

Nuestro punto de vista sobre salud integral

Balanceando costos y empatía en los beneficios para empleados

Manteniendo bajo control
los costos de los planes
de salud y beneficios



1. Introducción

Los planes de salud y beneficios patrocinados por los empleadores han pasado de ser algo “extra” o que es “bueno tener”, a ser un pilar básico de la propuesta de valor de los empleadores, con mayor atención en los ejecutivos de primer nivel.

En respuesta, la variedad y sofisticación de los productos en el mercado ha crecido — con varias firmas que ofrecen no solamente beneficios de seguros, sino también una amplia gama de iniciativas de bienestar físico, mental, social y financiero. Aun así, los costos de los planes de salud patrocinados por los empleadores están aumentando rápidamente. De hecho, en promedio, los costos médicos superan la inflación general casi tres veces.

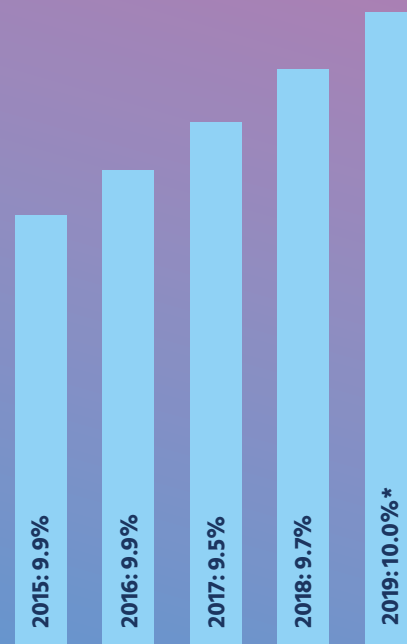
Por lo tanto, los negocios están buscando formas de economizar y mejorar las eficiencias en sus planes relacionados con salud. El deseo de cobertura y soporte patrocinados por el empleador continúa ocupando un lugar destacado entre los empleados. Así, los empleadores están balanceando la necesidad de asegurar el acceso a la salud y mantener un precio asequible — tanto para la organización como para el empleado.

Para cumplir con éxito este objetivo, los empleadores deben tomar medidas rápidas a fin de modernizar sus beneficios y optimizar el valor para asegurarse de ofrecer planes costo-efectivos que protejan y mejoren la salud de los empleados.

Inflación médica

Los costos médicos continúan superando la inflación general casi tres veces.

(Fuente: Tendencias médicas globales, de MMB)



* Estimado de MMB para el primer trimestre de 2020



En 2020, los confinamientos y la cancelación de muchos procedimientos electivos durante la pandemia de COVID-19 han tenido como resultado la disminución de algunas reclamaciones médicas. También enfrentamos el riesgo de que los costos suban debido a demoras en la atención, así como cambios en la red de proveedores de servicios de salud. Varios estudios han apuntado a demoras en la atención que conducen al empeoramiento de las condiciones y al deterioro en el cuidado preventivo — incluyendo las vacunas — así como a una reducción en la atención de urgencias.

Durante la recesión económica subsiguiente, es posible que veamos acciones defensivas de los empleados y proveedores de salud, y que las aseguradoras aumenten la presión sobre los costos de los planes.

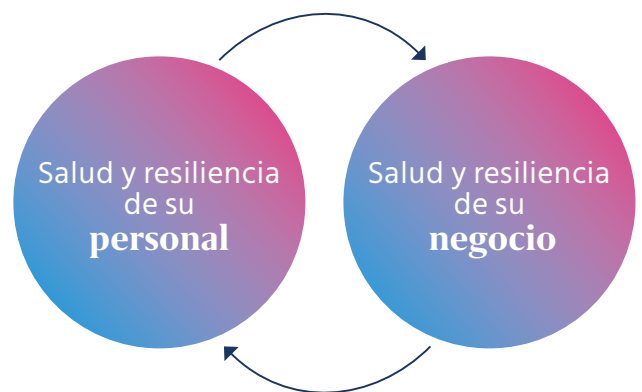
Los empleadores también pueden ver cambios en los perfiles de riesgo de sus seguros médicos de grupo debido a los despidos (por ejemplo, menor dispersión de riesgo y distribución de costos fijos).

Exploraremos estos temas más a fondo en nuestra investigación actualizada de tendencias médicas globales.

Además, la pandemia ha intensificado la necesidad de contención de costos en toda la organización. Los confinamientos, la interrupción de los negocios y la desaceleración económica, han puesto a las finanzas de las empresas bajo una presión significativa.

La salud y la resiliencia del personal son parte integral del éxito de su compañía — y también lo es mantener los costos bajo control.

Entonces, ¿cómo balancean los empleadores la economía y la empatía para ofrecer programas de salud que sean significativos, pero también costo-efectivo en el futuro?





2. Creando una estrategia de contención de costos



Globalmente, los empleados han tratado de gestionar los costos, con frecuencia en conjunto con la renovación anual de los beneficios asegurados. Sin embargo, aunque los cambios modestos de un año a otro son importantes para mantener los planes dentro del presupuesto, normalmente no generan impacto a largo plazo en el crecimiento de los costos.

Debido a que los costos de los beneficios son altamente complejos, son difíciles de controlar. Los problemas incluyen:

- Cambios en los estilos de vida y la demografía que conducen a enfermedades crónicas.
- Tecnologías médicas en avance.
- Falta de regulación y mecanismos para controlar prácticas tales como la demanda inducida, que llevan a diagnósticos y estancias hospitalarias que no se necesitan.
- Incentivos de planes y pagos que impulsan prácticas y comportamientos inflacionarios, tales como falta de cobertura para prevención o favorecimiento de tratamiento intrahospitalario para servicios que pueden ser prestados en entornos de menor costo.

Para mantener el balance entre la atención y los costos, los empleadores deben identificar los factores de mercado, junto con los comportamientos del empleado y del proveedor que son responsables de impulsar aumentos en los costos de los beneficios de salud. Hacerlo permitirá a los empleadores desarrollar estrategias efectivas de contención de costos, basadas en valor, que den acceso a atención de calidad, de precio asequible, al tiempo que se eliminen o gestionen los riesgos. A su vez, a los empleadores les resultará mucho más fácil, tomar las decisiones necesarias para asegurarse de que sus planes de beneficios sean financieramente sustentables.

¿Cómo construir un caso de negocio para los beneficios en un ambiente de reducción de costos?

La atracción y la retención proveen un fundamento claro para justificar los planes de beneficios y los mayores costos. Varios estudios también sugieren que los beneficios son un factor crítico de éxito organizacional en el entorno dinámico actual.

Considere lo siguiente al momento de hablar con los tomadores de decisión de su organización.

- Los empleados motivados están seis veces más inclinados a decir que su lugar de trabajo está enfocado en la salud y el bienestar. (Fuente: Tendencias mundiales en talento, de Mercer, 2020).
- El noventa y cinco por ciento de los empleadores cree que la inversión en salud y bienestar tendrá igual o mayor prioridad en el futuro. (Fuente: *Health on Demand*, de MMB, 2020).
- Las responsables de tomar decisiones, en los niveles altos, mencionan la seguridad como el objetivo más importante para los planes de salud y/o programas de bienestar de la compañía. (Fuente: *Health on Demand*, de MMB, 2020).
- A mayor variedad en recursos de salud y bienestar ofrecidos por un empleador, los empleados se sentirán más motivados y apoyados y será menos probable que dejen a su empleador. (Fuente: *Health on Demand*, de MMB, 2020).

A mayor variedad en recursos de salud y bienestar ofrecidos por un empleador, más motivados y apoyados se sentirán los empleados, y será menos probable que dejen a su empleador.

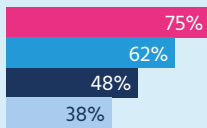
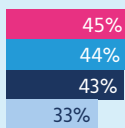
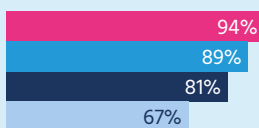
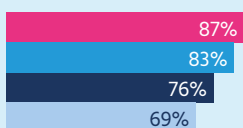
Me siento motivado en el trabajo en mi rol actual.

Estoy bastante confiado en que mis gastos de salud y los de mi familia podrán ser pagados.

El nivel de beneficios en salud y bienestar que recibo de mi empleador hace que sea mucho menos o algo menos probable que me vaya a otro lugar.

Siento que mi empleador se preocupa principalmente o bastante por mi salud y bienestar.

Número de beneficios
 10+ 6-9 1-5 0



Los beneficios son una herramienta importante de administración de riesgos.

Las tres estrategias principales para contención de costos son:

1. **Diseñar para generar valor** — mediante cláusulas de cobertura, configuración de red y vinculación.
2. **Administrar el riesgo de salud** — mediante un enfoque basado en datos que promueva una fuerza laboral saludable.
3. **Impulsar eficiencias** — mediante financiación y colocación inteligentes.

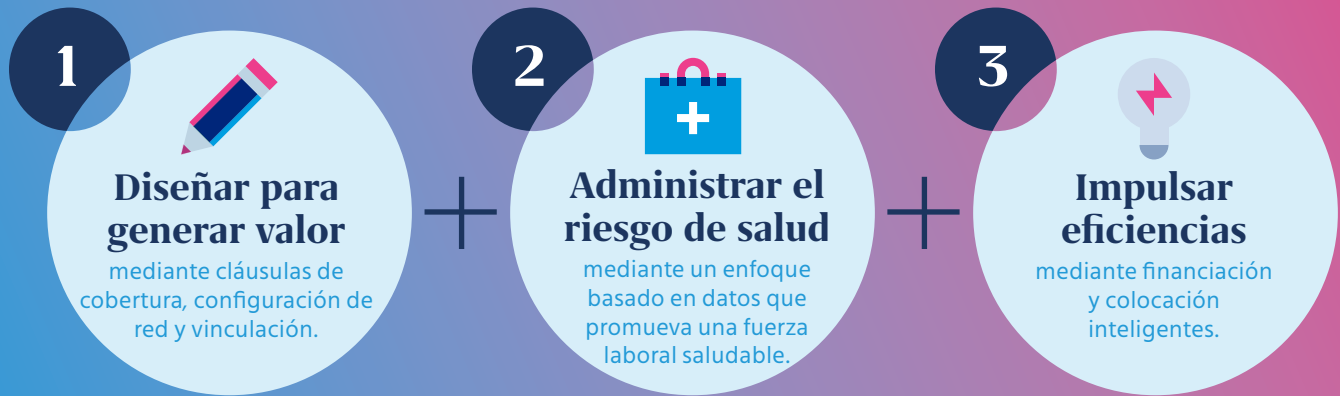
Para aplanar la curva, las compañías necesitan estrategias de múltiples enfoques y de varios años que aborden estos tres aspectos simultáneamente. Cuanto más asequibles en precio sean los planes, más podrá abrirse la elegibilidad a un conjunto más amplio de la fuerza laboral, lo cual beneficia a todos.

Las empresas deberían instar a sus aseguradores y asesores a pensar creativamente y desafiar el statu quo.

Al mismo tiempo, las compañías

deberían apuntar a tener una variedad de proveedores que les permita dar soporte a una prestación efectiva de las intervenciones. Esto puede requerir gasto en el corto plazo — por ejemplo, inversión en tecnologías digitales.

3 elementos de una estrategia realmente efectiva de contención de costos de salud y beneficios:



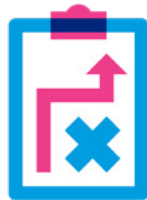
1. Diseñar para generar valor — mediante cláusulas de cobertura, configuración de red y vinculación

La importancia del diseño del plan

El rediseño de los planes de beneficios y la gestión activa del diseño cada año, son cruciales para contener los costos. La contención de costos no tiene que ver con prestar a los empleados una atención en salud inferior a la óptima. Si un dólar gastado en salud no está enfocado con precisión en soluciones de calidad, tanto empleadores como empleados pierden.

Los diagnósticos erróneos, las complicaciones y las infecciones adquiridas en hospitales son solamente algunas de las consecuencias de una mala atención inicial que añade costos innecesarios y deteriora la experiencia y los resultados del paciente. El empleador no es el único que paga por el desperdicio médico y las posibles incapacidades y ausencias: los empleados quedan en peor situación, con posible disminución de la calidad o incluso la duración de su vida.

Los empleadores pueden enfrentar esto mediante el diseño del plan médico, orientando a los empleados a proveedores de calidad y rentables.



Tenga en cuenta:

- Cómo incentivar mejor a los empleados y proveedores para asegurar una atención de calidad.
- Estructuras de planes transparentes, con inclusión de enfoques de aporte definido, como beneficios flexibles o cuentas de gastos, que compartan costos con los empleados, pero que también les den más opciones.
- Identificar quién es elegible para cobertura mediante períodos de espera, definiciones de empleados elegibles y limitaciones de los dependientes.
- Trasladar la cobertura a planes individuales mediante seguros voluntarios.
- Introducir preautorizaciones para citas con especialistas o reaprobaciones (por ejemplo, de tratamientos de fisioterapia después de seis citas).
- Enfoques creativos para el pago a los proveedores de servicios de salud, tales como:
 - Pago por paquetes de servicios, que abarquen un conjunto de suministros y servicios relacionados con un tratamiento específico, lo cual traslada algo del riesgo de gastos inesperados al proveedor.
 - Precios basados en referencias para pagar a los proveedores un monto permitido con base en un punto de referencia. Las organizaciones han usado esto para controlar gastos en drogas dentro de una clase terapéutica específica y para citas con proveedores médicos.

- Introducción de técnicas de reparto de costos, como deducibles, copagos y coaseguro (idealmente escalonados).

- Esto da incentivo financiero a los empleados para verificar la exactitud de las cuentas del proveedor, buscar segundas opiniones, cuestionar la necesidad de pruebas de laboratorio o medicación, evitar servicios suntuarios y obtener visibilidad de los costos del proveedor.

- Estructurar redes de proveedores también puede ayudar, por ejemplo, introduciendo proveedores preferidos para algunas condiciones, introduciendo centros de excelencia - COE - (por sus siglas en inglés), y aprovechando los servicios médicos intraempresariales.

- Si desea que los empleados busquen atención en COE de alta calidad o en forma ambulatoria, considere reembolsar un mayor porcentaje de los gastos elegibles a los miembros si acceden a proveedores preferidos. Pero un porcentaje menor si acceden por una opción diferente. También puede dar un incentivo financiero adicional a los empleados que usen atención virtual, mejora de la salud o actividades de bienestar. Este enfoque escalonado de coaseguro motiva a los empleados a optimizar el uso del plan.

Los empleadores también deberían seleccionar y monitorear a las aseguradoras con base en sus capacidades de gestión de reclamaciones y supervisión de red de proveedores, teniendo presente que los entornos normativos pueden variar de un país a otro.

Nuestro informe sobre *Tendencias médicas globales de 2019* encontró que el 54% de las aseguradoras usa coaseguro y el 67% usa deducibles para mitigar los costos médicos y mejorar la rendición de cuentas.



Facilite a los empleados hacer lo correcto

Cuando se trata de recibir la atención adecuada, en el momento adecuado, en el entorno adecuado, los empleados pueden no estar preparados para tomar buenas decisiones. Experimentos en EE. UU. con planes de salud dirigidos por los consumidores (CDHP [por su sigla en inglés]) en la contención de costos.*

Los servicios de apoyo de la atención pueden ayudar a los empleados a decidir si van a la sala de urgencias, acuden a un proveedor local, prueban la telemedicina, o visitan un centro de excelencia. Ayudar a los empleados a navegar por estas opciones asegura que reciban una atención costo-efectiva, lo cual, a su vez, mejorará la calidad y la asequibilidad del precio.

Nuestra investigación sobre Tendencias Médicas Globales de 2019, muestra que las aseguradoras están cada vez más financiando métodos no convencionales de atención. Estos incluyen servicios virtuales, atención domiciliar e incluso machine learning e inteligencia artificial como verificadores de síntomas de salud.

Por ejemplo, asegúrese de que sus empleados entiendan los máximos anuales y/o vitalicios de su plan de modo que puedan administrar sus gastos para proteger su cobertura.

En muchos mercados, MMB ofrece una gama de materiales para ayudar a los empleados a participar más activamente en su atención, como comunicaciones educativas relativas al uso de drogas genéricas recetadas y al uso excesivo de antibióticos.



Empoderar a los empleados para que tomen las decisiones correctas

Las firmas también deberían proporcionar a los empleados los incentivos, el conocimiento y las herramientas para que administren su propia salud y sus propios costos.

La estrategia de empoderamiento al empleado, incluye el que conozca sus riesgos de salud, el sistema de salud y la cultura específica de su país.

El rol del empleador en la administración de costos, incluye validar que los proveedores de seguros y servicios, tomen medidas proactivas para erradicar costos innecesarios en el costo de la salud.

Nuestro documento sobre [Gestión de la calidad de la atención en salud](#) examina las acciones que los empleadores pueden tomar para promover el uso de proveedores costo-efectivos.

Las lecciones claves incluyen:

- Crear planes asequibles, copagos y coaseguros, que efectivamente faciliten el acceso a la salud, de acuerdo con la realidad de su fuerza laboral.
- Reconocer y abordar las barreras en la atención.
- Eliminar los servicios que generen poco valor clínico o que puedan causar un daño innecesario (iatrogenia).
- Invertir en servicio de salud de cuidado primario y prevención, con probado valor en el largo plazo y que disminuya la demanda de servicios por urgencias.
- Dar acceso a un alto estándar de atención a través de una red de proveedores preferentes y centro de excelencia.

Valorar el cuidado integral

Debido a que muchos programas de salud y beneficios para empleados no han evolucionado estratégicamente, pueden no reflejar la mejor práctica clínica vigente. Por ejemplo, muchos planes hacen énfasis en atención catastrófica, atención médica de casos graves y gastos solamente de hospitalización. Al asegurar que las personas tengan acceso a medicamentos y exámenes básicos, y otras formas de cuidado preventivo y primario, se pueden reducir los costos de "atención de urgencias". Por ejemplo, la medicación y el monitoreo de bajo costo para la presión arterial, tal vez prestados por recursos en el servicio médico empresarial, pueden ser de gran ayuda para evitar visitas a la sala de urgencias. Optimizar el acceso y la adherencia al tratamiento es solamente una forma de balancear la economía y la empatía.



2. Administrar el riesgo de salud — mediante un enfoque basado en datos que promueva una fuerza laboral saludable

Todos los buenos planes de administración de riesgos contienen estrategias para eliminar y gestionar amenazas intrínsecas, y su plan de atención en salud no debería ser diferente.

Las condiciones cardiovasculares, gastrointestinales y respiratorias, en gran medida relacionadas con elecciones de estilo de vida, continúan impulsando las principales reclamaciones en costo y frecuencia. (Fuente: *Tendencias médicas globales*, de MMB, 2019).

Uno de cada tres trabajadores reporta que no goza de buena salud o que tiene una salud regular, y uno de cada cinco reporta que tiene una condición de salud crónica. (Fuente: *Health on Demand* de MMB, 2020).

El entendimiento de los riesgos de salud de sus empleados y de los dependientes de ellos — y la administración de los mismos mediante iniciativas basadas en datos y apoyo personalizado enfocado en el cambio de comportamiento — pueden tener un impacto en costos en el mediano a largo plazo.

Los empleados pueden clasificarse en el siguiente espectro: sanos sin riesgo, sanos con riesgos (por prácticas de estilo de vida o historia familiar, por ejemplo), enfermos, o incapacitados/impeidos para trabajar, y ellos se moverán a lo largo de este espectro con el tiempo. Provea a cada uno de ellos el apoyo para mantenerse bien y posiblemente prevenir costos futuros.

La administración del riesgo de salud involucra:

- Mantener a los individuos bien mediante la promoción de hábitos saludables, una cultura de bienestar, educación, vacunación y otras iniciativas de prevención de enfermedades y lesiones.
- Identificar quién está en riesgo de enfermedad por estilo de vida, historia familiar (cuando sea permitido conforme a las leyes locales), y/o entorno de trabajo, y eliminar y gestionartales riesgos.
- Dar soporte a las personas con padecimientos para detener o frenar el progreso de la enfermedad.
- Administrar rigurosamente los casos de alto costo para optimizar la atención y, cuando sea posible, hacer que retornen al trabajo productivo.

Un análisis detallado del perfil de riesgo de su población, así como del plan de medidas de gestión puede ayudarlo a determinar las brechas e ineficiencias de su programa.



También puede haber algunos riesgos de salud inherentes a su organización. Asegúrese de identificarlos de modo que los controles se enfoquen en áreas problemáticas claves, como:

- Cultura organizacional.
- Entorno físico.
- Estilo y estructura de la gerencia.
- Sistemas de apoyo/capacitación y desarrollo personal.

La administración efectiva de los riesgos de salud puede tener como resultado un retorno significativo de su inversión. Por ejemplo, organizaciones tales como Canada Life, Dupont, Prudential Insurance, y Citibank reportaron un ROI [sigla en inglés de Retorno de Inversión] en el rango de ahorros de US\$2,00 a US\$6,85 por cada dólar invertido en el bienestar de los empleados¹.

Entre tanto, tras más de cinco años de investigación y análisis, Sun Life y la Escuela de Negocios Ivey en la Universidad Western de Canadá, encontraron que un grupo que participó en un programa integral de bienestar, experimentó una disminución del 4% en las tasas de ausentismo en comparación con un aumento del 23% en el grupo de control².



La salud de los empleados es un imperativo del negocio. Por lo tanto, es necesario desarrollar una estrategia holística de salud y bienestar que apoye a los empleados en las dimensiones física, emocional, financiera y social.

¹ <https://www.benefitscanada.com/benefits/health-wellness/how-well-is-your-wellness-program-37003>

² <https://www.sunlife.ca/static/canada/Sponsor/About%20Group%20Benefits/Group%20benefits%20products%20and%20services/Health%20and%20wellness/Wellness%20ROI%20Study/Files/PDF7224-E.pdf>



3. Impulsar eficiencias — mediante un modelo de financiación y colocación inteligentes

La gestión de ineficiencias es un componente crítico para la contención de costos, pues los planes de beneficios pueden involucrar duplicidad de costos significativos.

Las oportunidades claves incluyen:

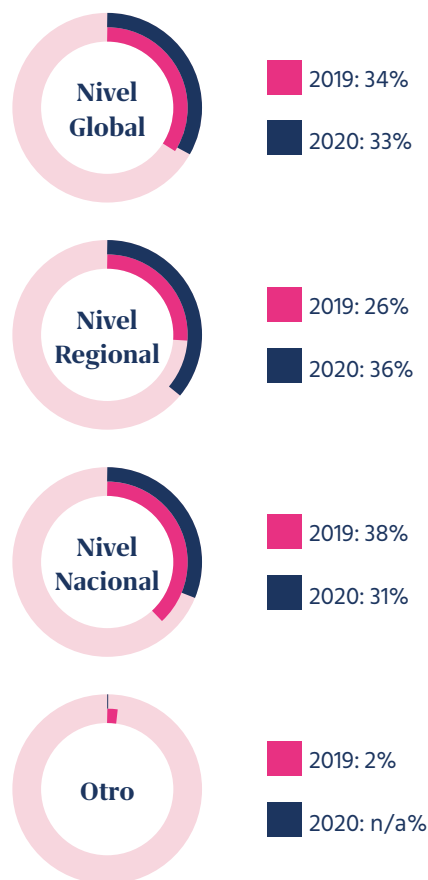
- Hacer una descomposición de los componentes del costo del seguro, revisando los costos directos del riesgo e indirectos de la administración, que existen en las primas de seguros. Su corredor empleará varias técnicas para hacer esto y debe tener conocimiento de los factores financieros usados por las aseguradoras al determinar sus tarifas.
- Evaluar enfoques basados en la lealtad con aseguradoras que hagan concesiones de precio a cambio de plazos contractuales más largos (por ejemplo, enfoques de acuerdos por varios años, períodos de cobertura ampliados).
- Eliminar beneficios redundantes o duplicados, a través de una revisión integral de todos los recursos de salud.
- Negociar con los proveedores de atención en salud para obtener precios favorables/competitivos mediante descuentos por volumen y precios por paquete.
- Asegurarse de que los acuerdos financieros sean óptimos mediante la consideración de enfoques alternativos de transferencia de riesgos, como autoseguro, participación de utilidades y suscripción centralizada.
- Si tiene múltiples planes, considere consolidar/ armonizar, para lograr economías de escala y simplificación en la administración.
- Implementar protocolos de adjudicación y manejo de casos para minimizar el fraude, asegurar que los gastos sean médicamente necesarios, y asegurar que las reclamaciones pagadas sean razonables y habituales.
- Administrar proveedores de seguros y otros a través de acuerdos de nivel de servicio y auditorías, que puedan identificar con frecuencia fuentes de fraude y oportunidades de reembolso de pagadores de reclamaciones.
- Simplificar y automatizar la administración para optimizar los recursos del área de Talento Humano.
- Comprar beneficios y servicios relacionados, como corretaje regional y global.

Hay varias formas de obtener economías de escala en su plan de beneficios.

Dependiendo del apetito de riesgo de su organización, el autoseguro mediante contratos de solo servicios administrativos, acuerdos de fideicomiso, o cautivas, reducen los costos para la transferencia de riesgos (donde la ley lo permite). El autoseguro con frecuencia es apropiado para gastos fáciles de proyectar, especialmente si pueden ser agrupados con otros riesgos.

Para multinacionales, adoptar un enfoque de gestión global de beneficios (GBM [por su sigla en inglés]) ayudará a asegurar que usted aproveche el poder adquisitivo global con las aseguradoras, que sus planes sean acordes con las necesidades locales y que tenga una fuente central de información para mejorar la toma de decisiones y la eficiencia.

La compra centralizada de otros beneficios, como planes de asistencia al empleado, plataformas de bienestar y soluciones digitales, pueden generar ahorros adicionales. Estamos viendo una tendencia de las multinacionales a tomar un control centralizado, para gestionar tanto los costos como la experiencia del empleado.



Fuente: Thomsons Online Benefits. La edad de la agilidad: Informe de 2020/21 sobre beneficios flexibles, adaptables y resilientes — ¿A qué nivel gestiona su organización los beneficios para empleados?



3. Cómo aplicar estrategias de contención de costos



Adoptar un enfoque digital

La COVID-19 está transformando la manera en que los empleados ven los planes de beneficios — acelerando la demanda de innovación y servicios digitales.

El impacto de la pandemia resonará mucho más allá del pico de los contagios — infiltrándose en nuestro concepto sobre la conectividad, las cadenas de suministro globales, y la continuidad de los negocios. Y esto cambiará cómo trabajamos — tanto ahora como en el futuro.

Nuestra investigación previa mostró que los empleadores y los empleados por igual ya estaban muy interesados en adoptar iniciativas digitales de atención en salud, pero la COVID-19 y los cierres subsiguientes han hecho que esto sea una necesidad más que algo que sería “bueno tener”.

La exploración de la atención virtual —tanto para contener costos médicos como para estimular el comportamiento

adecuado de los consumidores —está cada vez más pasando a la ejecución. Nuestra encuesta de 2019, tendencias médicas globales, encontró que el 78% de las aseguradoras ahora están considerando consultas virtuales de salud, o ya está dando soporte a las mismas.

La oferta en línea a los miembros para su vinculación es el lugar obvio para empezar, dadas las expectativas de la fuerza laboral actual con respecto a una experiencia digital sin contratiempos para el consumidor.

Como punto inicial, los empleadores deberían considerar:

- La expansión de las capacidades digitales para dar soporte a tareas tales como el envío de reclamaciones.
- Permitir a los empleados navegar por los proveedores de servicios de salud en línea.
- Implementar la reserva de citas y la gestión de registros médicos en forma digital.

La innovación digital también abarca soluciones preventivas para ayudar a los grupos “en riesgo” y “crónicos” a administrar sus riesgos. Las aseguradoras de salud no solamente están enfocadas en el pago por atención de enfermedades, sino que se están orientando hacia ofertas integradas que van desde medidas preventivas de bienestar, hasta el manejo de condiciones.

Una de tales soluciones es un programa digital de administración de la diabetes en los Estados Unidos, el cual facilita las intervenciones de tratamiento temprano para prevenir problemas serios de salud, desde pérdida de la visión, hasta falla cardíaca, que pueden ocurrir por un mal manejo de la enfermedad. El empleado usa un monitor de glucosa conectado, que envía los resultados a una cuenta en línea segura. Los datos entonces son continuamente evaluados usando análisis predictivo, y cualquier problema es identificado. En este punto, un proveedor de atención en salud puede intervenir para ofrecer asistencia, incluyendo más educación, capacitación en nutrición, o programación de una cita médica para desarrollar un nuevo plan de tratamiento derivado de estos datos.

La teleconsulta es otra forma con la cual la tecnología está reduciendo los costos a la vez que mejorando los resultados de salud.

En China hay pocos proveedores médicos en relación con la población, especialmente en las áreas rurales. El gobierno y las compañías privadas, han invertido en plataformas de teleconsulta donde los pacientes pueden hacer citas médicas en línea a través de equipos móviles, comunicarse con proveedores en salud mediante texto y teléfono, y solicitar segundas opiniones médicas en otros países.

Los nuevos usos de la inteligencia artificial (IA) en la atención médica, también pueden dar apoyo a médicos sobrecargados, aliviar cuellos de botella operacionales y conectar mejor a los pacientes con proveedores de servicios de salud apropiados y de alta calidad.

Una explosión de proveedores digitales que pueden contratar directamente con los empleadores está haciendo más fácil complementar estos acuerdos. MMB ha incorporado muchos de ellos en sus soluciones patentadas para ayudar a cerrar las brechas.

Sin importar dónde esté en el camino de la digitalización, independientemente del tamaño de su compañía, hay trabajo por hacer. En tanto el mercado laboral se endurece y los trabajadores más jóvenes y conocedores de la tecnología toman el timón, las compañías deben dar prioridad a la tecnología digital en el diseño y la prestación de beneficios para atraer y retener a los mejores empleados en el futuro.



Darwin™ es la plataforma global de administración y contratación de beneficios número uno en el mundo. Permite a las organizaciones lograr sus metas de beneficios, personal, y metas de negocio más amplias — aumentando la vinculación de los empleados, optimizando la gestión de beneficios, controlando los costos y administrando los riesgos mediante:

- Ayuda a las organizaciones en el uso de su oferta de beneficios para atraer y retener al mejor talento, y así reducir costos de contratación.
- Automatizar procesos y suministrar herramientas de autogestión para los empleados, de manera que los equipos de RRHH se enfoquen en temas estratégicos.
- Minimización del manejo manual de datos, reduciendo el riesgo de errores y costosas brechas de datos.
- Uso de análisis de datos para identificar costos e ineficiencias ocultas a nivel global, regional y local.



Negociar e impulsar el cambio del mercado

Como asesores líderes en beneficios para empleados, en MMB trabajamos en nombre de nuestros clientes para verificar que las tarifas de las primas sean determinadas en forma correcta y sean altamente competitivas y financieramente sólidas.



También estamos trabajando en nombre de nuestros clientes para impulsar el cambio de la industria de la salud y los seguros en varias áreas, incluyendo:

- Modernizar los diseños de los planes para incentivar los comportamientos de consumo de servicios de salud correctos.
- Mejorar el análisis de datos relacionados con reclamaciones, perfil de utilización, condiciones de salud que impulsan el gasto médico, para determinar los factores de costos y las oportunidades para la contención de los mismos.
- Diseñar, promover e implementar soluciones digitales en salud, que conduzcan a la optimización de recursos, mejorar la calidad, accesibilidad y experiencia del usuario (telemedicina, Apps para seguimiento de crónicos, programas de bienestar con acceso digital).
- Abordar las preocupaciones de flujo de caja a corto plazo de los empleadores relacionadas con la COVID-19, mediante la búsqueda de estrategias financieras viables o disponibles para cada mercado como son: reducción de primas, acreditar excedentes de primas basados en la siniestralidad del plan, aplicación de créditos en primas, aplazamiento del pago de primas y reducción de penalidades por mora en el pago de primas.

4. Conclusión



La pandemia de COVID-19 está aumentando la importancia de la gestión de costos en la agenda corporativa, haciendo que este sea el tiempo ideal para que los empleadores piensen en estrategias de contención de largo plazo. El logro de estas metas, sin embargo, supone ir más allá del statu quo de simplemente cuestionar los precios durante el proceso de renovación.

Los empleadores deberán abordar consistentemente el manejo de los gastos, con un enfoque en varios frentes y por varios años, que apunte a los tres pilares básicos para la contención de costos: diseñar para generar valor, administrar el riesgo en salud e impulsar eficiencias.

Las organizaciones que asuman este desafío crearán planes de beneficios costo-efectivo que realmente beneficien a los empleados. Las que no lo hagan, solamente controlarán los costos en el corto plazo, corriendo el riesgo de comprometer la salud y el bienestar de sus empleados.

Las empresas deben ser innovadoras, en tiempos sin precedentes como estos y estar dispuestas a llevar los límites más allá de la práctica del mercado.. En MMB, podemos ayudarle a aprovechar sus datos para identificar las ineficiencias en su programa actual y retar el statu quo balanceando la economía con la empatía.





Para más información, por favor póngase en contacto con su oficina local de Mercer Marsh Beneficios.

Mercer Marsh Beneficios provee una serie de soluciones para ayudarlo a gestionar el riesgo del personal, incluyendo:

- Corretaje en beneficios básicos para empleados, así como para expatriados y riesgos especiales, como accidentes en viajes de trabajo.
- Asesoría y soporte en salud y bienestar, comunicaciones con miembros del plan, y financiación de planes de beneficios.
- Soluciones digitales para involucrar a los miembros del plan en su salud y beneficios.

Quiénes somos y por qué existimos

Mercer Marsh Beneficios (MMB) nació de la unificación de la mejor consultoría en Recursos Humanos del mundo, la líder global en asesoría sobre riesgos de personas, y la firma número uno en tecnología novedosa en beneficios, para formar un negocio único. Juntas hemos dado forma a algunas de las experiencias de beneficios para empleados más queridas del mundo para empresas pequeñas, empresas en crecimiento y firmas globales. MMB tiene 7.000 empleados, cuenta con sedes en 73 países y presta servicios a clientes en más de 150 países. En 2019 este negocio generó 1.100 millones de dólares de ingresos, y continuamos llevando experiencia local a más lugares y trabajando codo a codo con nuestros clientes y nuestros colegas de Mercer y Marsh en todo el mundo.