

OBJETIVO DE GESTIÓN DE ADMINISTRACIÓN EN UNA OBRA SOCIAL DE CONVENIO: enfrentar eficientemente el incremento en los gastos prestacionales con recursos escasos.

CUALES SON LOS MOTIVOS POR LOS QUE LOS GASTOS PRESTACIONALES EN SALUD SE VEN INCREMENTADOS:

Estos motivos pueden ser divididos en dos grandes grupos:

Por un lado se encuentran las variaciones que tienen que ver con un proceso inflacionario:

- LA ADECUACIÓN DE LOS SALARIOS DE LOS TRABAJADORES DE LA ACTIVIDAD
- VARIACIÓN DE PRECIOS DE LOS SERVICIOS

Por estas circunstancias en el último año los costos se incrementaron de la siguiente manera:

Servicios Ambulatorios	27%
Servicios de Internación	18%
Gastos de Farmacia	9%
Gastos de Odontología	22%
Prótesis Quirúrgicas	15%
Reintegros Médicos	17%
Otros Gastos	21%
INCREMENTO PROMEDIO	19%

Si tenemos en cuenta una estructura de costos estandarizada esta variación se eleva a un 21 %

El segundo grupo tiene más que ver con el aumento en la cantidad de prestaciones, así como:

- INCREMENTO EN LAS TASAS DE USO
- INCREMENTO EN LA CANTIDAD DE PRESTACIONES OBLIGATORIAS
- INCORPORACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

RECURSOS CON LOS QUE CUENTA EL AGENTE DE SALUD PARA ENFRENTAR SUS GASTOS ADMINISTRATIVOS Y LOS GASTOS PRESTACIONALES MENCIONADOS

Principales fuentes de ingresos:

- Ingresos por Aportes y Contribuciones
- Cobro de Planes Superadores
- Subsidio por Trabajadores Desempleados
- Distribución por Ajuste de Riesgo
- Subsidios y Reintegros otorgados por el APE

## INGRESOS POR APORTES Y CONTRIBUCIONES

Como todos sabemos se trata de las Cargas Sociales retenidas a los trabajadores y aportadas por los empleadores, que son recaudadas y transferidas por la AFIP. Si bien la Obra Social no tiene ingerencia ni en los porcentajes legales, ni en los topes que puedan aplicarse a los mismos, ni en las remuneraciones de los trabajadores de los distintos gremios, lo que sí podemos hacer es un pormenorizado análisis de la información brindada por la AFIP en cuanto a DDJJ y TRANSFERENCIA, para poder hacer una adecuada determinación de deuda y reclamo de la misma. Para esto tenemos que contar con un sistema que lea los disquets que la AFIP nos entrega, cruzarlos con nuestros padrones debidamente actualizados y verificar que la transferencia de los empleadores sea la que corresponde. A partir de detectada una diferencia, se deben arbitrar los medios para realizar la cobranza (llamados telefónicos, envío de mails, cartas, etc.) con personal idóneo tanto para la liquidación como para el asesoramiento, ya que no todos los afiliados dependen de una empresa con un departamento de Recursos Humanos que pueda comprender por que ha sido un pago mal efectuado o el error en el envío de información. En caso de falta de pago habrá que ver como cubrir las prestaciones médicas obligatorias y remitir a legales el expediente con todos los datos necesarios.

## COBRO DE PLANES SUPERADORES

En el caso que la Obra Social tenga permitido el cobro de Planes Superadores a las prestaciones obligatorias, deberemos tener un óptimo sistema de facturación, que al valor de cada plan le reste el monto de los ingresos transferidos por aporte y contribuciones y así poder cobrarle al afiliado la diferencia. Es imprescindible la transparencia en el cálculo y brindar una amplia gama de posibilidades para que el afiliado pueda realizar el pago (efectivo en sucursales, tarjetas de crédito, de débito, transferencia bancaria). Habrá que llevar una cuenta corriente con cada grupo familiar y tener el debido control sobre las mismas, e inclusive poder hacer notas de débito, de crédito y tener prevista la alternativa del NO PAGO DEL PLAN SUPERADOR , pudiendo ofrecer al afiliado otro de menor costo o una PRESTACIÓN NO SUPERADORA.

## SUBSIDIO POR TRABAJADORES DESEMPLEADOS

Este subsidio es otorgado por el Anses al Agente de Salud donde hubiera estado afiliado el trabajador al momento de su desvinculación por ser esta Obra Social la que deberá cubrir las prestaciones médicas que él necesitara durante el período que cobrara el subsidio por desempleo. El monto está tabulado considerando edad y sexo de los integrantes del grupo familiar del trabajador desempleado.

## DISTRIBUCIÓN POR AJUSTE DE RIESGO

Lo brinda la Superintendencia de Servicios de Salud a través del Fondo Solidario de Redistribución quien asigna dichos fondos solidarios garantizando a los agentes de salud la percepción de una cotización mínima mensual, para poder cubrir con esto el costo de las prestaciones médicas de los trabajadores de bajos salarios. Este monto, como el anterior, también está tabulado considerando edad y sexo de los integrantes del grupo familiar.

**QUE PODEMOS HACER PARA OPTIMIZAR ESTOS INGRESOS:** En los dos casos mencionados debemos mantener PERFECTAMENTE ACTUALIZADO EL PADRÓN DE BENEFICIARIOS y HACER CONTROLES MENSUALES DONDE SE CRUCE EL MONTO DE LOS INGRESOS QUE ESTOS ENTIDADAS NOS DEPOSITAN CON NUESTRO PROPIO CÁLCULO, con el objetivo de hacer los reclamos pertinentes ante cada organismo.

## SUBSIDIOS Y REINTEGROS OTORGADOS POR EL APE

El objetivo de este organismo es satisfacer en TIEMPO y FORMA, los pedidos de los Agentes de Salud para financiar la cobertura de prestaciones de ALTO IMPACTO ECONOMICO, originados en la atención de enfermedades de BAJA INCIDENCIA Y/O CRÓNICAS. Para esto el Organismo realiza controles sobre la documentación aportada por el Agente de Salud para obtener un REINTEGRO o rendir un SUBSIDIO. Para realizar esta gestión con la mayor eficiencia, y en este punto quiero hacer gran hincapié, no sólo necesitamos como en todos los otros casos contar con:

PADRONES EXACTOS  
UN SISTEMA INTEGRADO Y DINÁMICO  
PERSONAL IDÓNEO

Sino que es imprescindible contar con toda la documentación contable y médica requerida por el organismo, para armar un LEGAJO en el que no hay posibilidad de falencias, y puedo asegurar que no es tarea fácil, ya que hay que hacer tomar conciencia de la EXTREMA NECESIDAD DE CONTAR CON TODA LA DOCUMENTACIÓN, y esta toma de conciencia está referida a:

NUESTRO PERSONAL  
EL AFILIADO  
EL PROFESIONAL Y LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

NUESTRO PERSONAL, que tendrá que ser CONTENEDOR y CONCIENTE de que tenemos enfrente un afiliado con una enfermedad propia o de su círculo familiar.

EL AFILIADO que tomará nuestro pedido como un TRÁMITE ADMINISTRATIVO Y BUROCRÁTICO, y que tendrá que comprender que de ellos depende en gran medida que el APE pueda ayudarnos a financiar estas enfermedades crónicas o de alto costo, para que Obra Social pueda solventar la totalidad de las necesidades de los afiliados.

EL MEDICO Y LA INSTITUCIÓN INTERVINIENTE, que por considerar que sólo se trata de un trámite, son reacios a realizar historias clínicas, llenar formularios, etc.

Y en esto quiero ser CONCRETO:

DE NINGUNA MANERA UN MÉDICO PUEDE PRETENDER DIRECCIONAR UN GASTO, POR EJEMPLO LA COMPRA DE UNA PRÓTESIS IMPORTADA, COMO ALGUNOS MÉDICOS HACEN, INCLUSIVE DANDO LOS DATOS DEL PROVEEDOR Y CONVENCIENTANDO A SU PACIENTE DE QUE ES LA ÚNICA SOLUCIÓN POSIBLE Y LA ÚNICA PRÓTESIS CON LA QUE ELLOS OPERAN, SIENDO QUE EXISTEN OTRAS NACIONALES DE IGUAL CALIDAD PERO QUE NO LES INTERESA UTILIZAR Y CUYO REINTEGRO ES EL MAYOR VALOR RECONOCIDO POR EL APE. ACEPTAR ESTO IRÍA DIRECTAMENTE EN PERJUICIO DEL RESTO DE LOS TRABAJADORES AFILIADOS Y DE SUS FAMILIAS, IMPOSIBILITANDO CUBRIR SUS PRESTACIONES BÁSICAS DE SALUD.

Por último quiero recalcar que:

SI QUEREMOS OPTIMIZAR LA GESTIÓN PARA LA EQUIDAD, DEBEMOS SER EFICIENTES EN EL USO DE LOS RECURSOS Y FIRMES EN LA TOMA DE DECISIONES RIGIÉNDONOS SIEMPRE CON CRITERIO SOLIDARIO.