

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Ricardo Otero

ADQUISICIÓN DE LA EMPRESA DE MEDICINA PREPAGA

2001



Citar como: Otero, R. (2001). Adquisición de la Empresa de Medicina Prepaga. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD
CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN ECONOMÍA Y GESTIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

PROMOCIÓN 1999-2000

NOMBRE Y APELLIDO: **Ricardo Otero**

TÍTULO DEL TRABAJO FINAL : **Adquisición de la Empresa de Medicina Prepaga**

Marzo,2001

CENTRO DE DOCUMENTACION
FUNDACION ISALUD

TFS
8783

ÍNDICE

I.- Resumen ejecutivo	3
II.- Análisis del entorno	4
III.- Estructura organizativa	12
Dotación de personal:	16
GERENTE	17
Sistemas de Información:	17
Estructura Edilicia:	19
IV. Consumos prestacionales	20
V. Aspectos Económico Financieros	23
Fuentes de Ingresos:	23
TOTAL	24
Egresos:	25
Análisis Económico Financiero:	28
Punto de Equilibrio	29
VI.- Análisis DAFO	30
Debilidades	30
Amenazas	34
Fortalezas	37
Oportunidades	38
VI. Conclusiones	40
VII. Bibliografía	43
ANEXO 1	45

ÍNDICE

I.- Resumen ejecutivo	3
II.- Análisis del entorno	4
III.- Estructura organizativa	12
Dotación de personal:	16
GERENTE.....	17
Sistemas de Información:	17
Estructura Edilicia:	19
IV. Consumos prestacionales	20
V. Aspectos Económico Financieros	23
Fuentes de Ingresos:	23
TOTAL	24
Egresos:	25
Análisis Económico Financiero:	28
Punto de Equilibrio	29
VI.- Análisis DAFO	30
Debilidades	30
Amenazas	34
Fortalezas	37
Oportunidades	38
VI. Conclusiones	40
VII. Bibliografía	43
ANEXO 1	45

I.- Resumen ejecutivo

Una Empresa de Medicina Prepaga (EMPP), a la que llamaremos figuradamente Salud Privada S.A. se encuentra ante ciertas dificultades, derivadas principalmente de una pérdida paulatina de cartera que se ha agudizado en los últimos tiempos.

Para ello contrata una empresa consultora, encargándole el desarrollo de un plan de negocios tendiente a la reversión de su situación. La consultora realiza un análisis de la situación actual de la EMPP, presentando a su cliente diversas alternativas de opción en relación con los posibles escenarios futuros.

Para ello utiliza información real, correspondiente al período 1998 – 2000, proveniente de diversas fuentes de la empresa, a saber:

- Información económico financiera: Contaduría, Tesorería, Sindicatura
- Información prestacional: Auditoría Médica, Auditoría Técnica, Laboral
- Tecnología de la información: Área Sistemas
- Información poblacional: Área Sistemas, Cobranzas, Gerencia de Marketing
- Información Administrativa y de personal: Administración

La información disponible no siempre correspondió a meses completos del período mencionado, por lo que debieron efectuarse adecuaciones y extrapolaciones. De todos modos, la cantidad de datos utilizables es de tal magnitud que puede asegurarse que las conclusiones se asientan sobre información altamente confiable.

A partir de aquí, el informe de consultoría, desarrollado en base al análisis de dicha información.

II.- Análisis del entorno

- Identificación de actores: se han identificado los siguientes:

Accionistas de la empresa

Afiliados

Prestadores

Competencia

- Descripción de los mismos e interrelación entre ellos

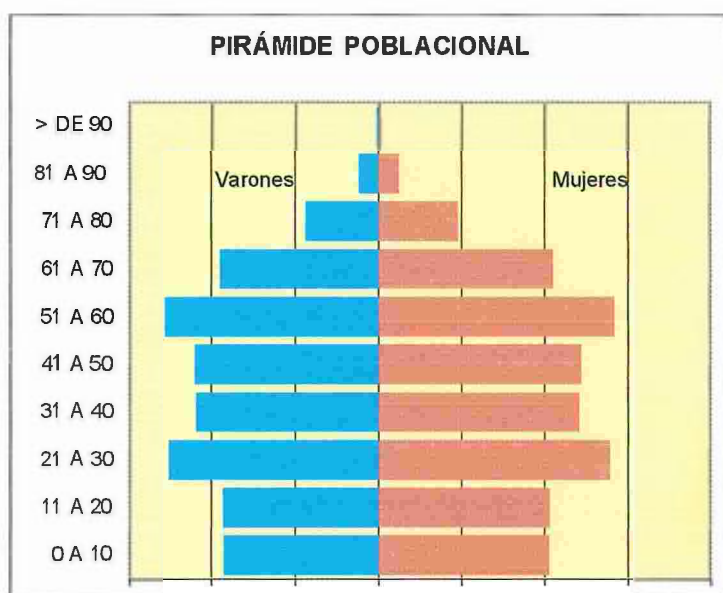
Accionistas: se trata de un grupo de profesionales médicos que fundaron la empresa en 1975 o, en el caso de algunos fundadores que se han retirado, sus herederos. Algunos tienen funciones directivas o gerenciales; otros se mantienen como prestadores asistenciales, pero la mayor parte sólo actúan en condición de accionistas. Incluso se da el caso de quien hace varios años se ha mudado al interior del país, por lo que su relación con la empresa se reduce casi exclusivamente a la percepción de dividendos. La situación descrita hace que la mayoría visualice la empresa no como una prestadora de seguros de salud, sino solamente como una inversión destinada a producir utilidades económicas, y su intervención en las Asambleas y reuniones de Directorio evidencia tal actitud.

Por su parte, los más consustanciados con los objetivos de la empresa son quienes detentan cargos directivos y gerenciales. A su vez, los que actúan como prestadores mantienen una actitud intermedia entre ambos extremos, adoptando una conducta "oscilante".

A pesar de las diferentes actitudes observadas, la sensación que en general se obtiene es de renuencia al cambio, incluso a delegar funciones decisorias en estamentos especializados en gestión, aún cuando recono-

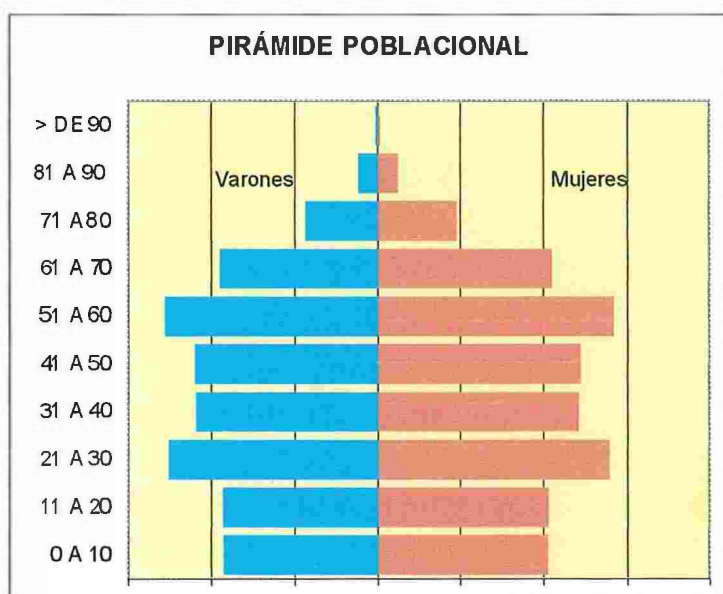
cen su empirismo y falta de formación académica. A lo largo de los años de convivencia se ha desarrollado entre los accionistas una cultura empresarial signada por un fuerte sentido de pertenencia e infalibilidad, causa principal de la renuencia mencionada. Durante décadas el éxito empresarial ha sido la norma, permitiendo a los accionistas alcanzar una sólida posición económica. De tal modo, a pesar de algunas expresiones en contrario, la actual coyuntura no es visualizada como una amenaza seria a la continuidad empresarial, más bien se considera que se trata de un período crítico pasajero.

Afiliados: La población afiliada es de unas 40.000 personas agrupadas en algo más de 13.000 grupos familiares, (relación personas por grupo: 2,6), residentes en seis Partidos del Gran Buenos Aires, más La Plata, Berisso y Ensenada. Uno de los Partidos, precisamente en el que se asienta la empresa, concentra más del 50% de la población total.



cen su empirismo y falta de formación académica. A lo largo de los años de convivencia se ha desarrollado entre los accionistas una cultura empresarial signada por un fuerte sentido de pertenencia e infalibilidad, causa principal de la renuencia mencionada. Durante décadas el éxito empresarial ha sido la norma, permitiendo a los accionistas alcanzar una sólida posición económica. De tal modo, a pesar de algunas expresiones en contrario, la actual coyuntura no es visualizada como una amenaza seria a la continuidad empresarial, más bien se considera que se trata de un período crítico pasajero.

Afiliados: La población afiliada es de unas 40.000 personas agrupadas en algo más de 13.000 grupos familiares, (relación personas por grupo: 2,6), residentes en seis Partidos del Gran Buenos Aires, más La Plata, Berisso y Ensenada. Uno de los Partidos, precisamente en el que se asienta la empresa, concentra más del 50% de la población total.



La composición por grupos etarios demuestra que se trata de población de 39,8 años de edad promedio¹, con un 23% de menores de 20 años y el 6,9% de mayores de 70. Esto marca una clara reducción de los estratos más jóvenes y quizás sea una de las razones del alto consumo prestacional que más adelante se analizará. El índice de masculinidad es de 0,9. Los rangos más importantes son el de 51 a 60 años, con 15,8%, 21 a 30, que suma el 15,5% y 41 a 50, con el 13,6% del total. Por debajo de la edad media se acumula el 51,9% de la población. Todo lo expuesto caracteriza una población con riesgo prestacional no muy disperso, concentrado en los tramos medios.

El nivel económico de esta población es de clase media y media baja. La afiliación es a través de diez "planes" de cobertura que difieren en la cantidad y calidad de beneficios que otorgan, lo que está en directa relación con el monto de la cuota mensual correspondiente.

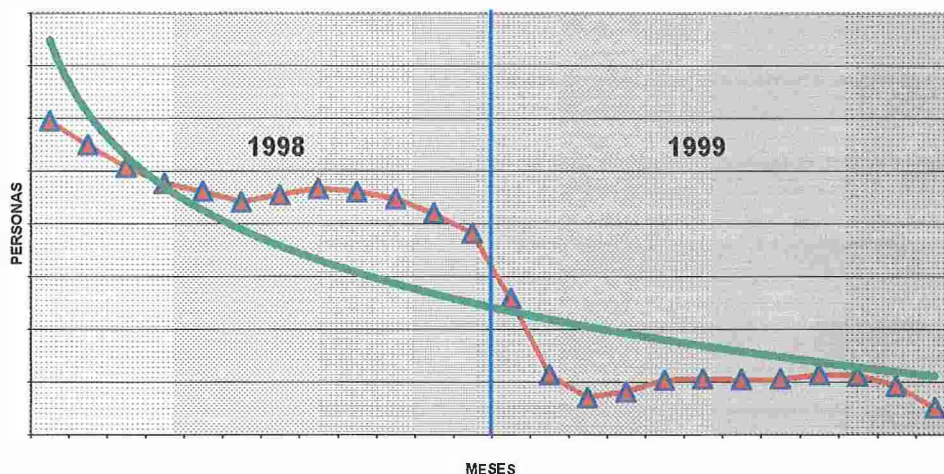
En los últimos cinco años se ha producido una progresiva pérdida de cartera, pese a contar con una importante fuerza de promoción, fuertemente estructurada y con larga experiencia en el tema. La tendencia descendente del volumen poblacional ha venido desarrollándose desde 1993, pero se ha profundizado a partir de 1997. Las ventas de planes se mantienen dentro de cifras razonables (2.800 grupos al año), pero las bajas casi las duplican (4.700 anuales).

A principios de 1999 y de 2000 esta pérdida se exageró en razón de la aplicación del IVA (del 21% en 1999 y del 10,5% en 2000) a la medicina prepaga por parte del Estado Nacional. Durante los tres últimos trimestres de 1999 se recuperó un 50% de la pérdida ocurrida en el primero, situación que vuelve a repetirse -aunque con menor intensidad-

¹ Al 30/4/2000.

en el mismo lapso de 2000. Es de hacer notar que una parte de la población, (aproximadamente 5.000 personas) se encuentra afiliada a través de unas 1.000 empresas privadas de producción y servicios; esta afiliación multigrupal se acompaña de algunos incentivos por parte de Salud Privada S.A. En efecto, se ofrece reconocimiento de antigüedad, período de carencia más cortos o sin carencias en absoluto, etc.

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN 1998 -1999



El gráfico muestra la evolución de la población durante los años 1998 – 1999. En rojo las cifras absolutas y en verde la tendencia logarítmica.

Prestadores: la red prestacional se halla constituida por efectores asistenciales con y sin internación que cubren prácticamente todas las posibilidades de la oferta médica disponible en el Gran Buenos Aires. Desde profesionales que actúan independientemente en sus consultorios privados hasta prestadores integrales de gran complejidad. Sin embargo, aproximadamente el 50% de las prestaciones asistenciales se concentran en un Sanatorio de Alta Complejidad (el Sanatorio Privado, de Nivel 4 según la categorización del Decreto 3280/90), con el cual la empresa mantiene estrechas vinculaciones (de hecho, los Directorios de ambas empresas están constituidos por las mismas personas). Sin embargo, existe permanente contraposición de intereses entre la empresa y el sa-

natorio, lo que produce, al contrario de lo que pudiera esperarse, incrementos de los costos de transacción. En efecto, los aranceles que la empresa ha pactado con el Sanatorio son superiores a los que consigue en el mercado de su área de influencia por las mismas prestaciones. Aún más, el Sanatorio asiste a los afiliados de la Obra Social Provincial por aranceles inferiores a los que percibe de la empresa.

Competencia: en la zona de influencia operan otras EMPP de alcance nacional, regional y local. Entre las primeras, se encuentran fundamentalmente OSDE y Medicus. Dado que el target de éstas es superior al de Salud Privada S.A., no representan una verdadera amenaza. Más cerca se hallan otras dos, de alcance regional: una, FEMEBA Salud, la EMPP gremial de los médicos de la provincia de Buenos Aires, aún cuando presenta aranceles superiores en sus planes, cuenta como ventaja una amplísima cobertura². La segunda, Provincia Salud, inició sus actividades hace unos dos años con el enorme respaldo económico y estructural del Banco de la Provincia de Buenos Aires sumado a grupos inversores extranjeros, que aportaron tecnología de gestión exitosa en países más desarrollados. A pesar de que en el momento de su ingreso al mercado fue percibida como un proyecto capaz de hacer temblar el subsector asegurador privado, no ha logrado alcanzar mínimamente las metas propuestas, por lo que no representa actualmente una amenaza, y no se supone que llegue a serlo, ni siquiera en mediano plazo.

A nivel local interactúan dos empresas, ambas adosadas a sendos sanatorios de alta complejidad. Ambos sanatorios se hallan ubicados a menos de 1,5 Km. de distancia del Sanatorio al que Salud Privada S.A. se halla adosada. Estas empresas no han logrado formar una población de la importancia

² Es claro que FEMEBA Salud, aún siendo una EMPP, empareja a las Obras Sociales por su amplísima cobertura.

de la de Salud Privada S.A.: una alcanza los 12.000 afiliados y la segunda unos 6.000. No disponen de una fuerza de ventas que pueda ser comparable a la de Salud Privada, tanto desde el punto de vista del tamaño como del de la capacidad de gestión. Incluso la mayor de ambas ha despedido a todos sus promotores de terreno, reduciendo su capacidad al mínimo. Sin embargo, al mismo tiempo ha incorporado (por adquisición) dos empresas de medicina prepaga y se ha integrado a un Sanatorio de Alta Complejidad, todos de la Capital Federal. Esta situación, unida a una notable mejora en su planta física, más el establecimiento de un centro asistencial ambulatorio con muy buena oferta asistencial y hotelera en pleno centro de la localidad en la que todas desarrollan su principal influencia y actividad, la hace aparecer como un adversario a tener seriamente en cuenta, por lo menos en el mediano plazo. Los productos de ambas EMPP son totalmente competitivos con los de Salud Privada S.A., y apuntan a la misma población target.

– Oferta

Debe ser dividida en dos: la red asistencial y los planes de cobertura.

La red asistencial de Salud Privada S.A. ofrece a sus afiliados todos los niveles de atención médica disponibles en la zona de influencia, y consta de

a) un nivel asistencial ambulatorio formado por 134 médicos de todas las especialidades que atienden en sus consultorios privados, más los que concurren a los consultorios externos de los 16 sanatorios y clínicas privadas contratadas. A ellos se suman 38 centros ambulatorios de diagnóstico y tratamiento (laboratorios de análisis clínicos, servicios radiológicos, instituciones de alta complejidad en diagnóstico por imágenes - tomografía axial computarizada y resonancia nuclear magnética-, individuales o formando parte también de las clínicas y sanatorios ya mencionados). Una red de 350 farmacias expende medicamentos a los afiliados

de Salud Privada S.A., y dos redes odontológica ofrecen sus prestaciones.

b) La internación es brindada por 16 establecimientos privados, que pertenecen a las categorías II, III y IV del Decreto 3280/90 de la provincia de Buenos Aires y se hallan repartidos fundamentalmente en 6 de los 11 Partidos que forman el área de influencia.

c) La atención domiciliaria, urgencia y emergencias se canalizan por medio de un joint venture entre Salud Privada S.A. y una empresa privada de emergencias domiciliarias. Este contrato vence en unos dos años y es posible que no se renueve, debido a poca compatibilidad entre ambas empresas. Últimamente se ha establecido contrato con una empresa especializada en internación domiciliaria. Esto ha permitido reducir los períodos de internación en muchos casos, (y con ello los gastos de Salud Privada S.A.) aun cuando la utilización del servicio no es todo lo intenso que sería deseable.

Salud Privada S.A. no ofrece cobertura en psiquiatría más allá de la consulta psiquiátrica ambulatoria. Ninguno de sus planes incluye psicología, psicoterapia ni internación psiquiátrica de ningún tipo.

Cabe mencionar que el 50% de las prestaciones médicas ambulatorias y el 70% de las internaciones se canalizan a través de un solo prestador, al que denominaremos Sanatorio Privado. Éste es responsable del 60% del gasto prestacional de Salud Privada S.A. Como se describirá más adelante, ésta y el Sanatorio Privado son dos empresas independientes que comparten idéntica composición accionaria, cuali y cuantitativamente. Salud Privada S.A. estimula la referencia de sus afiliados hacia el Sanatorio Privado. Es clásico considerar que gran parte del éxito de la EMPP se debe al atractivo que el Sanatorio ejerce sobre la población de

su área de influencia, pues se trata del establecimiento privado de mayor prestigio de la zona.

Los planes de cobertura: En el momento actual cuenta con 15 planes, aunque sólo cinco son promovidos activamente.

Los cinco importantes acumulan el 90% de la población. (plan 1: 60,9%; plan 2: 13,8%; plan 3: 6,6%; plan 4: 5,4% y plan 6: 2,9%).

Los planes se pueden clasificar en dos grandes grupos: catorce de ellos pueden ser calificados de integrales, pues ofrecen todos los niveles de atención y uno como ambulatorio, ya que sólo incluye atención domiciliaria, urgencias y emergencias. El ambulatorio no se halla actualmente en promoción y suma solamente el 0,1% de la población asociada. Hace un año y medio se diseñó un plan que trató de implementar un sistema de managed care con modelo de tránsito ordenado y atención por niveles de complejidad, utilizando como puerta de entrada obligatorio al modelo el grupo de médicos clínicos de atención ambulatoria del Sanatorio Privado, único prestador del plan.

Existe un plan abierto, con reintegros, siendo el resto cerrados, que se diferencian por la amplitud de cobertura y precio de sus cuotas mensuales.

Los accionistas fundadores y sus cónyuges están afiliados a un plan gratuito, que tiene la mayor cobertura. Por su parte, los descendientes de los fundadores cuentan con un plan ad-hoc por el cual abonan una cuota básica pero están exentos de todo tipo de coseguros, siempre que se atiendan en el Sanatorio Privado.

Hace dos años se adoptó la decisión de incrementar el valor de las cuotas de afiliación a todos los planes cuando sus integrantes superaran los 60 y 70 años de edad.

La composición actual de la población, por planes, es la siguiente:

Plan	Tipo	% de la población
1	Cerrado	60,9
2	Cerrado	13,7
3	Cerrado	6,5
4	Abierto	5,4
5	Managed Care	4,0
6	Cerrado	2,9
7	Cerrado	2,6
8	Cerrado	1,8
9	Abierto	0,8
10	Cerrado	0,3
11	Ambulatorio	0,1
12	Cerrado	0,1
13	Cerrado	0,0
14	Cerrado	0,0
15	Cerrado	0,3
Total		100,0

III.- Estructura organizativa

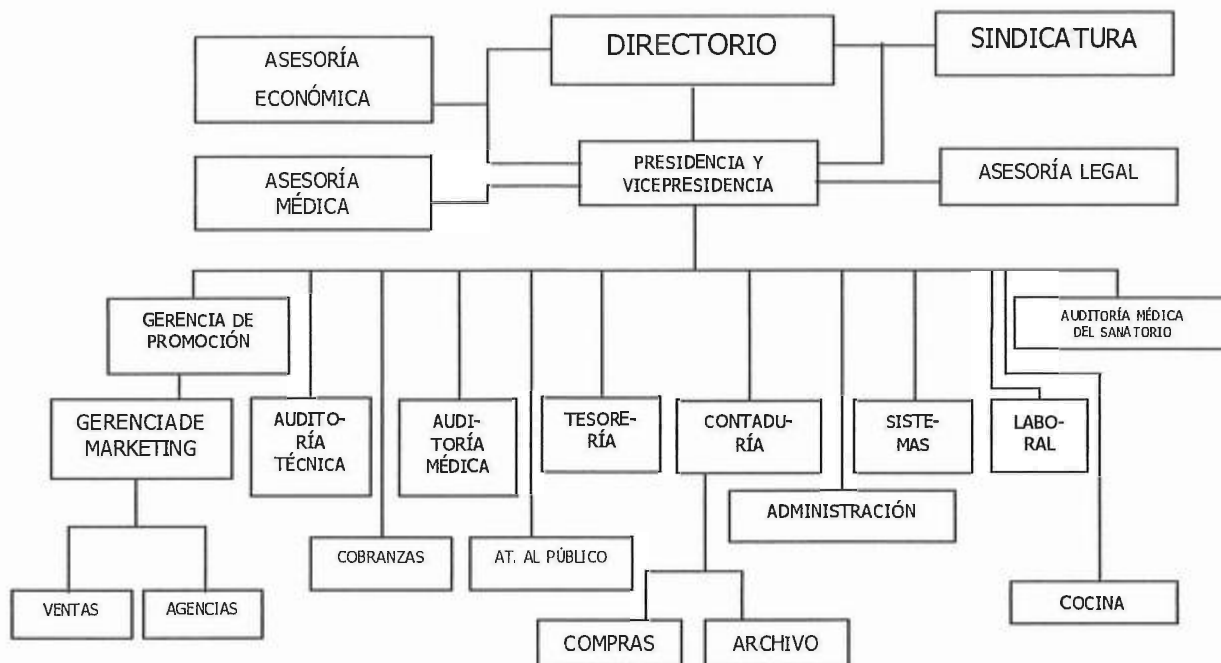
La empresa nace veinticinco años atrás como apéndice del Sanatorio Privado, establecimiento de alta complejidad fundado algunos años antes. La idea fue proveer de clientela cautiva al sanatorio, tratando de evitar o reducir la dependencia del mismo de otras fuentes habituales de financiación (obras sociales y otros prepagos) con las que estaba obligado a negociar. Contando con demanda propia, que aseguraba financiación para parte importante de sus necesidades, su posición en el entorno quedaba reforzada. Por otra parte, el prestigio ganado por el Sanatorio Privado servía como atracción a futuros afiliados. Es decir, se trataba de una integración vertical hacia atrás, que ofrecía ventajas competitivas, tanto al Sanatorio como a Salud Privada S.A. De todas maneras, se trata de una integración incompleta, ya que Salud Privada contrata otros prestadores que no tienen relación alguna con el Sanatorio Privado.

do, y éste brinda prestaciones a muchos otros financiadores, tanto privados como de la Seguridad Social. Desde el punto de vista jurídico no hay relación entre ambas empresas, más allá de que los respectivos paquetes accionarios se hallan en poder de las mismas personas y en la misma proporción.

Salud Privada no cuenta con una clara estructura formal, aunque sí, como en todos los casos existe una informal, real. El organismo más importante es el Directorio, formado por la totalidad de los accionistas, que se reúne una vez al mes, y toma ciertas decisiones estratégicas que la Presidencia y Vicepresidencia deben llevar a cabo. Estas dos posiciones son las únicas del Directorio que perciben sueldo como contraprestación. Son electivas cada dos años.

Por debajo de la Presidencia se cuentan dos "gerencias" (aunque no llevan esa denominación), ejercidas por accionistas, y que perciben sueldo: Auditoría (destinada exclusivamente al control en terreno de las prestaciones del Sanatorio Privado) y Promoción, bajo cuya autoridad se encuentra la única gerencia que cuenta con tal denominación: Marketing, que es responsable de la fuerza de ventas. Esta está ocupada por un especialista, no accionista y que se encuentra en relación de dependencia. También es un accionista con sueldo quien se encarga de dirigir la Agencia La Plata (única con esa característica), si bien al igual que el resto de las agencias, se encuentran normativamente bajo la órbita de la Gerencia de Marketing.

El siguiente esquema muestra la estructura informal:



Por debajo de la Presidencia se alinea una serie de áreas diferenciadas entre sí, aunque no quedan muy claros sus respectivos niveles jerárquicos e incluso superponen actividades³, salvo que dependen de la Presidencia y Vicepresidencia: Auditoría Técnica, Auditoría Médica, Sistemas, Contaduría, Tesorería, Atención al Público, Cobranzas, Facturación, Administración, Cocina.

La estructura es tan informal que, por ejemplo, Sistemas responde alternativamente a Marketing, Asesoría Médica o directamente a la Presidencia. Sin embargo sobre ella tiene gran influencia, desde hace unos tres años, el área de sistemas del Sanatorio Privado. En efecto, en esa época se decidió unificar sistemas de ambas empresas. Para ello se optó por una configuración cliente-servidor sobre un soporte ORACLE y a

³ Por ejemplo, Administración suele ejercer una cierta "auditoría de farmacia", e incluso prestacional, cuando a su juicio el gasto en ciertos casos puntuales es demasiado alto, aun cuando no cuenta con ninguna calificación técnica para la función.

través de una importante red Windows. La inversión total⁴ ha sido cercana a los \$ 750.000, sin que hasta la fecha los sistemas se hayan unificado.

Algunas áreas están sometidas a dobles o triples supervisiones. Así, por ejemplo, las Agencias dependen, en general, de la Gerencia de Marketing, de quien depende directamente en lo operativo y normativo, la fuerza de ventas destacada en cada Agencia. Sin embargo, la operatoria de cobranzas está bajo la esfera de Tesorería, la del personal de contacto de Atención al Público, y de Auditoría lo que corresponde a autorizaciones y percepción de coseguros. También es particular la situación de Archivo que, si bien depende directamente de Contaduría (?), debe responder a las directivas de cada área que mantenga documentación en custodia.

Otra área con una situación poco habitual es Auditoría. En efecto, existe una Auditoría Técnica (con una Jefa y un grupo de liquidadoras) que trabaja en estrecha colaboración con Auditoría Médica, cuyo único recurso lo constituye un profesional médico con horario reducido. Al mismo tiempo se dispone de una auditoría en terreno exclusiva para el Sanatorio, ocupada por uno de los accionistas, y cuya coordinación laboral con las antedichas es relativa.

También se contrata como auditores en terreno, a demanda, a tres profesionales médicos, cuya función consiste en concurrir a prestadores de internación.

Laboral es un área que cuenta con un gerente médico, un responsable administrativo y varios administrativos, y cuya labor consiste en ofrecer servicios de medicina laboral. Cuenta con contrato con una serie de empresas, pero ha visto reducida su demanda desde la sanción de la Ley 24.557 de Riesgos del Trabajo. Actualmente brinda

⁴ Salud Privada y el Sanatorio compartieron los gastos de servidores y entrenamiento en ORACLE de los responsables y programadores, más el software. Las instalaciones internas (terminales, cableado, hubs, borneras, etc.) estuvieron a cargo de cada empresa por separado.

servicios de atención laboral en las primeras 24 horas del caso y de control periódico, prestaciones que las ART no brindan. Al responsable de esta área le fue asignada hace tres años una función ejecutiva en lo referente a la contratación de prestadores con negociación de aranceles y modalidades de contratación, con injerencia en auditoría. Esta asignación de tareas no fue planificada ni se la hizo con el consenso del resto del staff. Su gestión no obtuvo los frutos deseados y aproximadamente un año después fue devuelto a sus funciones específicas.

Compras y archivo, que dependen de Contaduría⁵, cuentan con una persona cada una, sin nivel jerárquico alguno.

La Gerencia de Marketing dispone de la mayor estructura de toda la empresa. En efecto, tiene responsabilidad total sobre Ventas, que, entre administrativos, supervisores y promotores alcanza las 95 personas, y parcial sobre las Agencias (14 personas) y Cobranzas (6).

Las Agencias son unipersonales casi en su totalidad, salvo la de la Ciudad de La Plata, que, además de dos administrativos cuenta con un cargo de responsable, ocupado por otro accionista de la Empresa. Éste se ocupa, fundamentalmente de actuar como un Gerente de Prestaciones local, contratando prestadores y pactando aranceles, además de supervisar toda la operatoria de la Agencia.

El mantenimiento y la limpieza del nivel central se encuentran tercerizados y dependen de Administración.

Dotación de personal:

La tabla que sigue recoge la dotación de personal completa:

⁵ Sin que nadie sepa bien porqué, tratándose de áreas esencialmente administrativas y existiendo un área específica de nivel gerencial.

ÁREA	GERENTE	RESPON- SABLE	PROFES.	TÉCNI- COS	ADMINIS- TRAT.	TOTAL
Directorio		20				20
Presidencia		2				2
Sindicatura		1				1
Asesoría Económica		1				1
Asesoría Legal		2				2
Asesoría Médica		1		1		2
Gerencia de Promoción	1					1
Gerencia de Marketing	1				2	3
Auditoría Médica Sanatorio		1				1
Auditoría Médica		1				1
Auditoría Técnica		1		8		9
Laboral	1	1			4	6
Tesorería		1			7	8
Contaduría		1	1		2	4
Administración		1				1
Sistemas		1		1	1	3
Ventas				96		96
Agencias		1			14	15
Corazas		1		6	1	8
Atención al Público		1			7	8
Compras					1	1
Archivo					1	1
Cocina					1	1
TOTAL	3	38	1	112	41	195

Sistemas de Información:

Los sistemas de información de la empresa no responden a las necesidades de una gerencia de alto nivel.

Esto se debe a la heterogeneidad de sistemas utilizados, a la falta de planificación en su desarrollo y a la falta de conocimiento y entrenamiento de los recursos humanos de todo tipo sobre el manejo y utilización de las herramientas informáticas.

Hasta hace tres años, coexistían varios sistemas, entre los cuales se puede mencionar por un lado, la recaudación y los sistemas de cobranzas de las Agencias y Nivel Central que estaban dotadas de un sistema de registro sobre base Unix. Contaduría utilizaba el programa Tango y estaba unida a Tesorería a través de una Red de PC, mientras que Auditoría disponía de un programa desarrollado sobre la base del lenguaje Clipper en una red Windows 3.11. Esta situación hacía a todas las áreas fuertemente dependientes de sistemas, que, con una dotación de un encargado, un programador, un administrativo y un técnico para mantenimiento del hardware no se encontraba en condiciones de dar respuestas eficaces en tiempo y forma. Se llegaba a extremos tales como que la emisión de las liquidaciones mensuales (procedimiento que debiera ser efectuado de modo automático una vez tomada la decisión), requería toda la dedicación del área de sistemas que, así se convertía en el usuario principal y no en el soporte del resto, como debiera ser.

La actualización de los sistemas de las Agencias la efectuaba un empleado administrativo que las recorría diariamente, actualizando padrones y recogiendo la información contable en diskettes.

En 1997 se decide la reingeniería de los sistemas. Para ello se programa un centro único de procesamiento para Salud Privada y para el Sanatorio Privado, sobre base ORACLE y con dos servidores Hewlett Packard de alta capacidad, más una red Windows.

Se compraron los equipos, se contrataron las necesarias licencias del software y se envió a los encargados y programadores a efectuar los cursos que la programación en el nuevo lenguaje hacía necesarios.

Este cambio de sistemas, si bien correcto desde el punto de vista de su necesidad, adoleció de gruesos errores estratégicos en su implementación:

- no fue programado,

- se eligió un lenguaje complejo y muy poderoso solamente en base a las recomendaciones del responsable de sistemas del Sanatorio sin evaluar alternativas y sin tener en cuenta que los programadores que debían desarrollarlo no tenían experiencia alguna con el mismo,
- se adquirió el hardware antes de realizar un análisis de sistemas (este paso fue obviado dado que lo iban a implementar los mismos técnicos que habían estado operando las herramientas anteriores, con lo que sus conocimientos acerca de las necesidades de información debía necesariamente ser superior a la de los propios clientes...),
- no se definió un cronograma de implementación,
- no se analizó ni se definieron salidas estándar para cada área,
- ni se entrenó al personal sobre el uso de las nuevas herramientas.

En definitiva, se optó por un sistema cliente-servidor en el que los clientes no tuvieron injerencia alguna, con el resultado que tres años después los sistemas no están aún listos y se está atravesando una crisis en el manejo de la información superior a la que existía en el momento de decidir su reemplazo. Tanto que debió por momentos suspenderse el desarrollo de los nuevos sistemas para poder dar respuesta a necesidades de información de muchas de las áreas de la empresa.

Estructura Edilicia:

La empresa cuenta con un Nivel Central, edificio propio en dos plantas y entrepiso en el que se asientan la Presidencia, Sala de Reuniones de Directorio, Auditoría Médica, Técnica y del Sanatorio, Contaduría, Asesorías, Tesorería, Administración, Cobranzas, Sistemas, Agencia Central, Laboral, Compras, Cocina, Central Telefónica, etc. El edificio se encuentra en muy buen estado y cuenta con playa de estacionamiento para unos nueve vehículos.

Los edificios de la Gerencia de Marketing y las Agencias son alquilados en su totalidad, al igual que el destinado a Archivo.

El Sanatorio Privado, cuyo edificio se halla anexo al de Salud Privada, cede, sin cargo, algunos espacios destinados a archivo transitorio y depósito.

IV. Consumos prestacionales

Ya se ha mencionado que Salud Privada privilegia al Sanatorio Privado como efector preferido. Sin embargo, esta preferencia no es una situación de ida y vuelta: los aranceles del Sanatorio para con la empresa son muy elevados, los mayores que paga Salud Privada en toda su red de prestadores. Incluso estos aranceles son superiores a los que el Sanatorio percibe de otros financiadores (específicamente de la Seguridad Social).

De este modo se consolidó una relación que no configura una verdadera integración vertical sino que, al contrario, una de las empresas es claramente favorecida por este mecanismo, mientras que la otra se ve perjudicada. El argumento del Sanatorio para no reducir sus aranceles es que "sus costos son muy altos". Sin embargo, y de acuerdo a lo mencionado respecto de las Obras Sociales para las que el Sanatorio trabaja, se da la paradoja de que Salud Privada subsidia a la Seguridad Social.

Pero la preferencia de la empresa de medicina prepaga se traduce en que más del 75% de las internaciones se producen en el Sanatorio Privado, así como prácticamente la totalidad de las prácticas de Alta Complejidad (tanto ambulatorias como en internación). Solamente se realizan fuera de este prestador aquellas prácticas para las que el Sanatorio carece de estructura (algunas determinaciones bioquímicas muy específi-

cas, prácticas especializadas de rehabilitación en discapacitados complejos, oftalmología de alta complejidad, etc.).

CONCEPTO	SP	OTROS	TOTAL	
AMBULATORIO				
CONSULTA	2,73	2,74	5,47	cons/af/año
DIAGN. POR IMÁGENES	0,88	0,81	1,69	est/af/año
LABORATORIO	1,98	3,01	4,99	det/af/año
OTRAS	1,73	1,27	3,00	pr/af/año
FARMACIA	---	4,22	4,22	recetas/af/año
IN TERNA CIÓN	10,01	1,04	11,05	egresos/100af/año

En esta tabla pueden observarse las tasas de utilización de los componentes más importantes de la atención médica:

Atención ambulatoria: Se ha obtenido una tasa de uso de 5,47 consultas por afiliado y por año. Para la población de la empresa parece una utilización algo elevada. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la oferta prestacional es elevada desde el punto de vista cuantitativo, llegando a una relación de un médico de atención ambulatoria por cada 261 afiliados, sin contar los profesionales que se desempeñan en los prestadores institucionales.

En el apartado se incluye una tasa de 1,69 estudios de diagnóstico por imágenes por afiliado/año, es decir que se registran un estudio por cada 3,23 consultas. Se trata de una cifra también elevada respecto a parámetros habituales (en obras sociales se registra aproximadamente la mitad).

Respecto de laboratorio, 4,99 determinaciones al año por cada afiliado si bien es alta, no lo es tanto como las anteriores (se esperaría 3,50 para esta población).

El resto de las prácticas médicas ambulatorias muestran los mayores desvíos, con 3 prácticas anuales, lo que significa una por cada dos consultas, mientras que lo esperado debiera estar alrededor de una por cada cinco.

Farmacia ambulatoria: la tasa de uso (4,22 recetas/ afiliado /año) refleja la política de desaliento al consumo que Salud Privada ha venido desarrollando. Si se compara con la de consultas, vemos que se efectúan 0,77 recetas por consulta (una receta cada 1,29 consultas). La causa estriba en que el valor del recetario es alto (\$ 5,00 cada uno), y se cubre el 40% del valor del medicamento. Por otra parte el vademécum implementado es bastante restrictivo, con lo que muchos de los medicamentos caen fuera de él y, al ser abonados en su totalidad por los afiliados, no se registran como consumo ni utilizan recetarios de Salud Privada. Más adelante se verá que esta política ha logrado una cápita de consumo de farmacia notablemente baja, especialmente si se tiene en cuenta que Salud Privada no limita a los médicos de cartilla el derecho a utilizar sus recetarios.

Internación: la tasa global de internación es aceptable, con 11,5 egresos por cada 100 beneficiarios/año, de los que el 87% se registran en el Sanatorio Privado. La composición por tipo de internación es la siguiente:

TIPO	%
CLÍNICOS	43,82
QUIRÚRGICOS	34,31
PARTOS	6,56
CESÁREAS	6,85
PEDIATRÍA	8,47

La relación entre internaciones clínicas y quirúrgicas es más típica de un hospital público que de medicina privada (en ésta generalmente sobresalen las internaciones por patologías quirúrgicas); hay un notable peso de las pediátricas (recordemos que la población de Salud Privada no se caracteriza por la preponderancia de menores de 20 años, por lo que este 8,5% de egresos es realmente alto); respecto de los nacimientos se registra una tasa de 9,8 por cada 1.000 afiliados. Esta tasa representa algo menos del 50% de la tasa argentina, lo que es lógico, al carecer la población de Salud Privada de los estratos más jóvenes y fértiles. Los nacimientos se producen por partes iguales por vía natural y por ce-

sárea, lo que representa un desvío a tener en cuenta respecto de la calidad de atención médica.

V. Aspectos Económico Financieros

Fuentes de Ingresos:

Las principales fuentes de ingresos son:

- Cuotas de afiliación: es el principal origen de recursos y representa el 89,95% de ellos. El valor de las cuotas depende de
 - el plan del afiliado (hay planes abiertos y cerrados, integrales o parciales –ambulatorio, odontológico, etc.)
 - la condición de afiliación (titular, cónyuge, hijo, familiar a cargo)
 - la edad (los mayores de 60 y 70 años abonan un plus por su mayor riesgo)
- Venta de bonos y órdenes de prestación: los bonos de atención (para médicos y otros profesionales) y las órdenes de prestación (para prácticas ambulatorias -diagnósticas y terapéuticas- e internaciones) actúan como bonos moderadores del gasto. En esta acápita corresponde incluir los ingresos provenientes de los aranceles por pérdida de carnets: el afiliado recibe sin cargo un carnet identificador (en rigor una tarjeta plástica) en el momento de afiliarse, más uno por cada integrante del grupo familiar, que es imprescindible que sea exhibido ante toda solicitud de cobertura. Sin embargo, ante su pérdida, Salud Privada lo reemplaza cuantas veces fuera necesario, pero es el afiliado quien debe hacerse cargo de su costo.
- Venta de chequeras de recetarios de farmacia tienen un costo para los afiliados de todos los planes, menos uno: el plan abierto, por reintegro.
- Contratos:

- Medicina Laboral: las cuotas que pagan las empresas a las que se le brindan estos servicios.
- Áreas Protegidas: La empresa ha desarrollado, en conjunto con una empresa de emergencias ambulatorias, una prestación para ciertos lugares de amplio acceso público, como estadios deportivos, shoppings, comercios de importancia, farmacias, etc., por la cual, mediante el pago de una cuota mensual, se cubren todas las contingencias de salud que pudieran ocurrir a clientes o personal del establecimiento durante las horas de funcionamiento. Esto representa un porcentaje muy bajo de los ingresos de Salud Privada S.A., debido a que es trasladado casi íntegramente a la empresa de urgencias ambulatorias.

A éstas se les agregan otras, de menor importancia y aleatorias, como intereses bancarios, etc.

La tabla siguiente muestra los porcentajes de ingresos correspondientes a cada una de las categorías y las respectivas cápitas de ingreso (es decir, el monto en pesos que resulta de dividir los ingresos por la población beneficiaria):

CONCEPTO	% DEL INGRESO TOTAL	CÁPITA MENSUAL
Cuotas de afiliación	89,95	51,36
Bonos, coseguros	5,57	3,18
Recetarios Farmacia	3,37	1,35
Contratos	2,11	1,21
TOTAL	100,00	57,10

En resumen, las cuotas de afiliación son la principal fuente de ingresos y representan en números redondos, el 90% de los ingresos. Es por ello que la reducción constante de la población afiliada que se ha venido registrando desde hace varios años ha puesto a los responsables de la empresa en situación incómoda, si bien, como se verá más adelante, la situación económico financiera es aún aceptablemente sólida.

Egresos:

Los gastos pueden ser divididos en

- Asistenciales: todos aquellos correspondientes al principal objeto de la empresa, es decir, la cobertura de prestaciones de salud. Se los clasifica en
 - Ambulatorios: incluye todas las prestaciones en esta modalidad asistencial, como consultas, prácticas médicas ambulatorias, laboratorio de análisis clínicos, rehabilitación, alta complejidad etc.,
 - Internación: gasto producido por los afiliados que requieren internación.
 - A su vez, y para mejor comprensión de la situación, se separará los que se efectúan en el Sanatorio Privado de los que se derivan a otros prestadores⁶.
- No Asistenciales: se trata de las erogaciones correspondientes al funcionamiento de la empresa, se los divide en dos grandes grupos:
 - Sueldos: incluye las cargas sociales de todos los asalariados más los asesores que facturan honorarios. También se incorpora al rubro las comisiones por ventas de los promotores.
 - Administrativos: incluye impuestos, publicidad, alquileres, servicios, insumos, etc.

Las tablas que siguen muestran la composición del gasto:

1.- Porcentaje del gasto asistencial por tipo de prestaciones y prestador, sin farmacia:

PRESTACIONES	SANATORIO PRIVADO	OTROS PRESTADORES	TOTAL
Ambulatorias	58,26	41,74	100,00
En Internación	79,48	20,52	100,00

⁶ En todos los casos se informan gastos asistenciales netos, es decir, incorporan los débitos de auditoría y otros ajustes, como el recupero por venta de recetarios de farmacia

Dado que es imposible discriminar el lugar de origen de las prescripciones farmacéuticas ambulatorias, en esta tabla se ha optado por excluirlas, a fin de poder comparar los resultados del gasto asistencial en prestadores médicos.

La diferencia en gasto por prestaciones ambulatorias entre el Sanatorio Privado y los demás integrantes de la red es sólo del 16,5%. Esta cifra cobra mucho menos valor si se tiene en cuenta que los aranceles que el Sanatorio Privado percibe de Salud Privada son mucho más altos que los que ésta paga a sus otros prestadores. Es decir, que la utilización de prestaciones ambulatorias es mucho más alta fuera del sanatorio que dentro de él.

Salud Privada desalienta las internaciones fuera del Sanatorio Privado, con lo que la diferencia a favor de éste es mucho mayor (más del triple, si bien en promedio el costo por egreso en el Sanatorio es de más del doble que en los demás).

2.- Porcentaje y cápitas de gasto asistencial total (todos los prestadores) por tipo de prestaciones, con farmacia:

PRESTACIONES	PORCENTAJE	CÁPITAS MENSUALES
Ambulatorias	47,08	14,17
En Internación	42,79	12,88
Farmacia	10,13	3,05
Total	100,00	30,10

Cuando se incorporan las prestaciones de farmacia, se obtiene que éstas representan el 10,13% de todo el gasto asistencial con una distribución porcentual casi idéntica para las prestaciones médicas en ambulatorio e internación.

El resultado general muestra que la composición del gasto asistencial de Salud Privada es, en números redondos, 60% ambulatorio (incluyendo farmacia) y 40% internación.

Si se relacionan los gastos con la población, se obtiene que se gastan \$14,17 por afiliado y por mes en prestaciones ambulatorias, \$ 12,88 en internaciones y \$ 3,05 en medicamentos ambulatorios; total \$ 30,10 mensuales por persona en todo concepto asistencial.

Previamente se había calculado que la cápita mensual de ingreso era de \$ 57,10 con lo que resulta una utilidad o rentabilidad bruta antes de impuestos del 47,28%.

3.- Porcentaje y cápitas de gasto no asistencial por tipo de gasto:

TIPO DE GASTO	PORCENTAJE	CÁPITAS MENSUALES
Sueldos	50,47	9,18
Administrativos	49,53	9,00
Total	100,00	18,18

Los sueldos y cargas sociales representan el 50,47% de los gastos no asistenciales, mientras que el resto son los llamados administrativos. Esto significa que en Salud Privada se gastan mensualmente \$ 9,18 por cada afiliado en concepto de recursos humanos y \$ 9,00 para el resto de las necesidades de funcionamiento. En total, la cápita mensual de gasto no asistencial es de \$ 18,18.

4.- Resumen de gastos:

TIPO DE GASTO	PORCENTAJE	CÁPITAS MENSUALES
Asistenciales	62,35	30,10
No Asistenciales	37,65	18,18
Total	100,00	48,28

Esta tabla resume todo lo dicho respecto de los gastos: el 62,35% corresponde a las erogaciones en asistencia médica, mientras que el 37,65% se utiliza para cubrir necesidades no asistenciales.

El resultado es una utilidad neta antes de impuestos de \$ 8,82 (equivalente al 15,4% de los ingresos). Si bien esta cifra parece altamente positiva, existen dos elementos que muestran que esta situación no podrá sostenerse por mucho tiempo:

- la progresiva disminución de cartera, debida a la falta de competitividad del producto (fundamentalmente por su alto precio respecto de la competencia), y
- el enorme gasto no asistencial. Es difícil que una empresa pueda mantenerse con un gasto administrativo superior al 35%. Una cifra mucho más aceptable (aunque aún elevada), estaría alrededor del 20-25%.

Análisis Económico Financiero:

Para este capítulo se utilizaron las cifras del último balance disponible, correspondiente al ejercicio cerrado el 31/08/99 (Anexo I).

La estructura patrimonial de Salud Privada S.A. se encuentra hasta cierto punto salvaguardada, ya que el Índice de Participación del Capital Propio (PN/Activo) resulta de 0,31 (Total Activo \$ 6.034.223,22; Patrimonio Neto \$ 2.060.491,48). Debiera ser algo superior, acercándose a la unidad.

En el mismo sentido apuntan el Índice de Solvencia (Activo/Pasivo), que resulta de 1,33 y el Índice de Inmovilización (Activo NC/PN), cuyo resultado es de 0,27.

Respecto de la estructura económica, el Índice de Rentabilidad de Ventas (RN/V) arroja un resultado aceptable ($\{1.693.654,55 / 28.617.613,35\} \times 100 = 5,92\%$) para una empresa de Medicina Prepaga en las actuales condiciones económicas del sector.

Finalmente, respecto de la estructura financiera, los indicadores, si bien no óptimos, se puede decir que son razonables, ya que el Índice de Liquidez (Activo Cte / Pasivo Cte) y la Prueba Ácida arrojan un resultado de 1,33.

PUNTO DE EQUILIBRIO

Define la capacidad de los ingresos de cubrir los gastos imprescindibles de funcionamiento. En síntesis, se dice que la empresa está "en equilibrio" cuando los ingresos son iguales o superan los egresos. Existe un punto por debajo del cual ello no sucede y, en el caso de las empresas de medicina prepaga, puede ser medido en términos de la población necesaria para que, manteniendo constante la cápita de ingreso, el monto de los ingresos se mantenga por encima de los egresos.

De acuerdo con el balance de Salud privada que consta como Anexo I, se puede observar que:

- los ingresos (o Ventas, simbolizadas por la V) alcanzaron \$ 28.617.613,35;
- el costo de los servicios fue de \$ 18.855.795,79 (Costos Variables, o CV, que están en relación directa con las ventas de la empresa, oscilando al mismo tiempo y en el mismo sentido que éstas)
- los gastos de comercialización y financiación representaron \$ 2.261.746,55 (también integrantes de CV, ya que dependen del nivel de las ventas) y
- los gastos administrativos significaron erogaciones por \$ 5.404.495,05 (Éstos no se modifican siguiendo las fluctuaciones de las ventas; son casi independientes de ellas, por lo que componen los Costos Fijos o CF.).

Con estas cifras y aplicando la fórmula de punto de equilibrio = $CF/(1-(CV/V))$, se obtiene que las ventas anuales debieran alcanzar una suma de \$ 20.621.638,05 o, lo que es lo mismo, ventas mensuales por \$ 1.718.469,84 para estar en equilibrio (o, mejor aún, superiores, para mantenerse por encima del mismo).

Ya se ha mencionado que la cápita de ingreso promedio mensual de Salud Privada S.A. es de \$ 57,10, lo que significa que la empresa debe disponer de una población mínima de 30.096 afiliados para cubrir sus gastos de funcionamiento.

De mantenerse la tendencia declinante de la población afiliada, esa cantidad se alcanzaría entre agosto y septiembre de 2001 y, de no mediar acciones tendientes a revertir la caída, se entraría en una situación económico financiera insostenible al atravesar hacia abajo el punto de equilibrio.

Esta es la base del problema, como ha sido expuesto al principio del presente trabajo. Todo el esfuerzo de Salud Privada S.A. debiera de aquí en más estar dedicado a la reversión de la tendencia declinante de la población.

VI.- Análisis DAFO

Hecha esta descripción de la empresa, parece adecuado analizar las posibilidades mediatas de desarrollo empresarial, habida cuenta de las modificaciones que sufrirá el mercado de la salud a partir de las reformas que sufrirá el marco legal referencial (regulación de las EMPP, establecimiento del PMO, implementación de la libre elección de financiador con –o sin- incorporación de las EMPP al Seguro de Salud, etc.).

Debilidades

Falta de gerenciamiento profesional: la gestión de Salud Privada está desempeñada por ejecutivos sin formación profesional, con excepción de la Gerencia de Marketing. Son empresarios empíricos, con éxito en épocas en que no existía la competencia actual, época hiperinflacionaria en la que quienes manejasen fondos de cierta dimensión obtenían fuertes ganancias por especulación financiera,

y en la que no había condicionamientos de cobertura impuestos por regulaciones jurídicas.

Esta exitosa experiencia creó en ellos una sensación de invulnerabilidad que los hace sentirse perplejos ante la actual situación que no alcanzan a comprender⁷. Al mismo tiempo, es la causa de que no exista un proyecto de desarrollo empresarial, y el recurso humano se vea permanentemente sometido a cambios estratégicos y metodológicos⁸ sin claras razones que los justifiquen.

El voluntarismo impera. La Presidencia -altamente influenciable- asume las tareas de alta y baja dirección al mismo tiempo y suele cambiar las órdenes de acuerdo a las circunstancias del momento. El resultado es que frecuentemente se cargue con la culpabilidad de los errores a quienes no son los verdaderos responsables.

El personal de ejecución no se encuentra motivado ni es escuchado, con lo que desarrolla sus tareas en forma rutinaria, sin demasiado compromiso para con la empresa. Tampoco se lo entrena en el uso de nuevas herramientas que se ponen a su disposición, lo que lleva a la duplicación de esfuerzos y superposición de tareas.

⁷ La falta de comprensión de las condiciones actuales del mercado llegó al grado de que tomaran la decisión -hace unos cuatro años-, de reducir el target poblacional a las clases de mayores recursos, medida a todas luces incorrecta si se tiene en cuenta que la población de esas características es muy escasa en la zona de influencia de Salud Privada. Es en este nicho poblacional precisamente en el que la empresa encuentra mayor competencia por parte de las EMPP de alto nivel (con sede en la Capital Federal). Por otra parte, la red asistencial ofrecida por Salud Privada no alcanza a colmar las expectativas de tal población. Esta errónea política dio por resultado una aceleración aún mayor en la reducción de la cartera, aumentando consecuentemente el riesgo económico, precisamente los peligros que se trataba de evitar.

⁸ Incluso bruscos cambios en la asignación de responsabilidades.

Tampoco se ha establecido una política de recursos humanos, cuya evidencia más clara es el descontento de los mandos intermedios para con las escalas salariales. Existe el casi generalizado convencimiento de que el nivel de las remuneraciones no depende de la responsabilidad del cargo ni de la eficacia con la que se lo ejerce, sino del mayor o menor grado de consideración personal que se logre por parte de las jerarquías.

Pérdida de competitividad del producto: La situación económica general que disminuye la capacidad adquisitiva de la población, la reducción en el valor de las cuotas por parte de la competencia y la vigencia de altos coseguos son la base de la pérdida de competitividad de los productos de Salud Privada S.A., y su consecuencia directa, la reducción de cartera.

Por otra parte, salvo en el caso del Sanatorio Privado, el resto la oferta de la red asistencial está conformada por establecimientos que no gozan de consideración demasiado alta en la población afiliada.

A esto se le agrega desde hace dos años la vigencia de la obligación de brindar el PMO por parte de las EMPP, lo que aumenta sus gastos asistenciales, poniéndolas frente a una alternativa de hierro, que Salud Privada S.A. no ha logrado resolver: brindar mayor cobertura efectiva a cambio de menores cuotas.

En los últimos tiempos se han intentado varias estrategias para enfrentar la situación: reducir los aranceles que se paga a los prestadores, crear planes con modelos de managed care⁹, disminuir los valores de los coseguos etc., pero sin mayor éxito.

⁹ Se creó un plan con "Sanatorio de Cabecera", restringido al Sanatorio Privado y utilizando el Servicio de Clínica Médica de éste como puerta de entrada de la demanda. Este plan ha logrado cierto éxito,

Falta de independencia y poder de negociación ante al Sanatorio Privado: Tradicionalmente, quizás debido al objetivo original de su origen (convertirse en una fuente de trabajo para el Sanatorio Privado) la empresa -y sus directivos- se halla sujeta a una "autoridad superior": el Sanatorio Privado. Por supuesto que esta autoridad no está consagrada en ningún documento ni por acuerdo explícito alguno, pero así funciona y es aceptada por todos. La consecuencia es que el Sanatorio es considerado un "preferred provider" por Salud Privada, actitud no correspondida por éste, por más que el 50% de sus ingresos provengan de Salud Privada.

Previamente se ha comentado que no existe integración entre ambas empresas, ya que los mayores aranceles que Salud Privada mantiene dentro de su red son los que reconoce al Sanatorio Privado. Aún más, hasta hace dos años las facturaciones de éste no estaban sujetas a auditoría alguna, pagándose a libro cerrado. Al mismo tiempo que la empresa es capaz de lograr reducciones arancelarias por parte todos sus prestadores, simplemente por medio de una nota o aún con una mera comunicación telefónica entre directivos, en el caso del Sanatorio Privado el mismo trámite origina arduas negociaciones a puerta cerrada entre los socios, que por lo general no logran sus objetivos o lo hacen a medias. Siempre queda la sensación de que es el Sanatorio el que efectúa concesiones graciosas.

Otro elemento que abona esta situación es que las últimas dos conducciones de Salud Privada surgieron de la asamblea general de accionistas impulsadas por quienes tienen mayor peso en el Sanatorio y con la misión de "corregir a toda costa los errores de gestión" existentes en Salud Privada, causantes de la re-

medido en términos de población, ya que ha sido prácticamente el único que creció en los tres últimos años.

ducción de la cartera. En ambos casos las nuevas conducciones, a poco de asumir sus cargos llegan a la conclusión de que las cosas no son tan simples, sin hallar "errores" tan claramente definibles ni relaciones causa efecto tan evidentes como lo parecía desde fuera de los cargos jerárquicos. Por supuesto que estas nuevas conducciones comenzaron a ser visualizadas por los accionistas como parte del problema.

Descontento con la atención en el Sanatorio Privado: Si bien es el prestador de mayor prestigio en la red, tiene deficiencias en dos servicios clave: atención al público y emergencias. Estos son la fuente de la mayor frecuencia de quejas, tal como se ha hecho evidente en dos encuestas de opinión llevadas a cabo durante 1998 y 2000.

Las más reiteradas son las quejas referidas a excesiva demora de atención en las ventanillas de turnos, descortesía y falta de información por parte del personal de contacto, lentitud en el trámite de alta de internación por exceso de burocracia y mala atención en el servicio de emergencias.

A pesar de contar con las pruebas mencionadas, muy poco es lo que se ha podido lograr en las tratativas con las autoridades del Sanatorio, que descreen de la validez de las encuestas¹⁰ y no reconocen la existencia de estos problemas. Este inconveniente se halla ligado también a la falta de poder de presión de Salud Privada sobre su prestador principal.

Amenazas

¹⁰ Si bien las encuestas fueron implementadas por la Gerencia de Marketing con recursos propios, están bien diseñadas y han sido llevadas a cabo con seriedad, por lo que consideramos válidos estos resultados.

Incremento en la pérdida de cartera por implementación de la libertad de elección: La falta de información al respecto en los sistemas de Salud Privada ha impedido calcular exactamente la proporción de la población que cuenta con cobertura de la Seguridad Social (nacional o provincial). Sin embargo, habida cuenta de su composición social, seguramente no estaremos muy errados si asumimos que corresponde aproximadamente al 60%, cifra que la Asociación de Empresas de Medicina Prepaga (ADEMPP) acepta para el total de las empresas que aglutina.

La libre elección hasta ahora se ha ejercido limitadamente (sólo entre Obras Sociales sindicales, no alcanza al INSSJP ni las Obras Sociales del Personal de Dirección ni a las provinciales), con lo que su influencia en la pérdida de cartera de Salud Privada no debe haber sido fundamental.

Sin embargo, a partir del 1/1/2001 esta libertad se ampliará (hay quienes predicen que será "todos contra todos") con lo que se convertirá en un riesgo cierto a tener en cuenta. En efecto: si por la misma cuota que hoy paga obligatoriamente a la Obra Social con la cual está descontento (y que hizo que optara por incrementar su gasto en salud adhiriéndose a Salud Privada), el afiliado podrá cambiarse hacia un Agente del Seguro que le merezca confianza, entonces desaparece la razón por la que se afilió a la EMPP y este gasto pasa a ser superfluo para él.

Demás está mencionar el enorme riesgo que esto supone para la supervivencia de la empresa, si más del 50% de su población cuenta con incentivos para retirarse.

Aumento en los costos operativos por aplicación del PMO: La obligación de cubrir las prestaciones incluidas en el PMO (que en realidad no son "mínimas" como reza su nombre sino que prácticamente cubren todo el espectro de la oferta asistencial actual), crea a las EMPP un problema al hacer desaparecer una de las bases

de su economía: reducir el riesgo a través de acotar la cobertura. Ahora se enfrentan a un desafío, que es el de cubrir prácticamente todo a precios que sigan siendo competitivos.

Hasta ahora Salud Privada accedía a cubrir las prestaciones que denominaba "especiales" (y que, de hecho no existían en los contratos con sus afiliados) como hemodiálisis crónica, antivirales para pacientes HIV positivos, citostáticos, insulina, transplantes, etc., sólo cuando el solicitante insistía y mostraba intenciones de iniciar acciones legales si no conseguía ver atendido su pedido. Actuando de este modo, se incurría en un gasto mensual promedio de \$ 25.000 para unos 15 pacientes. No cabe duda que en la población de Salud Privada existe una demanda oculta capaz de multiplicar este gasto en forma apreciable una vez se difunda la obligatoriedad de cubrirla.

Dificultad de cumplir las regulaciones que la Superintendencia de Servicios de Salud impondrá a las EMPP: Si bien el ente regulador aún no ha oficializado los requisitos que las EMPP deberán cumplimentar periódicamente en materia de información, es de suponer que no serán menores que las que ha impuesto a los Entes del Seguro a través de dos normas emitidas en el primer semestre del corriente año: la Resolución 109/2000, que establece la normativa que deberán cumplimentar los agentes del seguro, en términos de información amplia y adecuada sobre su desenvolvimiento económico y financiero, y su complementaria, la Resolución 117/2000, que define los cursos y acciones que la Superintendencia seguirá en relación con los resultados obtenidos.

Se trata de una información poblacional y contable muy precisa, que, para el caso de las empresas privadas, roza lo confidencial, ya que incluye índices de liquidez, etc.

Mas allá de estas características que exige la Superintendencia de Servicios de Salud, existen otros elementos que aún no han sido establecidos (ya que la

prometida Ley de regulación de las empresas de medicina prepaga sólo ha alcanzado la sanción del Senado de la Nación, restando aún el tratamiento en la Cámara de Diputados) entre los que figura el patrimonio neto mínimo que deberán disponer, así como reservas técnicas (en el caso de Salud Privada éstas ascenderían a unos \$ 2.000.000 que es necesario mantener líquidos e inmovilizados permanentemente). Esto lleva a un incremento en los costos de explotación que, por razones de competitividad, no podrían ser trasladados a los precios.

Fortalezas

Interesante dimensión de la cartera de afiliados: Si bien ha sufrido una significativa reducción en el último lustro, la magnitud de la población asociada es aún muy interesante (no muchas EMPP, incluso entre las de alcance regional, disponen de una población similar y supera a muchos Agentes del Seguro Nacional de Salud).

Si bien no hay estudios serios que permitan afirmarlo, se considera habitualmente que una EMPP requiere de unas 10.000 personas afiliadas para lograr una masa crítica suficiente que le permita reducir razonablemente su riesgo. Salud Privada, con una población de cuatro veces ese límite está aún lejos de llegar a un punto en el que el riesgo prestacional se transforme en una amenaza cierta.

Buen nivel de cápita de ingreso: La cápita mensual de ingresos de \$ 57,10 representa una cifra muy interesante, si se tiene en cuenta que se considera que, para una Obra Social, el costo mensual del PMO recientemente modificado se ubica entre los \$ 25,50 y \$ 28,00 por afiliado. Para la EMPP, brindar el PMO significaría un incremento aún no calculado del gasto prestacional, pero de la comparación entre el actual de \$ 30,10 y lo que gastan las OO.SS. (unos \$ 22,00), surge que

Salud Privada gasta un 36,8 % más. Trasladándolo directamente, significaría que con el PMO, Salud Privada llegaría a una cápita mensual de \$ 38,08. Si redujéramos los ingresos en un 10% por razones de competencia, (a \$ 51,39), aún restarían \$ 13,31 (el 23,3 % de los ingresos), lo que debiera ser suficiente para cubrir gastos administrativos y obtener una cierta utilidad.

Solidez económica: Los últimos balances, si bien arrojan reducción en las utilidades, no muestran quebrantos. La empresa no mantiene deudas significativas de ningún tipo y ha cumplido todas sus obligaciones fiscales hasta la fecha.

Reconocimiento como "buen pagador": Salud Privada está considerada como una muy buena pagadora entre sus prestadores y proveedores. Nunca hasta la fecha dejó de cumplir sus obligaciones en tiempo y forma, más allá de ocasionales demoras que no han superado los 15 días en ningún caso.

Prestigio entre la población de la zona: Si bien la presencia del Sanatorio Privado como prestador preferido ha sido la tarjeta de presentación más importante en el desarrollo del marketing de Salud Privada, luego de tantos años de existencia y crecimiento constante, puede considerarse que la empresa es capaz de lograr afiliaciones por sí misma. Esto se demuestra especialmente por las afiliaciones logradas en áreas alejadas, en las que la influencia del Sanatorio es mucho menor, toda vez que sería impensable que los moradores de esas localidades quisieran asistirse en el Sanatorio Privado, por los inconvenientes que les significaría en términos de accesibilidad geográfica.

Oportunidades

Desarrollo de un producto altamente competitivo: Si Salud privada logra desarrollar un nuevo plan, de características tales que lo hagan atractivo para la población, podría detener la pérdida de cartera o, aún más, iniciar su recuperación. Las

condiciones de tal producto debieran ser: amplia cobertura, baja cuota, incremento en la accesibilidad y mejora en la calidad prestacional.

Uno de los elementos a resolver, entre los más importantes para alcanzar esta última condición es lograr la resolución de los inconvenientes que presenta la organización del Sanatorio Privado, motivo de muchas de las quejas de los afiliados y causa de bajas de afiliación. Este último punto requiere el establecimiento de un verdadero "pacto estratégico" con el Sanatorio, formando las bases de una real integración empresarial.

Puesta en marcha de una campaña agresiva de marketing: Para difundir rápidamente el flamante producto y la nueva filosofía empresarial, será necesario el establecimiento de una campaña de marketing muy agresiva. Esta deberá posicionar la empresa en todos los medios, destacando sus diferencias con la competencia en términos de calidad de atención médica y mostrando nuevas líneas para lograr optimización en la atención al afiliado. Deberán organizarse sistemas de telemarketing y establecer una amplia campaña publicitaria que difunda las nuevas condiciones empresariales.

Implementar una reforma organizacional basada en el Planeamiento Estratégico: Se considera que, para alcanzar cambio de paradigma que la situación actual impone, es ésta la herramienta adecuada. De este modo podrán resolverse los problemas organizacionales más importantes que han sido detectado: falta de definición de misiones y funciones de cada área, desconocimiento y escaso compromiso por parte de los recursos humanos con los objetivos empresariales, no integración de éstos en la detección y corrección de problemas. El establecimiento de un programa de entrenamiento de los recursos humanos, especialmente en la utilización de las nuevas herramientas informáticas puestas a su disposición es pieza clave de la reforma.

Establecer una alianza estratégica: Independizarse operativamente del Sanatorio Privado, establecer un gerenciamiento altamente profesional y convertirse en EMPP de alcance regional es una de las más importantes oportunidades que la actual situación ofrece. Existe la posibilidad de construir alianzas con EMPP de alcance nacional que podrían incluir al mismo tiempo interesantes alternativas de incremento de trabajo para el Sanatorio Privado.

VI. Conclusiones

Se trata de una empresa de Medicina Prepaga con buena imagen en la población, una masa total de afiliados sustancialmente por encima de la considerada crítica y con una fuerza de ventas aceptablemente efectiva, que desde hace unos años viene viendo reducirse su masa de afiliados en forma constante, con una cierta aceleración en los últimos veinticuatro meses.

Las causas de tal reducción deben hallarse en tres hechos fundamentales, que son:

- Pérdida de competitividad del producto
- Cultura organizacional obsoleta
- Falta de gerenciación eficaz

Ninguna de las tres causales es pasible de desaparición, de mantenerse el actual estado de cosas.

Sin embargo, la solidez económica de Salud privada la convierte en una interesante posibilidad para inversores que tengan en claro las profundas modificaciones a introducir, tanto desde el punto de vista tecnológico como empresario.

En caso de que los actuales accionistas se consideren capaces de enfrentar el desafío debe aceptar que es imprescindible abandonar su interés en gestionar Salud privada por sí mismos.

Los medios que se consideran más aptos para impulsar los cambios necesarios en Salud privada, más allá de quienes los ejecuten (el actual Directorio o el que surja por traspaso accionario) son:

- A. Adopción por la Asamblea de Accionistas de la decisión de cambio - reingeniería- empresarial con establecimiento de un Programa de Reconversión de la empresa, con objetivos y metas a cumplir.
- B. Constitución de un Comité de Seguimiento por parte de los accionistas, sin autoridad ejecutiva, con funciones de contralor de la nueva conducción contratada, ad referendum de la Asamblea de Accionistas. Abandono de los cargos de Presidencia y Gerenciales por parte de accionistas.
- C. Contratación de una Presidencia Ejecutiva y de una Gerencia General profesional, que deberán desempeñarse fulltime, con capacidad de liderazgo e investidas de la autoridad necesaria para ejecutar el cambio de cultura organizacional, a través de la búsqueda por consultoría especializada en RR.HH. de Alta Dirección. Estos ejecutivos deberán ser remunerados de acuerdo con la tarea que de ellos se espera, con eventual aplicación de incentivos por cumplimiento de metas.
- D. Diseño de una nueva modalidad organizacional basada en el Planeamiento Estratégico. Establecimiento de metas a cumplir por la nueva conducción e involucramiento de todos los estamentos, según su nivel de responsabilidad.
- E. Modernización y unificación de los sistemas de información, con utilización de tecnología informática de punta, aumentando la eficacia en el movimiento de información y su eficiencia económica.

- F. Racionalización del personal, en especial de los niveles de conducción de baja productividad. Readecuación de las escalas salariales actuales en base a la responsabilidad asignada.
- G. Diseño de nuevos productos, de mayor competitividad, de acuerdo con las condiciones actuales del mercado.
- H. Desarrollo de una agresiva campaña de Marketing, con miras al cumplimiento del objetivo de posicionamiento en áreas geográficas con poblaciones aptas para la captación en las que Salud privada tiene escasa presencia, y con reforzamiento de la fuerza de ventas.
- I. Efectiva independización del Sanatorio Privado, con contratación de nuevos prestadores, de acuerdo a las necesidades que vayan creando los resultados de la campaña de marketing.

VII. Bibliografía

1. **Documentación económico financiera y de organización**, población, administración y relaciones institucionales gentilmente facilitada por la empresa aquí denominada Salud Privada.
2. **Instituto Universitario ISALUD**: Maestría en Economía y Gestión de la Salud, *Fascículos bibliográficos 1 al 50*, correspondientes a la promoción 1999 – 2000.
3. **Fundación ISALUD**: *El nuevo escenario de las Obras Sociales*, Documentación y Material de apoyo bibliográfico. Encuentro del N.O.A., San Miguel del Tucumán, Septiembre de 2000.
4. **Romano Yalour M., Tobar F.** : *¿Cómo hacer tesis y monografías sobre políticas, servicios y sistemas de salud?*. Cuaderno ISALUD Nº 2. Ediciones ISALUD. Segunda Edición, Buenos Aires, 1999.
5. **Beker V. A., Mochón F.**: *Economía. Elementos de Micro y Macroeconomía*. McGraw-Hill, Madrid, 1994.
6. **Castelli M., Dickermann M., Filomena O., González Prieto G., Lara R., Lugones M. I., y Otero R. A.**: *La integración en el mercado de la medicina prepaga de la Ciudad de Buenos Aires*. Mimeo. Monografía presentada en la Maestría en Economía y Gestión de la Salud, Instituto Universitario ISALUD, Buenos Aires, 1999.
7. **CLAVES**: *Medicina Prepaga*. Informe de consultoría. Buenos Aires, 1998.
8. **Kosacoff B.**: *Estrategias empresariales en la transformación industrial argentina*. Quantum, vol. 3, núm. 8. Montevideo, 1997.
9. **Ortún Rubio V.**: *Innovación organizativa en sanidad*. Departamento de Economía y Empresa, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, 1997.

10. **González García G.:** *Modelos de organización de los servicios de salud.* Tercera Conferencia, Jornadas de Economía de la Salud, AES, 1991.
11. **Torres Argüello:** *Marketing de servicios.* Revista Alta Gerencia, Año III, Tomo V.
12. **Ahuad A., Paganelli A., Palmeyro A.:** *Medicina Prepaga. Historia y futuro.* Edición ISALUD, Buenos Aires, 1999.
13. **Padrón G., Bianchimano O., Chiappero M., Lapiduz I., Macedonio S.:** *Evolución de los Seguros de Salud.* Monografía ISALUD, Buenos Aires, 1999.

ANEXO 1

Salud Privada S.A. Balance General al 31/08/99

ACTIVO

ACTIVO CORRIENTE

CAJA Y BANCOS	1.826.081,86
INVERSIONES	210.416,60
CRÉDITOS POR SERV.	226.595,42
OTROS CRÉDITOS	3.775.650,34
TOTAL	6.038.744,22

ACTIVO NO CORRIENTE

BIENES DE USO	508.747,26
INVERSIONES	55.000,00
TOTAL	563.747,26
TOTAL ACTIVO	6.602.491,48

PASIVO

PASIVO CORRIENTE

CUENTAS A PAGAR	3.408.008,59
CARGAS SOCIALES	410.864,62
CARGAS FISCALES	666.217,17
OTRAS DEUDAS	56.804,00
TOTAL	4.541.894,38

PASIVO NO CORRIENTE

TOTAL	4.541.894,38
-------	--------------

PATRIMONIO NETO

CAPITAL SUSCRITO	22.000,00
AJUSTES AL CAPITAL	17.162,76
RESERVA LEGAL	6.239,55
RESULTADOS NO ASIGNADOS	2.015.194,79
TOTAL	2.060.597,10
PASIVO Y PATRIMONIO NETO	6.602.491,48

ESTADO DE RESULTADOS

INGRESOS ASISTENCIALES	28.284.457,89
INGRESOS POR MEDICINA LABORAL	333.155,46
TOTAL	28.617.613,35
MENOS	
COSTO DE SERVICIOS	18.855.795,79
RESULTADO BRUTO	9.761.817,56
MENOS	
GASTOS DE ADMINISTRACIÓN	5.404.495,05
GASTOS DE COM. Y F.	2.261.746,65
OTROS GASTOS	72.276,12
TOTAL	7.738.517,82
RESULT. DEL EJERCICIO ANTERIOR	--
MENOS	
IMPUESTO A LAS GANANCIAS	554.068,11
MAS	
RES.POR E.A LA INF.	224.422,92
RESULTADO DEL EJERCICIO	1.693.654,55

COSTO DE LOS SERVICIOS

SUELDOS Y JORNALES	191.868,83
CARGAS SOCIALES	67.766,01
SAC	17.538,66
SAL. FAMILIAR	3.513,81
TICKETS CANASTA	14.298,08
PRESTACIONES	16.075.388,26
MEDICAMENTOS	2.350.615,32
REINTEGROS	134.806,82
TOTAL	18.855.795,79

GASTOS DE ADMINISTRACIÓN

SUELDOS Y JORNALES	1.511.458,48
CARGAS SOC.	505.966,34
SAC	137.810,30
SALARIO FAMILIAR	27.601,21
TICKETS CANASTA	112.342,67
HONORARIOS	194.535,28
REMUNERACIONES EXENTAS	16.270,96
GASTOS GENERALES	519.150,90
GASTOS BANCARIOS	35.484,84
LIBRERÍA E IMPRENTA	151.755,41
GASTOS COMPUTACIÓN	7.169,13
GASTOS REPRESENTACIÓN	1.138,19
IMPUESTOS Y TASAS	1.389.456,06
LUZ, GAS Y TELÉFONO	100.814,60
ALQUILERES	227.869,08
SEGUROS	84.959,13
REPARACIÓN INMUEBLES TERCEROS	215.290,77
AJUSTE DEUDORES	116.536,00
DONACIONES	1.555,48
SINIESTROS	47.330,22
OTROS	-
TOTAL	5.404.495,05

GASTOS COMERCIALIZACIÓN Y FINANCIACIÓN

SUELDOS Y JORNALES	1.057.595,54
CARGAS SOCIALES	357.772,60
SAC	95.213,40
SALARIO FAMILIAR	19.069,92
TICKETS CANASTA	77.618,14
REMUNERACIONES EXENTAS	-
PROP. Y PUBLIC.	608.824,61
ACT. IMP.	-
OTROS	45.652,34
TOTAL	2.261.746,55