



NACIONAL



**RESOLUCION 1081/2011**  
**MINISTERIO DE SALUD (M.S.)**

Modifícase la Resolución 487/02, relacionada con los mecanismos para la presentación y cobro de las facturaciones por parte de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.

Del: 19/07/2011; Boletín Oficial: 22/07/2011

VISTO el Expediente N° 2002-7.222/11-6 del Registro del MINISTERIO DE SALUD, el Decreto [N° 939](#) de fecha 19 de octubre de 2000; y las Resoluciones del MINISTERIO DE SALUD Nros. [487/02](#), [1230/08](#) y [254/11](#)

y

CONSIDERANDO:

Que mediante la Resolución del MINISTERIO DE SALUD [N° 487](#) del 12 de agosto de 2002, se establecieron los procedimientos para la presentación y cobro de las facturaciones correspondientes al Régimen de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, creado por el Decreto [N° 939/00](#)

Que mediante Resolución del MINISTERIO DE SALUD [N° 1230](#) del 28 de octubre de 2008, se modificaron artículos de la Resolución [N° 487/02](#), en relación con los procedimientos para la presentación y cobro de las facturas correspondientes al Régimen de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada; y se aprobaron los nuevos aranceles modulares para dicho régimen.

Que recientemente, por Resolución del MINISTERIO DE SALUD [N° 254](#) del 1° de marzo de 2011 se actualizaron los Aranceles Modulares para los Hospitales Públicos de Gestión descentralizada.

Que, del mismo modo, la experiencia obtenida a partir de los mecanismos de presentación y cobro de las facturaciones establecidos tornan aconsejable su actualización a fin de obtener mayor agilidad en los trámites correspondientes a la facturación de las prestaciones. Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa en virtud de lo normado por la Ley de Ministerios, T.O. por Decreto N° 438 del 12 de Marzo de 1992, modificada por la Ley [N° 26.338](#).

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

Artículo 1° - Modifícanse los artículos 1°, 3°, 4°, 5°, 7° y 14 de la Resolución del MINISTERIO DE SALUD [N° 487](#) del 12 de agosto de 2002, los que quedarán redactados de la siguiente manera:

“ARTICULO 1°.- Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán requerir a los beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD comprendidos en el régimen de las Leyes Nros. [23.660](#)

y [23.661](#), los del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS y también a los jubilados y pensionados que optaron por la cobertura de una Obra Social inscripta en el Registro Nacional de Obras Sociales para la Atención Médica de Jubilados y Pensionados que demanden asistencia, la presentación del

Documento que avale su identidad (DNI - LC - LE - CEDULA DE IDENTIDAD), y el último recibo de sueldo (o la Orden de Pago Provisional según corresponda).

En caso que el beneficiario no presentare el recibo de sueldo, o la Orden de Pago Provisional, el Hospital podrá reemplazarlas por una Fotocopia de la Constancia de empadronamiento obtenida a través del padrón en la Web de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD o del ANSES (la que resulte más actualizada) de forma de asegurar que a la fecha de la atención, el beneficiario tenía la cobertura del Agente del Seguro de Salud.

Entiéndase que toda mención que se efectúe en la presente Resolución respecto de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD incluye a los alcanzados en virtud de lo dispuesto en el artículo 1° de las leyes [23.660](#) y [23.661](#) y los artículos 10 y 11 del [Decreto N° 292/95](#) y su modificatorio Decreto [N° 492/95](#)

ARTICULO 3°.- Cuando se hubiese celebrado convenio entre el Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD y el Hospital Público de Gestión Descentralizada, la forma y condiciones de la prestación, quedan sometidas a las disposiciones que oportunamente hayan pactado las partes. El Hospital únicamente deberá presentar las facturaciones para su cobro ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, cuando esté expresamente pactado en el contrato suscripto entre el Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD y el Hospital Público de Gestión Descentralizada.

En este caso, éste deberá adjuntar copia fiel del convenio y de la notificación que se hubiese establecido en el contrato para intimar al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, al pago de las facturaciones adeudadas con resultado negativo. Las facturas serán abonadas por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD de acuerdo a los valores estipulados entre las partes, los que no podrán ser inferiores a los fijados por la normativa vigente para los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada al momento de la prestación.

ARTICULO 4°.- Las prestaciones efectuadas a los beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, quedarán acreditadas en virtud a lo establecido en los artículos 1° y 2° de la presente Resolución y de conformidad a lo dispuesto en los artículos 15, 16 y 17 del [Decreto N° 939/00](#), de acuerdo al siguiente procedimiento:

a) A partir de la entrada en vigencia de la presente Resolución, los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán notificar en forma fehaciente, a los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, los casos de internación o procedimientos quirúrgicos o prácticas de alta Complejidad, según corresponda, que le está siendo brindado a su/s beneficiario/s, dentro de las CUARENTA Y OCHO HORAS (48) hábiles. A los fines de la notificación fehaciente referida, se considera incluido al fax y el correo electrónico recepcionados.

b) En las internaciones prolongadas por módulo día, los Hospitales deberán justificar y efectuar la notificación por medio fehaciente incluido el fax o copia del correo electrónico recepcionados, avalados por la autoridad administrativa, cada DIEZ (10) días de persistir dicha situación.

Cumplido los treinta días (30) de internación, los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán notificar dicha circunstancia mediante carta documento o telegrama colacionado al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD cada TREINTA (30) días.

c) En los casos de pacientes con internación ininterrumpida que superen los SEIS (6) meses, sin que mediare alta transitoria, el Hospital notificará por carta documento o telegrama colacionado, dentro de los primeros CINCO (5) días hábiles del mes en curso, al Agente respectivo.

d) Cuando por razones de urgencia debidamente justificada por el Hospital Público de Gestión Descentralizada, la internación deba efectuarse para la realización inmediata de cualquier procedimiento quirúrgico y/o práctica de alta complejidad, la notificación fehaciente incluido el Fax o copia del correo electrónico, avalados por la autoridad

administrativa responsable del Hospital, podrá hacerse incluyendo ambos (procedimiento y práctica) en forma conjunta.

e) En Atención Ambulatoria de Urgencias y/o Emergencias, el Hospital no efectuará notificación en los casos de consultas, prácticas de diagnóstico y tratamiento o prestaciones de alta complejidad.

f) En Atención Ambulatoria Programada, el Hospital no realizará notificación cuando se trate de consultas y prácticas de diagnóstico y tratamiento de baja o mediana complejidad.

g) En Atención Ambulatoria Programada se requerirá conformidad previa del Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD para las prestaciones de alta complejidad. El Hospital podrá facturar al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD las prestaciones brindadas en los apartados e), f) y g), del presente artículo debiendo acompañar con la factura el Anexo II, debidamente cumplimentado para su cobro y la conformidad previa del Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD en el supuesto del apartado g).

ARTICULO 5°.- Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán brindar a los beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD conforme lo dispuesto en los artículos 1° y 2° de la presente Resolución, las prestaciones médico-asistenciales establecidas en el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO (PMO) vigente a la fecha. El Hospital podrá facturar solamente dichos servicios para su posterior cobro, no reconociéndose a los efectos del pago todas aquellas prestaciones no previstas en el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO vigente.

Cuando las prestaciones a brindar por el Hospital excedan las estipuladas en el PMO, deberá previamente notificar y fundamentar las mismas en forma fehaciente incluido el Fax o copia del correo electrónico, avalados por la autoridad administrativa responsable del Hospital, al Agente dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas hábiles.

El Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD podrá efectuar sus impugnaciones debiendo ajustarse al procedimiento previsto en el Artículo 14° de la presente.

ARTICULO 7°.- Queda expresamente establecido que las notificaciones mencionadas en el artículo 4° apartados a), b), c), d) y g); artículos 5°, 6° y 8°, deberán contener como mínimo: Apellido y Nombre del paciente; DNI o LC o LE; Número de afiliado; hora y fecha de la internación o solicitud de práctica, diagnóstico presuntivo y procedimientos a realizar. En las notificaciones autorizadas a ser realizadas por esta Resolución mediante Fax, además de lo indicado en el párrafo precedente, deberá consignarse en el cuerpo del fax: número de teléfono al que fue remitido, fecha y hora que fue enviado al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD y comprobante completo que avale dicha remisión. Cuando las notificaciones hayan sido realizadas por correo electrónico deberá en todos los casos adjuntarse copia completa del correo electrónico cursado, firmado por la Autoridad Administrativa del Hospital con la leyenda «dirección de correo electrónica verificada». Asimismo, tales correos deberán ser remitidos desde una dirección institucional del Hospital, o en la que se lo pueda individualizar inequívocamente, y ser enviados a direcciones que cumplan con iguales condiciones. Sin perjuicio de ello, a los efectos de verificarse la dirección de correo electrónico del Agente del Seguro de Salud se admitirá la presentación de cualquier mensaje enviado desde la dirección de correo electrónico del Agente del Seguro de Salud al Hospital dentro de los TRES (3) meses anteriores o posteriores a la fecha de la notificación. Las constancias de las notificaciones, o en su caso fotocopia de los Fax o de los correos electrónicos, deberán conservarse por el término establecido en el artículo 17° de la presente Resolución.

ARTICULO 14.- 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 Hospital Público de Gestión Descentralizada y un Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, el citado Agente deberá notificar en forma fehaciente al prestador dicha situación 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°; o, para el caso

que la discrepancia tuviera lugar con anterioridad a la emisión de la factura, dentro de los CINCO (5) días de recibidas las notificaciones previstas en el Artículo 4º y 5º de la presente Resolución.

En tal caso, y previa concertación de las partes, la Auditoría Conjunta deberá llevarse a cabo en el Hospital en un término de QUINCE (15) días contados a partir de la recepción de la notificación cursada por el Agente, debiendo el mismo poner a disposición de la Auditoría Médica de este último, la documentación original pertinente.

En caso de transcurrir dicho lapso sin que el Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD solicitante concurriera a la misma por causas imputables a él, el Hospital quedará facultado a reclamar el pago de lo facturado a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, adjuntando fotocopia del respectivo comprobante de citación, certificado por la autoridad administrativa responsable del Hospital.

A dicha auditoría deberán asistir los representantes designados 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.

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

Deberá acompañarse, con carácter obligatorio, copia del acta en el reclamo que el Hospital Público de Gestión Descentralizada pudiere efectuar ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. La omisión en el cumplimiento de este precepto, hará incurrir a la máxima autoridad del Hospital en la responsabilidad civil y penal correspondiente.

De haberse efectuado la Auditoría Conjunta y labrada el Acta respectiva, el Hospital remitirá a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, por expediente separado, la totalidad de las facturas que hubieren sido objeto de discrepancia juntamente con el Acta y la fotocopia completa de la Historia Clínica, a los efectos de emitir opinión, para su posterior elevación a este MINISTERIO DE SALUD a través de lo establecido en la Resolución del MINISTERIO DE SALUD [Nº 449](#) del 4 de mayo de 2001, cuya decisión será definitiva.

Sin perjuicio de ello, para los casos en que las discrepancias versaren sobre cuestiones de índole meramente administrativa, o sobre cuestiones atinentes a la afiliación de los pacientes, será la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD quien resuelva con carácter definitivo.

La totalidad de los documentos mencionados, deberán estar autenticados por la autoridad administrativa responsable del Hospital.”

Art. 2º - Derógase el Artículo 1º de la Resolución del MINISTERIO DE SALUD Nº [1230](#) del 28 de octubre de 2008.

Art. 3º - Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial. Cumplido, archívese.

Juan L. Manzur.

