

Diseño y aplicación de un cuadro de mando para la gestión de redes de cobertura médico-asistencial*

Por **Fernando C. Alesso**

Fernando César Alesso es Contador Público Nacional por la UNNE y Magister en Economía y Gestión de la Salud por el Instituto Universitario ISALUD. Realizó cursos de Gestión de la Calidad en Servicios de Salud y de Praxis Médica en la UNNE y de Política y Gestión en Salud y Seguridad Social en las universidades de Roma y Bologna. Actualmente es asesor de la Asociación de Instituciones de Salud de la Provincia de Corrientes y Coordinador en distintas entidades administradoras de redes de prestadores en Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones.

Introducción

El cuadro de mando es bastante más que un tema de actualidad, es una potente herramienta de gestión que concita gran interés en ámbitos académicos y empresariales, y viene siendo objeto de un notable desarrollo bibliográfico. Con frecuencia salen a la luz comentarios y análisis de experiencias exitosas a partir de su empleo en un abanico de actividades, entre las que se cuenta la atención sanitaria. En este rubro, no obstante, se ha puesto el acento sobre el desempeño de unidades de nivel micro, como son los establecimientos asistenciales (hospitales, sanatorios, clínicas, centros de diagnóstico, etc.).

Con ello en vista, y ante la proliferación de redes de prestadores que procuran combinar y coordinar el funcionamiento de profesionales e instituciones en diversos puntos geográficos, con distintos niveles de complejidad y para diferentes grupos de beneficiarios, surge entonces la necesidad de diseñar herramientas informativas adecuadas para su gestión.

Estamos refiriéndonos a organizaciones emergentes de un variado plexo de vinculaciones operativas y jurídicas: entidades asociativas (uniones transitorias de empresas, agrupaciones de colaboración empresarial, asociaciones civiles, etc.) que comprometen los servicios tanto de sus miembros como de terceros adheridos *ad-hoc*; empresas gerenciadoras y concesionarias de Obras Sociales que contratan prestadores en forma estable u ocasional, ya sea directamente o a través de las mencionadas entidades asociativas; empresas y entidades como las referidas que brindan atención en establecimientos propios, alquilados o concesionados, mediante profesionales independientes o empleados en relación de dependencia; y una extensa gama de otras po-

* La versión completa de esta tesis está disponible en el Centro de Documentación de ISALUD.

sibilidades. Estos *proveedores de cobertura médico-asistencial* conforman esencialmente unidades de mesogestión, situadas en algún punto entre el financiador y el prestador pero desempeñando también algunas de sus funciones (administrar cápitas de Obras Sociales o brindar atención con infraestructura propia, por ejemplo).

El cuadro de mando a desplegar seguidamente pretende facilitar la gestión de quienes administran esas coberturas en entornos inestables y competitivos. Para ello busca plasmar el desenvolvimiento de la organización con indicadores destinados a supervisar efectivamente la utilización de los recursos, el financiamiento de las estructuras operativas y el sostenimiento de la relación con beneficiarios y prestadores. A fin de evaluar su funcionamiento, fue implementado desde abril de 2001 hasta marzo de 2003 en dos entidades administradoras de redes de prestadores en la Provincia de Corrientes, a cargo de un total de diez planes de cobertura para beneficiarios de Obras Sociales.

Objetivos

Objetivo final

Brindar un modelo de cuadro de mando cuya aplicación facilite la gestión de redes de cobertura médico-asistencial para beneficiarios de Obras Sociales, mutuales y otras entidades de contratación colectiva.

Objetivos intermedios

- Precisar los objetivos estratégicos de las organizaciones que emplearán el cuadro de mando.
- Identificar las áreas clave para el cumplimiento de tales objetivos, y escoger las perspectivas desde la cuales esa áreas clave serán abordadas.
- Seleccionar indicadores del desempeño de las áreas clave identificadas, y especificar para cada uno tanto la periodicidad de su cálculo como el momento o intervalo en él comprendido.
- Diseñar un panel sucinto e inteligible que incorpore los indicadores seleccionados.
- Evaluar en los hechos el funcionamiento del modelo presentado.

Marco teórico conceptual

Control de gestión

En sentido amplio, la actividad de una empresa consiste en combinar diversos factores de producción (*inputs*) para generar bienes o servicios (*outputs*) que puedan ser suministrados a terceros por precios superiores a los costos insumidos.

Las decisiones sobre las acciones necesarias para lograr la cooperación de los distintos partícipes –comprometidos mediante un con-

junto de contratos incompletos– corresponden a los propietarios del capital. Esto se justifica por ser ellos quienes financian la adquisición de los insumos y bienes de capital, anticipan la renta de los demás factores de producción y asumen el riesgo de las pérdidas eventuales (Mallo y Merlo, 2000). También son ellos –como contrapartida– quienes se apropian de los rendimientos residuales, y con esa natural aspiración encaminan el funcionamiento de la firma.

Si la gestión puede ser entendida como “la medida y el análisis, la visión y la comprensión, para la acción” (Lorino, 1993, p. 2), denominaremos sistema de control de gestión al mecanismo utilizado para controlar las acciones de una organización, amalgamando los distintos sistemas de información con el plan estratégico y operativo. Para explicar cómo el sistema de control de gestión contribuye a la dirección de una empresa, resulta útil la clásica comparación entre la labor del directivo de una organización y la del director de una orquesta. Para desempeñar su rol, el director se vale principalmente de dos herramientas: la partitura y su oído. Análogamente, un directivo de empresa debería basar su gestión en dos instrumentos: un plan estratégico y operativo que le señale lo que la organización espera hacer (la partitura) y un sistema de control de gestión que le indique que tan afinadas y coordinadas están siendo las acciones de cada unidad a su cargo (su oído). Dirigir una empresa sin un sistema de control de gestión equivaldrá a estar sordo al frente de la orquesta (Tagle Q., 1994).

Cuadro de mando

Llamamos cuadro de mando o tablero de control a un panel sucinto de medidas cuantitativas y/o cualitativas referidas a aspectos del desempeño de la organización, identificados como claves para su éxito. Constituye un “sistema de señales” que permite orientar las decisiones económicas y racionalizar el proceso de gestión (Schweiger, 1989).

Las magnitudes contenidas en el cuadro de mando pueden referirse a cuestiones operativas, a la situación interna de la organización desde una visión directiva, a la situación de la organización en su entorno desde una visión estratégica de alta dirección, o bien integrar todos los contenidos anteriores.

El cuadro de mando permite formalizar el sistema de información gerencial y alinear los sistemas de información operativa con la visión de la alta dirección (Ballvé, 2000). El proceso del cuadro de mando comienza cuando el equipo de alta dirección traduce la estrategia de su unidad de negocio en objetivos estratégicos específicos (Kaplan y Norton, 2000).

Áreas clave de la organización

Siguiendo a Ballvé, las áreas clave son las cuestiones consideradas estratégicas por los directivos de la organización. No se habla aquí de sectores sino de temas y procesos, independientemente de que pue-

dan eventualmente coincidir sus denominaciones con las de algunas áreas funcionales (ej.: Recursos Humanos, Proveedores, Distribución). No obstante, este autor considera más práctico designar las áreas clave con “nombre y apellido”, como ser: satisfacción de clientes, calidad de servicios, liderazgo en productos y servicios, etc.

Para que los responsables de conducir la organización adopten las decisiones adecuadas en tiempo útil, la situación de cada área clave debe exteriorizarse resumida y prontamente. A este fin se adoptan los denominados *indicadores de gestión*.

Indicadores de gestión

Dado que lo que no se mide difícilmente puede controlarse, la exteriorización referida debe hacerse en términos tan homogéneos como sea posible, de modo de advertir su evolución a partir de la comparación entre observaciones periódicas de su estado. Para ello, nada mejor que definir una variable y hallar su valor. Esta variable será considerada entonces un *indicador de gestión*, asimilable a cada uno de los instrumentos contenidos en el tablero de conducción de un aeroplano.

Los indicadores pueden ser clasificados en: 1) *productivos, preventivos o de causa*, y 2) *reactivos, retrospectivos o de efecto*. Los primeros anticipan resultados futuros, razón por la cual también son denominados “indicadores líderes”. Los segundos –en cambio– describen resultados ya obtenidos. “Cada uno de los indicadores de un cuadro de mando integral se encaja en una cadena de relaciones causa-efecto que conecta los resultados deseados de la estrategia con los inductores que los harán posibles.” (Kaplan y Norton, 2001, p. 79). En las organizaciones tradicionales predominan los indicadores retrospectivos, en las más modernas y competitivas se da preferencia a los preventivos.

Una vez seleccionados los indicadores a emplear, y teniendo en consideración si ellos reflejan situaciones instantáneas o flujos continuos, deben precisarse seguidamente los cortes de tiempo para los que serán calculados: momentos (fechas) para los primeros, intervalos (períodos) para los segundos. Establecidos estos cortes, puede resultar útil comparar los valores que para ellos adopta cada indicador, analizando –a la vez– la magnitud y las causas de su variación.

Perspectivas

La realidad de la organización puede ser abordada desde distintas perspectivas o enfoques. Las más habituales son cuatro: finanzas, clientes, procesos internos, y aprendizaje y crecimiento (Kaplan y Norton, 2000), si bien las denominaciones pueden variar entre distintos autores.

Finanzas

Esta perspectiva se privilegia la información emergente de los registros contables y la tesorería.

La contabilidad es un sistema de información que puede referirse a períodos transcurridos (*contabilidad real o histórica*) o futuros (*contabilidad presupuestaria*). La contabilidad real o histórica es la fuente esencial de información sobre la composición del patrimonio del ente y su evolución, así como de los bienes de terceros en poder del ente. Refleja razonablemente lo *existente* y lo *ocurrido*, y señala lo *contingente* con arreglo a información del entorno.

Por su parte, la contabilidad presupuestaria consiste en la proyección de cifras basadas en pronósticos de situación, pudiendo abarcar un lapso breve (ej.: flujo de fondos proyectado semanal), uno o más meses (ej.: *forecast* de estado de resultado para el ejercicio en curso), un ejercicio económico (ej.: presupuesto anual), o más de un ejercicio (ej.: plan quinquenal). Cuando el horizonte de proyección se dilata, tanto por la extensión del período pronosticado como por su diferimiento, es útil y habitual elaborar distintas hipótesis de trabajo con arreglo a –por lo menos– tres escenarios probables: uno optimista o de máxima, uno pesimista o de mínima, y uno equilibrado o intermedio. El planteo de tales alternativas permite anticipar cursos de acción ajustados a los diversos contextos.

Como expresan Kaplan y Norton (2000), si bien los indicadores financieros resumen apropiadamente las consecuencias económicas –fácilmente mensurables– de acciones que ya se han realizado, resultan inadecuados para guiar y evaluar la trayectoria de la organización a través de entornos competitivos. “Les faltan indicadores que reflejen gran parte del valor que ha sido creado o destruido por las acciones de los directivos durante el período contable más reciente” (p. 37).

Clientes

Una vez segmentado el mercado en que la organización compite, deben seleccionarse las medidas de actuación más idóneas para actuar en cada uno de los ámbitos que proporcionarán “el componente ingresos de los objetivos financieros de la empresa” (Kaplan y Norton, 2000, p. 76).

Esta perspectiva intenta reflejar la satisfacción producida en cada segmento por los bienes y servicios que la organización proporciona, la capacidad de adquisición y retención de consumidores, la evolución de la participación en el mercado, y la imagen institucional.

No nos extendemos en la descripción general de la perspectiva de clientes, dado que la actividad que nos ocupa presenta peculiaridades tales que demandan a este respecto un análisis bastante heterodoxo, el cual efectuaremos más adelante.

Procesos internos

Existen procesos operativos que resultan críticos para la obtención, retención y satisfacción tanto de clientes como de accionistas o inversores; son aquéllos que más impactan en los resultados económicos de

la organización. En consecuencia, actuar sobre los primeros es condición necesaria –pero no suficiente– para acrecentar los segundos.

Los procesos internos desembocan en bienes o servicios mensurables en términos de cantidad, tiempo, calidad y costo. La cantidad y el tiempo son magnitudes de verificación directa, la calidad –entendida como capacidad para satisfacer necesidades o expectativas– es un atributo de constatación referencial y subjetiva, mientras que el costo surge de cálculos relativamente complejos basados en criterios de apropiación y correspondencia.

Los indicadores escogidos para este enfoque deben dar lectura del grado de mejora que la gestión introduce en los procesos operativos existentes.

Aprendizaje y crecimiento

Este enfoque busca identificar la infraestructura básica –personal, sistemas y procedimientos– que la organización debe construir para alcanzar en el largo plazo los objetivos establecidos en las restantes perspectivas. Kaplan y Norton (2000) establecen tres categorías principales de variables para esta perspectiva: 1) Capacidades de los empleados, 2) Capacidades de los sistemas de información, y 3) Motivación, delegación de poder (*empowerment*) y coherencia de objetivos.

Red de servicios

Definición

En sentido amplio, denominamos red de servicios a la organización resultante de combinar y coordinar prestadores¹ con el objeto de brindar una atención comprometida. Para la Real Academia, combinar es unir cosas formando un compuesto, en tanto que coordinar significa ordenar metódicamente. Por su parte, el compromiso de atención se compone generalmente de obligaciones de hacer y de dar.

La integración en red es una modalidad organizativa que procura sinergia y complementación en las ofertas prestacionales con miras a optimizar el funcionamiento conjunto, respondiendo a la *complejidad o amplitud territorial* del servicio, o a la necesidad de *coexistencia o ajuste* de esas ofertas. Siguiendo a Báscolo y Sánchez de León (2001), puede entenderse a la red como un *modelo híbrido de coordinación de procesos productivos*, con algunos aspectos de *estructura jerárquica* y otros de *mercado*. Por un lado se establecen normas de subordinación funcional que separan la concepción y la ejecución de ciertas actividades, y por otro se conciertan internamente mecanismos contractuales que se basan más en precios e incentivos que en controles administrativos.

Para Rovere (1998, p. 30) la red es fundamentalmente un concepto vincular que no homogeneiza; por el contrario, “asume la heterogeneidad y permite imaginar heterogeneidades organizadas”.

Requisitos funcionales

Específicamente con relación a los servicios sanitarios, para Marra-cino y otros (1992) una red debería presentar las siguientes características básicas:

- 1) Incluir los niveles de cobertura comprometidas, atendiéndolos integralmente.
- 2) Garantizar accesibilidad y evitar derivaciones innecesarias, sobreprestación, rechazos y otras ineficiencias.
- 3) Incluir prestadores en magnitud suficiente para atender la demanda estimada, pero evitando el exceso de oferta.
- 4) Garantizar un costo adecuado a través de servicios eficientes.
- 5) Estar conducida y administrada adecuadamente.

Por su parte, Otero (2001) destaca la necesidad de criterios y vínculos jurídicos de *complementariedad* y de *referencia-contrarreferencia*, así como la conducción por una *gerencia operativa única*.

Cobertura médico-asistencial

Definición

En sentido lato, la cobertura médico-asistencial es un compromiso de prestación de servicios de esa naturaleza, ante su requerimiento conforme a condiciones convenidas.

Según la modalidad establecida para su pago, podemos hablar de coberturas por cápita, acto médico, cartera fija, módulo, día-cama, etc.

Roles elementales de la cobertura

Distinguiremos a continuación los actores que conforman el núcleo básico de relaciones propio de una cobertura médico-asistencial:

- *Beneficiario* es quien goza del derecho de requerir atención médico-asistencial para la prevención, tratamiento o morigeración de dolencias, o la recuperación de capacidades funcionales, adquiriendo la condición de *paciente* al hacer uso de esa atribución;
- *Proveedor* es quien le efectúa prestaciones diagnósticas o terapéuticas orientadas a ese fin;
- *Financiador* es quien, a cambio de un ingreso cierto, asume el riesgo² de sufragar tales prestaciones;
- *Comprador* es quien selecciona al proveedor actuante en la atención del beneficiario.

¹ Posteriormente nos referiremos a ellos como “proveedores”, expresión más utilizada en Economía Sanitaria pero menos precisa semánticamente.

² En sentido lato, *riesgo* significa “proximidad de un daño o peligro”; en nuestra materia lo entendemos como contingencia económica, es decir: obligación eventual de afrontar gastos.

Además de combinar proveedores, una red puede integrar verticalmente —en forma parcial o total— los roles de comprador y de financiador.

Atributos elementales de los servicios

Para que la cobertura mantenga continuidad en el tiempo es necesario que alcance un equilibrio funcional básico, dado por la coexistencia de las siguientes condiciones:

- 1) Que el financiador asegure al beneficiario la *accesibilidad* de los servicios comprometidos, o sea, la facilidad para hacer uso de ellos en la práctica.
- 2) Que el comprador reconozca al proveedor el *justiprecio* de su desempeño, retribuyéndolo satisfactoriamente en términos de valor y plazo de pago.
- 3) Que el proveedor brinde al beneficiario sus servicios con *efectividad*, interpretada ésta en sentido clínico como el grado de obtención de las mejoras posibles en el estado de salud del paciente (relación entre objetivos previstos y objetivos alcanzados).³
- 4) Que el proveedor actúe con *eficiencia* respecto del comprador, maximizando el rendimiento de los recursos aplicados (relación entre objetivos alcanzados e insumos).
- 5) Que el financiador suministre con *suficiencia* y *oportunidad* los fondos necesarios para cancelar, directamente o por intermedio del comprador, los servicios del proveedor.

Oposición de intereses entre los actores

Abordamos esta cuestión como un problema netamente económico, atendiendo a la naturaleza de la acción humana y analizando el proceso de intercambio de valores que naturalmente la gobierna (Benegas Lynch, 1987). Asumimos que cada uno de los protagonistas antes mencionado se comporta como agente económico, como *homo eco-*

nomicus que —en principio— busca maximizar su beneficio. Esa búsqueda individual genera tensiones y conflictos que si bien entorpecen el funcionamiento de la cobertura, son inherentes a ella.

Puede advertirse que existe un natural antagonismo de intereses —*funciones o vectores de utilidad*— entre el beneficiario y el financiador, entre éste y el comprador (si sus roles no están fusionados en una misma persona o ente), y entre el comprador y el proveedor. También puede existir divergencia en las pretensiones del proveedor y del beneficiario, pero con particularidades que permiten ubicar la relación entre ambos en los desarrollos teóricos efectuados por algunos *economistas de la información*⁴, y que serán analizadas en este trabajo siguiendo esa orientación.

Beneficiario versus⁵ financiador

Básicamente, el beneficiario pretende que las prestaciones indicadas o efectuadas por el proveedor de su preferencia sean solventadas por el financiador, en tanto éste admite sufragar solamente las prestaciones incluidas en el menú de cobertura, efectuadas exclusivamente por proveedores comprendidos en la cartilla organizada por el comprador, y a los valores previamente convenidos por el comprador con el financiador y los proveedores.

Asimismo, puede suceder que el beneficiario intente usar indebidamente la cobertura en convivencia con un proveedor y en perjuicio del financiador, ya sea requiriendo para sí prestaciones no incluidas en el menú prestacional, mediante falseamiento del diagnóstico o de los procedimientos, o bien aprovechando beneficios emergentes de su condición para usufructo ilegítimo de terceros.

Contándose con un listado taxativo de beneficiarios, proveedores y prestaciones comprendidos por la cobertura, y siendo la efectividad un requisito de la eficiencia (el rendimiento presupone un resultado) y, los intereses del beneficiario y del financiador pueden aproximarse en torno a una prestación procedente cuyos costos y efectos esperados resulten aceptables para ambos. Ello nos conduce a la relación entre el comprador y el proveedor, y entre el financiador y el proveedor.

Comprador versus proveedor

Consideraremos que el beneficio del proveedor se compone principalmente de *renta, ocio y prestigio*. Podríamos mencionar al *poder*⁶ co-

Gráfico 1
Núcleo básico de relaciones



Fuente: Elaboración propia

³ Distinguimos este concepto del de *eficacia* (relación entre causa y efecto), puesto que si bien ambas expresiones se refieren a la capacidad de una acción para obtener mejoras en la salud, la segunda sólo considera su ejecución en condiciones óptimas.

⁴ Por ejemplo: Kenneth J. Arrow, Premio Nobel en Economía 1972 (compartido con Sir John R. Hicks), y George A. Akerloff, Premio Nobel en Economía 2001 (compartido con Michael A. Spence y Joseph E. Stiglitz).

⁵ En todos los casos entendido en su acepción de “frente a” más que como “en contra de”.

⁶ Interpretado como facultad para imponer a otro la propia voluntad.

mo componente del beneficio del proveedor, pero no lo incorporaremos a este análisis. Sucede que, por un lado, no pretendemos adentrarnos en las relaciones intra-organizacionales que el proveedor entabla en su propio ámbito de actuación (hospital, clínica, policlinorio, etc.), y –por otro– dirigimos nuestro enfoque a la conducta de cada actor como agente primordialmente económico.

Más adelante, cuando analicemos la relación entre el proveedor y el beneficiario, también consideraremos aspectos relacionados con el *beneficio del paciente* que pueden integrar la función de utilidad del proveedor.

Respecto del tema que nos ocupa, resulta evidente que el pago de los servicios representa para el proveedor un ingreso y para el financiador un costo, cuya contención ha sido encomendada por éste al comprador. En consecuencia, mientras el proveedor –animado por su objetivo de renta– procura maximizar la cantidad de unidades o los valores unitarios pautados como bases para retribuir su desempeño, el comprador intenta minimizarlos. Desde la óptica de los derechos de propiedad y la teoría de los contratos incompletos, el proveedor y el comprador confrontan derechos residuales de decisión y control sobre las prestaciones a ser efectuadas al beneficiario, y reivindican sus rendimientos residuales, el primero para sí mismo y el segundo para el financiador. Cuanto más estrecho sea el vínculo de cada actor con la propiedad de los recursos, más eficiente resultará en su utilización.

En este caso, convenido un mecanismo de retribución y valiéndose del arbitrio que a uno y a otro les cabe para determinar la aplicación de recursos al paciente, los servicios que el proveedor tiende a prescribir y que el comprador tiende a reconocer o autorizar son aquéllos que maximizan el excedente entre ingresos y costos. Siendo inverosímil el cumplimiento simultáneo de esta condición respecto del proveedor y del financiador –comprador mediante–, los intereses suelen converger en alguna situación subóptima tanto para el primero como para el segundo, acordándose finalmente la prestación y su pago.

Así como el objetivo de renta impulsa al proveedor a maximizar cantidades y valores unitarios, su objetivo de ocio lo alienta particularmente a maximizar estos últimos, a fin de satisfacer su expectativa de renta con menor tiempo de labor. Ambos propósitos colisionan en forma directa con el cometido del comprador. El mencionado afán de prestigio también lo menoscaba, pero de un modo menos evidente: cuando el proveedor –en uso de sus derechos residuales de decisión y control– encara investigaciones o innovaciones para propia reputación y desarrollo profesional, el comprador corre el riesgo de constituir inadvertidamente al financiador en mecenas de tales emprendimientos. Orientada a proyectos de este tipo, la atención de los pacientes tiende a insumir mayores costos, ya sea por servicios del propio interesado y

de terceros involucrados, o por suministros excepcionales en cantidad o especificidad. El comprador puede acotar la discrecionalidad del proveedor abonando los servicios conforme a pautas de medicina basada en la evidencia y protocolos de atención reconocidos por las autoridades sanitarias.

Financiador versus comprador

Como vimos anteriormente, los servicios comprometidos por el financiador con los beneficiarios deben resultar efectivos y accesibles para éstos; a tal efecto los respectivos proveedores deberán ser satisfactoriamente retribuidos; y para que todo ello se mantenga en el tiempo la suma de esas retribuciones no debe escapar de las posibilidades pecuniarias del financiador. Es ésta la razón de ser del comprador: seleccionar a los proveedores y convenir con ellos valores y condiciones de pago, en procura de optimizar el empleo de los recursos destinados por el financiador a afrontar las prestaciones brindadas a los beneficiarios.

Alcanzar este objetivo requiere la máxima eficiencia de los servicios comprados con dichos fondos, pero aun en la hipótesis de lograrla –y descontando que aquí las combinaciones óptimas y las cantidades máximas resultan expresiones meramente teóricas– las prestaciones en cuestión pueden resultar insuficientes en términos de efectividad y accesibilidad. En tal supuesto, el comprador puede tomar dos cursos de acción, no necesariamente excluyentes:

1) Aplicar mecanismos discrecionales de ajuste

Obedece a la lógica de que, vista la escasez de los recursos frente a la demanda de servicios, si no se pueden *racionalizar* los gastos se deben *racionar* los recursos. Tal racionamiento implica la aplicación de quitas –previstas contractualmente– sobre las acreencias de los proveedores.

Toda quita supone de por sí ineptitud o insuficiencia de los mecanismos empleados para restringir fundadamente el consumo de prestaciones hasta la medida de los recursos disponibles, o –vista a la inversa– exigüidad de estos últimos para afrontar dicho consumo. Impone un equilibrio dinerario instantáneo, tan inmediato como efímero, el cual provoca inexorablemente *ardides resarcitorios* por parte de los prestadores, como ser sobrefacturación, subprestación o retaceo (*skimming*), cobro de plus, etc. Ello conduce, a su vez, a nuevos y más intensos ajustes. Así las cosas, si no se frena el espiral de medidas y contramedidas, se resiente gravemente la accesibilidad de la cobertura y cesa su funcionamiento.

2) Gestionar ante el financiador la asignación de mayores recursos

Vista la fragilidad de la cobertura ante mecanismos discrecionales de ajuste, si el comprador aspira a permanecer como nexa o intermediario entre el financiador y los proveedores, gestionará ante el primero una mayor dotación de fondos para mejorar la retribución

de los segundos. Es previsible que el financiador rechace o cuestione tal incremento en sus costos. En lo inmediato, también aquí existe un conflicto de intereses.

Proveedor versus beneficiario

Asumimos que el proveedor y el beneficiario poseen un desigual bagaje de conocimientos para discernir lo que este último necesita a fin de preservar o recuperar su salud, o sobrellevar una dolencia. Esto es así porque normalmente el beneficiario conoce menos que el proveedor respecto de: a) la incidencia de la enfermedad; b) la relación entre signos, síntomas y enfermedades; y c) la efectividad y demás características favorables y desfavorables de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos aplicables a su caso. En consecuencia, no puede observar o inferir claramente muchas de las acciones del proveedor que afectan el resultado final. Más aún, según Enthoven —citado por Báscolo y Sánchez de León (2001, p. 7)— “la libertad de elección del proveedor por parte del beneficiario no sólo no permite minimizar las imperfecciones de la información, sino que, en los casos en que ésta sea la única estrategia para acercar el funcionamiento de los servicios a las reales preferencias de los consumidores, existen altas posibilidades de que éstas sean moldeadas por la misma oferta”. Tal situación podría morigerarse en alguna medida mediante la producción y difusión pública de información sobre la efectividad de los distintos tratamientos (Ortún y Del Llano, 2000). No obstante, resulta innegable que además del contenido científico que se le adjudica, la opinión profesional del médico goza generalmente de una fuerte legitimidad social.

La comentada *asimetría informativa* en ventaja del proveedor, así como la falta de un seguro “ideal” que cubra al beneficiario contra el eventual fracaso de la asistencia recibida, obliga al beneficiario a delegar en el proveedor gran parte de su libertad de elección (Arrow, 1981). Se configura entonces una *relación de agencia* donde el proveedor pasa a actuar como agente (representante o delegado) de un principal: en este caso, el beneficiario.

Efectuada esa delegación, el proveedor puede adoptar decisiones interesándose únicamente en el bien del paciente o —por el contrario— dando intervención a sus propios objetivos de beneficio. Decimos que actúa como agente perfecto en el primer supuesto y como agente imperfecto en el segundo. Más aún, cuando la utilidad del proveedor tiene prioridad sobre la necesidad del paciente, calificamos su conducta como *comportamiento oportunista*.

Una situación análoga se origina entre el proveedor y el financiador, toda vez que el primero es quien toma contacto directo con el paciente, lo diagnóstica e indica el curso de acción a su respecto, todo ello con cargo al financiador. Podemos concluir entonces que el proveedor actúa como doble agente del beneficiario y del financiador, en forma probablemente

imperfecta y eventualmente oportunista. La *pérdida residual* emergente del comportamiento oportunista, junto al *costo administrativo* incurrido para evitarla o reducirla, integra el denominado *costo de agencia*.

La teoría de la agencia supone contratos que fijan detalladamente los derechos y obligaciones de cada participante para cada contingencia. Los mecanismos de cancelación derivados de este enfoque tienden a ofrecer incentivos individuales sólo a quienes pueden ejercer control sobre el ritmo y la calidad de su desempeño, con mayor intensidad cuanto mayores sean la repercusión de éste en la organización contratante, y la calidad de medición de tal desempeño (Cabiedes y Ortún, 2001).

Sin entrar a analizar la factibilidad o conveniencia de contratos tan exhaustivos, en la relación con el proveedor sí resulta imprescindible definir palmariamente al menos dos dimensiones fundamentales del mecanismo de cancelación: la unidad de pago y los riesgos financieros a ser asumidos por cada parte (Pellisé, 2000).

Otras cuestiones relevantes

Costos de transacción

Una transacción implica la modificación de derechos de propiedad a partir de un acuerdo de voluntades. Para arribar a tal entendimiento y asegurar su ejecución, deben desarrollarse tareas de acreditación, negociación y supervisión (Ortún y Del Llano, 2000), y éstas usualmente generan costos.

Llamamos costos de transacción a los recargos inherentes a un mecanismo cualquiera de asignación de recursos, originados en la necesidad de coordinar y motivar a sus participantes. Implican un menoscabo de recursos accesorio a los costos de producción o prestación, y su efecto se compara en la economía al de la fricción en la física (Williamson, 1985). Dando por cierto que en materia de salud se gasta mucho para comprar pocos resultados (González y Tobar, 1999), la diferencia entre lo que se gasta y lo que se compra está constituida mayormente por costos de transacción.

La línea de pensamiento de la economía de costos de transacción entiende a la firma más como estructura de gobierno que como función de producción. Reconoce que en el mundo real los acuerdos de intercambio deben ser gobernados y que, dependiendo de las transacciones a ser organizadas, algunas formas de gobierno resultan mejores que otras (Williamson, 1996).

Enfocando el problema como una consecuencia de la racionalidad limitada de los seres humanos, Boerner y Macher (2000) advierten al menos tres factores subyacentes en los costos de transacción, a saber: 1) los individuos tienen una limitada capacidad para planificar: aun a pesar de sus mejores esfuerzos para hacer frente a la complejidad e imprevisibilidad del entorno, carecen del conocimiento o la clarividencia nece-

sarias para prever todas las contingencias que se pueden presentar; 2) aun cuando la perfecta planificación fuera posible, a las partes contratantes les resulta difícil negociar sobre la base de previsiones, dada la dificultad para desarrollar un lenguaje común que describa acciones y situaciones respecto de las cuales poseen poca experiencia previa (Hart, citado por Boerner y Macher); y 3) asumiendo que las partes puedan estipular un contrato que prevea todas las contingencias, persiste la dificultad para comunicarlo en forma suficientemente inteligible que permita a terceros no informados (un juez, por ejemplo) hacerlo cumplir.

En lo que a nuestro tema concierne, en el trayecto que siguen los recursos hasta el efectivo acto prestacional, cada instancia de negociación que deben transponer —para asumir o transferir riesgos, para concertar aranceles o modalidades de prestación, etc.— detrae de ellos cierta porción: son costos de transacción (de no-prestación, en este caso) tributados para obtener y acotar la actuación del proveedor, habida cuenta de la dificultad para justipreciarla e intentando prevenir comportamientos oportunistas.

Escasez de recursos

Si bien la insuficiencia de recursos frente a las necesidades es condición inseparable de todo problema económico, en el caso de la atención médico-asistencial la dinámica de la oferta mengua permanentemente el poder de compra de cualquier peculio destinado a su financiamiento. Solamente baste mencionar el impacto de la tecnología elevando en el beneficiario la expectativa de vida y bienestar, y estimulando en el proveedor la apetencia de renta innovativa; o las amplias facultades de éste para iniciar o inducir la demanda; o el efecto provocado sobre ella por el exceso de oferta en infraestructura y cantidad de proveedores.

Anteriormente hemos señalado la necesidad de *suficiencia* y *oportunidad* en la *financiación* de la cobertura. Evidentemente, sin el ingreso de fondos al sistema y el compromiso del financiador con el desenvolvimiento de la cobertura, resulta impensable lograr servicios efectivos, eficientes y accesibles.

¿Equilibrio funcional?

Lo expuesto hasta aquí podría llevarnos a concebir la relación prestacional como un juego de suma cero, donde el beneficio de una parte implica necesariamente el detrimento de otra, o viceversa. Esto no necesariamente es así: el derroche de recursos en procedimientos, estándares o insumos innecesarios muchas veces no beneficia siquiera al proveedor, como tampoco favorece al beneficiario el acceso directo a un especialista inapropiado para su patología.

La medicina basada en la evidencia, los mecanismos de distribución del riesgo y de asignación de incentivos, así como distintas técnicas y

herramientas de gestión, tornan viable un precario equilibrio funcional. Como esta condición es inestable por naturaleza, su mantenimiento demanda control y ajuste permanentes. Para ello debe disponerse de información idónea en cuanto a contenido, síntesis y oportunidad; tal es la razón de ser de nuestro cuadro de mando.

Segregación y consolidación de la información

La red puede tener a su cargo más de un plan de cobertura, así como también beneficiarios domiciliados en más de una localidad. Siendo un objetivo primordial de la contabilidad suministrar información acerca de los resultados arrojados por la operatoria, resultará útil planificar el plan de cuentas de modo que exhiba una única estructura de rubros referidos a los ingresos, costos y gastos de las coberturas, con habilitación de cada cuenta para diferentes centros de imputación, a saber: plan de cobertura y localidad de empadronamiento del beneficiario. Esta apertura bidimensional facilita la apropiación contable y el análisis de los resultados generados por cada plan o área geográfica abarcados por la red prestacional.

A los fines de su análisis, la información podrá consolidarse tanto por plan de cobertura como por localidad de cabecera o de empadronamiento. La agregación por localidad sería particularmente apropiada en caso de que la organización designara responsables por área geográfica —no por plan— y siempre que existiera suficiente homogeneidad de funcionamiento entre los distintos planes como para priorizar el criterio territorial. Sin embargo, no siendo ésta la situación más habitual, en el presente trabajo se adoptará el plan de cobertura como atributo preferente para la confección del cuadro de mando.

Ahora bien, el cuadro de mando es sucinto por definición, y para conocer la situación global de la organización no resultaría práctico examinar más de un panel de datos. Surge entonces la necesidad de elaborar —por un lado— cuadros de mando específicos para cada plan administrado, conteniendo sus propias cifras para los indicadores que a su respecto se definan, y —por otro lado— un consolidado general que incorpore indicadores referidos a la organización en su conjunto y resuma los cuadros anteriores con sumas y promedios ponderados de sus valores.

Es recomendable exponer la información con enfoque marginal o de contribución, es decir, cargando a cada plan sus ingresos, así como los costos insumidos directa y específicamente por ellos (ej.: impuesto a los Ingresos Brutos) y por los propios productos (*outputs*), e imputando al período los ingresos y los gastos generales, así como aquéllos cuya distribución pudiera resultar arbitraria por carecer de bases idóneas de asignación. Los conceptos no atribuibles específicamente a un plan pueden consignarse en un cuadro propio, como si de un plan más se tratara, de modo que los cuadros correspondientes a cada plan y a

dichos conceptos inespecíficos contengan –en conjunto– la totalidad de la información que se resume en el consolidado.

Definición de los objetivos estratégicos

Para el desarrollo del trabajo se contó con la participación de dos entidades administradoras de redes de prestadores y a cargo de planes de cobertura médico-asistencial para beneficiarios de Obras Sociales radicados principalmente en áreas urbanas de la Provincia de Corrientes. En lo sucesivo llamaremos “A” y “B” a estas organizaciones.

Tanto A como B pertenecían a grupos de prestadores, quienes las crearon sin ánimo de lucro y con la finalidad de gestionar coberturas médico-asistenciales evitando la intrusión de terceros entre ellos y los prestatarios. Por consiguiente, ambas tenían objetivos estratégicos similares, a saber:

- Constituir la única intermediación entre prestadores y prestatarios.
- Maximizar la retribución de los servicios a los prestadores.
- Minimizar el propio costo operativo.
- Mantener en funcionamiento las coberturas a su cargo.
- Incorporar nuevas coberturas.

Identificación de las áreas clave

El análisis de las organizaciones fue realizado desde las perspectivas antes comentadas, a las que se incorporó una adicional: la de procesos externos. Este peculiar enfoque, inusitado para otros rubros de actividad, obedece a la necesidad de considerar la provisión de servicios a los pacientes como un proceso que, si bien está dotado de sustancial autonomía y es realizado fuera de la organización, debe necesariamente quedar sometido a su supervisión.

Los objetivos antes señalados permiten considerar como áreas clave a las siguientes:

- Satisfacción de los beneficiarios.
- Desempeño y retribución de los prestadores.
- Posición financiera.
- Eficiencia operativa.
- Sustentabilidad de la organización.
- Crecimiento de la operadora.

Selección de indicadores de gestión; elección de cortes de tiempo y organización del panel

Con la mira puesta en las áreas clave identificadas y luego de mantener sucesivas reuniones con directivos, gerentes, supervisores, técni-

cos, administrativos y proveedores (prestadores) de las organizaciones tomadas como muestra, desarrollamos a continuación un conjunto de indicadores para cada perspectiva. La selección efectuada ha pretendido privilegiar la efectividad y la eficiencia de cada indicador, aquí entendidas como: 1) su *aptitud demostrativa* respecto del desempeño de un área clave, y 2) la *disponibilidad periódica* de la información que lo sustenta, sin necesidad de tareas “artesanales” para su obtención. El objetivo ha sido contar en forma oportuna y rutinaria con indicadores provistos de pertinencia suficiente y precisión razonable como para orientar la acción. Más adelante evaluaremos el acierto o desacierto de nuestra elección.

La heterogeneidad y escasa tipificación del producto médico-asistencial, las diferencias demográficas y epidemiológicas de las poblaciones beneficiarias, el eventual comportamiento oportunista del prestador, del beneficiario o aun del propio financiador, la diversidad de mecanismos empleados para pago de los servicios, los incentivos que cada uno de tales mecanismos ofrecen a los referidos actores, etc., impiden la fijación de parámetros absolutos que permitan juzgar si las cifras arrojadas por los indicadores resultan razonables, excesivas o exigüas. Atento a ello, como referencia no se proporcionan valores deseables ni rangos de status (del tipo “verde–amarillo–rojo” u “óptimo-normal-alarmando”), sino los guarismos que el mismo indicador arroja para otros *cortes de tiempo*, entendiendo como tales a las combinaciones de dos aspectos temporales del indicador: 1) el momento o intervalo comprendido, y 2) la frecuencia periódica de su cálculo.

Resultado de la aplicación del cuadro de mando

Privilegiando la concisión, dadas las características de este resumen, no analizaremos la evolución de cada indicador durante el período tomado como muestra, así como tampoco las acciones emprendidas por las organizaciones a partir de información proporcionada por el cuadro de mando, y las consecuencias de tales acciones.

En términos generales, sí podemos referir que ambas organizaciones entendían que para concretar sus objetivos estratégicos resultaba imprescindible mantener alineados los propios intereses como financiadoras/compradoras con los de los proveedores que conformaban la red. El camino a esa convergencia parecía pasar por una transferencia concertada de riesgos mediante la negociación de mecanismos de pago prospectivo.

El panorama que enfrentaba A era muy complicado: si no lograba reencauzar la relación con su red de prestadores, ésta corría serio riesgo de desintegrarse y –con ella– la razón de ser de la organización. De hecho, mientras en el interior de la provincia habían surgido individuos y entidades que comenzaban a operar como interlocutores de los pres-

tadores ante la organización, en la Ciudad de Corrientes varios especialistas de renombre ya habían rescindido su adhesión y algunos establecimientos condicionaban fuertemente su continuidad.

Además, la mengua experimentada en los ingresos la obligaba a reducir sus costos de funcionamiento y a acotar rígidamente las sumas destinadas a cancelar prestaciones. Esto último se lograba parcialmente asignando fondos por área geográfica o por grupo de edad y/o sexo, pero tendía a degenerar en simples subsidios a la oferta que obstaculizaban aún más el acceso a la cobertura.

Contra la voluntad de sus directivos, la organización estaba apartándose de sus objetivos estratégicos. El cuadro de mando venía advirtiendo esta situación, pero podría haberlo hecho más acabadamente si se le hubiesen incorporado oportunamente algunos indicadores propuestos respecto de la satisfacción de los beneficiarios y de la composición y el desarrollo de la red.

La organización B se encaminaba razonablemente hacia sus objetivos: mantenía una relación fluida y directa con prestadores y prestatarios, respetaba los valores de cancelación acordados y mantenía en funcionamiento las coberturas a su cargo. Sin perjuicio de ello, debía poner mayor énfasis en ajustar los costos y rendimientos de su estructura operativa y en incorporar más beneficiarios a su cobertura. El cuadro de mando adoptado le transmitía señales en tal sentido.

Conclusión

La gestión de una red de cobertura médico-asistencial presenta dos exigencias básicas: objetivos claros y buenos reflejos. Los primeros definen lo que será considerado como éxito y permiten identificar las áreas clave necesarias para lograrlo; los segundos posibilitan reaccionar en tiempo útil, ante la dinámica de los acontecimientos, para ratificar o rectificar cursos de acción emprendidos en pos de esos objetivos.

El cuadro de mando proporciona los reflejos. No sólo facilita, más bien hace posible la conducción de organizaciones complejas y heterogéneas –como son las redes de prestadores– a través de las turbulencias inherentes al desenvolvimiento de toda cobertura médico-asistencial, agilizando la intelección de relaciones entre datos tanto internos como del entorno.

Las dos organizaciones que participaron en esta experiencia han modificado sus formas de trabajo a partir de la implementación del cuadro de mando, y hoy continúan mejorándolas. Enfocaron la atención de sus directivos y personal en cuestiones valoradas como prioritarias, evitando la dispersión del esfuerzo y el derroche de tiempo y recursos. Conectaron, afinaron y coordinaron sus circuitos informativos; involucraron a las distintas áreas funcionales y las estimularon a desarrollar sus tareas en forma sistemática para cumplir en tiempo y forma con la parte que a cada una le cupo de la in-

formación a exponer. Nadie pudo permanecer ajeno al desempeño del conjunto.

El modelo aquí propuesto sólo pretende servir como prototipo para ser probado, criticado, modificado, o directamente desechado y sustituido por otro más afín a las necesidades y características de la organización donde se lo quiera aplicar. Si algo de esto sucede, su propósito estará cumplido.

Bibliografía

- ARROW, Kenneth J. 1981. “La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas”. *Información Comercial Española*, N° 574: 47-63, junio.
- BALLVÉ, Alberto M. 2000. *Tablero de Control. Organizando información para crear valor*. Bs. As., Ediciones Macchi.
- BÁSCOLO, Ernesto; SÁNCHEZ DE LEÓN, Adolfo. 2001. “La medición del producto sanitario y la gestión de redes”. *Revista Gestión en Salud*, N° 2: 6-18, noviembre.
- BENEGAS LYNCH, Alberto (h). 1987. “Metodología de la ciencia económica y su diferencia con el método de las ciencias naturales”. En: Conferencia de incorporación como Académico Titular en el sitial Carlos Pellegrini de la sección Ciencias Económicas, Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires. Bs. As., Artes Gráficas Santo Domingo.
- BOERNER, Christopher S.; MACHER, Jeffrey T. 2000. “Transaction Costs Economics: An Assessment of Empirical Research in the Social Sciences”. Documento accesible en <http://www.msb.edu/faculty/jtm4/Papers/eTCE.pdf>
- CABIEDES, Laura; ORTÚN, Vicente. 2001. “Incentivos a prescriptores”. En: XXI Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud, Oviedo.
- GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés; TOBAR, Federico. 1999. *Más salud por el mismo dinero*. 2ª edición. La reforma del Sistema de Salud en Argentina. Bs. As., Ediciones ISALUD.
- MALLO, Carlos; MERLO, José. 2000. *Control de Gestión y Control Presupuestario*. Madrid, Mc Graw-Hill / Interamericana de España.
- MARRACINO, Camilo et. al. 1992. “Redes de Servicios”. Informe de Gerencia Técnica. CONFELISA, Bs. As.
- KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. 2000. *El Cuadro de Mando Integral (The Balanced Scorecard)*. 2ª edición. Barcelona, Gestión 2000.
- KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. 2001. *Cómo utilizar el Cuadro de Mando Integral para implantar y gestionar su estrategia (The Strategy-Focused Organization)*. Barcelona, Gestión 2000.
- LORINO, Philippe. 1993. *El control de gestión estratégico*. Barcelona, Marcombo Boixareu Editores.
- ORTÚN RUBIO, Vicente; DEL LLANO SEÑARÍS, Juan. 2000. “Estado y mercado en sanidad”. En: *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*: 3-16. Barcelona, Masson.
- OTERO, Ricardo A. 2001. “Acreditación de Redes de Servicios de atención Médica”. *Revista Gestión en Salud*, N° 1: 46-51, julio.
- PELLISÉ URQUIZA, Laura. 2000. “Sistemas de pago óptimo en el sector sanitario”. *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*: 49-63. Barcelona, Masson.
- ROVERE, Mario. 1998. *Redes en Salud*. Rosario, Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.
- SCHWEIGER, Arturo. 1989. “El Control de Gestión de Empresas Públicas”. *Revista de la Asociación Internacional de Presupuesto*, N° 23.
- TAGLE Q., Guillermo. 1994. “Control de gestión: una herramienta para la dirección”. *Revista del Instituto Argentino de Profesores Universitarios de Costos*, T. III, N° 12: 347-357, junio.
- WILLIAMSON, Oliver E. 1985. *Las instituciones económicas del capitalismo*, México, Fondo de Cultura Económica.
- WILLIAMSON, Oliver E. 1996. *The Mechanisms of Governance*, New York, Oxford University Press.