

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autora: Adriana Rabuñal

ANÁLISIS DE LOS MECANISMOS DE SOLICITUD DE REINTEGRO DE PRESTACIONES DE ALTO COSTO EN DISCAPACIDAD EN UNA OBRA SOCIAL. COMPARACIÓN DE LOS TRES SISTEMAS APE - SUR - INTEGRACIÓN

2018

Citar como: Rabuñal, A. (2018). Análisis de los mecanismos de solicitud de reintegro de prestaciones de alto costo en discapacidad en una obra social. Comparación de los tres sistemas APE - SUR - INTEGRACIÓN. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.



ÍNDICE

PALABRAS CLAVES	3
INTRODUCCION	4
PLANTEAMIENTO DEL TEMA	5
A) TEMA A ABORDAR	5
B) OBJETIVOS	6
B.1) Objetivo General	6
B.2) Objetivos Específicos.....	6
DESARROLLO.....	7
A) MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	7
A.1) Definición de conceptos claves.....	7
B) LEGISLACION	7
B.1) Antecedentes legales	7
C) DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO PARA REINTEGRO SEGÚN LOS DISTINTOS SISTEMAS DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	9
C.1) APE – Administración de Programas Especiales	9
C.1.1 – Procedimiento del Subsidio.....	11
C.2) SUR – Sistema Único de Reintegro.....	12
C.2.1) Resolución 1200/2012.....	12
C.2.2) Metodología de Reintegro general para todas las patologías	12
C.2.3) Documentación General para solicitud de Reintegro de cualquier prestación.	14
C.2.4) Cuadro de documentación solicitada para reintegro SUR según cada patología.	15
C.3.) RESOLUCION 1511/2012 – SUR para prestación otorgadas a personas con Discapacidad.....	18
C.4. Comparación entre Sistema APE y Sistema SUR para discapacidad.....	21
C.5. MECANISMO DE INTEGRACION	23
C.5.1- Procedimiento del Mecanismo	24
C.6. DIFERENCIAS ENTRE SUR DISCAPACIDAD Y MECANISMO INTEGRACION.....	26
D- RESULTADOS	27
D-1-COSTOS GLOBALES	28
D-2-ANALISIS DE COSTOS BENEFICIO DE LOS MECANISMO DE REINTEGRO	29
D-3- ANALISIS FODA DEL MECANISMO INTEGRACIÓN	31

CONCLUSIÓN	33
BIBLIOGRAFÍA	35

RESUMEN

Actualmente las Obras Sociales implementan el sistema denominado "INTEGRACION", instaurado por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación (SSS), para la cobertura de las prestaciones previstas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

El objetivo de este trabajo es realizar un análisis de las fortalezas y debilidades de este nuevo sistema, desde el punto de vista de todos los agentes intervinientes en este mecanismo, y la reingeniería que deben desarrollar los agentes de salud desde el inicio de su implementación. Este análisis, el cual arroja un resultado positivo desde la implementación del nuevo sistema para las Obras Sociales ya que muestra la aplicación de los fondos del FSR y el apoyo financiero a los Agentes, es complementado con una estimación de los costos en los que tiene que incurrir una Obra Social para llevar adelante la implementación del mismo y la comparación de los sistemas anteriores de recupero y así demostrar que trajo el nuevo sistema y que cosas quedarían aún por mejorar.

PALABRAS CLAVES

Reintegro de prestaciones, Costos administrativos, Recupero de costos, Reingeniería de procesos administrativos.

INTRODUCCION

Las prestaciones básicas a personas con discapacidad que brindan las Obras Sociales pueden recuperarse por su alto costo. Anteriormente existieron distintos mecanismo de recupero que ofrece la Superintendencia de Servicios de Salud, como ser el Sistema S.U.R. (actualmente vigente para otras patologías de reintegro). El SISTEMA UNICO DE REINTEGRO (S.U.R) se creó para la implementación y administración de los fondos destinados a apoyar financieramente a los Agentes del Seguro de Salud, para el reconocimiento de las prestaciones médicas de baja incidencia y alto impacto económico, y también las patologías de tratamiento prolongado.

El nuevo mecanismo de "INTEGRACION", impuesto por la SSS desde el año 2016, desarrolla a su vez las nuevas imposiciones publicadas en Boletín Oficial, las cuales, una de ellas, establecen que las Obras Sociales, como carácter obligatorio, deben cubrir el total de las prestaciones básicas para personas con discapacidad enunciadas en la Ley 23.660. El financiamiento de dicha cobertura, para el caso de afiliados al sistema, provendrá de los recursos existentes del Fondo Solidarios de Redistribución. Este sistema tiene controles más exhaustivos y obliga a las Obras Sociales a crear un proceso administrativo y de gestión operativa para cumplir con lo previsto y así abonar a cada prestador de servicios, cumpliendo con las normas contables correctas de facturación y auditoría de las mismas.

Es importante efectuar estimación de costos de cómo impacta el nuevo mecanismo de INTEGRACIÓN en las obras sociales, por el aumento en gastos en Sistemas Informáticos más eficientes y recurso humano capacitado para llevarlo adelante desde varios sectores, ya sea el área de sistemas, el área médica y el área administrativa-contable.

La Metodología del presente trabajo es Descriptiva y Cuantitativa

PLANTEAMIENTO DEL TEMA

A) TEMA A ABORDAR

Las prestaciones de servicios brindadas a personas con discapacidad, según el nomenclador de prestaciones básicas, fueron durante muchos años reintegradas a los agentes de seguro de la salud o gerenciadoras mediante el sistema SUR, también llamado EX –APE. Desde Agosto del 2016, según decretos y resoluciones (explicadas con más detalle posteriormente) comienza el financiamiento directo del Fondo solidario de Redistribución a los Agentes del Seguro de Salud, reemplazando así al sistema SUR y creando el nuevo mecanismo de “Integración” el cual conlleva varios procesos administrativos iniciales antes de ponerlo en práctica en un cien por ciento, desde aperturas de cuenta bancaria, hasta estudio de instructivos para el envío y recepción de los datos para su carga, auditoría y posterior liquidación.

El sistema Integración comprende todas las prestaciones que se deben otorgar a los afiliados con discapacidad de una obra social. Realizando un análisis FODA (podrán observarlo más adelante en el trabajo) veremos que esta resolución tiene puntos favorables y otros que es necesario mejorar para su correcto y conveniente funcionamiento.

Una obra Social debe readecuar su staff de personal y crear un departamento exclusivo para éste nuevo sistema, o, de no ser así, capacitar a su recurso humano seleccionado para llevar adelante el mismo el cuál conlleva análisis, auditoria y exhaustivo control de la facturación remitida, los archivos aceptados por la SSS para su siguiente liquidación por parte del departamento Contable y transferencia a los prestadores de los servicios en tiempo y forma.

Si bien el sistema nuevo es más transparente y mejora los pagos a los prestadores y por ende puede garantizar el cumplimiento de la prestación, para que esos beneficios sean posibles la obra social debe adecuar su gestión.

B) OBJETIVOS

B.1) Objetivo General

Analizar los mecanismos de recupero de prestaciones de alto costo y baja incidencia para personas con discapacidad desde el año 2003

B.2) Objetivos Específicos

- Comparar las metodologías operativas, económicas y financieras para el reintegro de prestaciones por APE, SUR y por el sistema Integración en el control de documentación y pedido de solicitud.
- Estudiar la reingeniería de las tres áreas fundamentales para realizar la implementación completa del nuevo sistema desde el punto de vista de una obra social: Área Médica, Área de sistemas y Área administrativa-contable.
- Analizar si hubo cambios en los costos para una Obra Social.
- Desarrollar los beneficios del nuevo sistema de Integración para el pago de prestaciones de la discapacidad.

DESARROLLO

A) MARCO TEORICO CONCEPTUAL

A.1) Definición de conceptos claves

Existen distintas definiciones que son necesarias conocer para poder entender el tema próximo a abordar de los diferentes sistemas de reintegros de la SSS. Tal como se observa en el Trabajo Final Integrador del alumno "Nicolás Tonietto" del año 2017, recibido como especialista de esta Universidad, citaré que se entiende por persona con discapacidad, según la Ley 22.431 en su artículo número 2.

"Se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional, permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral."

En el artículo 3 de esta Ley, se establece la necesidad de éstas personas de presentar el denominado "Certificado Único de Discapacidad" que acredite su plena discapacidad en todo el territorio nacional.

Entendiéndose esto último y teniendo la documentación que acredite la discapacidad de una persona, se crea la Ley 24.901, la cual presenta, según su artículo 1 *"un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos."*

Desde la legalización de la cobertura obligatoria por los agentes de salud de este tipo de prestaciones, se crea el Fondo Solidario de Redistribución, la cual se entiende como una cuenta que se encuentra bajo la administración de la SSS, destinado, entre otras cosas, a apoyar financieramente a los Agentes del Seguro de Salud para la cobertura integral de las mimas.

B) LEGISLACION

B.1) Antecedentes legales

B.1.1. Ley 23.661. Esta ley regula el sistema nacional del Seguro de Salud y estableció las primeras normas para los agentes. En su Art. 28 impone la obligatoriedad por parte de los agentes de crear un programa de prestaciones de salud dentro de las cuales debe incluir aquellas que requieran rehabilitación de personas con discapacidad y la cobertura de los medicamentos necesarios para estas prestaciones.

La ley también desarrolla los objetivos para los que fue creado el F.S.R., donde se

puede citar el inc. B.3. dentro del Art.24. *"Para apoyar financieramente a los agentes del seguro, en calidad de préstamos, subvenciones y subsidios, de conformidad con las normas que la ANSSAL dicte al efecto"*

B.1.2. Ley 22.431. Dentro de la definición de palabras claves, mencioné esta ley ya que fue la primera, en el año 1981, que define al "discapacitado" y nombra el certificado de discapacidad que debe presentar la persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada. Es la primera ley que sancionó un "Sistema de protección integral de las personas discapacitadas."

En el artículo 8, se planteó por primera vez un porcentaje de ocupación laboral de personas discapacitadas que reúnan condiciones idóneas para determinado cargo, siendo el mismo una proporción no inferior al 4% de la totalidad del personal del Estado Nacional, sus organismos descentralizados o autárquicos, entes públicos no estatales, empresas del estado y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

A su vez, establece el derecho de las personas discapacitadas a transportarse gratuitamente desde su domicilio particular hasta el establecimiento educacional/laboral o de rehabilitación a los que debe concurrir.

B.1.3. Ley 24.901. Esta ley se sancionó en 1997 creando el sistema de prestaciones básicas de atención integral para personas con discapacidad. En su artículo 2 establece la cobertura total de todas las prestaciones enumeradas en esta ley, por medio de las Obras Sociales con carácter obligatorio. Además, es la primera ley que enumera con exactitud (desde el artículo 14 al 39) cuales son las prestaciones que tiene que cubrir una obra social, como por ejemplo, la estimulación temprana siendo un proceso terapéutico y educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo de las distintas etapas de un menor con discapacidad. (Art. 20).

B.1.4. Resolución 428/1999 En el año 1999 se aprueba el Nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad, explicando la normativa legal a la fecha y los niveles de atención, modalidad y aranceles básicos para las mismas.

B.1.5. Decreto 53/98 En el año 1998 se crea un organismo descentralizado con personalidad jurídica propia que tiene como objetivo la administración de los recursos obtenido por el fondo solidario de redistribución para apoyar financieramente a los Agentes de salud.

B.1.5 Decreto 1254/2003. En el año 2003, sale el Decreto de referencia, relacionado con el anterior mencionado, el cual describe la estructura organizativa de la Administración de Programas Especiales, y los objetivos y funciones de cada puesto mencionado en la presente.

B.1.6. Decreto 366/2012. En Marzo de dicho año, la Superintendencia de Servicios de Salud, absorbe la Administración de Programas Especiales, quedando este como un organismo desconcentrado actuando bajo la Gerencia General de la SSS, pero manteniendo sus funciones y objetivos principales.

B.1.6. Decreto 1511/2012. SUR. Sistema Único de Reintegro.

A partir del 1º de octubre del año 2012, los reintegros de prestaciones realizadas a personas con discapacidad se harán a través del nuevo sistema "SUR" creado en dicho año por la Superintendencia de Salud. Las mismas se financiarán cumpliendo los requisitos de la solicitud de reintegro por parte de los Agentes de salud establecidos en ésta resolución.

B.1.7. Decreto 904/2016. Mecanismo Integración

En el año 2016 nace el decreto número 904 que impone la sustitución del sistema de recupero por SUR para la prestaciones de discapacidad por un nuevo mecanismo de asignación de recursos más ágil, innovador y moderno, instituyendo un mecanismo de distribución directa de los recursos desde el FSR a los Agentes del seguro de salud.

B.1.8. Decreto 406/2016

Este decreto nace en conjunto con el anteriormente mencionado, imponiendo a las Obras sociales a la apertura en el Banco de la Nación Argentina de una cuenta corriente denominada "CUENTA DISCAPACIDAD" para comenzar con el financiamiento directo de la SSS a los Agentes de salud.

C) DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO PARA REINTEGRO SEGÚN LOS DISTINTOS SISTEMAS DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

C.1) APE – Administración de Programas Especiales

La Administración de programas especiales, mejor conocido como "El APE", era un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional, con personalidad jurídica propia y con un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera, que fue creado por el Ministerio de Salud y Acción Social en el año 1998 con el objetivo de la implementación y administración de los recursos afectados al apoyo financiero de los agentes de salud.

En el decreto 53/98, el cual anuncia la creación de éste nuevo organismo, enumera en su Anexo II los siguientes objetivos:

1. Instrumentar la implementación y la administración de los recursos afectados a los planes y programas de salud provenientes del Fondo Solidario de Redistribución y otras fuentes alternativas de financiación, destinados a los beneficios del Sistema conforme a la Ley 23.661.
2. Elaborar y diseñar normas de otorgamiento de subsidios y programas especiales, reprogramar los ya existentes.

3. Confeccionar el presupuesto previsto para cada programa, de acuerdo a la utilización esperada.
4. Garantizar el acceso a las prácticas de alta complejidad a los beneficiarios del Sistema Nacional de Obras Sociales.
5. Entender en la determinación de las prestaciones e insumos que integren los programas especiales, determinando su costo y fijando valores de referencia en función de los precios que cotizan en el mercado.
6. Determinar los procedimientos e instrumentos administrativos para acceder a los subsidios y para efectuar la correspondiente rendición de cuentas.
7. Garantizar el cumplimiento de la Ley 24.455, la cual establece la obligatoriedad de incorporación de cobertura de prestaciones, por parte de las Obras Sociales que reciban subsidio por parte del Fondo Solidario de Redistribución.

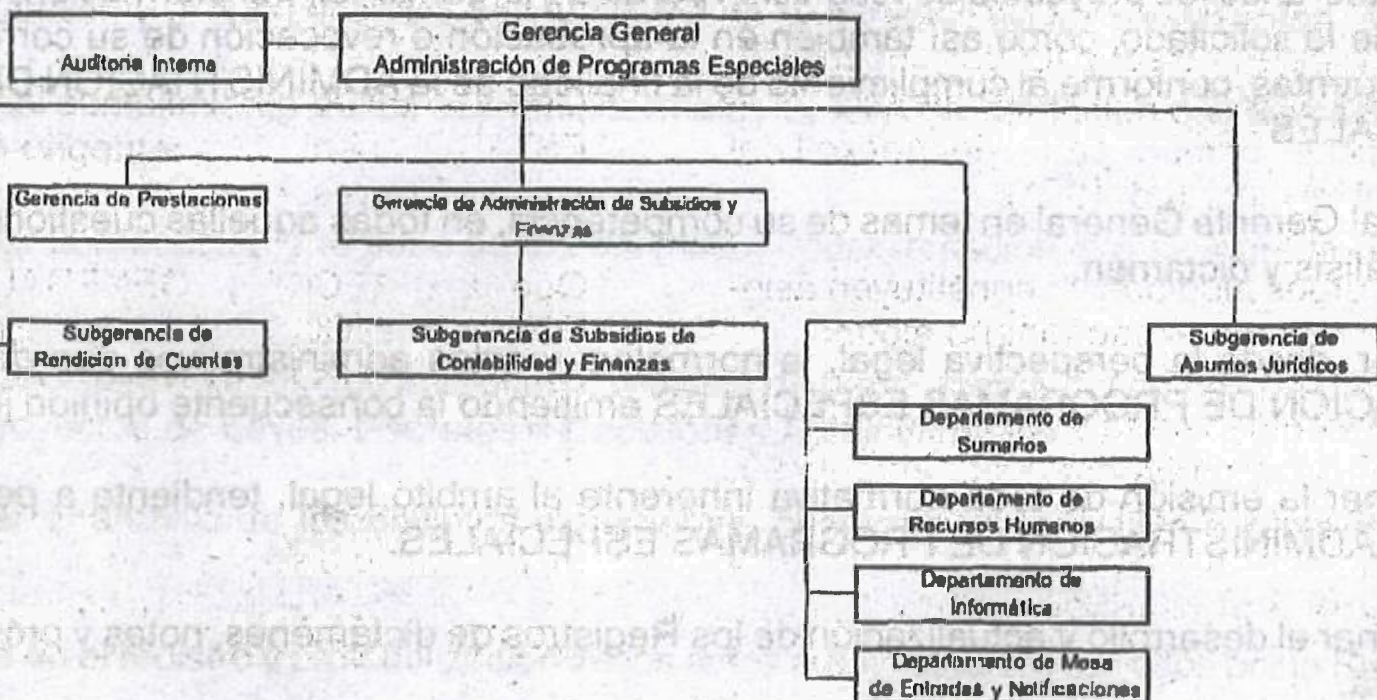
En otras palabras, la creación de este organismo se hizo con el fin de dar apoyo financiero a los agentes de seguros de salud al pago de prestaciones de alto impacto económico o aquellas que demanden una cobertura prolongada en el tiempo. Los valores recibidos por el APE, tenían carácter global ya que comprenden los honorarios, gastos, insumos, estudios necesarios y cualquier otro tipo de práctica, siempre representando el 100% de ese gasto y respetando el tope máximo que ponía la gerencia según cada patología. Uno de los requisitos indispensables para dicha cobertura es que los prestadores que ofrezcan sus servicios tenían que estar si o si inscriptos en el Registro de prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Las prestaciones que financiaba el APE hasta dicho momento son las siguientes:

- Prácticas Médicas
- Prótesis
- Medicamentos
- Trasplantes, estando habilitado los prestadores en el INCUCAI

En el 2003, se aprueba con el decreto ya mencionado anteriormente (1254/2003) la estructura organizativa de este organismo de acuerdo con el organigrama, objetivos y responsabilidades primarias que este mismo Decreto enumera en sus Anexos. A continuación muestro el organigrama representativo hasta dicho momento:

Organigrama
Administración de Programas Especiales



De "Decreto 1254/2003- Poder Ejecutivo Nacional – Administración de Programas Especiales. Estructura Organizativa – su aprobación", Anexo I, Publicado en B.O. el 16/12/2003.

C.1.1 – Procedimiento del Subsidio

El APE actuaba como un **SUBSIDIO**. Las Obras Sociales cargaban mediante un sistema informático la información solicitada, y el APE formaba un expediente que se procesaba internamente en los diferentes sectores. Este expediente, al ser ya tomado por la Administración, quedaba como una deuda por parte del Estado a las Obras Sociales, saldándose en el momento que depositaban los valores correspondientes. Pero ocurría que los expedientes quedaban como pendientes dentro de algunos sectores ya que reclamaban otro tipo de información, o documentación faltante en la solicitud por parte de la Obra Social. Esto demoraba los pagos, ya que hasta que no se sume al expediente ya creado esa información reclamada, no se seguía con el mismo, por ende la Obra Social no se hacía del Subsidio para poder pagarle al prestador la práctica y así generar la prestación al afiliado.

El procedimiento del APE, una vez que el expediente es aceptado y abonado a la Obra Social para cubrir la prestación médica, continúa con la rendición del gasto por el Agente del Seguro de Salud para controlar que se corresponda con el subsidio otorgado.

La idea de la formación de esta Administración, era asegurar a los beneficiarios del Sistema de Seguro de Salud el acceso a las prestaciones de alto impacto económico, pero el tiempo fue mostrando que el avance de la tecnología y la necesidad de adecuarse a la misma hacía que la administración no resultara tan

eficiente ni transparente como se esperaba. Es por esto que en el 2012, se crea un Decreto del P.E.N., donde se transfiere el APE a la órbita de la SSS.

C.2) SUR – Sistema Único de Reintegro

Como mencionamos anteriormente, la gestión del APE no fue como se esperaba, ya que destinaba menos de la mitad de sus recursos para los fines establecidos, o lo destinado era poco transparente ya que no eran concedidos a todas las obras sociales ni de forma equitativa, otorgando subsidios a Obras Sociales por vía de excepción.

Es por esto, que con el Decreto 366 del 2012, la Superintendencia absorbe en su estructura organizativa al APE, manteniendo sus funciones, objetivos y personal. En el mes de Octubre del mismo año sale la Resolución número 1200 de la SSS creando el Sistema Único de Reintegro denominado SUR.

C.2.1) Resolución 1200/2012

La publicación de esta resolución marca un grado de importancia en las Obras Sociales para la metodología de reintegros y para la SSS, ya que absorbe una administración nueva bajo su mando y es responsable de la transferencia de los fondos a los Agentes de Salud. Por esto, la Superintendencia dice en uno de los primeros párrafos de la misma, que tiene como objetivo que los beneficiarios del Seguro de Salud tengan un acceso equitativo a los recursos tecnológicos de avanzada que requieran para el tratamiento de su enfermedad en el marco de la mejora de la calidad de la atención, optimizando los recursos disponibles, y dando dinámica y transparencia a la gestión institucional.

Se ve un nuevo concepto denominado "Enfermedades Catastróficas", que son denominadas así debido al alto impacto que suponen frente al abordaje diferente del resto de las enfermedades, y por la fuerte erogación que implica para quienes la financian, desde la óptica no solo de los ingresos familiares de quien la padece, sino también de los Agente de Salud pertenecientes al Sistema Nacional de la Seguridad Social.

La resolución marca toques de reintegros según el tipo de patología que se trate y los medicamento, pero más allá de los valores monetarios, aclara en el cuerpo de la ley que el anuncio de las enfermedades que menciona en sus anexos no implica el reconocimiento de todos los gastos que supone su tratamiento, sino solo las prestaciones médicas de elevado costo que la Superintendencia estime.

C.2.2) Metodología de Reintegro general para todas las patologías

A partir de la creación de este nuevo sistema, se crea dentro de la página de la Superintendencia un link exclusivo para las solicitudes de reintegro por SUR y los turnos para su atención personalizada en las oficinas de la SSS.

Para poder ingresar a este link se debe contar con una clave de acceso que se solicita con anterioridad en la mesa de entrada de las oficinas de SUR dentro del edificio de la

Superintendencia, con determinada documentación solicitada como ser una nota de la persona autorizada a contar con dicha clave con la firma de la autoridad debida y designación de autoridades.

Una vez que la persona autorizada por el agente de Salud tiene su clave de acceso que es personal e intransferible, ya que se asigna a cada Obra Social según su número de RNOS (Registro Nacional de Obras Sociales), puede entrar al link mencionado anteriormente para realizar la solicitud de reintegro, cargando en el mismo la siguiente información:

- 1) Indicar el tipo de normativa que se quiere reintegrar: Prestación médica o medicamento
- 2) Patología
- 3) CUIL del beneficiario
- 4) Nº de afiliado
- 5) Indicar los conceptos específicos por la prestación o medicación, según lo establece la norma.
- 6) Ingresar todos los datos de la documentación contable que se solicite.

Una vez hecha la solicitud vía web, debe presentarse el autorizado por el Agente de Salud el día del turno asignado por esta misma vía, con una nota dirigida a la máxima autoridad de la SSS, suscripta por el Representante Legal de la entidad solicitante del reintegro. A su vez debe presentar una segunda nota que incluye la siguiente información:

- 1) Nombre y apellido del paciente, edad, domicilio, tipo y número de documento de identidad, fecha de nacimiento, nacionalidad y estado civil.
- 2) Número y tipo de beneficiario.
- 3) Nombre completo y siglas de la Obra Social y número de inscripción en el Registro Nacional de Obras Sociales.
- 4) Monto solicitado para el reintegro.
- 5) Dirección de la casilla de correo electrónico en donde se notificará el avance de la solicitud.

Por último, el solicitante del apoyo financiero por SUR, debe presentar las declaraciones expresas de aceptación que menciono a continuación, firmadas también por el representante legal de la Obra Social notificando que se hace cargo de los siguientes puntos:

- 1) El Agente de Salud solicitante reconoce que el apoyo financiero petitionado no es obligatorio para el SUR, que éste lo podrá otorgar según las disponibilidades presupuestarias y razones de oportunidad, mérito, y conveniencia en tanto el Agente de Salud haya dado cumplimiento a las condiciones para su otorgamiento. La denegatoria o concesión parcial en ningún caso generará derecho alguno en favor del Agente de Salud solicitante.
- 2) El Agente de Salud acepta que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dispondrá el valor máximo del apoyo financiero a reconocer conforme a los montos que se establezcan al efecto.
- 3) El Agente de Salud solicitante reconoce que es el único obligado frente al beneficiario, con el cual mantendrá su vinculación, desligando a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD de toda responsabilidad.
- 4) El Agente de Salud solicitante asume la obligación de presentarse ante toda

acción judicial que se inicie contra la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD por motivo del pedido de apoyo financiero, exonerándola de toda responsabilidad en el supuesto que, en sede judicial, se determinara responsabilidad del Sistema, sin perjuicio de las que se fijaren a cargo de otras personas y/o prestadores y/o proveedores.

- 5) El Agente de Salud solicitante acepta, y se obliga a hacer saber al beneficiario, sus familiares y/o parientes, que toda la tramitación es materia exclusiva del Agente de Salud, debiendo todos los pedidos, consultas e informaciones canalizarse a través del Agente de Salud, no pudiendo los particulares realizar gestión de ningún tipo ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y/o sus diversas áreas, sin ninguna excepción.
- 6) El Agente de Salud acepta prestar toda su colaboración, sin oposición, para la realización de auditorías dispuestas por la Superintendencia de Servicios de Salud y brindar toda la información a efectos de llevar a cabo las estadísticas de evaluación de los beneficiarios, como así garantizar la aceptación de la extensión de la auditoría a los prestadores públicos y/o privados y los proveedores que brinden las prestaciones que sean base de la solicitud del SUR.
- 7) El Agente de Salud declara que en cumplimiento de la Resolución 594/11 ha procedido a verificar la trazabilidad de los medicamentos dispensados a su población beneficiaria conforme el procedimiento metodológico informado a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. En el caso de medicación no alcanzada por la Resolución respectiva, acompañará la certificación de los troques por el laboratorio de origen. La falta de cumplimiento dará lugar al rechazo de la insinuación.

Para finalizar la solicitud de reintegro, se presenta toda la información y notas firmadas y certificadas mencionadas anteriormente en la Mesa de Entrada, la cual procederá a su verificación administrativa, contable, fiscal y prestacional dentro del sector de SUR, otorgándole a la OS un número de expediente, siempre y cuando se considere que esta toda la información, si no se devuelve el trámite con el requerimiento de la información faltante.

C.2.3) Documentación General para solicitud de Reintegro de cualquier prestación.

- RECETAS: Receta firmada y sellada por médico especialista de la patología a reintegrar. La misma deberá contar con: Nombre y Apellido del beneficiario. Denominación de la O.S. Número de beneficiario. Descripción detallada de la práctica, prótesis o medicación solicitada. Diagnóstico. Firma y sello (Legible). Fecha de prescripción.
- RESUMEN DE HISTORIA CLINICA: Firmada y sellada por el médico tratante y el auditor médico de la O.S. que contenga los siguientes datos: Datos filiatorios (Nombre, Apellido o codificación si correspondiera, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo y categoría del mismo). Antecedentes de la enfermedad y estado actual, detallando su estado y posibles complicaciones. Detalle del

Tratamiento indicado.

- ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: Todos aquellos estudios que puedan servir para avalar el diagnóstico a la hora de una auditoría médica.
- DOCUMENTACIÓN FILIATORIA: Fotocopia DNI y recibo de sueldo.
- CONSENTIMIENTO INFORMADO BILATERAL: Consentimiento informado por el médico y el paciente o su tutor donde se indique que se es consciente de la práctica o medicación que se recibirá y de los riesgos de la misma.
- FACTURAS: Deberán los prestadores adaptarse a toda la nueva normativa indicada por la AFIP, e informar en la facturación la siguiente información: Nombre y Apellido del beneficiario (o codificación oficial para pacientes HIV). Período o fecha de presentación. Monto individual y sumatoria total de las prestaciones efectuada. La factura debe contener el CUIT del prestador y la condición inscripta actual. El CAI o CAE vigente. Se aceptan solos facturas B o C debido a la exención de las Obras Sociales frente al IVA.
- RECIBO: Los recibos deben contener los mismos requisitos que las facturas y deberá cumplir además con las siguientes condiciones: Fecha de pago. Número de factura que se cancela. Importe recibido (en caso de recibo global, el mismo deberá contener detalle de todas las facturas canceladas y su importe). El Medio de pago utilizado para dicha cancelación (Cheque o transferencia bancaria). Firma y aclaración del prestador o su representante.
- REMITO: Completo en todos sus ítems y según normas vigentes de AFIP, con los datos del beneficiario, detallando concepto, cantidad, con firma, aclaración y fecha de quien recibe el material. - Para el caso de medicamentos o prótesis, además debe estar detallada los códigos de trazabilidad.
- PRESUPUESTO: para todas las prestaciones, se deberá adjuntar presupuesto del prestador donde se detalle el concepto presupuestado, su valor unitario y valor total.
- DOCUMENTACIÓN LEGAL- REGISTRO DE PRESTADORES: Todos los prestadores que ofrezcan sus servicios a la OOSS deberán estar inscriptos en el registro de prestadores de la SSS, quedando exceptuadas droguerías, farmacias y laboratorios que no requieran dicha inscripción.

C.2.4) Cuadro de documentación solicitada para reintegro SUR según cada patología.

A continuación hago una mención resumida de algunos requisitos específicos que solicita la Superintendencia a la hora de aceptar la Solicitud de reintegro para cada patología.

Resolución 46/17

Patología	Certificado	Requisito según patología	Tiempo de presentación para reintegro	Meses de presentación
Prótesis	Certificado de implante firmado por el profesional habilitado y auditor médico de la O.S.	Copia del protocolo quirúrgico firmado por el cirujano interviniente.	24 meses desde el último mes de prestación del tratamiento	Meses de prestación e internación del paciente
Trasplantes	Constancia de que paciente se encuentra empadronado en el SINTRA (Sistema Nacional de Información de procuración y trasplante de la República Argentina)	Prestadores habilitados por el INCUCAI	24 meses desde el último mes de prestación del tratamiento	Meses de prestación e internación del paciente
Adicciones	Certificado de inscripción del prestador en el registro de prestadores de la SSS	Hoja de evolución mensual del tratamiento	Se debe presentar por semestre calendario y por paciente	Pueden contener hasta 6 meses de prestación
VIH	Prescripción Médica firmada y sellada por médico tratante	Seguimiento mensual del tratamiento presentado en la SSS por plataforma SUR - Documentación para trazabilidad de medicamentos	A partir de 1 mes entero vencido	Desde 1 hasta 12 meses de tratamiento
Hemofilia	Certificados de Vacunas de Hepatitis A y B - Prescripción médica de tratamiento anual	Seguimiento mensual del tratamiento presentado en la SSS por plataforma SUR	A partir de 1 mes entero vencido	Desde 1 hasta 12 meses de tratamiento
Hepatitis B y C	-	Al ser una patología de tratamiento crónico, si se cambia alguna modalidad del tratamiento se debe presentar un nuevo consentimiento firmado.	Trimestre o Semestre completo	Desde 1 hasta 3 o 6 meses de tratamiento según la presentación elegida

<p>Diabetes - Resolución 1711/2014</p>	<p>Toda O.S. garantiza el 100% de medicamentos y reactivos de diagnósticos para autocontrol de Diabetes. De forma mensual la O.S. confirma la permanencia del beneficiario en SUR, sino se procede a la baja automática en el padrón. De forma mensual se actualizan los registros de la documentación subida en la plataforma de SUR. Se presenta por aplicativo con toda la historia clínica, tratamiento detallado del beneficiario y su evolución clínica. El autorizado por el agente de Salud debe presentar mensualmente un comprobante de la totalidad de pacientes incluidos en el programa de diabetes en mesa de entrada de SUR.</p>
<p>Fertilización Asistida - Resolución 1709/2014</p>	<p>La SSS incorpora las técnicas de fertilización asistida de alta complejidad al SUR en razón del alto costo que demandan las prestaciones por tales tratamientos. La documentación que se presenta por cada prestación ya finalizada es la siguiente: Resumen de Historia Clínica con todos los detalles del paciente. Listado de los procedimientos de diagnósticos y terapéuticos realizados. Constancia de administración de las drogas suministradas y consentimiento firmado por el beneficiario del tratamiento.</p>

C.3.) RESOLUCION 1511/2012 – SUR para prestación otorgadas a personas con Discapacidad

La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), el 16 de noviembre de 2012, mediante la Resolución 1511/2012 crea el Sistema Unico de Reintegro por Prestaciones otorgadas a personas con discapacidad y sus procedimientos.

La finalidad de la misma es apoyar económicamente a los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, mediante el reintegro de las erogaciones que hubieran realizado para atender dichas prestaciones básicas.

En dicha resolución se aprueban:

- Procedimientos y requisitos que deben cumplir los Agentes del Seguro de Salud para solicitar reintegros por prestaciones realizadas a personas con discapacidad, que como Anexo I forma parte integrante de la resolución.
- Las Prestaciones básicas a reintegrar, que como Anexo II forma parte integrante de la resolución.
- Los Valores máximos a reintegrar, detallado en el Anexo III de la misma.

Dicha resolución también prevé que las prestaciones y/o valores incluidos en los Anexos II y III que integran la presente, queden sujetos a las modificaciones y/o actualizaciones que formule el Ministerio de Salud a través de la normativa que dicte al respecto.

La Resolución 1511/2012 también crea el Padrón de beneficiarios con Discapacidad del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Los Agentes deben presentar ante la SSS un listado con los datos de los afiliados con certificado de discapacidad; información que deberá ser actualizada mensualmente, en lo que respecta a las altas y bajas.

La SSS financia las prestaciones básicas por discapacidad, a través de reintegros, siempre que las solicitudes de los mismos den cumplimiento a la normativa vigente en la materia y a los procedimientos y requisitos incluidos en la presente.

En los casos de denegatoria de la petición o concesión parcial del reintegro, tal circunstancia no podrá ser causal de negativa y/o suspensión del otorgamiento de las prestaciones demandadas a los Agentes del Seguro de Salud.

Luego de establecer los parámetros básicos, esta resolución establece la metodología para solicitar el reintegro, junto con los requisitos y documentación que debe presentarse.

- 1) Plazos: Lo esencial en discapacidad, es que las solicitudes se realizaran en forma semestral por beneficiario y reflejaran las prestaciones brindadas al mismo en los meses comprendidos dentro del primer semestre o segundo semestre según corresponda, pudiendo reflejar desde 1 hasta 6 meses de prestación. El plazo máximo para la presentación de las solicitudes de apoyo financiero a través del sistema de reintegros por parte del Agente del Seguro de Salud, será de 12 meses a contar desde el último mes de prestación.

- 2) Sistema Informático: Los Agentes del Seguro de Salud deberán ingresar al sitio Web del SISTEMA UNICO DE REINTEGROS (SUR) para efectuar las solicitudes de reintegros y los turnos para su atención.

Para ingresar al sitio Web SUR, los Agentes deben contar con las credenciales de acceso específicas para el sistema, que se solicitarán por nota en la Mesa de Entradas de la Superintendencia de Servicios de Salud.

- 3) Datos: En el sistema mencionado en el punto anterior, debe cargarse los siguientes datos obligatoriamente para poder dar inicio a la solicitud:

- Indicar la Normativa que comprende el Reintegro.
- Ingresar Nº de CUIL/CUIT del Beneficiario.
- Indicar el Nº de Afiliado.
- Indicar los conceptos específicos por prestaciones.
- Ingresar los datos de los comprobantes contables y su tipo.

- 4) Validación de los datos: La SSS procederá a realizar la validación de la información suministrada por el Agente del Seguro de Salud con el Padrón de Beneficiarios, el Registro Nacional de Prestadores, el Registro Nacional de Obras Sociales y con la información aportada por la ANSES, AFIP, otros organismos públicos.

- 5) Nota de Solicitud: Cada solicitud de reintegro deberá ser presentada el día del turno asignado con la constancia emitida y la nota dirigida a la máxima autoridad de la Superintendencia, suscripta por el Presidente del Agente del Seguro de Salud solicitante, certificada su firma por institución bancaria o escribano público. La nota de solicitud deberá ajustarse a lo establecido en la normativa general vigente en materia de reintegros. Sin perjuicio de ello, el Agente de Salud deberá indicar también la siguiente información:

- Normativa a la que vincula su solicitud de reintegro
- Patología
- Número CUIL/CUIT del beneficiario
- Concepto o módulo solicitado
- Dirección de la casilla de correo electrónico en la que aceptará como válida la notificación electrónica de las providencias, disposiciones y resoluciones emitidas en el marco del SUR.
- Contacto con la Obra Social (nombre, apellido y teléfono)

Junto con la nota de solicitud debe prestarse la siguiente documentación:

- Certificado de afiliación firmado por el Presidente del Agente del Seguro de Salud, con certificación bancaria o de Escribano Público.
- Consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el beneficiario o su representante y por el profesional actuante.
- Fotocopia del Certificado de Discapacidad.
- Resumen de Historia Clínica de Discapacidad firmada en original por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.
- Documentación de la prestación de Discapacidad efectuada por la cual se requiere reintegro, de acuerdo con las especificaciones que correspondan.
- Fotocopia del Certificado de Inscripción del Prestador en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia para los casos de Rehabilitación y

Estimulación Temprana y otros vigentes; y para el resto de las prestaciones, la fotocopia de la Constancia de Inclusión en el Registro Nacional de Prestadores de Discapacidad

- Certificado de Alumno Regular del Centro Educativo correspondiente (en el caso que corresponda).

6) Documentación contable:

- Fotocopia de la factura o reemplazo completo en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP sobre el particular, con firma y sello del responsable del área contable y del responsable del área de liquidación de prestaciones del Agente del Seguro de Salud y/o del Auditor Médico, con los siguientes datos: Nombre y Apellido del Beneficiario.

Detalle de la prestación.

En caso de transporte debe detallar cantidad de viajes, punto de partida y destino y cantidad de kilómetros recorridos.

- Monto individual y sumatoria total de la prestación facturada.
- En el caso de facturas globales que no contengan este detalle, deberá acompañarse de un Resumen de Facturación y/o Rendición Individual confeccionada y firmada por el prestador, donde conste el número de factura a la que pertenecen. Ambos documentos con firma y sello del responsable del área contable y del responsable del área de liquidación de prestaciones del Agente del Seguro de Salud y/o del auditor médico.
- Fotocopia de Recibo, o documento donde conste la recepción de valores con firma y sello del responsable del área contable y del responsable del área de liquidación de prestaciones del Agente del Seguro de Salud y/o del auditor médico, conteniendo los siguientes datos:

Fecha.

Nº de factura que cancela.

Importe recibido (en el caso de recibo global, el mismo deberá contener detalle de todas las facturas canceladas y su importe).

Firma y aclaración del prestador o su representante.

Cuando el importe del pago de la prestación haya sido afectado por Notas de Débito y/o Retenciones impositivas, deberán adjuntar: Fotocopia de planilla de ajuste que detalle el motivo y el importe del débito y/o la constancia de las retenciones, con firma y sello del Responsable del área contable y del responsable del área de liquidación de prestaciones del Agente del Seguro de Salud y/o del auditor médico.

- Cuando la solicitud de apoyo financiero presentada a través del sistema de reintegros contenga más de una factura y recibo deberá presentarse, además, una planilla resumen de comprobantes que detalle:

- Numeración de las facturas que la integran
- Fecha de las facturas
- Nombre del proveedor
- Importe facturado
- Numeración de los recibos de pago
- Fecha de los recibos de pago
- Importe pagado

La mencionada planilla deberá presentarse con firma y sello del responsable del área contable y del responsable del área de liquidación de prestaciones del

Agente del Seguro de Salud y/o del auditor médico y será válida como reemplazo de la firma de ambos en cada factura y recibo individual.

- 7) Presentación de la documentación: La presentación de la solicitud del apoyo financiero con la documentación que lo sustente, se presentará por la Mesa de Entradas del Sistema Único de Reintegros, la que procederá a su verificación administrativa, contable, fiscal y prestacional, conforme el ingreso de los datos en el sistema. Se otorgará número de expediente a aquellas solicitudes que contengan toda la documentación respaldatoria y se devolverá al Agente del Seguro de Salud aquellas incompletas o con observaciones con indicación escrita de tal situación, sin que se genere expediente sobre estas últimas. Para ingresar las solicitudes con los faltantes agregados o corregidos, se deberá solicitar nuevo turno.

C.4. Comparación entre Sistema APE y Sistema SUR para discapacidad

A continuación expongo dos cuadros que resumen una pequeña comparación entre ambos sistemas. El primero son diferencias en general, en relación a lo que se agregó para reintegro y lo que dejó de tener efecto cuando se creó el SUR.

El segundo muestra las diferencias entre ambos para la solicitud de reintegro exclusiva de Discapacidad

SE AGREGAN	SE ELIMINAN
Requisitos para la solicitud de reintegros	Autarquía del Organismo
Tratamiento de Patología Oncológica	Atención del Nacimiento
Prótesis de alto costo	Prótesis de menor costo (placas, tornillos)
Cirugía de Reasignación de Sexo	Vía de excepción
Cirugía Bariátrica	
Cirugía Reparadora port Bariátrica	

De "Auditoria Médica Hoy– Monografías – APE – SUR", de Paula Jurcak y Amalia Molinari, Diciembre 2012

	TIEMPOS DE PRESENTACION	DEMORA EN EL PAGO DEL REINTEGRO	Forma de solicitud	Seguimiento de Expedientes	Documentación	Forma de pago
SISTEMA APE	Según cada patología	Hasta Más de 2 años desde la aceptación final del expediente.	Expedientes en papel	Cada sector interno le comunica a la OS la documentación faltante	No había un seguimiento exhaustivo de la información médica por prestación	Importe general como Subsidio directo a la OS
SISTEMA SUR	Semestral	Hasta 1 año desde la presentación de la documentación en SUR.	Expediente en papel + Carga informática por la página de la SSS	Se revisa la documentación en Mesa de Entrada y se entrega un número de expediente para seguirlo por la plataforma	Requisitos detallados de cada patología. Mayor seguimiento por prestación	Reintegro por importe de prestación

Elaboración Propia

C.5. MECANISMO DE INTEGRACION

En el año 2016 se facultó a la Superintendencia de Servicios de Salud a adecuar los procedimientos administrativos necesarios para llevar a cabo un nuevo mecanismo de distribución directa de los recursos desde el FSR a los Agentes del Seguro de Salud, para ser destinados exclusivamente al financiamiento de las prestaciones contempladas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad.

En Agosto de 2016, con la Resolución 904, se sustituye el actual esquema de financiamiento por un mecanismo de asignación de recursos innovador, ágil, moderno, adecuado, eficiente, transparente y sustentable.

La misma en su artículo 1º nombra un nuevo mecanismo a implementar denominado "integración" para el financiamiento directo del FSR a los Agentes del Seguro de Salud.

Con esta resolución lo primero que se impuso es la utilización de nuevas herramientas tecnológicas como la firma digital y la notificación fehaciente digital, para garantizar la transparencia y eficiencia del sistema.

Las disposiciones específicas se enumeran en el Anexo de la misma y establecen:

- 1) Apertura de una cuenta bancaria en el Banco Nación denominada "Cuenta Discapacidad" para la recepción de los fondos provenientes del FSR y proceder luego al pago de las prestaciones
- 2) Los Agentes del Seguro de Salud deberán comunicar mensualmente a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, con carácter de declaración jurada y mediante el formato de notificación fehaciente digital, el padrón de beneficiarios con discapacidad, detallando la nómina de prestaciones que reciben de acuerdo al Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad
- 3) LA SSS le informa a la AFIP la asignación que se le deberá girar a cada Obra Social desde el FSR
- 4) Será requisito excluyente para el cobro directo del financiamiento que, al momento de la liquidación del mismo, la Obra Social no posea disposiciones pendientes de cumplimiento. De lo contrario, la SSS detraerá de la nómina de depósito bancario por medio de la AFIP

En Octubre, la Resolución 406/16, hace mención nuevamente de la apertura de la cuenta bancaria, y exige a los Agentes que una vez abierta la cuenta corriente se le indique de modo fehaciente a la Superintendencia el número de la misma y el CBU como requisito ineludible para proceder a la transferencia de los fondos.

A su vez, se aprueba el procedimiento para la carga vía web de las personas con discapacidad, con las especificaciones técnicas y diseño de registro. Para esto se establece un servicio FTP o web, desde el cual los agentes deben remitir toda la información de las prestaciones brindadas a los afiliados.

C.5.1- Procedimiento del Mecanismo

El mecanismo de Integración es totalmente distinto en comparación con el Sistema SUR, ya que se piden mayores requisitos e interviene la tecnología en todos los pasos.

Para solicitar a la Superintendencia de Servicios de Salud, los fondos necesarios para afrontar el pago de la facturación de los prestadores de Discapacidad, los Agentes del Seguro de Salud deberán contar con toda la documentación médico prestacional respaldatoria que fundamente el tratamiento brindado a sus beneficiarios separado por legajo individual y debe estar avalada por un auditor médico; así como también toda la documentación contable totalmente al día.

Una vez reunida la documentación respectiva, se hace la solicitud vía web. Los Agentes del Seguro de Salud deberán presentar mensualmente ante la Superintendencia de Servicios de Salud, con carácter de declaración jurada, el detalle de la facturación recibida de prestaciones efectivamente brindadas. Esta presentación se deberá realizar a través de un archivo con formato texto que se enviará por el servicio FTP (File Transfer Protocol/Protocolo de Transferencia de Archivos) que se encuentra actualmente operativo entre la Superintendencia y los Agentes del Seguro de Salud, o a través del mecanismo que lo reemplace.

A tal efecto, en este servicio se habilitará una carpeta identificada por año y mes, que se corresponde con el periodo de cobertura hasta el que se podrá informar la facturación recibida. Asimismo, en el archivo que se incorpore en la carpeta vigente se podrá incluir facturación de período de cobertura de hasta 6 meses anteriores.

Durante el período que la carpeta se encuentre habilitada, las Obras Sociales podrán enviar el archivo las veces que sea necesario.

La facturación que se podrá incluir deberá encontrarse impaga, auditada y contabilizada por las OS.

El Agente del Seguro de Salud determinará el importe solicitado de la facturación de cada una de las prestaciones individuales brindadas a los beneficiarios, descontando los débitos efectuados. Este importe solicitado es el importe aceptado y autorizado por el Agente del Seguro de Salud de la facturación recibida.

Si corresponde, el importe solicitado debe incluir el adicional por dependencia y/o el adicional por zona desfavorable. Estos adicionales deben estar expresamente mencionados en la facturación del prestador.

En la información de facturación a presentar (archivo de texto), se deberá prestar especial atención a los datos de cantidad (según la unidad de medida de la prestación), indicación de dependencia y zona desfavorable, asociados a cada prestación.

Los datos mencionados junto a los valores unitarios vigentes de las prestaciones, según resoluciones del Ministerio de Salud, se utilizarán para determinar la asignación a liquidar reconocida durante el proceso de validación y liquidación.

Una vez hecha la carga de la información y cerrado el período vigente, la SSS procederá a liquidar la última presentación efectuada y analizar del **importe solicitado** por la Obra Social, cual es el reconocido por la Superintendencia según cada prestación.

Una vez analizada, la SSS procede a informarle a la AFIP cuál es la suma total a acreditar en la cuenta discapacidad. Recibida la acreditación del total liquidado de un período en la nueva cuenta, la Obra Social debe realizar los pagos a los prestadores exclusivamente por transferencia bancaria a los CBU informados por sus prestadores.

Los CBU de los prestadores deberán corresponder a la razón social (CUIT) de la facturación presentada por la cual, para acreditar esta relación, los Agentes del Seguro de Salud deberán solicitar nota o documento acción bancaria a sus prestadores.

En el caso que por motivos de descuento de facturas en entidades bancarias, cesiones de créditos u otros motivos personales, los prestadores declararen CBU de distinta titularidad, se deberán solicitar documentación específica que acredite la situación y que refleje en forma fehaciente la recepción del pago y conformidad del prestador. Los pagos deberán afectarse exclusivamente a la facturación presentada por el mecanismo de Integración y que dio origen a la liquidación recibida.

En los casos de prestaciones en los que se hayan presentado varias facturas asociadas a un beneficiario y periodo de prestación, y el monto total liquidado para la prestación no sea suficiente para el pago de todas las facturas presentadas, quedará a criterio de los Agentes del Seguro de Salud definir los importes a cancelar de cada factura hasta aplicar todo el importe recibido por el mecanismo de Integración.

Las facturas presentadas por el mecanismo de Integración y que fueron aprobadas al cierre de cada periodo, deberán ser canceladas por el total del importe solicitado por el Agente, con anterioridad a la fecha de la presentación del informe detallado de aplicación de fondos.

En los casos que corresponda por disposiciones de AFIP, se deberá requerir al prestador la emisión de recibos en donde se registre las facturas canceladas, retenciones efectuadas y transferencia bancaria.

La Resolución 887/2017 contempla los casos en los que se cometió un error en los datos ingresados, o que no fueron contemplados en su totalidad, mediante ajuste o reversión.

Los ajustes se realizarán mediante registros específicos, y la Resolución deja taxativamente enumerado los casos contemplados para ajuste, siendo los siguientes:

- 1- Se recibe importe liquidado por una prestación determinada y se detecta posteriormente que la facturación se encontraba cancelada por fondos propios. En este caso el registro de ajuste a informar, funcionará como una devolución del importe recibido ya que se descontará de la próxima liquidación. La facturación anulada por este ajuste, como fue cancelada con fondos propios del Agente del Seguro de Salud, se podrá presentar como reintegro por SUR mientras tenga vigencia su funcionamiento para Discapacidad.
- 2- Se recibe importe liquidado por un registro para el que posteriormente se detecta error en los datos informados del comprobante, cualquier sea. En estos casos se deberán enviar 2 registros de ajuste: uno para realizar la anulación del registro erróneo y otro informando el registro correcto. No se afectan importes liquidados.
- 3- Se recibe importe liquidado por un registro que poseía algún error en los datos informados utilizados para el cálculo de la liquidación. Se deberán enviar 2 registros de ajuste: uno para realizar la anulación del registro erróneo y otro informando el registro correcto.

C.6. DIFERENCIAS ENTRE SUR DISCAPACIDAD Y MECANISMO INTEGRACION.

	Tiempo de cobro del reintegro	Facturación	Seguimiento	Reintegro de la SSS a la OS	Pago a los prestadores del servicio	Contable	Recibos
SUR	Hasta 1 año de presentación de la documentación	La factura era analizada según los importes vigentes y remitidos a la SSS para su aceptación.	Por la plataforma SUR con el número de expediente o solicitud hasta que figure como pagado.	por expediente a la cuenta informada por la OS	El pago del servicio lo anticipa el financiador al prestador y luego el financiador lo recupera en el tiempo.	No hay seguimiento exhaustivo	NO se solicita
INTEGRACION	Hasta máximo dos meses desde la prestación del servicio.	La facturación debe estar según lineamientos vigentes de la AFIP y analizada por la OS para solicitar el monto a solicitar de reintegro según la prestación.	En cada liquidación mensual la SSS informa el importe aceptado por factura	Un importe global que coincide con el total de la liquidación mensual, a la Cuenta Discapacidad	La O.S. le abona al prestador una vez que la SSS acepta y transfiere los importes a la O.S.	Toda la documentación debe estar al día según resoluciones vigentes de AFIP, si no, no se procede al pago.	Se exigen para cerrar el legajo de la prestación, si no, no se pagan las próximas prestaciones

Elaboración Propia.

D- RESULTADOS

Este trabajo pretende analizar los mecanismos de reintegro. Del análisis surge el aumento de los costos administrativos para poder llevar adelante el nuevo mecanismo implementado por la Superintendencia, para una obra social con un número de afiliados aproximados de 150.000.

Es importante aclarar, que dependen los costos de los movimientos de las Obras Sociales y el manejo informático que se tenga. Tomando como ejemplo, para hacer esta demostración, una Obra Social con pocos empleados, se tiene que readecuar totalmente, ya que son muchos procedimientos para llevar a cabo mensualmente que hay que combinar con el trabajo diario.

Desde el punto de vista de este ejemplo hay tres sectores que influyen en un 100% en este mecanismo y conforman la reingeniería que tiene la Obra Social a partir del mismo:

Área Médica: Es probable que se deba contratar, para comenzar, un empleado que se haga cargo en su totalidad de la auditoría médica de la documentación enviada por los prestadores, verificando que los detalles del servicio prestado se condiga con las resoluciones vigentes y que el paciente en cuestión sea un afiliado activo dentro del padrón de la Obra Social. Por otro lado debe constatar que contenga todos los datos filiatorios que pide la Resolución para no ser rechazado posteriormente.

Área Administrativa-contable: El trabajo de los administrativos se basa exclusivamente en el pago a los prestadores. Esto incluye el ingreso de la facturación y toda su verificación contable para realizar el pago. Esto no solo influye en un empleado que este abocado exclusivamente a las resoluciones de discapacidad y su facturación, sino también a contar con un sistema apropiado para la carga de toda la información y el seguimiento con el pasar de los meses.

Área Sistemas: Este sector es fundamental desde la creación de este nuevo mecanismo, ya que todo depende de la transmisión informática de datos que se haga y el recibimiento por parte de la Superintendencia de la factura aceptada o no. También es importante ya que mensualmente se informa el padrón de discapacitados activos tal como mencionamos en el trabajo y demás actualizaciones que hace la Superintendencia con sus distintas resoluciones, de las cuales dicha área es la encargada de analizarla para hacer funcionar el sistema integrado con los requisitos de la SSS. En este caso no solo es trabajo extra para los empleados existentes de esta área, sino también un sistema y servidor que esté capacitado y que sea lo suficientemente moderno para adecuarse a todo lo nuevo que sigue saliendo.

D-1-COSTOS GLOBALES

Para ejemplificar esto de una manera más clara, nos situamos en una Obra Social que se rige por el convenio de UTEDYC (Unión de trabajadores de Entidades Deportivas y Civiles).

El siguiente cuadro ilustra el costo en el que incurre dicha Obra Social mencionada a la hora de contratar un nuevo empleado.

Empleado bajo categoría de Administrativo 3º

Sueldo Básico		20.454,00	
Presentísmo		2.045,00	
Jubilación	11%		2474,89
Ley 19.032	3%		674,97
Obra Social	3%		674,97
Aporte Solidario	2%		449,98
		22.499,00	4274,81

SUELDO NETO	18.224,19
--------------------	------------------

Contribuciones a la Seguridad Social (F.931 AFIP) 34%	7649,66
--	----------------

Este cálculo es base, ya que no incluye ningún extra que puede variar según política de la empresa, ya que si se le otorga un sueldo mayor al empleado, debe adicionarse a la liquidación de sueldo un nuevo concepto remunerativo bajo la denominación "A cuenta de Futuros Aumentos", aumentando así el sueldo bruto sobre lo que se calcula posteriormente las cargas sociales abonadas por formulario 931 mediante la página de AFIP.

Las cargas sociales se pagan los primeros días de cada mes y rondan en, aproximadamente, el 34%, el cual se compone según la siguiente tabla.

Contribuciones	Empleador
Jubilación	16%
PAMI	2%
Obra Social	5%
Asignaciones Familiares	7,50%
Fondo Nacional de Empleo	1,50%
Seguro de Vida Obligatorio	0,03%
ART (según lo que cotice, tome de ejemplo un 2%)	2%

34%

Hay que tener en cuenta, que la Obra Social, aparte de los costos laborales en los que incurre por una nueva contratación, también hay que sumarle los gastos que tiene el sector de Sistemas si tiene que implementarse una mejora en un sistema ya existente para poder llevar a cabo el proceso de información mensual, o quizás hacer una inversión en un sistema que sea de apoyo para este tipo de procesos, como así también contar con un servidor interno que de seguridad ante cualquier eventualidad que sea totalmente externa a la empresa.

Por ejemplo:

Licencia de Sistema Informático Mensual	\$56.540
Mejora de procedimientos por Integración	\$25.000
Servidor Interno de Seguridad	\$5.680
Costo Mensual total de Sistemas para todos los procesos	
	\$87.220



Esta hipótesis ejemplificadora demuestra que puede llegar a costar hasta un 50% más adecuar un sistema propio para cumplir con las resoluciones de la SSS.

En resumen, el aumento de los costos para la Obra Social se resume en \$ 18.224,19 más \$7649,66 en concepto de Sueldo y Cargas sociales para un empleado base incorporado en una Administración bajo el convenio UTEDyC, más un aumento en porcentaje del 50% sobre las licencias informáticas para adecuar el proceso informático y cumplir con los regímenes nuevos.

D-2-ANALISIS DE COSTOS BENEFICIO DE LOS MECANISMO DE REINTEGRO

APE: En los años en los que las Obras Sociales se manejaron con los sectores de la APE (1998 a 2012) para solicitar el subsidio impuesto por la SSS, desde el manejo interno administrativo de una Obra Social, es difícil exponer una relación costo-beneficio detallada, ya que el costo para los Agentes es el 100% de la prestación, porque deben pagar las prestaciones para los afiliados que necesitan determinada intervención o medicación de alto costo. La obligación de la O.S. es hacerse cargo de la prestación y presentar la documentación en la APE esperando una aceptación, quizás parcial, de los costos de la prestación brindada por parte de la auditoría de la SSS.

En su inicio, la idea de la creación de esta Administración era que los Agentes de Salud cuenten con el subsidio de antemano como un beneficio, depositando importes globales para que la administración interna de una O.S. los impute a los expedientes solicitados. Esto le saca credibilidad y transparencia al manejo de ese subsidio, y por lo expuesto se puede decir que el mayor costo para una O.S es la poca transparencia por tener que hacerse cargo económicamente de las prestaciones hasta la llegada del

subsidio y luego su difícil imputación contable ya que ningún Agente debería quedarse con un remanente de Subsidio sin imputar. Como beneficio, en ese entonces, era el subsidio integro que era transferido directamente al CBU de la Obra Social.

En cuanto al recupero, según análisis de varios autores, del total abonado por la Obra Social de prestaciones, se recupera aproximadamente un 60/70% abonado por la Superintendencia según el subsidio.

SUR: Analizando este sistema, podemos decir que la relación costo beneficio es mucho más notoria, ya que como costo podemos enumerar lo siguiente:

- Tardanza en recibir los reintegros sobre solicitudes presentadas (hasta 2 años)
- Dificultad para la aceptación de la documentación por la cantidad de requisitos solicitados para Discapacidad.
- Recupero de prestaciones a valores históricos.

Como beneficio se pueden ver los siguientes puntos:

- Mayor transparencia en la transferencia de fondos por estar detallado el monto aceptado con la patología, afiliado, nro. de solicitud y expediente.
- Mayor garantía de recupero de prestaciones.

Como se menciona anteriormente, según los análisis de este Sistema, las Obras Sociales recuperaban un 80/90% de lo que se solicitaba en la Superintendencia.

INTEGRACIÓN: Este nuevo mecanismo fue un gran cambio para las prestaciones de discapacidad, donde se puede detallar los siguientes puntos como costo para la obra Social:

- El recurso humano abocado exclusivamente a las actualizaciones del nuevo sistema.
- La reingeniería de los procesos en su totalidad dentro de la empresa.
- Capacitación en relación a las actualizaciones de la SSS.
- Adecuación al sistema informático.

Más allá de los costos operativos para la Obra Social, este nuevo mecanismo deja muchos beneficios notorios como los siguientes:

- Transferencia inmediata del importe correspondiente al prestador
- Disminución de espera del recupero.
- Transparencia total del tipo del prestador, el recupero y la auditoría de la SSS.
- Recibimiento mensual de la liquidación correspondiente para el pago a los prestadores de sus facturas.
- Obligación de la Obra Social a transferir todo el dinero dentro del mes, acortando los tiempos de espera del prestador del servicio, como así también de todos los intervinientes en la cadena de la prestación.

En el nuevo mecanismo, se subsidia el 100% de lo que la Obra Social paga al prestador. Si existen diferencias de facturación o conceptos determinados que el agente determina mediante auditoría el pago, eso lo hará por su cuenta el mismo Agente.

D-3- ANALISIS FODA DEL MECANISMO INTEGRACIÓN

En este apartado se hizo un análisis de los cuatro puntos que resumen todos los factores económicos, políticos, sociales y culturales que representan una influencia del ámbito externo para los Agentes de Salud y a su vez inciden en el quehacer interno, ya sea favoreciendo o poniendo en riesgo la misión de la empresa. La identificación de estos puntos posibilita la preparación de estrategias para mejorar aquello que dificulta el correcto funcionamiento del mecanismo.

A continuación el listado de las Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas identificadas y la Matriz FODA que muestra de una manera más clara todo lo antedicho.

- Fortalezas: Disminución en los plazos de pago; Mayor transparencia; Disminución de quejas por parte del prestador del servicio en los pagos con el pasar del tiempo.
- Debilidades: Poco estudio de la SSS en sus inicios de las variables establecidas para cada implementación (esto significa que la SSS pone en vigencia resoluciones que no están 100% probadas y se van mejorando junto con los agentes a medida que se van poniendo en marcha) Responsabilidad de la OS por errores de carga. No hay control con expedientes físicos. Gastos administrativos totales de la OS para la implementación.
- Oportunidades: Mayor capacitaciones por la SSS según cada actualización de sistema. Sistema de Reversión. Auditorías y controles de información por parte de la SSS.
- Amenazas: Existencia de prestaciones truchas sin detectarlas en el momento (ya que no se presentan los papeles físicos en el momento). Tardanza en que figure el afiliado en el padrón de la OS general. Reclamos de los prestadores por diferencias en el pago. Un ejemplo de este caso son los transportistas. Puede existir una prestación para un mismo afiliado que incluye dos prestadores los cuales presenta cada una su factura según su rango de precio. La Superintendencia le reintegra a la OS el tope máximo para transportistas, el cual la OS debe abonar a cada uno según "liquidación por peso". Esto significa hacer un promedio entre los dos prestadores y sacar un porcentaje del que tenga mayor peso entre los dos, y se le abona el porcentaje sobre el tope abonado por la SSS.

Factores Internos	Lista de Fortalezas	Lista de Debilidades
<p>Factores Externos</p> <p>Lista de oportunidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitaciones por la SSS. - Sistema de Reversión. - Auditorías y controles de información por parte de la SSS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de Plazos de pago - Mayor transparencia. - Disminución de quejas en los pagos con el pasar del tiempo. <p>Estrategias para maximizar tanto las F como las O</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitaciones brindadas por la SSS para pulir situaciones poco comunes y disminuir plazos al ideal de 2 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> - Poco estudio de la SSS en sus inicios de las variables establecidas para cada implementación - Responsabilidad de la OS por errores de carga - No hay control con expedientes físicos. - Gasto total de la OS para la implementación. <p>Estrategia para minimizar las D y Maximizar las O</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementación de plataforma digital para subir la información básica para una auditoría por parte de la SSS anterior al pago. - Funcionamiento de la reversión inmediata para no repercutir mayores gastos a la OS. - Pruebas internas de las nuevas actualizaciones antes de hacerla públicas para su funcionamiento.
<p>Lista de Amenazas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reclamos de los prestadores por diferencias en el pago. (Ej. liquidación por peso). - Existencia de prestaciones truchas sin detectarlas en el momento. - Tardanza en que figure el afiliado en el padrón de la OS general 	<p>Estrategias para maximizar tanto las F y disminuir las A</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aclaración de todos los tipos de liquidaciones posibles para evitar reclamos sobre el pago. - Control de documentación para que de mayor transparencia y disminuir posibles fraudes de parte de las OS. - Mayor rapidez de actualización de padrones 	<p>Estrategia para minimizar las D y Minimizar las A</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controles exhaustivos de documentación por parte de la superintendencia, esto ayuda a evitar errores de carga, fortalecer los procesos internos de la super por conocer el manejo del mecanismo y ayudar a las OS a disminuir sus costos operativos al facilitar la

Elaboración Propia.

CONCLUSIÓN

Los mecanismos de reintegros (o subsidios llamado inicialmente) fueron variando enormemente con el pasar de los años. Los que conocen el tema desde las oficinas internas de la Superintendencia, justifican los cambios basándose en el avance de la tecnología que obligo a cambiar las metodologías operativas y también poder mostrar mayor transparencia del movimiento de valores dirigido a las Obras Sociales para tal fin.

Es importante resaltar que los Agentes de Salud, vivieron todos los cambios políticos dentro de la Superintendencia de Servicios de Salud y del Ministerio de Salud, los cuales hicieron que las Obras Sociales se adaptaran a las nuevas resoluciones y tiempos de implementación de las mismas sin recibir ninguna contraprestación.

El comienzo de SUR mostro una mayor tranquilidad por parte de las Obra Sociales ya que una vez implementada la carga informática, se comenzó a hacer una rueda de cobro de subsidios, más allá de que fueron con una demora de más de un año desde la presentación de la documentación.

Por otro lado, el pedido de reintegro de discapacidad, siempre fue más complejo y por eso la SSS implementa el Mecanismo de Integración, el cual, como todas las actualizaciones nuevas fue complicado y difícil de entender, hasta que con el pasar de los meses y de instrucciones que envía la Superintendencia desde su página, se forma un sistema informático, operativo y administrativo que pueda cumplir con los requisitos necesarios para llevar este mecanismo adelante.

Aunque esta implementación llevo tiempo y costos para la Obra Social, hoy en día, se puede decir como un resultado positivo para los Agentes, no solo desde el punto de vista administrativo sino también desde lo financiero, que una vez recibido el reintegro, en un máximo de 2 meses el agente ya deriva el pago de la prestaciones al prestador del mismo directamente, sin tener deuda alguna y sin reclamar los prestadores el pago por mucho tiempo.

Integración se implementó con un inicio complicado para el financiador, pero logró mayor transparencia y orden económico y financiero, que haya mayor control desde este punto de vista ya que el cierre de cada mes el dinero transferido a la Cuenta de Discapacidad del Banco Nación, debe estar totalmente dirigido a cada prestador, siempre y cuando el mismo tenga sus papeles legalmente en regla para poder gozar del pago. Y en cuanto a los pagos que hacia la Obra Social para cumplir con sus afiliados que sufren alguna discapacidad, se logró que, por lo menos con este tipo de patologías, cuenten con el reintegro lo antes posible, ya que si la Superintendencia no gira los fondos dentro de un lapso considerado, la Obra Social obligatoriamente debe hacerse cargo de las prestaciones. Por eso, el resultado que más se resalta en el nuevo mecanismo es como se agilizaron los tiempos del cobro del subsidio y los plazos de pagos. Esto hizo cambiar radicalmente la administración de la Obra Social, desde lo operativo hasta el financiamiento de la misma y la transparencia del destino del reintegro.

Para concluir, el aspecto financiero de la obra social es importante desde el punto de vista de este análisis. Las Obras Sociales ya no deben adelantar más dinero a los prestadores, esperando luego la aprobación por parte de la Superintendencia. Con eso logra un mayor orden económico y evita la desvalorización de dinero con el lapso del tiempo de la auditoría de los expedientes presentados para reintegro. Aunque hay muchas cosas que seguir mejorando y puliendo con el pasar del tiempo y de las pruebas que va haciendo cada obra social, así como también exigir mayor control por parte de la Superintendencia para evitar problemas futuro y que el manejo de pagos que hacen los Agentes se condiga con el fin con el cuál la SSS instalo en mecanismo, el sistema muestra en una totalidad la transparencia de los fondos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución y un orden prestacional a la hora del pago de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Decreto 904/2016. Fondo Solidario de Redistribución. Mecanismo Integración
- 2- Ley 23.660. Obras Sociales
- 3- Ley 23.661. Sistema Nacional del Seguro de Salud
- 4- González García Gines & Tobar Federico (2006). Salud Para los Argentinos. Buenos Aires. Ediciones ISALUD
- 5- Roses Mirta, Bárcena Alicia & Herrero Martín Santiago (2011) Aportes Para el Desarrollo Humano en Argentina: El Sistema de Salud Argentino y su trayectoria de largo plazo. Buenos Aires. Edición: Organización Panamericana de la Salud.
- 6- Catedra 2017. Política Sanitaria y Sistemas de Salud: Descripción del Sistema de Salud Argentino. Buenos Aires. Edición ISALUD
- 7- Ley 24.901. Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad.
- 8- Ley 22.431. Sistema de protección integral de los discapacitados.
- 9- Resolución 1511/2012. Sistema único de reintegro por prestaciones otorgadas a personas con discapacidad-
- 10- Resolución 406/2016. Mecanismo integración.
- 11- Catedra 2018. Información para la gestión: Contabilidad Gerencial. Buenos Aires. Edición ISALUD
- 12- Decreto 1254/2003. Administración de Programas Especiales.
- 13- Superintendencia de Servicios de Salud.
- 14- Costos Hospitalarios. Universidad Isalud. Material de Cátedra
- 15- "Análisis de la situación económica y financiera de hogares para pacientes con discapacidad." 2017. TIF Especialista Nicolás Tonietto – ISALUD.
- 16- Convenio Colectivo de Trabajo UTEDyC 736/16
- 17- Dirección de Economía de la Salud. (2016) "Estimación de costos de prestaciones básicas para personas con discapacidad". Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación.
- 18- Marchessi Candela & Gotusso Judith (2009). Discapacidad en Argentina: Marco Legal. Buenos Aires. Curso de auditoría Médica Hospital Alemán.
- 19- Jurcak Paula & Molinari Amelia. (2012). La compleja Transición de la Administración de Programas Especiales hacia el Sistema Único de Reintegros. Buenos Aires. Edición Hospital Alemán.