



**UNIVERSIDAD
TORCUATO DI TELLA**

MBA Intensivo 2014

*Beneficios de las financiadoras de salud en
tercerizar la gestión de cuentas médicas.*

Agustín Ruiz Nattero

Tutor: Javier Epstein

Buenos Aires

Abril 2019

AGRADECIMIENTOS

A todos los que colaboraron en mayor o menor medida.

Agradecimiento especial a mis amores:

Lourdes, Gemma, Bruna y Roma

RESUMEN

El presente documento contextualiza y desarrolla la situación actual del sistema de salud en Argentina, desde el enfoque de las financiadoras de salud y sus desafíos. Por su naturaleza, éstas son las responsables de articular entre las necesidades sanitarias (cambio poblacional), la oferta de servicios, y en el comportamiento del financiamiento. Éste último opera como reflejo de la dinámica macroeconómica, pero desvinculada de la transformación epidemiológica y de los cambios operados en el mercado de la atención médica.

Cada una de las dimensiones se puede gestionar por separado de diversas maneras. Y es en la recepción de una factura de cuenta médica donde las tres dimensiones se ven involucradas simultáneamente. Las financiadoras procesan estas facturas a través de la Gestión de Cuentas Médicas, que contempla desde la recepción de la misma, hasta la generación de las órdenes de pagos que se emiten al prestador emisor.

En este proceso, las financiadoras, realizan una auditoría médica, en busca de la eficiencia de las prácticas profesionales, y suministro de insumos y medicamentos.

En el contexto actual, donde las formas de comunicarnos y conectarnos están cambiando con la transformación digital, genera un incremento de información, que junto con la implementación de la inteligencia artificial permite a las financiadoras obtener resultados anteriormente impensados.

El análisis se centra en la tercerización del proceso de Gestión de Cuentas Médicas, a través de empresas especializadas en procesos del sector de salud, también conocidas en inglés por sus siglas, BPO Healthcare Services. Se evalúan las bondades, y beneficios económicos, y estratégicos que ofrece la contratación de un servicio de gestión de cuentas médicas a una BPO.

Las principales preguntas a investigar y dar respuesta son:

- ¿Cuánto puede mejorar el rendimiento de las entidades financiadoras del sistema de salud tercerizando la gestión de cuentas médicas?
- ¿Qué beneficios secundarios puede tener la contratación de este servicio?

- ¿Con qué condiciones deben contar las financiadoras para considerar la tercerización de la gestión de las cuentas médicas?

Para dar respuesta, se realiza una investigación descriptiva, que se fundamenta con la recopilación de información de publicaciones ya existentes, junto con los resultados de una encuesta a responsables de financiadoras.

Palabras Claves

Gestión de Cuentas Médicas; BPO Healthcare Services; Tercerización; Financiadoras de Salud; Transformación Digital; Auditoría Médica

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
Presentación del Tema	7
MARCO TEORICO.....	8
CAPÍTULO I: EI CONTEXTO.....	8
I.1: El sistema de salud argentino	8
I.2: Contexto económico	11
I.3: Las 3 Dimensiones.....	13
I.4: La cuarta revolución industrial.....	15
I.5: SNOMED Argentina	16
CAPÍTULO II: LAS FINANCIADORAS DE SALUD.....	18
II.1: Procesos de las financiadoras	18
II.2: Externalización de procesos internos.....	21
II.3: Gestión de cuentas médicas	23
II.4: Transformación digital y estándar SNOMED.....	27
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	28
CAPÍTULO III: INVESTIGACIÓN DEL SECTOR.....	28
CAPÍTULO IV: DESARROLLO	31
IV.1: Proceso sugerido.....	32
IV.2: Proceso integral.....	39
CONCLUSIÓN	47
BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXO 1 - Cantidad de recursos por volumen.....	51
ANEXO 2 - Costos Servicio BPO y RRHH	53
ANEXO 3 - Encuesta Tesis, Gestion Cuentas Médicas	55

Ilustraciones

ILUSTRACIÓN 1 ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD DE ARGENTINA.....	9
ILUSTRACIÓN 2 EVOLUCIÓN DE ÍNDICES PRECIOS MEDICINA PRIVADA VS DOLAR.....	12
ILUSTRACIÓN 3 EVOLUCIÓN DEL CRECIMIENTO DEL EMPLEO POR CATEGORÍA.....	13
ILUSTRACIÓN 4 INTERACCIÓN ENTRE LAS ENTIDADES DEL SISTEMAS DE SALUD.	17
ILUSTRACIÓN 5 GRUPOS DE PROCESOS DE GESTIÓN DE FINANCIADORA	19
ILUSTRACIÓN 6 BPO MARKET SHARE POR SERVICIOS.....	21
ILUSTRACIÓN 7 GASTO ASISTENCIAL PROMEDIO MENSUAL POR AFILIADO	24
ILUSTRACIÓN 8 PROCESO TRADICIONAL DE GESTIÓN DE CUENTAS	25
ILUSTRACIÓN 9 PROCESO MODELO DE GESTIÓN DE CUENTAS MEDICAS.....	34
ILUSTRACIÓN 10 PROCESO INICIAL DE GESTIÓN DE CUENTAS MÉDICAS.	35
ILUSTRACIÓN 11 PROCESO DE AUDITORÍA RETROSPECTIVA.....	37

Gráficos

GRÁFICO 1 DISTRIBUCIÓN DE CARGO DE LOS ENCUESTADOS.....	28
GRÁFICO 2 DISTRIBUCIÓN ETAREA DE LOS ENCUESTADOS	29
GRÁFICO 3 TIPOS DE COBERTURAS OFRECIDAS POR LAS FINANCIADORAS REPRESENTADAS	29
GRÁFICO 4 DISTRIBUCIÓN DE PORCENTAJE DE DÉBITOS EN FUNCIÓN A LA DEPENDENCIA DE LA TECNOLOGÍA	30
GRÁFICO 5 PORCENTAJE DE ATENCIONES QUE CORRESPONDEN A INTERNACIONES Y OTRAS ESPECIALIDADES.....	31
GRÁFICO 6 RRHH POR CUENTAS MÉDICAS	40
GRÁFICO 7 COSTOS DE GESTIÓN DE CUENTAS MÉDICAS	41

INTRODUCCIÓN

La industria de la salud es una de las más grandes del mundo, la cual involucra hasta el 10% del PBI de los países más desarrollados. Este sector involucra a todas las personas, instituciones gubernamentales, privadas y sin fines de lucro relacionadas a la salud, en simultáneo.

El rol que cumplen las instituciones que forman parte de un sistema de salud, como puede ser una Obra Social, una Prepaga, una empresa de Seguro con póliza de salud o de accidentes de trabajo, entre otros es de financiadoras y tienen como objetivo, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), mejorar la salud de la población; ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios sanitarios, y garantizar seguridad financiera en materia de salud.

Lograr esto es sumamente complejo, ya que los sistemas de salud están en un constante desequilibrio debido al contexto dinámico propio del sector, causado por las tres dimensiones que son autónomas en su tasa de crecimiento: necesidades sanitarias (cambio poblacional), oferta de servicios, y el comportamiento financiero.

Si bien el sector de la salud está rezagado con respecto a otras industrias, por su naturaleza altamente fragmentada, a externalizar procesos complementarios. A raíz de los avances tecnológicos, aparición de nuevos estándares, cambios generacionales en los mandos de las empresas financiadoras, y la capitalización que sufrió el sector de la salud, entre otros factores fueron generando la posibilidad de considerar la tercerización como una alternativa en la intención de alcanzar objetivos económicos y financieros. Entre todas las actividades que pueden ser tercerizadas, se selecciona la Gestión de Cuentas Médicas, o también conocidas como Facturas de Prestaciones Médicas, que son recibidas por las financiadoras y que responden a los servicios brindados por la red asistencial y de profesionales a la población que se encuentra dentro de su servicio de cobertura médica.

Los beneficios que cuenta la externalización de la Gestión de las Cuentas Médicas para una financiadora del sistema de salud son:

- *Reducir los costos*

Se estima una reducción de costo total de 4%, logrando incrementar el margen de resultado.

- *Reducción de errores*

Reducción de pérdidas, en un por celeridad en la actualización de las reglas de negocio frente a anomalías o cambios en el comportamiento del sector e implementación de la Transformación digital en el proceso de auditoría.

- *Mayor previsibilidad*

Con plataforma tecnológica, y mayor celeridad en la gestión de las cuentas, las Financiadoras pueden tener una mayor previsibilidad de las cuentas por pagar futuras, logrando reducir los tiempos de procesamiento en la gestión de cuentas médicas 70%.

- *Acceso a Alta Tecnología*

Se tiene acceso a tecnología de última generación necesaria para cubrir las necesidades sin tener que invertir en desarrollo o en equipo y equipamiento, en el departamento de IT.

Presentación del Tema

En base a uno de los objetivos primarios de las financiadoras, garantizar la seguridad financiera en materia de salud, condiciona a las mismas a tener que implementar un sistema de pago a los prestadores, en el que involucra una gestión de cuentas médicas. Ésta es la responsable de buscar un equilibrio entre la eficiencia y la eficacia de los recursos económicos, logrando tener una prestación médica, eficiente y oportuna.

El sistema de pago a prestadores es uno de los componentes más importantes de las relaciones contractuales entre los agentes de los sistemas de salud. Constituye, además, una cuestión relevante para algunos de los principales criterios de valoración de un sistema de salud, como la eficiencia y la calidad.

- Para lograr la eficiencia en el sistema de salud, los sistemas de pago son especialmente importantes, fundamentalmente porque las decisiones sobre gasto y nivel de producción dependen, en última instancia, de los profesionales sanitarios y ocurre que las fórmulas de pago y los incentivos que estas generan son capaces de influir sobre ellos.
- La calidad en la atención, varía en según la modalidad de pago, el incentivo de establecer grado de calidad nace en primera instancia en la financiadora de salud. La auditoría médica ha sido definida como el conjunto de acciones destinadas a la evaluación de la atención médica mediante el análisis de su programa, contenido y procesos, confrontándolos con las normas vigentes orientadas al mejoramiento de su calidad y rendimiento

Es oportuno distinguir entre el problema de la financiación de los servicios de salud y los sistemas de pago a los prestadores. El primero es básicamente un problema macroeconómico que alude a las fuentes originarias de financiación del sistema de salud y a los criterios y mecanismos de asignación de recursos a los distintos subsistemas. En cambio, los sistemas de pago plantean una cuestión micro económico, que afecta al comportamiento de los agentes económicos a nivel individual y configura sus incentivos económicos y el riesgo al que se ven sometidos en el ejercicio de su actividad. Y es donde la gestión de cuentas médicas, con una auditoría médica pertinente toma relevancia.

MARCO TEORICO

Los sistemas de salud de los países / regiones, puede tener distintos esquemas, su principal diferencia son los orígenes de los fondos de las empresas financiadoras de salud, estos pueden ser públicos, privados o mixtos. Entender las variables que influyen en un sistema de salud, y el contexto local, son esenciales. A esto también se le agrega la necesidad impuesta por el momento histórico en el que se desarrolla el trabajo, ya que no encontramos presenciando los primeros pasos de la cuarta revolución industrial. Por eso se realiza un relevamiento de lo que sucede con este fenómeno.

Entender el contexto es el primer paso para poder analizar cómo afectan los distintos factores en las financiadoras de salud. El siguiente paso, es revisar éstas financiadoras, sus obligaciones, los procesos que gestionan, particularmente la gestión de cuentas médicas.

CAPÍTULO I: EL CONTEXTO

Las financiadoras del sistema de salud, son afectadas por el contexto. Por un lado el sistema de salud argentino y sus leyes que las regulan. Se le suma el contexto económico del país, con su volatilidad. Y también el surgimiento de una nueva revolución industrial que esta cambiando la forma de hacer las cosas.

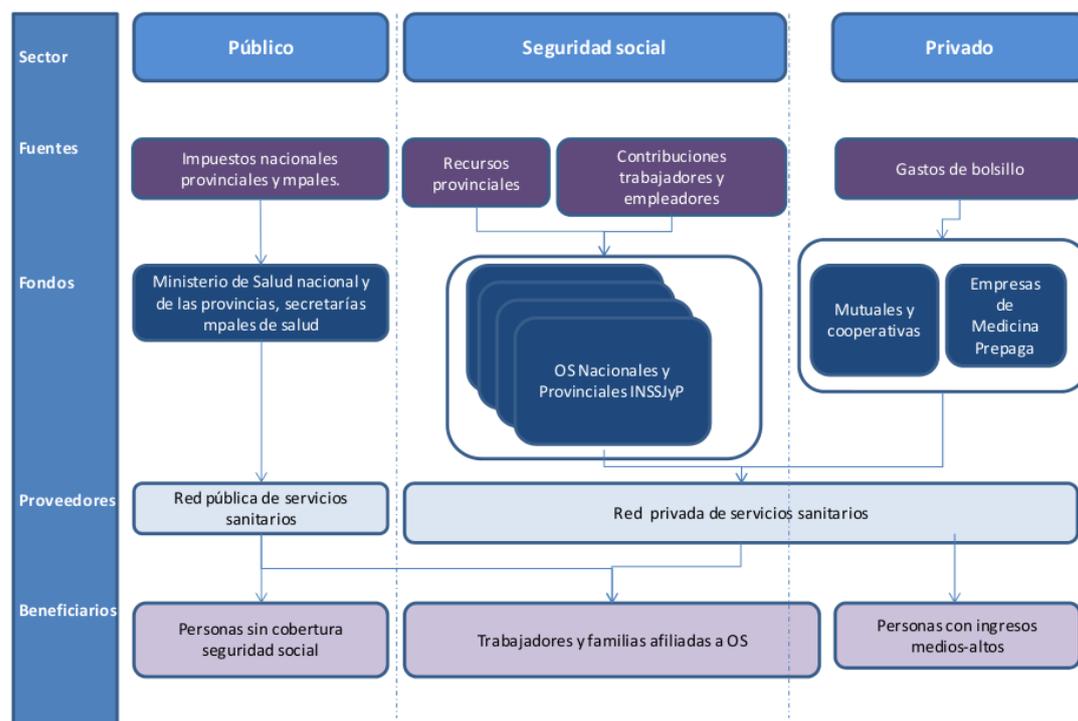
I.1: El sistema de salud argentino

En Argentina el sistema de salud es una coexistencia de distintos modelos, el sistema de seguridad social, representado por las obras sociales, los seguros privados y la provisión pública.

El sistema sanitario del país, ver Ilustración 1, asienta sus bases en la provisión pública, a la que tienen derecho todos los habitantes, con independencia de que cuenten, además, con algún otro tipo de aseguramiento social y / o privado. La ciudadanía, en su conjunto, a través del pago de impuestos financia estas prestaciones y el Estado asegura, de forma más o menos efectiva, el financiamiento de este grupo afectando recursos del presupuesto público. Dentro de la seguridad social se incluye a beneficiarios

vinculados, en el presente o en el pasado, al sistema laboral, los que aportan —junto a su grupo familiar— a una Obra Social. La fuente de financiamiento surge mayoritariamente de aportes del trabajador y contribuciones del empleador, calculados ambos, como un porcentaje de las retribuciones brutas. Finalmente, el subsistema privado engloba a los usuarios que cuentan con capacidad propia de aporte, o carecen de la posibilidad de pertenecer al grupo antes descrito y contratan un seguro de salud, al que adhieren de manera voluntaria, a través del pago de una cuota por la que se financian las prestaciones de salud. Esta combinación de distintos modelos deriva en la existencia de una importante segmentación, la que —en principio— se ve materializada por la convivencia de distintos subsistemas, a saber: público, seguridad social y privado. (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Argentina, 2018)

Ilustración 1 Estructura del sistema de salud de Argentina



Fuente: (MAPFRE, 2010)

La mixtura de sistemas resulta en una fragmentación que incrementa el esfuerzo necesario para coordinar y articular la información, y así lograr el uso eficiente de los recursos y niveles aceptables de equidad en la cobertura. Sin embargo, en la práctica “... no sólo se nota la falta de integración entre los distintos subsectores –público, seguridad social, privados-, sino que hacia el

interior de cada uno de ellos también se observa un elevado grado de fragmentación...” (Bisang & Centrólogo, 1997)

Por otra parte, el sistema político federal de nuestro país y la descentralización de la salud pública desde la nación hacia las provincias, influye en la segmentación geográfica, habida cuenta que son veinticuatro las jurisdicciones provinciales que participan del sistema, administrando y gestionando la salud pública por un lado y brindando cobertura a los empleados públicos provinciales y de los municipios a través de las obras sociales provinciales por otro. Estas jurisdicciones no cuentan con el mismo nivel de recursos asignados a la atención de la salud.

En base al censo poblacional del año 2011, el 63,9% de la población país cuenta con cobertura de la seguridad social y/o seguros privados, y el 36,1% restante de los ciudadanos es atendido por el sector público. Es importante considerar que la segmentación del sistema sanitario argentino no sólo se trasluce en la coexistencia de los subsectores, sino también porque al interior de cada uno de ellos se observa una importante dispersión. En el caso de la seguridad social y el subsector privado se visibiliza que ambos están compuestos por un gran número de organizaciones heterogéneas en cuanto a cantidad y tipo de población que agrupan, recursos financieros disponibles por afiliado y modalidades operatorias.

El sistema de seguridad social agrupa a más de 300 obras sociales solamente dentro del sistema nacional (ley 23660/61), una cantidad importante de obras sociales con leyes específicas fuera de dicho sistema, las obras y servicios sociales provinciales y un interesante número de cajas y servicios sociales de profesionales que se replican en todas las provincias. En tanto que, los seguros privados, están regulados a través de la ley 26.682 del Marco Regulatorio de Medicina Prepaga. Estos reproducen el esquema múltiple de las obras sociales introduciendo un elemento adicional de distorsión, ya que al tener valores de comercialización en función de los planes de cobertura, limitan el financiamiento en función del ingreso al valor de la cuota. Dentro del sistema de seguridad social conviven instituciones de aseguramiento específicas de cada provincia, las Obras Sociales Provinciales (OSP) y otras que son transversales entre provincias: las obras sociales sindicales

nacionales que se forman por tipo de actividad económica. (Canale de Decoud, De Ponti, & Monteferrario, 2016)

En el sistema de seguros privados, la estructura de gasto asistencial se conforma por el gasto asistencial, que representa el 80% del gasto total, mientras que el 20% restante corresponde al gasto de administración. Dentro del 80% de gasto médico, el 85% lo conforman las prestaciones médicas centrales, que son las consultas médicas, y estudios y tratamientos ambulatorios (40%), las de internación (40%), las prestaciones de muy alto costo y baja incidencia (3%) y el gasto en medicamento, que es el tema de la presente nota, que representa el 17% del gasto asistencial central. El restante 15% del gasto asistencial está conformado por los servicios auxiliares de la medicina central (como salud mental, rehabilitación, odontología, emergencias, internación domiciliaria, diálisis, entre otros). (Colina, Medicina desde los costos: los servicios de internación., 2013)

La proporcionalidad de los costos destinados a la prestación de los servicios de atención de la salud del 80% es concordantes a lo expuesto en el art. 5 de la ley 23.660, de Obras Sociales. En misma ley, el art 22 expone que el gasto administrativo no debe superar el 8% de la recaudación bruta, dejando en diferentes escenarios a las instituciones que conforman los distintos sistemas de salud.

I.2: Contexto económico

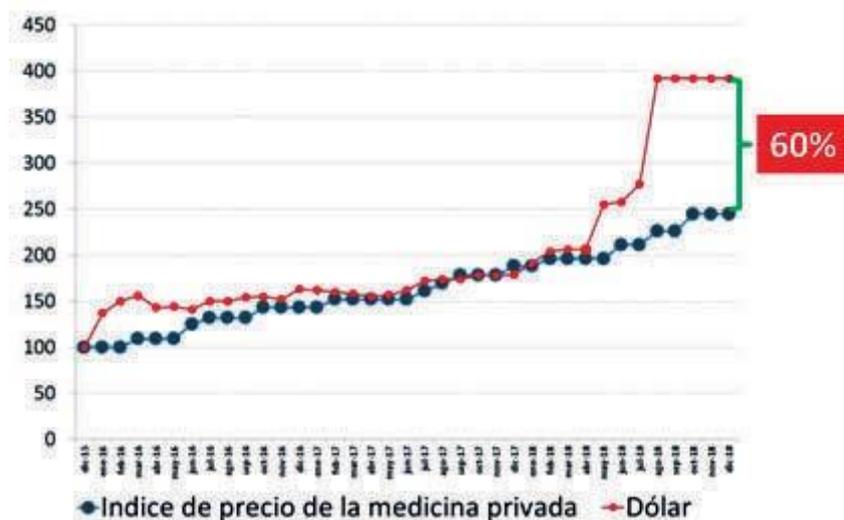
La historia y coyuntura Argentina en orden económico actúa desfavorablemente en la prestación de servicios de salud. Desde Mayo de 2018, se vive una extraordinaria volatilidad cambiaria. En abril la cotización del dólar se ubicó en el orden de los \$20 y un mes después pasó a costar \$25, continuando en ascenso hasta llegar a setiembre de 2018 con una cotización de \$40. Es decir que, en tan sólo 5 meses, el dólar se apreció en un 100%. (Colina, La medicina privada tendrá un tiempo prolongado de precio rezagado respecto al dolar., 2018)

Como a todos los sectores e industrias, este escenario trae aparejado impactos directos a través de los insumos que se exportan como así también en la inflación que impacta en el gasto y el costo que se valorizan con la moneda local.

La actual gestión del gobierno produjo una devaluación importante en los 3 primeros meses del 2016 que correspondió a la salida del “cepo” cambiario impuesto por el gobierno anterior. Si bien la corrección fue del 50%, el mercado tenía conocimiento de lo que sucedía, y los agentes económicos ya tenían incorporado ese valor en sus cálculos debido a que ese era el valor del dólar en el mercado paralelo. En el contexto de la medicina privada, se requirió de aproximadamente un año –hasta inicio del 2017– para igualar la evolución del dólar.

Los índices de precio de la medicina privada y la cotización del dólar, de manera relativa a Diciembre 2015=100, hasta diciembre del 2018, ver Ilustración 2, dejó una brecha de 60% a favor de la moneda americana. Donde la misma cerró con un valor con un valor nominal de \$40,

Ilustración 2 Evolución de índices precios medicina privada vs dolar



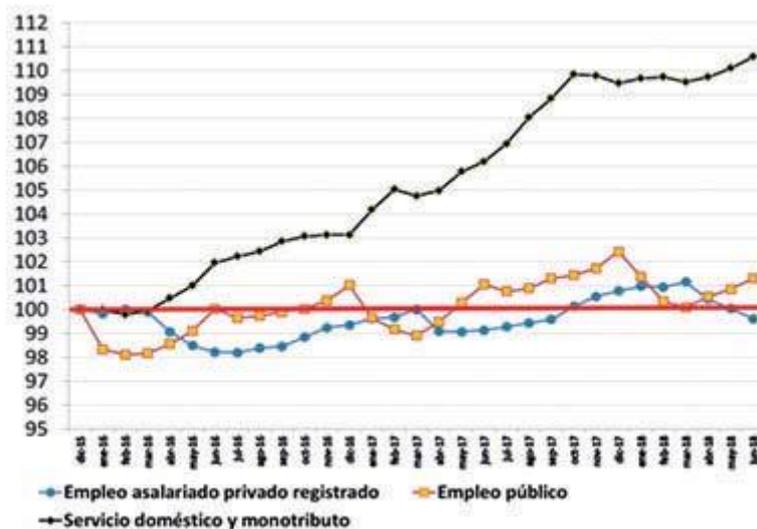
Fuente: (Colina, La medicina privada tendra un tiempo prolongado de precio rezagado respecto al dolar., 2018)

Es difícil imaginar que los precios de los servicios de las financiadoras puedan ajustarse en tal magnitud, en un corto plazo. Por eso, se espera un escenario de cambio estructural en los precios relativos. Se puede suponer que las autoridades encargadas de autorizar los ajustes de precios tenderán a buscar que las financiadoras del sector de la salud no pierdan sensiblemente ajustes de precios respecto de la inflación general, sin descuidar que los precios de la medicina no se desvíen del nivel de inflación general, para no ejercer demasiada presión sobre el poder adquisitivo de la población. Esto representa

un desafío para las financiadoras, en poder lograr su capacidad adquisitiva en términos de dólar.

El mercado laboral viene mostrando un escenario adverso en los últimos años, los únicos tipos de empleo que crecieron de manera importante fueron las ocupaciones como monotributistas y servicio doméstico, ver Ilustración 3, ambas tipologías legalmente generadoras de cobertura de salud de seguridad social pero con financiamientos de montos exiguos y una obligación similar al resto del sistema (el Programa Médico Obligatorio –PMO) con lo cual, más que un aporte positivo de financiamiento, es un posible detractor de recursos. (Colina, La medicina privada tendrá un tiempo prolongado de precio rezagado respecto al dólar., 2018)

Ilustración 3 Evolución del crecimiento del empleo por categoría



Fuente: (Colina, La medicina privada tendrá un tiempo prolongado de precio rezagado respecto al dólar., 2018)

El resultado del contexto, es la necesidad de hacer ajustes internos por parte de las financiadoras para tener un mayor control de los costos, como por ejemplo, mayor rigurosidad en la auditoría, y la actualización de las coberturas activas para evitar asistencia a pacientes sin cobertura vigente.

1.3: Las 3 Dimensiones

El sector Salud crece en permanente desequilibrio dados ciertos diferenciales: en las tasas de crecimiento de las necesidades sanitarias (cambio poblacional), en el crecimiento de la oferta de servicios y en el comportamiento del financiamiento.

Surge así un contexto sistémico donde interactúan las tres dimensiones, con sus transformaciones autónomas entre sí:

- Por un lado la transformación epidemiológica que hace enfermar a las personas sanas.
- Por otro, el cambio en el mercado de la Salud, donde quien enferma y busca atención, encuentra una oferta de servicios modelada por una lógica de inversión con entropía propia que no coincide con las necesidades de la persona.
- Finalmente, la esfera del financiamiento que, al remunerar los servicios prestados en el mercado de la salud, opera como reflejo de la dinámica macroeconómica, pero desvinculada de la transformación epidemiológica y de los cambios operados en el mercado de la atención médica.

En tanto las tasas de crecimiento de las necesidades, la capacidad de oferta y el financiamiento no se aproximen, el modelo tenderá hacia un desequilibrio permanente. Teóricamente es posible que estas tasas converjan, pero la probabilidad de que ocurra son extremadamente bajas. Por tanto, se requiere pensar en los mecanismos de ajuste que el sistema desarrolló para evitar las desproporciones permanentes.

En base a la estructura del sistema de salud existente, los actores con mayor interés en establecer un equilibrio son las entidades financiadoras, las cuales son las responsables de afrontar los costos y gastos. Y tienen el desafío de mitigar el impacto económico que existe como consecuencia del desfase entre las dimensiones, y así preservar el funcionamiento del sistema de salud.

Como resultado, las financiadoras deben obtener la mejor calidad técnica con el menor costo operativo posible. Se debe tener una prestación médica, eficiente y oportuna. De acuerdo a los principios que se exponen en II.1: Procesos de las financiadoras, es necesario crear y mantener un sistema de control que sea el punto de partida para la evaluación y ponderación de las prestaciones proporcionadas que nos brindará un análisis de los resultados de la gestión. Para ello las Financiadoras consideran a la Auditoría Médica como herramienta de gestión clínica, pudiendo abarcar diferentes aspectos del

quehacer médico asistencial, administrativo y financiero-contable, los cuales son el resultado de los desfases previamente mencionados.

I.4: La cuarta revolución industrial

El mundo está comenzando a transitar una nueva revolución industrial, la cuarta, en la que la inteligencia artificial (IA) se destaca como una tecnología de propósito general (TPG) que lo cambia todo: la forma en que producimos, consumimos, comerciamos y trabajamos. La irrupción de IA y otras tecnologías asociadas no se circunscribe a un conjunto reducido de sectores y actividades sino que es masiva. (Albrieu, Rapetti, López, Larroulet, & Sorrentino, 2018)

Las máquinas, y sistemas informáticos, cuentan con la capacidad de realizar tareas cognitivas muy complejas que hace unos pocos años se limitaban al dominio humano, como el reconocimiento facial, el procesamiento y traducción del lenguaje natural o el reconocimiento de caracteres escritos.

De esta revolución, forma parte la transformación digital, que corresponde al cambio cultural y de paradigmas de las organizaciones. Un cambio radical en el modo en el que se comunican, internamente, entre ellas y con los clientes. Su adopción tiene como eje principal la reducción del uso de documentos físicos, por ello implica cambios en los procesos y los canales de comunicación.

Esto da lugar a la necesidad de una rápida e intensa adopción tecnológica de empresas dinámicas que puedan absorber las tecnologías asociadas con IA y, sobre todo, que cuenten de una fuerza de trabajo con habilidades, capacidades y conocimientos compatibles y complementarios a esas tecnologías.

El pasaje de la IA como ciencia ficción a fuente de productividad y crecimiento se sostiene, a su vez, en dos ejes de cambio: el uso de Machine Learning en vez de sistemas simbólicos o de expertos y la emergencia de aplicaciones que van más allá de la automatización / robotización y que aplican IA en industrias variadas y diversos tipos de empresa.

Los sectores donde la adopción de la IA va a ser menos compleja, son los más maduros, en los que ya se encuentran con una estructura de procesos, bien

definidos y los datos e información que se maneja son, en mayor medida, preestablecidos.

En el sector de la salud, ya hay avances en la implementación de la IA para la adquisición de información desde dispositivos médicos para poder monitorear y dar seguimiento a los usuarios. También se usan las habilidades de machine learning para realizar investigaciones oncológicas y de ADN y otras con fines de mejorar y/o crear nuevos procedimientos y tratamientos.

En lo que respecta a la gestión de cuentas médicas, son pocas las empresas que tienen implementadas soluciones informáticas con el uso de IA, para tal fin.

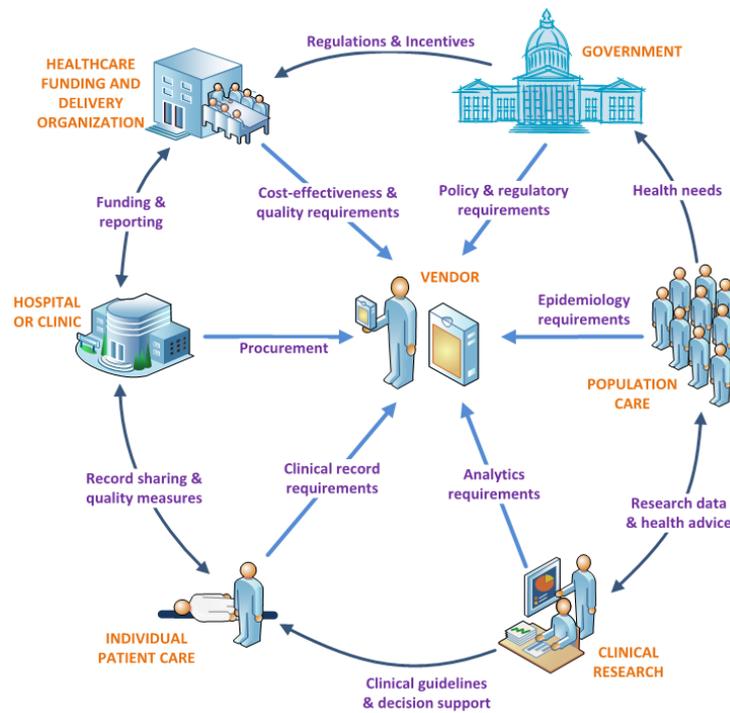
I.5: SNOMED Argentina

Argentina se ha incorporado a SNOMED Internacional en enero de 2018, como el país número 31. El estándar SNOMED CT fue adoptado como el vocabulario global para aplicaciones sanitarias, que permite estructurar, registrar, compartir y analizar información en salud.

SNOMED CT es una terminología clínica global, mantenida y actualizada por SNOMED Internacional, una organización compuesta por 31 países miembros, conformando un estándar global para la representación de información en salud.

Esta terminología se utiliza en sistemas de historia clínica electrónica, de prescripción electrónica, laboratorios, encuestas sanitarias, registros de enfermedades y otros, ver Ilustración 4, con el objetivo de capturar de manera precisa y unívoca referencias a conceptos clínicos. Este nivel de detalle permite lograr una atención médica más segura y un sistema de salud que cuenta con información confiable y actualizada para el control poblacional y patológico, y la toma de decisiones.

Ilustración 4 Interacción entre las entidades del sistemas de salud.



Fuente: (SNOMED, 2016)

Entre sus beneficios, incluyen más de 330.000 conceptos clínicos, divididos en jerarquías temáticas con síntomas, diagnósticos, antecedentes familiares, procedimientos quirúrgicos, estudios diagnósticos, sustancias, productos farmacéuticos, vacunas, dietas, dispositivos, descartables, microorganismos, anatomía, entre otros. Permitiendo una estandarización y transferencia de manera más simple y segura en el sector. (SNOMED, 2016)

CAPÍTULO II: LAS FINANCIADORAS DE SALUD

La industria de la salud está fragmentada en tres sectores, las financiadoras, los prestadores de servicios de salud, y las farmacéuticas. Para cada uno de estos sectores existen procesos especializados con los que se cubren las distintas necesidades.

En el presente capítulo se va a exponer el funcionamiento interno de las financiadoras, en especial el proceso de gestión de cuentas médicas; Cuales son los servicios que ofrecen las BPOs; Y se finaliza con el análisis de los resultados de una encuesta efectuada a responsables de financiadoras para poder entender mejor la situación del sector.

II.1: Procesos de las financiadoras

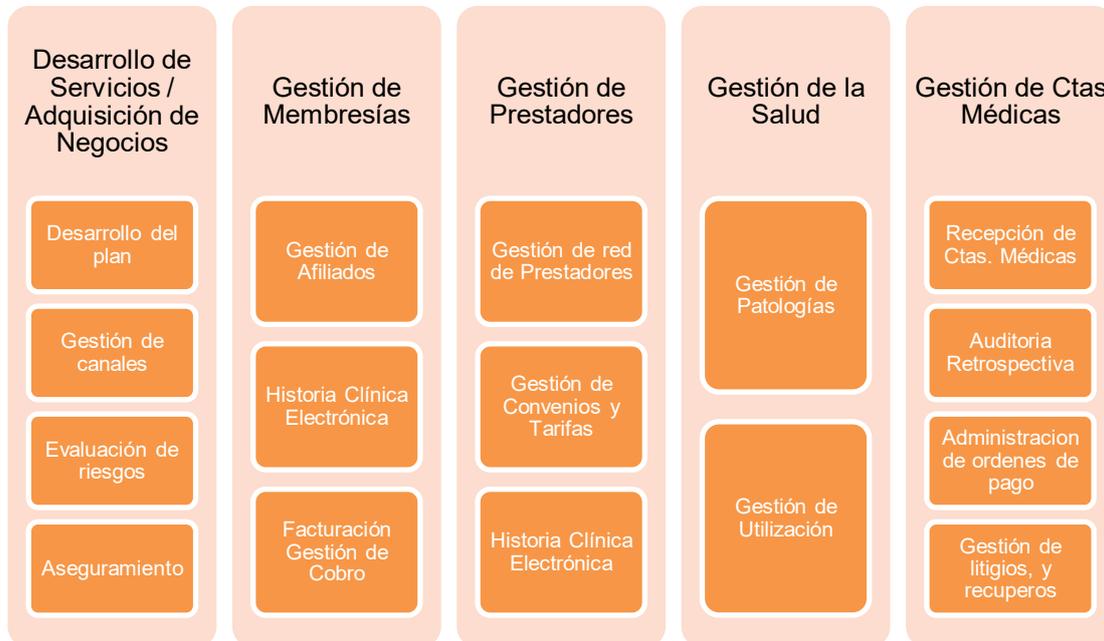
Una entidad financiadora de salud debe lograr una medicina igualitaria en los servicios de salud que proporciona a sus beneficiarios, estos servicios deben cumplir con los siguientes principios fundamentales:

- a) Accesibilidad: el sistema de atención médica debe cubrir con sus recursos a sus afiliados.
- b) Oportunidad: los recursos de salud deben estar disponibles en todo momento que se requiera su uso.
- c) Integridad: la atención médica debe cubrir todas las áreas del cuidado de la salud: promoción y prevención, protección, recuperación y rehabilitación física, psíquica y social.
- d) Calidad: poseer una atención médica de máximo nivel requerido y disponible.
- e) Globalidad: es la obligación del sistema a atender todas las necesidades de los afiliados del sector salud.

Todo esto se reduce a obtener la mejor calidad técnica con el menor costo operativo posible. Se debe tener una prestación médica, eficiente y oportuna. De acuerdo a los principios expuestos, es necesario que estas entidades sean maduras en sus procesos y áreas, gestionando las distintas verticales a través de estándares y buenas practicas, que permitan dar transparencia y previsibilidad en aspectos médico-asistenciales, administrativos y financiero-contables.

En la Ilustración 5 se propone un modelo que agrupa los procesos involucrados en la gestión de una entidad financiadora de servicios de salud y sus procesos principales:

Ilustración 5 Grupos de procesos de gestión de financiadora



Fuente: (Centinelas - Auditorías en Salud, 2019)

Desarrollo de Servicios / Adquisición de Negocios

Se trata de ofrecer nuevos servicios (planes de seguro de salud) para los clientes que están en un mercado en constante evolución, administran los canales para atraer nuevos clientes y retoman a los clientes existentes, evalúan el riesgo asociado con las nuevas políticas y aseguran la cantidad de pagos en caso de pérdidas / daños.

Gestión de membresías

La administración de miembros implica la inscripción de nuevos miembros en los planes de seguro de salud y el manejo de cambios en los miembros existentes. También involucra el manejo de quejas de los miembros, y la identificación de los patrones de los potenciales problemas que originan dichas quejas. Además, contempla la gestión de endosos de pólizas de seguro para que la parte asegurada reciba una mayor cobertura que existiría para personas sin respaldo. La administración de registros permite que el contenido se capture, almacene y recupere rápidamente de cualquier fuente a bajo costo.

Gestión de prestadores

Los pagadores utilizan capacidades de extracción de datos y herramientas analíticas para administrar la red de proveedores (hospitales, clínicas profesionales de la salud, entre otros) mediante la segmentación de pacientes en función de su compromiso y membresía. También puede generar un perfil de los proveedores en función de índices, como el tiempo de espera promedio para programar una cita, el número de admisiones en hospitalización, entre otros y compararlos con un grupo de pares e identificar los patrones de atención de un proveedor.

Gestión de la salud

Los servicios de administración de la atención incluyen el uso de protocolos, herramientas analíticas de las financiadoras para gestionar de manera efectiva la atención de los pacientes y permitir la reducción de costos. Los programas de gestión de patologías están diseñados para identificar a los pacientes que sufren enfermedades crónicas, de modo que las intervenciones activas y las medidas de prevención puedan reducir el riesgo.

Por el número de reingresos hospitalarios, los servicios de administración de la utilización aseguran que las decisiones de cobertura clínica se tomen según las pautas basadas en la evidencia para evitar el uso excesivo y el uso insuficiente de los servicios médicos. Las revisiones previas al servicio, las revisiones simultáneas y las revisiones posteriores a los servicios médicos se realizan para tomar las decisiones de cobertura clínica adecuadas.

Gestión de cuentas médicas

La gestión de reclamos, según se profundiza en *Gestión de Cuentas Médicas de Proceso*, es sumamente complejo e involucra actividades tales como el procesamiento inicial de reclamos, la investigación de reclamos para detectar discrepancias y anomalías de facturación, desembolsos de reclamos, detección de fraudes para revelar prestadores y afiliados sospechosos, litigios y recuperos.

Las financiadoras de salud, para poder mantener una estabilidad permanente en el sistema deben realizar el control de todas las prestaciones que se le brinda a su población en busca de la eficiencia de sus recursos. Para ello un mecanismo de control es la auditoría médica, donde sus objetivos finales son:

- Buscar mayor eficiencia en todo orden de cosas
- Maximizar el rendimiento de la atención
- Mejorar la calidad de las prestaciones.
- Capacitar a los prestadores de los servicios para que se realicen sus labores de acuerdo a las normas establecidas en la entidad de salud en la que trabajan

II.2: Externalización de procesos internos

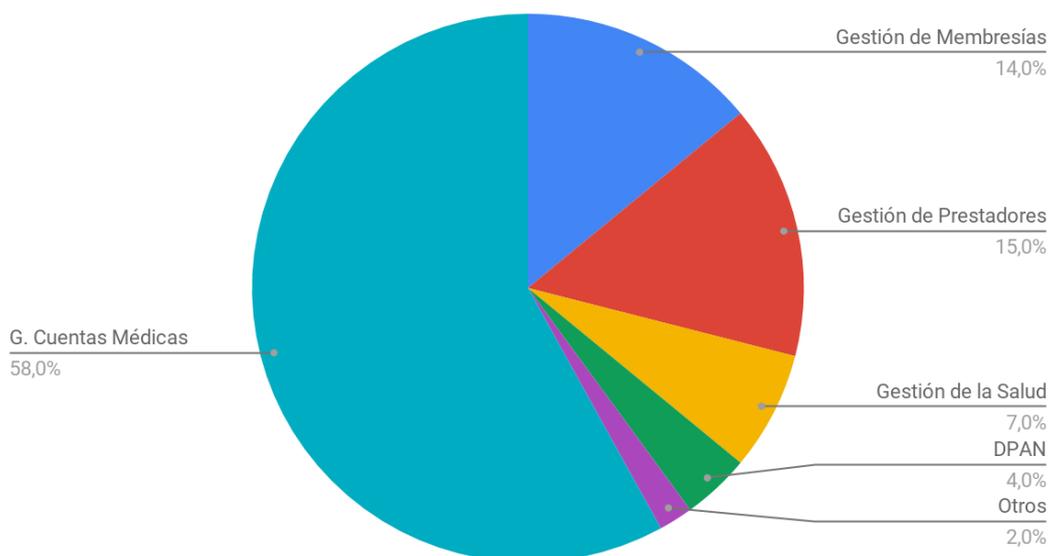
En los países desarrollados, el segmento de las financiadoras de la industria de la salud fue lenta en la adopción del modelo de externalizar debido, principalmente, a su desconfianza respecto a la seguridad de la información médica, la cual es por naturaleza, confidencial.

Sin embargo, en los últimos tiempos, y con un mercado maduro, donde se reducen las alternativas para generar mayores ingresos. Las financiadoras han adoptado el modelo de subcontratación para administrar los costos debido a la mayor competencia y aprovechar las inversiones en TI de los proveedores de servicios para diferenciar sus ofertas.

La distribución del mercado por servicios demuestra cómo las financiadoras acuden a externalizar procesos con intención de poder lograr mayor competitividad y/o mejorar su rendimiento, ver Ilustración 6.

Ilustración 6 BPO market share por servicios

BPO market share por servicios



Fuente: (Ernst & Young LLP, 2015)

Los principales beneficios que ofrece la tercerización de procesos a una financiadora del sistema de salud, por una BPO son:

Reducción de costos

En una industria tan competitiva, el objetivo principal de las empresas es buscar formas de reducir los gastos y costos, para muchas empresas financiadoras de servicios de salud, la subcontratación desempeña un papel esencial para lograr este objetivo. Las financiadoras reducen los costos mediante tareas tercerizadas que de otro modo tendrían que llevarlas a cabo empleados internos adicionales contratados a tal fin. Este costo además se transforma de Costo Fijo a Costo Variable, y en consecuencia de la reducción de la inversión en Capital de Trabajo, conlleva un beneficio en el estado de resultado.

Acceso a especialistas

Una de las mayores ventajas de la tercerización es la gran disponibilidad de profesionales de la salud capacitados que cuentan con una gran experiencia en la realización de tareas específicas y están listos para asumir un trabajo de cualquier complejidad y tamaño en un corto plazo.

Reducción de errores

Los errores en el sector de la salud, especialmente en los registros médicos de los pacientes, pueden costar vidas. Las BPOs especializadas en Salud, se adhieren estrictamente a las reglas y regulaciones establecidas por la Ley del sector a fin de garantizar que los registros de los pacientes permanezcan privados y no sean accedidos por error. Según Healthcare Business Tech, cada año se pierden cerca de USD 125.000 millones debido a las malas prácticas de facturación, y errores en el ingreso de información a los sistemas internos (Invensis, 2011). Las facturas médicas además de los errores humanos también contienen una gran cantidad de errores por cambios en las reglas y regulaciones vigentes y raramente se actualizan a tiempo.

Acceso a alta tecnología dedicada

La disponibilidad y utilización de las herramientas tecnológicas, y sistemas planificados y desarrollados específicamente a las tareas que son necesarios., que son el resultado de una inversión mayor a la que una financiadora puede

llegar a estar dispuesta a destinar, estando fuera de la actividad principal. La utilización de estas herramientas, pueden lograr una reducción del 40 al 60% del tiempo en la operación de auditoría. Además de brindar disponibilidad de paneles de control y métricas en tiempo real que permiten ver tendencias y estados actuales dando previsibilidad e información en tiempo pertinente para toma de decisiones estratégicas.

II.3: Gestión de cuentas médicas

Administrar reclamos de cuentas médicas de manera efectiva es una tarea extremadamente compleja. Cada proceso tiene numerosas actividades y variaciones que dificultan lograr mejoras consistentes en las operaciones de reclamos.

Los subprocesos principales que se manejan en la gestión de cuentas médicas, ver Ilustración 5, son:

- Procesamiento Inicial de reclamos.
- Auditoría Retrospectiva.
- Gestión de Órdenes de Pagos.
- Gestión de litigios, y recuperos.

En el 2016, el gasto total en salud en la República Argentina fue en total U\$D 43.000 millones, equivalente a un 10.43% PBI. De estos, 2.16% del PBI corresponden a gastos de Medicina Defensiva y Temas Legales, y el resto 8,10% se generaron en otros gastos en salud. (Mangoza, 2016)

El resultado de la gestión de cuentas médicas debe ser transparente y claro para los profesionales que forman parte de la red prestacional.

El desconocimiento junto al mal proceder en los métodos de comunicación pueden generar un deterioro en la red prestacional, el cual puede resultar de forma negativa en la decisión de los afiliados de mantenerse como tales, y también puede afectar en el proceso de captar el interés de potenciales nuevos afiliados.

La complejidad del procesamiento de una cuenta médica varía en función al tipo de atención al que corresponde el servicio. En un informe que realizó el Asociación de Entidades de Medicina Prepagas (ADEMP), ver Ilustración 7, la estructura del gasto asistencial por afiliado por mes, que se identificó para las Entidad de Medicina Privada (EMP) con una participación del 54,22% para las

atenciones Ambulatorias, y 45,78% corresponde a gastos de Internación y otras prestaciones especializadas. (ADEMP, 2016)

Ilustración 7 Gasto asistencial promedio mensual por Afiliado



NO INCLUYE COPAGOS, IVA, NI IMPUESTOS

Fuente: (ADEMP, 2016)

De forma independiente, en ese mismo estudio, se identificó para las consultas vestidas (atención ambulatoria) un costo promedio de \$465.56 y para las internaciones y otras especialidades un costo promedio de \$17.556.

Si se imputa un crecimiento de 40% en el valor de la consulta vestida y un 30% en el gasto promedio de Internaciones y otras especialidades, resultando en valores actualizados a inicio de 2019 de \$651,78 y \$36.786,10 respectivamente.

Especialistas del sector expresan que la distribución de cantidades de cuentas médicas, tienen una relación de 60% Ambulatorios, 25% Urgencias, y 15% Internación y otras especialidades.

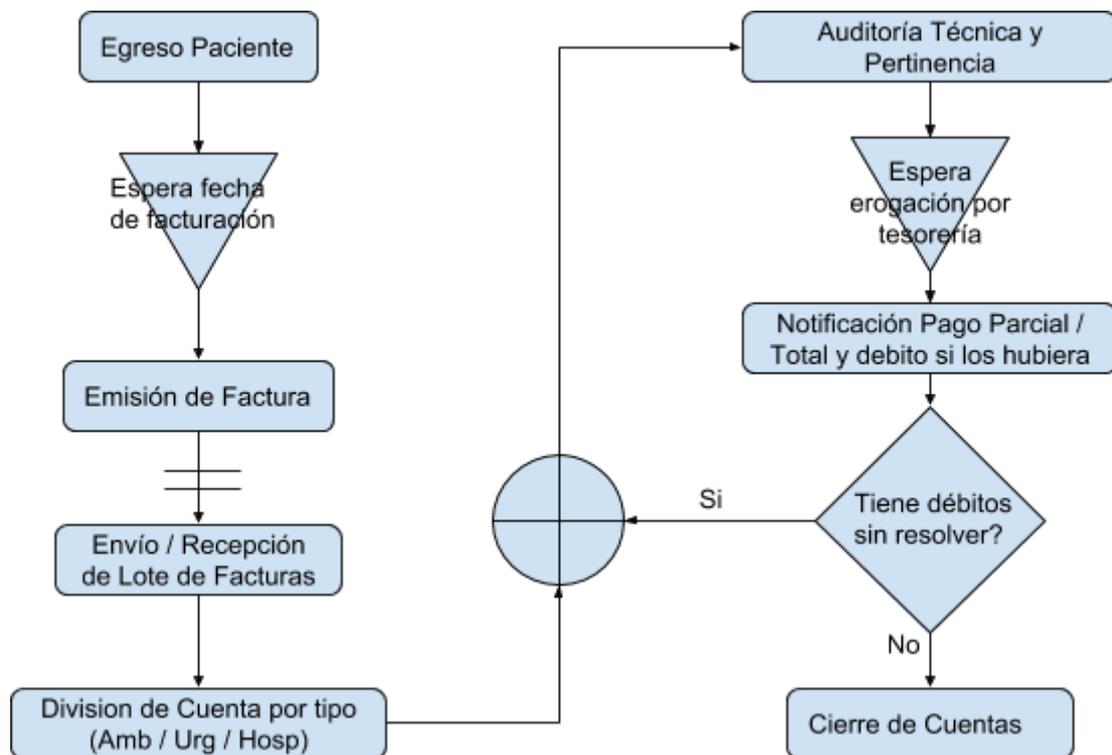
El resultado de una encuesta que se expone en el CAPÍTULO III: INVESTIGACIÓN DEL SECTOR, demuestra que el 66.7% de las financiadoras encuestadas, tienen un porcentaje de Internaciones y otras

especialidades no superan el 30% de las atenciones médicas. Y el promedio de Internaciones y otras especialidades es de 25.13%.

Proceso tradicional

En el método tradicional, ver Ilustración 8, los prestadores acumulan varias facturas a enviar a la financiadora con intención de hacer envíos en función a la cantidad de cuentas, o a una frecuencia, establecida o no con la financiadora. Estos mecanismos se realizan con el fin de optimizar los recursos logísticos, con la contraparte donde todos los prestadores realizan entregas de forma estacionaria, el último día habilitado por la financiadora para recibir las cuentas de un periodo, generando saturación del sistema en el proceso de recepción de cuentas médicas.

Ilustración 8 Proceso tradicional de Gestión de Cuentas



Fuente: Elaboración propia

El proceso de recepción, se realiza en una mesa de entrada donde personal de la financiadora recibe la documentación física, y de forma manual se coteja que las facturas y los soportes médicos necesarios para justificar las prácticas involucradas en las cuentas médicas se encuentren en el paquete que se está haciendo entrega. El personal que recibe, asigna un código de barra o un número único a cada documento para poder realizar seguimiento.

Una vez recibida la documentación, el lote se envía a un centro de gestión documental, donde se realiza la división de los tipos de cuentas en función a su complejidad. Luego se entregan las cuentas según su complejidad a su responsable, donde las menos complejas son asignadas a auditores administrativos, mientras que médicos auditores son los responsables de la revisión de las cuentas de mayor complejidad.

En la etapa de la auditoría, según la disponibilidad de un sistema por parte de la financiadora, el auditor debe hacer el ingreso manual de la información de cada cuenta médica. Y en simultáneo, siempre, se realiza el control de cuestiones básicas, como la verificación de la existencia y vigencia del afiliado, el control de tarifa y autorizaciones de los procedimientos. En los casos de cuentas complejas el médico auditor además verifica la pertinencia y concordancia de las prestaciones, insumos y medicamentos otorgados en cada atención.

El objetivo de la auditoría de Pertinencia y Concordancia Médica es el de velar por:

- La calidad de la prestación médica brindada
- La cantidad de prestaciones ejecutadas, determinando si ellas son pertinentes y se ejecutan de acuerdo a las necesidades de los usuarios y si son compatibles con los protocolos de atención previamente establecidos.
- La veracidad de las facturaciones efectuadas con el fin de compatibilizar el financiamiento existente al interior de cualquier sistema de prestaciones de salud, con la demanda efectuada por los usuarios.
- Evaluar el grado de satisfacción de los prestadores y usuarios.
- Revisar la dinámica de las estrategias con el fin de alcanzar la mayor eficacia posible.

Alternativas

Muchas veces las empresas financiadoras con intención de reducir costos y optimizar los recursos de una auditoría retrospectiva, se realizan mecanismos que resultan en débitos a aplicar en las facturas:

- Auditoría por Muestreo:
Se define previamente el porcentaje de cuentas a auditar de forma aleatoria. La población puede ser tomada como independiente,

categorizada por rango facturado, tipo de atención, diagnóstico principal, o como un todo, dependiendo de la regla que la financiadora considere más conveniente.

Esta operatoria surge de la incapacidad de poder realizar el control del total de cuentas y utiliza mecanismos estadísticos para hacer una aproximación incierta en exactitud.

- Conciliación Directa:

Una vez acumulada cierta cantidad de facturas, se negocia un porcentaje de débito a impactar de forma uniforme a todas las facturas pendientes de pago por parte de la financiadora.

El uso de estos mecanismos, o similares, generan cierta resistencia por parte de los prestadores debido a la falta de transparencia. En los casos en que los prestadores se encuentran en una posición desfavorable en una negociación, su experiencia y sensación termina en una ruptura de convenio entre las partes, resultando afectada la cartilla prestacional que brinda una financiadora y en consecuencia el afiliado.

II.4: Transformación digital y estándar SNOMED

Hace varios años que se viene promulgando por la necesidad de la implementación de estándares a nivel internacional para el uso en historias clínicas electrónicas, prescripciones electrónicas, laboratorios y encuestas sanitarias, entre otros.

Junto con el avance en la revolución cuarta revolución industrial, que involucra la transformación digital, se hace posible tener efectividad, previsibilidad, análisis y conocimiento de lo que está sucediendo con los afiliados de una financiadora.

Si bien la adaptación de la transformación digital está en una etapa temprana de maduración en el sector de la Salud, Argentina ya adoptó el estándar de SNOMED, la cual es una terminología que cubre los hitos mencionados previamente. El objetivo de la adopción de este estándar es capturar de manera precisa y unívoca referencias a conceptos clínicos y lograr una atención médica más segura, a través de un sistema de salud que cuenta con información confiable y actualizada para el control y toma de decisiones.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación que se llevó a cabo es descriptiva, con un diseño cuasi experimental, donde se recopiló información de publicaciones ya existentes. También se efectuó una encuesta a profesionales con mandos altos y medios en financiadoras, para recopilar información que no se encuentra en las lecturas disponibles de público acceso.

Los datos recopilados se utilizan para analizar los beneficios de los subprocesos que de forma unitaria, y luego de forma integral. Y así exponer cuantitativamente los resultados económicos y financieros directos que se logran en la tercerización de la gestión de cuentas médicas.

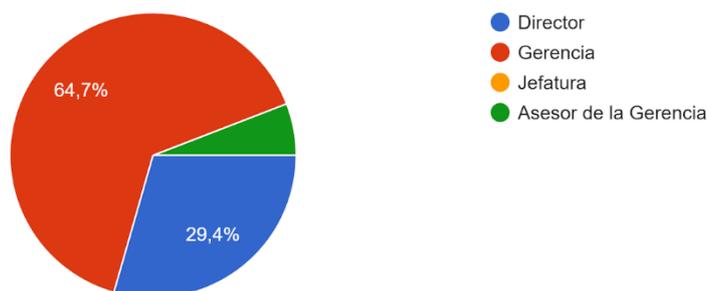
CAPÍTULO III: INVESTIGACIÓN DEL SECTOR

Se realizó una encuesta a Directores, Gerentes y Jefaturas del sector para poder hacer un análisis del mismo. Los encuestados fueron 17 responsables, y se estableció contacto a través de LinkedIn, red social de profesional con mayor influencia en la región. La distribución de los roles fueron en su mayoría Gerentes, seguidos de Directores y luego Asesor de Gerencia, ver Gráfico 1. La encuesta consta de 8 preguntas, las mismas se puede apreciar en el ANEXO 3 - Encuesta Tesis, Gestion Cuentas Médicas.

Gráfico 1 Distribución de cargo de los encuestados

Mayor Cargo ejecutado

17 respuestas



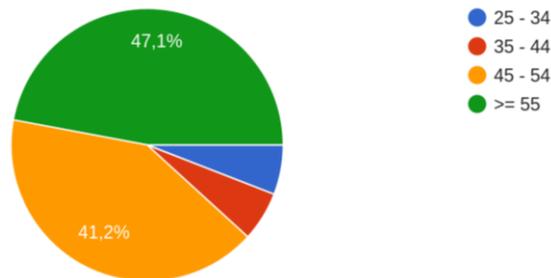
Fuente: Elaboración propia

La Generación X está comenzando a embestir posiciones de mandos medios, y altos mandos, ver Gráfico 2. Aunque en las posiciones de Directores aún se aprecia una predominancia absoluta de profesionales mayores a 55 años

Gráfico 2 Distribución etarea de los encuestados

Grupo etareo

17 respuestas



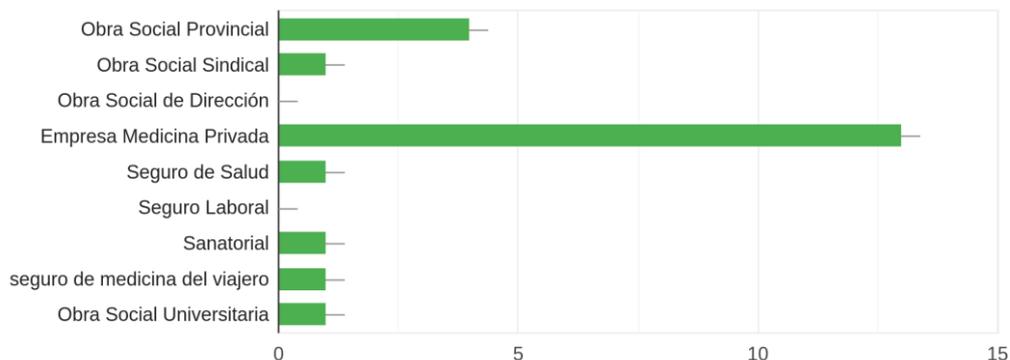
Fuente: Elaboración propia

Las financiadoras representadas cubren una amplia variedad de coberturas. Donde predominan las Entidades de Medicina Privada, seguida de Obra Sociales Provinciales, ver Gráfico 3. De esta forma se logra tener una muestra representativa de la población total de Financiadoras.

Gráfico 3 Tipos de coberturas ofrecidas por las financiadoras representadas

Tipo de Coberturas

17 respuestas

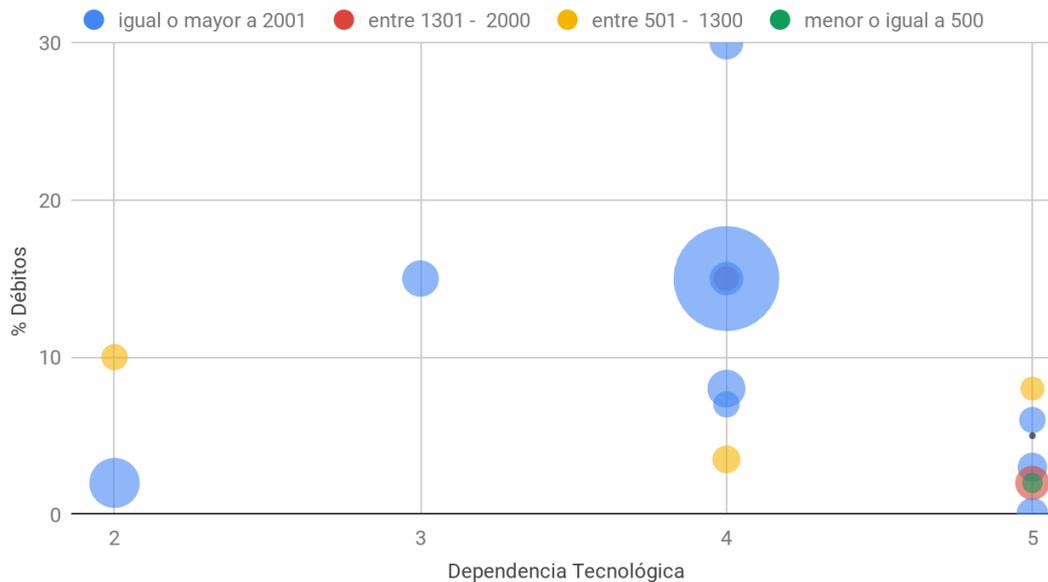


Fuente: Elaboración propia

Las financiadoras con dependencia de la tecnología 5 / 5, tienen un porcentaje de débitos inferior al 10%, ver Gráfico 4. Esto corresponde a que los prestadores modifican su conducta al momento de atender y liquidar, y así evitar los débitos que impactan sobre sus cuentas por cobrar.

Gráfico 4 Distribución de porcentaje de Débitos en función a la Dependencia de la Tecnología

Distribución de % de Débitos vs Dependencia Tecnológica



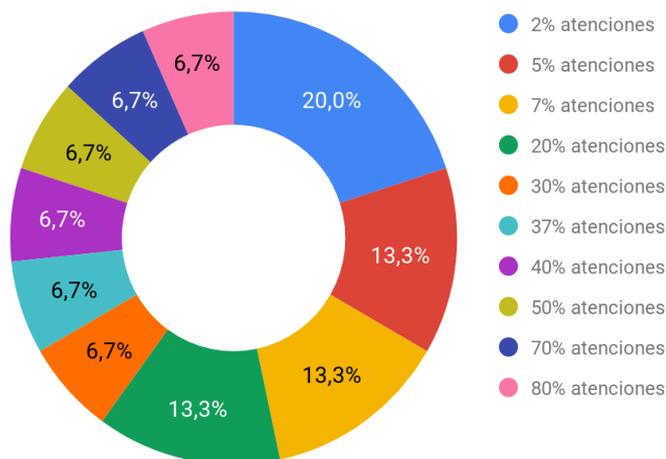
Fuente: Elaboración propia

En este gráfico, Gráfico 4, el color de las burbujas representa el volumen de cuentas médicas que gestiona la financiadora, y el tamaño representa la cantidad de RRHH involucrado en la gestión de cuentas médicas. Este último, en las financiadoras con una dependencia de la tecnología de 5 / 5 se puede ver estable, debido a que las financiadoras apalancan su capacidad en su plataforma tecnológica.

La distribución de porcentaje de “Internación y otras especialidades”, es un factor exógeno, ya que es una propiedad específica de la población que atiende cada una de las financiadoras. De las financiadoras representadas en la encuesta, el 66,7% tienen un porcentaje de Internación menor o igual a 30%, ver Gráfico 5.

Gráfico 5 Porcentaje de atenciones que corresponden a Internaciones y otras especialidades.

Porcentaje Internación y Otras Especialidades



Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO IV: DESARROLLO

El objetivo principal para las financiadoras es el obtener la mejor calidad técnica con el menor costo operativo posible. Se debe tener una prestación médica, eficiente y oportuna. De acuerdo a esto, es necesario crear y mantener un sistema de control que sea el punto de partida para la evaluación y ponderación de las prestaciones proporcionadas. Es por ello que se manifiestan mejoras y procesos sugeridos a los que utiliza BPO de referencia, y se desarrollan tres casos para identificar los beneficios.

La gestión de cuentas médicas, entre sus actividades, tiene el rol de funcionar como sistema de control a través de la Auditoría Médica, como herramienta de gestión clínica, pudiendo abarcar diferentes aspectos del quehacer médico asistencial, administrativo y financiero-contable.

La inestabilidad cambiaria que se instaló en el país en mayo de 2018 y desembocó en una devaluación de más del 100% de la moneda doméstica, constituye un cambio de precios relativos estructurales. Generando mucha tensión de costos y escasez de recursos para la medicina. Estas dificultades pueden ser la oportunidad para avanzar con reformas necesarias que siempre han quedado postergadas, por ejemplo, hacer foco en el control del costo el cual tiene un crecimiento más acelerado del que manejan los ingresos.

A los desafíos que son consecuencia de las dificultades mencionadas, se le suma la complejidad implícita de la desfragmentación del sector, y la falta de regulación y control que estandarice y limite los códigos y precios de los productos y servicios que pueden ser utilizados en las prestaciones de salud. También deben ser regulados y controlados los tiempos máximos de pago y proceso de resolución de conflictos entre financiadores y prestadores.

En el escenario actual, las financiadoras estilan erogar los servicios realizados por los prestadores con una demora de 60 a 90 días. Frente a estos tiempos y con una tasa de inflación anual del orden del 40%, los prestadores acuden a mecanismos para intentar preservar el margen de ganancia de una práctica. Estos mecanismos generalmente están basados en sobre facturaciones para incrementar el valor facturado y de ese modo menguar las pérdidas. Esto no es correcto y debe ser erradicado del sistema de salud

IV.1: Proceso sugerido

Las financiadoras pueden aprovechar los beneficios que trae aparejado la adopción de un estándar y utilizarlos para optimizar su proceso de Gestión de Cuentas Médicas, dándole una mayor previsibilidad y logrando la reducción de costos.

Hasta tanto la penetración de la transformación digital no evolucione y la utilización del estándar adoptado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Argentina no sea implementado en los sistemas informáticos que utilizan los prestadores en su gestión administrativa y de facturación, va a persistir la necesidad de métodos alternativos por parte de las financiadoras y/o BPOs del sector salud que brinden soluciones no invasivas y que permitan reducir costos y garantizar una calidad de información acorde a la tarea de auditoría médica propuesta.

Como se indicó en los beneficios que traen la contratación de servicios de BPOs para la gestión de cuentas médicas. Dichas empresas cuentan con una inversión en tecnología dedicada a la resolución de problemas crónicos que entorpecen los procesos internos.

También se le suman las tareas repetitivas que pueden ejecutarse de manera eficiente con procesos automatizados, reduciendo tiempo y errores que

generan costos ocultos y que afectan el estado de resultado de una financiadora.

Según Healthcare Business Tech, en Estados Unidos, cada año se pierden cerca de USD 125 mil millones debido a las malas prácticas de facturación (Invensis, 2011). Las facturas médicas también contienen una gran cantidad de errores, junto con las demoras en los cambios en las reglas y regulaciones de facturación.

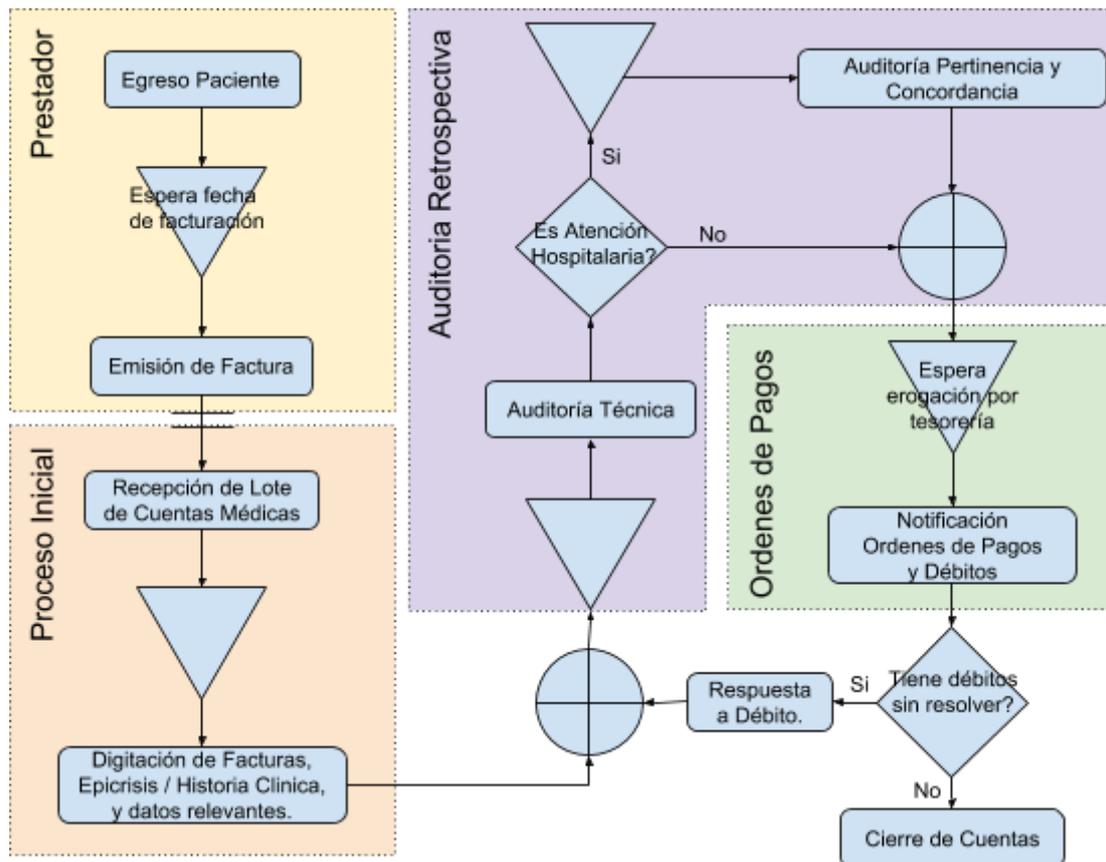
Análisis del proceso

Con la intención de hacer una comparativa entre en proceso tradicional y la tercerización de la gestión de las cuentas médicas, se realiza un análisis con mayor detalle del proceso tradicional para poder cuantificar los beneficios.

En este análisis, asumimos que cada actividad se realiza de manera independiente, teniendo tasas de procesamiento distintas unas de otras. En el proceso modelo de Gestión de Cuentas Médicas, ver Ilustración 9, se puede identificar la siguiente lista de actividades:

- Recepción de Lotes
- Digitación de:
 - Facturas,
 - Epicrisis / Historia Clínica
 - Otros
- Auditoría Técnica:
 - Control de Documentos Adjuntos
 - Control de Cobertura
 - Control de Tarifas
 - Control de Autorizaciones
 - Resto de auditoría Técnica
- Auditoría Pertinencia y Concordancia Médica
- Notificación de Pagos y Débitos:
 - Notificación de la Generación de Ordenes de Pagos.
 - Notificación de los débitos realizados
- Luego en los casos que aplican, hay una retroalimentación en la que se realiza una conciliación de los débitos.

Ilustración 9 Proceso modelo de Gestión de Cuentas Médicas.



Fuente: Elaboración propia.

La capacidad de proceso que maneja el sistema es condicional a la distribución de los tipos de cuentas médicas, debido a que el proceso que se le realiza a una cuenta de Internación y otras especialidades requiere de la revisión de un auditor médico. Lo cual resulta en diferentes tasas de procesamiento dependiendo de las actividades involucradas a la complejidad de la cuenta.

En base a los resultados de la encuesta referenciados en el CAPÍTULO III: INVESTIGACIÓN DEL SECTOR el 66,7% de las financiadoras que participaron cuentan con un porcentaje de internación y otras especialidades menor o igual a 30%.

Con esta distribución de internación y otras especialidades, se desarrolla a continuación, una comparación de tiempos de procesos entre una gestión tradicional, y una gestión con la tecnología que utiliza internamente una BPO especializada en salud, como es "Centinelas - Auditores en Salud". Internamente la BPO mantiene el orden del proceso modelo con las siguientes etapas:

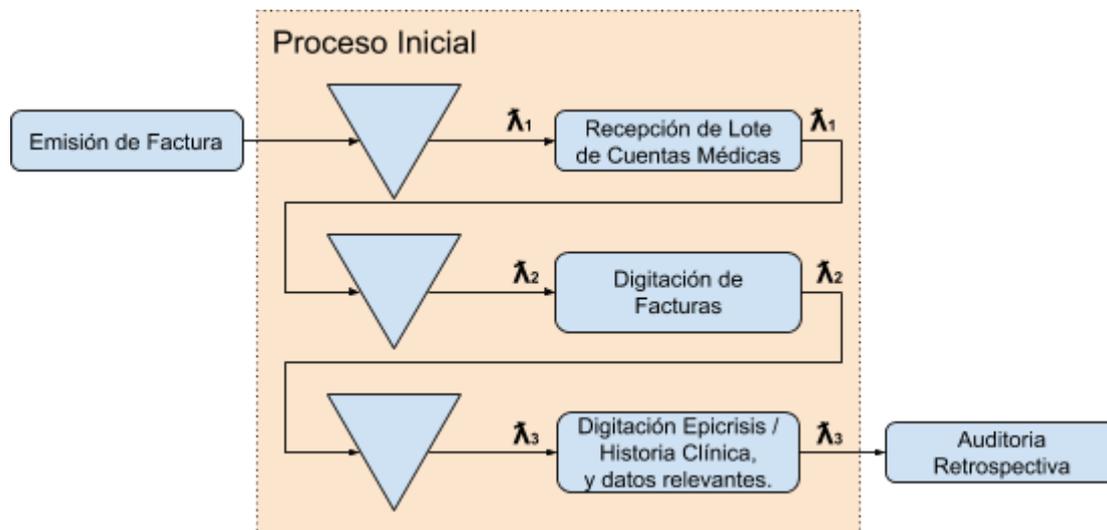
Procesamiento inicial de cuentas médicas.

La implementación de tecnología para ofrecer nuevos canales de recepción de cuentas médicas por parte de los prestadores, junto con la implementación de mecanismos para interpretar los documentos físicos entregados por el prestador en canales ordinarios, pueden generar una reducción de costos fijos en personal, instalaciones de trabajo y servicios de logística, entre otros.

A su vez al sistematizar el ingreso de carga de información, se logra una reducción de errores de digitación y logísticos, se incrementa la previsibilidad de las cuentas por pagar y la capacidad de realizar control del gasto, consecuencia del desglose de los detalles de la factura. Esto último, en procesos tradicionales puede ser demorado, y costoso por el esfuerzo que genera. En esta BPO, gracias a la automatización del proceso de Auditoría de Cuentas Médicas, se da origen a la posibilidad de hacer procesos de conteo de medicamentos e insumos, el cual puede prevenir la sobrefacturación de elementos, que es un mecanismo utilizado por prestadores para incrementar el valor de la cuenta médica.

Ilustración 10, representa la secuencia de pasos del proceso inicial, en el proceso modelo, con sus buffers y sus tasas de procesamiento:

Ilustración 10 Proceso inicial de Gestión de Cuentas Médicas.



Fuente: Elaboración propia.

La diferencia de tiempo entre un modelo tradicional y uno con BPO especializada en Salud, con plataforma tecnológica es muy representativo. En la Tabla 1, se puede ver que, para un lote de 500 cuentas médicas, con una proporción de 70% (350 cuentas médicas) Ambulatorias / Urgencias y 30%

(150 cuentas médicas) Internación y otras especialidades, y un solo recurso humano dedicado, es de 63 horas (7 días y 7 horas), lo cual significa una reducción de tiempo en 94 %.

Tabla 1 Comparación tiempos de actividades de Proceso Inicial

Tarea	Tradicional	Proceso Int. BPO
Recepción de Lote (500)	3 horas	4 horas
Digitación de Facturas	4 días (32 horas)	
Digitación de Epicrisis / Historia Clínica	4 días (32 horas)	
Porcentaje de errores	30%	1%

Fuente: (Centinelas - Auditorías en Salud, 2019)

Esta diferencia resulta en un incremento de capacidad operativa de las financiadoras en el proceso de recepción y digitalización de las cuentas médicas. Permitiendo realizar el procesamiento inicial del mismo volumen, 1.194 cuentas médicas, que se realizaría de forma tradicional en un mes en el lapso menor de día y medio.

Auditoría retrospectiva

Si bien la capacidad de los auditores puede variar según las reglas de cada financiadora, en el modelo que se propone y maneja en empresa de referencia (Centinelas - auditores en salud), en la auditoría retrospectiva interactúan 2 tipos de auditores, Administrativos y Médicos.

Los primeros son los encargados de hacer la revisión técnica, verificar la existencia y vigencia del afiliado, realiza el control tarifario de los ítems facturados, la existencia y correspondencia de las autorizaciones (si las hubiese), cumplimiento de las reglas y normas vigentes de facturación, y de reglas internas de la financiadora que no corresponden a la pertinencia y concordancia médica.

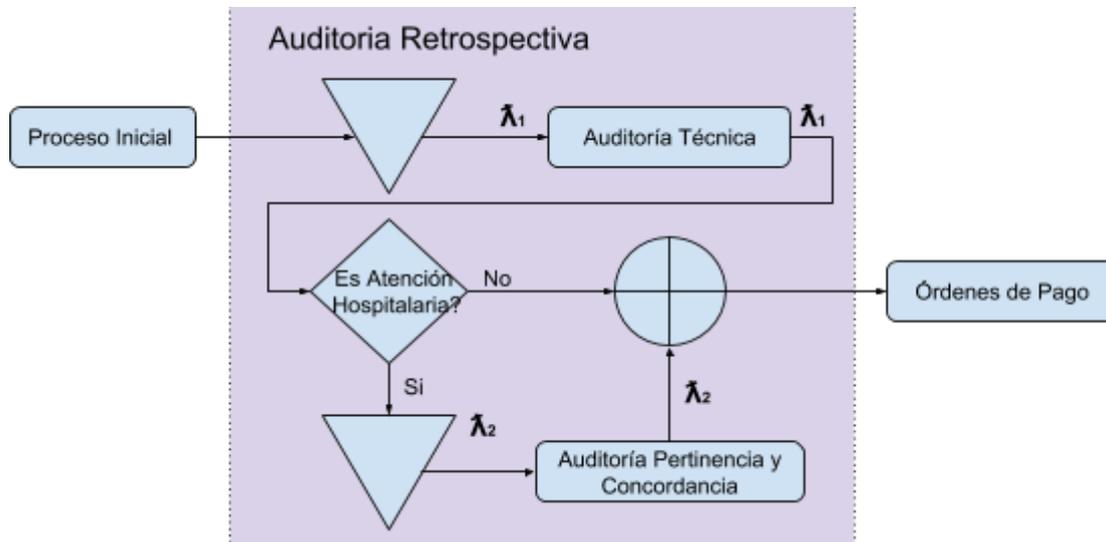
En cambio los auditores médicos, además de realizar la auditoría técnica, también realizan la auditoría de pertinencia y concordancia médica, con el cual evalúan la calidad de la prestación médica brindada, la cantidad de prestaciones ejecutadas, insumos y medicamentos suministrados, determinando si ellas fueron pertinentes y se realizaron de acuerdo a las

necesidades de los usuarios y si son compatibles con los protocolos de atención previamente establecidos.

Un gran beneficio que tiene un proceso sistematizado es la unicidad de criterio, debido a que el proceso tiene las reglas de negocio predefinidas y el rendimiento de un sistema comparado a un ser humano para los procesos repetitivos, como es la actividad de la auditoría técnica es muy superior, de esta forma se mitiga el riesgo de subjetividad y falta de ética que puede existir con los auditores internos que dejan de cuidar los intereses de la financiadora. Para el auditor médico la plataforma tecnológica, le facilita la recopilación de la información para poder realizar un análisis más enfocado en lo referido a la pertinencia médica, con posibilidad de recibir sugerencias o alertas cuando se encuentren anomalías o condicionales específicos en las prestaciones brindadas, medicamentos e insumos suministrados al paciente en la atención facturada, e incluso en atenciones pasadas.

Ilustración 11, representa la secuencia de actividades de la fase de auditoria retrospectiva, del proceso modelo:

Ilustración 11 Proceso de Auditoría Retrospectiva



Fuente; Elaboración propia.

Tabla 2, expone la diferencia de tiempo que existe para un Auditor Administrativo en procesar 500 cuentas médicas, entre un Auditoría Técnica manual y una automática que ofrecen BPOs es de 28 horas, equivalente a una reducción de 96,11%.

Respecto a la Auditoría de Pertinencia y Concordancia para 150 cuentas médicas (30 % del lote), se logra una reducción de tiempo de procesamiento con un Auditor Médico, de 32 horas, equivalente a 80%.

Tabla 2 Comparación tiempos de actividades de Auditoría Retrospectiva

Tarea (500 CM)	Tradicional	Proceso Int. BPO
Control de Documentos Adjuntos	4 horas	1:22 (1,4 horas)
Control de Afiliación	8 horas	
Control de Tarifas	8 horas	
Control de Autorizaciones	8 horas	
Resto de auditoría Técnica	8 horas	
Auditoría Retrospectiva Pertinencia Médica	5 días (40 horas)	1 día (8 horas)
Errores de auditoría	45%	1%

Fuente: (Centinelas - Auditorías en Salud, 2019)

Al igual que en el Procesamiento Inicial, esta diferencia resulta en un incremento de capacidad operativa de las financiadoras. Permitiendo realizar el procesamiento de Auditoría Médica, con la distribución definida de 70/30, de 833 cuentas médicas, que se realizaría de forma tradicional en un mes en el lapso menor de siete días y medio.

Gestión de órdenes de pagos

Como resultado de la Auditoría, surge la gestión de Órdenes de Pagos que son realizadas por el área de tesorería o afín, ellos son los responsables de efectuar la erogación y manejar los plazos para la misma. La optimización de tiempos le brinda a la financiadora previsibilidad de las cuentas por pagar.

En esta etapa la principal ventaja que se logra es en la comunicación con el Prestador, donde se refleja la transparencia y coherencia del resultado con lo que se obtienen los Pagos erogados y los motivos de los débitos. Si bien el beneficio es intangible, genera una relación con los prestadores que dan estabilidad en la red de prestadores, y potenciales prestadores que quieran formar parte de la misma por la transparencia.

Como resultados cuantitativos e inmediatos, de la Tabla 3, se refleja en la reducción de tiempo y errores, según se logra una reducción de tiempos de 4 horas en todo el proceso que relaciona al área de Auditoría de Cuentas Médicas, con el área de tesorería.

Tabla 3 Comparación tiempos de actividades de Gestión de Ordenes de Pagos

Tarea (500 CM)	Recurso Humano	Sistema
Cargue de resultado de Auditoría Retro en Sistema de Pagos	3 horas	0 horas
Proceso de notificación de Pago a Prestador	1 horas	0 horas
Errores de Información	10%	0,01%

Fuente: (Centinelas - Auditorías en Salud, 2019)

IV.2: Proceso integral

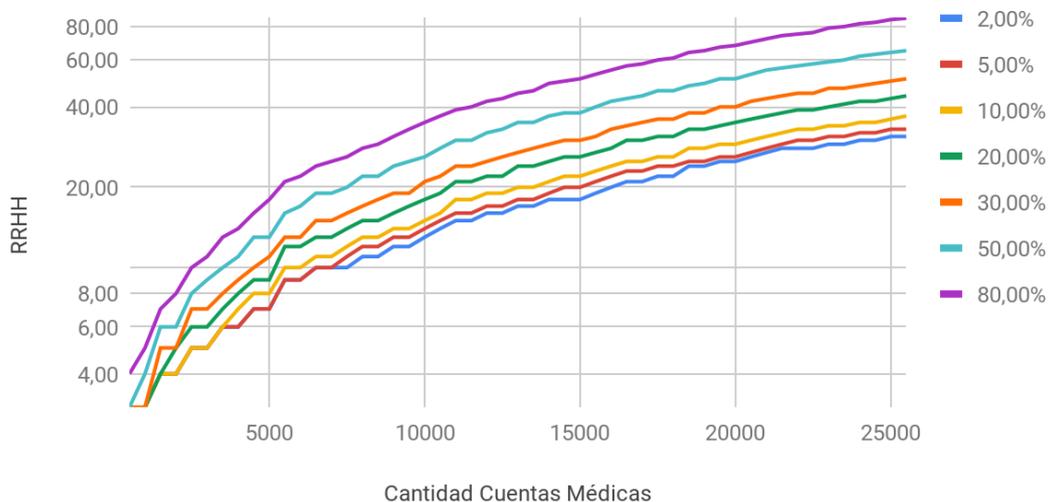
Las distintas fases, del proceso modelo, de forma aislada como se analizó traen grandes beneficios en los tiempos de respuesta. En su conjunto el análisis es más complejo debido a las diferentes configuraciones posibles que puedan existir, y sus impactos en los tiempos de respuesta.

Gráfico 6, representa la cantidad de recursos que están involucrados en el proceso interno de la financiadora de gestión de cuentas médicas y pueden ser reemplazados por el servicio de una BPO. Como se puede observar en el mismo, la cantidad de colaboradores necesarios para poder satisfacer la necesidad de procesar el total de las cuentas en un mes, varía en función al porcentaje de internación y otras especialidades de los que represente la muestra.

Gráfico 6 RRHH por Cuentas Médicas

RRHH por Cuentas Medicas

Cantidad de Recursos por cantidad de cuentas mensuales según % de Hospitalización



Fuente: Elaboración propia

Esta diferencia de recursos hace variable el beneficio que se logra tercerizando el servicio de gestión de cuentas médicas. Ya que uno de los grandes beneficios está directamente relacionado a la cantidad de colaboradores que requiere una financiadora, aunque este nunca va a ser reducido en su totalidad, debido a que, son requeridos 2 perfiles para acompañar la tercerización.

- Un perfil Administrativo técnico, que facilite y gestione las incidencias que puedan surgir por errores propios de información, reglas o políticas de la financiadora.
- El segundo perfil es un Gerente Médico con la responsabilidad de definir las reglas científicas técnicas para poder potenciar la auditoría automática. Este perfil debe tener poder de decisión y estar alineado con la visión y estrategia gerencial de la financiadora.

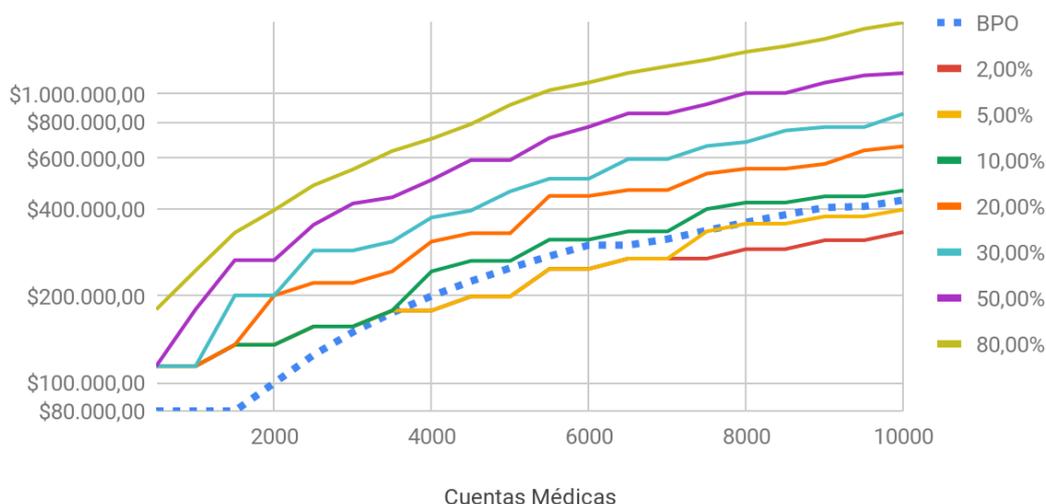
Debido a que estos 2 perfiles deben existir implícitamente en un proceso de Gestión de Cuentas medicas con auditoría, no son considerados en la comparación entre gestionar las cuentas médicas y la contratación de una BPO para realizar dicha labor.

Gráfico 7, compara el costo directo de RRHH involucrado en la gestión de Cuentas Médicas, y un valor de referencia del servicio de contratación brindado por “Centinelas - Auditores en Salud”.

Gráfico 7 Costos de Gestión de Cuentas Médicas

Costos Gestión cuentas Médicas

Costo de RRHH en la gestión de Cuentas Médicas según el volumen.



Fuente: Elaboración propia

Se observa, que el servicio de Auditoría Médica, en comparación al costo de RRHH exclusivamente, es cubierto y con un margen de diferencia, solamente con el reemplazo de una gestión de cuentas médicas, a una tercerizada, en las financiadoras que cuentan con porcentaje de “Internación y otras especialidades” mayor al 10%. Este beneficio incrementa de forma no lineal al volumen.

En la tercerización también tiene implícito la oportunidad de incremento en los débitos, que se refleja en una reducción de las cuentas por pagar. Esta oportunidad es inversamente proporcional al nivel detalle con el que la financiadora realiza la auditoría previamente y la calidad de los procesos de atención y liquidación de los prestadores. Y si bien el porcentaje de débitos debe tender a cero, debido a que los prestadores toman las medidas correspondientes para no ser afectados por los mismos. Este beneficio inicial se convierte en una estabilidad del sistema que es propia de la existencia un proceso activo y vigente. Si el proceso por algún motivo se inactiva, los

prestadores van a notar la ausencia del control por diferentes motivos, y los volúmenes de facturación pueden volver a contemplar montos inadecuados. La tercerización de cuentas médicas por una BPO tiene pactado un tiempo de respuesta de las cuentas médicas, que según la empresa de referencia suelen estar cercano a 4 días. Este tiempo acordado brinda previsibilidad a la financiadora, y le da capacidad de manejar de una manera óptima el portfolio de inversión de la financiadora, permitiendo maximizar su rentabilidad, o acompañar las estrategias definidas por las altas gerencias.

Caso 1

En un escenario de una financiadora con 6.000 cuentas médicas por mes y 20% de “Internación y otras especialidades”. Con una tasa de débitos de 10%, donde se conoce que el proceso de auditoría se realiza de forma tradicional. La financiadora efectúa los pagos a 90 días de haber recibido la factura, y tiene conocimiento de cuánto debe erogar a los 60 días.

Tabla 4 Datos de Caso 1

Datos	
Q Cuentas Médicas	6.000,00
% Internación y especialidades	20,00%
Ctas Ambulatorias / Urg	4.800,00
Ctas Internación y especialidades	1.200,00
Reducción RRHH:	\$444.266,67
Costo BPO:	\$300.000,00
Costo Promedio Atenciones Amb / Urg:	\$651,78
Costo Promedio Internación y Esp:	\$36.786,10
Costo Total de CM:	\$47.271.883,20
% de Débitos	10,00%
\$ Débitos	\$4.727.188,32
% Débitos BPO	19,00%
\$ Débitos con BPO	\$8.981.657,81
Diferencia en Débitos	\$4.254.469,49

En función al volumen de cuentas y el porcentaje de Internación y otras especialidades, obtenemos el costo en Gestión de Cuentas Médicas a ser

reemplazada por el servicio de la BPO en RRHH (\$444.266,67), y el costo del servicio de la BPO (\$300.000,00). Obteniendo una reducción mensual en los costos y gastos de \$144.266,67.

Con el volumen de atenciones Amb / Urg y hospitalarias, y los valores promedio de dichas atenciones obtenemos el costo asistencial promedio mensual de la financiadora de: \$47.271.883,20 Siendo éste el 80% del costo y gasto total, se infiere que el beneficio directo de la contratación de la BPO representa 1,22% del gasto administrativo.

A demás a los 3 meses, correspondiente a los 90 días, de demora en el pago de las cuentas médicas, se refleje el incremento en débitos que surgen de la nueva gestión de cuentas médicas.

Este incremento en los débitos se puede apreciar como una reducción del costo y gasto total de 7.20%. Si bien con el tiempo tiende a reducir, en igual proporción se reduce el valor de las cuentas médicas debido al cambio de conducta de los prestadores en reacción a los débitos generados al inicio de la prestación de la BPO.

Tabla 5 Proyección diferencial a 12 meses - Caso 1

	Periodo 1	Periodo 2	Periodo 3	Periodo 4	-->	Periodo 12
Dif. Gasto Gestión Ctas Medicas	\$144.267	\$144.267	\$144.267	\$144.267	-->	\$144.267
Dif. Gasto Gestión CM Acumulado	\$144.267	\$288.533	\$432.800	\$577.067	-->	\$1.731.200
Dif. Costo CM por Débitos	\$0	\$0	\$4.254.469	\$4.254.469	-->	\$4.254.469
Dif. Costo CM por Débitos Acumulado	\$0	\$0	\$4.254.469	\$8.508.939	-->	\$42.544.695
Dif Total Acumulada	\$144.267	\$288.533	\$4.687.269	\$9.086.006	-->	\$44.275.895

De esta forma se puede esperar una reducción en los costos y gastos al finalizar los primeros 12 meses, como se expresa en Tabla 5, de \$44.275.895. A lo cual se le agrega la previsibilidad de las cuentas por pagar de más de 50 días.

Caso 2

En el escenario de una financiadora con 25.000 Cuentas Médicas por mes y 10% de Internación y otras especialidades. Con una Tasa de Débitos de 2%, donde se conoce que el único control que se realiza es el de validar la

existencia de autorizaciones. La financiadora, al igual que en el **Caso 1**, efectúa los pagos a 90 días, y tiene conocimiento de cuánto debe erogar a los 30 días de haber recibido la cuenta.

Tabla 6 Datos de Caso 2

Datos	
Q Cuentas Médicas	25.000,00
% Internación y especialidades	10,00%
Ctas Ambulatorias / Urg	22.500,00
Ctas Internación y especialidades	2.500,00
Reducción RRHH:	\$779.100,00
Costo BPO:	\$950.000,00
Costo Promedio Atenciones Amb / Urg:	\$651,78
Costo Promedio Internación y Esp:	\$36.786,10
Costo Total de CM:	\$106.630.390,00
% de Débitos	2,00%
\$ Débitos	\$2.132.607,80
% Débitos BPO	19,00%
\$ Débitos con BPO	\$20.259.774,10
Diferencia en Débitos	\$18.127.166,30

En base al volumen de cuentas y el porcentaje de Internación y otras especialidades, obtenemos el valor del servicio de la BPO (\$950.000,00). Al contar con una auditoría exclusivamente de la existencia de autorizaciones se asume que la financiadora tiene un costo de RRHH que va a ser reemplazada por la BPO, similar al necesario para atender 2% de Internación y otras especialidades (\$779.100,00). En este escenario contratar a la BPO significa un incremento en el costo y gasto administrativo de 0,64% (\$170.900,00). Como contraparte, los débitos incrementan a un 19% (\$20.259.774,10), lo que representa un 15,20% del costo y gasto total de la financiadora.

Tabla 7 Proyección diferencial a 12 meses - Caso 2

	Periodo 1	Periodo 2	Periodo 3	Periodo 4	-->	Periodo 12
Dif. Gasto Gestión Ctas Médicas	- \$170.900	- \$170.900	- \$170.900	- \$170.900	-->	- \$170.900
Dif. Gasto Gestión CM Acumulado	- \$170.900	- \$341.800	- \$512.700	- \$683.600	-->	- \$2.050.800

Dif. Costo CM por Débitos	\$0	\$18.127.166	\$18.127.166	\$18.127.166	-->	\$18.127.166
Dif. Costo CM por Débitos Acumulado	\$0	\$18.127.166	\$36.254.333	\$54.381.499	-->	\$199.398.829
Dif Total Acumulada	- \$170.900	\$17.785.366	\$35.741.633	\$53.697.899	-->	\$197.348.029

El resultado final, de Tabla 6, en la contratación del servicio de la BPO, logra una reducción esperada en los costos y gastos al finalizar los primeros 12 meses, de \$197.348.029. Si bien el costo y gasto administrativo se incrementa por la contratación de la BPO, este trae un resultado favorable al contemplar el beneficio natural de la auditoría y control de las cuentas médicas. Y, como en el Caso 1, se logró una mayor previsibilidad de las cuentas por pagar de 24 días.

Caso 3

En base a la muestra en la que se realizó la encuesta se toma, de las financiadoras con una cantidad de cuentas médicas mensual menor o igual a 2.000, y de ellas se selecciona el caso con mayor proporción de Internación y otras especialidades. Ésta financiadora, gestiona 2.000 Cuentas Médicas por mes y el 70% de ellas son de Internación y otras especialidades. Con una Tasa de Débitos de 15%, e indica tener una dependencia de la tecnología en el proceso de gestión de cuentas médicas de 4 / 5. Como en los casos anteriores, y se estila en el sector, la financiadora efectúa los pagos a 90 días de recibido la factura, y tiene conocimiento de cuánto debe erogar a los 80 días de haber recibido la cuenta.

Tabla 8 Datos de Caso 3

Datos	
Q Cuentas Médicas	2.000,00
% Internación y especialidades	70,00%
Ctas Ambulatorias / Urg	600,00
Ctas Internación y especialidades	1.400,00
Reducción RRHH:	\$266.233,33
Costo BPO:	\$100.000,00
Costo Promedio Atenciones Amb / Urg:	\$651,78
Costo Promedio Internación y Esp:	\$36.786,10

Costo Total de CM:	\$51.891.610,40
% de Débitos	7,00%
\$ Débitos	\$3.632.412,73
% Débitos BPO	19,00%
\$ Débitos con BPO	\$9.859.405,98
Diferencia en Débitos	\$6.226.993,25

En base al volumen de cuentas y el porcentaje de Internación y otras especialidades, obtenemos el Costo en Gestión de Cuentas Médicas a ser reemplazada por el servicio de la BPO en RRHH (\$266.233,33), y del servicio de la BPO (\$100.000,00). La primera resulta ser el valor de Reducción en RRHH logrando una diferencia de \$166.233,33 a favor de la financiadora de manera mensual, lo que representa 1,28% del gasto administrativo.

El incremento de los débitos representa el 9,6% del costo y gasto total, lo que equivale a un aumento en los débitos mensuales de \$6.393.226,58.

Tabla 9 Proyección diferencial a 12 meses - Caso 3

	Periodo 1	Periodo 2	Periodo 3	Periodo 4	-->	Periodo 12
Dif. Gasto Gestión Ctas Médicas	\$166.233	\$166.233	\$166.233	\$166.233	-->	\$166.233
Dif. Gasto Gestión CM Acumulado	\$166.233	\$332.467	\$498.700	\$664.933	-->	\$1.994.800
Dif. Costo CM por Débitos	\$0	\$0	\$6.226.993	\$6.226.993	-->	\$6.226.993
Dif. Costo CM por Débitos Acumulado	\$0	\$0	\$6.226.993	\$12.453.986	-->	\$62.269.932
Dif Total Acumulada	\$166.233	\$332.467	\$6.725.693	\$13.118.920	-->	\$64.264.732

Tabla 9, refleja en balance final de la contratación del servicio de la BPO, logra una reducción esperada en los costos y gastos al finalizar los primeros 12 meses, de \$64.264.732.

CONCLUSIÓN

Como producto de lo desarrollado se puede concluir que el beneficio de la tercerización de la gestión de cuentas médicas, por empresas especializadas en procesos del sector de salud (BPO Healthcare), agrega un gran valor a las financiadoras, principalmente organizacional, y que se expresa de forma positiva en el resultado contable.

Al realizar la tercerización, la financiadora adquiere beneficios propios de todas las herramientas y procesos que utiliza la BPO, un sistema informático de alto rendimiento, diseñado y desarrollado específicamente para resolver todas las etapas y conflictos que involucran el proceso, desde el momento que el prestador entrega la cuenta médica, hasta la etapa final donde se le informan los débitos y erogación de pagos correspondiente a los servicios prestados.

La utilización de las nuevas tecnologías, como la inteligencia artificial, implementadas en beneficio de la celeridad y confiabilidad del servicio, junto a las mejoras continuas que surgen del dinamismo de la operación diaria, y los cambios en las reglas de negocio son beneficios que se adquieren sin grandes inversiones.

Otro beneficio implícito, que se tiene es la utilización de estándares nacionales e internacionales que facilitan el flujo de información entre las distintas entidades involucradas en el sistema de salud. Logrando capturar de manera precisa y unívoca referencias a conceptos clínicos, preservando una atención médica más segura.

Las BPOs especializadas en salud, cuentan con personal especializado en la gestión de cuentas médicas, como son auditores administrativos y médicos auditores. Éstos se encuentran en un proceso de constante capacitación y actualización para poder brindar un mejor servicio. Mantener esta gestión en RRHH es difícil de lograr en una financiadora por múltiples motivos. Y tener disponibilidad de recursos humanos altamente capacitados es parte de los beneficios que son propios de la tercerización

Las financiadoras cuentan con una estructura interna de costos y gastos donde el gasto asistencial tiene el 80% y el gasto administrativo el restante 20%. En los casos desarrollados, la tercerización del servicio genera un ahorro en el gasto administrativo del 1,20%, y el gasto asistencial, a raíz de débitos, se

redujo hasta un 13,60%. En su conjunto la reducción de costos y gastos totales se encontraron entre 7,44% y 13,47%

Por último se logra una reducción de tiempo de 74 días, para conocer el valor final de las cuentas por pagar, lo que representa un 92,5% del tiempo que demora la financiadora en erogar el pago a un prestador. Esta previsibilidad tiene beneficios financieros, ya que la financiadora, reduce su reserva técnica necesaria para cubrir los gastos asistenciales, y puede disponer de los fondos descontados a suplir la estrategia corporativa.

Otra gran ventaja de la tercerización de la gestión de cuentas médicas, por una BPO Healthcare, es el aumento de la información que va a recibir la financiadora. Y le va a permitir, a través de paneles de control, tener conocimiento de la operación, de la salud de la población, y de los distintos índices que tengan definidos en su mapa estratégico.

De todo lo revelado se concluye que la tercerización de la gestión de cuentas médicas, es una recomendada alternativa con la que cuentan las financiadoras del sistema de salud para afrontar las necesidades implícitas de dicho labor total o parcial. También puede ser considerada como un mecanismo de soporte para poder afrontar demandas estacionarias o experimentales, como pueden ser estrategias de expansión geográfica, de campaña de marketing donde la población asistida crece, y se requiere una mayor capacidad operativa en la gestión de cuentas médicas.

BIBLIOGRAFÍA

- ADEMP. (2016). *ENCUESTA N° 24 - PRESTACIONES DEL AÑO 2016*. Buenos Aires: ADEMP.
- Albrieu, R., Rapetti, M., López, C. B., Larroulet, P., & Sorrentino, A. (2018). *Inteligencia artificial y crecimiento económico. Oportunidades y desafíos para Argentina*. Buenos Aires: CIPPEC.
- Álvarez, B., Pellisé, L., & Lobo, F. (2000). Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. *Panam Salud Publica* 8 (1/2).
- Arce, H. E. (2012). Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. *Medicina (Buenos Aires)*, 414-418.
- Bisang, R., & Centrólogo, O. (1997). *Descentralización de los servicios de salud en Argentina*. Naciones Unidas: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Canale de Decoud, S., De Ponti, H., & Monteferrario, M. (2016). Obras sociales provinciales: indicadores de consumo y gasto en atención médica. *DAAPGE N° 26*, 225-250.
- Centinelas - Auditories en Salud. (Enero de 2019). Obtenido de Centinelas - Auditories en Salud | Sitio Web: <http://centinelas.online/>
- Colina, J. (2013). *Medicina desde los costos: el gasto en medicamentos*. Buenos Aires: ADEMP.
- Colina, J. (2013). *Medicina desde los costos: los servicios de internación*. Buenos Aires: ADEMP.
- Colina, J. (2018). La medicina privada tendrá un tiempo prolongado de precio rezagado respecto al dólar. *ADEMP*, 143, 6-13.
- Ernst & Young LLP. (2015). *Medical Process Outsourcing in India*. India.
- Invensis. (11 de 06 de 2011). *5 Advantages of Healthcare BPO Outsourcing*. Obtenido de Invensis - Global Outsourcing Services: <https://www.invensis.net/blog/healthcare/5-advantages-healthcare-bpo-outsourcing/>
- Mangoza, H. (2016). *Sistema de salud Argentina*. Buenos Aires: ALAMI.
- MAPFRE. (2010). *Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado*. Fundación MAPFRE.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Argentina. (2018). *Ministerio de Salud y Desarrollo Social*. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/salud/snomed>

Prada, E. (2005). Auditoria medica de un entidad financiador. *Curso Anual de Auditoría Médica*. Buenos Aires: Hospital Alemán.

SNOMED. (11 de 10 de 2016). *Vendor Introduction to SNOMED CT International Release* . Obtenido de IHTSDO site: https://confluence.ihtsdotools.org/display/DOCVENDOR?preview=/33491725/33491726/doc_VendorIntroduction_Current-en-US_INT_20161011.pdf

Tafari, R. O. (s.f.). Mas alla de la desregulación. *Aportes*.

ANEXO 1 - Cantidad de recursos por volumen

Recursos de Proceso de Gestión de Cuentas Médicas.

% de Utilización: 90%

Ctas Médicas	Proc. Inicial (Q)	Audit Técnica (Q)	% Internación y otras especialidades							
			Auditor Medico (Q)							
			2,00%	5,00%	10%	20%	30%	50%	80%	
500	1	1	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00
1000	1	1	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00
1500	2	1	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	4,00
2000	2	1	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	3,00	5,00
2500	3	1	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00	3,00	4,00	6,00
3000	3	1	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00	3,00	5,00	7,00
3500	4	1	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00	3,00	5,00	8,00
4000	4	1	1,00	1,00	2,00	3,00	4,00	4,00	6,00	9,00
4500	5	1	1,00	1,00	2,00	3,00	4,00	4,00	7,00	10,00
5000	5	1	1,00	1,00	2,00	3,00	5,00	5,00	7,00	12,00
5500	6	2	1,00	1,00	2,00	4,00	5,00	5,00	8,00	13,00
6000	6	2	1,00	1,00	2,00	4,00	5,00	5,00	9,00	14,00
6500	7	2	1,00	1,00	2,00	4,00	6,00	6,00	10,00	15,00
7000	7	2	1,00	1,00	2,00	4,00	6,00	6,00	10,00	16,00
7500	7	2	1,00	2,00	3,00	5,00	7,00	7,00	11,00	17,00
8000	8	2	1,00	2,00	3,00	5,00	7,00	7,00	12,00	18,00
8500	8	2	1,00	2,00	3,00	5,00	8,00	8,00	12,00	19,00
9000	9	2	1,00	2,00	3,00	5,00	8,00	8,00	13,00	20,00
9500	9	2	1,00	2,00	3,00	6,00	8,00	8,00	14,00	22,00
10000	10	2	1,00	2,00	3,00	6,00	9,00	9,00	14,00	23,00
10500	10	3	1,00	2,00	3,00	6,00	9,00	9,00	15,00	24,00
11000	11	3	1,00	2,00	4,00	7,00	10,00	10,00	16,00	25,00
11500	11	3	1,00	2,00	4,00	7,00	10,00	10,00	16,00	26,00
12000	12	3	1,00	2,00	4,00	7,00	10,00	10,00	17,00	27,00
12500	12	3	1,00	2,00	4,00	7,00	11,00	11,00	18,00	28,00
13000	13	3	1,00	2,00	4,00	8,00	11,00	11,00	19,00	29,00

13500	13	3	1,00	2,00	4,00	8,00	12,00	19,00	30,00
14000	14	3	1,00	2,00	4,00	8,00	12,00	20,00	32,00
14500	14	3	1,00	3,00	5,00	9,00	13,00	21,00	33,00
15000	14	3	1,00	3,00	5,00	9,00	13,00	21,00	34,00
15500	15	3	1,00	3,00	5,00	9,00	13,00	22,00	35,00
16000	15	4	1,00	3,00	5,00	9,00	14,00	23,00	36,00
16500	16	4	1,00	3,00	5,00	10,00	14,00	23,00	37,00
17000	16	4	1,00	3,00	5,00	10,00	15,00	24,00	38,00
17500	17	4	1,00	3,00	5,00	10,00	15,00	25,00	39,00
18000	17	4	1,00	3,00	5,00	10,00	15,00	25,00	40,00
18500	18	4	2,00	3,00	6,00	11,00	16,00	26,00	42,00
19000	18	4	2,00	3,00	6,00	11,00	16,00	27,00	43,00
19500	19	4	2,00	3,00	6,00	11,00	17,00	28,00	44,00
20000	19	4	2,00	3,00	6,00	12,00	17,00	28,00	45,00

ANEXO 2 - Costos Servicio BPO y RRHH

Costos Comparables Servicio BPO y RRHH de Financiadoras

Cantidad CM	BPO	Horas de Procesamiento						
		2,00%	5,00%	10,00%	20,00%	30,00%	50,00%	80,00%
\$500	\$80.000	\$114.333	\$114.333	\$114.333	\$114.333	\$114.333	\$114.333	\$179.667
\$1.000	\$80.000	\$114.333	\$114.333	\$114.333	\$114.333	\$114.333	\$179.667	\$245.000
\$1.500	\$80.000	\$135.567	\$135.567	\$135.567	\$135.567	\$200.900	\$266.233	\$331.567
\$2.000	\$100.000	\$135.567	\$135.567	\$135.567	\$200.900	\$200.900	\$266.233	\$396.900
\$2.500	\$125.000	\$156.800	\$156.800	\$156.800	\$222.133	\$287.467	\$352.800	\$483.467
\$3.000	\$150.000	\$156.800	\$156.800	\$156.800	\$222.133	\$287.467	\$418.133	\$548.800
\$3.500	\$175.000	\$178.033	\$178.033	\$178.033	\$243.367	\$308.700	\$439.367	\$635.367
\$4.000	\$200.000	\$178.033	\$178.033	\$243.367	\$308.700	\$374.033	\$504.700	\$700.700
\$4.500	\$225.000	\$199.267	\$199.267	\$264.600	\$329.933	\$395.267	\$591.267	\$787.267
\$5.000	\$250.000	\$199.267	\$199.267	\$264.600	\$329.933	\$460.600	\$591.267	\$917.933
\$5.500	\$275.000	\$248.267	\$248.267	\$313.600	\$444.267	\$509.600	\$705.600	\$1.032.267
\$6.000	\$300.000	\$248.267	\$248.267	\$313.600	\$444.267	\$509.600	\$770.933	\$1.097.600
\$6.500	\$300.000	\$269.500	\$269.500	\$334.833	\$465.500	\$596.167	\$857.500	\$1.184.167
\$7.000	\$315.000	\$269.500	\$269.500	\$334.833	\$465.500	\$596.167	\$857.500	\$1.249.500
\$7.500	\$337.500	\$269.500	\$334.833	\$400.167	\$530.833	\$661.500	\$922.833	\$1.314.833
\$8.000	\$360.000	\$290.733	\$356.067	\$421.400	\$552.067	\$682.733	\$1.009.400	\$1.401.400
\$8.500	\$382.500	\$290.733	\$356.067	\$421.400	\$552.067	\$748.067	\$1.009.400	\$1.466.733
\$9.000	\$405.000	\$311.967	\$377.300	\$442.633	\$573.300	\$769.300	\$1.095.967	\$1.553.300
\$9.500	\$408.500	\$311.967	\$377.300	\$442.633	\$638.633	\$769.300	\$1.161.300	\$1.683.967
\$10.000	\$430.000	\$333.200	\$398.533	\$463.867	\$659.867	\$855.867	\$1.182.533	\$1.770.533
\$10.500	\$451.500	\$360.967	\$426.300	\$491.633	\$687.633	\$883.633	\$1.275.633	\$1.863.633
\$11.000	\$473.000	\$382.200	\$447.533	\$578.200	\$774.200	\$970.200	\$1.362.200	\$1.950.200
\$11.500	\$494.500	\$382.200	\$447.533	\$578.200	\$774.200	\$970.200	\$1.362.200	\$2.015.533
\$12.000	\$516.000	\$403.433	\$468.767	\$599.433	\$795.433	\$991.433	\$1.448.767	\$2.102.100
\$12.500	\$537.500	\$403.433	\$468.767	\$599.433	\$795.433	\$1.056.767	\$1.514.100	\$2.167.433
\$13.000	\$559.000	\$424.667	\$490.000	\$620.667	\$882.000	\$1.078.000	\$1.600.667	\$2.254.000
\$13.500	\$580.500	\$424.667	\$490.000	\$620.667	\$882.000	\$1.143.333	\$1.600.667	\$2.319.333
\$14.000	\$602.000	\$445.900	\$511.233	\$641.900	\$903.233	\$1.164.567	\$1.687.233	\$2.471.233
\$14.500	\$623.500	\$445.900	\$576.567	\$707.233	\$968.567	\$1.229.900	\$1.752.567	\$2.536.567
\$15.000	\$645.000	\$445.900	\$576.567	\$707.233	\$968.567	\$1.229.900	\$1.752.567	\$2.601.900

\$15.500	\$666.500	\$467.133	\$597.800	\$728.467	\$989.800	\$1.251.133	\$1.839.133	\$2.688.467
\$16.000	\$688.000	\$494.900	\$625.567	\$756.233	\$1.017.567	\$1.344.233	\$1.932.233	\$2.781.567
\$16.500	\$688.000	\$516.133	\$646.800	\$777.467	\$1.104.133	\$1.365.467	\$1.953.467	\$2.868.133
\$17.000	\$688.000	\$516.133	\$646.800	\$777.467	\$1.104.133	\$1.430.800	\$2.018.800	\$2.933.467
\$17.500	\$700.000	\$537.367	\$668.033	\$798.700	\$1.125.367	\$1.452.033	\$2.105.367	\$3.020.033
\$18.000	\$720.000	\$537.367	\$668.033	\$798.700	\$1.125.367	\$1.452.033	\$2.105.367	\$3.085.367
\$18.500	\$740.000	\$623.933	\$689.267	\$885.267	\$1.211.933	\$1.538.600	\$2.191.933	\$3.237.267
\$19.000	\$760.000	\$623.933	\$689.267	\$885.267	\$1.211.933	\$1.538.600	\$2.257.267	\$3.302.600
\$19.500	\$780.000	\$645.167	\$710.500	\$906.500	\$1.233.167	\$1.625.167	\$2.343.833	\$3.389.167
\$20.000	\$800.000	\$645.167	\$710.500	\$906.500	\$1.298.500	\$1.625.167	\$2.343.833	\$3.454.500
\$20.500	\$800.000	\$666.400	\$731.733	\$927.733	\$1.319.733	\$1.711.733	\$2.430.400	\$3.541.067
\$21.000	\$800.000	\$694.167	\$759.500	\$955.500	\$1.347.500	\$1.739.500	\$2.523.500	\$3.634.167
\$21.500	\$817.000	\$715.400	\$780.733	\$976.733	\$1.368.733	\$1.760.733	\$2.544.733	\$3.720.733
\$22.000	\$836.000	\$715.400	\$846.067	\$1.042.067	\$1.434.067	\$1.826.067	\$2.610.067	\$3.786.067
\$22.500	\$855.000	\$715.400	\$846.067	\$1.042.067	\$1.434.067	\$1.826.067	\$2.675.400	\$3.851.400
\$23.000	\$874.000	\$736.633	\$867.300	\$1.063.300	\$1.455.300	\$1.912.633	\$2.696.633	\$4.003.300
\$23.500	\$893.000	\$736.633	\$867.300	\$1.063.300	\$1.520.633	\$1.912.633	\$2.761.967	\$4.068.633
\$24.000	\$912.000	\$757.867	\$888.533	\$1.084.533	\$1.541.867	\$1.933.867	\$2.848.533	\$4.155.200
\$24.500	\$931.000	\$757.867	\$888.533	\$1.084.533	\$1.541.867	\$1.999.200	\$2.913.867	\$4.220.533
\$25.000	\$950.000	\$779.100	\$909.767	\$1.105.767	\$1.563.100	\$2.020.433	\$2.935.100	\$4.307.100
\$25.500	\$969.000	\$779.100	\$909.767	\$1.171.100	\$1.628.433	\$2.085.767	\$3.000.433	\$4.372.433

ANEXO 3 - Encuesta Tesis, Gestion Cuentas Médicas

Encuesta Tesis - Gestión de Cuentas Médicas

Encuesta desarrollada para poder tener conocimiento de los aspectos generales en función a la experiencia de mandos medios y alta gerencia en Entidades Financiadoras de Servicios de Salud en la República Argentina

***Obligatorio**

Grupo etareo *

Elige ▼

Mayor Cargo ejecutado *

- Director
- Jefatura
- Gerencia
- Otro: _____

Tipo de Coberturas *

Tipo de coberturas que maneja la entidad financiadora a la que representa. ó representó . Si cuento con su colaboración para realizar la encuesta por cada tipo, sería lo óptimo.

- Obra Social Provincial
- Obra Social Sindical
- Obra Social de Dirección
- Empresa Medicina Privada
- Seguro de Salud
- Seguro Laboral
- Otro: _____

Encuesta Tesis - Gestión de Cuentas Médicas

*Obligatorio

Gestión de Cuentas Médicas

Preguntas mínimas para poder dimensionar el nivel de avance se tiene desarrollado en la Gestión de Cuentas Médicas

Volumen Facturas de Prestaciones Medicas procesan mensualmente *

Si es mayor a 2001 y sabe la cantidad aproximada, se agradece la especificación seleccionando "Otro".

- menor o igual a 500
- entre 501 - 1300
- entre 1301 - 2000
- igual o mayor a 2001
- Otro: _____

Dependencia de la tecnología en el uso de la Gestión de Cuentas Médicas *

	1	2	3	4	5	
Nula	<input type="radio"/>	Total				

Porcentaje de Débitos

Cual es el porcentaje de débitos que se aplica a las cuentas médicas.

Tu respuesta _____

Porcentaje de Hospitalización

Seleccione el % cuentas medicas que corresponden a atención Hospitalaria

Tu respuesta _____

Cantidad de RRHH en operación en la gestión de las cuentas medicas.

Tu respuesta _____