEDICAS EN AMB. POR CONSULTA



U 12M: Período Jul15 a Jun16
U 13-24M: Período Jul14 a Jun15
U 25-36M: Período Jul13 a Jun14

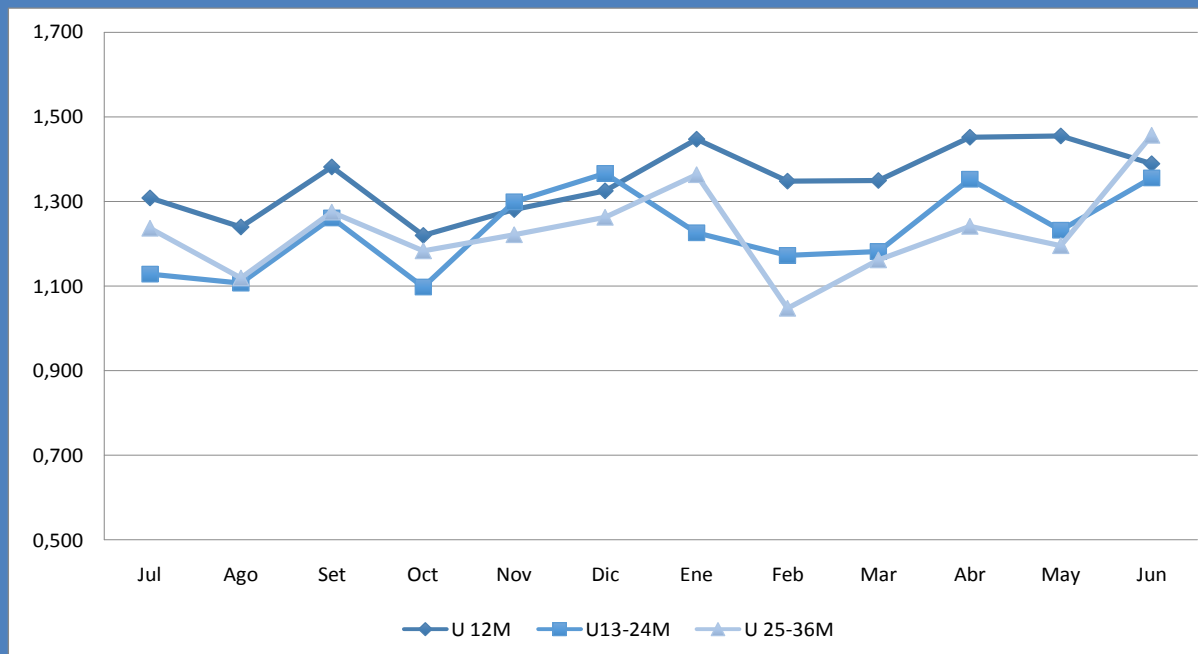
COBERTURAS

- ☒ **TODAS**
- ☐ **Plan A**
- ☐ **Plan B**
- ☐ **Plan C**
- ☐ **Plan D**
- ☐ **Plan E**

ZONAS

- ☒ **TODAS**
- ☐ **Zona A**
- ☐ **Zona B**
- ☐ **Zona C**
- ☐ **Zona D**
- ☐ **Zona E**
- ☐ **Zona F**
- ☐ **Zona G**
- ☐ **Zona H**
- ☐ **Zona I**
- ☐ **Zona J**

GRAFICO: PRACTICAS BIOQUIMICAS EN AMB. POR CONSULTA



U 12M: Período Jul15 a Jun16

U 13-24M: Período Jul14 a Jun15

U 25-36M: Período Jul13 a Jun14

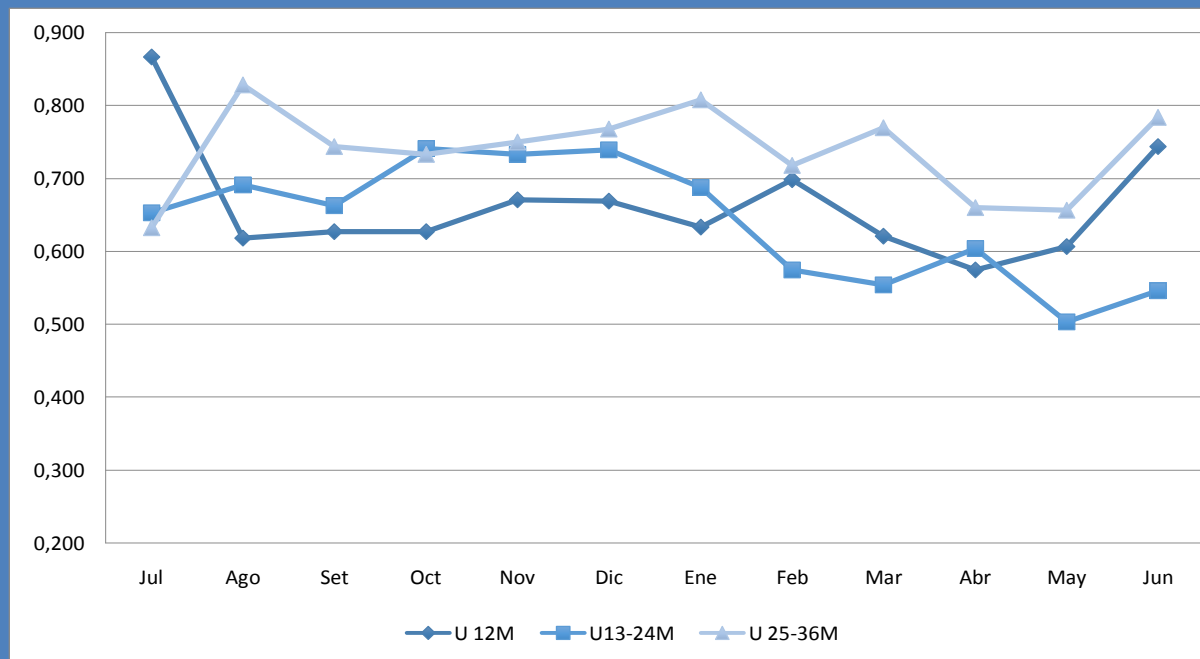
COBERTURAS

- ☒ **TODAS**
- ☐ **Plan A**
- ☐ **Plan B**
- ☐ **Plan C**
- ☐ **Plan D**
- ☐ **Plan E**

ZONAS

- ☒ **TODAS**
- ☐ **Zona A**
- ☐ **Zona B**
- ☐ **Zona C**
- ☐ **Zona D**
- ☐ **Zona E**
- ☐ **Zona F**
- ☐ **Zona G**
- ☐ **Zona H**
- ☐ **Zona I**
- ☐ **Zona J**

GRAFICO: RECETARIOS MEDICAMENTOS EN AMB. POR CONSULTA



U 12M: Período Jul15 a Jun16
U 13-24M: Período Jul14 a Jun15
U 25-36M: Período Jul13 a Jun14

