

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACION ISALUD
MAESTRIA EN ECONOMIA Y GESTION
DE LA SALUD.
AÑO 2003-2004

TESIS

Control de Gestión para Obras Sociales

Desarrollo y Utilización de Tableros de Comando Operativos y Cuadro de Mando Integral para el seguimiento de la gestión de Obras sociales. 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).

Cr. Gabriel A. Dadiago

Director: Cr. Héctor Rosende

Agradecimientos:

A mi familia, a mis amigos y compañeros, a Daniela (por su asesoramiento).

INDICE

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| 1. INTRODUCCION..... | 6 |
| 1.2. Antecedentes..... | 7 |
| 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 9 |
| 2.1. Objetivo general | 10 |
| 2.2. Objetivos específicos..... | 10 |
| 3. METODOLOGÍA..... | 11 |
| 4. MARCO TEORICO..... | 14 |
| 4.1. Gestión y sus funciones principales..... | 14 |
| 4.2. El Control de Gestión..... | 16 |
| 4.2.1. El Control de Gestión en empresas de Salud..... | 17 |
| 4.3. Herramientas para el Control de Gestión..... | 18 |
| 4.3.1. Diferentes enfoques del Cuadro de Mando Integral..... | 19 |
| 4.4. El Cuadro de Mando Integral..... | 20 |
| 4.4.1. El Cuadro de Integral y sus perspectivas..... | 23 |
| 4.4.2. Beneficios y riesgos de un Cuadro de Mando Integral..... | 25 |
| 4.5. Desarrollo del Cuadro de Mando Integral..... | 27 |
| 4.5.1. Implementación de la estrategia..... | 29 |
| 4.5.1.1. Planeamiento Estratégico..... | 29 |
| 4.5.2.2. Determinación de la estrategia..... | 30 |
| 4.5.2.3. Indicadores y sus metas..... | 31 |
| 4.5.2.4. Iniciativas Estratégicas..... | 33 |
| 4.5.2.5. Responsable y recursos..... | 33 |
| 4.5.2.6. Evaluación Subjetiva..... | 35 |
| 4.6. Áreas Críticas..... | 36 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 5. EL CASO DE ANÁLISIS: OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES..... | 37 |
| 5.1. La Seguridad Social en el Sistema de Salud actual..... | 37 |
| 5.2. Las organizaciones financiadoras de salud..... | 41 |
| 5.3. Las Obras sociales de Universidades Nacionales..... | 43 |
| 5.4. La Obra Social del Personal de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires..... | 44 |
| 5.5. Descripción de la Cadena de valor..... | 46 |
| 5.6. Desarrollo del cuadro de mando integral..... | 47 |
| 5.6.1. Análisis FODA para la Obra Social..... | 47 |
| 5.6.2. Misión, visión y valores..... | 50 |
| 5.6.3. Perspectivas, mapas estratégicos y Objetivos..... | 51 |
| 5.6.4. Valoración del beneficiario..... | 55 |
| 5.7. Determinación de los indicadores para cada perspectiva..... | 56 |
| 5.7.1. Indicadores de la perspectiva financiera..... | 56 |
| 5.7.2. Indicadores de la perspectiva de los Clientes..... | 60 |
| 5.7.3. Indicadores de la Perspectiva de los Procesos Internos..... | 64 |
| 5.7.4. Indicadores de la Perspectiva del Aprendizaje y Crecimiento..... | 67 |
| 6. PROPUESTA DE IMPLEMENTACION DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL PARA LA OBRAS SOCIAL DEL PERSONAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES..... | 72 |
| 6.1. Cuadro de mando Integral para la O.S.P.U.N.C.P.B.A..... | 72 |
| 7. TABLEROS DE COMANDO..... | 76 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------|-----|
| 7.1. Tablero Control de Internaciones..... | 78 |
| 7.1.1. Objetivos del tablero..... | 78 |
| 7.1.2. Tratamiento de la Información..... | 78 |
| 7.1.3. Informe de Tasas de Uso de Internaciones..... | 78 |
| 7.2. Tablero Control de tasas de uso..... | 83 |
| 7.2.1. Objetivos del tablero..... | 83 |
| 7.2.2. Tratamiento de la Información..... | 84 |
| 7.2.3. Informe de Tasas de Uso de Practicas Médicas..... | 84 |
| 7.3. Tablero de Control de Consumos Farmacéuticos..... | 89 |
| 7.3.1 Consumos Farmacéuticos..... | 89 |
| 7.3.2. Objetivos del Tablero..... | 89 |
| 7.3.3. Tratamiento de la Información..... | 89 |
| 7.3.4. Informe Financiero del Gasto Farmacéutico..... | 90 |
| 7.3.5. Informe Financiero sobre Medicamentos Especiales..... | 92 |
| 7.3.6. Informe Financiero total de gastos en Medicamentos..... | 93 |
| | |
| 8. CONCLUSIONES..... | 97 |
| | |
| 9. BIBLIOGRAFÍA..... | 99 |
| | |
| ANEXOS..... | 101 |
| 1. Técnica del Semáforo..... | 102 |
| 2. Marco Jurídico – Ley 24.742 de Obras Sociales Universitarias..... | 104 |
| 3. Encuesta de Satisfacción..... | 108 |

1. INTRODUCCION

Las organizaciones prestadoras de servicios de salud exigen en estos momentos cambios constantes que le permitan la subsistencia. La inestabilidad y complejidad del mercado vinculadas, en gran parte, al desarrollo tecnológico experimentado en los últimos años, ha puesto en evidencia las falencias de los sistemas de gestión basados únicamente en la medición de los aspectos financieros de una empresa. Estos sistemas fracasaron al momento de explicar de un modo integral el funcionamiento de la organización y las causas de los resultados obtenidos. Hoy se asiste a un ambiente de negocios cada vez más complejo, y competitivo donde los activos intangibles y las relaciones humanas cada día son más importantes.

La conjunción de estos motivos sumados la aparición del Cuadro de Mando Integral da como resultado los nuevos modelos de gestión para el sector salud para estos tiempos. En la actualidad el sector salud, y más específicamente el sector de las Obras Sociales se encuentran adaptando el viejo modelo de gestión a los nuevos desafíos, por lo que todavía no existiría un modelo consolidado para las Obras Sociales. En nuestro caso, el de la Obra Social del Personal de Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires (O.S.P.U.N.C.P.B.A.), no existe aún un modelo de control de gestión por lo que el desarrollo de este trabajo contribuiría como un aporte en tal sentido.

La estructura del presente trabajo se ha organizado en sus tres primeros apartados teniendo en cuenta cuestiones de carácter metodológico que incluirían los antecedentes mas importantes sobre el tema, la definición de objetivos generales y específicos y la estrategia metodológica a implementar. En el cuarto apartado los supuestos centrales que definirían el marco teórico, enfocado tanto al control de gestión como a la herramienta de cuadro de mando, en función del cual en el quinto

apartado se trabaja el caso en particular de la Obra Social del Personal de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Se analizan los principales indicadores desde las diferentes perspectivas que permitirán, en los dos últimos apartados, presentar una propuesta de implementación de Cuadro de Mando Integral para la Obra Social y el desarrollo de tableros comandos para el control de gestión diario de la organización.

1.2. Antecedentes

La Obra Social del Personal de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires se crea a partir de la Ley Nº 24.741, instrumento de regulación de las Obras Sociales Universitarias, razón por la cual no se encuentra dentro del sistema de obras sociales nacionales sindicales reguladas por la Ley Nº 23.660. No participando en consecuencia, del sistema de regulación de la Superintendencia de Salud de la Nación en cuanto a la redistribución de aportes y la cobertura de la alta complejidad que realiza la Administración de Programas Especiales (APE). Por consiguiente, a ello se sumaría la exención del aporte correspondiente para este fondo.

Otro hecho destacable es el cobro directo de los aportes y contribuciones (3% y 6% de los salarios respectivamente) por parte de la Universidad, sin el depósito a través de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP). La O.S.P.U.N.C.P.B.A. es una persona jurídica de derecho público no estatal con individualidad jurídica, financiera y administrativa y no tiene fines de lucro.

Hasta el año 1999 los servicios de salud para el personal de la U.N.C.P.B.A. se prestaban a través de convenios primero con IOMA y luego con OSPLAD, pero a partir de ese momento nace la Obra Social propia con el objetivo de ser financiador de los servicios de salud para el personal docente y no docentes, de la Universidad (y de su

grupo familiar). Esta opción fue el resultado del conocimiento del funcionamiento de varias Obras Sociales Universitarias y de un proyecto de factibilidad realizado por una comisión creada al efecto.

En la actualidad, la O.S.P.U.N.C.P.B.A. posee 3800 afiliados distribuidos en las tres sedes universitarias, con oficinas de atención en cada una de ellas (Tandil, Azul y Olavarria) y con la sede de toda la administración en la ciudad de Tandil donde se encuentra la mayor cantidad de afiliados. Su órgano de gobierno, el Consejo Directivo, está compuesto por docentes y no docentes con representación regional (un docente y un no docente por cada sede), más un representante de cada uno de estos claustros por el Consejo Superior de la Universidad. Es decir, el mismo está compuesto por cuatro docentes y cuatro no docentes con sus respectivos suplentes.

Atravesada la etapa fundacional, el nuevo desafío consiste en profesionalizar la gestión en un contexto complejo caracterizado, por un lado, por la limitación en los ingresos, ante un retraso salarial muy importante sufrido por los trabajadores de las universidades nacionales. Por otro lado, en los últimos años y a través del proceso inflacionario, los costos de las prestaciones médicas han aumentado en una gran proporción. Ello se suma a un aumento creciente en el consumo dado, en muchos casos, por el avance tecnológico en la medicina.

De ahí que, el Control de Gestión sea hoy una herramienta vital para cualquier tipo de organización, ya sea como ente financiador o prestador del sistema de salud. En el caso de O.S.P.U.N.C.P.B.A, el actual sistema informático de atención y control está basado en el expendio de los bonos para la atención pero no brinda la información necesaria para llevar a cabo un control más eficiente de la gestión. Esto es, un sistema integrado que brinde la información detallada a ser comparada con los objetivos de la entidad, lo que en la actualidad se define como el Cuadro de Mando Integral.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obra social -como se mencionó-, es de una muy corta vida. Posee un cuerpo de empleados reducido dedicado principalmente a la atención del afiliado, al control del gasto y a todas las tareas de administración, pero sin haber implementado aún un sistema de control de Gestión para la Gerencia, la Auditoria o para los directivos de la misma.

La situación actual de la Obra Social amerita la realización de cambios estructurales. La concreción de su etapa fundacional en la que todos los objetivos fueron puestos en la consolidación de la organización en cuanto a la gestión médico asistencial, demanda ahora orientar el trabajo hacia el diseño de una herramientas que pueda medir el desempeño global de la organización. El sistema informático no brinda una situación acabada de la organización en forma global pues está más orientado a la emisión de órdenes y realizar auditorias en línea que a tener una información detallada de todo lo que acontece en la entidad. De ahí que con la finalidad de arribar a resultados que reflejen los objetivos de la organización, es necesario conocer estadísticas e indicadores que puedan ser una herramienta para la toma de decisiones. Carecer de información detallada y precisa ha redundado en un aumento sostenido del costo prestacional sin saber exactamente los motivos de estos incrementos.

Con estos antecedentes es que resulta imprescindible para este tipo de organización lograr el máximo de satisfacción de los afiliados y buenos niveles de eficiencia, sin resentir la calidad de las prestaciones. Alcanzar dicho objetivo dependerá del grado acabado de conocimiento de lo que ocurre en toda la organización. Sobre esta limitación se ha definido el siguiente **problema**: ¿Cómo medir el desempeño de la O.S.P.U.N.C.P.B.A. durante el año 2005?. Problema que se intentará resolver a partir

del desarrollo del proyecto: la implementación de un Sistema de Control de Gestión elaborando un Cuadro de Mando Integral.

2.1. Objetivo General:

El objetivo general del presente trabajo será desarrollar un Sistema de Control de Gestión para la Obra Social del Personal de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, identificando un conjunto de indicadores que permitan medir el desempeño de la O.S.P.U.N.C.P.B.A. para el año 2005, actualizable período por período.

2.2. Objetivos Específicos:

1. Relevar los datos disponibles de consumos de cada tipo de prestación correspondiente al año 2005 (por ejemplo: Consumo de medicamentos, internaciones, consultas médicas, etc.).
2. Elaborar indicadores de consumos para cada tipo de prestación (por ejemplo: importe promedio por receta de medicamento, cantidad de consultas al médico por año por afiliado, días de internación por afiliado/año, etc.).
3. Elaborar indicadores para cada una las perspectivas del cuadro de mando.
4. Identificar objetivos de corto, mediano y largo plazo para cada indicador.
5. Seleccionar un subconjunto de los indicadores que permitan una visión resumida de conjunto.

6. Evaluar el resultado en términos de utilidad para la toma de decisiones por parte de los responsables de la conducción.

3. METODOLOGÍA

El trabajo realizado se encuentra dentro de las características de la investigación aplicada, la cual propone el diseño de una herramienta de gestión a implementarse en una institución seleccionada. Por este motivo se encuentra dentro del tipo estudio de caso.

Este tipo de investigación implica el estudio en profundidad de las características de un fenómeno determinado para facilitar su comprensión.¹ En general todas las definiciones coinciden en una indagación detallada, sistemática y en profundidad del caso que es objeto de interés.

El caso puede ser desde una persona, una comunidad, una organización en su conjunto o alguna unidad dentro de la organización, la exigencia es que posea identidad propia.²

El propósito final de todo estudio de caso es contribuir a la creación de un modelo que sirva para la toma de decisiones futuras.

La estrategia metodológica conducente al logro de los objetivos planteados en el proyecto será de tipo cuali-cuantitativo.

¹ Fassio A. / Pascual L./ Suárez F. "Introducción a la Metodología de la Investigación" Ed. Machi Bs. As. 2003.

² Fassio A. / Pascual L. / Suárez F. "Introducción a la Metodología de la Investigación" Ed. Machi Bs. As. 2003.

Con respecto a las fuentes de información, se recurrirá al análisis de registros administrativo actualmente existente. En efecto, la institución recolecta actualmente información sobre prestaciones, principalmente con fines administrativo-contables.

Dicha información, sin embargo, no ha sido objeto de tratamiento para su utilización para la gestión.

En cuanto a la recolección de los datos, los mismos se encuentran en el archivo del sistema informático donde su eje central es el expendio de los bonos para la atención pues por cada práctica que un afiliado realiza se emite una orden con sus datos, la práctica a realizar, el profesional actuante, el valor de la práctica y el copago que el afiliado abonará en la obra social. Estos comprobantes son entregados al prestador, quien luego los remite a su Colegio, Círculo, etc. para que éste a través de una facturación global los envíe a la sede central de la obra social para su cobro. Allí son procesados a través de códigos de barras impresos en los bonos. Con este proceso se cierra el circuito de cualquier práctica quedando en la base de datos del sistema una historia clínica de cada afiliado, pudiendo emitirse por tipo de práctica.

Con respecto a los datos para la elaboración de los indicadores económicos financieros los mismos serán los resultantes de la confección de los estados contables de cada ejercicio.

En este caso confeccionaremos un modelo de Cuadro de Mando Integral para toda la organización, y a su vez implementaremos un modelo de Tablero de Comando en el que se detallará los indicadores prestacionales que se podrán medir en forma mensual, semestral y anual. Otro que resuma los datos relevantes y gastos de las internaciones, y que también se podrá medir en los periodos que se determinen. Por

último es necesario resumir en un pequeño Tablero de Comando con información diaria con un resumen mensual toda la información que se considere importante tanto desde el punto de vista económico-financiero como de la atención de los beneficiarios y prestacional. Aquí se podría volcar un resumen de la operatoria diaria que permita un seguimiento de los acontecimientos que se van presentando en la Obra Social.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Gestión y sus funciones principales

En cualquier tipo de organización hay que distinguir tres conceptos fundamentales como lo son: Operar, Organizar y Dirigir³. Operar, es el proceso por el cual a partir de la materia prima se obtiene el producto que se desea ofrecer en el mercado. Se podría decir que, desde una concepción industrialista, es el corazón de la organización donde se realiza el proceso u operación. Organizar, es el conjunto de actividades por el cual se desarrolla la estructura y las actividades que sustenta la empresa. Y por último, dirigir, requiere actuar sobre la operación y la organización para alcanzar los resultados deseados. Es decir se está por encima de las demás áreas de una organización haciendo un seguimiento de la organización como un todo⁴.

En este trabajo adquiere centralidad lo que suele denominarse el arte de dirigir: los modos y formas de gestionar y conducir las organizaciones. Se trata de encontrar la mejor forma de que la organización logre sus objetivos. Será clave entonces diagnosticar en cada momento dónde se está parado y qué debe hacerse para llegar a la meta. En la medida que la empresa crezca, el directivo deberá ir cambiando el perfil, alejándose cada vez más de las tareas operativas: trabajar más sobre los procesos que en los procesos.⁵

Es clave, entonces, definir para qué sirve cada uno de los sistemas y cómo utilizarlos con precisión. Todo cambio debe ser aceptado e impulsado por la alta dirección. La

³ Ballve A. M. "Tablero de Control" Ed. Machi. Buenos Aires 2000.

⁴ Ballve A.M. "Tablero de Control" Ed. Machi. Buenos Aires 2000.

⁵ Ballve A.M. "Tablero de Control" Ed. Machi. Buenos Aires 2000.

maduración directiva es un proceso que puede llevar años y requerir apoyo externo. Hay que aplicar las herramientas de gestión previstas, adaptándolas a la madurez de la organización. El proceso de crecimiento en madurez es permanente, utilizando sistemas formales de los más simples a los más complejos, de lo operativo a lo estratégico, del diagnóstico al control.

El concepto de Cuadro de Mando Integral como instrumento de información y control de gestión de una organización existe desde hace mucho tiempo y su uso fue bastante difundido en el ámbito empresarial. Sin embargo, estos cuadros de mando adolecen de integración ya que los indicadores no son relacionados entre sí a través de un enfoque integrador que aporte una visión de la organización. Esto reduciría enormemente su potencial desde el punto de vista de la información a brindar como del control de gestión mismo.

En tal sentido, el Cuadro de Mando Integral es considerado como uno de los modelos más importantes de planificación y gestión. Pues es un modelo en el que se traduce la estrategia y la misión de una organización en objetivos, medidos a través de indicadores y éstos ligados a planes de acción que permiten alinear el comportamiento de los miembros de la organización.

Tal como apuntan Kaplan y Norton⁶, el proceso de configuración del Cuadro de Mando Integral se inicia cuando la dirección comienza con la traducción de la estrategia de su unidad de negocio en unos objetivos estratégicos concretos, de forma que se pueden identificar sus inductores críticos. Sin duda, el fin último del Cuadro de Mando Integral es la integración y complementación de todos aquellos objetivos emanados desde la propia estrategia.

⁶ Kaplan R.S. y Norton D. P. "Cuadro de Mando Integral" Ed. Gestión 2000. Barcelona 1997.

4.2. Control de gestión

El control de gestión es sin dudas una necesidad para el cumplimiento eficaz de los objetivos propuestos por la organización, ya que va a maximizar los escasos recursos que son asignados, y así poder presentar una rendición de cuentas pública.

Un correcto modelo de control de gestión comienza con una programación estratégica, donde los objetivos y la estratégica sean la base para la definición de las áreas claves de gestión con el propósito de definir los indicadores y estándares correspondientes que permitan el control de los procesos y la atención de los beneficiarios del sistema.

El modelo integrado de control de gestión es un conjunto de procesos que parten de las principales áreas claves del sistema organizacional con el fin de diseñar indicadores y estándares basados en los planes y programas estratégicos definidos por la organización. Tales indicadores cuantitativos y cualitativos son medidos por medio de índices de desempeño gestionados a través de cuadros de mando que garantizarán un monitoreo permanente que lleve al cumplimiento de los objetivos delineados por la organización.

Ahora bien, con toda esta descripción sobre lo que implica gestionar una organización, elegir cuál es mejor modelo para establecer un Sistema de Control de Gestión, conduce a pensar en realizar un Cuadro de Mando Integral, como la herramienta más adecuada. Quienes determinan que el Cuadro de Mando Integral se puede concebir como un sistema de gestión estratégica lo fundamentan en que las organizaciones modernas más exitosas la figura del gerente controlador esta perdiendo vigencia, siendo sustituido por la gestión de todos los miembros de la organización que asumen sus funciones, teniendo éstos cada vez más autonomía en la toma de decisiones.

4.2.1. El control de Gestión en las empresas de Salud.

Se considera que a través de una Obra Social estamos gestionando:

- La atención de la salud de los beneficiarios-Afiliados, con todo lo que esto puede implicar en la vida de las personas.
- Los intereses colectivos de las partes intervinientes, como son los afiliados, prestadores médicos, instituciones sanatorias, y los de la Obra Social.
- El importante volumen de recursos económicos.

Así planteado el contenido de su gestión, la principales funciones gerenciales son:

- Guiar a la obra social al cumplimiento de su misión.
- Aumentar la eficiencia.
- Posibilitar el acceso de los afiliados a los diferentes efectores.
- Contener el aumento del gasto y racionalizar los costos.
- Mejorar el clima de la organización.
- Realizar análisis de oportunidades.
- Control de gestión.

4.3. Herramientas para el control de gestión

Es posible identificar distintas herramientas para el control de gestión. Uno muy difundido son los tableros de indicadores. Ballve⁷ en su libro Tablero de Control define cuatro tipos genéricos de Tableros:

- **El Tablero de Control Operativo:** se lo define como aquel que permite realizar un seguimiento diario del estado de situación de un sector o proceso de la empresa para tomar en forma inmediata las medidas correctivas que sean necesarias. Por ejemplo información sobre los internados por día, cantidad de determinada práctica que fueron realizadas o solicitadas en el día, etc.
- **El Tablero de Control Directivo:** este va a posibilitar monitorear los resultados de la empresa en su conjunto, y de sus áreas claves. Está más orientado a los resultados internos y al corto plazo.
- **Tablero de Control Estratégico:** este brindará información tanto interna como externa a la organización, con respecto al posicionamiento estratégico de la empresa y a largo plazo.
- **Tablero de Control Integral:** constituye el resumen de los tres anteriores, porque va a resumir la información más importante de cada uno de ellos y está

⁷ Ballve A. M. Op. Cit.

destinada a la dirección superior para que pueda interiorizarse de la situación integral de su empresa.

A estos cuatro modelos definidos podemos incorporar la al Cuadro de Mando Integral:

- **Cuadro de mando Integral:** Según Kaplan y Norton⁸ lo definen como la herramienta que le brinda a la dirección de una organización un amplio marco en el que se traduce la visión y estrategia de toda la organización en un conjunto de indicadores.

4.3.1. Diferentes enfoques del Cuadro de Mando Integral

La siguiente comparación intenta dar cuenta de las distintas concepciones del Cuadro de Mando Integral por un lado un enfoque limitado del modelo y por el otro el enfoque correcto a dar al Cuadro de Mando Integral:

Enfoque Limitado

- Conjunto de indicadores financieros y no financieros.
- Sistema de gestión para el control de la organización por parte de la alta dirección.
- Centrado en el uso de la herramienta de software. Se piensa más en el software que en el contenido.
- Enfocado en los cambios, en la evaluación del desempeño y en la compensación.

⁸ Kaplan R.S. y Norton D. P. "Cuadro de Mando Integral" Ed. Gestión 2000. Barcelona 1997

Enfoque Adecuado

- Conjunto coherente de elementos que conectan las acciones con la estrategia.
- Sistema de ayuda a la planificación y gestión que facilita la comunicación y proporciona mejor información a todos los niveles.
- Centrado en el contenido. El software es un medio, no un fin en si mismo.
- Centrado en los objetivos estratégicos y las iniciativas prioritarias. Los cambios en la evaluación y la compensación son una consecuencia y no la razón de ser del modelo.

4.4. El Cuadro de Mando Integral

¿ Y qué es un Cuadro de Mando Integral y para qué sirve?.

En la actualidad es cada vez más frecuente observar que el Cuadro de Mando Integral puede ser considerado como uno de los modelos más importantes de planificación y gestión. Pues es un modelo en el que se traduce la estrategia y la misión de una organización en objetivos, medidos a través de indicadores y éstos ligados a planes de acción que permiten alinear el comportamiento de los miembros de la organización.

Se lo define como el conjunto de indicadores cuyo seguimiento periódico permitirá contar con un mayor conocimiento de la situación de la organización o de sectores de la misma.

Las características más salientes son que articula medidas financieras y no financieras, medidas referidas al corto plazo y al largo plazo, medidas que reflejan los resultados del esfuerzo del pasado y medidas inductoras de la actuación futura. Las medidas responden a relaciones de causa y efecto, y contiene una cantidad suficiente de datos para poder dar un panorama completo de la organización.

Las evaluaciones tradicionales del desempeño de una organización, basadas en medidas financieras, hoy ya no son suficientes, debido a la presencia de un ambiente de negocios cada vez más complejo y competitivo donde los activos intangibles y las relaciones humanas cada día son más importantes.

Los sistemas anteriores de medición de la gestión estaban dados por los resultados que arrojaban los tradicionales balances, todo esto estaba basado en eventos del pasado, pero en las empresas modernas se necesita de mediciones actuales que permitan determinar el desempeño futuro.

Algo sumamente importante en la confección de un Cuadro de Mando Integral es saber cuál es la información necesaria para los directivos, pues como se suele decir, cuanto más papeles se presentan con datos, menos es la información que se tiene de la realidad de la empresa. Por eso, cuánto más sintetizada y resumida es la información más útil será para la dirección, pues el cuadro de mando nace como una herramienta que permita monitorear a la empresa en forma permanente como también realizar un diagnóstico de situación en cualquier momento.

El Cuadro de Mando Integral es algo más que un sistema de medición, su verdadera utilidad se encuentra cuando se transforma, pasa de ser un sistema de indicadores a construirse en un sistema de gestión.

Se podría decir que el Cuadro de Mando Integral proporciona una "*fotografía*" que permitirá examinar cómo se está llevando a delante la estrategia a mediano y largo plazo.

Para enfocar esa "*fotografía*" previamente es necesario concretar la visión y misión de la organización en objetivos estratégicos relacionados entre si según diferentes perspectivas.

Se han definido como las principales utilidades del Cuadro de Mando Integral :

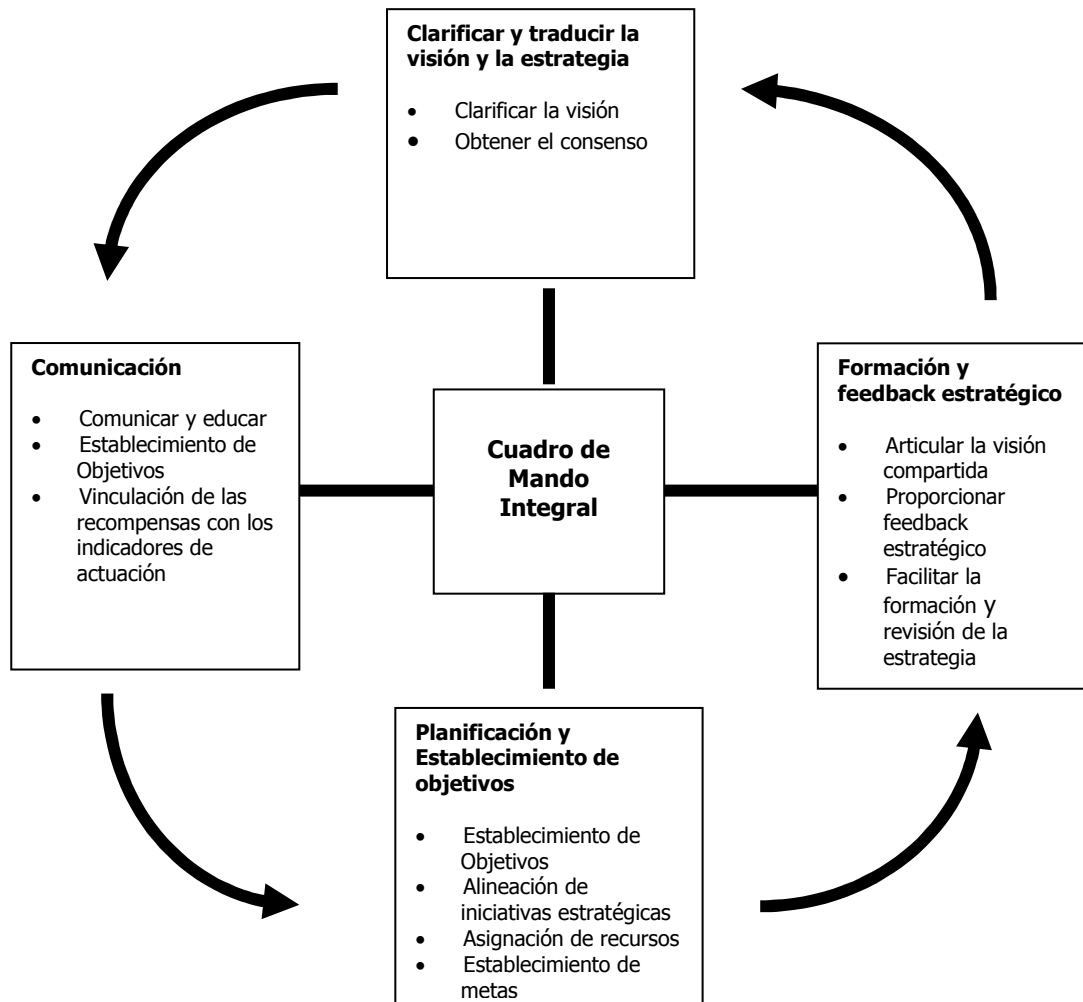
- Clarificar la estrategia y lograr el consenso.
- Comunicar la estrategia a toda la organización.
- Alinear los objetivos personales con la estrategia.
- Vincular los objetivos estratégicos con los objetivos de largo plazo.
- Identificar y alinear las iniciativas estratégicas.
- Realizar revisiones estratégicas periódicas y sistemáticas.
- Obtener feedback para la estrategia y así poder mejorarla.

Sin duda, el fin último del Cuadro de Mando Integral es la integración y complementación de todos aquellos objetivos emanados desde la propia estrategia.

Desde el instante que el sistema de indicadores se erige en un elemento de apoyo indiscutible en el proceso de toma de decisiones, se estaría hablando de un verdadero

SISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN.

Cuadro N° 1: Estructura del Cuadro de Mando Integral.



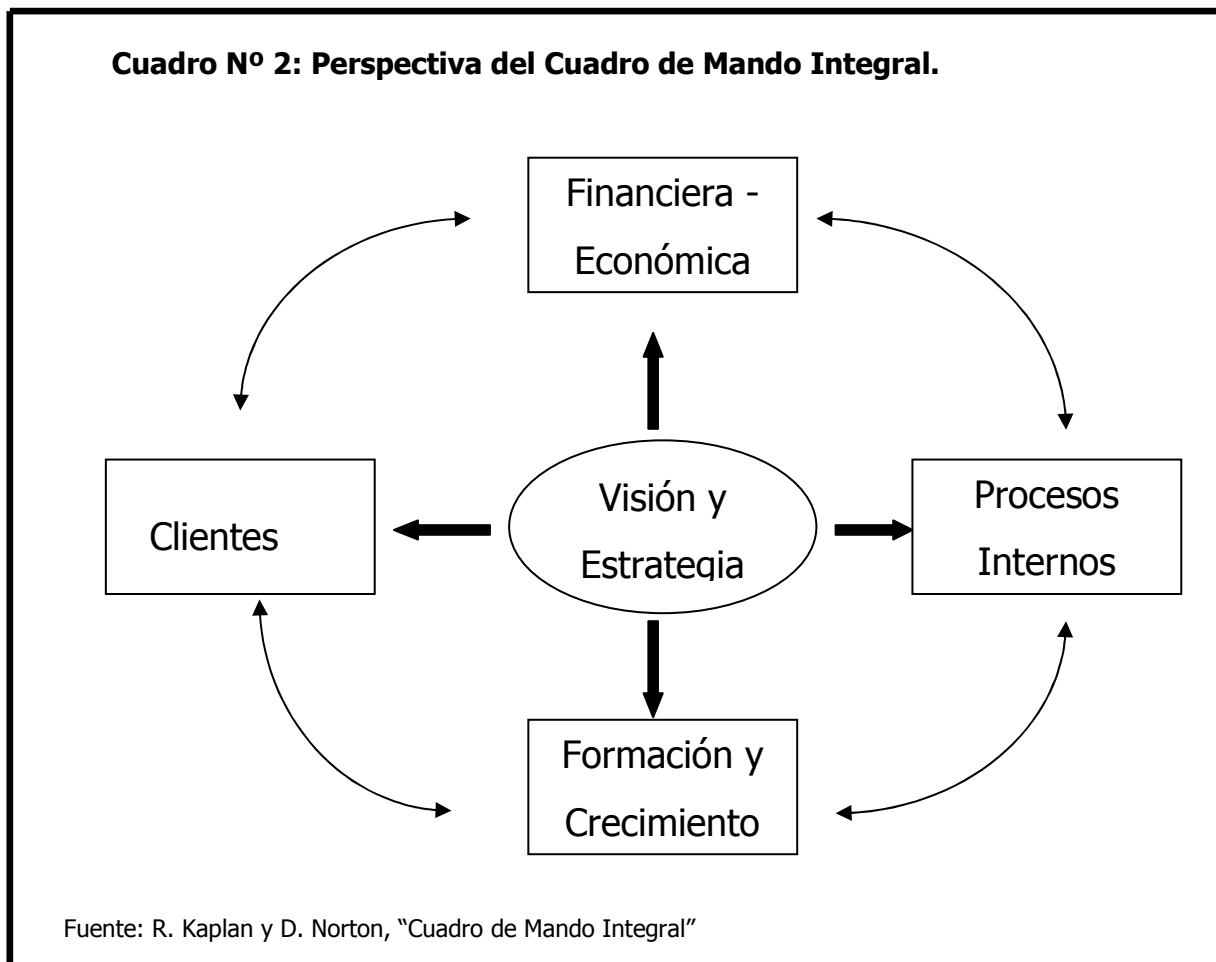
Fuente: Kaplan R. y Norton D. "Cuadro de Mando Integral"

4.4.1. El Cuadro de Mando Integral y sus Perspectivas

No existe ninguna regla fija ni acuerdo preestablecido sobre la cantidad de perspectivas que pueda tener un Cuadro de Mando Integral, aunque podrían

distinguirse las cuatro perspectivas que bien definen Kaplan y Norton⁹ como: 1. Financiera, 2. Del cliente, 3. De los procesos internos y 4. Del aprendizaje y crecimiento.

Estas cuatro perspectivas del Cuadro de Mando Integral permiten un equilibrio entre los objetivos a corto y largo plazo, entre los resultados deseados y los inductores de actuación de esos resultados, y entre las medidas objetivas, más duras, y las subjetivas, más suaves. Estas son las llamadas perspectivas tradicionales adaptables a cualquier tipo de organización, incluidas las empresas de servicios salud.



⁹ Kaplan R. S. y Norton D. P. "Cuadro de Mando Integral" Ed. Gestión 2000.

Un cuadro de mando debe ser lo suficientemente ágil y completo como para que se puedan tomar las mejores decisiones. Este debe reunir las siguientes características:

- Debe ser sintético.
- La presentación debe ser sinóptica (cuadros).
- La información debe ser graficable.
- Indicador de tendencias y comparable con otros períodos.
- Deben reflejar relaciones temporales.
- Debe ser sencillo para su análisis.

La utilidad del Cuadro de mando Integral no depende del tipo de empresa sino de los problemas a los que se enfrenta, se ha implantado en empresas grandes y pequeñas, sectores regulados y no regulados, organizaciones con y sin fines de lucro así como en empresas de alta rentabilidad y con pérdidas.¹⁰

4.4.2. Beneficios y Riesgos de un Cuadro de Mando Integral

A partir de todo lo expuesto sobre el Cuadro de Mando Integral es conveniente dejar aclarado, antes de entrar en el desarrollo e implementación del mismo, lo que pueden ser los beneficios, pero también explicitar los riesgos que conlleva el establecer un Cuadro de Mando de Integral.

¹⁰ Fernández A. "El Balanced Scorecard: ayudando a implementar la estrategia" Revista Antiguos Alumnos del IESE. Marzo 2001.

A pesar de sus virtudes, el Cuadro de Mando Integral es un gran desconocido, no sólo para los que todavía no han tenido acceso, sino también para los que ya están inmersos en el proceso de implantación.

Como principales ventajas podrían destacarse:

- ◆ El explicar el modelo de negocio y traducirlo en indicadores facilita mucho el consenso y la transmisión en toda la organización.
- ◆ Explícita cómo el accionar diario de la organización nos puede afectar en el largo plazo.
- ◆ Se lo utiliza para comunicar los planes de la empresa.
- ◆ Puede servir como herramienta para aprender acerca del negocio.

Sin embargo existían riesgos con la confección del cuadro de mando que podrían enumerarse como:

- ◆ Un modelo poco elaborado y sin la colaboración del personal se va a transformar en un pequeño libro editado periódicamente al que se le otorgaría poca importancia.
- ◆ Sí no se escogen indicadores que clarifiquen, la actividad será un resumen de números sin sentido.
- ◆ Si no se define la estrategia, ni la misión y visión de la organización no va a servir como control de la gestión.

Es importante que el personal conozca los resultados, de lo contrario se estaría dando información solamente a un selecto grupo, como puede ser la dirección o gerencia y el resto del personal no conoce la evolución del negocio

4.5. Desarrollo del Cuadro de Mando Integral

El desarrollo de un Cuadro de Mando Integral se caracteriza porque tanto su confección como su seguimiento es un proceso dinámico que acompaña y se adapta a la situación actual de cada organización, tomando como base su organización interna. Los cuadros de mando se utilizan en diferentes sectores de una organización, por lo que se puede usar, tanto en el control estratégico como también en el operativo.

La empresa puede ir directamente a la formulación de aquellos cuadros de mando centrados en las áreas críticas del negocio para su estrategia

El Cuadro de Mando Integral proporciona una valiosa herramienta para que los empleados puedan comprender la situación de la empresa, algo indispensable si ésta quiere alcanzar el dinamismo que necesita para crecer en el largo plazo. También aporta una información útil para desarrollar continuamente aquellos indicadores de control que más rápidamente le permitirán a la empresa alcanzar sus metas.

El resultado será que las operaciones diarias tendrán como base una visión compartida de la dirección que debe tomar la empresa a largo plazo, lo que significa que dicho curso de acción será una realidad tangible y comprensible para todos. Además, con el cuadro de mando separado por área de actividad, el control de las operaciones será más relevante que con los modelos anteriores. Los empleados serán más comprensivos, estarán más motivados, abiertos al cambio y tendrán mayor fuerza para implementar las decisiones de la organización, no es lo mismo cuando el empleado

tiene que llevar a cabo determinada decisión tomada por la dirección en la que pudo haber participado y el caso de un empleado al que le bajaron determinada decisión para ser puesta en práctica desconociendo los motivos de la misma.

La organización mejora su aprendizaje porque es más perceptiva y desarrolla su competencia de forma continua. El proceso de formular e implementar este tipo de Cuadro de Mando Integral se nutre de distintas áreas.

Un punto que cabe destacar es la distinción que se realiza en este trabajo de los términos Cuadro de Mando Integral y Tablero de Comando. Cuando se habla de Cuadro de Mando Integral, esencia del presente trabajo, se hace referencia al modelo de control de gestión donde se traduce la estrategia y misión de la Obra Social en objetivos mensurables a través del conjunto de indicadores que se han seleccionado. El Cuadro de Mando Integral es más que una herramienta. Se trata de un sistema integrado de gestión que posibilita la comunicación e información para que todos los sectores de la organización inmersos en un plan estratégico se puedan alinear con la misión de la organización.

Por su parte los Tableros de Comando operativos constituyen una herramienta capaz de brindar información operativa diaria a la Obra Social en cuanto a todo lo referido a los indicadores y tasas de usos médico asistenciales. Su utilidad esta dada en que es información diaria que permitirá la toma de medidas correctivas cuando éstas sean necesarias.

En cuanto a la relación existente en el presente trabajo de estas dos herramientas, se considera que en muchos casos los Tableros de Comando son el soporte de la información para la elaboración del Cuadro de Mando Integral pues la información que ellos reúnen resulta de gran importancia en la confección del Cuadro de Mando Integral.

4.5.1. Implementación de la estrategia:

4.5.1.1. Planeamiento Estratégico

Toda organización que se precie de tal debe diseñar para la prosecución de sus objetivos planteados, planes estratégicos, que pueden ser tanto a corto como a largo plazo.

Al planeamiento estratégico se lo puede definir como el proceso mediante el cual quienes toman las decisiones en una organización, obtienen la información y a partir de ella elaboran los fines que con los medios y recursos le permiten elaborar los planes, los cuales experimenta y controla y después de ejecutarlos realiza el seguimiento¹¹. Bajo este modelo, a quienes toman las decisiones se los denomina *estrategas* y no son ni más ni menos que los Gerentes de Áreas, Directores, jefes de departamento, etc. junto con los miembros de la alta gerencia.

El planeamiento estratégico es una combinación de los *fines* (metas) por los cuales se está esforzando la organización y los *medios* (políticas) con las cuales está buscando llegar a ellos.

La esencia del planeamiento estratégico consiste en la identificación sistemática de las oportunidades y peligros que se visualizan en el futuro, los cuales combinados con otros datos importantes proporcionan la base para que la organización adopte mejores decisiones en el presente para explotar las oportunidades y evitar los peligros. Planificar no es otra cosa que diseñar un futuro deseado e identificar las formas para lograrlo.

¹¹ Thompson Jr. A. A./ Strickland III A. J. "Dirección y Administración Estratégica" Irwin – Madrid 1995.

Se dice que es un proceso continuo que se inicia con el establecimiento de metas, la definición de las estrategias y políticas para el logro de esas metas, siempre dentro de una evaluación constante, que llevará a definir qué hacer con los resultados que hemos obtenido. Las tareas de evaluar los resultados y de iniciar los ajustes correctivos es el principio y el fin del planeamiento estratégico¹².

No es la toma de decisiones futuras, ni pronosticar el futuro, sino que es un conjunto de planes para poder guiar a la organización durante un tiempo determinado.

4.5.2.2. Determinación de la estrategia

El cuadro de mando ha despertado gran interés entre los directivos hasta ser considerado como uno de los modelos más importantes de planificación y gestión de cualquier organización, pues es un modelo en que se traduce la estrategia en objetivos. Lo que hace es ensamblar todas las piezas de una organización que generalmente se las encuentra descoordinadas para adaptarlas a las estrategias de la empresa. La determinación de la estrategia es la esencia del Cuadro de Mando Integral.

El control de gestión comienza con la misión y visión estratégica de la empresa, y el cuadro de mando integral es un método de control del negocio. Sin embargo, el carácter descriptivo del cuadro de mando lleva frecuentemente a nuevas ideas sobre la visión de la empresa y a una reconsideración de su estrategia. Por este motivo, los primeros pasos del proceso de la construcción de un cuadro de mando integral se refieren al desarrollo de una estrategia, fase que en otros procesos de la empresa ya puede haber tenido lugar. En este caso, la preparación del cuadro de mando sólo

¹² Thompson Jr. A. A./ Strickland III A. J. "Dirección y Administración Estratégica" Irwin – Madrid 1995.

confirmará las estrategias existentes, aunque en el proceso de elaboración dichas estrategias se expresarán en términos más tangibles de metas y factores clave para el éxito. Todo aquello que implique diseño, formulación e implementación de una estrategia es aplicable al Cuadro de mando.

Ahora también podríamos decir que el cuadro de mando será exitoso en la medida que la estrategia sea comunicada a toda la organización. Por eso es importante que el personal este compenetrado con los objetivos de la organización.

4.5.2.3. Indicadores y sus metas

Estos pasa a ser el alma del Cuadro de Mando Integral pues van a ser el medio que tenemos para visualizar si los objetivos estratégicos se están cumpliendo o no, pues el Cuadro de Mando Integral basa su comportamiento en el cálculo de los indicadores seleccionados. Estos indicadores deben partir de los objetivos estratégicos y de los factores vitales de éxito. Un indicador es una medida estratégica que permite evaluar en qué medida se logran los objetivos estratégicos definidos por la organización.

Es una expresión matemática que cuantifica el estado, las características o hechos que se desean controlar. Siempre es una cifra que se puede expresar como índice, promedio, tasa o porcentaje, que permite una expresión resumida y oportuna de los fenómenos observados y las variables en estudio.

Podemos encontrar dos tipos de indicadores:

- *Indicadores de resultado:* miden la consecución del objetivo estratégico, también se los llama indicadores de efecto.

- *Indicadores de causa:* estos miden el resultado de acciones que permiten su consecución, también se los llama indicadores inductores.

Por ejemplo la cantidad de horas que se invierte en la formación de un empleado es un indicador de causa, pues se está midiendo el esfuerzo que se realiza para mejorar su desempeño, un esfuerzo que quizás no se verá reflejado en los resultados de la organización, de ahí lo importante que es tener este tipo de indicadores. En cambio la medición de los ingresos por aportes por cápita en forma mensual va a ser un indicador de resultado pues nos está indicando el nivel de ingresos que tiene la Obra Social.

Características de los indicadores:

- Ser adecuados en el Objeto de medición.
- Que no den lugar a interpretaciones heterogéneas.
- Que tengan un costo de obtención aceptable.
- Que sean estratégicos.
- Sensibles, que identifiquen variables pequeñas.

Es importante tener en cuenta que para cada indicador se debe establecer:

- El período de análisis (diario, mensual, anual, etc.).
- La apertura (si se refiere a la organización, o para una sucursal, etc.).
- La referencia para el control (con que va a ser comparado, año anterior, estándares, promedios, etc.).
- Las alarmas (a partir de donde se deben tomar medidas correctoras).

- Los responsables del monitoreo (en caso de organizaciones con varias áreas o sucursales quien se hace cargo del seguimiento).

4.5.2.4 Iniciativas estratégicas

Luego del establecimiento de las metas para cada uno de los indicadores se debe valorar si las iniciativas actuales ayudarán a conseguir las metas propuestas, o si por el contrario se deberán definir nuevas iniciativas que permitan lograr los objetivos definidos. Muchas organizaciones tienen iniciativas en marcha, pero es frecuente que estas iniciativas no estén vinculadas a la consecución de los objetivos estratégicos.¹³

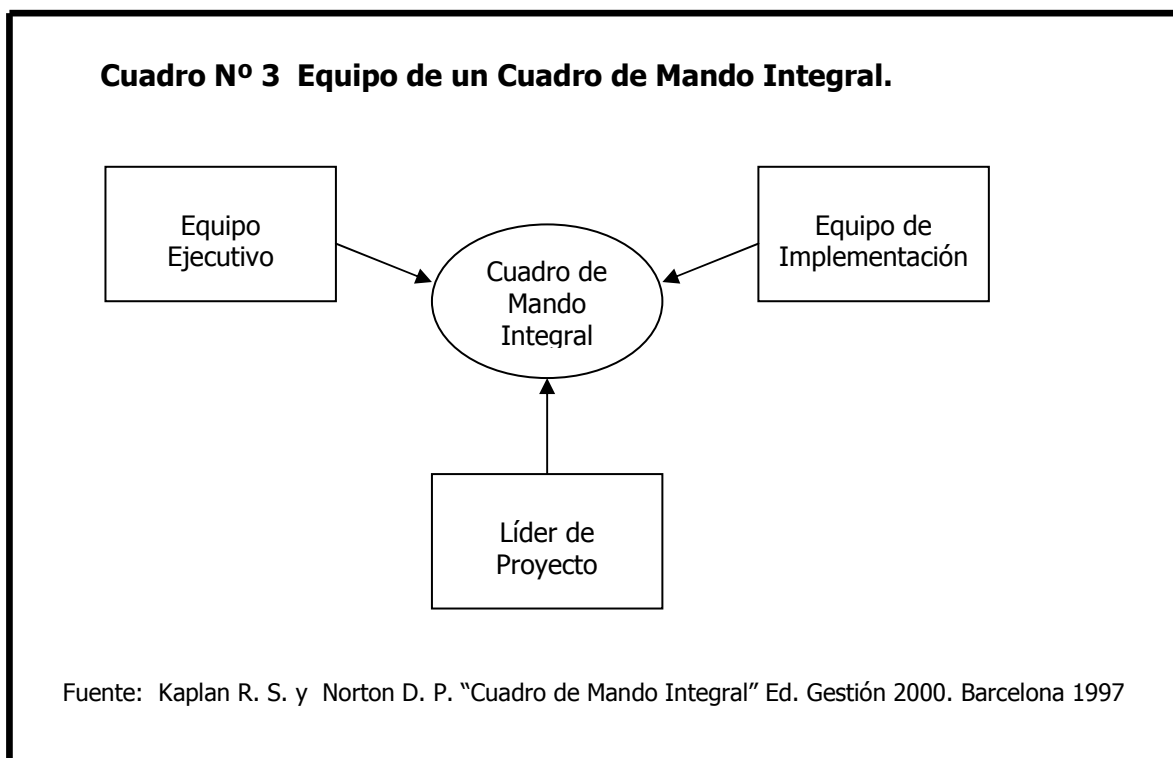
Por lo tanto es muy importante cuando se hable de gestionar a través del Cuadro de Mando Integral que cada iniciativa que se piense implementar esté alineada con los objetivos estratégicos antes definidos.

4.5.2.5. Responsable y recursos

En este punto se definirán los responsables de cada objetivo, indicador o iniciativa, o sea que se deberá tener a las personas que controlen el cumplimiento. Como también son muy importantes los recursos que se destinan al desarrollo de las iniciativas estratégicas.

El ***líder del proyecto*** es el timonel, tiene que ser una persona clave en la organización, pues de él dependerá el éxito o fracaso de la implementación del Cuadro de Mando Integral; debe ser un individuo respetado, con conocimiento tanto de la construcción como del funcionamiento del Cuadro de Mando, pero también de todo lo

referente al funcionamiento de la Obra Social. Pero más allá de líder del proyecto es importante contar con un equipo que en el siguiente cuadro podemos resumir:

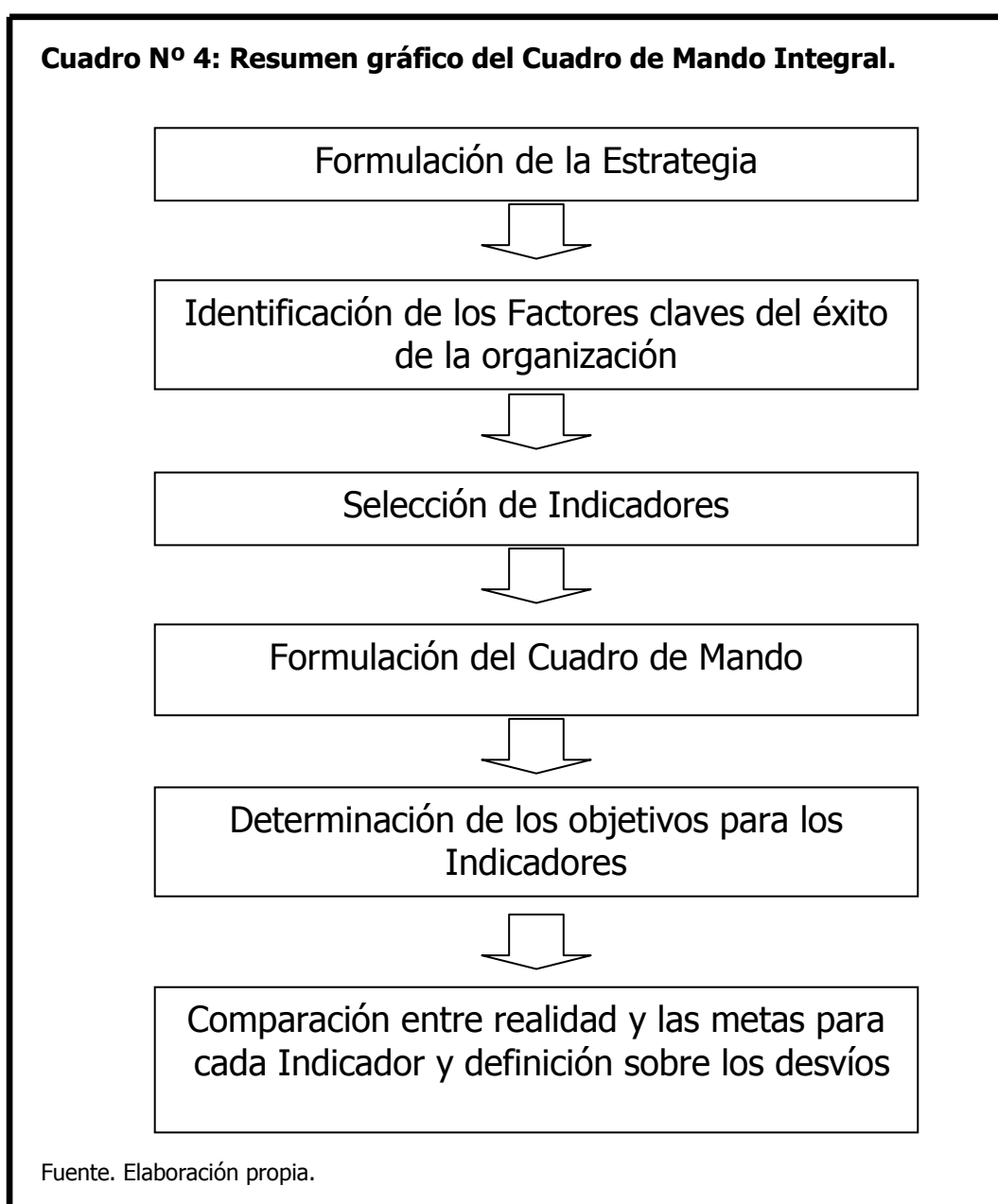


El **equipo ejecutivo** es el que diseña la estrategia de la organización, asigna los recursos y trata de eliminar las barreras que se encuentren para la implementación. Luego el **equipo de implementación** es el que va a integrar al Cuadro de Mando Integral con su sistema actual de gerenciamiento, adquiere conocimientos y los aplica sobre los métodos de medición. Reúne, analiza y muestra los datos.

¹³ Kaplan R. S. y Norton D. P. "Cuadro de Mando Integral" Ed. Gestión 2000. Barcelona 1997.

4.5.2.6. Evaluación subjetiva:

Este es el último punto del proceso en el que se va a realizar toda la evaluación del diseño del cuadro de mando, con las conclusiones pertinentes que permitan realizar los cambios y la retroalimentación correspondiente. Establecer medios de evaluación de información, ambiente de control, auditoría interna y externa.



4.6. Áreas Críticas

Luego de definir los objetivos y la filosofía del sistema de control, es necesario desarrollar las áreas críticas de gestión que serán el punto clave para la ejecución del control de gestión esperado. Las áreas críticas se pueden definir como aquellos procesos básicos que requieren un control para el éxito de la organización.

Este es un punto importante, dado que permite identificar los factores críticos que pueden generar el fracaso y por ende no lograr los objetivos estratégicos trazados para la organización. O sea, es saber qué se necesita para poder lograr el cumplimiento de los objetivos y la misión. Y también es fundamental identificar cuáles son los elementos que afectarán más a los resultados.

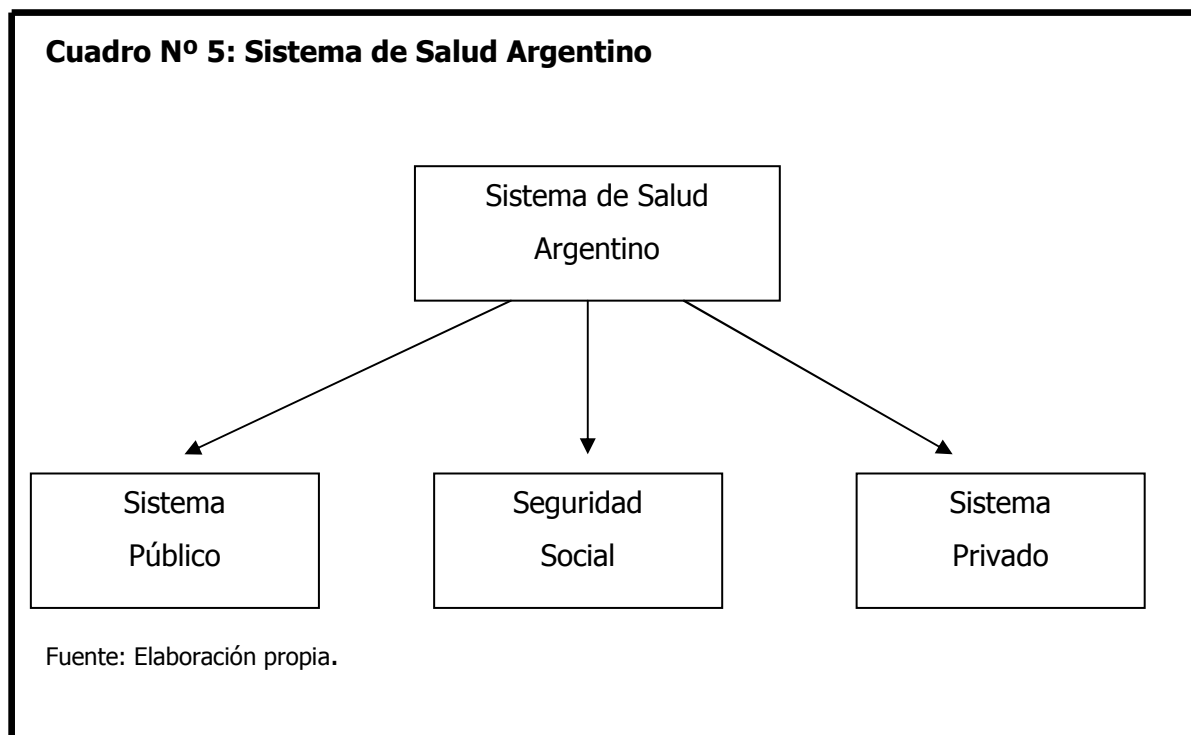
En muchos casos las principales barreras para la implementación del Cuadro de Mando Integral es la existencia de una cultura de pensar en el corto plazo, que los ejecutivos y gerentes piensan que ya tienen todo solucionado y no les interesa aportar para un "reporte más". También la falta de interés de los máximos responsables de la organización suele ser una causa que impide desarrollar un buen Cuadro de Mando Integral.

Es cierto que en muchos casos los fracasos están dados por una falta de disponibilidad de los datos necesarios, tanto para la implementación como para el posterior seguimiento, y generalmente esto pasa cuando existe ineficiencia de los sistemas, cuando muchos de los datos necesarios no existen pues nunca han sido medidos y por falta de personal para estas funciones.

5. El caso de análisis: de Obra Social del Personal de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires

5.1. La seguridad social en el sistema de Salud actual

El sistema de salud Argentino se encuentra dividido en tres grandes subsectores, con funciones diferenciadas y múltiples interrelaciones como lo son: el sistema público, la seguridad social y el sistema privado.



Dentro del sector público se ubica el sistema de atención sanitaria que brinda el estado a través de hospitales públicos, salas de salud, etc. y es financiado por parte del estado nacional, provincial o municipal, de acuerdo a su jurisdicción.

El Ministerio de Salud de la Nación tiene a su cargo la conducción del sector en su conjunto a través del diseño de programas, dictado de normas y ejecución de acciones que permitan la coordinación entre los distintos subsectores.¹⁴

Este sistema es financiado a través de recursos fiscales, y esta destinado a la población de menores recursos, no incluidos dentro de la seguridad social, por no poseer trabajo o contar con trabajo informal. Este sector de la atención en los últimos años se ha visto desbordado debido a la gran crisis económica que sufrió nuestro país, con el consiguiente aumento del desempleo.

Como sistema privado tenemos una fuerte presencia del sistema de medicina prepaga, que está destinada a la población de mayores ingresos. Este sistema llamado de los seguros privados, actúan mediante el pago de una prima mensual calculada en base del riesgo y el tipo de servicio al que se pretende acceder. El financiamiento es mediante aportes voluntarios.

Todas las empresas que actúan dentro de este sector están diferenciadas por su carácter empresarial y por el fin de lucro que persiguen. El modelo es un contrato donde se definen los alcances de la cobertura, monto de la cuota, y demás condiciones como por ejemplo carencias, preexistencias, etc.

Por último el subsector de la seguridad social basado en el concepto de seguro social desarrollado en Alemania en 1830 conocido como el sistema de Bismark, un modelo bajo el cual surgieron en Argentina todas las obras sociales.

¹⁴ Gonzalez Garcia, G./Tobar F. "Salud para los Argentinos" Ed. Isalud. Buenos Aires. 2004.

Las principales características de este sistema son:

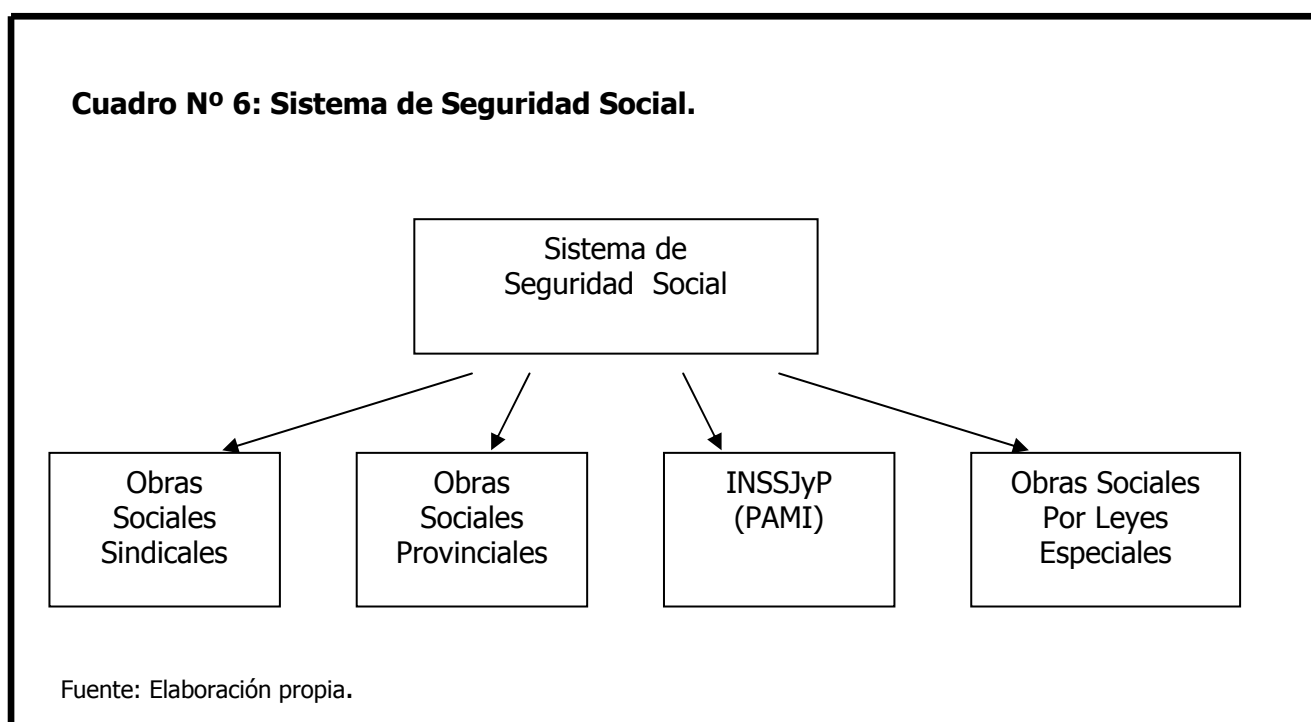
- Cobertura universal obligatoria.
- Es financiado por aportes y contribuciones realizados por los trabajadores y sus empleadores.
- Los aportes son obligatorios y son administrados por sus propios beneficiarios.
- Benefician al trabajador que realiza el aporte y a sus grupo familiar primario.
- Generalmente son financiadores del sistema y no prestadores aunque en los últimos años muchas obras sociales han incorporado la atención en consultorios propios en distintas especialidades, como también la adquisición o construcción de establecimientos asistenciales como por ejemplo Sanatorios, Clínicas, etc..

Este sistema en Argentina se encuentra fragmentado, lo que implica superposición de coberturas, afiliaciones a más de una Obra Social, y por consiguiente una mala asignación de recursos que genera una ineficiencia en el gasto.

Las Obras Sociales son uno de los principales pilares de la atención de la salud pues la fuerza de trabajo toda se encuentra incluida en este sistema más allá del nivel de ingresos, también que todos los pasivos luego son beneficiarios del PAMI.

El principio rector de las Obras Sociales es la solidaridad, esto significa que cada trabajador va financiar al sistema con su aporte y contribución según su remuneración y todos reciben el mismo nivel de atención médica cuando se la requiera. Esta solidaridad se establece desde los que más contribuyen al sistema hacia los que menos lo hacen, como así también desde los sanos hacia los enfermos, esto último implica que todos pueden enfermarse en la vida y todos van a necesitar los servicios en forma eventual.

Ahora bien, dentro del sistema de Obras Sociales existen varios subsistemas como son las obras sociales regidas por la Ley N° 23.660 que son las llamadas Obras Sociales Sindicales, la Obras Sociales Provinciales, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (el PAMI), y por último las Obras Sociales creadas por leyes especiales (Fuerzas Armadas, Fuerzas de Seguridad, Poder Judicial, Congreso de la Nación y las de Universidades Nacionales).



Las Obras Sociales regidas por la Ley N° 23.660 tienen en la actualidad más de 280 organizaciones de diferentes formas jurídicas. En cuanto a las provinciales existe una por cada jurisdicción.

Dentro del grupo de obras sociales creadas por leyes especiales se encuentra la Obra Social del Personal de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires donde se desarrollara el presente el trabajo. Una Obra social, que junto con otras 23 Obras Sociales Universitarias forman parte del sistema de Obras Sociales

Universitarias. Si bien cada una tiene su individualidad propia existe un organismo que núcleo a todas que es el Consejo de Obras Sociales Universitarias (COSUN); un organismo que ha creado una red de atención de la población universitaria en la República Argentina.

En cuanto a la población cubierta por todas las obras sociales, aproximadamente veinte de ellas concentran dos tercios de los beneficiarios, y el otro tercio se distribuye entre las 260 obras sociales restantes. Las obras sociales son entidades de derecho público no estatal, sin fines de lucro, y sujetas a regulación estatal se diferencia con los seguros privados por el carácter compulsivo de la afiliación y la base solidaria de su financiación.

En cuanto a lo prestacional todas tienen que garantizar el Programa Médico Obligatorio (PMO), entendiéndose por PMO al régimen de asistencia obligatorio, para todas las Obras Sociales, es decir que todos los Agentes del Seguro de Salud deben asegurar a sus beneficiarios que mediante sus propios servicios o a través de efectores contratados, que garantizarán las prestaciones de prevención, diagnóstico y tratamiento médico y odontológico, no podrán establecerse períodos de carencia ni coseguros o co-pagos, fuera del expresamente indicado en el PMO; aunque las obras sociales que quieran hacerlo tendrán libertad para brindar servicios más amplios que el PMO.¹⁵

5.2. Las Organizaciones Financiadoras de salud.

Una organización puede ser definida como un sistema social integrado por individuos y grupos que, bajo una determinada estructura y en un contexto al que controlan

¹⁵ González García, G./Tobar F. "Salud para los Argentinos" Ed. Isalud. Buenos Aires 2004.

parcialmente, desarrollan actividades aplicando recursos en pos de ciertos valores comunes. Como sistema social la **organización** puede ser concebida como una coalición de individuos y grupos que se relacionan y están fuertemente influidos por el contexto.¹⁶

Sobre esta definición se pueden rescatar como un elemento distintivo en todas las organización a la finalidad de la misma, o sea su razón de ser, lo que se denomina la misión. Esta misión como se verá más adelante deberá ser el camino para que la organización pueda definir sus objetivos.

Como otro punto importante en esta definición de organización es lo que se refiere al contexto en el que se actúa que la va a afectar tanto directa como indirectamente.

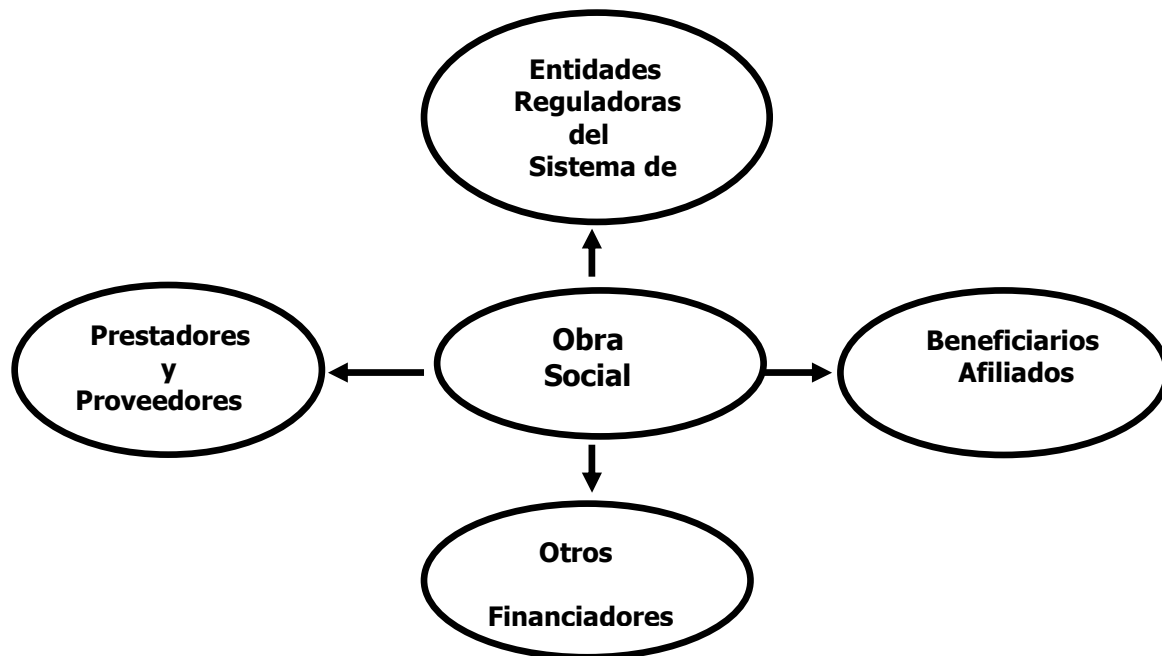
Dentro la las organizaciones del sistema de seguridad social se pueden encontrar con dos tipos de entidades a saber:

- aquellas que sólo son financiadoras del gasto y
- las que cumplen con el punto anterior, pero a su vez, también son prestadores de algunos servicios a través de clínicas sanatorios consultorios, etc., y con su propio personal.

La OSPUNCPBA una entidad puramente financiadora de salud donde los beneficiarios tienen libre elección de los prestadores.

¹⁶ Solana, Ricardo. Administración de organizaciones en el umbral del tercer milenio. Ed. Interoceánicas Buenos Aires 1993.

Cuadro N° 7: Relaciones de la entidades financiadoras.



Fuente: Elaboración propia.

5.3. Las Obras sociales de las universidades nacionales.

Las Obras Sociales de las Universidades Nacionales son creadas por la Ley N° 24.741 que les da el marco jurídico que necesitaban, pues las mismas eran prexistestes al dictado de la citada ley, pues se prestaban los servicios de salud a través de direcciones de las propias Universidades. En la actualidad son 24 las obras sociales de las Universidades nacionales, teniendo cada una individualidad propia ya sea dada por la propia Universidad pues todavía siguen funcionando como una dirección de la misma o por la nueva estructura jurídica adquirida a partir de la sanción de la ley.

Las mismas se encuentran agrupadas en una organización de segundo grado como es el Consejo de Obras Sociales de Universidades Nacionales (COSUN) que funciona con un consejo directivo compuesto por miembros de las diferentes obras sociales, y realizando a su vez tres reuniones plenarios al año donde se debaten los temas de interés común.

A través de esta organización y sin perder su individualidad se creó una red de atención a nivel nacional entre todas las obras sociales universitarias lo que posibilita acceder a una obra social a los convenios que tenga otra, ya sea para la atención por derivación, como así también, cuando un afiliado se encuentra en tránsito, mediante un servicio de reciprocidad entre todas las obras sociales.

Asimismo dentro de este ámbito en el año 1991 se creó el Sistema Universitario Médico Asistencial Solidario (SUMAS) que es un seguro que cubre con un aporte mínimo de 0,50 centavos por afiliado los costos de los trasplantes y cirugías de alta complejidad.

5.4. La Obra Social del Personal de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.

Como se expresara anteriormente la O.S.P.U.N.C.P.B.A. fue creada en el año 1999 bajo la reglamentación de la ley de obras sociales universitarias.

La composición demográfica de la misma se expone en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 8: Composición de la población por delegación

| Delegación | Total | Titulares Mujeres | Titulares Varones | Familiares Mujeres | Familiares Varones |
|-------------------|--------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Tandil | 2719 | 480 | 529 | 923 | 787 |
| Olavarria | 708 | 157 | 124 | 221 | 206 |
| Azul | 340 | 58 | 71 | 116 | 95 |
| Necochea | 35 | 8 | 5 | 11 | 11 |

Fuente: Elaboración propia en base a información de la Obra Social.

El financiamiento de la misma es a través de los aportes y contribuciones que son pagadas en forma directa por la Universidad todos los meses siendo en la actualidad el ingreso de \$ 192.000 y de \$ 10.000 del fondo solidario que es del 0,5% del sueldo. Por lo que en estos momentos el ingreso promedio por afiliado es de \$ 50.-

En cuanto a lo prestacional la obra social es financiadora del sistema basada en la libre elección del prestador, no teniendo ningún servicio propio realizándose convenios con las entidades gremiales que agrupan a los profesionales de la salud en las tres sedes como por ejemplo los Círculos Médicos, Círculos Odontológicos, Círculos Bioquímicos, etc. como así también con las entidades del segundo nivel como clínicas, sanatorios y hospitales. Por otro lado existen convenios particulares con profesionales ya sea por que los mismos no tienen una colegiación o por que estos no están agremiados. En lo que respecta a la Alta Complejidad se tienen convenio con instituciones de primer nivel de la Ciudad de Buenos Aires y La Plata donde son derivados los afiliados ya sea para consultas o internaciones.

En lo que respecta al aspecto económico-financiero la misma se encuentra afianzada en cuanto a la relación ingresos egresos, con una importante reserva financiera que permitiría poder afrontar prestaciones extraordinarias de alto costo.

El personal con que cuenta es el mínimo con cinco empleados en la sede central, incluyendo la Gerencia y la Auditoria Medica, dos empleados en la sede de Olavarria y uno en la sede de Azul.

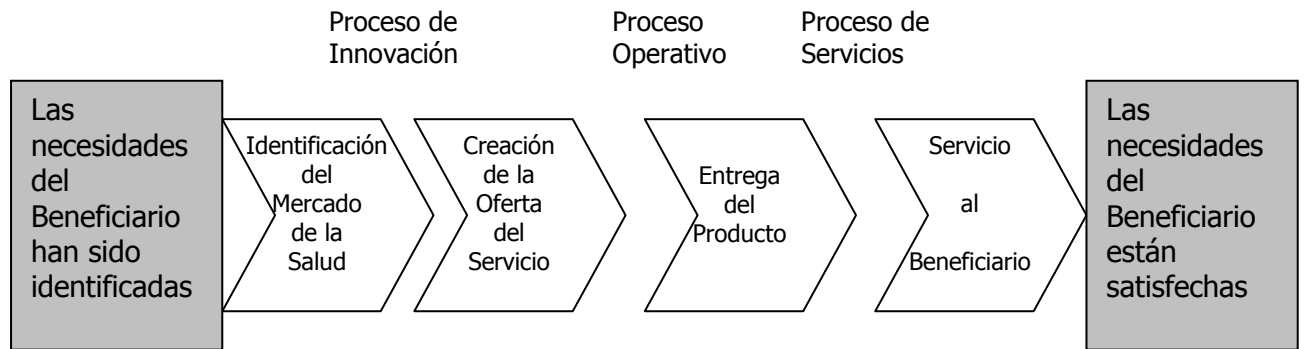
5.5. Descripción de la cadena de valor

A continuación se describirán las actividades consideradas como trascendentales dentro de la cadena de valor establecida para la Obra Social. Para poder enfocar correctamente el resultado de estas actividades, se definieron dos grupos principales, hacia los cuales se dirigen todos los esfuerzos de la Obra Social.

Estos son:

- **Beneficiarios:** Son los definidos como afiliados a la Obra Social que en este caso son todos los docentes y no docentes pertenecientes a Universidad Nacional del Centro a los cuales la obra social les presta el servicio,
- **Prestadores:** Son las entidades jurídicas y personas físicas que prestan servicios de salud. Estos prestadores brindarán servicios a través de contratos acordados en forma individual o por intermedio de entidades gremiales.

Cuadro N° 9: Descripción de la Cadena de Valor.



Fuente: Elaboración propia en Base a R. Kaplan y D. Norton. Cuadro de Mando Integral. Ed. Gestión 2000. Barcelona 1997.

5.6. DESARROLLO DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL

5.6.1. Análisis FODA para la Obra Social

Para la creación de un Cuadro de Mando Integral que refleje adecuadamente la realidad de la organización, es necesario en primer lugar realizar un análisis de la situación actual de la Obra Social. La matriz FODA es una herramienta muy importante de diagnóstico para cualquier tipo de organización donde se puede resumir las fortalezas y debilidades internas de la organización, y las oportunidades y amenazas del contexto.

Para la construcción de esta matriz en la obra social se podría realizar una división que facilite el análisis en tres rubros:

- a. Los Beneficiarios.
- b. Las prestaciones y los prestadores.
- c. La organización.

Completar esta matriz en cuanto a las fortalezas y debilidades implicará un análisis político institucional de la organización y de un análisis de estructuras y funciones de los diferentes niveles de la Obra Social.

En cuanto a las oportunidades y amenazas vamos se podría contar con otras fuentes de información más ajenas a la organización pues estas evaluaciones se van a referir al contexto, como por ejemplo publicaciones, referentes claves, reuniones, etc..

Esto estará basado en obtener un diagnóstico de las tendencias actuales y futuras del mercado de la salud: aspectos demográficos, socioeconómicos epidemiológicos, políticas de regulación de la salud, el avance tecnológico, situación de nuestros proveedores, etc.

| | FORTALEZAS | DEBILIDADES |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LOS BENEFICIARIOS | <ul style="list-style-type: none"> - Atención personalizada. - Facilidad en el acceso a los servicios. | <ul style="list-style-type: none"> - Población de pocos afiliados. - Pagos no remunerativos de los haberes. |
| LAS PRESTACIONES Y | <ul style="list-style-type: none"> - La relación con los prestadores. - Consideración en el | <ul style="list-style-type: none"> - Inestabilidad de los costos médicos. - Alta dependencia en |

| | | |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LOS PRESTADORES | mercado de la salud. | pocos prestadores. |
| LA ORGANIZACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> - Mínimo gastos administrativo. - Importante resguardo económico. | <ul style="list-style-type: none"> - Análisis financiero limitado - Falta de formación de recursos humanos. |

| | OPORTUNIDADES | AMENAZAS |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LOS BENEFICIARIOS | <ul style="list-style-type: none"> - Incorporación de los afiliados jubilados. - Unificación de aportes por parte de los afiliados. | <ul style="list-style-type: none"> - Envejecimiento de la Población. - Mayor Exigencia de los beneficiarios. |
| LAS PRESTACIONES Y LOS PRESTADORES | <ul style="list-style-type: none"> - Poder de negociación por prestigio. - Ampliación de convenios con prestadores nuevos. | <ul style="list-style-type: none"> - Avance tecnológico sin financiamiento. - Nuevas leyes que exigen mayores coberturas sin financiamiento. |
| LA ORGANIZACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> - Expansión del objeto social. - Construir alianzas estratégicas con otros prestadores. | <ul style="list-style-type: none"> - Inestabilidad en políticas de Salud. - Sistema de Salud fragmentado. |

5.6.2. Misión, visión y valores

La misión es la razón de ser de cualquier organización; es la pregunta de ¿Por qué la organización existe?. Esta definición se torna muy importante pues es la columna vertebral para crear la *cultura organizacional*. Tanto la misión como la visión tienen que ser amplias y a largo plazo.

La misión va a mostrar a largo plazo a la organización en cuanto a qué quiere ser y a quién quiere servir.

Misión

" PRESERVAR Y MEJORAR LA SALUD DE NUESTROS AFILIADOS CON LOS MEJORES NIVELES DE CALIDAD"

Visión

"GARANTIZAR LAS PRESTACIONES DE SALUD ADECUADAS, OPORTUNAS Y DE CALIDAD PARA CADA UNO DE NUESTROS AFILIADOS"

En cuanto a los valores de la obra social en cuestión, se podría llevar a cabo una división de acuerdo al afiliado y al personal:

- **Afiliado:** *Brindarle servicios médicos de excelencia, dentro de los principios de solidaridad, equidad y con libertad de elección.*

- **Personal:** *El éxito dependerá del personal altamente competente que trabaje unido en un lugar seguro y saludable donde se reconozcan la diversidad, el desarrollo y el trabajo en equipo.*

5.6.3. Perspectivas, Mapas Estratégicos y Objetivos

Es el aporte conceptual más importante del Cuadro de mando, pues ayudará a comprender los objetivos estratégicos y graficar en forma muy clara la estrategia de la organización para que sea entendible por todos los sectores. La configuración del mismo no es fácil, pues se va requerir de un buen análisis por parte de la dirección de la organización, de los objetivos que se pretendan alcanzar y que, verdaderamente, estén en sintonía con la estrategia.

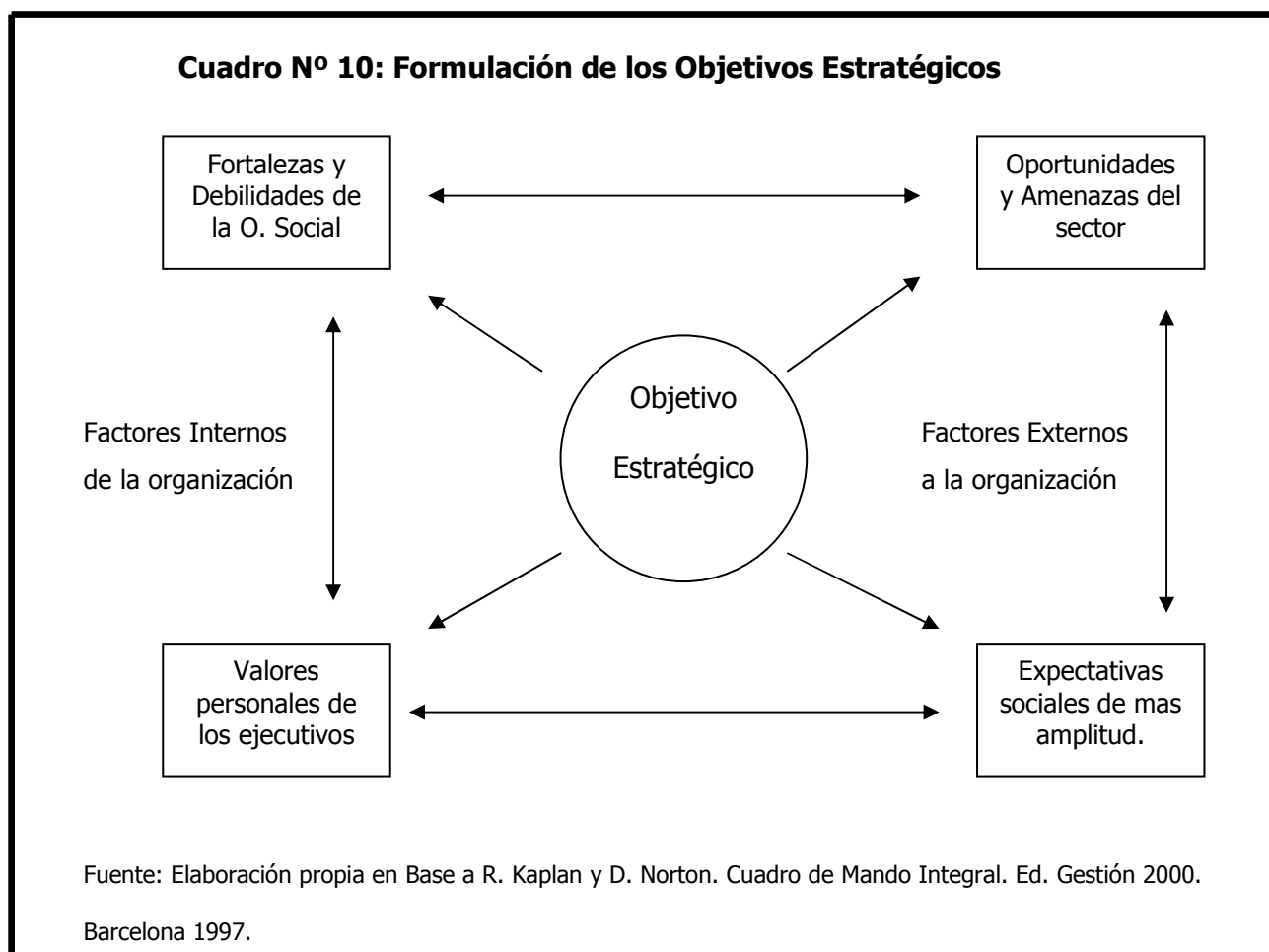
Es importante hacer hincapié en que las relaciones que se establecen en un mapa de estas características son entre objetivos, NO entre indicadores, éstos últimos servirán para la medición de los objetivos.

En las organizaciones sin fines de lucro, como esta Obra Social, en que el fin último no es el de lucro para acrecentar un capital, sino que es la satisfacción del beneficiario, no se debe olvidar que para el logro de ese objetivo es necesario el uso racional de los fondos, con los mejores servicios y con el mejor conocimiento como se presenta en el siguiente esquema:

1. Beneficiario (cumplir las obligaciones que se tienen hacia el usuario)
2. Financiero (asegurando la consecución de fondos y priorizando el uso racional de los recursos financieros)

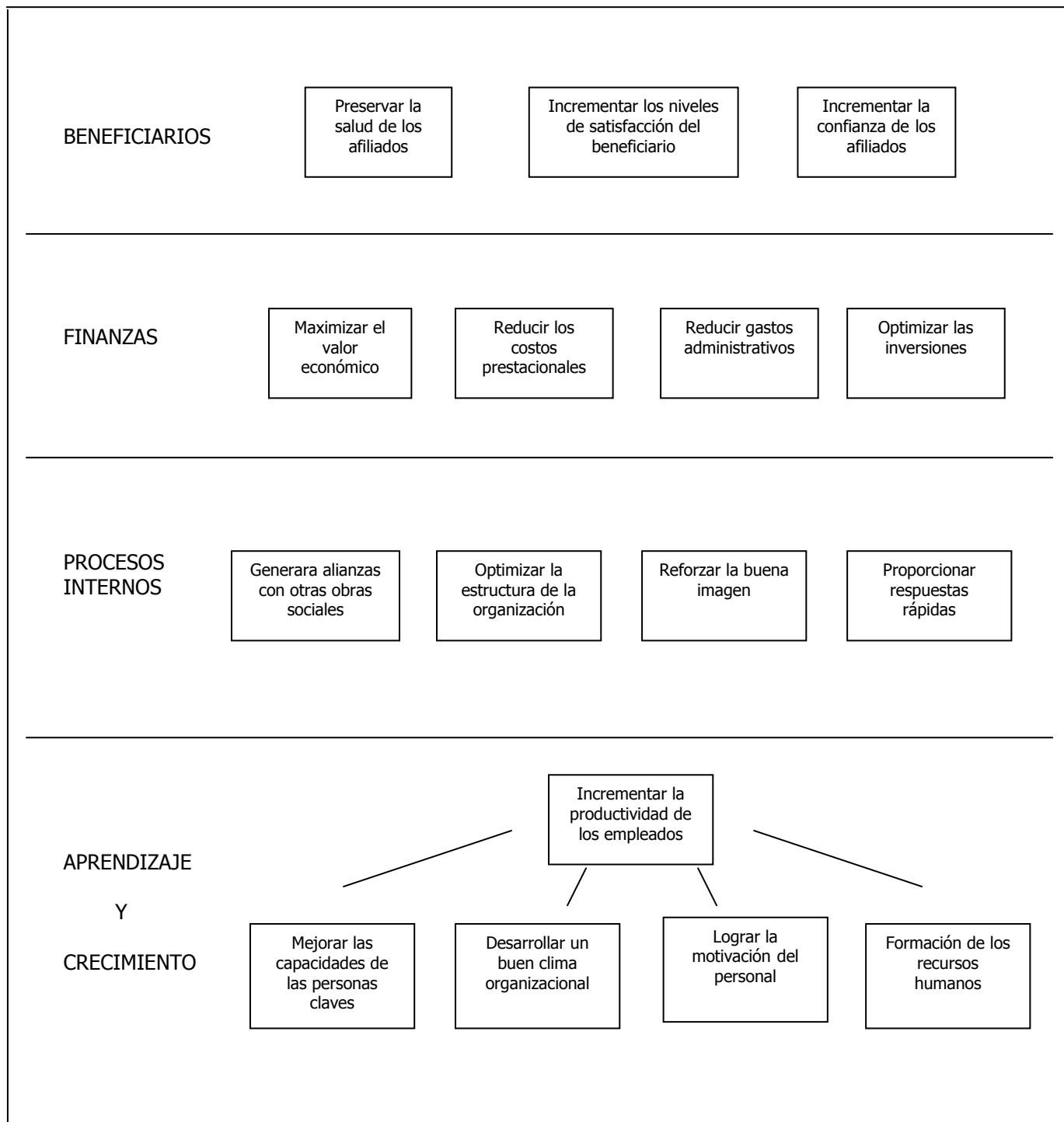
3. Proceso Interno (siendo capaz de proveer los mejores servicios).
4. Crecimiento y Aprendizaje (teniendo el conocimiento adecuado y las herramientas necesarias).

La formulación de la estrategia consiste en desarrollar una amplia fórmula de cómo la organización va a actuar, cuáles deben ser sus objetivos y qué políticas serán necesarias para el logro de esos objetivos. Es una combinación de las metas por los cuales lucha la organización y los medios con los cuales está buscando llegar a ellos.



Los objetivos estratégicos podrían ser observados mediante el siguiente cuadro del mapa estratégico para la Obra Social en cuestión:

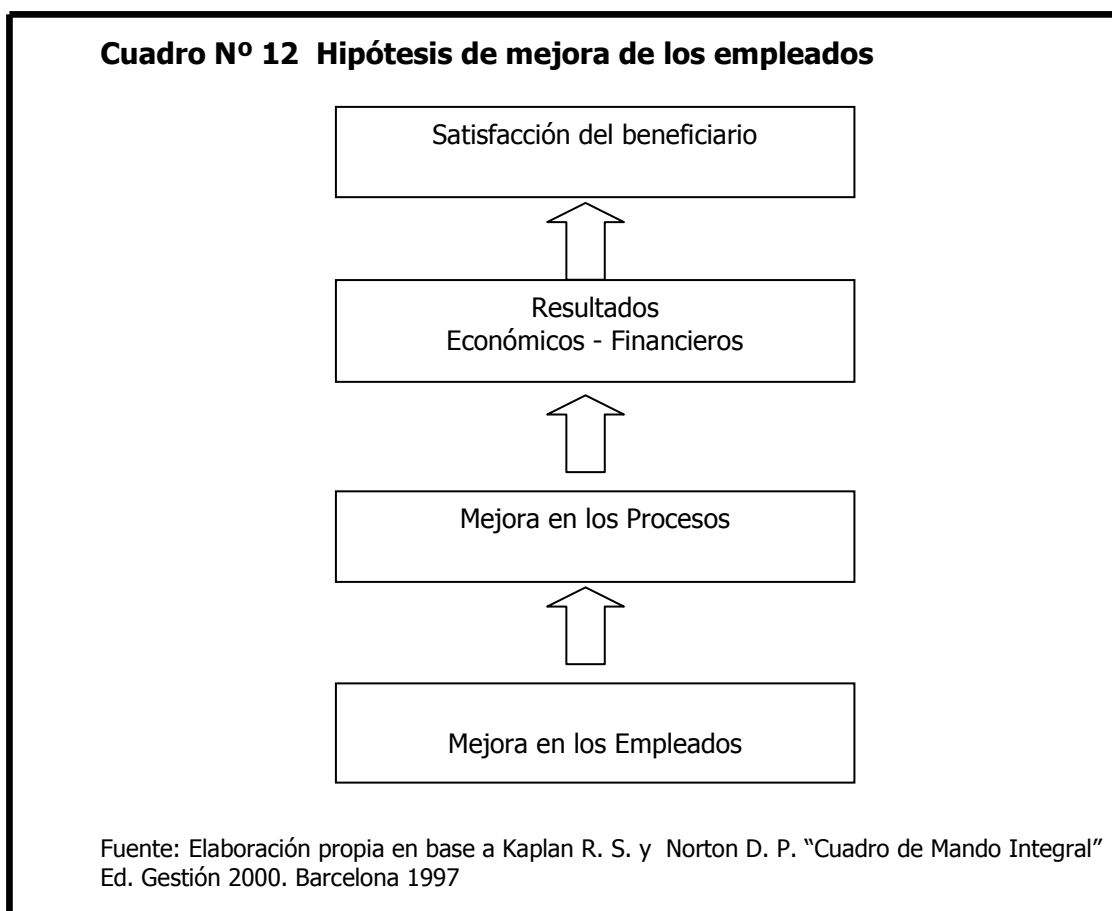
Cuadro N° 11 Mapa Estratégico para O.S.P.U.N.C.P.B.A.



Fuente: Elaboración propia en base a Kaplan R. y Norton D. Como Utilizar el Cuadro de Mando Integral. Ed. Gestión 2000. Barcelona 2000.

En el cuadro N° 11 se explican la relación causa efecto entre las diferentes perspectivas. En el caso de la O.S.P.U.N.C.P.B.A., a diferencia de las empresas comerciales que persiguen como fin la maximización de utilidades, el fin último como ya se expusiera es la satisfacción del beneficiario-afiliado.

También se podría afirmar que el Cuadro de Mando Integral se basa en la hipótesis que la perspectiva fundamental en la cual hay que comenzar a actuar es la de formación y el crecimiento o sea actuar sobre los empleados y producir una mejora en su capacitación y formación y esto traerá aparejado un mejor funcionamiento de la organización, la mejora en los procesos, y así poder obtener los mejores resultados económicos financieros, y todo esta mejora por ende llevará a lograr la satisfacción del beneficiario. En el siguiente cuadro se podría ver representada esta hipótesis.



5.6.4. Valoración del beneficiario

Dado que en una Obra social los beneficiarios cumplen un rol muy importante, es necesario centrarse en la excelencia del servicio que se brinda, buscando la máxima calidad y establecer un buen vínculo con el afiliado, son claves para la selección de objetivos estratégicos. De acuerdo a la clasificación que utilizan Kaplan y Norton se puede establecer para la Obra Social los siguientes objetivos estratégicos:

- Liderazgo de servicio: basado en la máxima calidad y funcionalidad.
- Relación con el beneficiario: para llegar a conocerlos y poder brindarle el servicio de acuerdo a sus necesidades.
- Excelencia operativa: centrado en ofrecer un servicio con calidad y funcionalidad.

En muchas organizaciones que intentan ser excelentes se centran en una de estas estrategias donde van a poner todo el esfuerzo y en las otras van a tratar de mantener estándares normales.

En general la mejora del servicio depende mucho de la iniciativa humana, y muchas veces está ligada a tener en cuenta los pequeños detalles, el factor humano es esencial, no se puede pretender lo excelencia, brindar servicios con calidad si no se tienen los medios humanos, organizativos y materiales adecuados.¹⁷

¹⁷ Varo, J. Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios de Salud. Ed. Díaz de los Santos. Madrid 1994.

5.7. DETERMINACIÓN DE LOS INDICADORES PARA CADA PERSPECTIVA

En este punto se desarrollará los indicadores para la Obra Social de acuerdo a las cuatro perspectivas que se han definido siguiendo a R. Kaplan y D. Norton.

5.7.1. Indicadores de la Perspectiva Financiera

El Cuadro de Mando Integral retiene la perspectiva financiera ya que los indicadores financieros son valiosos para resumir las consecuencias económicas, fácilmente mensurables de acciones que ya se han realizado. Las medidas de actuación financiera indican si la estrategia de una organización, su puesta en práctica y ejecución están contribuyendo a la mejora del mínimo aceptable. Los objetivos financieros se relacionan con la rentabilidad medida por los ingresos de explotación, el establecimiento de un cash flow.

Dentro de esta perspectiva cobran mucha importancia los temas estratégicos que se definan en general, R. Kaplan y D. Norton definen tres temas financieros que impulsan la estrategia empresarial:

- Crecimiento y diversificación de los ingresos.
- Reducción de costos - mejora de la productividad.
- Utilización de los activos – estrategia de inversión¹⁸.

¹⁸ Kaplan R. S. y Norton D. P. "Cuadro de Mando Integral" Ed. Gestion 2000. Barcelona 1997.

En el caso de este estudio, la mirada estará centrada en la aplicación de un cuadro de mando a una Obra Social que en general no tiene la posibilidades de generación de ingresos más allá de los permitidos por ley, por lo tanto el crecimiento de los ingresos sólo es posible en una pequeña proporción, lo que constituye una limitación, pues la dirección no posee herramientas que le permitan un crecimiento sostenido de los ingresos, más allá de modificar los valores de coseguros.

El punto de reducción de costos va a tener más importancia pues se podrán establecer objetivos estratégicos con respecto a la reducción de costos y gastos. Como así mismo sobre la utilización de los activos trazando estrategias de inversión.

A continuación se desarrollará un cuadro de posibles indicadores para esta perspectiva con su objetivo estratégico y la posible periodicidad de su medición.

Modelo de Indicadores para la Perspectiva Financiera para la Obra Social

| Área | Objetivo Estratégico | Medición | Indicador | Periodicidad |
|----------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| De los Ingresos | Incrementar Ingresos por Afiliado | Promedio Ingresos por Beneficiario | $\frac{\text{Ingresos Totales}}{\text{Beneficiarios Totales}}$ | Mensual |
| De los Ingresos | Incrementar Ingresos por Grupo Familiar | Promedio Ingresos por Grupo Familiar | $\frac{\text{Ingresos por Afiliado Titular}}{\text{Beneficiarios Titulares}}$ | Mensual |
| De los Ingresos | Medición del Ingreso por Aportes | Ingresos por aportes | $\frac{\text{Ingresos por Aportes}}{\text{Ingresos totales}}$ | Mensual |
| De los Ingresos | Medición del Ingreso por Fondo Solidario | Ingresos por Fondo Solidario | $\frac{\text{Ingresos por fondo solidario}}{\text{Beneficiarios titulares}}$ | Mensual |
| De los Ingresos | Medición del los Ingresos por Coseguros | Ingresos por coseguros | $\frac{\text{Ingresos por Coseguros}}{\text{Ingresos totales}}$ | Mensual |
| Utilización de los Activos | Incrementar la Rentabilidad del P. Neto | Rentabilidad del Patrimonio neto | $\frac{\text{Utilidad neta} \times 100}{\text{Patrimonio Neto}}$ | Semestral |
| Utilización de los Activos | Incrementar el Resultado Operativo | Resultado Operativa | $\frac{\text{Resultado neto operativo}}{\text{Ingresos Totales}}$ | Semestral |
| Utilización de los Activos | Incrementar el Resultado Financiero | Resultado financiero | $\frac{\text{Egresos Totales del periodo}}{\text{Ingresos Totales del periodo}}$ | Mensual |
| Utilización de los Activos | Medición del Nivel de Solvencia | Solvencia | $\frac{\text{Activo}}{\text{Pasivo}}$ | Semestral |
| Utilización de los Activos | Disminución del nivel de Endeudamiento | Endeudamiento | $\frac{\text{Pasivo Total}}{\text{Patrimonio Neto}}$ | Semestral |
| Utilización de los Activos | Disminución del pasivo Corriente | Endeudamiento corriente | $\frac{\text{Pasivo Corriente}}{\text{Patrimonio Neto}}$ | Semestral |
| Utilización de los Activos | Incremento de las Reservas | Reserva Económica | $\frac{\text{Importe de Reservas}}{\text{Ingreso mensuales por Aportes}}$ | Semestral |
| Utilización de los Activos | Incremento del Capital de Trabajo | Capital de Trabajo | $\text{Activo Corriente} - \text{Pasivo Corriente} \times 0.75$ | Semestral |
| Utilización de los Activos | Disminuir la Inmovilización | Inmovilización de Bienes de Uso | $\frac{\text{Bienes de Uso}}{\text{Patrimonio Neto}}$ | Semestral |
| Utilización de los Activos | Control del Gasto Prestacional | Nivel de Gasto prestacional | $\frac{\text{Gasto Prestacional} \times 100}{\text{Ingresos Totales}}$ | Trimestral |
| Utilización de los Activos | Disminución de Gasto Administrativo | Nivel del Gasto Administrativo | $\frac{\text{Gasto Administrativo} \times 100}{\text{Ingresos Totales}}$ | Trimestral |

Modelo de Indicadores para la Perspectiva Financiera para la Obra Social

| Área | Objetivo Estratégico | Medición | Indicador | Periodicidad |
|----------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Utilización de los Activos | Incrementar el ROCE | Rentabilidad Operativa del Capital Empleado | $\frac{\text{Utilidad neta Operativa} \times 100}{\text{Activo}}$ | Anual |
| Utilización de los Activos | Nivel de rotación de deudas prestacionales | Rotación de Deudas Prestacionales | $\frac{\text{Deudas Prestacionales}}{\text{Gastos Prestacionales Prom. Mes}}$ | Semestral |
| Utilización de los Activos | Incremento de la Liquidez | Liquidez Prestacional | $\frac{\text{Activo Corriente}}{\text{Pasivo Corriente Prestacional}}$ | Semestral |
| Reducción de los Costos | Reducir los Gastos Médicos | Capita de Gasto Médico | $\frac{\text{Total Gastos Médicos del periodo}}{\text{Total de Afiliados del periodo}}$ | Mensual |
| Reducción de los Costos | Reducir los Gastos Médicos | Relación Capita Gastos Médicos entre periodos | $\frac{\text{Total Gastos Médicos periodo } n}{\text{Total Gastos Médicos periodo } n - 1}$ | Mensual |
| Reducción de los Costos | Reducir los Gastos Médicos | Tasas de uso por cada practica medica | $\frac{\text{Cantidad de Practicas}}{\text{Total de Afiliados del periodo}}$ | Mensual |
| Reducción de los Costos | Reducir los Gastos de Internación | Capita del Gasto en Internación | $\frac{\text{Total del Gasto en Internación}}{\text{Total de Afiliados del periodo}}$ | Mensual |
| Reducción de los Costos | Reducir los Gastos de alta Complejidad | Capita del Gasto alta Complejidad | $\frac{\text{Total del Gasto Alta Complejidad}}{\text{Total de Afiliados del periodo}}$ | Mensual |
| Reducción de los Costos | Reducir los Gastos en Medicamentos | Capita de Medicamentos | $\frac{\text{Total del Gasto Medicamentos}}{\text{Total de Afiliados del periodo}}$ | Mensual |
| Reducción de los Costos | Reducir los Gastos Médicos | Tasas de uso por cada practica medica | $\frac{\text{Cantidad de Practicas}}{\text{Total de Afiliados del periodo}}$ | Mensual |
| Reducción de los Costos | Reducir los Gastos de Internación | Capita del Gasto en Internación | $\frac{\text{Total del Gasto en Internación}}{\text{Total de Afiliados del periodo}}$ | Mensual |
| Reducción de los Costos | Reducir los Gastos de alta Complejidad | Capita del Gasto alta Complejidad | $\frac{\text{Total del Gasto Alta Complejidad}}{\text{Total de Afiliados del periodo}}$ | Mensual |
| Reducción de los Costos | Reducir los Gastos en Medicamentos | Capita de Medicamentos | $\frac{\text{Total del Gasto Medicamentos}}{\text{Total de Afiliados del periodo}}$ | Mensual |

5.7.2. Indicadores de la Perspectiva de los Cliente

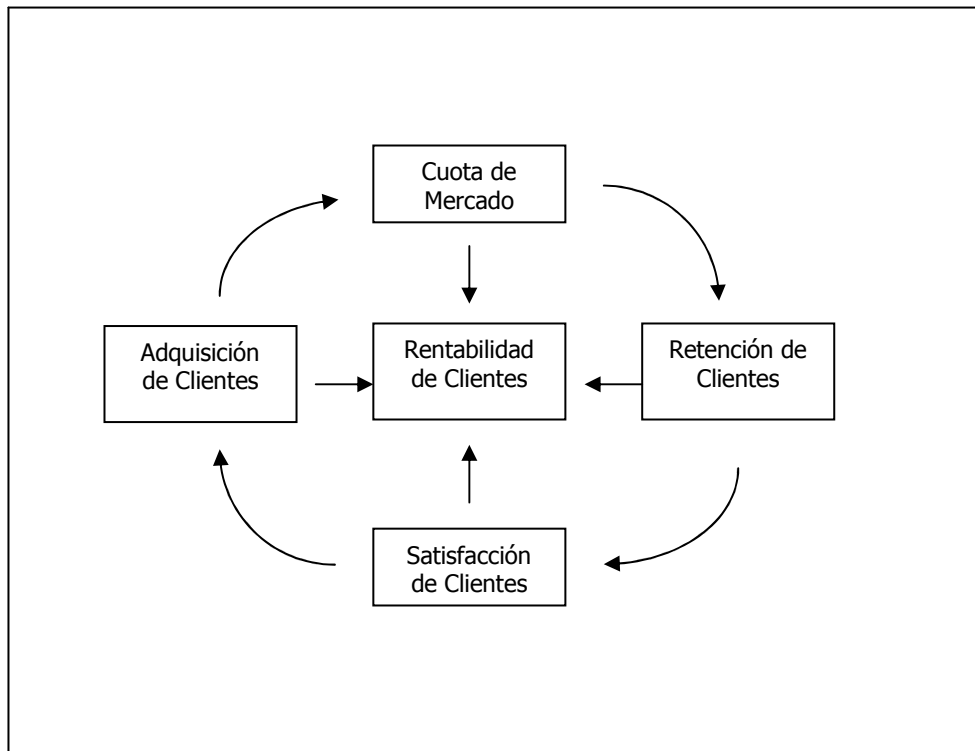
Esta perspectiva la definen Kaplan y Norton¹⁹ como la del cliente, pero al ser una obra social que presta servicio de salud se pasará a denominar como la perspectiva de los beneficiarios. En este tipo de organizaciones esta perspectiva tiene una mayor importancia y quizás pueda ser la más importante. Qué servicio le brindaremos al beneficiario en materia de salud logrando alcanzar una utilización eficiente de los recursos. En el Cuadro de Mando Integral deberá brindar a los directivos una identificación de los beneficiarios y los grados de satisfacción y conformidad que estos manifiestan.

Los indicadores fundamentales incluyen:

- la satisfacción del cliente,
- la retención de clientes,
- la adquisición de nuevos clientes,
- la rentabilidad del cliente,
- la cuota de mercado.

¹⁹ Kaplan R. S. y Norton D. P. "Cuadro de Mando Integral" Ed. Gestión 2000. Barcelona 1997.

Cuadro N° 13: La Perspectiva del Cliente. Indicadores Centrales



Fuente: Elaboración propia en base a Kaplan R. S. y Norton D. P. "Cuadro de Mando Integral" Ed. Gestión 2000. Barcelona 1997

También hay que incluir a los indicadores del valor añadido a los beneficiarios y éstos se los define en tres categorías:

- Los atributos de los productos y/o servicios.
- La relación con los clientes.
- Imagen y prestigio.

La O.S.P.U.N.C.P.B.A. le puede aportar a sus afiliados la manera que éstos encuentren un ambiente de satisfacción que les permita una fidelidad tal que sean ellos mismos defensores y gestores de su propia organización.

Esta perspectiva permite a los directivos articular la estrategia de cliente basada en el mercado que proporcionará unos rendimientos financieros futuros de categoría superior. En este caso para una obra social en la cual los afiliados son obligatorios y no se encuentra incluida en la libre elección no se va a medir el incremento de clientes y la participación en el mercado, pero si es posible dejarlo previsto pues en su momento se pueden incorporar beneficiarios voluntarios y aquí se necesitarían estos datos.

A continuación se detallan los indicadores más relevantes desde esta perspectiva que pueden ser utilizados en una Obra Social:

Modelo de Indicadores para la Perspectiva de los Beneficiarios para la Obra Social

| Área | Objetivo Estratégico | Medición | Indicador | Periodicidad |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Beneficiarios | Seguimiento de la población | Cantidad de Afiliados Totales | - Cantidad de Beneficiarios a la fecha | Mensual |
| Beneficiarios | Seguimiento de la población | Beneficiarios por Sexo | - Afiliados Masculinos - Afiliados Femeninos | Mensual |
| Beneficiarios | Conocimientos de pirámide Poblacional | Afiliados por Edad y sexo | Tabla de Afiliados por Edad y Sexo | Trimestral |
| Beneficiarios | Seguimiento de la población | Afiliados por Delegación | Cantidad de Afiliados por Delegación | Trimestral |
| Beneficiarios | Seguimiento de la población | Evolución de los Afiliados | <u>Cantidad de Afiliados al periodo n</u> Cantidad de Afiliados periodo n-1 | Mensual |
| Beneficiarios | Seguimiento de la población | Relación Titulares / Grupo Familiar | <u>Cantidad Afiliados Totales</u> Cantidad Afiliados Titulares | Mensual |
| Beneficiario | Seguimiento de la población | Edad promedio de los Afiliados | <u>Sumatoria de Edad de Afiliados</u> Cantidad Total de afiliados | Semestral |
| Beneficiario | Conocimiento de la evolución de la Edad de los Afiliados | Evolución de la edad de los afiliados | <u>Edad promedio periodo actual</u> Edad promedio periodo base | Semestral |
| Beneficiarios | Seguimiento de la Evolución de los Afiliados | Cantidad de altas y bajas de afiliados titulares por periodo | - Cantidad de Altas del periodo - Cantidad de Bajas del periodo | Mensual |
| Beneficiarios | Seguimiento de la población | Nacimientos y Defunciones | - Total Altas por Nacimientos - Total Baja por Defunciones | Mensual |
| Satisfacción del Beneficiario | Disminuir el nivel de quejas | Grados de Conformidad | <u>Cant. de quejas por el Servicio x 100</u> Total de Afiliados | Trimestral |
| Satisfacción del Beneficiario | Disminuir el nivel de quejas | Grados de Conformidad | <u>Cant. de quejas por la Atención x 100</u> Total de Afiliados | Trimestral |
| Satisfacción del Beneficiario | Aumentar la Satisfacción del Afiliado | Nivel de Satisfacción de los servicios Contratados | <u>Cantidad de Afiliados Satisfechos</u> Cantidad de Afiliados que responden | Trimestral |

5.7.3. Indicadores de la Perspectiva de los Procesos Internos

En esta perspectiva es muy importante identificar los procesos críticos internos en los que la organización debe ser excelente. Las medidas se centran en los procesos internos que tendrán el mayor impacto en la satisfacción de los beneficiarios y en la consecución de los objetivos financieros de la organización. Los enfoques tradicionales intentan vigilar y mejorar los procesos existentes, como por ejemplo la mejora de los servicios de atención al beneficiario, pero siguen haciendo hincapié de los procesos ya existentes. Mientras que el enfoque del Cuadro de Mando Integral acostumbra a identificar procesos totalmente nuevos, en los se deberá poner el acento para que la organización pueda satisfacer los objetivos financieros y del beneficiario. Otra diferencia del Cuadro de Mando Integral es la incorporación de procesos innovadores a la perspectiva del proceso interno²⁰.

La habilidad de muchas organizaciones de servicios es gestionar con éxito un proceso de muchos años de desarrollo de ese servicio, o desarrollar una capacidad para alcanzar unas categorías de beneficiarios completamente nuevas puede ser más importante para la actuación económica futura que el gestionar las operaciones ya existentes de una forma eficiente consistente y sensible. Los sistemas tradicionales se centran en los procesos de provisión de servicios de hoy a los beneficiarios de hoy. Intentan controlar y mejorar las operaciones existentes que representan la creación de valor. El Cuadro de Mando Integral incorpora objetivos y medidas para todo ciclo de innovación tanto de corto plazo como del largo plazo.

²⁰ Kaplan R. S. y Norton D. P. "Cuadro de Mando Integral" Ed. Gestion 2000. Barcelona 1997.

En el caso del cuadro de Mando Integral hay que definir una completa cadena de valor de los procesos internos que se inicia con el proceso de innovación (identificar las necesidades de los clientes actuales y futuros y desarrollar nuevas soluciones para estas necesidades), sigue a través de los procesos operativos (entregando los productos y servicios a los clientes existentes) y termina con el servicio posventa.

En las empresas de salud una buena gestión en esta perspectiva puede redituar tanto en los objetivos financieros como también en los del beneficiario, como por ejemplo puede ser una buena gestión de medicamentos en la que se pueden encontrar la satisfacción de los afiliados por entregas en domicilio en tiempo y forma, como también la gestión de compras a través de droguerías o laboratorios que pueden reportar un importante ahorro monetario.

En cuanto al presente análisis se centrará en el proceso de innovación y en los procesos operativos pues al ser una Obra Social que no vende planes, el servicio pos venta no se tendrá.

A continuación se detallan los indicadores que se consideran importantes para esta perspectiva a ser utilizados en una Obra Social:

Modelo de Indicadores para los Procesos Internos para la Obra Social

| Área | Objetivo Estratégico | Medición | Indicador | Periodicidad |
|------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Procesos Operativos | Disminuir los tiempos de las Autorizaciones | Tiempo demora de Autorizaciones | Tiempo que demanda promedio autorizaciones para derivaciones | Trimestral |
| Procesos Operativos | Disminuir el tiempo de pago de los Reintegros | Tiempo demora de Pago de reintegros | Tiempo promedio de pago de los reintegros | Trimestral |
| Procesos Operativos | Agilizar el pago a Prestadores | Tiempo demanda Proceso de Control y pago de prestadores | Tiempo promedio desde ingreso Facturación hasta pago al prestador | Trimestral |
| Procesos Operativos | Control del Gasto Prestacional | Débitos de facturación | $\frac{\text{Monto de débitos realizados}}{\text{Total del gasto del periodo}}$ | Mensual |
| Procesos Operativos | Disminuir pagos por Reintegros | Proporción atenciones por fuera de convenios | $\frac{\text{Monto de Reintegros Periodo} \times 100}{\text{Total del gasto prestacional del periodo}}$ | Mensual |
| Procesos de Innovación | Amplitud de los servicios | Convenios nuevos | Cantidad de Convenios nuevos en el periodo | Trimestral |

5.7.4. Indicadores de la Perspectiva del Aprendizaje y Crecimiento

Esta perspectiva viene a ser como la de servicio de las otras tres pues hay que identificar cuál es la infraestructura actual de la organización y la que se debería desarrollar para que los objetivos de las otras perspectivas puedan lograrse sin inconvenientes. O sea cuáles son los inductores que se necesitan para lograr los resultados. La intensa competencia, y la crisis económica por la que se transita exige que las empresas mejoren continuamente sus capacidades. La formación y crecimiento de una organización provienen de tres fuentes principales: las personas, los sistemas y los procedimientos de la organización. Por lo que invertir en este tipo de infraestructura es muy importante para el crecimiento futuro de la organización. Los objetivos financieros, de beneficiarios y de procesos internos del Cuadro de Mando Integral revelarán grandes vacíos entre capacidades existentes de las personas, los sistemas y los procedimientos; al mismo tiempo mostrarán qué será necesario para alcanzar una actuación que represente un gran adelanto. Para llenar estos vacíos, los negocios tendrán que invertir en la formación de sus empleados, en el mejoramiento de sus sistemas y establecer en forma coherente los procedimientos y rutinas de las organizaciones.

Según R. Kaplan y D. Norton existen tres principales variables en esta perspectiva:

- Las capacidades de los empleados.
- Las capacidades de los sistemas de información.

- Motivación, delegación de poder (empowerment) y coherencia de objetivos.

En cuanto a las capacidades de los empleados la mayoría de las organizaciones toman tres dimensiones fundamentales:

1. La satisfacción del empleado.
2. La retención del empleado.
3. La productividad del empleado.

Dentro de este núcleo el objetivo de la satisfacción del empleado se considera, generalmente, como el inductor de las otras dos medidas, la retención y la productividad del empleado.²¹

La satisfacción del empleado: Los empleados satisfechos son una condición previa para el aumento de la productividad, de la rapidez, de la reacción va a depender la calidad del servicio que se brinde al cliente. Para satisfacer al empleado las principales recomendaciones son: participación en las decisiones, sentirse reconocido por haber realizado bien la tarea, sentirse apoyado por los directivos, entre otras.

La retención del empleado: las organizaciones hacen una inversión a largo plazo de sus empleados. Cualquier salida no deseada representa una pérdida en el capital intelectual del negocio. Los empleados leales a largo plazo representan y llevan consigo los valores de la organización.

La productividad del empleado: es determinar la cantidad de empleados, y los resultados que estos producen. El objetivo es relacionar el resultado producido por los empleados, con el número de empleados utilizados para producir ese resultado.²²

²¹ Kaplan R. S. y Norton D. P. "Cuadro de Mando Integral" Ed. Gestión 2000. Barcelona 1997.

²² Kaplan R. S. y Norton D. P. "Cuadro de Mando Integral" Ed. Gestión 2000. Barcelona 1997.

Las capacidades de los sistemas de información:

El tema de la capacitación de los empleados es muy importante, pero éstos para ser eficientes necesitarán de una buena y precisa información sobre los beneficiarios, sobre los procesos internos y sobre las consecuencias financieras de sus decisiones.

En general necesitan disponer de información oportuna y fiable sobre la relación global de cada beneficiario con la Obra Social.

A su vez, también necesitarán un feedback oportuno y fiable sobre el servicio que se va a prestar o acaban de prestar.

Motivación, delegación de poder y coherencia de objetivos:

Incluso los empleados especializados, que disponen de un correcto acceso a la información, dejarán de contribuir al éxito de la organización si no se sienten motivados para actuar en interés de la misma, o si no se les concede libertad para tomar decisiones y actuar. Así pues, el tercero de los factores clave es la motivación individual.

Esto se puede medir básicamente a través de distintos indicadores:

- Indicadores de las sugerencias que se han hecho y la que se han puesto en práctica.
- Indicadores de mejora.
- Indicadores sobre la coherencia de los objetivos individuales y de la organización.
- Indicadores de la actuación en equipo.

Muchas organizaciones de salud no tienen procesos de gestión, por lo que en esta perspectiva se puede informar los cambios a ir realizando para la confección de un manual de procedimientos que sería el objetivo estratégico final que se tendría que

lograr; este manual contendría desde los procedimientos de afiliación de un beneficiario hasta las diferentes norma de utilización de los servicios que la obra social brinda a todos sus afiliados.

Por último se detallan posibles indicadores para esta perspectiva a ser utilizados en una Obra Social:

Modelo de Indicadores para la Perspectiva del Aprendizaje y Crecimiento para la Obra Social.

| Área | Objetivo Estratégico | Medición | Indicador | Periodicidad |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Capacidad del Personal | Mejora de las Capacidades del personal | Capacitación del Personal | <u>Cantidad de Horas de Capacitación</u> Total Horas de Trabajo | Anual |
| Capacidad del Personal | Mejora del clima laboral | Clima del Personal | Encuestas realizadas al Personal | Semestral |
| Capacidad del Personal | Aumentar el compromiso del personal | Compromiso del Personal | Cantidad de Sugerencias Presentadas | Semestral |
| Capacidad del Personal | Aumentar el compromiso del personal | Compromiso del Personal | <u>Cantidad Sugerencias Implementadas</u> Cantidad de Sugerencias Presentadas | Semestral |
| Capacidad del Personal | Mejora del Clima Laboral | Ausentismo | Índice de Ausentismo | Mensual |
| Capacidad del Personal | Conocimiento de los Objetivos estratégicos de la organización | Coherencia de Objetivos | <u>Cant. de personal que conoce los objetivos</u> Cantidad de personal | Semestral |
| Capacidad del Personal | Conocimiento de los Objetivos estratégicos de la organización | Actuación a favor de los objetivos | <u>Cant. de personal que lo hacen</u> Cantidad de personal | Semestral |
| | | | | |
| Capacidad de los Sistemas | Mejora en la estructura de trabajo | Inversión en Sistemas de Información | <u>Gastos en Tecnología</u> Total de Gastos Administrativos | Anual |

6. Propuesta de implementación del Cuadro de Mando Integral para la Obra Social del Personal de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires

6.1. Cuadro de mando Integral para la O.P.U.N.C.P.B.A.

Para la confección del Cuadro de Mando Integral se seleccionaron los indicadores más importantes para esta Obra Social. Estos indicadores no son definitivos, pues se podrá ir incluyendo y excluyendo del Cuadro de acuerdo a la situación por la que pueda atravesar la organización.

Juntamente con la elección de los indicadores se definirán los Objetivos estratégicos para cada uno, como así también, los inductores y las iniciativas estratégicas.

| | | |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| OBJETIVO |  | QUE SE QUIERE LOGRAR |
| INDICADOR |  | COMO SE MIDE |
| INDUCTOR |  | COMO LOGRARLO |
| INICIATIVA ESTRATEGICA |  | QUE SE DEBE PLANEAR PARA LOGRA EL INDUCTOR |

**CUADRO DE MANDO INTEGRAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

| Perspectiva | Objetivo Estratégico | Indicador | Formula | Inductor | Iniciativa Estratégica |
|---------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------|
| BENEFICIARIO | Conocimiento del padrón de afiliados | Cantidad de afiliados | Cantidad de beneficiarios a la fecha | Estudio del padron de afiliados | Conocimiento de la poblacion Beneficiaria. |
| | Conocimiento del padrón de afiliados | Edad promedio de afiliados | $\frac{\text{Sumatoria de edad de afiliados}}{\text{Cantidad total de afiliados}}$ | Estudio del padron de afiliados | Establecer los rangos de consumo. |
| | Conocimiento del padrón de afiliados | Evolución de los afiliados | $\frac{\text{Cantidad de Afiliados al periodo } n}{\text{Cantidad de Afiliados periodo } n-1}$ | Estudio del padron de afiliados | Conocer las nuevas altas. |
| | Disminuir nivel de quejas | Grados de conformidad de la atención | $\frac{\text{Cantidad de quejas por el servicio} \times 100}{\text{Total de afiliados}}$ | Libro o archivo de quejas | Programa de mejora continua. |
| | Disminuir nivel de quejas | Grados de conformidad con los prestadores | $\frac{\text{Cantidad de quejas por la atención} \times 100}{\text{Total de afiliados}}$ | Libro o archivo de quejas | Programa de mejora continua. |
| | Incrementar la satisfacción del afiliado | Nivel de satisfacción del servicio | $\frac{\text{Cantidad de afiliados satisfechos}}{\text{Cantidad de afiliados que responden}}$ | Encuestas a los afiliados | Comunicación con el Afiliado. |

| Perspectiva | Objetivo Estratégico | Indicador | Formula | Inductor | Iniciativa Estratégica |
|-----------------|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| FINANZAS | Incrementar ingreso por afiliado | Ingreso por beneficiario | $\frac{\text{Ingresos totales}}{\text{Beneficiarios totales}}$ | Control de aportes y coseguros | Minimos de aportes que cubran el gasto promedio. |
| | Disminuir el gasto prestacional | Nivel del gasto prestacional | $\frac{\text{Gasto prestacional} \times 100}{\text{Ingresos totales}}$ | No autorizar practicas innecesarias. | Auditoria medica estricta |
| | Disminuir el gasto administrativo | Nivel del gasto administrativo | $\frac{\text{Gasto administrativo} \times 100}{\text{Ingresos totales}}$ | Eliminar gastos ocioso. | Análisis de gastos administrativos |
| | Incrementar el ROCE | Rentabilidad operativa del capital | $\frac{\text{Utilidad neta operativa} \times 100}{\text{Activo}}$ | Ligados a los objetivos estrategicos de todas las perspectivas. | |
| | Incrementar el resultado financiero | Resultado financiero | $\frac{\text{Egresos totales del periodo}}{\text{Ingresos totales del periodo}}$ | Ligados a los objetivos estrategicos de todas las perspectivas. | |
| | Incremento de las reservas | Reserva económica | $\frac{\text{Total de reservas}}{\text{Ingresos mensuales por aportes}}$ | Mantenimiento de importante reserva | Concientizar a los Afiliados del futuro. |
| | Reducción gastos médicos | Capita de gastos médicos | $\frac{\text{Total gastos médicos del periodo}}{\text{Total de afiliados del periodo}}$ | No autorizar practicas innecesarias. | Auditoria medica estricta |

CUADRO DE MANDO INTEGRAL

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

| Perspectiva | Objetivo Estratégico | Indicador | Formula | Inductor | Iniciativa Estratégica |
|---------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <p>PROCESOS INTERNOS</p> | Amplitud de servicios | Nuevos convenios | Cantidad de nuevos convenios en el periodo | Nuevos prestadores | Estudio de nuevos convenios con prestadores |
| | Disminuir cantidad de reintegros | Proporción de reintegros | $\frac{\text{Monto de reintegros del periodo} \times 100}{\text{Total del gasto prestacional del periodo}}$ | Incorporacion de prestadores | Reuniones de acuerdos con prestadores |
| | Disminuir tiempo de autorizaciones | Tiempo de demora de autorizaciones | Tiempo promedio que para autorizar derivaciones | Atencion personalizada al afiliado | Programa de mejora continua. |
| | Disminuir tiempo de pago de reintegros | Tiempo de demora de pago de reintegros | Tiempo promedio de pago de los reintegros | Atencion en tiempo a los Afiliados | Programa de mejora continua. |
| | Agilizar pago a los prestadores | Tiempo prom. desde ingreso factura hasta pago | Tiempo promedio desde ingreso facturación hasta pago al prestador | Fijacion de pagos prioritarios. | Programa de mejora continua. |
| | Incrementar control de prestaciones | Débitos a las facturaciones | $\frac{\text{Monto de débitos realizados}}{\text{Total del gasto prestacional del periodo}}$ | Control de realizacion de las practicas. | Auditoria medica estricta y en campo. |

| Perspectiva | Objetivo Estratégico | Indicador | Formula | Inductor | Iniciativa Estratégica |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <p>APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO</p> | Mejora en las capacidades de los empleados | Capacitación al personal | $\frac{\text{Cantidad de horas de capacitación}}{\text{Total horas de trabajo}}$ | Capacitar a los empleados | Programa de capacitación |
| | Mejora del clima laboral | Clima del personal | Nivel de satisfacción | Encuestas | Realizar encuestas periódicas |
| | Aumentar el compromiso del personal | Compromiso del personal | Cantidad Sugerencias presentadas | Relevamientos de Sugerencias | Reconocimientos de las sugerencias |
| | Aumentar el compromiso del personal | Sugerencias implementadas | $\frac{\text{Cantidad de sugerencias implementadas}}{\text{Cantidad de sugerencias presentadas}}$ | Relevamientos de Sugerencias | Implementar las sugerencias del personal |
| | Mejora de la estructura de trabajo | Inversión en sistemas de información | $\frac{\text{Gastos en tecnología}}{\text{Total de gastos administrativos}}$ | Compra de equipamiento | Programas de mejora de la tecnología |
| | Mejora del clima laboral | Índice de ausentismo | $\frac{\text{Días de ausentismo}}{\text{Días laborables}}$ | Planes que generen expectativas laborales. | Participacion y mejora del clima laboral. |

DATOS DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL
AÑO
2005

| Perspectiva | Indicador | Rojo | Amarillo | Verde | Real |
|---------------------------|-----------------------------------------------------|----------|----------|-----------|-----------|
| BENEFICIARIO | Cantidad de afiliados | -2000 | -5000 | >5000 | 3983 |
| | Edad promedio de afiliados | >50 | >40 | <35 | 30,21 |
| | Evolución de los afiliados | 0% | 5% | 10% | 4,76% |
| | Grados de conformidad de la atención | 50% | 70% | 90% | 77% |
| | Grados de conformidad de los prestadores | 50% | 70% | 90% | 73% |
| | Nivel de satisfacción del servicio | 50% | 70% | 90% | 86% |
| | | | | | |
| FINANZAS | Ingreso por beneficiario año | 500 | 600 | 700 | 667,55 |
| | Nivel del gasto prestacional | 100% | 90% | 80% | 81,96% |
| | Nivel del gasto administrativo | 15% | 12% | 9% | 9,89% |
| | Rentabilidad operativa del capital | 5% | 10% | 15% | 711,37% |
| | Resultado financiero | 1 | 0,9 | 0,8 | 0,86 |
| | Reserva económica | 4 | 8 | 12 | 14,92 |
| | Capita de gastos médicos | 700 | 600 | 500 | 522,27 |
| | | | | | |
| PROCESOS INTERNOS | Proporción de reintegros | 6% | 4% | 2% | 3,02% |
| | Tiempo de demora de autorizaciones | 48 Horas | 24 hs. | en el día | en el día |
| | Tiempo de demora de pago de reintegros | 20 días | 15 días | 10 días | 7 días |
| | Tiempo promedio desde ingreso factura hasta el pago | 45 días | 30 días | 15 días | 10 días |
| | | | | | |
| APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO | Capacitación al personal | 1 | 5 | 10 | 0 |
| | Clima del personal | 40% | 60% | 90% | 95% |
| | Compromiso del personal | 50% | 75% | 100% | 100% |
| | Sugerencias implementadas | 4 | 6 | 8 | 5 |
| | Inversión en sistemas de información | < 10000 | < 25000 | > 25000 | 8500 |
| | Índice de ausentismo | 10% | 5% | 1% | 1% |
| | | | | | |

7. TABLEROS DE COMANDOS

A continuación se desarrollarán algunos modelos de tableros de comando para las áreas consideradas importantes en el gasto de una Obra Social. Por un lado, se implantará un tablero de control de internaciones, un tablero de control de consumo de medicamentos, ya sea ambulatorios como los considerados de patologías especiales (por ejemplo diabetes, oncológicos, etc.), y por último, un tablero de control de tasas de uso más habituales. En lo que respecta a los tableros de consumos de medicamentos y de tasas de usos más habituales fueron elaborados con los datos correspondientes al periodo en cuestión, no así el de internaciones que se deja expuesto para su futura implementación por carecer en la actualidad de datos precisos.

Todos estos datos se los suele llamar estadísticas de producción y están vinculados con la modalidad de pago que se hubiere acordado entre la obra social y los diferentes prestadores de servicios.

Este trabajo abarca la recolección, tabulación y análisis de:

- Consultas ambulatorias, pudiendo dividir las por cada especialidad.
- Consultas de Kinesiología, Psicología, Fonaudiología, etc.
- Prestaciones de laboratorio ambulatorio.
- Prestaciones de diagnóstico por imágenes ambulatorias, incluyendo RX, TAC y RMN.
- Internaciones en el 2º nivel y alta complejidad. Por establecimiento y, cantidad de egresos, estadía, discriminada por parto, cesárea, egresos

clínicos quirúrgicos de UTI.

- Alta complejidad, con beneficiarios asistidos en el período con el detalle de la patología (cirugía cardiovascular, neurocirugía, transplantes, gran quemado y otros).

A partir de esta información, y sin emplear otros datos, se puede analizar:

- La variación estacional en los consumos.
- Los prestadores que concentran prestaciones.
- Las variaciones en las prestaciones de cada prestador.
- El cumplimiento de metas.
- Realizar el mapeo de las patologías prevalentes²³.

En este proceso de elaboración de estos tableros tasas de consumo de los beneficiarios. Las tasas de uso están influidas por la demanda efectiva de la población bajo cobertura, y por la conducta diagnóstico – terapéutica de los prestadores. Existe una interpelación estrecha entre ambas conductas ya que a partir de la demanda inicial de los afiliados son los profesionales quienes básicamente determinan qué y cómo usar los servicios, en especial los de diagnóstico y tratamiento.²⁴

La elección de los indicadores responde a los objetivos del monitoreo. Por ejemplo, si el objetivo es monitorear la demanda global de la población, los indicadores de elección serán aquellos referidos a la utilización de consultas o de egresos.

²³ Marracino C. Abadie J. Vera Figueroa M. Indicadores para Monitoreo de Sistemas de Atención de la Salud. Apuntes de Cátedra Fundación ISALUD.

²⁴ Marracino C. Abadie J. Vera Figueroa M. Indicadores para Monitoreo de Sistemas de Atención de la Salud. Apuntes de Cátedra Fundación ISALUD.

7.1. Tablero de Control de Internaciones

Dentro del rubro internaciones se centrará el análisis en la implementación de tres tableros que permitan el seguimiento del gasto en internaciones.

El primer tablero será para un seguimiento mensual y anual de todas las internaciones por cada institución prestadora de la Obra Social. Con respecto a las internaciones de Alta Complejidad se contara con un tablero específico para todas estas patologías pues las mismas son de poca frecuencia pero de un gasto muy importante. Por último un sencillo tablero que indique diariamente la evolución de los internados por institución.

7.1.1. Objetivos del tablero

Conocer el gasto en internación de la Obra Social a través de las diferentes causas de internación, como así también, el seguimiento de los afiliados internados en forma diaria por institución.

7.1.2. Tratamiento de la información

Se realizará un análisis por medio de los informes de internación diarios que deberán enviar las instituciones sanatoriales, además del análisis del gasto a través de la facturación mensual con los informes de internación.

7.1.3. Informe de Tasas de Uso Internaciones.

DATOS:

- Cantidad de Afiliados en el período.
- Gastos en internación por período y por afiliado.
- Altas de internación por período.
- Diagnóstico de internación.
- Cantidad de partos y Cesáreas.

INDICADORES:

A continuación se desarrollan los indicadores más usuales para internaciones, exceptuando de éstas todas las internaciones por alta complejidad

- *Egresos anuales por cada 100 beneficiarios.*
Cociente entre egresos de internaciones y total de beneficiarios en el período.
Valores observados: 7-9 egresos por cada 100 beneficiarios/año.
- *Costo de internación por egreso (Alta)*
Cociente entre el gasto por internación en un período y altas producidas en el período.
Valores observados:
- *Estadía promedio.*

Cociente entre el total de días cama y días de UTI y el total egresos en el período.

Valores observados: 3-4 días por egreso.

- *Porcentaje días UTI sobre días cama total.*

Cociente entre total días UTI sobre días cama por 100.

Valores observados: 12% al 15%

- *Porcentaje de internaciones Quirúrgicas.*

Cociente entre internaciones quirúrgicas sobre total de internaciones del período por 100.

Valores observados: 60% del total de las internaciones.

- *Porcentajes de cesáreas.*

Cociente entre cesáreas sobre total de nacimientos del período por 100.

Valores observados: 15% al 20% de cesáreas.

Tablero de Control de Internaciones

| Tablero Comando para Auditoria de Internaciones | | | | | | | |
|-------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|------------|
| Concepto | Clínica A | Clínica B | Clínica C | Clínica D | Clínica E | TOTAL | ESTÁNDAR |
| | | | | | | | |
| Numero de Internaciones | | | | | | | |
| Total Días Cama General | | | | | | | |
| Total Días Cama UTI | | | | | | | |
| Estadía Promedio | | | | | | | 3-4 días |
| % Días UTI / Días Cama Total | | | | | | | 12% - 15 % |
| Total Cirugías | | | | | | | |
| % Internaciones Quirúrgicas | | | | | | | 60% |
| Total Internaciones Clínicas | | | | | | | |
| % Internaciones Clínicas | | | | | | | |
| Total Partos | | | | | | | |
| Total Cesáreas | | | | | | | |
| % Internaciones Partos/Cesarea | | | | | | | |
| % Cesareas/Nacimientos | | | | | | | 20% -25% |
| Fallecimientos | | | | | | | |
| % Fallecimientos/Ingresos | | | | | | | 2% |
| Números Códigos RX | | | | | | | |
| RX Promedio | | | | | | | |
| Números Códigos Lab. | | | | | | | |
| Códigos de Lab. Promedio | | | | | | | |
| Numero de Ecografías | | | | | | | |
| Ecografías Promedio | | | | | | | |
| Numero de Sesiones Kinesio | | | | | | | |
| Sesiones Kinesio Promedio | | | | | | | |
| Costo Medicamentos | | | | | | | |
| Costo Promedio Medicamentos | | | | | | | |
| Costo Descartables | | | | | | | |
| Costo Promedio Descartables | | | | | | | |
| Costo Total Prestaciones | | | | | | | |
| Costo Promedio Total | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Tablero de Control de Internaciones de Alta Complejidad

| Internaciones de Alta Complejidad | | | | | | |
|------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| Concepto | Clínica A | Clínica B | Clínica C | Clínica D | Clínica E | TOTAL |
| | | | | | | |
| Numero de Internaciones | | | | | | |
| Total Días Cama General | | | | | | |
| Total Días Cama UTI | | | | | | |
| Estadía Promedio | | | | | | |
| % Días UTI / Días Cama Total | | | | | | |
| Total Cirugías | | | | | | |
| % Internaciones Quirúrgicas | | | | | | |
| Total Internaciones Clínicas | | | | | | |
| % Internaciones Clínicas | | | | | | |
| Total Internaciones Neonatológicas | | | | | | |
| % Internaciones Neonatológicas | | | | | | |
| Fallecimientos | | | | | | |
| % Fallecimientos/Ingresos | | | | | | |
| Costo Medicamentos | | | | | | |
| Costo Promedio Medicamentos | | | | | | |
| Costo Descartables | | | | | | |
| Costo Promedio Descartables | | | | | | |
| Costo Total Prestaciones | | | | | | |
| Costo Promedio Total | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Tablero de Control Diario de Altas y Bajas de Internaciones

| Evolución Diaria de Internaciones | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------|
| Concepto | Clínica A | Clínica B | Clínica C | Clínica D | Clínica E | TOTAL |
| Cantidad de Internados | | | | | | |
| Internaciones del día | | | | | | |
| Altas del día | | | | | | |
| Total Internados | | | | | | |
| | | | | | | |

7.2. Tablero de Control de Tasas de Uso

Estos informe son de utilización anual pero se puede realizar un seguimiento de estas tasas ya sea semestralmente como trimestralmente.

A continuación se detallan los datos e indicadores de mayor uso en Obras sociales para medir los consumos de las prácticas médicas.

7.2.1. Objetivo del tablero

Tener la información necesaria acerca de los consumos de las principales prácticas médicas, bioquímicas, quirúrgicas etc. para la Obra Social mediante un tablero que pueda ser comparativo con períodos anteriores y también con tasas de uso de Obras Sociales similares.

7.2.2. Tratamientos de la información

Realizar un análisis a través de los informes de los consumos de cada una de las prácticas que se definan como importantes para su análisis y la cantidad de afiliados del período. Es importante destacar que para cada indicador se establecerá un valor observado que son sólo valores de referencia tomados de experiencia de obras sociales de similares características.

7.2.3. Informe de Tasas de Uso de Prácticas Médicas.

DATOS:

- Cantidad de Afiliados en el período.
- Cantidad en cada una de las prácticas médicas que se pretenda Informar.

INDICADORES:

- *Tasa de Uso de Consultas Medicas*
Cociente entre cantidad total de consultas medicas por año y numero de afiliados del periodo.
Valores Observados: 4-5 consultas por beneficiario/año
- *Tasa de Uso de Practicas Bioquímicas*
Cociente entre cantidad de practicas Bioquímicas por año y numero de afiliados del periodo.

Valores Observados:

- *Tasa de Uso de Practicas Quirúrgicas*

Cociente entre cantidad de practicas Quirúrgicas por año y numero de afiliados del periodo.

Valores Observados:

- *Tasa de Uso de Ecografías.*

Cociente entre cantidad de Ecografías por año y numero de afiliados del periodo por 1000

Valores observados: Es de 108-110 ecografías cada 1000 beneficiario/año

- *Tasa de Uso de Resonancia Magnética Nuclear*

Cociente entre cantidad de RMN por año y numero de afiliados del periodo por 1000.

Valores observados: Es de 5,2 RMN cada 1000 beneficiario/año

- *Tasa de Uso de RX ambulatoria*

Cociente entre cantidad de RX por año y numero de afiliados del período.

Valores observados: Es de 0,60 estudios de RX por beneficiario/año

- *Tasa de Uso de TAC*

Cociente entre cantidad de TAC por año y numero de afiliados del

período por 1000.

Valores observados: Es de 16 TAC cada 1000 beneficiario/año

- *Tasa de Uso de Hematología*

Cociente entre cantidad de practicas de Hematología por año y número de afiliados del periodo.

Valores observados:

- *Tasa de Uso de Practicas Análisis Bioquímicos Nomenclados*

Cociente entre cantidad de Análisis Bioquímicos Nomenclados por año y número de afiliados del período.

Valores observados: Es de 3 determinaciones por beneficiario/año

- *Tasa de Uso de Análisis de Prácticas Bioquímicas Especiales*

Cociente entre cantidad de Análisis de Practicas Bioquímicas Especiales por año y número de afiliados del periodo.

Valores observados: Esta incluido en las 3 determinaciones.

- *Tasa de Uso de Prácticas Kinesiológicas*

Cociente entre cantidad de Prácticas Kinesiológicas por año y número de afiliados del período.

Valores Observados:

- *Tasa de Uso de Prácticas de Anestesia*

Cociente entre cantidad de Prácticas de Anestesia por año y número de

afiliados del período.

Valores Observados:

- *Tasa de Uso de Prácticas de Fonaudiología*

Cociente entre cantidad de Prácticas Fonaudiológicas por año y número de afiliados del período.

Valores Observados:

- *Tasa de Uso de Consultas de Psicología*

Cociente entre cantidad de Consultas de Psicología por año y número de afiliados del período.

Valores Observados:

Tablero de Comando de Tasas de Uso

| A.- PRACTICAS MEDICAS | Periodo 2003 | Periodo 2004 | Periodo 2005 |
|------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1.- CONSULTAS | | | |
| Cantidad Total | 15345 | 16975 | 17932 |
| Tasa anual por Afiliado | 4,26 | 4,47 | 4,5 |
| 2.- BIOQUIMICA | | | |
| Cantidad Total | 979 | 1165 | 1220 |
| Tasa anual por Afiliado | 0,27 | 0,31 | 0,31 |
| 3.- PRACTICA QUIRURGICA | | | |
| Cantidad Total | 483 | 572 | 564 |
| Tasa anual por Afiliado | 0,13 | 0,15 | 0,14 |
| 4.- ECOGRAFIA | | | |
| Cantidad Total | 846 | 895 | 1005 |
| Tasa anual por Afiliado | 0,24 | 0,24 | 0,25 |
| 5.- RESONANCIA | | | |
| Cantidad Total | 110 | 106 | 112 |
| Tasa anual por Afiliado | 0,03 | 0,03 | 0,03 |
| 6.- RX | | | |
| Cantidad Total | 3342 | 3691 | 3872 |
| Tasa anual por Afiliado | 0,93 | 0,97 | 0,97 |
| 7.- TOMOGRAFIA | | | |
| Cantidad Total | 87 | 94 | 111 |
| Tasa anual por Afiliado | 0,02 | 0,02 | 0,02 |
| 8.- HEMATOLOGIA | | | |
| Cantidad Total | 1266 | 2024 | 1507 |
| Tasa anual por Afiliado | 0,34 | 0,54 | 0,38 |
| B.- BIOQUIMICAS | | | |
| 1.- ANALISIS NOMENCLADOS | | | |
| Cantidad Total | 15368 | 17231 | 17872 |
| Tasa anual por Afiliado | 4,27 | 4,53 | 4,48 |
| 2.- ANALISIS PRACTICAS ESPECIALES | | | |
| Cantidad Total | 738 | 831 | 926 |
| Tasa anual por Afiliado | 0,21 | 0,22 | 0,23 |
| C.- KINESIOLOGIA | | | |
| 1.- PRACTICAS KINESIOLOGICAS | | | |
| Cantidad Total | 4075 | 4381 | 4315 |
| Tasa anual por Afiliado | 1,13 | 1,15 | 1,08 |
| D.- ANESTISISTAS | | | |
| 1.- PRACTICAS DE ANESTESIA | | | |
| Cantidad Total | 148 | 261 | 309 |
| Tasa anual por Afiliado | 0,04 | 0,07 | 0,08 |
| E.- FONAUDIOLOGIA | | | |
| 1.- PRACTICAS DE FONAUDIOLOGIA | | | |
| Cantidad Total | 632 | 707 | 1017 |
| Tasa anual por Afiliado | 0,18 | 0,19 | 0,26 |
| F.- PSICOLOGIA | | | |
| 1.- CONSULTA DE PSICOLOGIA | | | |
| Cantidad Total | 3040 | 3474 | 4154 |
| Tasa anual por Afiliado | 0,84 | 0,91 | 1,04 |

7.3. Tablero de Control de Consumos Farmacéutico.

7.3.1. Consumos Farmacéuticos

Este rubro de consumo en cualquier obra social es muy trascendente por lo que implica el costo del medicamento en nuestros días, por lo que tener datos precisos del consumo en el momento necesario es una herramienta de gestión muy importante.

Una vez que se pueda contar con todos estos índices que se enunciarán más adelante no sólo es importante el seguimiento de estos a través del tiempo sino que es relevante la comparación que se pueda hacer con respecto a los estándares normales, como así también, de consumos de obras sociales similares.

7.3.2. Objetivos del tablero

Conocer a lo largo del tiempo las tendencias en los patrones de utilización de medicamentos desde el punto de vista farmacoeconómico correspondiente a los afiliados a la O.S.P.U.N.C.P.B.A.

7.3.3. Tratamiento de la información

Realizar un análisis de la información surgida a través de las recetas presentadas por las farmacias prestadoras de la Obra Social, correspondiente a cada mes.

7.3.4. Informe Financiero del Gasto Farmacéutico

Este cuadro resume la composición por cobertura, resultante del procesamiento de las recetas presentadas en el mes por las farmacias que conforman la red de atención de los afiliados, asimismo, con el cierre del año calendario y comercial se brindará la misma información:

DATOS:

- Cantidad Total de Afiliados Empadronados.
- Cantidad de Afiliados Usuarios (quienes estando empadronados consumieron medicamentos).
- Cantidad total de recetas, productos, líneas y unidades dispensadas.
- Importe Total (suma de los precios de venta al público de todos los productos vendidos).
- Importe neto a cargo de la Obra Social, resultante de sustraer el copago del afiliado y las bonificaciones de las farmacias.

INDICADORES:

- *Importe promedio por receta:*
Cociente entre el importe total y el número total recetas.
Valores observados:
- *Importe promedio por afiliado:*

Cociente entre el importe total y el número total de afiliados empadronados.

Valores observados:

- *Importe promedio por unidad*

Cociente entre el importe total y la cantidad total de unidades dispensadas.

Valores observados:

- *Capita neta de medicamentos:*

Cociente entre el importe neto a cargo de la entidad y el total de afiliados empadronados.

Valores Observados:

- *Tasa de uso de medicamentos*

Cociente entre el total de recetas y el total de afiliados empadronados.

Valores observados:

- *Promedio de unidades por receta:*

Cociente totales y las recetas totales.

Valores observados:

7.3.5. Informe Financiero de Medicamentos Especiales

En este punto se informarán los cuadros de gasto en medicamentos para tratamientos especiales, como por ejemplo, diabetes, tratamientos oncológicos, etc..

DATOS:

- Cantidad de afiliados por patología específica
- Importe Total (suma de los precios de compra por parte de la obra social).
- Cantidad de nuevos enfermos en el periodo.

INDICADORES:

- *Importe promedio por afiliado especial*
Cociente entre el importe total de medicamentos al especiales y el numero de afiliados especial.
- *Importe promedio por patología.*
Cociente entre el importe total de medicamentos por patología y el numero de afiliados con esa patología.

7.3.6. Informe Financiero Total de Gastos en Medicamentos.

Se determinará los índices del gasto total de la obra social en medicamentos, a través de los datos ya aportados en los dos puntos anteriores.

Los indicadores aquí expuestos mostrarán el gasto total de medicamentos ya sea los dispensados en las farmacias con las cuales se tienen convenios de atención directa, como también los que son de planes especiales de cobertura del 100% que su entrega esta a cargo de la obra social.

INDICADORES:

- *Importe promedio por afiliado:*
Cociente entre el importe total y el número total de Beneficiarios
Valores Observados:
- *Importe promedio por unidad*
Cociente entre el importe total y la cantidad total de unidades dispensadas.
Valores observados:
- *Capita neta:*
Cociente entre el importe neto a cargo de la entidad y el total de beneficiarios.
Valores observados:
- *Tasa de uso de medicamentos:*

Cociente entre el total de recetas y el total de afiliados empadronados.

Valores observados

A continuación exponemos tres cuadros de Tableros de Comando donde volcar los datos de consumos de medicamentos.

Cuadro 1

Reporte Financiero del Gasto Farmacéutico

O.S.P.U.N.C.P.B.A.

Año: 2005

| Empadronados | Afiliados Usuarios | Médicos | Farmacias | Productos | Recetas | Líneas | Unidades | Imp. Total | Prom. Imp/Rc. | Importe Neto | Capita Neta | Imp total. por afiliado |
|--------------|-----------------------|---------|-----------|-----------|---------|--------|----------|------------|------------------|-----------------|----------------|----------------------------|
| 3988 | 3071 | 1000 | 97 | 12383 | 15955 | 22760 | 23411 | 823382 | 51.61 | 352888 | 88.49 | 206.46 |

Cuadro 2

Reporte Financiero del Gasto Farmacéutico por cobertura.

O.S.P.U.N.C.P.B.A.

Año: 2005

| | Recetas | Unidades | Imp.Total | Imp. Entidad | Imp. Neto | Imp./Rec. | Imp./Rec. Neto | Prom. Unid./Rec. | Imp. Prom/ Unid. |
|------|---------|----------|-----------|--------------|-----------|-----------|-------------------|---------------------|---------------------|
| 40% | 14458 | 21031 | 728204 | 291277 | 262799 | 50.37 | 18.18 | 1.45 | 34.63 |
| 70% | 238 | 297 | 16581 | 11461 | 13890 | 69.67 | 58.36 | 1.25 | 55.83 |
| 100% | 1316 | 2083 | 78597 | 78597 | 76198 | 59.72 | 57.90 | 1.58 | 37.73 |
| | 16012 | 23411 | 823382 | 381336 | 352887 | 51.42 | 16.29 | 1.46 | 35.17 |

Cuadro Resumen de Indicadores Farmaceuticos

O.S.P.U.N.C.P.B.A.

| | |
|------|------|
| Año: | 2005 |
|------|------|

| | |
|---------------------------------------------|--------|
| 1. Tasa de Uso global (recetas/afiliado) | 4 |
| 2. Importe al 100% por Afiliado global (\$) | 206,46 |
| 3. Importe al 100% por receta Global (\$) | 51,61 |
| 4. Capita neta promedio | 88,49 |
| 5. Unidades por receta | 1,46 |
| 6. Afiliados usuarios | 3071 |
| 7. Afiliados empadronad | 3988 |
| 8. Relación usuarios/ empadronados (%) | 77% |

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por la Obra Social.

Estos cuadro resumen de Indicadores de consumos Farmacéuticos proporcionan importantes indicadores para la toma de decisiones con respecto al comportamiento de los afiliados de la Obra Social con respecto al consumo de medicamentos.

8.- CONCLUSIONES

La toma de decisiones bajo el mejor grado de precisión posible demanda del conocimiento de la organización en toda su dimensión, esto es, una información detallada del estado de cada sector que la compone. De ahí que, el trabajo que se presenta intenta dar cuenta del desarrollo de una herramienta para el control de gestión de la O.S.P.U.N.C.P.B.A. centrado en el diseño de un Cuadro de Mando Integral.

Esta herramienta, a diferencia de las tradicionales que son usadas para las mediciones de las organizaciones, hace énfasis en la "estrategia" como pilar fundamental en el marco de la cual se establecen los inductores de actuación, y los indicadores que posibilitarán la medición del logro de los objetivos fijados.

Una de las principales contribuciones del Cuadro de Mando Integral es la identificación de las relaciones causa-efecto a partir de los resultados obtenidos y la comunicación de la estrategia de la organización a todos sus estamentos, direccionando las políticas hacia los sectores más relevantes de la misma o hacia aquellos puntos que las mediciones definan como emergentes; asimismo, alineando los objetivos de los empleados con los de la Obra Social. Un conjunto de elementos que deberán traducirse en términos de eficacia y eficiencia en pos del logro de la calidad para el beneficiario.

Con la formulación de esta nueva herramienta se pretende incorporar nuevos estilos de gestión que puedan contribuir al mejoramiento de la eficacia, eficiencia y calidad de los servicios prestacionales de salud que se brinda a los afiliados. Un mejoramiento que repercutirá en beneficios a la organización.

A ello se le suma la posibilidad del rediseño permanente de dicha estrategia pues el ritmo que vive el país en general, enfrenta a este sector a permanentes cambios y obstáculos que demandaran medidas correctivas y decisiones en plazos muy cortos.

El desarrollo del Cuadro de Mando Integral que se presento no constituye un modelo estático para presentaciones anuales, si no que, si bien en el desarrollo de cada indicador se sugiere una periodicidad, la misma, puede adaptarse a las necesidades de cada momento de la organización, ya que cuanto mas pequeños sean los espacios de medición se estará en mejores condiciones de tomar decisiones rápidas.

En cuanto a la confección de los tableros comandos también se recomienda en, algunos casos el seguimiento diario –tal el caso- de las internaciones, y algunos otros con un seguimiento mensual como el de medicamentos, o las tasas de uso.

El modelo de cuadro de mando Integral desarrollado para esta Obra Social constituye un modelo genérico que podrá ser adaptado tanto a otras obras sociales universitarias por su identificación con los objetivos y niveles de cobertura, como así también, a cualquier otra obra social del sistema de salud con las particularidades que puedan presentar, entre otros aspectos, ya sea en cuanto a su estructura, cantidad de afiliados, distribución geográfica.

9.- Bibliografía:

Ahuad A. / Paganelli A. / Palmeyro A. "Medicina Prepaga Historia y Futuro..." Ed. Isalud. Buenos Aires 1999.

Arredondo Pérez L.G. "Administración Hospitalaria – Planeación Estratégica en Hospitales". Ed. Medica Panamericana. Bogotá 2000

Ballvé A.M. "Tablero de Control", Ed. Macchi, Buenos Aires, 2000.

Constanzo M. A. "Como definir, seleccionar y exponer los principales indicadores de un Cuadro de Mando Integral para la gestión estratégica de las empresas de medicina prepaga." Trabajo Final de Maestría. FCE. UNCPBA.

Díaz C.A. "Desarrollo de Cuadro de Mando en empresas de salud." Apuntes cátedra Fundación Isalud.

Díaz C.A. "Función gerencial profesional y participativa." Apuntes cátedra Fundación Isalud.

Díaz C.A. "La Empresa Sanitaria Moderna" Como crear nuestra propia bestia sistemática. Ed. Isalud Buenos Aires. Abril, 2001.

Fassio A. / Pascual L. / Suárez F. "Introducción a la Metodología de la Investigación" Ed. Machi Bs. As. 2003.

Fernández A. "El Balanced Scorecard: ayudando a implementar la estrategia. Revista Antiguos Alumnos del IESE, marzo 2001

González García G. / Tobar F. "Mas Salud por el mismo Dinero" Ed. Isalud. Buenos Aires 1997.

González García G. / Tobar F. "Salud para los Argentinos" Ed. Isalud. Bs. As. 2004.

Kaplan R. S. / Norton D. P., "Cuadro de Mando Integral", Ed. Gestión 2000, Barcelona, 1997

Kaplan R. S. / Norton D. P., Balanced Scorecard "Traduciendo la estrategia en acción", Ed. Gestión 2000, Barcelona 1996.

Kaplan R. S. / Norton D. P., "Como Utilizar el Cuadro de Mando Integral", Ed. Gestión 2000, Barcelona 2000

Marracino C. / Abadie J. / Vera Figueroa M. "Indicadores para el Monitoreo de Sistemas de Atención de la Salud". Apuntes de Cátedra Fundación Isalud

Schweiger A. "El control de Gestión y el Sistema de Información Gerencial (SIG), en Sistemas y Organizaciones del Sector Salud: El Caso de aplicaciones en países de América Latina. Asociación Economía de la Salud – Buenos Aires, 2003.

Solana R. "Administración de organizaciones en el umbral del tercer milenio". Ed. Interoceánicas. Buenos Aires 1993.

Tobar F. "Como sobrevivir a una Tesis" Ed. Isalud Buenos Aires 2003.

Torres R. "Mitos y Realidades de las Obras Sociales" Ed. Isalud. Buenos Aires 2004.

Thompson Jr A. A. / Strickland III A.J. "Dirección y Administración Estratégicas" Irwin –Madrid, 1995.

Varo J. "Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios" Ed. Díaz de los Santos. Madrid 1994.

Anexos

A continuación exponemos los anexos siguientes anexos:

1. Técnica del semáforo a ser usada como alarma en el Cuadro de Mando Integral.

2. El marco jurídico de la Obra Social del Personal de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.

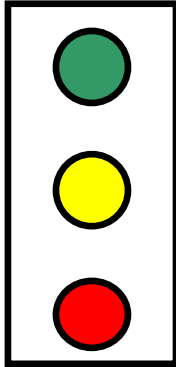
3. La encuesta de satisfacción con la que se evaluara la gestión hacia los afiliados de la Obra Social.

1. Técnica del Semáforo

Esta técnica implica el uso de colores para establecer los diferentes niveles de alertas y la determinación de los momentos a accionar para poder corregir los desvíos que se produzcan.

Es necesario que se establezcan metas o estándares para cada indicador que deben ser únicos para cada organización, pues cada empresa tiene su propia idiosincrasia, de acuerdo al tipo de cliente, mercado, productos, ubicación geográfica, etc.. Aunque en el caso de la salud en general y de las obras sociales en particular existen algunos estándares que se han hecho uso y costumbre, como por ejemplo, el consumo de consultas al médico por afiliado por año, consumo de medicamentos, etc.

Una vez establecidos los estándares es importante determinar los diferentes parámetros para cada indicador, marcando con colores verde, amarillo y rojo.



VERDE: otorga una cifra igual al estándar o superior.

AMARILLO: la cifra del indicador mostrará que se ha entrado en zona de alerta.

ROJO: a partir de esta alarma es que se llega a una cifra del indicador que presagia que la organización está teniendo problemas bastante importantes.

Por lo tanto se puede resumir que la técnica del semáforo dentro de un Cuadro de Mando Integral sería el siguiente:

VERDE: *Normal.* Dejar fluir sólo controles periódicos.

AMARILLO: *Precaución.* Llamado de atención, hay que estar muy atento, hay que comenzar a actuar con acciones correctivas menores.

ROJO: *Peligro.* Es un alerta máximo que refleja la necesidad de actuar en forma rápida con acciones correctivas muy importantes.

Esta técnica brindará una herramienta rápida para el diagnóstico de los problemas y una guía para el control de gestión y para determinar las políticas a llevar a cabo para la corrección de los problemas existentes.

2. Obras Sociales Universitarias - Ley 24741 Obras Sociales Universitarias - (Sanción 27-11-96)

DEFINICION

ART.1- La obras sociales de las universidades nacionales, excluidas por la ley 23.890 del régimen general normado por la ley 23.660, son entidades de derecho público no estatal , con individualidad jurídica, financiera y administrativa, y tendrán el carácter de sujeto de derecho conforme lo establece el Código Civil para las entidades con personería jurídica. Las mismas serán libres de celebrar convenios y recibir en calidad de adherentes, afiliados de otras obras sociales, cualquiera sea su régimen, de acuerdo a las normas que establezcan la legislación vigente y los respectivos estatutos. Asimismo, se garantiza por la presente el derecho de los trabajadores universitarios a la libre elección de la obra social.

ART.2- En aquellas universidades en las que no exista obras sociales universitarias, las mismas podrán ser creadas conforme lo establecido en la presente ley o podrán mantenerse en la cobertura actual, mediante convenios u otros instrumentos jurídicos, de acuerdo a la voluntad de los trabajadores universitarios respectivos.

OBJETIVOS

ART. 3- Son objetivos de las obras sociales universitarias: a) Brindar prestaciones con la mayor cobertura en servicios de salud, b) Dar prestaciones sociales que beneficien a sus miembros.

BENEFICIARIOS

ART.4- Son beneficiarios de las obras sociales universitarias: a) Como miembros titulares: las autoridades superiores, el personal docente y el personal no docente de las universidades nacionales .b) Quedan también incluidos: - Los grupos familiares primarios de los afiliados incluidos en el inciso a. Se entiende por tal al integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún (21)años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad comercial. laboral o profesional; los hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta los veinticinco(25) años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular, que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente; los hijos incapacitados a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún (21) años, los hijos del cónyuge, los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa, que reúnan los requisitos establecidos en este inciso.- Las personas que convivan con el afiliado titular y reciban del mismo ostensible trato familiar. Este deberá acreditarse a través de las normas que al respecto establezca cada obra social. -c)Podrán asimismo incorporarse adherentes, conforme a las pautas que establezcan los respectivos estatutos o resoluciones internas.

GOBIERNO

ART. 5 -Cada obra social se organizará de acuerdo a sus estatutos, debiendo estar integrado el Consejo Directivo con representantes de los docentes, no docentes afiliados y jubilados elegidos por voto directo y secreto de los mismos, y una representación del Consejo Superior de la universidad respectiva que contemple en forma igualitaria a los dos estamentos.

ART. 6- El Consejo Directivo será conducido por un presidente, que será elegido por sus integrantes.

ART.7- Serán funciones del Consejo Directivo: a) Proponer el estatuto de funcionamiento y las modificaciones que sobre él deban realizarse a la asamblea de afiliados titulares de la obra social, la que resolverá sobre su aprobación; b) Resolver sobre temas que hacen a la ejecución del presupuesto y al nombramiento y remoción del personal; c) Ejercer el control de su patrimonio y la prestación y ampliación de servicios.

PRESUPUESTO Y PATRIMONIO

ART. 8- Integran el presupuesto y patrimonio de las obras sociales: a) Una contribución de la universidad del seis por ciento(6%) de las remuneraciones de sus empleados; b) Un aporte a cargo de los empleados del tres por ciento (3%) de su sueldo, calculado sobre la base de jornada completa; c) Un aporte a cargo de los miembros adherentes según una cifra a determinar por el Consejo Directivo; d) Las donaciones, legados, contribuciones y subsidios que pudieran percibir; e) Los bienes muebles e inmuebles que hayan logrado y logren mediante su propia disponibilidad financiera. Los beneficiarios de la presente ley, ya sea como beneficiarios titulares o como miembros del grupo familiar primario, que estén afiliados a otro agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud, deberán optar por una sola obra social y unificar su afiliación y aporte.

AUTORIDAD DE APLICACION

ART. 9- Será autoridad de aplicación de la presente ley, en todo aquello que tenga relación con las prestaciones médico asistenciales, el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

DISPOSICION TRANSITORIA

ART. 10- Las obras sociales actualmente existentes tendrán un lapso de doscientos setenta (270) días. a partir de la sanción de la presente, a efectos de adecuar estatutos y producir la integración de las nuevas autoridades conforme a los mismos y a lo determinado por esta ley.

ART.11- Déjanse sin efecto las disposiciones del decreto 903/95 y toda otra norma que se oponga a la presente.

ART.12- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

3. Encuesta de satisfacción

EVALUACIÓN DE LA GESTION DE LA O.S.P.U.N.C.P.B.A.

Dadas las siguientes actividades de la Obra Social del Personal de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia calificándola de 1 a 10, siendo 1 la peor nota y 10 la mejor, de acuerdo a la satisfacción por cada atributo.



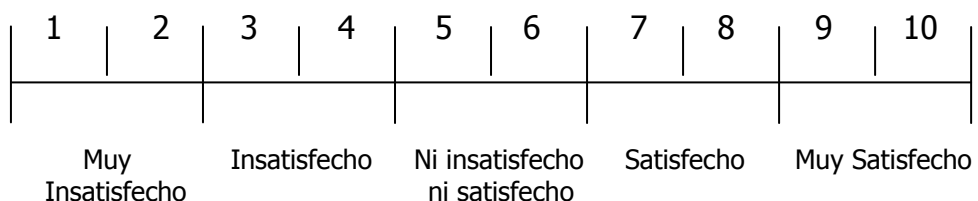
1.- La atención en la sede de la Obra Social



2.- La atención del personal



3.- Acceso a los servicios médicos



4.- Calidad de los prestadores contratados por la O.S.



5.- Centro de derivaciones de alta complejidad

