



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
2024 - Año del 75° Aniversario de la gratuidad universitaria en la República Argentina

Resolución

Número:

Referencia: [SAMO] EX-2024-10868818 -GDEBA-DRCMSALGP - Aprobación de normas para la denuncia de internación y/o prestaciones.

VISTO los Decretos del Poder Ejecutivo Nacional N° 343/23 y N° 172/24, el Decreto Ley N° 8801/77, su Decreto Reglamentario N° 1158/79, la RESFC-2017-12-E-GDEBA-MEGP, el EX-2024-10868818 -GDEBA-DRCMSALGP, y

CONSIDERANDO:

Que el Decreto N° 172/24 deroga el régimen establecido por Decreto Nacional N° 343/23, mediante el cual se crearon el “SISTEMA DE INTEGRACIÓN Y CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD (SICEPS)” y el “REGISTRO DE INSCRIPCIÓN Y MONITOREO DEL SISTEMA DE INTEGRACIÓN Y CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD (RIMSICEPS)”;

Que en consecuencia se elimina la vía administrativa de recupero por medio de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, como así también toda intermediación que ésta realizaba entre los agentes cobertores y los efectores públicos de salud;

Que el Decreto N° 172/24 en su parte considerativa entiende que “...no se cumplieron eficazmente los objetivos que motivaron el dictado de la Resolución de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N° 584/21, por la que se aprobó el procedimiento para el recupero de las prestaciones brindadas por los referidos Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, tendiente a facilitar el pago de tales prestaciones”;

Que asimismo señala “...el eventual pago de las prestaciones por los efectores es responsabilidad de cada jurisdicción, lo que podrá implementarse a través de convenios que celebren con los distintos Agentes del Seguro de Salud”;

Que en la Provincia de Buenos Aires se creó el Sistema de Atención Médica Organizada (S.A.M.O.) según Decreto Ley N° 8801/1977;

Que el S.A.M.O. tiene la misión de proporcionar servicio integrados de medicina preventiva y asistencial mediante los recursos sanitarios provinciales y municipales y la coordinación con los demás recursos oficiales y privados y/o efectores de la Seguridad Social, cumpliendo también tareas de recupero de costos;

Que la provincia de Buenos Aires a través del Ministerio de Salud, cuenta con herramientas legales y administrativas, también con su propio nomenclador, para facturar las prestaciones brindadas;

Que la RESFC-2017-12-E-GDEBA-MEGP establece un procedimiento para el recupero de los créditos fiscales del Ministerio de Salud, para aquellos casos en que las facturas no sean abonadas en tiempo y forma por los agentes cobertores;

Que es necesario implementar un procedimiento ágil y eficaz para los efectores públicos de salud adheridos al S.A.M.O. y para que los agentes cobertores sean notificados de los procedimientos brindados a sus beneficiarios, así como también es necesario establecer plazos tendientes al eficaz cumplimiento de las obligaciones sanitarias por parte de la Provincia, a fin de garantizar el acceso y el efectivo goce del derecho a la salud para todos/as los/as bonaerenses;

Que, a orden N° 2, luce incorporado el documento IF-2024-10966254-GDEBA-DRCMSALGP, propuesto por la Dirección de Recuperación de Costos, el cual contempla las NORMAS PARA LA DENUNCIA DE INTERNACIONES Y/O PRESTACIONES que efectúen los efectores públicos de salud de la Provincia al S.A.M.O. a pacientes beneficiarios y beneficiarias de Obras Sociales Nacionales y otros agentes cobertores;

Que, a orden N° 3, se ha expedido el Consejo Provincial de la Administración del S.A.M.O., en su Acta N° 23/2024 de fecha 3 de abril de 2024, aprobando la gestión que se propicia;

Que, a orden N° 7, la Subsecretaria de Atención de la Salud y Articulación Territorial, en su carácter de Secretaria Ejecutiva Provincial de la Administración del Sistema de Atención Médica Organizada (S.A.M.O.), de conformidad con lo estipulado por el artículo 10° del Decreto-Ley N° 8801/77 ha prestado su aval;

Que la presente medida se dicta en ejercicio de la Presidencia del Consejo Provincial del Sistema de Atención Médica Organizada (S.A.M.O.) de conformidad con lo establecido por el artículo 5° del Decreto Ley N° 8801/77, que dispone en su parte pertinente que: “El Consejo Provincial será la máxima autoridad de la Administración del S.A.M.O. y estará presidido por el Ministerio de Salud...” y el artículo 7° del Decreto N° 1158/79 que establece “Cada decisión originará una resolución fundada que firmará el Presidente”;

Por ello,

**EL PRESIDENTE DEL CONSEJO PROVINCIAL DEL
SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA ORGANIZADA**

RESUELVE

ARTÍCULO 1°. Los efectores públicos de la Provincia de Buenos Aires adheridos al S.A.M.O. acreditarán la identidad de los beneficiarios y beneficiarias de los agentes cobtores del sistema de salud o terceros pagadores que demanden asistencia.

A los efectos de verificar la cobertura activa del beneficiario o beneficiaria, el efector consultará todos los padrones disponibles. En caso de que no resultara posible realizar las consultas mencionadas precedentemente, el efector tomará como elemento probatorio el último recibo de sueldo o comprobante de pago de la cobertura.

En cualquiera de los casos mencionados en el párrafo precedente, el efector deberá registrar en forma obligatoria las prestaciones en el Sistema de Información que la autoridad de aplicación indique.

ARTÍCULO 2°. Los efectores públicos adheridos al S.A.M.O. deberán completar los siguientes formularios, según corresponda al caso: “Comprobante de Atención de Beneficiarios de Obras Sociales”- FORMULARIO 5 (formulario de prestación o convalidación por asiento médico en historia clínica electrónica) FORMULARIO 8 (Resumen de Historia Clínica o epicrisis para la historia clínica electrónica) FORMULARIO 9 (resumen individual del Paciente o detalle individual emitido por el sistema de facturación electrónica) aprobados por Anexo II de la Disposición S.E.P. N° 3/82 o la que en el futuro la reemplace.

El formulario deberá estar firmado por el o la profesional actuante o jefe del servicio, con sello y número de matrícula, firma que será suficiente a fin de acreditar la efectiva prestación del servicio al paciente beneficiario o la paciente beneficiaria.

ARTÍCULO 3°. Los convenios celebrados entre un agente cobtor y un efector público, podrán establecer condiciones para la prestación siempre que las mismas no se opongan a lo dispuesto en la presente resolución y sean convalidadas por la Dirección de Recuperación de Costos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, mediante el dictado de un acto administrativo. Las partes involucradas en los convenios suscritos antes de la entrada en vigencia de la presente resolución deberán adecuarlos a lo dispuesto en esta resolución, en la medida que ello sea posible y comunicarlo a la Dirección de Recuperación de Costos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

ARTÍCULO 4°. Las prestaciones efectuadas a los beneficiarios y las beneficiarias de los agentes cobtores quedarán acreditadas en virtud de lo establecido en los artículos 1° y 2°, y de conformidad a lo dispuesto en los artículos 13, 14 y 15 de acuerdo con el siguiente procedimiento:

- Los efectores públicos deberán notificar en forma fehaciente al agente cobtor los casos de internación o prestaciones no nombradas según corresponda, y registrar las prestaciones en el Sistema de Información que en el futuro se implemente, dentro de las setenta y dos (72) horas hábiles. Una vez notificados, los agentes cobtores tendrán cuarenta y ocho (48) horas hábiles para derivar al o la paciente o enviar auditoría de terreno.
- En atención ambulatoria de urgencias y/o emergencias, en los casos de consultas, prácticas de diagnóstico y tratamiento o prestaciones de alta complejidad y todo procedimiento que resulte necesario para la favorable evolución del paciente beneficiario o de la paciente beneficiaria, el efector no efectuará notificación, quedando habilitado para facturar.
- En atención ambulatoria programada, el efector no realizará notificación cuando se trate de consultas y prácticas de diagnóstico y tratamiento de baja o mediana complejidad. El efector quedará habilitado para facturar.
- En atención ambulatoria programada se requerirá notificación al agente cobtor para las prestaciones de alta complejidad. Los agentes cobtores tendrán un plazo máximo de cuarenta y ocho (48) horas hábiles para expedirse respecto de estas prestaciones, caso contrario las prestaciones se tendrán por autorizadas, habilitando al efector a facturar debiendo acompañar a la factura, la notificación en los casos en los que hubiere correspondido.

En todos los casos se deberá acompañar con la presentación de la factura el correspondiente formulario estipulado en el artículo 2°.

ARTÍCULO 5°. El efector facturará todas las prestaciones brindadas a los beneficiarios y beneficiarias de los agentes cobtores de acuerdo al Nomenclador S.A.M.O.

El agente cobtor podrá efectuar sus impugnaciones debiendo ajustarse al procedimiento previsto en el artículo 12 de la presente.

ARTÍCULO 6°. En los supuestos de internaciones, en las que deban realizarse métodos o procedimientos de alta complejidad no previstos en el nomenclador, el efector deberá cursar una nueva notificación fehaciente al agente cobtor respectivo, en los términos y con la metodología prevista en el artículo 4°.

ARTÍCULO 7°. En los casos que, por razones de fuerza mayor debidamente acreditadas, el efector público, no haya podido gestionar en tiempo y forma las notificaciones previstas en el artículo 4° y el artículo 6°, la autoridad administrativa del efector deberá solicitar en forma fehaciente al agente cobtor, la realización de una auditoría conjunta a fin de convalidar las prestaciones, otorgando para ello un término de setenta y dos (72) horas hábiles.

Transcurrido el plazo sin haber obtenido respuesta, el efector quedará habilitado para facturar debiendo presentar junto con la factura la constancia de dicha notificación y el formulario correspondiente de acuerdo al artículo 2°.

ARTÍCULO 8°. Las notificaciones mencionadas en los artículos precedentes deberán contener los siguientes datos: apellido y nombre del paciente o la paciente, número de DNI, fecha de la internación o práctica, diagnóstico presuntivo, el cual validará todos los tratamientos diagnósticos y terapéuticos que el paciente requiera.

Se considerará notificación fehaciente la realizada por el efector a los correos electrónicos denunciados por los agentes cobtores en la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación o aquellos denunciados a los efectores por cualquier medio.

Las constancias de las notificaciones deberán conservarse por el término de veinticuatro (24) meses.

ARTÍCULO 9°. El efector arbitrará los medios necesarios para que las prestaciones denunciadas oportunamente sean incorporadas en una factura o comprobante equivalente, a fin de ser presentado al agente cobtor, en un plazo de ciento ochenta (180) días corridos de efectuada la denuncia en los casos que corresponda o desde que el efector haya quedado en condiciones de facturar de acuerdo a lo estipulado en artículos precedentes.

ARTÍCULO 10. Los agentes cobtores tendrán un plazo de sesenta (60) días corridos de presentada la facturación, para abonar la misma. A los fines del cómputo del plazo indicado en el párrafo precedente, se tendrán en cuenta las siguientes pautas:

- Cuando las facturas se presenten directamente en el domicilio oportunamente denunciado por los agentes cobtores, el plazo se computará a partir del día siguiente al que figure en el sello de recepción de la documentación;
- En los casos en que el efector envíe las facturaciones por correo, el mismo deberá ser por la modalidad de correo certificado con acuse de recibo, computándose el plazo a partir del día siguiente al que figura en la constancia de recepción de la documentación emitida por el correo,
- En caso de ser enviada por correo electrónico se tomará el plazo a partir del día siguiente del envío de este.
- En caso de ser presentada dentro del sistema de información, gestión y/o facturación que la autoridad de aplicación implemente, se contempla el plazo a partir del día siguiente de su emisión.

ARTÍCULO 11. Vencido el plazo fijado en el artículo precedente, los efectores, podrán reclamar el pago de las facturaciones en mora, mediante la formación de expediente electrónico de acuerdo a lo estipulado en el artículo 13° para ser presentado ante la Dirección de Recuperación de Costos del Ministerio de Salud, que aplicará el procedimiento de cobro prejudicial y judicial estipulado en la RESFC-2017-12-E-GDEBA-MEGP.

Para los efectores que utilicen GDEBA deberá formarse expediente electrónico.

ARTÍCULO 12. En el caso de discrepancias que recayeran sobre la facturación de una prestación, sobre la pertinencia de un acto médico, o sobre cuestiones vinculadas al procedimiento administrativo, que se susciten entre un efector y un agente cobtor, este último deberá notificar dicha situación al efector en forma fehaciente y

solicitar en el mismo acto la realización de una auditoría conjunta dentro de los quince (15) días de recepcionada la facturación en los términos indicados en el artículo 10.

Para el caso en que la discrepancia tuviera lugar con anterioridad a la emisión de la factura, el plazo será de cinco (5) días de recibidas las notificaciones previstas en el artículo 4°.

En tal caso, y previa concertación de las partes, la auditoría conjunta deberá llevarse a cabo en el efector, en día y horario administrativo y en un término de quince (15) días contados a partir de la recepción de la notificación cursada por el agente cobertor, debiendo el efector poner a disposición de la auditoría, la documentación original pertinente.

En caso de transcurrir dicho lapso sin que el agente cobertor solicitante concurriera a la misma, el efector quedará facultado a facturar o reclamar el pago de lo facturado, adjuntando copia del acta donde surja la incomparecencia, certificado por la autoridad administrativa competente.

A dicha auditoría deberán asistir los/las representantes designados/as por las partes, quienes deberán acreditarse al momento de celebrarse la misma. Una vez concluida, deberá labrarse un acta en tres ejemplares, en la cual deberá constar, en forma sucinta, y bajo pena de tenerse por no efectuada la auditoría, el motivo de la discrepancia, los fundamentos alegados y las conclusiones de la misma, con el correspondiente correlato en la expresión de los montos reconocidos y/o rechazados. Las actas labradas según párrafo precedente, se acompañarán en caso de corresponder a la actuación iniciada de acuerdo al artículo 11.

Para todo aquello no contemplado en la presente, serán de aplicación supletoria las normas y principios de auditoría tradicionalmente aceptados.

En caso de que el agente cobertor realice algún débito respecto del monto de la facturación al momento de su liquidación y pago, sin informar al efector una discrepancia u observación de acuerdo al procedimiento establecido precedentemente, el efector queda facultado a iniciar el procedimiento del artículo 11.

En caso de hacer uso del mecanismo establecido en el párrafo precedente, el efector deberá notificar vía correo electrónico o carta documento con acuse de recibo al agente cobertor la intimación al pago, incorporando este documento a las actuaciones del artículo 11.

La totalidad de los documentos mencionados, deberán estar firmados por la autoridad administrativa competente del efector.

ARTÍCULO 13. A los efectos de la presentación de la actuación del artículo 11 los efectores deberán completar la siguiente documentación:

1. "Declaración Jurada de la deuda", firmada por el director o máxima autoridad.
2. La/s factura/s remitida/s al agente cobertor, con sello de recepción por parte de aquellos en los casos que hubieren sido presentadas conforme lo indicado en el artículo 10 inc. a), b), c).
3. Intimación cursada al agente cobertor, vía carta documento o cédula de notificación.
4. En la/s factura/s deberá consignarse el nombre completo del agente cobertor (no admitiendo su reemplazo por siglas), el código de identificación, y monto total facturado.
5. Detalle de las prestaciones, consignando número de factura de referencia, con nombre y apellido de los beneficiarios o beneficiarias, DNI y los montos respectivos. En el supuesto de adjuntar fotocopia del detalle, deberá estar autenticada por la autoridad administrativa responsable del efector.
6. Informe sobre cumplimiento del artículo 3° en caso de corresponder.
7. Notificaciones cursadas a los agentes cobertores en los casos indicados en los artículos 3°, 4°, 6° y 8°.
8. Informe del Acta de Auditoría Conjunta en el caso del artículo 12°, firmada por la autoridad administrativa competente.

Las presentaciones deberán efectuarse ordenando la documentación requerida como se dispone en el presente artículo. Para el caso de los efectores que utilicen el sistema GDEBA cada documento deberá estar incorporado en un IFGRA (informe gráfico cuyo título deberá indicar el documento que contiene), no debiéndose adjuntar otro tipo de documentación.

ARTÍCULO 14. La Dirección de Recuperación de Costos del Ministerio de Salud cuando lo estime necesario, podrá solicitar información y/o documentación complementaria al efector a efectos de realizar bases epidemiológicas y/o estadísticas de la atención de los beneficiarios de los agentes cobertores, de conformidad con lo establecido en la Ley Nacional N° 25.326.

Asimismo, la Dirección de Recuperación de Costos podrá solicitar similar información a los agentes cobertores.

ARTÍCULO 15. Toda la documentación respaldatoria, deberá quedar en resguardo en el efector y a disposición del agente cobertor por un lapso de veinticuatro (24) meses. Lapso durante el cual el agente cobertor podrá tomar vista de los elementos probatorios de las prestaciones brindadas a sus beneficiarios y beneficiarias.

ARTÍCULO 16. La Dirección de Recuperación de Costos queda facultada a propiciar el desarrollo de acciones y/o programas tendientes a la estimulación y capacitación administrativa del personal de los efectores y de los agentes cobertores, a fin de lograr procedimientos administrativos que agilicen la presentación, cobro y pago de las facturaciones de las prestaciones médico-asistenciales brindadas.

ARTÍCULO 17. El código único provincial del Registro de los Establecimientos de Salud elaborado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires será suficiente para identificar al efector a los fines de la facturación ante los agentes cobertores.

ARTÍCULO 18. Se establece como autoridad de aplicación de la presente resolución a la Secretaría Ejecutiva del S.A.M.O., con facultades para dictar normas modificatorias, complementarias y/o reglamentarias respecto de la presente.

ARTÍCULO 19. Publicar en el Boletín Oficial. Comunicar e incorporar al SINDMA. Cumplido, archivar.