

República Argentina

RESOLUCIÓN 487/2002 · 2002

RESOLUCIÓN 487/2002

Boletín Oficial, 28 de agosto de 2002 · 27 artículos

Texto actualizado al 21 de noviembre de 2026

ÍNDICE

Resolución 487/2002

Ministerio de Salud

Establécense nuevos mecanismos para la presentación y cobro de las facturaciones por parte de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.

Bs. As., 21/8/2002

VISTO el Expediente Nº 2002-14639/98-7 del registro del Ministerio de Salud, el Decreto Nº 939 de fecha 19 de octubre de 2000, el Decreto N° 9 de fecha 7 de enero de 1993, el Decreto N° 357 de fecha 21 de febrero de 2002, la Decisión Administrativa de la Jefatura de Gabinete de Ministros N° 24 de fecha 25 de abril de 2002, la Resolución Nº 897 de fecha 15 de noviembre de 1999 del ex-Ministerio de Salud y Acción Social, las Resoluciones del Ministerio de Salud Nros. 449 de fecha 4 de mayo de 2001, 486 de fecha 20 de agosto de 2002 y Nº 201 de fecha 9 de abril de 2002 y la Resolución Nº 74 de fecha 29 de marzo de 2000 del registro de la Superintendencia de Servicios de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que el Decreto Nº 939/00 creó el Régimen de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.

Que en dicha norma se establecieron una serie de lineamientos que regulan el procedimiento de facturación y cobro de las prestaciones efectuadas por los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada a favor de los beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD a que hace referencia el artículo 1º del Decreto Nº 9/93.

Que el artículo 6º del Decreto mencionado en primer término establece que el Hospital Público de Gestión Descentralizada actuará de acuerdo con las normas vigentes en la jurisdicción a la que pertenezca y con las facultades legales que le asigne la autoridad competente en el marco de dichas normas.

Que los artículos 15, 16 y 17 establecen que los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, cuando no exista convenio previo con los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, podrán facturarles las prestaciones que brinde, de acuerdo a los valores que fije el MINISTERIO DE SALUD.

Que los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, están obligados a saldar el pago de lo facturado, dentro de los SESENTA (60) días corridos de presentada la facturación mensual.

Que el artículo 18 dispone que ante la falta de pago de las facturas por parte de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD en el plazo fijado en el considerando anterior y de no mediar acuerdo entre las partes, el Hospital Público de Gestión Descentralizada podrá reclamar el pago de lo facturado por el 'sistema de débito automático' a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

Que asimismo, establece que en caso de discrepancia en los montos de la facturación entre el Hospital Público de Gestión Descentralizada y el Agente del SISTEMA NACIONAL

DEL SEGURO DE SALUD, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD elevará su opinión a este MINISTERIO DE SALUD, cuya decisión será definitoria.

Que, con fecha 4 de Mayo de 2001 se dicta la Resolución Nº 449 del MINISTERIO DE SALUD que en su artículo 1º establece que en los casos de discrepancia en los montos de la facturación, será la SECRETARIA DE ATENCION SANITARIA —actualmente SECRETARIA DE PROGRAMAS SANITARIOS— la que tendrá a su cargo tomar la decisión definitoria, pudiendo requerir la intervención de la SECRETARIA DE POLITICAS Y REGULACION SANITARIA —actualmente SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y RELACIONES SANITARIAS— cuando lo considere oportuno.

Que en virtud del Decreto N° 357/02 se dictó la Decisión Administrativa N° 24/02 por la que se aprobó la Estructura Organizativa del MINISTERIO DE SALUD creándose la SECRETARIA DE PROGRAMAS SANITARIOS y la SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y RELACIONES SANITARIAS.

Que sin perjuicio de lo expuesto y en el contexto de las normativas citadas en el VISTO, se dictó la Resolución Nº 303 del MINISTERIO DE SALUD de fecha 27 de Marzo de 2001 y su ampliatoria Nº 368 del 18 de Abril de 2001, mediante las cuales se aprobaron las normas para las prestaciones médico-asistenciales que los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada brinden a los beneficiarios del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados a partir del 1º de Marzo de 2001, estableciéndose un procedimiento para la facturación de aquellas.

Que del análisis de los resultados obtenidos y la experiencia acumulada desde la vigencia de las Resoluciones citadas en el considerando precedente, surgió que su aplicación ha dificultado la operatoria y funcionamiento de los circuitos administrativos.

Que como consecuencia de ello, se dictó la Resolución Ministerial Nº 486 de fecha 21 de agosto de 2002 que derogó las Resoluciones nros. 303/01 y 368/01 ambas de este MINISTERIO DE SALUD.

Que la Resolución Nº 201 de fecha 9 de Abril de 2002, de este MINISTERIO DE SALUD, aprobó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia para los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD comprendidos en el artículo 1º de la Ley Nº 23.660, cuyas prestaciones están obligados a brindar dichos Agentes mientras dure la emergencia, las que se detallan en los Anexos I y II.

Que la Resolución Nº 897/99 del ex-MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL establece el procedimiento para la presentación de las facturas por parte de los actuales Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada por prestaciones brindadas, a beneficiarios de las Obras Sociales, comprendidos en el Régimen de las Leyes Nros. 23.660 y 23.661 para ser cobradas por el 'sistema de débito automático'.

Que el artículo 4º de esa preceptiva, dispone la documentación que deberán presentar los Hospitales para el pago automático por las prestaciones brindadas a los beneficiarios de las

Obras Sociales comprendidas en el régimen de las Leyes Nros. 23.660 y 23.661.

Que por Resolución Nº 74 de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD de fecha 29 de Marzo de 2000 se establecen las normas y requisitos que deben cumplimentar los Hospitales Públicos de Autogestión —hoy Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada— cuando los beneficiarios de las obras sociales demanden asistencia a través de los mismos.

Que de lo expuesto se evidencia la existencia de una multiplicidad de normas que regulan los procedimientos para la presentación y cobro de las facturaciones por parte de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada a través del 'sistema de débito automático'.

Que ello hace necesario su reformulación y compatibilización, estableciendo nuevos mecanismos que permitan agilizar los circuitos administrativos y eviten la superposición de reglamentaciones y preceptivas sobreabundantes que coexisten en desmedro de una operatoria eficaz y eficiente.

Que la SECRETARIA DE PROGRAMAS SANITARIOS y la SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y RELACIONES SANITARIAS han prestado su conformidad respecto de la medida que se propicia.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º. 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 1º de las leyes 23.660 y 23.661 y los artículos 10 y 11

del Decreto Nº 292/95 y su modificatorio Decreto Nº 492/95.

(Artículo sustituido por art. 1° de la Resolución N° 1081/2011 Ministerio de Salud B.O. 22/07/2011)

ARTÍCULO 2°. Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán cumplimentar el 'Comprobante de Atención de Beneficiarios de Obras Sociales', que se agrega como Anexo II, que pasa a formar parte integrante de la presente Resolución, con carácter de Declaración Jurada, firmado por el médico actuante o Jefe del Servicio, con sello y número de matrícula, y el responsable administrativo del Hospital, con sello, cargo y aclaración de firma, con la correspondiente suscripción o firma del beneficiario, familiar o responsable.

ARTÍCULO 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.

(Artículo sustituido por art. 1° de la Resolución N° 1081/2011 Ministerio de Salud B.O. 22/07/2011)

ARTÍCULO 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 1º y 2º de la presente Resolución y de conformidad a lo dispuesto en los artículos 15, 16 y 17 del Decreto Nº 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).

(Artículo sustituido por art. 1° de la Resolución N° 1081/2011 Ministerio de Salud B.O. 22/07/2011)

ARTÍCULO 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 1º y 2º 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 14º de la presente.

(Artículo sustituido por art. 1° de la Resolución N° 1081/2011 Ministerio de Salud B.O. 22/07/2011)

ARTÍCULO 6°. En los supuestos de internaciones y/o prácticas previamente autorizadas, en las que deban realizarse métodos o procedimientos de alta complejidad no previstos en los alcances de la autorización, el Hospital Público de Gestión Descentralizada deberá cursar una nueva notificación fehaciente, al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD respectivo, en los términos y con la metodología prevista en el artículo 4º apartados a), b), c), d) y g) y artículo 5º de la presente Resolución.

ARTÍCULO 7°. Queda expresamente establecido que las notificaciones mencionadas en el artículo 4º apartados a), b), c), d) y g); artículos 5º, 6º y 8º, 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 17º de la presente Resolución.

(Artículo sustituido por art. 1° de la Resolución N° 1081/2011 Ministerio de Salud B.O. 22/07/2011)

ARTÍCULO 8°. En los casos que por razones de fuerza mayor debidamente acreditadas, el Hospital Público de Gestión Descentralizada no haya podido gestionar en tiempo y forma las notificaciones previstas en el artículo 4º apartados a), b), c), d) y g) y artículos 5º y 6º precedentes, deberá solicitar por cualquier medio fehaciente o Fax firmado por la autoridad administrativa responsable del Hospital al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, la realización de una auditoría conjunta a fin de convalidar las prestaciones, otorgando para ello un término de SETENTA Y DOS HORAS (72 hs) hábiles, transcurridas las cuales sin haber obtenido respuesta del Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, el Hospital deberá adjuntar al Anexo II, la constancia de dicha notificación, en la presentación que pudiera efectuar ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

ARTÍCULO 9°. En los casos que no exista convenio previo entre el Hospital Público de Gestión Descentralizada y el Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, el Hospital sólo podrá facturar a éstos, las prestaciones que brinde, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 5° de la presente y a los valores máximos fijados por los Aranceles Modulares para los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, vigentes al momento de la prestación.

ARTÍCULO 10. Los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD están obligados a saldar el pago de lo facturado por el Hospital Público, dentro de los sesenta (60) días corridos de presentada la facturación mensual en los términos del artículo 17º del Decreto Nº 939/00. A los fines del cómputo del plazo indicado en el párrafo precedente, se seguirá el siguiente procedimiento: a) Cuando las facturas se presenten directamente en el domicilio oportunamente denunciado por el Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, el plazo se computará a partir del día siguiente al que figure en el sello de recepción de éstos; b) En los casos en que el Hospital envíe las facturaciones por correo, a efectos de garantizar el contenido de la documentación acompañada, deberán remitirse por 'carta expreso con confronte', computándose el plazo a partir del día siguiente al que figura en la constancia de la recepción de la mencionada carta por parte del Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD.

ARTÍCULO 11. Vencido el plazo fijado en el artículo precedente, los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán intimar al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD mediante carta documento o telegrama colacionado para que en el plazo de diez (10) días contados a partir de la notificación fehaciente abonen las facturaciones reclamadas. Vencido dicho plazo, los Hospitales podrán reclamar el pago de las facturaciones adeudadas por el Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, debiendo acompañar a tales efectos la comunicación fehaciente respectiva.

ARTÍCULO 12. Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada podrán reclamar el pago de las facturaciones a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD de las prestaciones brindadas a los beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, dentro del año aniversario de efectuada la misma. Vencido dicho plazo y en el caso que los Hospitales no hubieran presentado ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD las facturaciones para su cobro a través del sistema de débito automático, éstos no podrán reclamar pago alguno a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, sin perjuicio de las acciones judiciales que pudieren iniciar contra los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD.

(Nota Infoleg: por art. 1° de la Resolución N° 84/2004 del Ministerio de Salud B.O. 6/2/2004 se amplía por única vez y por un plazo perentorio de noventa (90) días corridos contados a partir del día siguiente al de publicación de la presente, el plazo del presente artículo y dispónese que los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada podrán presentar al cobro ante la Superintendencia de Servicios de Salud facturaciones por

prestaciones brindadas desde el primero (1º) de enero de mil novecientos noventa y nueve (1999), que estando intimado su pago a los Agentes del Seguro de Salud, no han sido canceladas por éstos hasta la fecha de entrada en vigencia de la presente.)

ARTÍCULO 13. Las facturaciones impagas podrán presentarse para su cobro por ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la fecha de facturación.

(Nota Infoleg: por art. 1° de la Resolución N° 84/2004 del Ministerio de Salud B.O. 6/2/2004 se amplía por única vez y por un plazo perentorio de noventa (90) días corridos contados a partir del día siguiente al de publicación de la presente, el plazo del presente artículo y dispónese que los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada podrán presentar al cobro ante la Superintendencia de Servicios de Salud facturaciones por prestaciones brindadas desde el primero (1º) de enero de mil novecientos noventa y nueve (1999), que estando intimado su pago a los Agentes del Seguro de Salud, no han sido canceladas por éstos hasta la fecha de entrada en vigencia de la presente.)

ARTÍCULO 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 SEGURODE SALUD solicitante concurriere 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 definitoria.

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.'

(Artículo sustituido por art. 1° de la Resolución N° 1081/2011 Ministerio de Salud B.O. 22/07/2011)

ARTÍCULO 15. A los efectos de la presentación por ante la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD de las facturaciones por parte de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada para el pago mediante el sistema de débito automático, en el supuesto que sea procedente, por prestaciones brindadas a beneficiarios mencionados en el artículo 1º de la presente Resolución, deberán acompañar la siguiente documentación:

1.- Nota de elevación a la máxima autoridad de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

2.- Anexo I de la presente Resolución, con carácter de 'Declaración Jurada', firmada por el Director del Hospital y certificada la firma por Entidad Bancaria o Escribano Público.

3.- Fotocopia de la Resolución de Inscripción como Hospital Público de Gestión Descentralizada, autenticada por autoridad administrativa responsable del Hospital.

4.- Fotocopia de la/s factura/s remitida/s al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, con acuse de recibo por parte de aquellos en los casos que dichas facturaciones hubieren sido presentadas directamente en el domicilio conforme lo indicado en el artículo 10 inc. a) de la presente resolución.

5.- En caso que las facturas fueran remitidas por 'carta expreso con confronte' deberán presentar/ se fotocopia/s del confronte de las facturas juntamente con el aviso de recepción del correo, conforme lo establecido en el artículo 10 inc.b) de la presente. Ambos documentos deberán ser autenticados por la autoridad administrativa responsable del Hospital, consignando la leyenda ' es copia fiel de su original'.

6.- En la/s factura/s deberá consignarse el NOMBRE COMPLETO DEL AGENTE DEL

SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD (no admitiéndose su reemplazo por siglas), el número de RNOS, el detalle de las prestaciones y los montos respectivos y nombre y apellido de/los beneficiario/s atendido/ s.

7.- Anexo II de la presente Resolución debidamente cumplimentado, con el detalle de las prestaciones efectuadas. En el supuesto de adjuntar fotocopia del mismo, deberá estar autenticada por la autoridad administrativa responsable del Hospital, consignando la leyenda 'es copia fiel de su original'. En el caso de facturaciones de medicamento/s y/o material/es descartable/s incluido/s en los Códigos 36.00 y 37.00 referido a medicamento/s y material/es descartable/s excluido/s de los módulos, deberá presentarse juntamente con el Anexo II (Comprobante de Atención de Beneficiarios) una planilla detallando: Apellido y Nombre del Beneficiario; Nombre del/los medicamento/s y/o material/es descartable/ s; Cantidad/es utilizada/s; Precio unitario y total/es, la que deberá estar firmada por el médico tratante con aclaración de: Apellido y Nombre y Número de Matrícula.

8.- Fotocopia autenticada por la autoridad administrativa responsable del Hospital, consignando la leyenda 'es copia fiel de su original', de las notificaciones cursadas a los Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD en los casos indicados en el artículo 3º, artículo 4º apartados a), b), c), d) y g); artículos 5º, 6º, 8º y 11 de la presente Resolución y cualquier otra notificación que pudiera cursar el Hospital y/o aquellos.

9.- Fotocopia autenticada por la autoridad administrativa responsable del Hospital, del convenio celebrado entre el Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD y el Hospital, en el caso indicado en el artículo 3º de la presente Resolución y de la notificación que se hubiere pactado en el convenio.

10.- Copia autenticada por la autoridad administrativa responsable del Hospital, consignando la leyenda 'es copia fiel de su original' del Acta de Auditoría Conjunta en el caso del artículo 14 de la presente Resolución, de corresponder.

ARTÍCULO 16. La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, cuando lo estime necesario, podrá solicitar información y/o documentación complementaria al Hospital Público de Gestión Descentralizada. Asimismo, la Auditoría Médica del Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD a la que pertenece el beneficiario atendido en el Hospital Público de Gestión Descentralizada podrá requerir al mismo tomar vista de los elementos probatorios de la prestación.

ARTÍCULO 17. Toda la documentación que avale la presentación efectuada y respalde el Anexo II de la presente Resolución, deberá quedar en resguardo en el Hospital a disposición del Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD por un lapso de VEINTICUATRO (24) meses.

ARTÍCULO 18. Las presentaciones deberán efectuarse ordenando la documentación requerida como se dispone en el artículo 15 de la presente, no debiéndose adjuntar otro tipo de documentación.

ARTÍCULO 19. En los casos que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD hubiera objetado las facturaciones y/o montos y/o prestaciones, los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada una vez subsanadas las observaciones deberán refacturar las mismas al Agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, debiendo en tales supuestos cumplir con los plazos establecidos en la normativa vigente para el pago de las facturaciones por parte de estos últimos con carácter previo a su nueva presentación ante ese Organismo.

ARTÍCULO 20. En las presentaciones que los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada efectúan a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, los montos reclamados no podrán ser inferiores a PESOS QUINIENTOS ($ 500), para lo cual quedan facultados a adjuntar documentación que integre expedientes que no superen las DOSCIENTAS (200) fojas, salvo los casos en que tal límite obligara a dividir documentos que constituyan un solo texto, incorporando a la totalidad de las entidades deudoras en una sola presentación. En los casos que las facturaciones sean inferiores a PESOS QUINIENTOS ($ 500), el Hospital deberá efectuar una sola presentación en la que se incluyan diferentes facturas hasta alcanzar dicho monto.

ARTÍCULO 21. Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán cumplir con los requisitos básicos que establezca el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

ARTÍCULO 22. La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD queda facultada a caratular bajo el procedimiento que tenga implementado o que se implemente en el futuro y observando los criterios de aplicación, los expedientes recibidos de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.

ARTÍCULO 23. La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD podrá solicitar a los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada soportes magnéticos de la información que estime necesaria a efectos de realizar bases epidemiológicas y estadísticas de la atención de beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, sobre la base de la documentación presentada.

ARTÍCULO 24. La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD queda facultada a propiciar el desarrollo de acciones y/o programas tendientes a la estimulación y capacitación administrativa del personal hospitalario, a fin de lograr procedimientos administrativos que agilicen la presentación y cobro de las facturaciones de las prestaciones médico-asistenciales brindadas por los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, en el marco de lo establecido en el Decreto Nº 939/00.

ARTÍCULO 25. Con la Resolución de este MINISTERIO DE SALUD, que incorpora el establecimiento solicitante al ex-Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (hoy Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada) o los que se incorporen en el futuro,

éstos quedan automáticamente inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, conforme a lo dispuesto en las Leyes Nros. 23.660 y 23.661 y su Decreto Reglamentario Nº 576/93 Anexos I y II.

ARTÍCULO 26. Derogar la Resolución Nº 897/99 ex-Ministerio de Salud y Acción Social y toda norma que se oponga a la presente.

ARTÍCULO 27. Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Ginés M. González García.

VEREDICTA LEYES

Resolución 487/2002. Texto actualizado al 21 de noviembre de 2026.

Datos: Base InfoLEG de Normativa Nacional, Ministerio de Justicia de la Nación (CC BY 4.0).