



## **Monografía del Curso de Auditoría**

*Gerenciamiento y subsistencia de la pequeña obra social*

*Autores:*

*Dr. Diego Eyharchet*

*Dr. Matias Beatti*



# ***Índice***

- *Introducción*
- *Objetivo*
- *Desarrollo*
- *Conclusiones*
- *Anexos*

## ***Introducción***

El Sistema de Cobertura Social de la Atención en Argentina se encuentra segmentado, tanto en lo referente a sus fuentes de financiamiento, como en la constitución de los fondos utilizados por cada subsistema, el gerenciamiento de cada uno de ellos, y sus mecanismos de provisión de servicios. Esta fragmentación provoca la superposición de coberturas, donde algunos beneficiarios de Obras Sociales recurren a instituciones estatales ante cortes de prestaciones o niveles deficientes de calidad, en tanto otros, dado su nivel de ingreso, optan por financiar un seguro privado adicional. Ello genera subsidios cruzados e ineficiencia en la asignación de recursos.

Al interior de las estructuras sociales de Financiamiento y Prestación de Servicios de Salud el subsector de la seguridad social comprende a las Obras Sociales Nacionales y el INSSJP -la Obra Social para Jubilados y Pensionados-, creados mediante leyes nacionales específicas. Las Instituciones del Seguro Social se completan con las Obras Sociales Provinciales, correspondientes a las 24 jurisdicciones, con marcos jurídicos heterogéneos e independientes, y otras Obras Sociales, como las de las Fuerzas Armadas, Policía, Universidades Nacionales, Poder Judicial y Congreso de la Nación.

Los recursos de todas ellas provienen de aportes y contribuciones sobre el salario y actúan predominantemente como financiadores, contratando servicios médicos privados, existiendo un número limitado de instituciones con servicios propios. Las diferencias en el volumen de asegurados, niveles de ingreso, y montos destinados a gastos administrativos entre ellas determinan enormes diferencias en sus posibilidades de financiamiento.

El sistema de obras sociales nacionales, creado mediante la ley 18.610 a principios de la década del '70, se organiza a través de mecanismos de seguro social obligatorio que incluye, además de las prestaciones de servicios de salud, otros beneficios sociales. Dicha ley determina la cautividad de aporte a una obra social determinada por actividad a partir de un piso mínimo de remuneración, la administración de la Obra Social a cargo del sindicato y la regulación del sistema a cargo del INOS (Instituto Nacional de Obra Social), que contaba con capacidad de manejo de un fondo de distribución primitivo para compensación de diferencias. Derogada en 1989 por la Ley 23.660, que reorganiza el régimen de Obras Sociales, encontrándose vigente hasta la actualidad. El organismo actual de regulación y control es la Superintendencia de Servicios de Salud.

La mayoría de las Obras Sociales Nacionales, como agentes gerenciantes de recursos, realiza subcontrataciones con el sector privado, pudiendo ser estos prestaciones, capitados o por porcentaje de aportes.

El Programa Médico Obligatorio se normatizó mediante el Decreto 492 de 1995, reglamentado a través de la resolución 247 de 1996, del Ministerio de Salud de la Nación. Dicha resolución establece que las Obras Sociales deben asegurar a todos los beneficiarios, ya sea en forma directa o a través de efectores contratados, las prestaciones de prevención, diagnóstico y tratamiento médico y Odontológico que se detallaban en dicha normativa, sin permitir periodos de Carencia. A partir de entonces, el Programa Médico Obligatorio sufrió pequeñas modificaciones.

## ***Objetivo***

Entendiendo que a mayor volumen prestacional existe una facilidad financiera que no posee la pequeña Obra Social, intentaremos plantear estrategias para la subsistencia de las mismas.

La experiencia que hemos cosechado en estos últimos 2 años con respecto a la estructura es el crecimiento de una gerenciadora que comenzó con 15000 afiliados y al presente tiene 55000 y gerencia 4 obras sociales sindicales y una mutual. Todas estas obras sociales nos han brindado un panorama el cual describiremos con el fin de poder esclarecer los problemas que acontecen dentro de las mismas y que no les permiten ser viables. También plasmaremos nuestra óptica incluyendo estrategias y bases fundamentales para su subsistencia.

## **Desarrollo**

Planteado el marco en el cual se desarrolla la actividad de las obras sociales y comenzaremos por dividir las obras sociales en pequeñas, medianas y grandes.

¿Cómo determinamos la magnitud de una obra social?

A nuestro criterio la magnitud de una obra social está definida por la cantidad de afiliados que posee. Una obra social pequeña cuenta con menos de 10000 afiliados siendo esta división puramente arbitraria y fundamentada en la posibilidad de subsistencia de las mismas. La viabilidad de las obras sociales con menos de 10000 afiliados, se ve severamente comprometida siendo este el motivo de nuestro trabajo.

Las Obras Sociales pequeñas tienen, como característica desde el punto de vista financiero, un mayor gasto administrativo como porcentaje de los egresos totales (prestacionales y de funcionamiento). Esto implica que normalmente la estructura mínima de la obra social con la que debe funcionar, conlleva un gasto que a mayor volumen de afiliados impacta porcentualmente en menor medida.

Para poder entender porque normalmente las pequeñas obras sociales sindicales normalmente no son viables si son manejadas por el sindicato hay entender que función cumple una obra social sindical en un organismo sindical. En el contexto planteado en la introducción se debe entender que una obra social sindical normalmente es una herramienta del sindicato tanto política como económica. Lamentablemente la falta de control en los aportes dirigidos y en la administración de los mismos, han generado en los sistemas de las obras sociales grandes problemas financieros que producen la cesación de pagos y el posterior cierre de las mismas.

Como herramienta política, la obra social sindical, se ofrece como un servicio extra a una afiliación en muchos sindicatos, esta variable está más presente en los sindicatos pequeños dado que su contacto con los afiliados suele ser sectorial y localizado. Además se pierde el significado de la lógica y de las políticas sanitarias y se produce un tipo de clientelismo en el cual cada uno busca su beneficio personal y el de sus dirigidos.

Otra de las causas es que la misma se comienza a utilizar para dar trabajo a familiares de delegados , amigos, etc, y luego los mismos se enquistan en sus puestos de trabajo y muchas veces no están capacitados para realizarlos o simplemente no concurren al mismo produciendo un aumento no justificado del gasto en estructura.

La aparición de nuevos beneficios como el sumarte y suman creado por la SSS, estas pequeñas obras sociales intentan sumar afiliados para recibir aportes de este organismo regulador. A partir de estos planes donde se aceptan monotributistas sociales y jubilados, se está generando una nueva complicación dado que los aportes de los mismos se encuentran demorados y generalmente vienen presentando falta de aportes en algunos periodos, contribuyendo al decaimiento de las arcas de estas obras sociales.

Además una obra social o prepaga posee, para poder adecuar el gasto sin resignar la calidad, algunas herramientas de gerenciamiento, de epidemiología clínica y bioestadística, y de informática médica que aplicadas adecuadamente son fundamentales en el manejo y la interpretación de los resultados de un sistema de atención médica. Las mismas sirven para luego poder direccionar políticas de atención como también estrategias prestacionales. Lamentablemente los sindicatos pequeños no disponen de estas herramientas por lo que su gasto normalmente se ve aumentado muchas veces sin un objetivo prestacional concreto.

Ahora bien ¿cuáles son las estrategias que planteamos para la subsistencia de estas obras sociales?.

Dentro del funcionamiento es importante recalcar que la estructura de una pequeña obra social o gerenciadora debe ser lo más pequeña y eficiente posible.

La pequeña obra social firma convenios prestacionales con inclusiones y exclusiones (anexo 1) , dichos convenios se firman con prestadores y también con gerenciadoras y apuntan a que la pequeña obra social tenga cubierto las prestaciones diarias que precisan. Además precisan contratar policonsultorios, red de odontología y red de farmacias que tengan disponibilidad en los subsectores donde se encuentran los afiliados de la obra social.

La alternativa de la gerencia apunta además a resolver las prestaciones de mayor volumen dado que las autorizaciones de prácticas conllevan un trabajo manual en la mayoría de los casos. La mayoría de estas obras sociales y mutuales subcontratan sistemas de gerenciamiento capitado o porcentuales según aportes, firmando un convenio marco en el cual se establecen inclusiones y exclusiones.

A continuación detallaremos las características positivas de los sistemas de gerenciamiento:

- La búsqueda de un sistema de gerenciamiento se fundamenta y es comparable al sistema de cooperativas regionales desde el punto de vista de la unidad y la necesidad de manejar volúmenes mayores para conseguir mejores aranceles.
- Los mayores volúmenes manejados por las gerenciadoras conjuntamente con los servicios de contención al afiliado, equipos de auditoria formados para poder hacer frente a las autorizaciones y su respectiva facturación.
- Normalmente se utilizan como herramientas prestacionales para obtener acceso a prestadores de mejor categoría.

Profundizando en las practicas la mayoría de las obras sociales trabajan con transacciones online pre autorizadas bajo el sistema pos net o similar. La pequeña obra social puede o no tener contratados estos sistemas con menús



prestacionales y topes más estrictos, necesitando de operarios y auditores para las practicas no incluidas en dicha modalidad.

De poseer un gerenciamiento normalmente es lógico dejar excluido del convenio marco las prácticas y prótesis que sean pasibles de recupero por el sistema SUR.

Si la obra social decide intentar ser viable por si misma es fundamental poseer un sistema informático para que toda la información de los afiliados y de las practicas se encuentra volcada en este sistema, es imprescindible que la información prestacional (prácticas y gastos) queden almacenadas dado que existen innumerables irregularidades por parte de los prestadores y de los afiliados por lo que para llevar un estricto control financiero y prestacional es fundamental dicha herramienta ya que genera una enorme cantidad de información sobre los distintos modelos de atención, análisis de costos de las practicas, tasas de uso de ciertas prácticas por parte de los afiliados etc.( Anexo 2)

Esta herramienta permite además una medida indirecta de la calidad prestacional y gestión de la atención tanto ambulatoria como de internación. Es muy importante adecuar los padrones de la obra social al sistema para que este se nutra con información reciente de los aportes recibidos y pueda detectar los afiliados que se encuentran en situación irregular.

#### *Prestaciones.*

Como estrategia prestacional se debe plantear la contratación de pocos prestadores ubicados estratégicamente para poder hacer frente a las demandas de los afiliados, pero sin disipar el volumen prestacional que le puede servir para competir en precios con otras obras sociales más grandes.

El tener contratados pocos prestadores puede permitir la fidelización del prestador y el mejor control por parte de un auditor de terreno que se encuentre trabajando para dicha obra social.

Es fundamental tener divididos los niveles prestacionales, para que no se realice la derivación de los pacientes por los distintos especialistas de una misma institución, esto se logra dividiendo el nivel 1 de nivel 2 prestacional.

Al tener menor cantidad de prestadores, se facilita la tarea de auditoria dado que los encargados de dicho control, están familiarizados con la forma de facturación los costos de las mismas y las irregularidades que van apareciendo en dicho proceso

El control de las prestaciones debe ser realizado por médicos que tengan claro que la subsistencia de dicha obra social depende de sus autorizaciones y garantizando un nivel prestacional sepan detectar las irregularidades que se presentan por parte de los afiliados y de los prestadores. Otra estrategia prestacional puede ser la temporización de las cirugías programadas.

Finalmente desde el punto de vista financiero resulta imprescindible establecer los cronogramas de pagos diferidos para lograr el correcto funcionamiento financiero de la obra social

## *Conclusiones*

Las estrategias planteadas deben ser coordinadas para que la financiación de la obra social no se vean comprometida, siendo fundamentales los convenios prestacionales y el control de las prestaciones los determinantes del gasto, y el control de los aportes y el recupero de las prácticas los determinantes de financiación.

Las pequeña obra social debe contratar poco personal que sea idóneo y debe intentar no sufrir la politización para asegurar su subsistencia.

Debe existir un asesoramiento desde el sector gerencial de la pequeña obra social al sector político, para evitar los compromisos que desfinancian la obra social.

De existir la posibilidad, se debe apelar a la constante promoción y afiliación de empleados jóvenes y solteros a fin de estimular el crecimiento de la obra social.

## ANEXO 1

### PEQUEÑA OBRA SOCIAL.

---

---

- Existen dos tipos de categorías o planes para esta población las cuales denominaremos: "Plan A" y "Plan B".

#### PLAN A

---

---

- Pertenecen a este plan todos los afiliados que eligieron desregular a "Patrones de Cabotaje..." y el trámite fue realizado con éxito en la SSSalud
- Se brinda a través de una red de prestadores los servicios de atención médica de primer, segundo y tercer nivel de atención + atención bioquímica, kinesio y odontología + provisión de medicamentos en internación y a través de pacientes ambulatorios a través de farmacias adheridas y servicios de atención domiciliaria y traslado en ambulancia según y en todos los casos lo estipula el PMO de la SSSalud.
- Abarca a los afiliados domiciliados en: - Ciudad de Bs as. - Gran Bs As. - y Provincia de Bs As.
- Siendo un sistema capitado solamente recibirán estos beneficios los afiliados que se encuentren declarado en el padrón enviado mes a mes.
- Para acceder a estos beneficios el afiliado deberá presentar: DNI que acredite identidad, Carnet con banda magnética provisto por SPM o en caso de estar en trámite la constancia de que se encuentra en esta situación. (en ningún caso se pedirá recibo de sueldo dado que al ser un sistema capitado únicamente vale el servicio para el afiliado declarado en el padrón).
- Cuando un afiliado fuera de padrón solicitara un servicio o bien se solicitara una prestación no incluida dentro del contrato, se informara en cada caso a la mutual dentro de las 24hs de haberse presentado el caso junto con el presupuesto a fin de sea aprobado y una vez así se brindara el servicio al afiliado facturándose a la la práctica al valor del presupuesto. (Para poder facturar a la estas prácticas, necesitaremos identificar cada caso dado que hasta tanto no se consiga la documentación que acredite la realización del estudio no reconocerá al mismo).
- En relación a los servicios brindados por Hospitales Públicos de Autogestión, perteneciente a las jurisdicciones indicadas en los puntos anteriores, corresponderán a SPM (excepto los excluidas a este convenio)
- Por las prestaciones incluidas el afiliado deberá abonar los coseguros autorizados en el PMO.
- La Mutual podrá designar un médico auditor quien podrá controlar y evaluar la calidad de la atención, la gerenciadora se compromete a colaborar con el auditor de la Mutual.

- La vigencia del mismo será por 1 año a partir de Enero 2013.

---

## EXCLUSIONES

---

- Accidentes de trabajo o “in itinere”
- Accidentes de Tránsito
- Accidentes, lesiones o daños resultantes de guerra, declarada o no, insurrección, revoluciones, subversión, tumultos populares, actos de terrorismo, intento de suicidio, riñas, etc.
- Aborto no terapéutico inducido o provocado y sus consecuencias.
- Cirugía estética o plástica no reparadora.
- Consultas y prácticas de cosmetología
- Consultas o Tratamientos con profesionales o establecimientos asistenciales no pertenecientes a la red (excepto cuando ocurra con autorización previa y derivación de SPM)
- Curas de reposo
- Cirugía Cardiovascular no contemplada en el PMO.
- Cirugía de columna correctora de la cifoescoliosis y artrodesis de columna.
- Diagnóstico y tratamiento de adelgazamiento con fines estéticos.
- Exámenes de pre ingreso, de control y de egreso.
- Enfermedades profesionales o sus complicaciones o sus secuelas.
- Habitación individual en internación, salvo que medicamente correspondiera.
- Acompañante durante la internación (salvo casos expresamente determinados por el PMO)
- Enfermería adicional dentro de la internación excepto la habitual del establecimiento.
- Esterilidad. En estudios se cubrirán solamente los contemplados en el PMO.  
Tratamiento de la misma excluidos.
- Grandes quemados:
  - Tipo A más del 30%
  - Tipo AB más del 20%
  - Tipo B más del 10%
- Hemodiálisis renal crónica
- Homeopatía, acupuntura, digito puntura, quiropraxia y otras prácticas no autorizadas por las leyes vigentes, aun realizadas por médicos con títulos habilitantes.
- Implantes cocleares – Estapedectomía
- Internación domiciliaria
- Internaciones geriátricas

- Internaciones en TINN, UTI, UCO más de 30 días. La obra social se hace cargo a partir del día 31.
- Internaciones en piso más de 30 días la obra social se hace cargo a partir del día 31 de internación.
- Si en una misma internación existe sumatoria de TINN / UTI / UCO y Piso el total será hasta 45 días computándose indistintamente en donde hubiere estado internado el paciente. La obra social se hace cargo a partir del día 30
- Internaciones de enfermedades mentales crónicas.
- Internaciones en casos de intoxicaciones auto provocados o intentos de suicidio. También en casos de intoxicaciones en etapa aguda por alcoholismo y drogadependencia.
- Lesiones y o daños provenientes de la participación en pruebas deportivas o demostraciones de pericia o velocidad o deportes riesgosos.
- Ortesis, elementos ortopédicos y osteosíntesis.
- Plasmaferesis y plaquetoforesis.
- Prácticas o internaciones para fines experimentales.
- Prótesis de todo tipo y material descartable de alta complejidad (en cirugías cardiovasculares, cirugía vascular periférica, neurocirugías, oftalmología, etc.)
- Provisión de audífonos
- Provisión de sangre y/ derivados cuya reposición estará a cargo del afiliado.
- Radio neurocirugía Cerebral
- Transfusiones más de 10 unidades en una internación.
- Tratamiento quirúrgico de patologías congénitas
- Tratamiento e internaciones por adicciones (alcoholismo y drogadependencia) en pacientes crónicos
- Tratamiento de enfermedades infectocontagiosas de denuncia obligatoria
- Terapia radiante
- Traslados por vía aérea o terrestre de afiliados en estado crítico que requieran prestaciones fuera de la provincia por superar el medio local.
- Toda practica recuperable por el sistema "SUR" según resolución 500/04 y sus modificatorias.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios que se proveen a través de farmacias no incluidos en el PMO (resol 310/04 y sus modificatorias) y no incluidos en el Formulario Terapéutico implementado por la gerenciadora.
- Medicamentos especiales (para tratamiento del HIV, artritis Reumatoidea, Insulinas, Tiras reactivas, Inmunosupresores, etc.) no contemplados en el Formulario Terapéutico ambulatorio ni en internación.
- Accesorios de farmacia en general
- Productos farmacéuticos de venta libre
- Pacientes discapacitados: excluida la cobertura de la patología que dio origen a la discapacidad y su tratamiento.

## PLAN B

---

- Este plan suministrara credenciales provisorias emitidas por la obra social con vencimiento a 30 días.
- Tendrá los mismos servicios y exclusiones que el "**Plan A**" excepto Emergencias, Urgencias y Visitas Domiciliarias.

## ANEXO 2

Cuenta de paciente		mes							Total general	% Rechazos
obra_social	estado	jun-14	jul-14	ago-14	sep-14	oct-14	nov-14			
AMTCYA	VISTO	625	669	516	467	437	11	2725		
	RECHAZADA	36	59	47	69	66	1	278		
<b>Total - AMTCYA</b>		<b>661</b>	<b>728</b>	<b>563</b>	<b>536</b>	<b>503</b>	<b>12</b>	<b>3003</b>	<b>10,20%</b>	
OSSSB	VISTO	432	466	476	530	299	16	2219		
	RECHAZADA	28	28	37	71	42	3	209		
<b>OSSSB</b>		<b>460</b>	<b>494</b>	<b>513</b>	<b>601</b>	<b>341</b>	<b>19</b>	<b>2428</b>	<b>9,42%</b>	
OSPL -	VISTO	95	140	152	140	136	3	666		
	RECHAZADA	31	10	26	28	39	1	135		
<b>Total OSPL</b>		<b>126</b>	<b>150</b>	<b>178</b>	<b>168</b>	<b>175</b>	<b>4</b>	<b>801</b>	<b>20,27%</b>	
x OSTEL	VISTO	3	47	849	1267	1029	50	3245		
	RECHAZADA	0	12	77	122	53	4	268		
<b>Total x OSTEL</b>		<b>3</b>	<b>59</b>	<b>926</b>	<b>1389</b>	<b>1082</b>	<b>54</b>	<b>3513</b>	<b>8,26%</b>	
<b>Total general</b>		<b>1250</b>	<b>1431</b>	<b>2180</b>	<b>2694</b>	<b>2101</b>	<b>89</b>	<b>9745</b>		

obra_social	3	4	5	6	7	8	9	10	Total general
AMTCYA	9,91%	10,74%	10,19%	10,25%	6,61%	8,01%	4,45%	0,00%	7,52%
(OSTEL)	18,42%	1,46%	1,17%	2,92%	6,96%	3,19%	1,67%	0,00%	4,47%
OSSSB	19,20%	16,60%	0,56%	1,28%	3,15%	7,22%	1,86%	0,00%	6,23%
OSPL	8,83%	4,27%	9,79%	7,29%	6,63%	19,28%	18,46%	0,00%	9,32%