



AGCBA
AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

INFORME FINAL DE
AUDITORIA
Con Informe Ejecutivo

Proyecto N° 3.13.04

**ASI- AGRUPACION SALUD
INTEGRAL**

Auditoría de Gestión

Período 2012

Buenos Aires, Agosto 2016

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Av. Corrientes 640 - 6to. Piso -
Ciudad Autónoma De Buenos Aires

Presidenta

Lic. Cecilia Segura Rattagan

Auditores Generales

Cdra. Mariela Coletta

Dr. Facundo Del Gaiso

Dr. Jorge Garayalde

Lic. María Raquel Herrero

Dra. Victoria Marcó

Lic. Hugo Vasques

CÓDIGO DEL PROYECTO: 03.13.04

NOMBRE DEL PROYECTO: ASI- AGRUPACION SALUD INTEGRAL - Auditoría de Gestión.

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2012

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: JULIO 2015

EQUIPO DESIGNADO: Directora de Proyecto: Mg. María Luján Bertella (2015)
Director de Proyecto: Lucas Coria (2016)

Supervisor: Cdor. Mario Eduardo Lef (Noviembre2013/Julio2014)

Supervisor a Cargo: Lic. Juan José Montero (Agosto 2014/Julio 2015)

OBJETIVO: Efectuar un relevamiento preliminar y obtener evidencia suficiente que permita opinar acerca de la gestión de la ASI en los efectores de salud de la CABA.

FECHA DE APROBACIÓN DEL INFORME: 10 de Agosto de 2016

APROBADO POR: DISIDENCIA PARCIAL

RESOLUCIÓN N°: 267/16

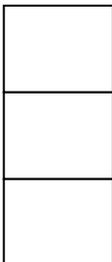


INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	CABA, Agosto de 2016
Código del Proyecto	3.13.04
Denominación del Proyecto	Agrupación Salud Integral – Auditoría de Gestión
Período examinado	Año 2012
Objetivo de la auditoría	Efectuar un relevamiento preliminar y obtener evidencia suficiente que permita opinar acerca de la gestión de la ASI en los efectores de salud de la CABA.
Alcance	<p>El examen se realizó de conformidad con las Normas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por el artículo 6º del Anexo I de la Ley 325, y las Normas Básicas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por Resolución Nº 161/00-AGCBA.</p> <p>Para la realización de la auditoría se llevaron a cabo los siguientes procedimientos generales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Entrevistas con el Directorio del Organismo y los responsables de las áreas vinculadas al desarrollo de las tareas de auditoría. 2) Revisión y análisis de la normativa relacionada con el objeto de auditoría. 3) Solicitud y análisis de información actualizada para la evaluación del estado actual del ente auditado. 4) Determinación de efectores destinada a verificar documentación y registros. 5) Cruzamiento de datos obtenidos de diversas fuentes documentales. 6) Evaluación de la distribución y las tareas realizadas por el personal de la ASI asignados a los hospitales. 7) Evaluación del circuito de detección de pacientes y facturación en los efectores seleccionados. 8) Evaluación y análisis de la rendición de facturación y cobranza correspondiente al año 2012.



<p>Limitaciones al Alcance</p>	<p>No existieron limitaciones al alcance.</p>
<p>Período de desarrollo de tareas de auditoría</p>	<p>Las tareas de relevamiento se iniciaron en noviembre de 2013 y finalizaron en Octubre de 2015.</p>
<p>Aclaraciones previas</p>	<p>La Agrupación Salud Integral (ASI) fue creada a partir de resultar adjudicataria de la Licitación Pública N° 7 del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados el 4 de mayo de 1992, donde se presentaron como oferentes la entonces Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, juntamente con Prestadores Privados para la atención de beneficiarios de dicho Instituto. Reviste las características de una Agrupación de Colaboración (Decreto N°251/1997). Se conforma de un Órgano denominado Reunión de Participantes cuyo número es de nueve miembros; seis corresponden al Ministerio de Salud del GCBA y tres al sector privado (conforme al art.10 del Decreto N° 251/97GCBA). Según consta en el acta de fecha junio de 2008, una de sus funciones es la Reforma del Contrato de Colaboración y por lo tanto responsable de la composición del Órgano de Dirección y Administración de la ASI.</p> <p>La normativa (Decreto N° 1499/92 y las reformas introducidas por Decreto N° 1.355/93 y el Decreto N° 251/97) prevé que la Agrupación estará compuesta por un Órgano de Dirección y Administración integrado por cinco miembros a saber: El Secretario de Salud (actualmente Ministro) del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, o quien él designare, tres representantes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y un integrante en representación del sector privado de la Agrupación.</p> <p>En la actualidad el órgano se compone de la siguiente manera: por el sector público, el representante del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (Ratificado por Resolución N° 1317/MSGC/2012) y los tres representantes nombrados por el GCBA a través de los siguientes Decretos N° 820/GCABA/01, N° 477/GCABA/08) y Decreto N° 477/GCABA/08, además del integrante del sector privado de la Agrupación. Dicho Órgano de Dirección y Administración debe reunirse al menos una vez por mes. Su sede central funciona en la calle Cerrito 1136 5 “B”</p>



de la CABA.

Funciones generales de la ASI:

La agrupación desarrolla dos actividades claramente diferenciadas:

- La prestación de servicios médico asistenciales a los beneficiarios del programa PROFE (INCLUIR SALUD), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación y del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).

- La actividad encomendada por la Ley N° 2808 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Esta segunda actividad referida a la detección, identificación, facturación y gestión de cobro a entes de cobertura de salud afecta en forma exclusiva al sector público de la Agrupación, ya que los integrantes del sector privado no intervienen en ningún aspecto de esta actividad.

Encuadre normativo del funcionamiento de la Agrupación Salud Integral:

La Ley N° 153, Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, prevé que los entes privados de financiación de salud, ya sean empresas de medicina prepaga, de seguros, aseguradoras de riesgos del trabajo, de medicina laboral, mutuales y entidades análogas, y los prestadores de la seguridad social deben abonar las prestaciones brindadas a sus adherentes por el subsector estatal de salud a través de los mecanismos y en los plazos que establezca la reglamentación.

En virtud de ello mediante la Ley N° 2808 (Sanción: 24/07/2008, Promulgación: 19/08/2008, Publicación: 09/09/2008, B.O.C.B.A. N° 3010) se establece un procedimiento especial administrativo y el proceso judicial aplicable al cobro ejecutivo de prestaciones brindadas a personas con cobertura social o privada, por la red de Efectores Públicos de Salud dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Estos deberán facturar a los Entes de cobertura de salud, públicos, sociales o privados, las prestaciones que realicen a los beneficiarios de las mismas, haya existido o no derivación conforme al arancelamiento establecido en el nomenclador aprobado por la reglamentación de la Ley N° 153, vigente a la fecha del servicio.

La gestión, de identificación, facturación y cobro de las

prestaciones de los respectivos efectores estará a cargo de la Agrupación Salud Integral, la que realizará la tarea de campo con los recursos humanos de los respectivos Efectores y los recursos propios que requiera para la centralización de la facturación en su sede central. Dicha tarea se realizará por cuenta y orden de los Efectores dependientes del Ministerio de Salud de la Ciudad y será liquidada a los mismos dentro de los diez (10) días de recibidos los cobros correspondientes. Por otra parte según el art. 2 del anexo 1 del Decreto N° que reglamentó de la Ley N° 2808 *“es responsabilidad de cada Efecto Público de Salud dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la individualización del Ente responsable del pago del arancel de las prestaciones brindadas a sus beneficiarios, a cuyo efecto, la Agrupación Salud Integral proveerá a dichos Efectores los sistemas de información de beneficiarios de los distintos Entes, la verificación del cumplimiento de Convenios suscriptos con otras entidades que permitan identificar al responsable final del pago de las prestaciones y la supervisión, capacitación y gestión de los medios necesarios para el cumplimiento de los fines establecidos en la Ley N° 2.808. Sin perjuicio de lo expuesto, los Efectores adoptarán las medidas pertinentes para individualizar en cada caso al responsable por el pago del arancel de recupero, para lo cual podrán, entre otras medidas, exigir al paciente o a sus familiares o responsables legales que informen si resulta beneficiario de un Ente de Cobertura de Salud”.*

Misiones, funciones y responsabilidades de la ASI:

Según señala el Decreto N° 1566/GCABA/2008, la Agrupación Salud Integral (ASI) en su cometido, como órgano de aplicación de los preceptos contenidos en la Ley N° 2.808 desarrollará entre otras, las siguientes misiones:

- Dictará su propio reglamento de funcionamiento del sistema de recupero económico de prestaciones de acuerdo a lo establecido por el artículo 20 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los artículos 43, 45 y 46 de la Ley N° 153 y por la Ley N° 2.808.
- Designará su propia estructura orgánica funcional para el cumplimiento de las tareas encomendadas.
- Realizará el control interno para la evaluación del funcionamiento de los sistemas de facturación y cobranza

y la coordinación de las acciones entre los distintos responsables para lo cual deberá contar con auditorías externas de supervisión para sugerir medidas, acciones y establecer parámetros de eficiencia.

- Verificará que la facturación que se emita se ajuste a los criterios normativos legales y contables establecidos por el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Efectuará la verificación y certificación de los ingresos producidos por los comprobantes de recupero de gastos, notas de crédito, notas de débito y recibos emitidos.
- Realizará la consolidación de las deudas históricas, generadas a partir de la entrada en vigencia de la actividad objeto de esta reglamentación, que mantienen cada uno de los Entes en concepto de recupero de las prácticas médicas, odontológicas y otras que se hubieran llevado a cabo a favor de las personas con cobertura social o privada.
- Se encargará de asistir técnicamente a los efectores y demás dependencias del Ministerio de Salud.

Disposiciones 144 - /09 y A246/09 Dirección General de Contaduría

Con fecha 21 de Julio del 2009 se suscribe un Convenio entre el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y la Agrupación Salud Integral, en el que se impone a la ASI la obligación de informar mensualmente (conforme el procedimiento que establezca a esos efectos la Dirección General de Contaduría dependiente de la Subsecretaria de Gestión y Administración Financiera del Ministerio de Hacienda) al Ministerio de Salud, sobre los montos facturados, percibidos y los depósitos a los diferentes efectores. Como consecuencia de ello, se hace necesario establecer un Circuito Administrativo, Contable y de Recaudación que permita identificar los ingresos y su procedencia, que queda establecido a través de la Disposición N° 144/GCABA/DGCG (Sanción 16/09/2009, Publicación 28/09/2009 BOCBA n° 3267). La misma dispone que los efectores remitan mensualmente a la Agrupación Salud Integral (quien facturará por cuenta y orden del GCBA), las liquidaciones realizadas por la atención médico asistencial brindada a todos los beneficiarios de un Ente de Cobertura en el transcurso del mes, registrando dichas operaciones en el Sistema SIGAF.

Las sumas resultantes de las gestiones y servicios de la Agrupación Salud Integral (ASI) se depositarán en una Cuenta Bancaria Recaudadora que será abierta para tales fines en el Banco de la Ciudad de Buenos Aires, Sucursal Centro. En la misma cuenta, la Procuración General del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires procederá al depósito de lo cobrado por vía judicial.

La Agrupación Salud Integral (ASI) analizará los pagos depositados por los Entes de Cobertura y los aplicará a las liquidaciones emitidas por cada efector. De existir impugnación u observaciones por parte del Ente y en caso de corresponder, se remitirá al efector a fin de confeccionar y registrar el débito y/o crédito correspondiente, el que deberá registrarse en el Sistema SIGAF.

La Dirección General Técnico, Administrativo y Legal o equivalente del Ministerio de Salud o los efectores o la repartición que en el futuro se designe aprobará y registrará las liquidaciones a nombre de la Agrupación Salud Integral el porcentaje del 3% (de lo facturado) y 16,50 % (de lo cobrado) establecido en el Convenio celebrado entre el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y la Agrupación Salud Integral.

El Ministerio de Salud requerirá la transferencia de los recursos a las Cuentas Escriturales correspondientes.

La Disposición N° 144- DGC/09 fue dejada sin efecto por la Disposición N° A 246 –DGC/2009. Esta última agrega la facturación del IVA sobre los cobros y facturación que realice la ASI.

Mensualmente la ASI rendirá al Ministerio de Salud una planilla conteniendo el siguiente detalle por cada efector (Anexo I A y B).

En el Anexo I A, se detalla el Número de la Liquidación emitida, Obra Social a la que se le factura, importe facturado, créditos y débitos sobre la facturación rendida, detalle del 3% liquidado, detalle del IVA, y para el caso de corresponder, importe de devolución del adelanto del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, y como saldo, el neto depositado.

En el Anexo I B, se detalla el número de la Liquidación paga, la Obra Social a la que se le facturó, el importe facturado, los créditos y débitos sobre la facturación cobrada, importe cobrado, detalle del 16,5% liquidado por la ASI, detalle del IVA, y en el caso de corresponder, importe de devolución del adelanto del Gobierno de la

Ciudad de Buenos Aires y el neto depositado.

Convenio y Adendas

Con el objeto de instrumentar el nuevo procedimiento de facturación y cobranza previsto en la normativa, con fecha 21 de julio de 2009 se suscribió un convenio entre el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y la ASI, registrado por la Dirección General Escribanía General bajo el número 5773.

En el Convenio se establecen las acciones que desarrollará la ASI para llevar a cabo sus tareas:

- Incorporar recursos humanos en las distintas áreas de los efectores de salud.
- Procurar la implementación definitiva del sistema SIGEHOS.
- Proveer padrones de beneficiarios, de todos los entes sujetos a cobertura, a todas las áreas de identificación y facturación de los efectores y del Ministerio de Salud.

El convenio define que las tareas de identificación a cargo de ASI comprenden a todas las personas usuarias del sistema de salud de la CABA sin excepción, incluyendo a aquellas personas que no siendo beneficiarias de ningún ente de cobertura tengan residencia en la Ciudad.

Se establece desde la suscripción del Convenio, un plazo de 3 meses para que la ASI presente al Ministerio de Salud una propuesta para la creación de un Padrón Único de Beneficiarios del sistema de salud de la ciudad y los respectivos entes de cobertura.

Se le reconocerá a la ASI un 3% del monto facturado y un 16,50% del monto percibido.

"El presente convenio tiene una vigencia de 6 meses a partir de la firma y se renovará automáticamente, a menos que alguna de las partes comunique a la otra su voluntad de rescindirlo".

Posteriormente se celebraron Adendas al referido Convenio, por las cuales se realizaron modificaciones a los procedimientos establecidos.

La Adenda registrada bajo el N° 5837 del 2 de octubre de 2009, incorpora la alícuota del IVA tanto al total del monto facturado, como al total del monto efectivamente percibido.

Asimismo con fecha 28 de mayo de 2012, las partes suscribieron una nueva Adenda por la cual se adecuaron los aspectos económicos del Convenio Específico. La misma fue aprobada por Resolución

Conjunta N° 164 MJGGC_MHGC/2013 de fecha 22 de enero de 2013.

En dicha Adenda, se modifican los porcentajes, correspondiendo un 3,50% más la alícuota del IVA aplicada al monto total facturado a los Entes de Cobertura de Salud.

Se modifican los porcentajes correspondientes de lo efectivamente percibido por la facturación en un 10% más la alícuota del IVA y sus intereses, incluyendo aquellas sumas que se perciban por intermedio de la gestión judicial.

Los porcentajes establecidos serán deducidos de las sumas que perciba ASI por la gestión de cobranza a que se refiere la Ley N° 2808.

El artículo quinto introduce una nueva modalidad en el Convenio, ya que dispone que se deducirá la sumatoria de salarios y cargas sociales que debe abonar mensualmente por el recurso humano que preste servicios para las tareas asignadas por la Ley N° 2808 (en los efectores de la Ciudad) de la sumas que haya percibido por cuenta y orden de los efectores públicos del Gobierno de la Ciudad. Cualquier incremento de la masa salarial deberá ser acordado por la ASI con el GCBA. Lo acordado en dicha Adenda se aplicará a partir de junio de 2012.

Disposición N° 173 DGC/2013

Con fecha 23 de julio de 2013, la Dirección General de Contaduría a los fines de adecuar los contenidos de la Disposición N°246/DGC/2009, y en base a las modificaciones surgidas con posterioridad a su dictado, y a los fines de unificar en una sola norma las variantes operadas, deja sin efectos la disposición vigente y procede al dictado de un nuevo acto administrativo (DisposiciónN°173/13) que la reemplaza y actualiza.

La Disposición N° 173 en su artículo 5° plantea que la ASI presentará dos liquidaciones de acuerdo con el Anexo I “A” y “B”; y que la Dirección General Técnico Administrativa y Legal registrará las liquidaciones a nombre de la Agrupación Salud Integral, del porcentaje del 3,5% más IVA del monto total facturado a los entes de cobertura de salud y un 10% más IVA del dinero percibido, por la gestión de cobranza y sus intereses, incluyendo las suma percibidas por la gestión judicial de cobro.

Por otra parte establece que la Agrupación Salud Integral deducirá del dinero proveniente de las cobranzas, la suma de los salarios y las cargas sociales

del personal con tareas asignadas por la Ley N° 2808, conforme lo estipulado en la adenda que fuera aprobada por la Resolución conjunta N° 164/2013.

Acuerdos paritarios para redistribuir el fondo de recuperero

El día 8 de noviembre de 2011, en el marco de la Comisión Paritaria Central mediante el Acta N° 25, se concluye en avanzar en la implementación del sistema de distribución de los fondos, establecida en el inciso f) del artículo 1 y el artículo 2 de la Ordenanza N° 45241/91, medida acordada y consensuada en el Acta de Negociación Colectiva de la Comisión Central N° 14/09 de fecha 11 de noviembre de 2009.

La Comisión estableció que el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires arbitrara los medios necesarios para darle operatividad a la distribución de los ingresos percibidos en concepto de prestaciones de Servicios Asistenciales a los afiliados de las Obras Sociales y/o Mutuales, ya que la falta de reglamentación de la Ordenanza mencionada produjo la imposibilidad normativa y operativa de distribuir los fondos correspondientes entre los agentes del Ministerio de Salud.

A su vez se estableció que el Ministerio de Salud, destinará el cuarenta por ciento (40%) del total que genere el Fondo de Recuperero, neto de los gastos deducidos de la ASI, para los trabajadores que se desempeñen en los efectores y en el Nivel Central del Ministerio de Salud del GCBA.

Descripción del Circuito total

Actividad de los agentes de la ASI en los Hospitales

En el Manual de Procedimientos Administrativos de la ASI, especifica dentro del marco de la Ley N° 2808, en el capítulo o ítem: *Desarrollo de los Procedimientos Administrativos*, las normas generales del proceso, entre las cuales figura *la Captación de Afiliados en los Centros Efectores. Dicha actividad consiste en completar con carácter obligatorio un formulario (ANEXO II), denominado “Comprobante de atención de beneficiarios de Obras Sociales”.* El personal de hospitales designado por la ASI-Ley 2808 dependerá funcionalmente de las autoridades del hospital durante su jornada de trabajo dentro del mismo.

En el caso de atención ambulatoria de urgencia o ambulatoria programada, atención ambulatoria

quirúrgica y en los de internación, se le solicita nombre y apellido, DNI, cédula o pasaporte; se verifica en el padrón la obra social a la que pertenece, sino surge del padrón se averigua lugar de trabajo, domicilio y si tiene recibo de sueldo.

Finalmente emitirá el formulario “Anexo II”, y adjuntará fotocopias de documento, recibo de sueldo y carnet.

Por último preparará la documentación de respaldo, ordenada para el momento en que el área de facturación del hospital lleve a cabo la tarea de enviarla a la ASI-Ley 2808.

Facturación en los Hospitales

Con los pacientes ambulatorios, el Anexo II, lo generan agentes de la ASI o agentes propios del hospital, una vez firmado y con la documentación de soporte se procede a su codificación y emisión de la facturas (*Comprobante de Recupero de Gastos-CRG*), las que se envían a ASI. Con los Pacientes internados se confecciona la notificación de internación a la obra social que pertenece, y se genera el Anexo II, posteriormente se audita la Historia clínica y se emite la factura (CRG).

En el sector facturación de cada hospital los CRG se arman, se sellan, se firman, se folian y se confecciona un Remito para el envío de la documentación mensualmente a la ASI.

Circuito y procesamiento de los CRG recibidos de los efectores en sede de ASI.

Se recibe por mesa de entradas del primer al décimo día hábil de cada mes los CRG de los efectores. En los cinco días hábiles siguientes se procede a la carga en sistema, de cada CRG y luego se envían los mismos, junto con la documentación de respaldo presentada por cada efector, a la Empresa que tiene asignada la auditoría de éstos, según el hospital que los emitió.

A cuatro empresas (contratadas por la ASI) encargadas de auditar los CRG y determinar el monto a facturar se les asignó el control de determinados hospitales, independientemente del Ente de cobertura de salud responsable del pago.

Cada empresa audita los CRG revisando que los valores de facturación se adecuen al nomenclador de la fecha de prestación, que el CRG cuente con la documentación respaldatoria exigible de acuerdo a la normativa y que el paciente sea afiliado del ente de cobertura a la fecha de prestación.

Se efectúan ajustes de facturación (débitos o créditos) de acuerdo a la revisión realizada. Se genera un informe mensual de ajustes que cada empresa envía a la ASI para su notificación a los efectores.

Desde ASI se notifican los ajustes de facturación a cada efector por nota con acuse de recibo, a entregarse en cada establecimiento. Algunos hospitales no reciben estos ajustes, quedando los mismos a su disposición en la sede de ASI.

Emisión de facturas por parte de la ASI

Cada una de las cuatro empresas envía un resumen de facturación mensual a la ASI y luego se procede a la emisión de las facturas para cada ente de cobertura.

La ASI emite la factura junto con un anexo, indicando el Hospital, número de CRG y el importe finalmente facturado. La factura, el anexo y la documentación que envió el hospital (original), son enviados a cada Ente de cobertura, quedando en poder de la ASI el duplicado de la factura con constancia de recepción del destinatario.

Débitos y créditos de Obras Sociales

A partir de la recepción de la factura las Obras Sociales tienen 10 días para presentar reclamos. Los débitos de los Entes de cobertura, se reciben en la Mesa de entradas, son cargados al sistema y diferenciados entre administrativos y médicos para su análisis por el sector pertinente. Tanto para la aceptación o el rechazo se elabora un informe, y a posteriori se emite la nota de crédito o el rechazo del débito y luego se notifica a la Obra Social. Las aceptaciones a las Obras sociales, son notificadas a los Hospitales, del mismo modo que los ajustes de facturación.

Comunicación de las cobranzas

Mensualmente, una vez procesada la información de las cobranzas, se informa al área correspondiente, vía mail, adjuntando la liquidación en PDF, para que confeccionen el cheque y realicen el depósito del mismo en la cuenta escritural del Ministerio. Según la ASI el proceso de liquidación y el depósito en la cuenta del Ministerio, se realizan en el mismo día o con un día de diferencia. Una vez terminado este proceso, se le envía al área de Legal y Técnica del Ministerio de Salud del GCBA una nota de remisión con copia del depósito, la liquidación impresa y comprobantes emitidos (facturas por comisiones, notas de crédito por devolución de comisión, líquido producto, anexo de líquido producto en

CD).

Facturación no pagada

En relación a la facturación no pagada por los entes de cobertura, transcurrido el plazo legal, la ASI reúne toda la documentación pertinente (intimación, duplicado de la factura y el anexo, CRG original, ajustes a la factura, nota de crédito con aceptación o notificación de rechazo, respuesta a la intimación de pago y en el caso de corresponder, notas de débito por intereses o diferencias de facturación) a fin de comenzar con el proceso de la emisión de Certificado de Deuda. La documentación mencionada es acompañada por una nota y el anexo de intereses.

Circuito y proceso que se realiza en el Ministerio de Salud

El trámite administrativo de las cobranzas de deuda corriente efectuadas en virtud de la Ley N° 2.808 es el siguiente: en primer lugar la ASI presenta la documentación con una nota de elevación en la Subgerencia Operativa Mesa de Entrada, Salida y Archivo dependiente de la Dirección General Legal y Técnica Subsecretaría de Administración del Sistema de Salud-("DGLTSSASS") del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Una vez presentada la documentación, se digitaliza generando un Expediente Electrónico. Se remite el actuado a la DGLTSSASS para su conocimiento, y ésta a su vez lo gira a la Dirección General de Planeamiento y Presupuesto-("DGPLYP") para su oportuna intervención, quien aprueba – de corresponder- la propuesta de distribución realizada por la ASI en relación a la liquidación de que se trate. El actuado se eleva a la Subsecretaría de Administración del Sistema de Salud ("SSASS"), quien la eleva a su vez a la Sra. Ministra de Salud, quien con su previa conformidad, gira los actuados a la Dirección General de Tesorería ("DGTES") a fin que se sirva tramitar el ingreso de fondos en la forma propiciada a cada una de las cuentas escriturales de los Hospitales.

La DGTES realiza la transferencia y acompaña la constancia del movimiento de la cuenta de Prestaciones Médicas Ley N° 2808- Nivel Central Ministerio de Salud. A partir de ese momento el dinero ingresa a la cuenta de cada uno de los nosocomios.

El circuito administrativo de mención, no se encuentra normatizado sino que es producto de los usos y costumbres, de la actual administración del Ministerio de

Salud, desde el momento que se implementó la Ley N° 2808.

Procedimientos

En relación a la documentación solicitada y analizada se determinó la realización de los siguientes procedimientos en base a la muestra de nosocomios que se explica a continuación:

Se determinó una elección de 6 hospitales en función de la especialidad; regiones sanitarias a las que pertenecen; niveles de cobranzas en el año 2012; si cuentan o no con personal de ASI para realizar tareas de facturación.

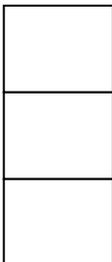
Bajo el criterio de especialidad, se seleccionaron 3 hospitales generales de agudos (Hospital Rivadavia, Hospital Zubizarreta y Hospital Santojanni), uno Infantil (Hospital Elizalde) y dos Monovalentes (Hospital Moyano y Hospital de Quemados).

Respecto a si cuentan con personal de ASI, de los 6 efectores, el 50% cuentan con él

Los principales procedimientos que se realizaron en base a la muestra mencionada, son los siguientes:

- Verificación el cumplimiento de la Ley N° 2808 y sus reglamentaciones, en relación al circuito administrativo de detección de pacientes con Obra Social y posterior facturación de las prácticas.
- Relevamiento de la disponibilidad del recurso humano en los hospitales de la muestra.
- Determinación de los días que demora el proceso de cobranza de los Comprobantes de Rendición de Gastos (CRG), desde su fecha de emisión y hasta que la ASI deposita los importes correspondientes en la cuenta escritural del Ministerio de Salud de la CABA.
- Determinación de la cobranza de la ASI y las detracciones efectuadas a los fondos transferidos al Ministerio de Salud por ella, durante el año 2012, en nombre de los efectores del GCBA.
- Evaluación de la implementación del descuento Art. 2 y Art. 11 de la Ley N° 2808 en las

	<p>transferencias al Ministerio de Salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del cumplimiento de la normativa (Decreto N°1566 /GCABA) en cuanto a la realización de auditorías externas de supervisión. • Obtención y Análisis de los contratos de prestación de servicios suscriptos entre la Agrupación Salud Integral y los prestadores de servicios de facturación. • Análisis del Informe N° 2014 -17669823-SSASS emitido en respuesta a la Nota DGSAL N° 283-2014 y su correlación con lo solicitado por la misma. • Determinación las 5 causas principales de Comprobantes de Recupero de Gastos emitidos en los Hospitales del GCBA y rechazados por la ASI y las Obras Sociales. • Constatación de la afiliación a obra social (a través de DNI) y su facturación, sobre una muestra de los pacientes atendidos y registrados en los libros correspondientes, en los servicios de Rayos sobre prestaciones ambulatorias, realizadas en los meses de febrero-marzo-abril de 2015, durante los días hábiles de la semana. Dicho procedimiento se realizó en los Hospitales Elizalde y Zubizarreta.
<p>Observaciones</p>	<p>A continuación se exponen las principales observaciones referentes al proceso de la implementación de la Ley N° 2808 por parte de la ASI, los efectores, Mandatarios y el Ministerio de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De la información suministrada por el ASI no se puede determinar cuáles son los criterios utilizados para la distribución del personal. • Según puede observarse en los hospitales donde hay personal asignado no se cubre la totalidad de la jornada, como así tampoco no son cubiertos los días sábados y domingos. • No se han implementado acciones para incrementar la facturación en los efectores de Salud Mental. En particular, no se designó personal por parte de la ASI en ninguno de los efectores de Salud Mental. • No se han realizado auditorías externas durante el periodo auditado.



- La demora promedio, entre la fecha de recepción del CRG en la ASI y su facturación fue de 120 días y no de los 60 a 65 días informados por la ASI.
- La demora promedio entre la recepción de la factura por parte de las obras sociales y la orden de transferencia al Ministerio de Salud fue de 146 días (por ley no debería exceder los 60 días según la normativa vigente para dicho período).
- La demora total promedio entre la confección de los CRG en los efectores y el depósito correspondiente a los importe cobrados, en las cuentas escriturales de los hospitales es de 316 días.
- El 66 % de lo CRG facturados y cuyos montos fueron cobrados, se transfirieron luego de los 60 días.

Mandatarios

- No se cumple con lo establecido en normativa, registrándose demoras que van desde los 80 días a los más de 700 días entre el inicio de mora y el envío de la documentación para la emisión de Certificados de Deuda al Ministerio de Salud.

Contrato con las facturadoras

- La mora se produce constantemente siendo el plazo promedio de 120 días según se desprende del cuerpo del informe, resultando impracticable los 90 días pactados en los contratos.
- El convenio no hace mención a la obligatoriedad del traspaso de las facturas no cobradas al cuerpo de mandatarios.

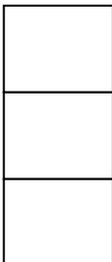
Informe del Ministerio

- No se puede efectuar la trazabilidad de los CRG, tal cual lo manifestó la SSASS.
- No se pudo obtener un plan de acción específico de la ASI para el lapso 2014-2015.

CRG Rechazados

- No existe un control eficaz; por parte de los efectores, de los valores asignados a los CRG, de acuerdo al nomenclador vigente, al momento de las prestaciones. Esta falencia representa el 57,04% de los rechazos efectuados por la ASI.
- El control administrativo no permite identificar correctamente a los pacientes con obra social, dentro de los efectores de la muestra y el resto. El 25,43% de los montos rechazados por la ASI corresponden a problemas vinculados con pacientes que no tienen

	<p>obra social (3,89%); pacientes que pertenecen a otro financiador (13,49%) u obra social (8,05%).</p> <ul style="list-style-type: none"> No existe un mecanismo en los entes privados, que realizan la labor de controlar, procesar y facturar en nombre de al ASI, en donde se garantice que las prestaciones se facturen a la Obra Social o financiador que corresponda. Esta falencia representa el 83% del monto rechazado por las Obras Sociales (el monto total rechazado por las Obras sociales representa el 3,16% del total facturado). <p>Procedimiento de detección y facturación de Afiliados a obras sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> En el Hospital Zubizarreta no se detectó por parte del sistema de recepción del hospital, el 56% de los pacientes con obra social de la muestra. Se constató que el Hospital Zubizarreta sólo pudo facturar el 13,17% (22 casos) de los 167 pacientes hallados por su propio sistema de detección y que este porcentaje se reduce al 5,8% si se lo compara con el total de la muestra 379 casos. En el Hospital Elizalde no se puede constatar la cantidad de pacientes a los cuales se les realiza el Anexo II en el momento de atenderse o solicitar turno para realizar la práctica en el sector de rayos. No se pudo determinar el DNI en el 26,16% de los registros asentados en el libro de rayos del Hospital Elizalde. Se constató que el Hospital Elizalde sólo facturó el 31,66 % (120 casos) del total de la muestra de 379 registros, dejando el 68,34 % (259 casos) de la mismo sin facturar.
<p>Recomendaciones</p>	<p>Generales</p> <ul style="list-style-type: none"> Especificar los criterios utilizados para la distribución del personal de ASI en Hospitales. Tender a cubrir la totalidad de la jornada como los sábados, domingos y feriados. Implementar acciones para incrementar la facturación en los efectores de Salud Mental. Arbitrar las acciones a fin de designar personal por parte de la ASI en los efectores de Salud Mental. Implementar la realización de auditorías externas sobre la gestión de la ASI tal como lo prevé la normativa. Agilizar los procesos administrativos entre la fecha de

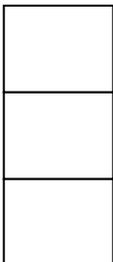


	<p>recepción del CRG en la ASI y su facturación con el fin de ajustar los tiempos a lo establecido contractualmente.</p> <ul style="list-style-type: none">• Agilizar los procesos administrativos entre la recepción de la factura por parte de las obras sociales y la orden de transferencia al Ministerio de Salud fue de 146 días, para no exceder los plazos según la normativa vigente para el período.• Agilizar los procesos administrativos entre la confección de los CRG en los efectores y el depósito de los importes cobrados, en las cuentas escriturales de los hospitales con el fin de reducir la demora promedio de 316 días.• Agilizar los procesos administrativos a fin de reducir los plazos de transferencia los CRG facturados y cobrados. <p>En Relación a Mandatarios</p> <ul style="list-style-type: none">• Cumplir con los plazos establecidos en la normativa entre el inicio de mora y el envío de la documentación para la emisión de Certificados de Deuda al Ministerio de Salud. <p>En relación al Contrato con las facturadoras</p> <ul style="list-style-type: none">• Cumplir con el plazo establecido en el contrato.• Adecuar el mecanismo administrativo para cumplir con la obligatoriedad del traspaso de las facturas no cobradas al cuerpo de mandatarios. <p>En relación al Informe del Ministerio</p> <ul style="list-style-type: none">• Diseñar un sistema que permita efectuar la trazabilidad de los CRG, en todo el proceso.• Convenir un plan de acción específico de la ASI para el lapso 2014-2015 y los períodos futuros. <p>En relación a los CRG Rechazados</p> <ul style="list-style-type: none">• Diseñar y ejercer un control eficaz; por parte de los efectores, de los valores asignados a los CRG, de acuerdo al nomenclador vigente, al momento de las prestaciones.• Diseñar un control administrativo, dentro de los efectores, que permita identificar correctamente a los pacientes con obra social.• Desarrollar un mecanismo en los entes privados, que realizan la labor de controlar, procesar y facturar en nombre de al ASI, en donde se garantice que las prestaciones se facturen a la Obra Social o financiador
--	---

	<p>que corresponda.</p> <p>En relación a la detección y facturación de Afiliados a obras sociales</p> <p><u>Hospital Zubizarreta</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar en dicho nosocomio los procedimientos de detección, por parte del sistema de recepción del hospital, de los pacientes con obra social, con el fin de incrementar los porcentajes de dicho proceso. • Implementar las medidas administrativas correctivas necesarias, con la finalidad de incrementar la facturación de los pacientes que se atienden en el hospital y que cuentan con obra social. <p><u>Hospital Elizalde</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar un sistema de registro de los pacientes a los cuales se les realiza el Anexo II e incrementar el sistema de detección de pacientes con obra social, en el momento de atenderse o solicitar turno para realizar la práctica en el sector de rayos. • Mejorar el registro de los datos de los pacientes asentados (DNI) en el libro de rayos del Hospital. • Implementar las medidas administrativas correctivas necesarias, con la finalidad de incrementar la facturación de los pacientes que se atienden en el hospital y que cuentan con obra social.
<p>Conclusión</p>	<p>La Ley N° 2808, sus Decretos reglamentarios, las posteriores Disposiciones y contratos suscriptos, permitieron que la ASI, le diera una nueva organización a la actividad de detectar, facturar, procesar y cobrar las prestaciones efectuadas a usuarios de Hospitales Públicos, que cuentan con obra social. Sin embargo, en la presente auditoría, la AGCBA observó un número importante de desvíos por parte de la ASI de las obligaciones surgidas de la Ley N°2808, como así también serias dificultades para el cumplimiento de las mismas. Esto se verifica tanto en las acciones de la propia ASI, como en las desarrolladas por los mandatarios y en las áreas afectadas a las tareas en cuestión por parte de los efectores. La dilación en los plazos de facturación y las demoras en la gestión de cobranzas difieren en el tiempo la percepción de ingresos por parte de la hacienda pública. Asimismo, la ineficacia en la detección de los pacientes con obra social, reduce sensiblemente el universo de facturación posible. De este</p>



	<p>modo, y por las cuestiones evaluadas, resulta evidente que el desempeño de la ASI deviene en ineficiente por la falta de utilización de los recursos necesarios o por no tenerlos a disposición, e ineficaz porque cumple, parcialmente, con los objetivos planteados en la Ley. Finalmente y considerando los hallazgos detectados, el Colegio de Auditores recomienda incluir dentro de sus futuras programaciones anuales, auditorías de seguimiento como así también auditorías de gestión que contemplen el rol del Ministerio de Salud del GCBA y de las áreas pertinentes de los efectores en el proceso de cobro de recuperos.</p>
--	---



**INFORME FINAL DE AUDITORÍA
PROYECTO Nº 3.13.04
“ASI- AGRUPACIÓN SALUD INTEGRAL”**

DESTINATARIO

**Señor
Presidente
Legislatura Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Cdr. Diego César Santilli**
S / D

En uso de las facultades conferidas por los artículos 131, 132 y 136 de la Ley 70, y conforme a lo dispuesto en el Art. 135 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, se ha procedido a efectuar un examen en el ámbito del Ministerio de Salud de la CABA con el objeto detallado en el apartado I.

I. OBJETO DE LA AUDITORÍA

Implementación por parte de la ASI (Agrupación Salud Integral) de la ley 2808 en los Efectores de salud de la CABA.

II. ALCANCE DEL EXAMEN

El examen se realizó de conformidad con las Normas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por el artículo 6º del Anexo I de la Ley 325, y las Normas Básicas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por Resolución Nº 161/00-AGCBA.

Para la realización de la auditoría se llevaron a cabo los siguientes procedimientos generales:

- 1) Entrevistas con el Directorio del Organismo y los responsables de las áreas vinculadas al desarrollo de las tareas de auditoría.
- 2) Revisión y análisis de la normativa relacionada con el objeto de auditoría.

- 3) Solicitud y análisis de información actualizada para la evaluación del estado actual del ente auditado.
- 4) Determinación de efectores destinada a verificar documentación y registros.
- 5) Cruzamiento de datos obtenidos de diversas fuentes documentales.
- 6) Evaluación de la distribución y las tareas realizadas por el personal de la ASI asignados a los hospitales.
- 7) Evaluación del circuito de detección de pacientes y facturación en los efectores seleccionados.
- 8) Evaluación y análisis de la rendición de facturación y cobranza correspondiente al año 2012.

III. ACLARACIONES PREVIAS

A-CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA AGRUPACIÓN SALUD INTEGRAL (ASI)

Aspectos institucionales – Situación organizacional

La Agrupación Salud Integral (ASI) fue creada a partir de resultar adjudicataria de la Licitación Pública N° 7 del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados el 4 de mayo de 1992, donde se presentaron como oferentes la entonces Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, juntamente con Prestadores Privados para la atención de beneficiarios de dicho Instituto. Reviste las características de una Agrupación de Colaboración (Decreto N°251/1997). Se conforma de un Órgano denominado Reunión de Participantes cuyo número es de nueve miembros; seis corresponden al Ministerio de Salud del GCBA y tres al sector privado (conforme al art.10 del Decreto N° 251/97GCBA). Según consta en el acta de fecha junio de 2008, una de sus funciones es la Reforma del Contrato de Colaboración y por lo tanto responsable de la composición del Órgano de Dirección y Administración de la ASI.

La normativa (Decreto N° 1499/92 y las reformas introducidas por Decreto N° 1.355/93 y el Decreto N° 251/97) prevé que la Agrupación estará compuesta por un Órgano de Dirección y Administración integrado por cinco miembros a saber: El Secretario de Salud (actualmente Ministro) del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, o quien él designare, tres representantes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y un integrante en representación del sector privado de la Agrupación.

En la actualidad el órgano se compone de la siguiente manera: por el sector público, el representante del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (Ratificado por Resolución N° 1317/MSGC/2012) y los tres representantes nombrados por el GCBA a través de los siguientes Decretos N° 820/GCABA/01, N° 477/GCABA/08) y Decreto N° 477/GCABA/08, además del integrante del sector privado de la Agrupación. Dicho Órgano de Dirección y Administración debe reunirse al

menos una vez por mes. Su sede central funciona en la calle Cerrito 1136 5 “B” de la CABA.

FUNCIONES GENERALES DE LA ASI:

La agrupación desarrolla dos actividades claramente diferenciadas:

- La prestación de servicios médico asistenciales a los beneficiarios del programa PROFE (INCLUIR SALUD), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación y del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).

- La actividad encomendada por la Ley N° 2808 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Esta segunda actividad referida a la detección, identificación, facturación y gestión de cobro a entes de cobertura de salud afecta en forma exclusiva al sector público de la Agrupación, ya que los integrantes del sector privado no intervienen en ningún aspecto de esta actividad.

B-NORMATIVA¹

B-1 Encuadre normativo del funcionamiento de la Agrupación Salud Integral:

La Ley N° 153, Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, prevé que los entes privados de financiación de salud, ya sean empresas de medicina prepaga, de seguros, aseguradoras de riesgos del trabajo, de medicina laboral, mutuales y entidades análogas, y los prestadores de la seguridad social deben abonar las prestaciones brindadas a sus adherentes por el subsector estatal de salud a través de los mecanismos y en los plazos que establezca la reglamentación.

En virtud de ello mediante la Ley N° 2808 (Sanción: 24/07/2008, Promulgación: 19/08/2008, Publicación: 09/09/2008, B.O.C.B.A. N° 3010) se establece un procedimiento especial administrativo y el proceso judicial aplicable al cobro ejecutivo de prestaciones brindadas a personas con cobertura social o privada, por la red de Efectores Públicos de Salud dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Estos deberán facturar a los Entes de cobertura de salud, públicos, sociales o privados, las prestaciones que realicen a los beneficiarios de las mismas, haya existido o no derivación conforme al arancelamiento establecido en el nomenclador aprobado por la reglamentación de la Ley N° 153, vigente a la fecha del servicio.

La gestión, de identificación, facturación y cobro de las prestaciones de los respectivos efectores estará a cargo de la Agrupación Salud Integral, la que realizará la tarea de campo con los recursos humanos de los respectivos Efectores y los recursos propios que requiera para la centralización de la facturación en su sede central. Dicha tarea se realizará por cuenta y orden de los Efectores dependientes del Ministerio

¹ La síntesis del marco normativo se encuentra al final del presente informe como Anexo I

de Salud de la Ciudad y será liquidada a los mismos dentro de los diez (10) días de recibidos los cobros correspondientes.

Por otra parte según el art. 2 del anexo 1 del decreto reglamentario de la Ley N° 2808 “es responsabilidad de cada Efector Público de Salud dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la individualización del Ente responsable del pago del arancel de las prestaciones brindadas a sus beneficiarios, a cuyo efecto, la Agrupación Salud Integral proveerá a dichos Efectores los sistemas de información de beneficiarios de los distintos Entes, la verificación del cumplimiento de Convenios suscriptos con otras entidades que permitan identificar al responsable final del pago de las prestaciones y la supervisión, capacitación y gestión de los medios necesarios para el cumplimiento de los fines establecidos en la Ley N° 2.808.

Sin perjuicio de lo expuesto, los Efectores adoptarán las medidas pertinentes para individualizar en cada caso al responsable por el pago del arancel de recupero, para lo cual podrán, entre otras medidas, exigir al paciente o a sus familiares o responsables legales que informen si resulta beneficiario de un Ente de Cobertura de Salud”.

Misiones, funciones y responsabilidades de la ASI:

Según señala el Decreto N° 1566/GCABA/2008, la Agrupación Salud Integral (ASI) en su cometido, como órgano de aplicación de los preceptos contenidos en la Ley N° 2.808 desarrollará las siguientes misiones:

- Dictará su propio reglamento de funcionamiento del sistema de recupero económico de prestaciones de acuerdo a lo establecido por el artículo 20 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los artículos 43, 45 y 46 de la Ley N° 153 y por la Ley N° 2.808.
- Designará su propia estructura orgánica funcional para el cumplimiento de las tareas encomendadas.
- Realizará el control interno para la evaluación del funcionamiento de los sistemas de facturación y cobranza y la coordinación de las acciones entre los distintos responsables para lo cual deberá contar con auditorías externas de supervisión para sugerir medidas, acciones y establecer parámetros de eficiencia.
- Verificará que la facturación que se emita se ajuste a los criterios normativos legales y contables establecidos por el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Efectuará la verificación y certificación de los ingresos producidos por los comprobantes de recupero de gastos, notas de crédito, notas de débito y recibos emitidos.
- Realizará la consolidación de las deudas históricas, generadas a partir de la entrada en vigencia de la actividad objeto de esta reglamentación, que mantienen cada uno de los Entes en concepto de recupero de las prácticas médicas, odontológicas y otras que se hubieran llevado a cabo a favor de las personas con cobertura social o privada.

- Se encargará de asistir técnicamente a los efectores y demás dependencias del Ministerio de Salud.

Facturación de prácticas nomencladas y no nomencladas

Se establece que las coberturas y prácticas prestadas en favor de los particulares beneficiarios de cobertura médica social o privada, de acuerdo a los distintos niveles de atención previstos en la Ley N° 153, serán facturadas por los efectores tomando en cuenta, para su valorización, el nomenclador de Prestaciones de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires vigente al momento de la prestación.

Las prácticas médicas no nomencladas deberán ser autorizadas y facturadas al valor que la Agrupación Salud Integral establezca de acuerdo a los precios relevados y a criterios de mérito, razonabilidad y conveniencia.

El Decreto N° 1566/GCABA/2008 menciona en su artículo cuarto, que los Entes de Cobertura de Salud podrán formular las observaciones y/o impugnaciones ante la ASI dentro de los 10 días de recibida la factura.

Las presentaciones de observaciones e impugnaciones sólo se considerarán válidas cuando en las mismas se detalle a qué Comprobante de Recupero de Gastos y a qué hospital son imputables. Si faltaran cualquiera de estos datos, se rechazarán sin más trámite, y de no mediar el pago de la factura correspondiente se seguirá, según el caso y el estado del trámite, conforme lo establecido en el artículo 5° de la Ley N° 2808 (Emisión del certificado de deuda).

Las observaciones y/o impugnaciones que se refieran a aspectos administrativos, serán resueltas por la ASI en el plazo de 30 días.

Las observaciones y/o impugnaciones que se refieran a aspectos médicos serán derivadas a los hospitales públicos correspondientes para su evaluación y consideración, debiendo los efectores expedirse en el plazo máximo de 30 días de recibidas. El hospital deberá analizar cada observación y/o impugnación y pronunciarse sobre la procedencia del débito, adjuntando la información necesaria, la que deberá ser enviada a la ASI dentro del plazo indicado. Vencido dicho plazo sin que los hospitales envíen la información, se resolverá la impugnación con la información con la que contare. La falta injustificada de contestación por parte del personal del hospital, que deba elaborar la respuesta, será considerada incumplimiento de las obligaciones a su cargo y pasible de las sanciones previstas en la Ley N° 471 (Ley de Relaciones Laborales en la Administración Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

La ASI podrá considerar, las observaciones a las facturas que los Entes de Cobertura efectúen con motivo de errores administrativos o médicos, habiéndose vencido el plazo de los diez días otorgados, pudiendo rectificarlas en caso de corresponder.



La intimación de pago se emitirá a través del documento previsto en el Anexo II del Decreto N° 1566/GCABA/2008, bajo apercibimiento de proceder a la ejecución de la deuda, de conformidad con lo establecido en el artículo 6° de la Ley N° 2808 (Cobro judicial).

**ANEXO II /Decreto N° 1566
GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES
AGRUPACION SALUD INTEGRAL**

INTIMACIÓN DE PAGO N°

Ref.: Deuda que mantiene la entidad de cobertura médica denominada.....

Buenos Aires,

Por la presente, en ejercicio de las facultades conferidas a esta Agrupación Salud Integral (ASI) por el artículo 4° de la Ley N° 2.808, **INTIMO** a esa entidad para que en el plazo de cinco (5) días de recibida la presente, abone la suma de Pesos..... (\$.....), adeudados por los servicios prestados por los efectores de salud dependientes del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, a sus beneficiarios, según detalle:

Factura N°	Hospital	Importe
------------	----------	---------

Por otra parte, el referido Decreto, establece en su artículo quinto que en caso de falta de pago por el vencimiento de la factura, de considerarlo conveniente, la ASI podrá realizar una nueva intimación de pago al Ente de Cobertura de Salud, bajo apercibimiento de proceder conforme lo dispuesto en el artículo 5° de la Ley N° 2808²; en el caso que la ASI contemple esta facultad, el plazo total transcurrido de las dos intimaciones no puede exceder los sesenta (60) días.

Consentida o ejecutoriada la deuda, la ASI remitirá a la Dirección General Legal y Técnica del Ministerio de Salud, todos los antecedentes y documentación vinculada con las prestaciones adeudadas y su facturación, verificación y consolidación de la deuda, intimación, impugnaciones u observaciones.

La Dirección General Legal y Técnica de dicho Ministerio evaluará la documentación y, de corresponder, emitirá el correspondiente certificado de deuda, conforme el modelo agregado como Anexo III del Decreto N° 1566/GCABA/2008. Por último, en el presente Decreto se faculta a la

² Ley N°2808-Art. 5°.-En caso de falta de pago, transcurrido los sesenta (60) días del vencimiento del plazo correspondiente, la ASI remitirá la factura y demás documentación a la autoridad administrativa competente del Ministerio de Salud, a fin de que se emitan los certificados de deuda. Éste será considerado un instrumento público, en los términos del Artículo 979, inciso 2, del Código Civil de la Nación.



Dirección General Legal y Técnica a emitir los certificados de deuda correspondientes a los créditos consentidos o ejecutoriados relativos a actuaciones en trámite a la fecha de entrada en vigencia de la presente reglamentación y a remitir los mismos a la Procuración General para su ejecución judicial

**ANEXO III /Decreto N°1566
CERTIFICADO DE DEUDAS PENDIENTES DE PAGO
POR PRESTACIONES BRINDADAS POR EFECTORES DE SALUD
DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES
A PERSONAS CON COBERTURA SOCIAL Y/O PRIVADA**

**GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION GENERAL LEGAL Y TECNICA**

CERTIFICADO DE DEUDA N°
Ref.: Intimación ASI N°

Buenos Aires,

CERTIFICO, en ejercicio de las facultades conferidas a esta Dirección General Legal y Técnica del Ministerio de Salud por el artículo 5° de la Ley N° 2.808, que la entidad de cobertura médica denominada mantiene una deuda con el GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES por la falta de cancelación de los servicios prestados a sus beneficiarios de conformidad con la Ley N° 2.808 y su Decreto Reglamentario, encontrándose dicho monto firme y ejecutoriado, motivo por el cual se expide el presente para proceder a la ejecución judicial de la deuda por la vía de apremio, conforme lo establecido en el artículo 6° de la Ley N° 2.808.

TOTAL A DEPOSITAR: PESOS (\$.....).

El presente Certificado de Deuda tiene el carácter de documento público por imperio de lo normado en el artículo 5° de la Ley N° 2.808.-

Disposiciones 144 - /09 y A246/09 Dirección General de Contaduría

Con fecha 21 de Julio del 2009 se suscribe un Convenio entre el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y la Agrupación Salud Integral, en el que se impone a la ASI la obligación de informar mensualmente (conforme el procedimiento que establezca a esos efectos la Dirección General de Contaduría dependiente de la Subsecretaria de Gestión y Administración Financiera del Ministerio de Hacienda) al Ministerio de Salud, sobre los montos facturados, percibidos y los depósitos a los diferentes efectores. Como consecuencia de ello, se hace necesario establecer un Circuito Administrativo, Contable y de Recaudación que permita identificar los ingresos y su procedencia, que queda establecido a través de la Disposición N° 144/GCABA/DGCG (Sanción16/09/2009,

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

Publicación 28/09/2009 BOCBA n° 3267). La misma dispone que los efectores remitan mensualmente a la Agrupación Salud Integral (quien facturará por cuenta y orden del GCBA), las liquidaciones realizadas por la atención médico asistencial brindada a todos los beneficiarios de un Ente de Cobertura en el transcurso del mes, registrando dichas operaciones en el Sistema SIGAF.

Las sumas resultantes de las gestiones y servicios de la Agrupación Salud Integral (ASI) se depositarán en una Cuenta Bancaria Recaudadora que será abierta para tales fines en el Banco de la Ciudad de Buenos Aires, Sucursal Centro. En la misma cuenta, la Procuración General del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires procederá al depósito de lo cobrado por vía judicial.

La Agrupación Salud Integral (ASI) analizará los pagos depositados por los Entes de Cobertura y los aplicará a las liquidaciones emitidas por cada efector. De existir impugnación u observaciones por parte del Ente y en caso de corresponder, se remitirá al efector a fin de confeccionar y registrar el débito y/o crédito correspondiente, el que deberá registrarse en el Sistema SIGAF.

La Dirección General Técnico, Administrativo y Legal o equivalente del Ministerio de Salud o los efectores o la repartición que en el futuro se designe aprobará y registrará las liquidaciones a nombre de la Agrupación Salud Integral el porcentaje del 3% y 16,50 % establecido en el Convenio celebrado entre el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y la Agrupación Salud Integral.

El Ministerio de Salud requerirá la transferencia de los recursos a las Cuentas Escriturales correspondientes.

Cuando el obligado al pago fuera una Obra Social nacional inscripta en el Registro Nacional de Obras Sociales, creada por las leyes nacionales N° 23.660 y N° 23.661, el Ministerio de Salud podrá optar por impulsar el procedimiento de cobro automático establecido por el Poder Ejecutivo Nacional ante la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación. Para estos casos, se aplicarán la Resolución N° 487/02 del Ministerio de Salud de la Nación y el Decreto N° 939/00 del Poder Ejecutivo Nacional.

La Disposición N° 144- DGC/09 fue dejada sin efecto por la Disposición N° A 246 –DGC/2009. Esta última agrega la facturación del IVA sobre los cobros y facturación que realice la ASI.

Mensualmente la ASI rendirá al Ministerio de Salud una planilla conteniendo el siguiente detalle por cada efector (Anexo I A y B).

En el Anexo I A, se detalla el Número de la Liquidación emitida, Obra Social a la que se le factura, importe facturado, créditos y débitos sobre la facturación rendida, detalle del 3% liquidado, detalle del IVA, y para el caso de corresponder, importe de devolución del adelanto del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, y como saldo, el neto depositado.

En el Anexo I B, se detalla el número de la Liquidación paga, la Obra Social a la que se le facturó, el importe facturado, los créditos y débitos sobre la facturación cobrada, importe cobrado, detalle del 16,5% liquidado por la ASI, detalle del IVA, y en el caso de corresponder, importe de devolución del adelanto del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y el neto depositado.

En el Anexo II A, la ASI presentará al Ministerio de Salud una planilla con el siguiente detalle:

Número de Liquidación transferida al Ministerio de Salud para la emisión del Certificado de Deuda y su giro a la Procuración General.

Importe del mismo, indicando si es total o parcial.

Número de Actuación con el que fue girado al Ministerio de Salud.

En el Anexo II B, la ASI presentará a la Contaduría General (Departamento Registro de Ingreso) una planilla conteniendo el siguiente detalle:

Número de Liquidación transferida de la ASI al Ministerio de Salud para la emisión del Certificado de Deuda y su giro a la Procuración.

Importe del mismo, indicando si es total o parcial.

Número de Actuación con el que fue girado al Ministerio de Salud.

Número de Certificado de Deuda emitido.

Número de Actuación con que fue girado a la Procuración General.

Número de reimputación contable.

Convenio y Adendas

Con el objeto de instrumentar el nuevo procedimiento de facturación y cobranza previsto en la normativa, con fecha 21 de julio de 2009 se suscribió un convenio entre el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y la ASI, registrado por la Dirección General Escribanía General bajo el número 5773.

En el Convenio se establecen las acciones que desarrollará la ASI para llevar a cabo sus tareas:

- Incorporar recursos humanos en las distintas áreas de los efectores de salud.
- Procurar la implementación definitiva del sistema SIGEHOS.
- Proveer padrones de beneficiarios, de todos los entes sujetos a cobertura, a todas las áreas de identificación y facturación de los efectores y del Ministerio de Salud.

El convenio define que las tareas de identificación a cargo de ASI comprenden a todas las personas usuarias del sistema de salud de la CABA sin excepción, incluyendo a aquellas personas que no siendo beneficiarias de ningún ente de cobertura tengan residencia en la Ciudad. Se establece desde la suscripción del Convenio, un plazo de 3 meses para que la ASI presente al Ministerio de Salud una propuesta para la creación de un Padrón Único de Beneficiarios del sistema de salud de la ciudad y los respectivos entes de cobertura.

Se le reconocerá a la ASI un 3% del monto facturado y un 16,50% del monto percibido.

“En relación a la deuda histórica, se realizará un relevamiento, su validación y la gestión de cobro, y por lo efectivamente cobrado se percibirá el 16,5%.

El presente convenio tiene una vigencia de 6 meses a partir de la firma y se renovará automáticamente, a menos que alguna de las partes comunique a la otra su voluntad de rescindirlo”.

Posteriormente con fecha 2 de octubre de 2009 y 28 de junio de 2010 se celebraron Adendas al referido Convenio, por las cuales se realizaron modificaciones a los procedimientos establecidos, las cuales fueron registradas bajo los números 5837 y 6407.

La Adenda N° 5837 del 2 de octubre de 2009, incorpora la alícuota del IVA tanto al total del monto facturado, como al total del monto efectivamente percibido.

La Adenda N° 6407 del 28 de junio de 2010 incorpora normativa en base a fijar decisiones en función a un período de transición entre el 21 de julio de 2009 y el 31 de diciembre de 2009. En ese lapso el Ministerio de Salud recibirá la facturación existente en los efectores públicos que no haya sido efectivamente remitida a la ASI y que se encuentre impaga, a efectos de ser relevada y validada por la Sindicatura General de la Ciudad de Buenos Aires y posteriormente remitida a la ASI para la gestión de cobranza, percibiendo el porcentaje establecido en el Convenio.

Asimismo con fecha 28 de mayo de 2012, las partes suscribieron una nueva Adenda por la cual se adecuaron los aspectos económicos del Convenio Específico. La misma fue aprobada por Resolución Conjunta N° 164 MJGGC_MHGC/2013 de fecha 22 de enero de 2013.

En dicha Adenda, se modifican los porcentajes, correspondiendo un 3,50% más la alícuota del IVA aplicada al monto total facturado a los Entes de Cobertura de Salud.

Se modifican los porcentajes correspondientes de lo efectivamente percibido por la facturación en un 10% más la alícuota del IVA y sus intereses, incluyendo aquellas sumas que se perciban por intermedio de la gestión judicial.

Los porcentajes establecidos serán deducidos de las sumas que perciba ASI por la gestión de cobranza a que se refiere la Ley N° 2808.

Se mantienen los porcentajes establecidos en la normativa relacionados con la deuda histórica.

El artículo quinto introduce una nueva modalidad en el Convenio, ya que dispone que se deducirá la sumatoria de salarios y cargas sociales que debe abonar mensualmente por el recurso humano que preste servicios para las tareas asignadas por la Ley N° 2808 (en los efectores de la Ciudad) de la sumas que haya percibido por cuenta y orden de los efectores públicos del Gobierno de la Ciudad. Cualquier incremento de la masa salarial deberá ser acordado por la ASI con el GCBA. Lo acordado en dicha Adenda se aplicará a partir de junio de 2012.

Normativa vigente para el período auditado (Disposición N° 173 DGC/2013)

Con fecha 23 de julio de 2013, la Dirección General de Contaduría a los fines de adecuar los contenidos de la Disposición N°246/DGC/2009, y en base a las modificaciones surgidas con posterioridad a su dictado, y a los fines de unificar en una sola norma las variantes operadas, deja sin efectos la disposición vigente y procede al dictado de un nuevo acto administrativo (Disposición N°173/13) que la reemplaza y actualiza.

La Disposición N° 173 en su artículo 5° plantea que la ASI presentará dos liquidaciones de acuerdo con el Anexo I “A” y “B”; y que la Dirección General Técnico Administrativa y Legal (o equivalente del Ministerio de Salud) registrará las liquidaciones a nombre de la Agrupación Salud Integral, del porcentaje del 3,5% más IVA del monto total facturado a los entes de cobertura de salud y un 10% más IVA del dinero percibido, por la gestión de cobranza y sus intereses, incluyendo las suma percibidas por la gestión judicial de cobro.

Por otra parte establece que la Agrupación Salud Integral deducirá del dinero proveniente de las cobranzas, la suma de los salarios y las cargas sociales del personal con tareas asignadas por la Ley N° 2808, conforme lo estipulado en la adenda que fuera aprobada por la Resolución conjunta N° 164/2013.

Anexo I (A y B) Disposición N° 173

A) Mensualmente la Agrupación Salud Integral rendirá al Ministerio de Salud una planilla conteniendo el siguiente detalle por cada efector:

- 1- Número de la Liquidación emitida.
- 2- Obra Social a la que se le factura.
- 3- Importe Facturado.
- 4- Créditos y Débitos sobre facturación rendida.
- 5- Detalle del 3,5% liquidado –sobre el resultado de los puntos 3 y 4 anteriores – por la Agrupación Salud Integral de acuerdo a lo previsto en el Convenio suscripto.
- 6- Detalle de la Alícuota del Impuesto al Valor Agregado (IVA) aplicada sobre el porcentaje del punto 5.
- 7- En el caso de corresponder, importe de Devolución del adelanto del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- 8- Neto depositado.

B) Mensualmente la Agrupación Salud Integral rendirá al Ministerio de Salud una planilla conteniendo el siguiente detalle por cada efector:

- 1- Número de la liquidación paga.
- 2- Obra Social a la que se le facturó.
- 3- Importe Facturado.
- 4- Créditos y débitos sobre le facturación cobrada.
- 5- Importe Cobrado.
- 6- Detalle del 10% liquidado por la Agrupación Salud de acuerdo a lo previsto en el Convenio suscripto.
- 7- Detalle de la alícuota al impuesto al valor agregado (IVA) aplicado sobre el porcentaje del punto 6.
- 8- Detalle de la deducción del dinero correspondiente al pago de los salarios y las cargas social del personal con tareas asignadas por la ley 2808.

- 9- En caso de corresponder, Importe de Devolución del adelanto del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- 10- Neto depositado.

De acuerdo al artículo 6º, en el caso de transferencia de créditos impagos al Ministerio de Salud, la ASI y la Dirección General Técnico Administrativa y Legal del Ministerio presentarán un detalle de acuerdo con el Anexo II de la presente (DI N° 173/2013).

Anexo II

- A) Mensualmente la Agrupación Salud Integral presenta al Ministerio de Salud una planilla conteniendo el siguiente detalle por cada efector:
 - 1- Número de la Liquidación transferido al Ministerio de Salud para la emisión del Certificado de Deuda y su giro a los mandatarios designados en virtud de Decreto N° 194/GCBA/2011.
 - 2- Importe del mismo, indicando si es el importe total o parcialmente facturado.
 - 3- Número de Actuación con el que fue girado al Ministerio de Salud.
- B) Mensualmente el Ministerio de Salud presentará a la Contaduría General (Departamento Registro de Ingreso) una planilla conteniendo el siguiente detalle por cada efector:
 - 1- Número de Liquidación transferida desde la Agrupación Salud Integral al Ministerio de Salud para la emisión del Certificado de Deuda y su giro a los mandatarios designados en virtud del Decreto N° 194/GCBA/2011.
 - 2- Importe del mismo, indicando si es el importe total o parcialmente facturado.
 - 3- Número de Actuación con el que fue girado al Ministerio de Salud.
 - 4- Número de Certificado de Deuda emitido.
 - 5- Número de Informe GEDO con el que fue girado a los mandatarios designados en virtud del Decreto N° 194/GCBA/11.
 - 6- Número de reimpugnación contable.

Si existieren giros de actuaciones a los mandatarios designados en función del Decreto N° 194/2011, el Ministerio de Salud registrará tal situación en el SIGAF y los profesionales deberán realizar un informe mensual de acuerdo al Anexo IV.

Anexo IV

- A) Mensualmente cada uno de los Mandatarios designados por el Decreto N° 194-2011 GCBA, deberán emitir al Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, quien luego remitirá copia de lo informado a la Dirección General de Hacienda una planilla conteniendo el siguiente detalle sobre los juicios que les fueran asignados:
 - 1- Número de Expediente administrativo del GCBA.
 - 2- Número de Expediente Judicial.
 - 3- Carátula.
 - 4- Juzgado donde se ha radicado.
 - 5- Situación Procesal del Expediente.

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

- 6- Detalle de los Certificados de Deuda cobrados, indicando si es el importe total o parcialmente certificado y comprobantes de los depósitos realizados en las cuentas pertinentes.

Según la presente disposición, una vez producido el cobro por vía judicial, el Cuerpo de Mandatarios procederá al depósito de los mismos en la Cuenta Bancaria correspondiente a la ASI, abierta en el Banco Ciudad. Por otra parte la Procuración General informará al Ministerio de Salud de los cobros de los certificados de deuda anteriores al Decreto N° 194/2011 a fin de regularizar contablemente los créditos cobrados, asimismo presentará un detalle según Anexo III.

Anexo III

- A) Mensualmente la Procuración General presentara al Ministerio de Salud y la Dirección General de Contaduría (Departamento Registro de Ingreso) una planilla conteniendo el siguiente detalle por cada efector, respeto de los certificados de deuda anteriores al Decreto N° 194/GCBA/11:
- 1- Número de Actuación recibida del Ministerio de Salud.
 - 2- Detalle de los Certificados de Deuda cobrados, indicando si es el importe total o parcialmente certificado y comprobantes de los depósitos realizados en las cuentas pertinentes.

El Ministerio de Salud requerirá la transferencia de los recursos a las Cuentas Escriturales correspondientes.

B-3 Cobro Judicial y Creación del Cuerpo de Mandatarios

En caso de falta de pago se emitirán los certificados de deuda, cuyo cobro judicial se efectuará por ante el Fuero Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad de Buenos Aires.

El Decreto n° 1566/GCABA/2008 (Sanción: 30/12/2008, Publicación: 16/01/2009, B.O.C.B.A. n° 3097) reglamentario de la Ley N° 2808 aprueba el Modelo de Intimación de Pago y el Modelo de Certificación de Deuda.

Mediante Decreto N° 194/GCABA/2011 (Sanción: 20/04/2011, Publicación: 28/04/2011, B.O.C.B.A. N° 3652) se crea un cuerpo de mandatarios para el cobro judicial de las deudas originadas en prestaciones médicas brindadas por efectores públicos. Se fija en diez (10) como máximo el número de mandatarios. A su vez establece los requisitos que deberán cumplir quienes conformen este cuerpo.

El artículo 7° del citado decreto establece los honorarios de acuerdo a la labor del mandatario si consistiere únicamente en tareas extrajudiciales, los honorarios se fijan entre un cinco por ciento (5%) y un diez por ciento (10%) del total de la deuda. Iniciadas las acciones judiciales, y en los casos que el deudor optare por abonar la deuda en forma extrajudicial, los porcentajes de honorarios de los mandatarios serán fijados entre el siete por ciento (7%) y el doce por ciento (12%) del total de la deuda hasta el dictado de la sentencia, tanto por su labor extrajudicial como judicial. En

caso que se hubiere dictado sentencia y se otorguen planes de facilidades el porcentaje de honorarios a percibir oscilará entre el diez por ciento (10%) y el quince por ciento (15%) con excepción de aquellos casos en que hubieran honorarios regulados y firmes por montos superiores a los porcentajes indicados, los que prevalecerán y deberán ser abonados por el deudor.

Cuando el juicio se encuentra en etapa de ejecución de sentencia, el porcentaje de honorarios será establecido entre el doce por ciento (12%) y el dieciocho por ciento (18%) del total de la deuda. Los montos resultantes de la aplicación de los referidos porcentajes en ningún caso podrán ser inferiores a la suma de pesos trescientos (\$ 300.-). Esta escala de honorarios deberá fijarse en lugar visible de las oficinas de atención al público. No se admite el cobro de honorarios hasta la íntegra satisfacción del crédito, salvo los supuestos de planes de facilidades.

La Resolución nº 884/GCABA/MSGC/2011 (Sancionada: 27/05/2011, Publicada: 09/06/2011, B.O.C.B.A .nº 3681) encomienda a la Agrupación Salud Integral el análisis y evaluación de la cantidad de mandatarios judiciales necesarios para llevar adelante las totalidad de las tareas inherentes al cobro judicial ejecutivo de las sumas adeudadas.

Mediante Resolución Nº 1234/GCABA/MSGC/11: *“se designa los cuatro integrantes del Cuerpo de Mandatarios Judiciales, para llevar adelante la totalidad de las tareas inherentes al cobro judicial ejecutivo de las sumas adeudadas al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por las prestaciones médicas brindadas por los hospitales públicos, conforme los Certificados de Deuda previstos en el artículo 5º de la Ley Nº 2808 que se emitan a partir del día 1 de agosto de 2011”.*

B-4 Nueva reglamentación-Decreto Nº126/14

El Decreto Nº 126/GCBA/2014 reglamentario de la Ley Nº 2808/08, entra en vigencia el 08/04/2014 derogando en su totalidad al Decreto Nº1566/GCBA/2008. En los considerandos del decreto se manifiesta que *“la experiencia recogida en el proceso de implementación y aplicación de la ley Nº 2808 aconseja introducir modificaciones al régimen aplicable, con el objeto de optimizar la implementación, eficacia y eficiencia del procedimiento adoptado. Que en este contexto es prioritaria para el Gobierno de la Ciudad la pronta, correcta y oportuna transferencia de las sumas recibidas en concepto de cobranzas de prestaciones médicas realizadas por dichos efectores a las cuentas escriturales de los hospitales.”*

El Decreto Nº 126/GCABA/2014 exime a la ASI de proveer a los Efectores los sistemas de información de beneficiarios de los distintos Entes. Pero sigue siendo responsable de asistir técnicamente a los efectores y demás dependencias del Ministerio de Salud.

El Decreto Nº126/GCABA/2014 (Anexo V) aprueba el modelo de “Consentimiento Informado para uso de documentación médica en el marco de la Ley Nº 2808” y el procedimiento para la formación y emisión

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

de Comprobantes de Recupero de Gastos de las prestaciones realizadas a pacientes con cobertura médica pública, social o privada, que deberán cumplir los efectores públicos de Salud dependientes del GCABA (Anexo IV).

Además, aprueba un nuevo modelo de “intimación de pago” previsto por el Art.4 de la Ley N° 2808 y el “Certificado de Deuda” previsto en el Art.5. El Decreto N° 126/GCABA/2014 no hace referencia al plazo de impugnación de 10 días que tienen los Entes de Cobertura de Salud para poder formular observaciones y/o impugnaciones ante el ASI.

Por otra parte el mencionado decreto modifica los plazos de pago facturas, el Decreto N° 1566/GCABA/2008 preveía que ante la falta de pago por el vencimiento de la factura, de considerarlo conveniente, la ASI podía realizar una nueva intimación de pago al Ente de Cobertura de Salud. En caso de falta de pago, transcurrido los sesenta (60) días del vencimiento del plazo correspondiente, la ASI tenía que remitir la factura y demás documentación, a la autoridad administrativa competente del Ministerio de Salud, a fin de que se emitiesen los certificados de deuda. En el caso que la ASI contemplara esta facultad, el plazo total transcurrido de las dos intimaciones no podía exceder los sesenta (60) días.

Mientras que el Decreto N° 126/GCABA/2014 señala que “operado el vencimiento de la factura emitida por el ASI, a los (30) días corridos desde la recepción de la factura, la ASI podrá extender por un plazo de otros treinta días (30) corridos la posibilidad de satisfacer el pago total de lo facturado sin intereses. Transcurrido dicho termino, comienza a computarse el plazo de cobro extrajudicial de treinta días (30), extendiéndose el plazo de pago a 90 días para satisfacer el pago total de lo facturado”.

El artículo 3 del Decreto N° 126/GCABA/2014 establece que el Nomenclador de Prestaciones de Salud del Gobierno deberá ser actualizado por el Ministerio de Salud cada cuatro meses como mínimo.

Memorándum DGLT-SSASS Abril 2014

Con el fin de poner en conocimiento los contenidos del Decreto N° 126/14 la Dirección General Legal y Técnica SSASS, por medio del memorándum de fecha 29 de abril de 2014, informa a los todos los directores de hospitales un instructivo operativo del mismo.

Dicho memorándum pone en conocimiento que el mencionado Decreto N°126 reglamenta la Ley N° 2808, y en su Anexo VI, aprueba el procedimiento para formación y emisión de Comprobantes de Recupero de Gastos de las prestaciones realizadas a pacientes con cobertura médica pública, social o privada, que deberán cumplir los Efectores Públicos de Salud dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En dicho orden normativo deberán tenerse en cuenta las siguientes pautas de facturación:

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

1. Se faculta a los efectores a requerir documento que acredite identidad a quien demande asistencia, y en el caso de los beneficiarios de los Entes de Cobertura de Salud, se podrá requerir fotocopia del carnet o de la constancia de empadronamiento.
2. Se establece que los efectores deberán cumplimentar el “Comprobante de Atención de Beneficiarios de Entes de Cobertura de Salud- Anexo II”, firmado por el médico interviniente y el responsable administrativo.
3. En cuanto a la facturación y cobro de las prestaciones brindadas no se estará sujeto al Programa Médico Obligatorio (PMO), sino que la Agrupación Salud Integral (ASI) podrá facturar y perseguir el cobro de todas aquellas prestaciones efectivamente brindadas.
4. En cuanto a la notificación a las obras sociales, pueden utilizarse diversas herramientas de notificación (fax, correo electrónico, etc).
 - 4.a En los supuestos de internaciones y/o prácticas en las que deban realizarse métodos o procedimientos de alta complejidad la notificación será realizada dentro de las 96 horas.
 - 4.b En atención ambulatoria de urgencias y/o emergencias y atención ambulatoria programada, no se realizarán notificaciones por consultas, prácticas de diagnóstico y tratamiento de bajo o mediana complejidad.
 - 4.c En atención ambulatoria programada, con prestaciones de alta complejidad puede notificarse al ente de cobertura de salud dentro de las 72 horas de su realización.
5. La nueva reglamentación dispone que la falta de notificación no impedirá al efector la facturación pertinente.
6. La documentación de respaldo para la facturación por la Agrupación Salud Integral consiste en la presentación de la siguiente documentación:
 - Comprobante de Recupero de Gastos.
 - Anexo II.
 - En caso de internación copia de la notificación a la obra social, parte quirúrgico, parte anestésico (si correspondiere).
 - Epicrisis o resumen de la historia clínica.
 - Fotocopia de la identificación del paciente.
7. Se solicita a los Entes de Cobertura de Salud informar a la Agrupación Salud Integral por medio fehaciente, en un plazo de quince (15) días de publicada la norma, su domicilio, número de teléfono y correo electrónico al que le serán enviados todos los documentos, facturas y notificaciones que guarden relación con la actividad a que se refiere la Ley N° 2.808.

C- Acuerdos paritarios para redistribuir el fondo de recupero

El día 8 de noviembre de 2011, en el marco de la Comisión Paritaria Central mediante el Acta N° 25, se concluye en avanzar en la implementación del sistema de distribución de los fondos, establecida en el inciso f) del artículo 1 y el artículo 2 de la Ordenanza N° 45241/91, medida acordada y consensuada en el Acta de Negociación Colectiva de la Comisión Central N° 14/09 de fecha 11 de noviembre de 2009.

La Comisión estableció que el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires arbitrara los medios necesarios para darle operatividad a la distribución de los ingresos percibidos en concepto de prestaciones de

Servicios Asistenciales a los afiliados de las Obras Sociales y/o Mutuales, ya que la falta de reglamentación de la Ordenanza mencionada produjo la imposibilidad normativa y operativa de distribuir los fondos correspondientes entre los agentes del Ministerio de Salud.

A su vez se estableció que el Ministerio de Salud, destinará el cuarenta por ciento (40%) del total que genere el Fondo de Recupero, neto de los gastos deducidos de la ASI, para los trabajadores que se desempeñen en los efectores y en el Nivel Central del Ministerio de Salud del GCBA.

Para la primera liquidación del año 2011 se determinó el pago de un monto fijo de \$ 425.- que se haría efectivo durante la primera quincena del mes de Diciembre de 2011, por otra parte dispuso que la metodología de distribución del segundo pago a realizarse durante el año 2012, se acordara con suficiente antelación a la próxima liquidación.

El personal del Hospital Neuropsiquiátrico "José T. Borda" y del Hospital Durand formularon presentaciones impugnando el Acta de Negociación Colectiva N° 25/11 y rechazando todo acto administrativo que se dictase en consecuencia. A su vez solicitaron el pago de diferencias salariales que se les adeudarían por aplicación de la Ordenanza N° 45.241/91, argumentando que la misma resultaría una renuncia a derechos adquiridos en relación a la diferencia salarial que se adeudaría desde el año 1992 por aplicación de la citada Ordenanza.

Ante la presentación del personal de los Hospitales Borda y Durand, tomó intervención la Procuración General de la Ciudad de Buenos Aires, que manifestó que la norma en crisis no se encontraba operativa y que este criterio fue compartido por las partes que suscribieron el Acta N°25/2011, por lo tanto lo acordado en las referidas actas les resulta de aplicación obligatoria a los peticionantes, ya que se encontraban representados por las mencionadas asociaciones gremiales.

En virtud del Dictamen de la Procuración, la Ministra de Salud resolvió mediante la Resolución N° 1208/MSGC/09 (Sanción. 10/09/2013; Publicación: 16/09/2013; B.O.C.B.A N° 4237) y la Resolución N° 1209/MSGC/09 (Sanción. 10/09/2013; Publicación: 16/09/2013; B.O.C.B.A N° 4237) rechazar la presentación efectuada por personal del Hospital Neuropsiquiátrico "José T. Borda y del Hospital Durand respectivamente.

El Acta (Acta de Negociación Colectiva - Comisión Paritaria Central N° 25/11, suscripta el día 8 de noviembre de 2011) fue instrumentada a través de la Resolución N°78/MHGC/12 (Sanción: 17/01/2012; Publicación:28/03/2014; B.O.C.B.A N° 4367) ordenando dar intervención a la ex Dirección Liquidación de Haberes dependiente de la Subsecretaría de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Modernización, a efectos de cumplimentar lo resuelto.

El 19 de julio de 2012, se celebró una nueva Acta de Negociación Colectiva bajo el número 14/12, por la cual se estableció que la primera liquidación del año 2012 generará el pago de un monto fijo y uniforme no remunerativo entre todo el personal. El mismo se haría efectivo durante el mes de agosto de 2012. A partir del segundo pago del año 2012, la modalidad de cálculo que le correspondería a cada agente sería definida por la Comisión que a tales efectos se creó por la mencionada Acta. El

Acta de Negociación Colectiva se instrumenta mediante Resolución N° 1696/GCABA/MHGC/12 (Sanción: 11/12/2012, Publicación: 17/12/2012, BOCBA: 4057)

Posteriormente con fecha 20 de marzo de 2013, se celebró una nueva Acta de Negociación Colectiva, donde las organizaciones gremiales solicitaron dejar sin efecto el pago propuesto y constituir la comisión prevista en el Acta Paritaria N° 14/12 para establecer el criterio de distribución a implementar; teniendo en cuenta la eficiencia de cada efector y no solamente el importe percibido en cada período. La propuesta fue aceptada y el Acta instrumentada a través de la Resolución N° 637/GCABA/MHGC/13 (Sanción: 23/07/2013; Publicación: 26/07/2013; BOCBA: 4202)

En el mes de mayo de 2014 se reunió la Comisión prevista en el punto B) del Acta N°14/2012 con el fin de establecer los criterios acerca del 40 % a distribuir entre los empleados. Las partes acuerdan establecer como base de distribución a cada empleado un monto fijo de \$ 400.- y el resto se distribuye de acuerdo al mérito alcanzado, fijándose como fechas de pago los meses de junio y diciembre.

D- Síntesis de los porcentajes a distribuir de lo efectivamente cobrado a los Entes de Cobertura

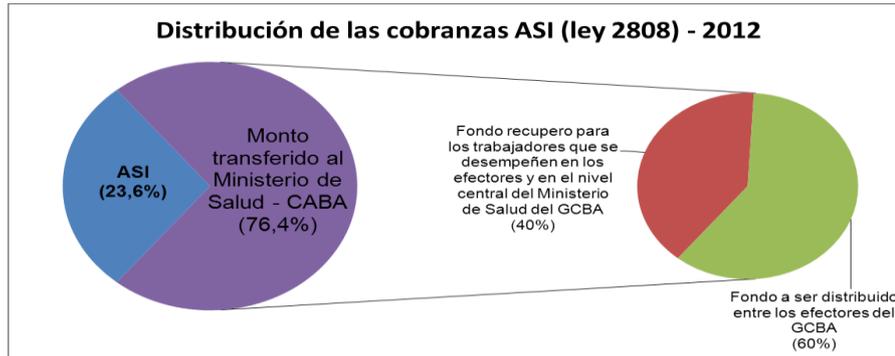
Según la Disposición N° 246/09 los porcentajes correspondientes a descontar por la ASI sobre lo facturado a las Obras Sociales será del 3% más el IVA sobre dicho porcentaje, y descontará de la cobranza efectivamente percibida el 16,5% más el IVA aplicado sobre el mismo. Estos porcentajes se aplicaron hasta Mayo de 2012 inclusive.

A partir de junio de 2012 entró en vigencia la Adenda al Convenio ASI-GCABA (suscripta el 28 de mayo de 2012), la que quedó refrendada por la Resolución conjunta N° 164 MJGGC-MHGC con fecha 22 de enero de 2013. La mencionada adenda modifica los porcentajes de retención de lo facturado que pasa a ser el 3,5% más la alícuota del IVA y sobre lo que se perciba efectivamente de la facturación a las Obras Sociales y sus intereses (de corresponder) se establece en el 10% más la alícuota del IVA. Los porcentajes establecidos serán deducidos de las sumas que perciba ASI por la gestión de cobranza a que se refiere la Ley 2808.

La mencionada Adenda en su punto quinto establece que en virtud del artículo 11 de la Ley N° 2808, la ASI deducirá la sumatoria de salarios y cargas sociales que debe abonar mensualmente por el recurso humano que preste servicios para las tareas asignadas por la Ley N° 2808 (en los efectores de la Ciudad) de la sumas que haya percibido por cuenta y orden de los efectores públicos del Gobierno de la Ciudad.

Finalmente en consonancia a los Acuerdos Paritarios descriptos en el acápite correspondiente, del monto resultante de lo liquidado y depositado por ASI en la cuenta escritural del Ministerio de Salud, se retendrá un 40% del Fondo de recupero para los trabajadores que se desempeñen en los efectores y en el Nivel Central del Ministerio de Salud del GCBA. Dicha distribución se hará para los 33.000 agentes que se desempeñan en el

Ministerio. Más adelante se especificará como fue el resultado final de la distribución del período bajo análisis.



F- Soporte Informático del Circuito básico de identificación, detección, confección de Anexo II y construcción de Detalle de Prestaciones Hospitalarias, y su síntesis en el Formulario de Recupero de Gastos

Según lo expresado en el art. 2 del Anexo I del decreto N°1566 los Efectores adoptarán las medidas pertinentes para individualizar en cada caso al responsable por el pago del arancel de recuperó, para lo cual podrán, entre otras medidas, exigir al paciente o a sus familiares o responsables legales que informen si resulta beneficiario de un Ente de cobertura de salud. En los hospitales esta obligación se realiza a través del circuito administrativo correspondiente: identificación del paciente – admisión y egresos – arancelamiento y facturación. Para llevar a cabo esta tarea los diferentes sectores utilizan el Sistema de Gestión Hospitalaria (SIGEHOS)³ o sistema propio, en los efectores que aún no se ha implementado el SIGEHOS.

Módulo de identificación del paciente

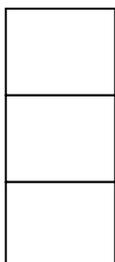
Presionando el icono Identificación de usuario (en el sistema), inmediatamente se desplegará la pantalla "Búsqueda de Paciente" que permite ingresar, actualizar o buscar datos de los pacientes en la base de datos.

Se podrá ubicar al paciente por los siguientes campos:

- Número de historia clínica
- Número de documento
- Apellido y tres primeras letras del nombre

Al "Aceptar" esta pantalla dará como resultado la existencia o no. Si el paciente existe mostrará una pantalla "Ayuda de Pacientes" en donde desplegará al paciente encontrado. Si no se encuentra al presionar "Cancelar" el sistema dará la posibilidad de darlo de alta.

³ SIGEHOS es un desarrollo de la Dirección General de Sistemas Informáticos del Ministerio de Salud, cuyo objeto es el de proveer de una herramienta informática integral, y unificada para la gestión de los hospitales del GCBA.



Si la persona buscada figura en la lista, se la debe seleccionar, a continuación mostrará una pantalla "Datos del paciente" en donde se podrán modificar o actualizar si es necesario alguno o todos los datos del paciente.

Si el sistema no encuentra al paciente, preguntará "¿Desea dar de alta un paciente?". Al aceptar el sistema mostrará la pantalla "Datos del paciente" con campos vacíos para completar con los datos del paciente.

Una vez completados los campos, al aceptar mostrará la pantalla "Datos del paciente" con los datos recientemente ingresados dando la posibilidad de la carga de la Obra Social.

Obras Sociales (Alta - Modificación)

Al ingresar el documento del paciente en la Pantalla "Búsqueda de Paciente" el sistema automáticamente hará la búsqueda de la Obra Social en los padrones correspondientes.

El sistema detecta automáticamente la cobertura para dicho documento, mostrará en la pantalla "Datos del Paciente", la Obra Social encontrada, dando la posibilidad de cambiarla o elegir otra, de una lista presionando el botón "Cambiar O Social".

Se deberá consultar al paciente si tiene cobertura y si el sistema detecta la cobertura se deberá informar al paciente, a fin de que el mismo presente documentación.

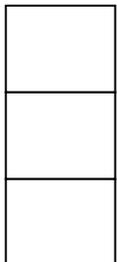
Las bases de datos que utilizan los diferentes Hospitales para corroborar los datos de pertenencia a Obra Social pueden ser las correspondientes al ANSES o a la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

El SIGEHOS cuenta entre sus Módulos de aplicación el correspondiente al *Recupero de Gastos*. Dicho módulo cumple con los requisitos del circuito administrativo necesario para facturar las prácticas a pacientes con Obra Social. El sistema del Módulo está dividido en tres submódulos: arancelamiento, facturación y cuenta corriente.

En el submódulo de arancelamiento es donde se ingresan los datos, la carga de los Anexos II (comprobantes de Atención de Obra Social) y el arancelamiento de cada uno de ellos, ingresando las Prácticas y Medicamentos a ser facturados. Se imprime el Anexo II para que lo firme el paciente.

A través de este módulo se puede modificar un Anexo II ya cargado, dar de alta uno nuevo o arancelarlo en un paso posterior. La búsqueda del paciente se hace por Nombre y apellido, por número de documento o por historia clínica, en la pantalla de "Financiado" se puede seleccionar uno ya existente o agregar una nueva obra social si no se encuentra en la información del paciente.

Una vez que ha sido individualizado el paciente y su Obra Social, se podrá generar un tipo de Anexo II (Ambulatorio, Internación u Oficio Judicial), se selecciona la o las especialidades que corresponden a las prácticas y se indica la fecha de la práctica o de Admisión. En caso de internación se indica la fecha de egreso del paciente. Se puede indicar o



no el diagnóstico. Existe además un grupo del sistema para ingresar los datos de la Empresa para la cual trabaja el paciente. La mayoría de los datos se carga en el módulo anteriormente descrito (módulo de identificación), sólo será necesario cambiar algún dato si faltase o estuviese incompleto o no actualizado.

Después de dar de alta un Anexo II se puede arancelar las prácticas o Imprimir el Anexo II sin las mismas.

El submódulo de facturación emite certificados DPH (Detalle de Prestaciones Hospitalarias) y CRG (Comprobante de Recupero de Gastos) y el remito que se le envía a la ASI.

El DPH reúne los datos a facturar de los ANEXOS II para un paciente y un financiador en particular. Se diferencian los DPH, en Ambulatorios de Internación y de Oficio Judicial. Los Ambulatorios generalmente se incorporan en un mismo DPH (no es obligatorio), mientras que las Internaciones y los Oficios Judiciales se generan individuales, para facilitar el cobro posterior a los financiadores.

La pantalla de CRG muestra los comprobantes generados, el enlace para consultarlos e imprimirlos, generar nuevos o darlos de baja. Cada CRG acumula DPHs ya generados previamente, es decir, por cada Financiador suma los DPH. Cuando se hace el alta por Financiadores se listaran sólo aquellos Financiadores que tengan DPH por facturar y la cantidad de los mismos, sean ambulatorios o Internaciones. El sistema separa automáticamente los tipos de Anexo II (Internaciones o Ambulatorios).

La descripción de los pasos del SIGEHOS es necesaria para poder comprender la particularidad de los circuitos de identificación y detección de usuarios con cobertura social y los procesos para recabar la información respaldatoria, que realizan los agentes propios de cada hospital y que coadyuvan los agentes de la ASI destinados en los hospitales a tal efecto.

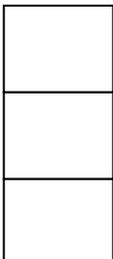
H- Características de la Agrupación Salud Integral

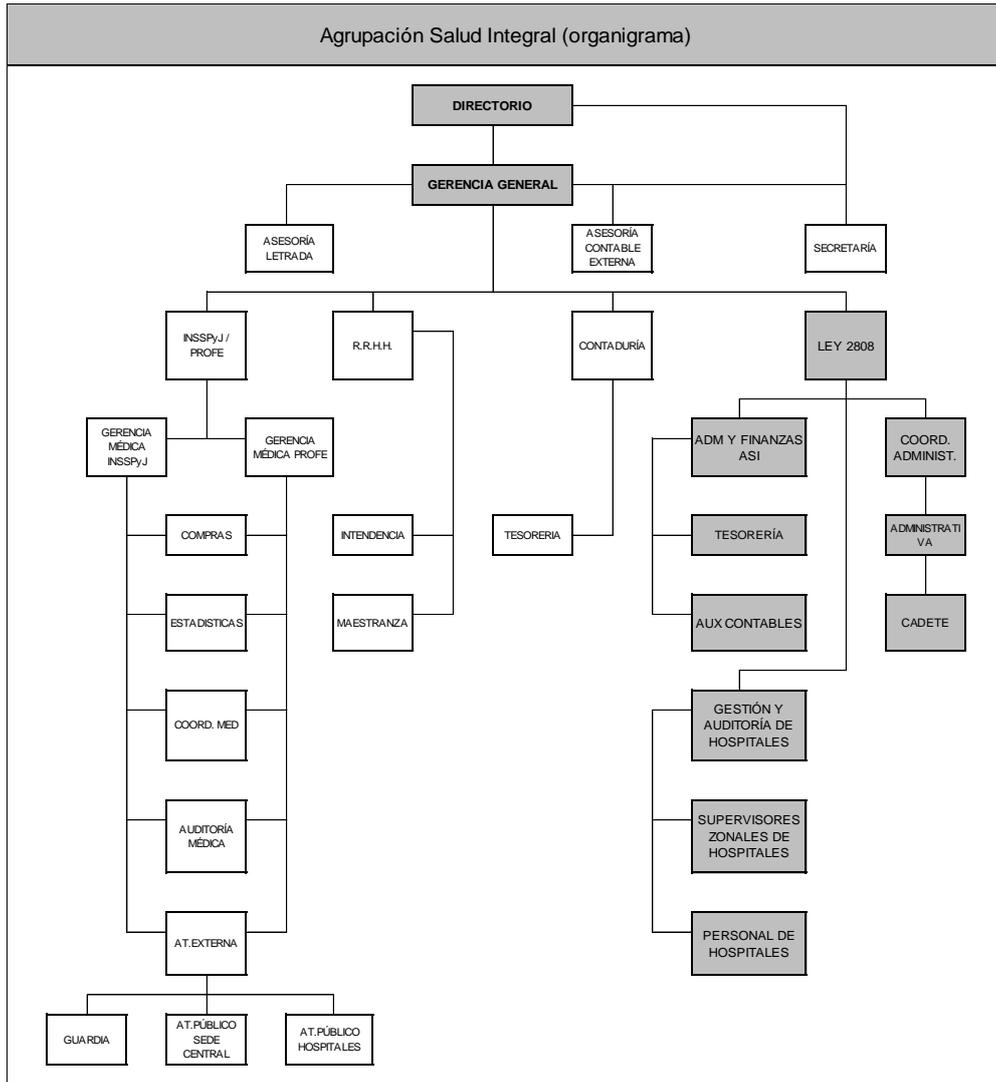
La agrupación desarrolla dos actividades claramente diferenciadas:

- La prestación de servicios médico asistenciales a los beneficiarios del programa PROFE (INCLUIR SALUD), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación y del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).

- La actividad encomendada por la Ley N° 2808 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Dichas actividades se pueden observar en el siguiente organigrama.





Las áreas resaltadas en gris corresponden a los sectores responsables de las funciones incluidas en el objeto de Auditoría.

H-1 Desarrollo histórico de la ASI en hospitales años 2009-2012

De acuerdo al artículo 2 de la Ley N° 2808 (sancionada en julio de 2008), la tarea de identificación, facturación y cobro de las prestaciones de los Efectores estará a cargo de la ASI, la que realizará la tarea de campo con los recursos humanos de los respectivos Efectores y los recursos propios que requiera para la centralización de la facturación en su sede central.

En el marco de la mencionada ley y de su reglamentación, la inserción de la ASI en los diferentes efectores de salud comenzó en el mes de noviembre del año 2009.

Las tareas consistían en efectuar la presentación del equipo de trabajo en cada institución junto al supervisor a cargo, y acordar un espacio físico de trabajo, día y horario de comienzo de las actividades, a efectos de poner en funcionamiento la normativa para realizar la captación de pacientes



(confección del comprobante de atención de Beneficiarios de Obras Sociales, denominado formulario Anexo II) y su posterior facturación. En este comienzo la ASI disponía de turnos de trabajo de mañana, tarde, noche y fines de semana.

Durante los meses de noviembre y diciembre de 2009, la ASI envió informes de implementación de la Ley N° 2808 a la Jefatura de Gabinete, al Ministerio de Hacienda y a la Subsecretaría Administrativa del Sistema de Salud, de esos informes de situación se realizó la siguiente síntesis.

Los primeros hospitales en donde se desarrolló la tarea fueron:

Santa Lucía - Vélez Sarsfield – Pirovano - Piñero - Fernández.

En los siguientes efectores no se pudo comenzar, en ese momento, las tareas debido a problemas gremiales:

Durand – Elizalde – Santojanni - Ramos Mejía – Quemados – Zubizarreta – Penna.

Síntesis de Actividades en el mes de noviembre de 2009

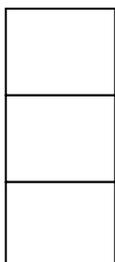
HOSPITALES DONDE COMENZO LA ASI A FUNCIONAR EN NOVIEMBRE 2009	ANEXOS II CONFECCIONADOS (Comprobantes de atención de pacientes con Obra Social o prepaga) <u>Primera semana de trabajo</u>
PIROVANO	99
SANTA LUCIA	616
VÉLEZ SARSFIELD	75
PIÑERO	18
FERNÁNDEZ	99

Fuente: construido en base a datos informados por ASI al Ministerio

No obstante lo mencionado, en los hospitales Fernández, Piñero, Vélez Sarsfield, y Pirovano, luego de transcurrida una semana de inicio de las actividades, las autoridades de los hospitales mencionados solicitaron el retiro del personal de la ASI debido a conflictos gremiales (ya que argumentaban que no existía un convenio marco entre las autoridades del Ministerio y los Organizaciones gremiales). En el hospital Penna se repitió la misma situación, con el agregado de fuertes discusiones con representantes gremiales, sin haber comenzado las tareas como en los cuatro hospitales mencionados en el párrafo anterior.

En el único efector donde continuó la tarea a dicha fecha fue en el hospital Santa Lucía, donde a fines de noviembre se triplicó cantidad de formularios de atención de pacientes.

A partir del mes de diciembre se agregaron los hospitales Durand y Lagleyze, además se proyectó el comienzo a mitad de mes en los hospitales Ramos Mejía, Zubizarreta, Vélez Sarsfield, Fernández. Según el último informe enviado por la ASI al Ministerio de Salud, en Diciembre



de 2009, en el Hospital Santa Lucía se habían confeccionado 2278 Anexos II, y 117 en el Durand, mientras que en el hospital Lagleyze sólo se encontraba personal en el área de facturación.

H-2 Relación entre la ASI y las autoridades del GCABA⁴

Año 2010

A partir del mes de marzo de 2010 se realizaron reuniones periódicas, a efectos de dar cuenta del avance de la implementación de la Ley N° 2808, y las dificultades de gestión en los diferentes nosocomios. A continuación, se expone una síntesis de dichas reuniones que, como se expresan en las minutas correspondientes, refieren a diferentes cuestiones en la implementación de la Ley N° 2808:

A efectos de presentar un informe al Jefe de Gabinete, sobre el estado de situación a la fecha, el Subsecretario de Administración del Sistema de Salud solicita información sobre el proceso de cobranzas, separando la deuda histórica del resto. Además se le solicita a la ASI un informe sobre la situación en los hospitales donde se encuentran trabajando, los recursos humanos existentes en cada área y en que especialidades se está facturando.

En el mes de marzo de 2010, y a pesar que el Convenio N° 5773 de fecha 11 de agosto de 2009 contemplaba la instrumentación de un padrón de beneficiarios dentro de los 90 días de firmado el mismo, se planteó que el Ministro de Salud de la CABA reclame al Ministro de Salud de Nación la entrega de dicho padrón.

En la reunión del 23 de marzo de 2010 se informó acerca de la Licitación por el equipamiento de computadoras e impresoras cuya apertura es del 5 de abril. Igualmente se entregaron 15 máquinas en adelanto.

En la fecha se inician las conversaciones para implementar la facturación del SAME.

En el mes de abril se vuelve a solicitar por intermedio del Subsecretario de Salud información relativa a la actividad de la ASI en los distintos efectores de la Ciudad.

Además se requiere la preparación del proyecto de adenda respecto del convenio celebrado entre GCABA y ASI el 21 de julio de 2009 a fin de ordenar la etapa de transición.

ASI informa que se ha cargado la facturación en el SIGAF, y que la Unidad Informática de Administración Financiera del Ministerio de Hacienda está organizando la capacitación de personal del Ministerio de Salud y hospitales respecto al uso del sistema.

ASI considera conveniente implementar el sistema de la Ley 2.808 en el Hospital General de Agudos Durand; se informa que el cableado del sistema fue ampliado en el Hospital Santa Lucía a tres servicios más: retina, glaucoma y segmento anterior.

En el mes de mayo se vuelve a solicitar por intermedio del Subsecretario de Salud información relativa a la actividad de la ASI en los servicios de guardia y el resto de los hospitales.

⁴ La información es una síntesis de las minutas realizadas en las reuniones llevadas a cabo entre la ASI y autoridades del Ministerio de Salud, cuyas copias firmadas han sido provistas por la Agrupación.

Asimismo se deja constancia que no se han logrado avances en los hospitales Penna, Piñero, Santojanni y Ramos Mejía.

Con fecha 18 de mayo de 2010, la ASI informa que el Ministerio de Salud de Nación ha enviado el padrón de beneficiarios a través del Plan Nacer.

En relación al SAME deberán firmarse los CRG (comprobante de recupero de gastos) para el inicio del circuito y ASI solicita colocar el N° de DNI en la historia clínica prehospitalaria para identificar al paciente.

El día 2 de junio de 2010, la ASI manifiesta poseer 80 empleados, y para el pago del aguinaldo necesita mayores fondos para poder implementar la Ley 2808.

En esta fecha la ASI envía 4 agentes a efectos de comenzar en el SAME las tareas de facturación de los auxilios. Asimismo el Ministerio informará a los jefes de guardia para que firmen las planillas de auxilio sistemáticamente a fin de optimizar y agilizar el circuito.

Recién en este período la ASI informa que enviará mensualmente y a la brevedad las planillas correspondientes al Anexo I de la disposición DGC N°A246/09.

En la reunión del 22 de junio de 2010 la ASI plantea problemas con la firma de los CRG y de las planillas de atención prehospitalarias en relación con el SAME. Se le solicita a la ASI preparar informe de la deuda histórica para la próxima reunión.

En la reunión del 20 de julio de 2010, se le solicitó a la ASI, respecto a los hospitales de salud mental hacer una evaluación y propuesta y una coordinada acción con los servicios sociales de los cuatro nosocomios para analizar algún proyecto. Se informa del monto cobrado por deuda histórica que se encuentra sin transferir. Se plantea que IOMA no recibe la facturación por lo tanto se decide concurrir con escribano una vez por mes para labrar acta.

El día 3 de agosto de 2010 la ASI hace entrega de un informe sobre la implementación de la Ley 2808 que contiene un resumen cronológico, listado de personal en hospitales implementados y medidas necesarias y de impacto positivo en la evolución del proyecto. En la reunión de del 18 de agosto ASI manifiesta la imposibilidad de implementar el sistema de la Ley N° 2.808 en los hospitales Penna, Ramos Mejía, Pinero y Santojanni por falta de detección de pacientes y mala predisposición.

En la reunión del 12 de octubre de 2010, se le reclama a la ASI las cuotas por acuerdos desagregadas por hospital para luego ser transferidas a las cuentas escriturales de cada efector. En Noviembre se informa que respecto a IOMA, ASI debe enviar la documentación al Ministerio de Salud para emitir certificado de deuda y enviar a Procuración General para juicio.

Con fecha 16 de diciembre de 2010, el Subsecretario de Administración del Sistema de Salud solicita a la ASI la comparación de la facturación por hospital de los once meses transcurridos del año 2010. Por otra parte ASI está próximo a enviar las planillas de la Disposición A-246/DGC/09 para análisis en Ministerio de Salud por la facturación desde octubre de 2009 a junio de 2010.

Año 2011

En el mes de enero de 2011 se le solicita nuevamente a la ASI el análisis de la posibilidad de facturación en los hospitales de Salud Mental. (Obs.N°4y5)

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

En la reunión del 3 de marzo el auditor interno del Ministerio de Salud reclama planillas de la Disposición A246/DGC, sólo se entregaron dos a la fecha.

El 12 de mayo informa que por diversos inconvenientes se releva al personal de los hospitales Penna y Ramos Mejía.

El día 7 de julio de 2011 la ASI informa que el dinero abonado por las Obras Sociales como pagos parciales se reparte entre los hospitales de manera proporcional, de acuerdo a una ponderación que efectúa la ASI. Asimismo se manifiesta la necesidad de organizar un nuevo circuito para los oficios judiciales de la Justicia Nacional que involucren prestaciones o estudios médicos en los hospitales de la GCBA.

En la reunión del 01 de setiembre de 2011, ASI analizó la posibilidad de implementar la distribución del 40% del fondo de recuperó neto de gastos o fondo de redistribución para repartir entre los trabajadores del GCABA, esto podría definirse en el mes de diciembre. Se calcula alrededor de 33.300 empleados con derecho a acceder a este beneficio, no estando aún definidos los criterios para el sistema de distribución.

En dicha fecha se plantea que la ASI no ha enviado aún documentación que origine los Certificados de Deuda para ejecutar en sede judicial.

El 19 de octubre el Subsecretario de Administración solicita que ASI entregue mensualmente al Ministerio una planilla de actualización y cobranza.

Año 2012 - período bajo auditoría.

Durante el año de referencia las autoridades de la ASI se reunieron con funcionarios del Ministerio de Salud del GCABA en diferentes fechas. La ASI ha brindado copia de las siete minutas elaboradas en dichas reuniones (con fechas 12 de enero/ 1º de marzo/ 15 de marzo /29 de marzo/12 de abril/ 30 de abril y 31 de junio de 2012).

En cuanto a los temas tratados en dichas reuniones de trabajo se manifiestan los siguientes ítems:

Envío de información para elaborar Certificados de Deuda (12 de enero).

Respecto al tema facturación (reunión del 1 de marzo) se le solicita a la ASI achicar el plazo de entrega de facturas a las Obras Sociales, así como mejorar los plazos de facturación (la demora es de dos meses).

Reclamos de los mandatarios por falta de documentación (reunión 15 de marzo).

Se le presenta una propuesta al Ministerio para reducir los 70 días de demora en enviar las facturas a la obra social, reducirlo a 40 días paulatinamente (reunión 29 de marzo).

Se le solicita a la ASI que informen el estimado de flujo de volumen y frecuencia del envío de expedientes de certificados de deuda (reunión del 29 de marzo).

Se discute cual será el criterio para distribuir el porcentaje al personal de acuerdo a la establecido por Ley N° 2808 (26 de abril).

Se solicita a la Dirección General de Informática armar un sistema único de visualización del proceso desde la emisión por el hospital del CRG, facturación por ASI, hasta el envío a ejecución judicial por fracaso de gestión de cobranza (12 de abril).

La distribución del fondo de recupero con corte 30/03/2012, se hará para todos los agentes con igual monto (26 de abril).

Se informa que se ha solicitado una actualización del nomenclador (reunión 31 de junio).

En la reunión del mes de junio de 2012 se informó que se distribuyó en las cuentas escriturales de cada efector los porcentajes del 60% y 40% para la distribución del personal.

Cambios en relación al despliegue inicial según la ASI

En relación al requerimiento en cuanto al desarrollo histórico en hospitales, solicitado por esta Auditoria, la ASI informó que luego de los inconvenientes para desplegar su personal en el año 2009 durante el año 2010 se fue resolviendo la situación.

En cuanto a los recursos humanos inicialmente se pensó desde la ASI en incorporar cinco administrativos por hospital, pero luego del análisis de lo producido por cada uno de los efectores y al caudal de trabajo demostrado, se reubicó al personal de la ASI en aquellos sectores y hospitales de mayor potencial facturable (decisión administrativa de la ASI).

Con el objetivo de mejorar los resultados, desde enero de 2011 se realizaron una serie de cambios de turno y reubicación de personal administrativo de ASI que trabajaba en los hospitales del GCBA en la implementación de la Ley N° 2808.

Según el resumen informado por ASI los cambios más importantes fueron los siguientes:

Se cerraron los turnos nocturnos ya que no dieron los resultados previstos, reubicando a parte del personal en la mañana.

Se reforzaron puestos en el Hospital Elizalde (se cubrió el laboratorio y se agregó personal en el Mesón central).

Se reorganizó el personal del Hospital Durand, a la espera de la informatización del mismo.

Dado los magros resultados se retiró al personal del Hospital Penna, y se lo reubicó en hospitales con mayor potencial.

Desde el 2010 se trabajó en el Hospital Santojanni para mejorar la facturación y de las 11 personas que cubrían la totalidad de los turnos de

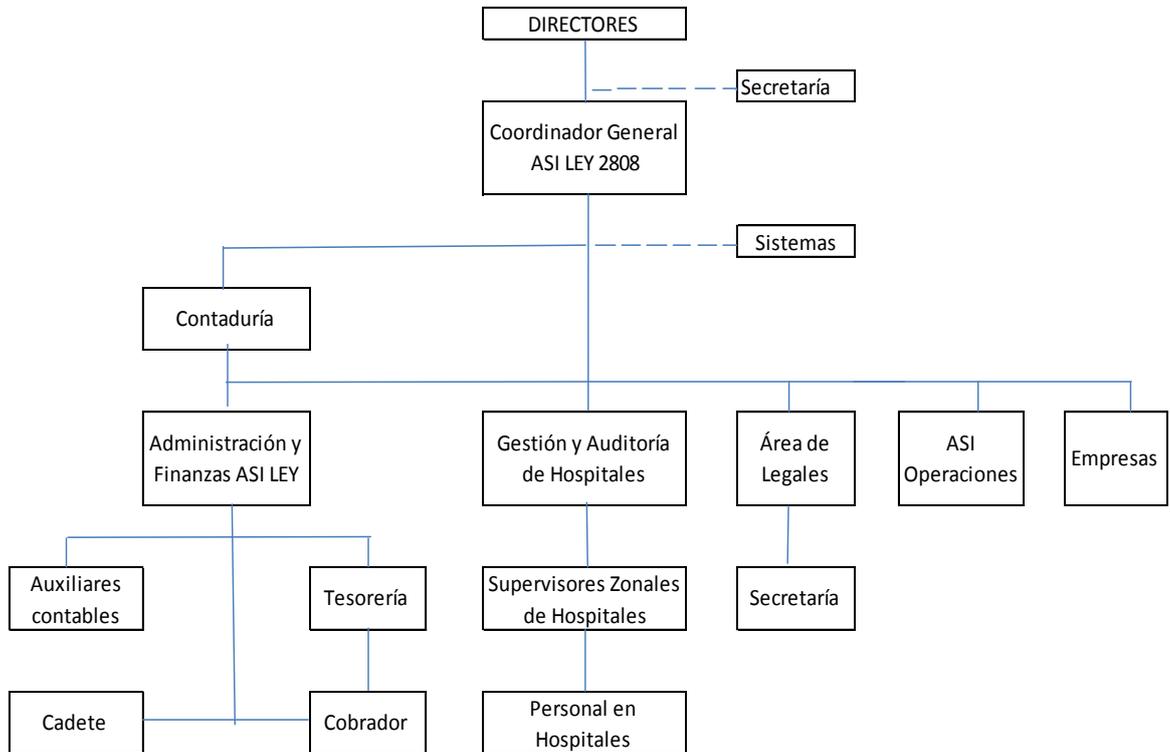


guardia se resolvió reubicarlos en sectores de mayor captación de pacientes con cobertura social.

En marzo de 2011 se comenzó a trabajar en el Hospital Udaondo.

H-3 Descripción del funcionamiento actual de la ASI Ley 2808

ORGANIGRAMA ASI LEY 2808



Al principio de la implementación se fue designando personal para la detección de pacientes con cobertura de obra social o prepagos, y se los ubicó en las áreas de recepción de guardia y consultorios externos, en los años 2011 y 2012 se los redistribuyó en las áreas de facturación, arancelamiento y servicios a fin de coadyuvar en las tareas correspondientes.

Durante el año 2014, el equipo de trabajo que realiza las tareas mencionadas anteriormente, está integrado por dos referentes médicos y uno administrativo, cuatro coordinadores que supervisan las tareas del personal y una grilla de cincuenta y seis agentes distribuidos en quince hospitales, que se han agrupado según su complejidad y localización. Respecto del circuito de tareas efectuadas en los Hospitales la actividad es realizada por cada efector según su propia modalidad con sus propios recursos. El personal destinado en los hospitales realiza tareas de apoyo principalmente completando el Anexo II, formulario que luego permite la confección del CRG en el área de facturación y/o arancelamiento según los hospitales, para facturar las prestaciones médicas a los distintos financiadores.

Todo el personal de ASI, que trabaja en los hospitales en la implementación de la Ley N° 2808, reporta directamente a los coordinadores que recorren los nosocomios, quienes a su vez deben tener reuniones periódicas con los referentes de cada establecimiento para recabar información acerca de las necesidades y posibilidades de mejorar la facturación.

Manual de procedimiento

La Agrupación elaboró un Manual de Procedimientos (en el comienzo de su actividad de hospitales) que fue entregado a esta Auditoría. El objetivo del Manual es dotar a la ASI de un cuerpo normativo que determine los lineamientos básicos a ser tenidos en cuenta por las distintas áreas de la Organización, en cuanto a las acciones, controles, archivos registros y formularios a utilizar. En dicho manual se describen las actividades administrativas desarrolladas por cada uno de los sectores de la ASI, desde la detección y captación de los afiliados a las distintas Obras Sociales que concurren a los efectores públicos, hasta el correspondiente pago a dichos Efectores, deducidas las comisiones de Ley, y los correspondientes informes a la autoridad de aplicación y control de las disposiciones de la Ley N° 2808.

La dirección de la ASI ha planteado que en forma permanente se generan modificaciones en los procesos, tendientes a subsanar los inconvenientes que se van detectando con el desarrollo de la actividad. Es por ello que según el Directorio de la ASI, el “Manual” no es una norma rígida sujeta a un cumplimiento puntual sino que se deberá interpretar como una guía de trabajo. De dicho manual se ha extraído el protocolo que deberían seguir los agentes de la ASI, en el acápite de los procedimientos se verán las diferencias que se producen en la tarea concreta en cada uno de los efectores.

Personal de ASI en Hospitales

En el Manual de Procedimientos Administrativos de la ASI, especifica dentro del marco de la Ley N° 2808, en el capítulo o ítem: *Desarrollo de los Procedimientos Administrativos*, las normas generales del proceso, entre las cuales figura *la Captación de Afiliados en los Centros Efectores*. El personal de hospitales depende del área de *Gestión y Auditoría de Hospitales de la Organización*, cuya norma general es completar con carácter obligatorio un formulario (ANEXO II), denominado “*Comprobante de atención de beneficiarios de Obras Sociales*”.

El personal de hospitales designado por la ASI-Ley 2808 dependerá funcionalmente de las autoridades del hospital durante su jornada de trabajo dentro del mismo.

El desarrollo del procedimiento del personal de hospital designado por el supervisor, se inicia en el centro efector de salud, con lo que denominan Pase de Guardia. Consiste en la verificación del libro de guardia de los pacientes que ingresaron en el turno anterior, y en la obtención de la

información faltante de los pacientes que hayan quedado internados y, asegurarse que hayan quedado registradas en el libro de guardia.

A continuación inicia sus actividades diarias, las que están relacionadas con captar en los lugares de atención del hospital definidos por el *Supervisor Zonal*, a los pacientes que concurren al centro efector para su atención.

En el caso de atención ambulatoria de urgencia o ambulatoria programada, atención ambulatoria quirúrgica y en los de internación, se le solicita nombre y apellido, DNI, cédula o pasaporte; se verifica en el padrón la obra social a la que pertenece, sino surge del padrón se averigua lugar de trabajo, domicilio y si tiene recibo de sueldo.

Finalmente emitirá el formulario “*Anexo II*”, y adjuntará fotocopias de documento, recibo de sueldo y carnet.

Por último preparará la documentación de respaldo, ordenada para el momento en que el área de facturación del hospital lleve a cabo la tarea de enviarla a la ASI-Ley 2808.

Los supervisores zonales de hospitales deberán en lo posible efectuar una visita diaria a los hospitales asignados para controlar las tareas desarrolladas y solucionar los problemas. En el caso que no se presentara la persona que debe hacerse cargo del turno siguiente, el personal a cargo del turno no debe abandonar su puesto y deberá comunicar al Supervisor Zonal a efectos que se asigne un reemplazo en el menor plazo posible.

Más allá de las visitas diarias de los supervisores, semanalmente y mensualmente deben emitir los informes estadísticos de atención de cada hospital bajo su supervisión y ser remitidos al *área de Gestión y Auditoría de Hospitales*, esta procede a evaluar razonabilidad de los reportes, llevar a cabo un análisis de los datos obtenidos y tomar acciones correctivas que se consideren pertinentes (agregar lugares de captación, rotar personal de hospitales, cambiar turnos, etc.).

Requerimientos actuales

Se le solicitó a la ASI que especificara cuál es la documentación respaldatoria necesaria (más allá de lo mencionado en el Manual de procedimientos) que se requiere para la aceptación de prácticas o consultas ambulatorias, internación de pacientes y atención por guardia, detallada en los CRG. Para ello la ASI elaboró un instructivo de síntesis que es el siguiente:

La Documentación solicitada es: fotocopias de DNI, Cédula o Pasaporte, recibo de sueldo, y carnet de la Obra Social / Medicina privada.

AMBULATORIO

Se considera que una prestación médica es ambulatoria cuando no requiere internación.



En la estructura hospitalaria existen diferentes tipos de atención ambulatoria:

Atención ambulatoria de urgencia: consulta por guardia
Documentación que debe solicitar:

- Completar correctamente los datos del paciente en el comprobante de atención Anexo II. Firma del paciente /familiar a cargo y firma y sello médico tratante. Debe constar diagnóstico.
- Verificar en el padrón para determinar obra social a la que pertenece y completar los datos de la misma
- No se adjuntan fotocopias de documentación

Atención ambulatoria programada: consulta por especialistas en consultorios externos.
Documentación que debe solicitar:

- Completar correctamente los datos del paciente en el comprobante de atención Anexo II. Firma del paciente /familiar a cargo y firma y sello médico tratante. Debe constar diagnóstico.
- Verificar en el padrón para determinar obra social a la que pertenece el paciente y completar datos de la misma.
No se adjuntan fotocopias de la documentación

Atención ambulatoria programada quirúrgica: pacientes con procedimientos quirúrgicos programados que no requieren internación.
Documentación que debe solicitar:

- Completar correctamente los datos del paciente en el comprobante de atención Anexo II. Firma del paciente /familiar a cargo y firma y sello médico tratante. Debe constar diagnóstico.
- Solicitar fotocopia de DNI (hoja 1 y 2)/Cédula/Pasaporte
- Solicitar fotocopia de recibo de sueldo
- Solicitar fotocopia de carnet de la obra social
- Parte quirúrgico y anestésico
- En caso de cirugía de alta complejidad debe acompañarse orden autorizada de la O. Social.

INTERNACIÓN

La internación de un paciente puede darse de las siguientes formas:

Internación de urgencia: pacientes que ingresan por guardia y requieren internación.

Documentación que debe solicitar:

- Completar correctamente los datos del paciente en el comprobante de atención Anexo II. Firma del paciente /familiar a cargo y firma y sello médico tratante. Debe constar diagnóstico
- Solicitar fotocopia de DNI (hoja 1 y 2)/Cédula/Pasaporte
- Solicitar fotocopia de recibo de sueldo
- Solicitar fotocopia de carnet.
- Epicrisis / resumen de historia clínica
- Solicitar autorización a la Obra Social dentro de las 48 hs. (96hs según decreto N°126/14) hábiles.

Internación programada:

Documentación que debe solicitar:

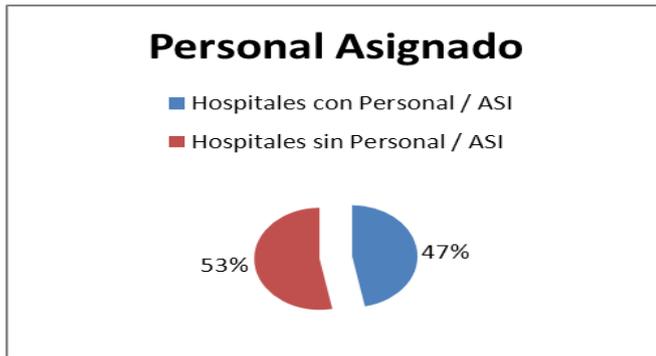
- Completar correctamente los datos del paciente en el comprobante de atención Anexo II. Firma del paciente /familiar a cargo y firma y sello médico tratante. Debe constar diagnóstico.
- Solicitar fotocopia de DNI (hoja 1 y 2)/Cédula/Pasaporte.
- Solicitar fotocopia de recibo de sueldo
- Solicitar fotocopia del carnet
- Epicrisis / resumen de historia clínica
- Presentar orden autorizada de la Obra Social o solicitar la misma dentro de las 48hs (96hs según decreto126/14) hábiles de la internación.



Distribución del personal propio de la ASI en los efectores de salud de la CABA

N°	PERSONAL DE HOSPITALES (ASI)	
	Establecimiento	Personal asignado
1	Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear	NO
2	Hospital de Gastroenterología "B. Udaondo"	SI
3	Hospital de Infecciosas "F. Muñoz"	NO
4	Hospital de Odontología "José Dueñas"	NO
5	Hospital de Odontología Infantil Don Benito Quinquela Martín	NO
6	Hospital de Oftalmología "Santa Lucía"	SI
7	Hospital de Rehabilitación "M. Rocca"	NO
8	Hospital de Rehabilitación Respiratoria "M. Ferrer"	SI
9	Hospital de Salud Mental "Braulio Moyano"	NO
10	Hospital de Salud Mental "J. T. Borda"	NO
11	Hospital General de Agudos "A. Zubizarreta"	SI
12	Hospital General de Agudos "B. Rivadavia"	NO
13	Hospital General de Agudos "D. Velez Sarsfield"	SI
14	Hospital General de Agudos "Donación F. Santojanni"	SI
15	Hospital General de Agudos "Dr. C. Argerich"	SI
16	Hospital General de Agudos "Dr. C. Durand"	SI
17	Hospital General de Agudos "Dr. E. Tornu"	NO
18	Hospital General de Agudos "Dr. I. Provano"	SI
19	Hospital General de Agudos "Dr. J. A. Fernandez"	SI
20	Hospital General de Agudos "Dr. T. Alvarez"	NO
21	Hospital General de Agudos "J. A. Penna"	NO
22	Hospital General de Agudos "J. M. Ramos Mejía"	SI
23	Hospital General de Agudos "P. Piñero"	SI
24	Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde"	SI
25	Hospital General de Niños "Ricardo Gutierrez"	SI
26	Hospital Infante Juvenil "C. Tobar Garcia"	NO
27	Hospital Materno Infantil "R. Sarda"	NO
28	Hospital Municipal de Oncología "Marie Curie"	NO
29	Hospital Municipal de Quemados	NO
30	Hospital Odontológico Dr. Ramón Carrillo (ex nacional)	NO
31	Hospital Oftalmológico "Dr. Pedro Lagleyze"	SI
32	Instituto de Rehabilitación Psicofísica (I.R.E.P.)	NO

Concepto	Cantidad	
	%	N°
Hospitales con Personal / ASI	46,87	15
Hospitales sin Personal / ASI	53,13	17
TOTAL	100	32



De acuerdo a la documentación aportada por la ASI la distribución de personal, como se puede observar en el cuadro precedente, se ha realizado en 15 de los 32 Hospitales de la Ciudad, esto representa un 47% del total.

Por otra parte no existen en los CESAC ni en los Centros de Salud Mental, personal de la ASI abocado a la instrumentación del proceso de facturación de las prestaciones. (Obs. N°4 y 5)

Circuito y procesamiento de los CRG recibidos de los efectores en sede de ASI.

Se recibe por mesa de entradas del primer al décimo día hábil de cada mes los CRG de los efectores. En los cinco días hábiles siguientes se procede a la carga en sistema de cada CRG y luego se envían los mismos, junto con la documentación de respaldo presentada por cada efector, a la Empresa que tiene asignada la auditoría de éstos, según el hospital que los emitió.

Las empresas (contratadas por la ASI) encargadas de auditar los CRG y determinar el monto a facturar son cuatro, a cada empresa se le ha asignado la tarea de auditar CRG de determinados hospitales, independientemente del Ente de cobertura de salud responsable del pago, según el siguiente detalle:

La Empresa W. S.A., audita los CRG de los siguientes hospitales: Alvear, Durand, Gutiérrez, Ferrer y Vélez Sarsfield. Y los siguientes efectores: Instituto de Rehabilitación Psicofísica, Centro de Salud Ameghino, Talleres protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica e Instituto Pasteur.

La Empresa E.S. SRL audita los CRG de los siguientes hospitales: Álvarez, Elizalde, Fernández, Lagleyze, Marie Curie, Rivadavia y Tobar García. Además controlan los CRG del SAME y del Instituto Roca.

La Empresa R. Bs. As SRL audita los CRG de los siguientes hospitales: Argerich, Piñero, Pirovano, Quinquela Martín, Santa Lucía, Santojanni, Sarda, Tornú y Udaondo.

La Empresa S.R. SRL audita los CRG de los siguientes hospitales: Borda, Dueñas, Moyano, Muñiz, Penna, Quemados, Ramón Carrillo y Zubizarreta.

Cada empresa audita los CRG revisando que los valores de facturación se adecuen al nomenclador de la fecha de prestación, que el CRG cuente



con la documentación respaldatoria exigible de acuerdo a la normativa y que el paciente sea afiliado del ente de cobertura a la fecha de prestación. Se efectúan ajustes de facturación (débitos o créditos) de acuerdo a la revisión realizada. Se genera un informe mensual de ajustes que cada empresa envía a la ASI para su notificación a los efectores.

Ajustes a cada efector

Desde ASI se notifican los ajustes de facturación a cada efector por nota con acuse de recibo, a entregarse en cada establecimiento. Algunos hospitales no reciben estos ajustes, quedando los mismos a su disposición en la sede de ASI.

Emisión de facturas por parte de la ASI

Cada una de las cuatro empresas envía un resumen de facturación mensual a la ASI y luego se procede a la emisión de las facturas para cada ente de cobertura.

La ASI emite la factura junto con un anexo, indicando el Hospital, número de CRG y el importe finalmente facturado. La factura, el anexo y la documentación que envió el hospital (original), son enviados a cada Ente de cobertura, quedando en poder de la ASI el duplicado de la factura con constancia de recepción del destinatario.

Según ha informado la Agrupación, el tiempo promedio entre que se recibe el CRG del hospital y luego se emite la factura ASI es 45 días y para el año 2012 era de 60 a 65 días. La presentación insume 15 días en atención al volumen de la misma y la cantidad de destinatarios.

Débitos y créditos de Obras Sociales

A partir de la recepción de la factura las Obras Sociales tienen 10 días para presentar reclamos. Los débitos de los Entes de cobertura, se reciben en la Mesa de entradas, son cargados al sistema y diferenciados entre administrativos y médicos para su análisis por el sector pertinente. Tanto para la aceptación o el rechazo se elabora un informe, y a posteriori se emite la nota de crédito o el rechazo del débito y luego se notifica a la Obra Social. Las aceptaciones a las Obras sociales, son notificadas a los Hospitales, del mismo modo que los ajustes de facturación. Según la ASI el proceso de análisis de débitos y notificación de rechazo es de 30 días desde que se reciben.

Comunicación de las cobranzas

Mensualmente, una vez procesada la información de las cobranzas, se informa al área correspondiente, vía mail, adjuntando la liquidación en PDF, para que confeccionen el cheque y realicen el depósito del mismo en la cuenta escritural del Ministerio. Según la ASI el proceso de liquidación y el depósito en la cuenta del Ministerio, se realizan en el mismo día o con un día de diferencia. Una vez terminado este proceso, se le envía al área de Legal y Técnica del Ministerio de Salud del GCBA una nota de remisión con copia del depósito, la liquidación impresa y comprobantes emitidos (facturas por comisiones, notas de crédito por devolución de comisión, líquido producto, anexo de líquido producto en

CD). Según la ASI la información mencionada es enviada periódicamente, vía mail a los distintos hospitales.

Facturación no pagada

En relación a la facturación no pagada por los entes de cobertura, transcurrido el plazo legal (90 días en total), la ASI reúne toda la documentación pertinente (intimación, duplicado de la factura y el anexo, CRG original, ajustes a la factura, nota de crédito con aceptación o notificación de rechazo, respuesta a la intimación de pago y en el caso de corresponder, notas de débito por intereses o diferencias de facturación) a fin de comenzar con el proceso de la emisión de Certificado de Deuda. La documentación mencionada es acompañada por una nota y el anexo de intereses.

La presente Auditoría le requirió a la ASI, que especifique el criterio que se utilizó con la facturación de las obras sociales IOMA e INCLUIR SALUD (conurbano), ya que se contaba con la información (a través de los hospitales y del organismo auditado) de los problemas que generaban las cobranzas a las mismas. La ASI informó que a ambos Entes de cobertura se les factura con los mismos requisitos que al resto de los Entes, con la salvedad que las facturas son entregadas con escribano, y se labra un acta, ya que se niegan a recibirlas. El mismo procedimiento de entrega de facturas se utiliza para los casos de los siguientes Entes: Circulo Médico de Lomas de Zamora, O.S. del Personal de Edificios de Renta y Propiedad Horizontal de CABA y Gran Bs. As., La Construcción S.A. Compañía Argentina de Seguros, Argos Mutual de Seguros del Transporte Público de Pasajeros, O. S. del Personal de la Industria del Cuero y Afines, y la Asociación de Obras sociales de San Juan.

Circuito y proceso llevado a cabo en el Ministerio de Salud

Ante el requerimiento hecho por esta Auditoría referente al circuito de los fondos depositados por ASI por cobranza hasta su depósito en las cuentas escriturales de los efectores, se respondió a través de nota de la Dirección General Legal y Técnica Subsecretaria de Administración del Sistema de Salud (DGLTSSASS) del 22 de Septiembre de 2014 firmada por el Director General, de la D.G. Legal y Técnica SSASS (MSGC). El circuito que allí se describe es el que a continuación se explicita.

El trámite administrativo de las cobranzas de deuda corriente efectuadas en virtud de la Ley N° 2.808 es el siguiente: en primer lugar la ASI presenta la documentación con una nota de elevación en la Subgerencia Operativa Mesa de Entrada, Salida y Archivo dependiente de la DGLTSSASS del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Una vez presentada la documentación, se digitaliza generando un Expediente Electrónico. Se remite el actuado a la DGLTSSASS para su conocimiento, y ésta a su vez lo gira a la Dirección General de Planeamiento y Presupuesto (en adelante “DGPLYP”) para su oportuna

intervención, quien aprueba – de corresponder- la propuesta de distribución realizada por la ASI en relación a la liquidación de que se trate. El actuado se eleva a la Subsecretaría de Administración del Sistema de Salud en adelante “SSASS”, quien la eleva a su vez a la Sra. Ministra de Salud, quien con su previa conformidad, gira los actuados a la Dirección General de Tesorería (en adelante “DGTES”) a fin que se sirva tramitar el ingreso de fondos en la forma propiciada a cada una de las cuentas escriturales de los Hospitales.

La DGTES realiza la transferencia y acompaña la constancia del movimiento de la cuenta de Prestaciones Médicas Ley N° 2808- Nivel Central – Ministerio de Salud.

A partir de ese momento el dinero ingresa a la cuenta de cada uno de los nosocomios.

Posteriormente, vuelven los actuados (Expediente Electrónico) a la Gerencia Operativa Relaciones con Entes Financiadores (GOREF), donde se informa al organismo, realizando un memo para conocimiento de todos los establecimientos asistenciales, y dos notas, una dirigida a las autoridades (Director General de la Dirección General Legal y Técnica y Directora General de la Dirección General Administrativo Contable; Director General de la Dirección General Planeamiento y Presupuesto; Subsecretario de la Subsecretaría de Administración del Sistema de Salud), y la otra al Auditor Interno de la Unidad Auditoría Interna (en adelante “UAI”), para comunicar los depósitos efectivamente realizados.

Las Comunicaciones Oficiales, ut-supra mencionadas, llevan adjunta la siguiente documentación: Liquidación ASI (conforme Disposición N° 173-DGCG-2013), Propuesta de distribución de DGPLYP y Comprobante de depósito de DGTES.

Finalmente, se procede a incorporar las notificaciones al Expediente Electrónico y se archiva el actuado.

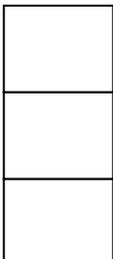
El circuito administrativo de mención, no se encuentra normatizado sino que es producto de los usos y costumbres, de la actual administración del Ministerio de Salud, desde el momento que se implementó la Ley N° 2808. El trámite acordado en el año 2012 y en la actualidad es el mismo.

Respecto al seguimiento por parte del Ministerio de los Comprobantes de Rendición de Gastos (CRG), la contestación fue que el seguimiento de los mismos es realizado en el área de Tesorería/Facturación de cada uno de los nosocomios.

La Gerencia Operativa (GOREF) sólo interviene facilitando dicha tarea ya que remite a los Establecimientos Asistenciales las Liquidaciones de Facturación de ASI donde se informa el número de factura que generó cada CRG, junto a sus ajustes, débitos y créditos.

Rol de la Gerencia Operativa de Relaciones con Entes Financiadores (GOREF)

La Gerencia Operativa de Relaciones con Entes Financiadores señala que “tiene entre sus competencias más importantes el análisis de los



antecedentes enviados por la Agrupación Salud Integral para su análisis y posterior emisión y seguimiento de los Certificados de Deuda.”

Cuando finaliza la gestión encomendada por la Ley N° 2808 a la ASI, los montos no cobrados son remitidos a esta jurisdicción para su posterior reclamo judicial.

La Gerencia analiza dichos antecedentes, y posteriormente eleva a la Dirección General Legal y Técnica todos los expedientes con antecedentes para la confección del Certificado de Deuda para – en el caso de corresponder – proceder a la suscripción de los certificados de deuda que serán ejecutados en sede judicial por el Cuerpo de Mandatarios Judiciales creado por el Decreto N° 194/11.

La GOREF señala que, previo a la confección del certificado de deuda, se analizan las actuaciones enviadas por la ASI, se reclama a la mencionada Agrupación, en caso de corresponder, la documentación faltante en los expedientes con antecedentes para emitir certificados, solicitando si fuera necesario, las correcciones necesarias o el aporte de documentación faltante.

Una vez subsanadas las correcciones o agregada la documentación de respaldo reclamada por esta Gerencia, cuando el expediente se encuentra completo, se eleva a la Contaduría para su intervención a través del Cargo Patrimonial, previo a la firma de los certificados de deuda.

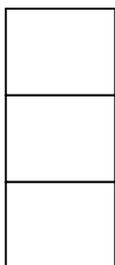
Una vez firmado y debidamente registrado el Certificado de Deuda suscripto por el Director General, se realizan las asignaciones de dichos expedientes administrativos a los mandatarios.

Realizadas las asignaciones por la autoridad competente, esta Gerencia Operativa reporta a todos los mandatarios los certificados asignados y entrega la documentación de respaldo para su presentación en el Poder Judicial, notificando dichas asignaciones a la Contaduría, a la ASI y a la Procuración General de GCBA para su toma de conocimiento exigida por la norma.

Una vez asignados los expedientes a los mandatarios para su reclamo judicial, se analizan y reportan a la DGLTSSASS la totalidad de los informes realizados por los mandatarios, en su obligación de continuar y actualizar los últimos movimientos y el estado procesal de los expedientes en juicios, propuestas de convenios de pago, celebración de convenios judiciales y extrajudiciales, homologación de los mismos y/o cualquier situación trascendente.

Neto transferido por la ASI al Ministerio de Salud de la CABA discriminado por efector correspondiente al año 2012

HOSPITALES	TOTALES \$
- HOSPITAL PIROVANO	2616779,82
- HOSPITAL SANTOJANNI	2012981,91
- HOSPITAL FERNANDEZ	3096316,23
- HOSPITAL ALVAREZ	1155692,22
- HOSPITAL DE QUEMADOS	2298161,09
- HOSPITAL ROCCA	222803,46



- HOSPITAL SANTA LUCIA	3976482,17
- HOSPITAL MARIA FERRER	1087375,67
- HOSPITAL PENNA	852587,47
- HOSPITAL MUÑIZ	1633732,39
- HOSPITAL LAGLEYZE	2617536,68
- HOSPITAL ARGERICH	4547140,05
- HOSPITAL RIVADAVIA	514892,86
- HOSPITAL UDAONDO	535145,71
- HOSPITAL VELEZ SARSFIELD	665704,2
- HOSPITAL DURAND	1701265,98
- HOSPITAL GUTIERREZ	10788616,7
- HOSPITAL TORNU	283893,37
- HOSPITAL MARIA CURIE	824382,06
- HOSPITAL ZUBIZARRETA	756177,4
- HOSPITAL PIÑERO	151976,78
- HOSPITAL SARDA	1395934,26
- HOSPITAL ELIZALDE	5927964,92
- HOSPITAL RAMOS MEJIA	1573926,42
- HOSPITAL BORDA	0
- HOSPITAL MOYANO	67974,79
- INSTITUTO DE REHABILITACION PSICOFISICA	107058,59
- HOSPITAL DE ODONTOLOGIA DR. J. DUEÑAS	372264,34
- HOSPITAL TOBAR GARCIA	76280,38
- HOSPITAL ODONTO INFANTIL QUINQUELA MARTIN	5476,86
- TALLERES PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA	259033,65
- HOSPITAL PSIQUIATRICAS TORCUATO DE ALVEAR	81264,27
- HOSPITAL DE ODONT. RAMON CARRILLO (EX NACIONAL)	232558,44
- S.A.M.E.	311651,71
TOTALES	52751032,8

IV-Procedimientos

En relación a la documentación analizada se determinó la realización de los siguientes procedimientos en base a la muestra de nosocomios según se explica a continuación.

Se determinó una elección de 6 hospitales en función de la especialidad; regiones sanitarias a las que pertenecen; niveles de cobranzas en el año 2012; si cuentan o no con personal de ASI para realizar tareas de facturación.

Bajo el criterio de especialidad, se seleccionaron 3 hospitales generales de agudos, uno Infantil y dos Monovalentes.

Para cumplir con el criterio de un efector por región sanitaria, se utilizaron los 3 hospitales generales de agudos, descriptos en el párrafo anterior, y el infantil. Estos 4 efectores, fueron divididos en 2 de mayor cobranza y 2 de menor.

Los restantes efectores monovalentes se seleccionaron, uno por contar con personal de ASI y el otro no. A su vez, se los dividió uno por mayor facturación y otro menor.

Respecto a si cuentan con personal de ASI, de los 6 efectores, el 50% cuentan con él.

Monovalentes		
HOSPITALES	TOTALES	Personal ASI
HOSPITAL BORDA	\$ 0,00	No
HOSPITAL ODONTO INFANTIL QUINQUELA MARTIN	\$ 5.476,86	No
HOSPITAL MOYANO	\$ 67.974,79	No
HOSPITAL TOBAR GARCIA	\$ 76.280,38	No
HOSPITAL PSIQUIATRICAS TORCUATO DE ALVEAR	\$ 81.264,27	No
INSTITUTO DE REHABILITACION PSICOFISICA	\$ 107.058,59	No
HOSPITAL ROCCA	\$ 222.803,46	No
HOSPITAL DE ODONT. RAMON CARRILLO (EX NACIONAL)	\$ 232.558,44	No
HOSPITAL DE ODONTOLOGIA DR. J. DUEÑAS	\$ 372.264,34	No
HOSPITAL MARIA CURIE	\$ 824.382,06	No
HOSPITAL SARDA	\$ 1.395.934,26	No
HOSPITAL MUÑIZ	\$ 1.633.732,39	No
HOSPITAL DE QUEMADOS	\$ 2.298.161,09	No
HOSPITAL UDAONDO	\$ 535.145,71	Sí
HOSPITAL MARIA FERRER	\$ 1.087.375,67	Sí
HOSPITAL LAGLEYZE	\$ 2.617.536,68	Sí
HOSPITAL SANTA LUCIA	\$ 3.976.482,17	Sí

Infantil		
HOSPITALES	TOTALES	Personal ASI
HOSPITAL ELIZALDE	\$ 5.927.964,92	Sí
HOSPITAL GUTIERREZ	\$ 10.788.616,66	Sí

Generales de Agudos		
HOSPITALES	TOTALES	Personal ASI
HOSPITAL TORNU	\$ 283.893,37	No
HOSPITAL RIVADAVIA	\$ 514.892,86	No
HOSPITAL PENNA	\$ 852.587,47	No
HOSPITAL ALVAREZ	\$ 1.155.692,22	No
HOSPITAL PIÑERO	\$ 151.976,78	Sí
HOSPITAL VELEZ SANSFIELD	\$ 665.704,20	Sí
HOSPITAL ZUBIZARRETA	\$ 756.177,40	Sí
HOSPITAL RAMOS MEJIA	\$ 1.573.926,42	Sí
HOSPITAL DURAND	\$ 1.701.265,98	Sí
HOSPITAL SANTOJANNI	\$ 2.012.981,91	Sí
HOSPITAL PIROVANO	\$ 2.616.779,82	Sí
HOSPITAL FERNANDEZ	\$ 3.096.316,23	Sí
HOSPITAL ARGERICH	\$ 4.547.140,05	Sí

Los procedimientos que se realizaron son los siguientes:

1-A. Verificar el cumplimiento de la Ley N° 2808 y sus reglamentaciones, en relación al circuito administrativo de detección de pacientes con Obra Social y posterior facturación de las prácticas.

1-B. Relevar la disponibilidad del recurso humano en los hospitales de la muestra.

Se recabó información de los efectores y la ASI con la finalidad de verificar el cumplimiento de la presente ley.

A- Circuito Administrativo

Descripción del Circuito administrativo de detección de afiliados a Obras Sociales, convalidación de documentación, confección de Anexo II y CRG en relación al cumplimiento de la Ley N° 2808.

Mediante respuesta escrita por nota, los efectores de la muestra brindaron la información necesaria para detallar los siguientes circuitos:

Hospital General de Agudos “Bernardino Rivadavia”.

El circuito administrativo se compone de *Oficina de Facturación*, donde atienden a los *pacientes ambulatorios* y verifican si tienen Obra social. Si no poseen ninguna cobertura se le entrega un carnet con vigencia por seis meses. El Anexo II, lo generan en la oficina de Facturación, se entrega firmado por el médico de la especialidad y la documentación de soporte al *Dto. Contable*; en la *Sección Registro de Prestaciones* se procede a su codificación y emisión de la factura (CRG), las que se envían a ASI Ley. Pacientes internados: los controla el personal administrativo del Departamento Contable, a través del sistema SIGEHOS, confecciona la notificación de internación a la obra social que pertenece, y genera el Anexo II. También el sistema proporciona los pacientes egresados (“a facturar”) confecciona una lista para que Auditoría Médica audite las historias clínicas y las envíe a *Registro de Prestaciones*, donde se fotocopia lo requerido para emitir la factura (Resumen de historia clínica, parte quirúrgico/parte anestésico) se emite el detalle de *Prestación Hospitalaria* (DPH) y finalmente el comprobante *Recupero de Gastos*(CRG), para que antes del día 10 de cada mes las facturas(CRG) son enviadas a ASI LEY o a UGP ASI.

Hospital General de Niños “Pedro de Elizalde”.

En el Mesón de turnos se realiza la emisión para pacientes con Obra Social; en Facturación se entrega el Ticket de atención, chequeándose en páginas de ANSES; SSS (Superintendencia de Servicios de Salud); se imprime el CODEM o página de Superintendencia; se saca fotocopia a la documentación del paciente; se adjunta planilla por especialidad (esta planilla es propia del hospital para que el paciente lo entregue en los servicios correspondientes). Se confeccionan Anexos II arancelándolos, se imprimen, se sellan y se separan para ser entregados en los servicios correspondientes. Posteriormente se reciben los Anexos II firmados por cada jefe de especialidad, y se procede a separarlos por obra social, se confeccionan planilla de control desde SIGEHOS; los Anexos II, son revisados, controlados y firmados por la Jefa de Facturación. A posteriori se realizan los Detalles de Prestación Hospitalaria (DPH); por obra social, este contienen el detalle de las prácticas y/o consultas de todos los pacientes atendidos en un período (mensual), a partir de los DPH se generan los Comprobantes de Recupero de Gastos con los montos a cobrar. Los CRG se arman, se sellan, se firman, se folian y se confecciona Remito para el envío de la documentación a la ASI.

Hospital de Quemados.

Todos paciente que ingresa al hospital lo hace a través de la guardia, con los datos del paciente (la convalidación se realiza con DNI, Carnet de obra social, credencial de medicina prepaga, credencial de aseguradora de trabajo, carnet de Pami, o IOMA, o por derivación aceptada por médico de urgencia), mediante vía Web se realiza la búsqueda a través de Superintendencia de Servicios de salud, ANSES (CODEM), Pami, IOMA, o Superintendencia de Riesgos de Trabajo, para ser derivados a consultorios externos o a internación.

Pacientes Ambulatorios: una vez captado el paciente se le hace entrega de la respectiva Notificación de Atención Ambulatoria (planilla propia del hospital equivalente al Anexo II); en la parte superior se indica la documentación necesaria para cumplimentar con el trámite, el mismo se realiza en la División Facturación, (ventanilla de Atención Al Público). Pacientes internados: Se confirma mediante la recorrida diaria de las salas, todo lo informado en relación al ingreso del paciente, y se rectifica mediante una entrevista personal. Detectada la obra social se notifica de acuerdo a la normativa vigente.

Todas las historia clínicas dadas de alta, tanto de CCEE, de internación, cirugía plástica, y reparadora, ingresan por la *División Facturación* con su cobertura asistencial, se giran a la *Unidad de Arancelamiento*, para ser auditadas, y luego se remiten a la *División Facturación*, a fin de registrar la valorización de la auditoría realizada y confeccionar los respectivos comprobantes de recupero de gastos (CRG), que serán elevados a la ASI.

Hospital General de Agudos “Dr. Abel Zubizarreta”.

Cuentan con un sistema informatizado (distinto del SIGEHOS), que permite ingresar los datos del paciente tanto para el régimen ambulatorio como en internación. En el caso de consultas ambulatorias se busca en el padrón correspondiente detectando si tiene cobertura, en caso positivo el operador completa los datos que requiere el Anexo II, se imprime y debe ser presentado ante el médico en el momento de la consulta programada. Al ser presentado ante el profesional, el anexo es completado y firmado por él, en los ítems que le corresponden y pasa al sector administrativo de facturación donde se procesa (Si correspondiera anexar documentación de soporte se solicita en el momento de otorgar el turno).

En el sector *Arancelamiento/Facturación*, se codifica conforme corresponda y se factura generando el correspondiente CRG. Las prácticas están incluidas en el anexo II.

El paciente cuando es internado, se busca dentro del sistema que tipo de cobertura posee. En el curso de las 48hs. se avisa a la obra social mediante un fax. Una vez producida el alta, con la historia clínica cerrada (48hs), la misma pasa a la oficina de *Arancelamiento/facturación* (donde se fotocopian el parte quirúrgico, el de anestesia, epicrisis de UTI si hubiera y resumen de historia clínica) se codifica y se factura.

Hospital General de Agudos “Donación Santojanni”.

El paciente cuando se presenta a solicitar un turno, en esa instancia se detecta mediante el sistema SIGEHOS si el paciente posee cobertura, en caso positivo se deriva a la *oficina de prestaciones* la que le solicitará la documentación correspondiente (carnet, recibo de haberes, y DNI), se realizan las fotocopias de los mismos y se procede a completar el Anexo II y su firma (por parte del paciente). Luego es llevado a la *oficina de facturación* para realizar el arancelamiento del mismo.

En los casos de internación el proceso es similar, con la orden de internación se presenta el paciente y/o familiar, en la *oficina de prestaciones* si posee obra social se le solicita la documentación

correspondiente (se le solicita carnet, recibo de haberes y DNI) la cual se guarda en la oficina hasta que el paciente se va de alta, la historia clínica es trasladada a prestaciones, la cual adjunta a la misma la documentación y le lleva a la oficina de facturación para su arancelamiento, allí primero son codificadas por una médica a cargo de dicha función y luego facturadas por otro agente a través del SiGeHos. Finalmente los CRG son generados mensualmente y se hace uno por cada obra social y se realizan el último día hábil del mes, a los mismos se les adjunta la documentación original respaldatoria y dentro de los primeros 10 días del mes, se envían a través de la oficina de despacho hacia ASI con el remito correspondiente.

Hospital de Salud Mental “Braulio Moyano”.

La facturación de consultas ambulatorias se inició a partir de marzo de 2014 en CCEE.

Según la jefatura de Contabilidad las interconsultas se podrían facturar en CCEE, pero aún no se ha implementarlo

Ambulatorios: No se dan turnos, se atienden por hora de llegada, en PB se encuentra el Sector administrativo de Admisión de pacientes, este sector depende del área Estadística, allí se producen los Anexos II, para la atención. Según las autoridades del hospital, debido a las características de los pacientes que son asistidos sumados a la falta de personal administrativo, no existe un registro fiel de los mismos.

Guardia: no se confeccionan Anexos II por falta de sistema informático en el sector.

Debido a la demora de atención para consultorios externos, muchos pacientes son atendidos en la guardia por meses como “*atención prolongada*” hasta que son derivados para ser atendidos en consultorios externos. Por falta de personal administrativo con estas prestaciones no se realiza ANEXO II.

Internados: Son ingresados al sistema, son controladas por medio de SIGEHOS, confeccionando la notificación a la Obra Social.

En el área contable / Facturación se codifican, para confeccionar los DPH y a continuación los CRG. Durante el año 2012 sólo se facturaron cuatro pacientes a Obras Sociales (exceptuando las pacientes con PAMI o Profe).

Síntesis

Como se puede observar, el circuito administrativo para cada nosocomio es particular, aunque en todos se llega a la confección del CRG y al envío del remito con la documentación a la ASI. Tanto en el Hospital de Quemados como en el Zubizarreta no cuentan con el SIGEHOS, poseen sistemas propios que también le permite la confección de la documentación. En cuatro de los Hospitales pueden facturar los pacientes ingresados por guardia (Zubizarreta, Elizalde, Santojanni (parcialmente) y Quemados), mientras que en los dos restantes no se hace facturación por Guardia (Moyano y Rivadavia). Sin embargo no se ha podido constatar con el relevamiento del circuito la eficacia (en términos porcentuales) de la detección de los pacientes con obra social

sobre el total de pacientes atendidos. En el caso particular del Hospital Moyano han aclarado que no implementaron para el periodo bajo análisis (año 2012) un sistema para realizar el Anexo II de las consultas y prácticas ambulatorias.

B- Recursos Humanos

Mediante nota, se solicitó a los efectores la siguiente información:

- *Horario y días de funcionamiento del personal administrativo en, Guardia, CCEE, Internación y sectores de prácticas diagnósticas.*
- *Cantidad actual de agentes administrativos de los hospitales de la selección, en cada sector responsable de captación y facturación, y cantidad de agentes de la ASI. En caso de bajas, que se informara fecha de retiro del personal de ASI que ya no concurre al effector.*

Asimismo, se solicitó a la ASI el Listado Personal propio que afectó para las tareas en cada hospital.

Como resultado de la información brindada por los efectores se confeccionó el siguiente detalle:

Hospital General de Agudos “B. Rivadavia”.

Actualmente el servicio de Guardia, no tiene personal administrativo que dependa de ASI. En el año 2012 tuvieron por un lapso, una persona que fue trasladada al Hospital María Curie.

Agentes Administrativos del Hospital: Oficina de Facturación: (PB), atención al público 4(cuatro); Oficina de Prestaciones Médicas en Departamento Contable (2° PISO): 4(cuatro).

Horario de atención: pacientes ambulatorios de CCEE: lunes a viernes de 07:00 a 14:00hs y el sector Departamento Contable de lunes a viernes. Días sábado, domingo y feriados quedan descubiertos.

Hospital General de Niños “Pedro de Elizalde”.

Personal administrativo

Consultorios externos: lunes a viernes de 06:00 a 14:00hs.

Guardia 17:00 a 21:00hs (cuando se termina la atención en CCEE).

Prácticas Diagnósticas Radiología y Laboratorio: lunes a viernes de 07:00 a 15:00hs.

Internación: Lunes a viernes de 06:00 a 14:00 hs.

Administrativos en los sectores de Oficina Central: 5 (cinco) incluyendo a la jefa División Facturación.

Internación: 3(tres).

Personal del ASI, distribuidos: Mesón de turnos 2(dos) 6 a 14hs.

Laboratorio central: 1(uno) horario 7 a 15hs.

Hospital de día: 1(uno); Radiología: 1(uno).Cardiología: 1(uno) en los tres servicios el horario es de 7 a 15hs. Guardia: 1(uno) horario de 17hs a 21hs.

Las tareas que realiza el personal de ASI son: Atención al público y verificaciones de los padrones, fotocopias de la documentación de los

pacientes que tienen cobertura médica, confeccionan y arancelan los Anexos II, sellado, separación por especialidad para ser entregados en los servicios que correspondan.

Hospital de Quemados.

Guardia- Admisión: 2(dos); que cubren el servicio los días sábado, domingos y feriados las 24hs.

Consultorios externos: 4(cuatro) agentes. Lunes a viernes de 07:00 a 17:00hs.

Secretarías periféricas-internación: 3(Tres) lunes a viernes de 08:00 a 15:00hs.

Secretarías periféricas-internación: 1(uno), Lunes a viernes de 08:00 a 15:00hs.

Secretarías periféricas-internación (División Urgencias): 1(uno), Lunes a viernes de 08:00 a 15:00hs

Sector Prácticas y Diagnósticos (Laboratorio): lunes a viernes de 09:00 a 16:00hs.

Sector Archivos: 1(uno), Lunes a viernes de 10:00 a 17:00hs.

Personal de ASI: actualmente no poseen. Tuvieron dos agentes asignados, uno de ellos estaba en el Sector Consultorios Externos y el otro en Guardia admisión, se retiraron en julio y marzo del año 2012.

Hospital General de Agudos “Dr. Abel Zubizarreta”

Guardia: Un agente de ASI, lunes a viernes de 07 a 15:00hs.

Consultorios externos: Un agente de ASI, lunes a viernes de 07 a 14:00hs.

Internación: no existe personal de ASI (Se cubre con personal de facturación).

Jefe de Unidad Arancelamiento (profesional médico).

Facturación personal: 1(un) Jefe División Facturación; 4(cuatro) administrativos. Los dos agentes de ASI son administrativos, que cumplen funciones de detección y facturación.

Hospital General de Agudos “Donación Santojanni”

Oficina de Prestaciones: Jefe: lunes a viernes.

Turno mañana: cuatro (4); uno (1) ASI en Hemodinamia; Turno tarde: tres (3) dos (2) de ASI; Turno vespertino: dos (2); Turno noche: dos (2); sábados, domingos, feriados: cuatro (4).

Personal de ASI en los siguientes sectores: uno (1) guardia: de 06:00 a 14:00 hs; dos (2) consultorios externos: de 14:00 a 22:00hs, y de 12:00 a 20:00hs; uno (1) electrofisiología de 08:00 a 16:00hs; uno (1) hemodinámica/prestaciones (CCEE) 08:00 a 16:00 horas.

Hospital de Salud Mental “Braulio Moyano”

No cuentan con personal de ASI

La atención administrativa general es hasta las 14:00hs.

Guardia: carecen de personal administrativos para la captación de pacientes con cobertura, sólo cuentan con un agente administrativo (8 a

16hs), cuya función es registrar los pacientes que pasan de la guardia a internación. Obs. N°5

Horario de admisión y detección de pacientes ambulatorios con obra social		
Hospital	Admisión de pacientes ambulatorios	Admisión de pacientes por guardia
Gral. de Agudos B. Rivadavia	Lun a Vie de 07:00 a 14:00	No tiene personal administrativo.
Gral. de Niños Dr. Pedro de Elizalde	Lun a Vie de 06:00 a 14:00	Lun a Vie de 17:00 a 21:00***
De Quemados	Lun a Vie de 07:00 a 17:00	24 Hs.
Gral. de Agudos Dr. Abel Zubizarreta	Lun a Vie de 07:00 a 15:00	Lun a Vie de 07:00 a 14:00***
De Salud Mental "Braulio Moyano"	Hasta las 14:00*	No hace detecciones
Gral. de Agudos Donación F. Santojanni	Lun a Vie de 08:00 a 22:00**	Lun a Vie 06:00 a 14:00***
Observaciones:		
* Durante el año 2012 no se realizaron detecciones.		
** Dos en consultorios externos: de 12:00 a 22:00, uno en electrofisiología de 08:00 a 16:00 y uno en hemodinamia/prestaciones (CCEE) de 08:00 a 16:00 Hs.		
*** Sólo se realiza la detección por un agente de la ASI.		

Con la información entregada por la ASI se pudo establecer lo siguiente:

De los 32 hospitales, a 15 (47%) se les asignó un total de 60 agentes y cuatro supervisores, en el resto (17 hospitales que representan un 53%) las tareas de captación y facturación son realizadas exclusivamente por el personal propio de los efectores.

Según pudo observarse, en los hospitales donde hay personal asignado no se cubre la totalidad de la jornada, como así tampoco son cubiertos los días sábados y domingos.

En relación a la muestra, en los 3 hospitales que cuentan con personal de la ASI, se observa la misma situación.

Con la información suministrada, no se puede determinar cuáles fueron los criterios utilizados para la distribución del personal. Obs.N°1

Si bien no existe normativa al respecto, en los efectores de Salud dependientes del GCABA no se lleva un registro diario de ingreso, egreso, asistencia y puntualidad de los agentes de la ASI asignados por la Agrupación, para prestar servicios en las tareas relacionadas con la Ley N° 2808. En opinión del equipo de auditoría debería implementarse un control cruzado de asistencia por parte del hospital, a fin de mejorar la eficacia de los procesos de detección y facturación. Obs.N°3

Síntesis

De lo informado se observa que la dotación de personal dedicada a los sectores de detección y preparación de la documentación no es uniforme. La disposición en cuanto a sectores dentro de cada hospital y la disponibilidad de la franja horaria son heterogéneas. El hospital no realiza un control de presentismo, del personal asignado por la ASI.

2) Análisis de la cantidad de Anexos II producidos por cada hospital en relación al Movimiento hospitalario del año 2012 (Internaciones y CCEE).

Se solicitó a los efectores de la muestra que informen la cantidad de Anexos II emitidos en base a ellos se confeccionó el siguiente cuadro.

HOSPITAL	(ANEXOS II) Año 2012		Mov. Hospitalario 2012		Porcentaje de Internaciones Facturadas sobre total de egresos	Porcentaje facturado sobre total de consultas
	ASI - Hospital		Internación - Total de Egresos	Atención ambulatoria - Total de consultas externas		
	Internación	CCEE				
Gral. de Agudos B. Rivadavia	631	4677	6128	247980	10,3	1,89
Gral. de Niños Dr. Pedro de Elizalde	1248	31539	8805	411551	14,17	7,66
De Quemados	216	2472	1341	66620	16,11	3,71
Gral. de Agudos Dr. Abel Zubizarreta	1245	21887	2936	273169	42,4	8,01
De Salud Mental "Braulio Moyano"	55	0	1115	34326	4,93	0
Gral. de Agudos Donación F. Santojanni	2102	3756	15609	1037087	13,47	0,36
Totales	5497	64331	35934	2070733	15,30	3,11

Fuente: Información brindada por cada hospital (anexos) y Movimiento Hospitalario 2012-GCBA. Elaboración propia.

Como se puede observar en el cuadro, el porcentaje de facturación de internados en relación al total de internaciones en la muestra seleccionada durante el año 2012 es del 15,30%. El mayor índice corresponde al Hospital Zubizarreta (42,4%) y el menor al Hospital Moyano (4,93%). En el caso de los otros cuatro hospitales de la muestra no se observa una gran dispersión en relación al índice global. Para el caso de las internaciones al poseer el hospital mayor tiempo para reunir y recuperar la documentación de respaldo se puede suponer que los índices son los máximos que se pueden obtener.

En el caso de las consultas ambulatorias se puede observar cómo el índice general de facturación cae al 3,11% del total de consultas realizadas. Ello tiene diferentes causales: En el Hospital Moyano, nunca se facturaron las prácticas ambulatorias en el periodo bajo análisis (ObsN^o4), en el hospital Rivadavia no se cuenta con personal administrativo en CCEE después de las 13 horas y no factura ninguna de las consultas por Guardia, en el Hospital Santojanni debido al perfil socioeconómico de la población que asiste.

El Hospital Elizalde (7,66%) y el Hospital Zubizarreta (8,01%), poseen índices similares de facturación a pesar de contar con diferente cantidad de agentes de ASI y trabajar con sistemas operativos diferentes para facturar. El aumento del porcentaje se debería a que en ambos

nosocomios se facturan las prestaciones realizadas por guardia durante los días de semana y a un mejor sistema de detección. En el caso del Hospital de Quemados todos los pacientes ingresan por guardia, por lo tanto se puede inferir que el índice de facturación (3,71%) está determinado fundamentalmente por el grado de cobertura de los usuarios que concurren al Hospital.

3) Determinación de los días que demora el proceso de cobranza de los Comprobantes de Rendición de Gastos (CRG), desde su fecha de emisión y hasta que la ASI deposita los importes correspondientes en la cuenta escritural del Ministerio de Salud de la CABA.

Para poder determinar la demora, en cada una de las etapas del proceso, y en base a la muestra de 6 efectores, se solicitó a la ASI el listado de los CRG (procesados en el año 2012) cobrados y enviados a depositar en la cuenta escritural del Ministerio de Salud.

Se aclara que el listado de CRG entregado por la ASI tiene el 13/08/2014, como fecha de última autorización de transferencia de fondos al Ministerio de Salud. Por este motivo, se considera que el listado de la ASI refleja las cobranzas y demoras que ocurrieron entre el 01/01/2012 y el 13/08/2014 sobre los CRG emitidos en 2012 por los efectores de la muestra. En el procedimiento no se tuvo en cuenta las demoras que se producen en Ministerio de Salud una vez recibido el pago y hasta que se giran los fondos a los efectores. No obstante, con posterioridad al cierre del procedimiento y ante el requerimiento de esta Auditoría, la Gerencia Operativa Relaciones con Ente Financiadores informó por nota (NO-2014-15355284-DGLTSSASS) que el tiempo promedio que transcurre entre la recepción de pago (por parte de la ASI y la transferencia a las cuentas escriturales de los nosocomios oscila entre los 34 y los 40 días, tomando un valor promedio de 37 días, el cual se expresa en el Gráfico que ilustra todo el proceso.

Resultado

Del análisis de la documentación entregada por la ASI se extrajeron los siguientes datos:

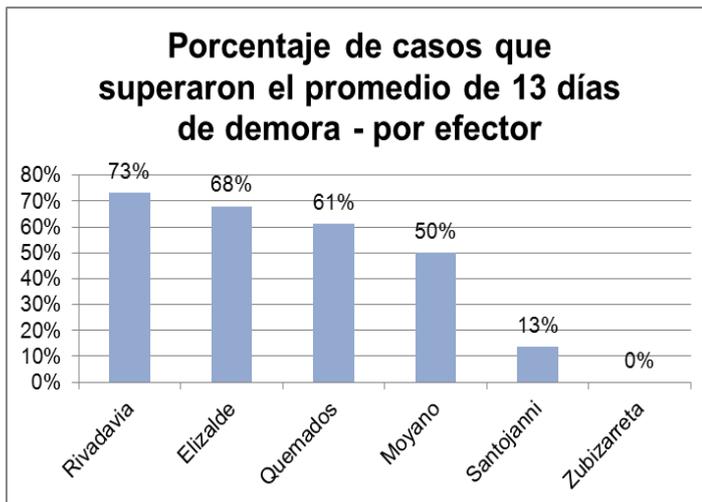
El total de CRG informados por al ASI fue de 6.686 y tienen la siguiente distribución:



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ASI.

Demora entre la fecha de emisión del CRG y su ingreso en la ASI

Los 6686 CRG confeccionados por los efectores demoraron (en promedio) 13 días en ingresar en la ASI. No obstante, el 42% de ellos tienen una demora mayor. El máximo de días de demora informado fue de 35, mientras que el menor fue de 1 día.



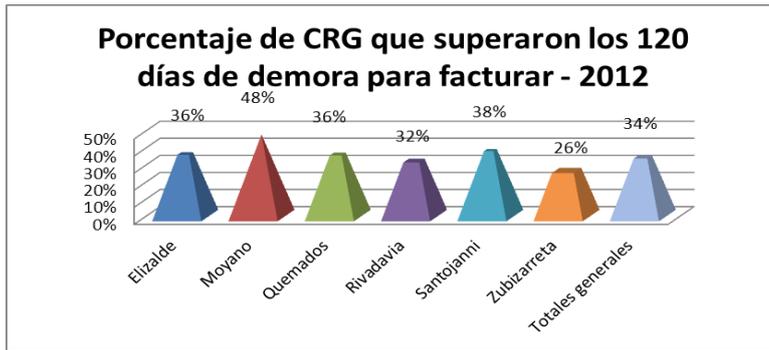
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ASI.

Demora entre la fecha de recepción del CRG en la ASI y su facturación

No se facturó el 4,49% de los CRG. Este porcentaje representó a 300 CRG que no fueron facturados al 31/08/2014, luego de ser presentados en 2012 a la ASI. (Obs.Nº7)

De los restantes 6386 CRG que fueron facturados, el tiempo promedio de demora, entre la fecha de recepción en la ASI y su posterior facturación, fue de 120 días. La máxima registrada fue de 780 días y la mínima de 80. (Obs.Nº8)

El 34% de los 6386 CRG demoraron más de 120 días en ser facturados.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ASI.



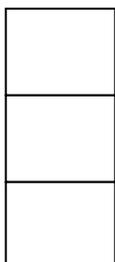
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ASI.

Demora entre la fecha de facturación y la orden de transferencia al Ministerio de Salud:

El promedio de demora, para los 4540 CRG cobrados, fue de 146 días y la mínima de 1 día; la demora máxima registrada fue 779 días y se encontraron 13 casos con la tardanza mencionada. (Obs.Nº9)

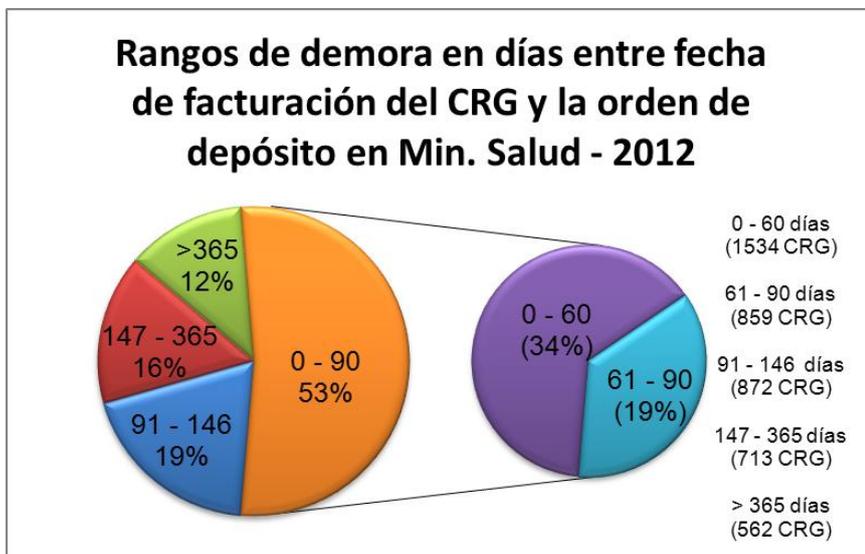
La cantidad de CRG que superaron el promedio de demora establecido fueron 1275 y equivalen al 28% de los CRG cobrados.

Por este motivo, se determina que al 13/08/2014 no fueron cobrados el 32% de los 6686 CRG informados por la ASI.





Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ASI.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ASI.

Tal como se puede observar en el gráfico, sólo el 34% de lo que se facturó fue transferido dentro de los 60 días al Ministerio de Salud, El 66 % de lo CRG facturados y cuyos montos fueron cobrados fueron transferidos luego de los 60 días.(Obs.Nº11

Otros datos relevantes

Del análisis de la información entregada por la ASI, se destaca la evolución de los 6686 CRG generados por los efectores en el cuadro siguiente:





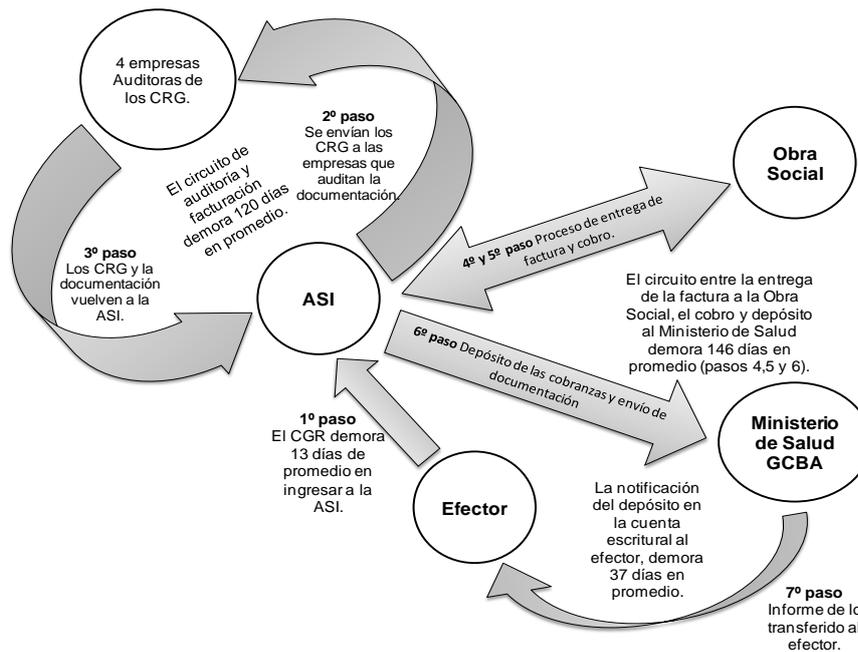
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ASI.

De los 4540 CRG que pudieron ser cobrados, el tiempo promedio de demora que se registró, entre la fecha de emisión del CRG y la orden de pago al Ministerio de Salud por ASI, fue de 276 días.

Los casos en donde la demora superó los 276 días, de acuerdo a lo establecido en el párrafo anterior, fueron 1287 y representó el 28% de los 4540 CRG.

En relación a la demora entre el cobro por parte del Ministerio y el depósito en las cuentas escriturales de cada hospital la Gerencia Operativa de Relaciones con Entes Financiadores, informó a través de nota que el promedio de dicha transferencia es de 37 días.

El siguiente Gráfico es una síntesis de todo el circuito. En el mismo se exponen los tiempos promedio de demora, desde la emisión, por parte del Efector, del CRG, su ingreso a la ASI y hasta que el Ministerio de Salud informa, a cada hospital, el depósito de fondos en la cuenta escritural. El total del circuito es de 316 días. (Obs.Nº10)



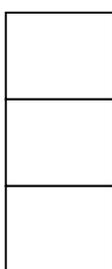
4-Determinar la cobranza de la ASI y las detracciones efectuadas a los fondos transferidos al Ministerio de Salud por ella, durante el año 2012, en nombre de los efectores del GCBA.

El procedimiento se realizó cotejando los saldos finales de las liquidaciones de cobranzas y facturación, informados por nota por la ASI. En base a dicha información se confeccionó el siguiente cuadro:

Liquidación	Tipo liq	Total Cobrado	Ley 2808 art 2 y 11	Comisión cobranza	Neto a transferir	Comisión por facturación + IVA
53	Facturación					\$ 603.797,34
54	Cobranza	\$ 2.906.987,86		\$ 580.380,15	\$ 2.326.607,71	\$ 0,00
55	Cobranza	\$ 4.113.223,58		\$ 821.205,14	\$ 2.688.221,05	\$ 0,00
56	Cobranza	\$ 3.314.005,10		\$ 661.641,15	\$ 2.652.363,95	\$ 0,00
57	Facturación					\$ 374.124,15
58	Cobranza	\$ 3.453.160,89		\$ 689.423,64	\$ 2.389.988,74	\$ 0,00
59	Facturación					\$ 309.913,16
60	Cobranza	\$ 2.595.864,56		\$ 518.264,37	\$ 1.771.127,45	\$ 0,00
61	Cobranza	\$ 2.189.771,35		\$ 437.187,91	\$ 1.749.834,96	\$ 0,00
62	Facturación					\$ 271.958,21
63	Cobranza	\$ 2.593.226,65		\$ 517.737,74	\$ 1.808.142,77	\$ 0,00
64	Facturación					\$ 262.574,14
65	Cobranza	\$ 4.659.525,86		\$ 930.274,36	\$ 3.462.153,61	\$ 0,00
66	Facturación					\$ 193,74
67	Cobranza	\$ 2.692.933,62		\$ 537.644,20	\$ 2.155.095,68	\$ 0,00
68	Cobranza	\$ 2.267.757,54		\$ 452.757,86	\$ 1.814.999,68	\$ 0,00
69	Facturación					\$ 313.080,55
70	Cobranza	\$ 2.305.122,42		\$ 460.217,73	\$ 1.532.020,16	\$ 0,00
71	Facturación					\$ 652.256,73
72	Cobranza	\$ 3.400.419,40		\$ 678.893,86	\$ 2.072.451,54	\$ 0,00
73	Cobranza	\$ 4.178.707,36		\$ 834.278,92	\$ 3.342.491,42	\$ 0,00
74	Facturación					-\$ 140,12
75	Facturación					\$ 404.482,73
76	Cobranza	\$ 716.940,31		\$ 143.137,17	\$ 283.076,73	\$ 0,00
77	Cobranza	\$ 3.222.515,60	\$ 489.949,70	\$ 389.924,40	\$ 2.226.439,45	\$ 0,00
78	Facturación					-\$ 3.732,35
79	Facturación					\$ 751.631,10
80	Cobranza	\$ 1.780.314,70	\$ 0,00	\$ 355.439,85	\$ 724.776,04	\$ 0,00
81	Cobranza	\$ 8.986.458,34	\$ 1.240.274,71	\$ 1.087.361,54	\$ 6.611.027,67	\$ 0,00
82	Facturación					\$ 997,95
83	Facturación					\$ 404.885,56
84	Cobranza	\$ 128.464,00	\$ 0,00	\$ 25.647,88	\$ 102.816,12	\$ 0,00
85	Cobranza	\$ 5.841.695,27	\$ 620.785,94	\$ 706.845,10	\$ 4.108.883,53	\$ 0,00
86	Facturación					\$ 470.501,70
87	Cobranza	\$ 8.065.991,23	\$ 622.732,97	\$ 975.984,99	\$ 5.996.051,08	\$ 0,00
88	Facturación					\$ 601.998,31
89	Facturación					\$ 17.774,53
90	Cobranza	\$ 351.814,60	\$ 0,00	\$ 70.239,82	\$ 75.642,32	\$ 0,00
91	Cobranza	\$ 3.699.075,96	\$ 0,00	\$ 447.588,22	\$ 2.856.821,15	\$ 0,00
Totales		\$ 73.463.976,20	\$ 2.973.743,32	\$ 12.322.076,00	\$ 52.751.032,81	\$ 5.436.297,43

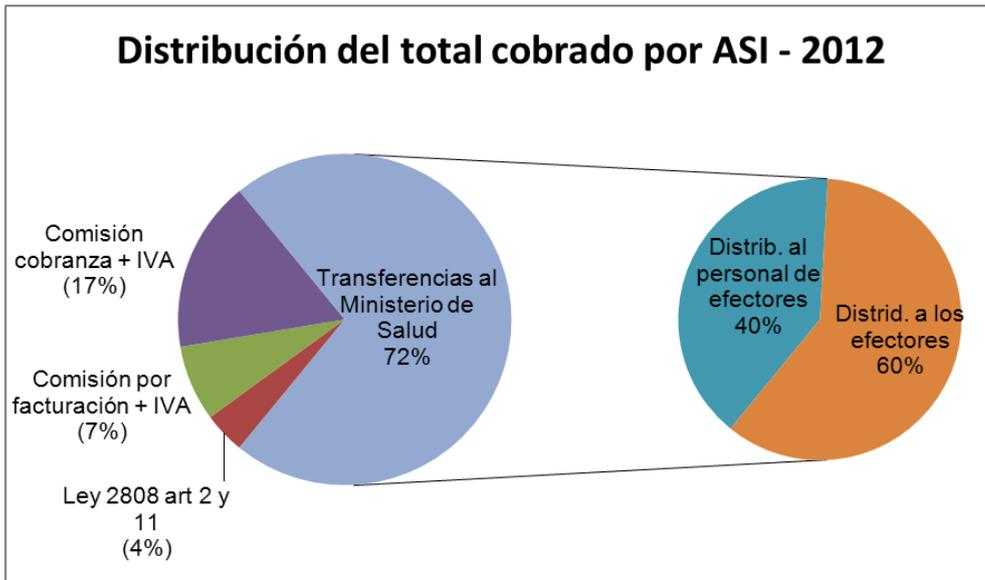
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ASI.

Con los valores totales obtenidos se armaron los siguientes gráficos en donde se expresan, del monto total cobrado, los porcentajes transferidos al Ministerio de Salud y las comisiones (IVA incluido) detraídas por la ASI.

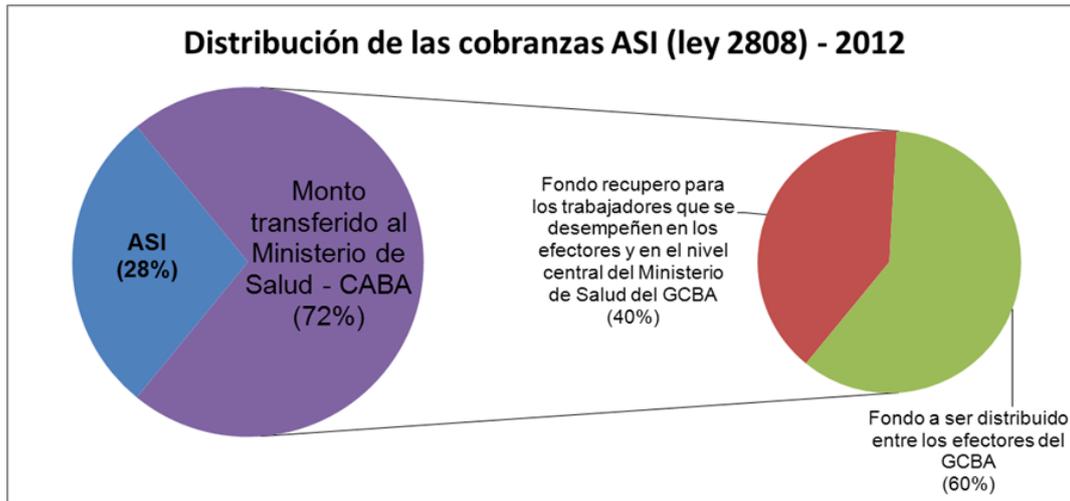




Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ASI.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ASI.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ASI.

Según se puede observar en el gráfico de distribución de cobranzas, la ASI retuvo efectivamente un 28% de las sumas cobradas a las Obras Sociales, representando un 4,4 % más de lo que se había previsto por los porcentajes establecidos en el gráfico de la página 21 (punto D). El cálculo porcentual efectuado había sido de 23,6% y finalmente, con la transferencia real, se pudo constatar que el costo de los servicios de la ASI fue de un 28%, de lo recaudado durante el año 2012.

5) Determinar diferencias entre lo expuesto en los EECC (Estados Contables) de la ASI y lo informado al Ministerio de Salud por medio de las liquidaciones de facturación y cobro.

Se analizó copia del balance de fecha 31/12/2012⁵. El mismo fue legalizado por el Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el 15/05/2013, bajo el N° 066510.

También se analizaron las liquidaciones de facturación y cobranza del año 2012⁶.

Asimismo, se analizó copia del balance de fecha 31/12/2013. El mismo fue legalizado por el Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el 30/04/2014, bajo el N° 094097.

Del análisis de las liquidaciones de facturación y cobro, enviadas por la ASI al Ministerio de Salud, y los EECC de 2012 y 2013 se extrajeron los datos que se exhiben a continuación.

⁵ Entregado en respuesta a la Nota 052/DGSalud/2014.

⁶ Entregado en respuesta a la Nota 093/DGSalud/2014.

EECC 2012	Totales
Total facturado por cuenta y orden	\$ 143.174.328,60
Total cobrado por cuenta y orden	\$ 73.175.812,31
Comisiones generadas por facturación (3% y 3,5% del total facturado por cuenta y orden)	\$ 4.685.676,01
Comisiones generadas por cobranzas (10% del total cobrado por cuenta y orden)	\$ 9.267.030,02
Transferencias al Min. de Salud x facturas ASI	\$ 53.151.607,97

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ASI.

Con las liquidaciones de facturación y cobranzas se confeccionó el siguiente cuadro resumen:

Liquidaciones 2012	Totales
Total facturado por cuenta y orden	\$ 141.676.885,83
Total cobrado por cuenta y orden	\$ 73.463.976,20
Comisiones generadas por facturación (3% y 3,5% del total facturado por cuenta y orden)	\$ 4.507.347,28
Comisiones generadas por cobranzas (10% del total cobrado por cuenta y orden)	\$ 10.183.533,88
Transferencias al Min. de Salud x facturas ASI	\$ 52.751.032,81

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ASI.

De la comparación de ambos cuadros se obtienen las siguientes diferencias:

Conceptos	Balance	Liquidaciones	Diferencia	Observación
Total facturado por cuenta y orden	\$ 143.174.328,60	\$ 141.676.885,83	\$ 1.497.442,77	Balance > Liquidación
Total cobrado por cuenta y orden	\$ 73.175.812,31	\$ 73.463.976,20	\$ 288.163,89	Balance < Liquid.
Comisiones generadas por facturación (3% y 3,5% del total facturado por cuenta y orden)	\$ 4.685.676,01	\$ 4.507.347,28	-\$ 178.328,73	Balance > Liquid.
Comisiones generadas por cobranzas (10% del total cobrado por cuenta y orden)	\$ 9.267.030,02	\$ 10.183.533,88	\$ 916.503,86	Balance < Liquid.
Transferencias al Min. de Salud x facturas ASI	\$ 53.151.607,97	\$ 52.751.032,81	-\$ 400.575,16	Balance > Liquid

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ASI.

De las diferencias encontradas se analizó caso por caso para determinar la causa de las mismas, a continuación se exponen los cinco puntos.

Total facturado por cuenta y orden: diferencia de \$1.497.442,77. El monto que figura en el Balance es mayor que el informado en las liquidaciones.

Esta se produce dado que, en los EECC de la ASI, se expone el monto correspondiente a las facturas emitidas en el año 2012, mientras que en las liquidaciones figuran las facturas informadas al Ministerio de Salud y procesadas en el ejercicio, incluyendo además facturas de años anteriores.

Facturación mensual que conforma el saldo de los EECC 2012		Facturación 2012 informadas por liquidaciones		
Ene-12	\$ 20.009.140,23	AL 31/12/2011	LIQ. 53	\$ 16.633.535,18
Feb-12	\$ 573.273,29	Al 27/03/2012	LIQ. 57	\$ 10.306.449,16
Mar-12	\$ 8.128.930,86	Al 16/04/2012	LIQ. 59	\$ 8.537.552,09
Abr-12	\$ 16.179.992,51	Al 02/05/2012	LIQ. 62	\$ 7.491.961,15
May-12	\$ 21.047.641,60	Al 15/05/2012	LIQ. 64	\$ 7.233.446,73
Jun-12	-\$ 157.474,22	Al 30/05/2012	LIQ. 66	\$ 5.337,00
Jul-12	\$ 13.483.229,71	Al 25/06/2012	LIQ. 69	\$ 8.624.808,73
Ago-12	\$ 18.321.279,28	Al 17/07/2012	LIQ. 71	\$ 17.968.503,55
Sep-12	\$ 10.121.334,74	Al 31/05/2012	LIQ. 74	-\$ 3.859,99
Oct-12	-\$ 86.165,52	Al 30/06/2012	LIQ. 75	\$ 9.550.949,73
Nov-12	\$ 12.337.846,47	Al 31/05/2012	LIQ. 78	-\$ 102.819,78
Dic-12	\$ 23.215.299,65	Desde 01/06 al 11/10/2012	LIQ. 79	\$ 17.748.076,23
	\$ 143.174.328,60	Al 31/05/2012	LIQ. 82	\$ 27.492,00
		Desde 01/06 al 02/11/2012	LIQ. 83	\$ 9.560.460,38
		Desde 01/06 al 12/12/2012 (12/12/12)	LIQ. 86	\$ 11.091.314,94
		Al 31/05/2012 (21/12/2012)	LIQ. 88	\$ 16.583.974,75
		Desde 01/06 al 21/12/2012 (21/12/12)	LIQ. 89	\$ 419.703,98
				\$ 141.676.885,83

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ASI.

Total cobrado por cuenta y orden: diferencia de \$288.163,89. El monto que figura en el Balance es menor que el informado en las Liquidaciones.

Esta se produce dado que, en los EECC de la ASI, se expone el monto correspondiente a los recibos emitidos en el año 2012, mientras que en las liquidaciones figuran las cobranzas informadas al Ministerio de Salud y procesadas en el ejercicio, incluyendo además recibos de años anteriores.



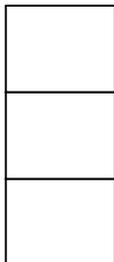
Cobranza mensual que conforma el saldo de los EECC 2012		Cobranza 2012 informadas por resoluciones		
Ene-12	\$ 5.675.332,66	29/12/2011	LIQ. 52	3.624.138,05
Feb-12	\$ 3.947.434,69	31/01/2012	LIQ. 54	2.906.987,86
Mar-12	\$ 7.871.132,58	22/02/2012	LIQ. 55	4.113.223,58
Abr-12	\$ 5.345.923,79	08/03/2012	LIQ. 56	3.314.005,10
May-12	\$ 7.174.607,32	28/03/2012	LIQ. 58	3.453.160,89
Jun-12	\$ 5.214.850,34	17/04/2012	LIQ. 60	2.595.864,56
Jul-12	\$ 7.122.009,75	25/04/2012	LIQ. 61	2.189.771,35
Ago-12	\$ 9.824.701,26	07/05/2012	LIQ. 63	2.593.226,65
Sep-12	\$ 4.599.528,95	24/05/2012	LIQ. 65	4.659.525,86
Oct-12	\$ 4.993.619,09	31/05/2012 (REC. 2010)	LIQ. 67	2.692.933,62
Nov-12	\$ 7.337.738,09	18/06/2012	LIQ. 68	2.267.757,54
Dic-12	\$ 4.068.933,79	03/07/2012	LIQ. 70	2.305.122,42
	\$ 73.175.812,31	19/07/2012	LIQ. 72	3.400.419,40
		07/08/2012	LIQ. 73	4.178.707,36
		28/08/2012 (al 31/05)	LIQ. 76	716.940,31
		29/08/2012 (desde 01/06)	LIQ. 77	3.222.515,60
		12/10/2012 (al 31/05)	LIQ. 80	1.780.314,70
		16/10/2012 (desde 01/06 al 15/09)	LIQ. 81	8.986.458,34
		05/11/2012 (al 31/05)	LIQ. 84	128.464,00
		05/11/2012 (desde 01/06 al 31/10)	LIQ. 85	5.841.695,27
		13/12/2012 (desde 01/06 al 12/12)	LIQ. 87	8.065.991,23
		26/12/2012 (al 31/05)	LIQ. 90	351.814,60
		26/12/2012 (desde 01/06 al 26/12)	LIQ. 91	3.699.075,96
				73.463.976,20

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ASI.

Comisiones generadas por facturación (3% y 3,5% del total facturado por cuenta y orden): diferencia de \$178.328,73. El monto que figura en el Balance es mayor que el informado en las liquidaciones.

Las comisiones expuestas en el Balance, reflejan los importes devengados, por los comprobantes emitidos durante el ejercicio 2012, independientemente de su cobro efectivo. En el caso de las comisiones por facturación, las mismas surgen de facturas emitidas menos las notas de crédito y más las notas de débito, emitidas en el año 2012.

Las comisiones que surgen de la información procesada en las liquidaciones, corresponde a las realmente cobradas por la ASI, que resulta de aplicar el porcentaje de comisión a las facturas recepcionadas e informadas en el ejercicio.



Més	Monto base facturación según Balance 2012	Comisión por fact. según balance 2012	Monto base facturación según liquidaciones 2012	Comisión por fact. según liq. 2012
Ene-12	\$ 20.009.140,23	\$ 600.274,21	LIQ. 53 16.633.535,18	501.148,25
Feb-12	\$ 573.273,29	\$ 17.198,20	LIQ. 57 10.306.449,16	309.405,13
Mar-12	\$ 8.128.930,86	\$ 243.867,93	LIQ. 59 8.537.552,09	256.126,57
Abr-12	\$ 16.179.992,51	\$ 485.399,78	LIQ. 62 7.491.961,15	224.758,85
May-12	\$ 21.047.641,60	\$ 631.429,25	LIQ. 64 7.233.446,73	217.003,43
Jun-12	-\$ 157.474,22	-\$ 4.724,22	LIQ. 66 5.337,00	160,11
Jul-12	\$ 13.483.229,71	\$ 472.810,57	LIQ. 69 8.624.808,73	258.792,14
Ago-12	\$ 18.321.279,28	\$ 641.687,41	LIQ. 71 17.968.503,55	539.055,13
Sep-12	\$ 10.121.334,74	\$ 355.226,51	LIQ. 74 -3.859,99	3.577,96
Oct-12	-\$ 86.165,52	-\$ 2.584,97	LIQ. 75 9.550.949,73	334.283,27
Nov-12	\$ 12.337.846,47	\$ 431.824,63	LIQ. 78 -102.819,78	11,71
Dic-12	\$ 23.215.299,65	\$ 813.266,72	LIQ. 79 17.748.076,23	621.182,72
	\$ 143.174.328,60	\$ 4.685.676,01	LIQ. 82 27.492,00	824,76
			LIQ. 83 9.560.460,38	334.616,15
			LIQ. 86 11.091.314,94	394.192,13
			LIQ. 88 16.583.974,75	497.519,26
			LIQ. 89 419.703,98	14.689,71
			141.676.885,83	4.507.347,28

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ASI.

Comisiones generadas por cobranzas (10% del total cobrado por cuenta y orden): diferencia de \$916.503,86. El monto que figura en el Balance es menor que el informado en las Liquidaciones.

Al igual que lo dicho en el punto anterior, en el balance se exponen las comisiones de cobranzas del ejercicio que se generaron por los recibos emitidos.

Asimismo, en las liquidaciones figuran las comisiones de cobranzas por los recibos informados al Ministerio de Salud. Estas resultan de aplicar el porcentaje de comisión al importe cobrado e informado en el ejercicio, pudiendo en el ejercicio 2012 informarse cobranzas de años anteriores.

Mes	Monto base cobranzas según Balance 2012	Comisiones Balance 2012	Período	Liquidación	Cobranza informada al Min. de Salud - 2012	Comisión según Liq. 2012
Ene-12	\$ 5.675.332,66	\$ 936.429,89	31/01/2012	LIQ. 54	\$ 2.906.987,86	\$ 479.653,01
Feb-12	\$ 3.947.434,69	\$ 651.326,72	22/02/2012	LIQ. 55	\$ 4.113.223,58	\$ 678.681,93
Mar-12	\$ 7.871.132,58	\$ 1.298.736,88	08/03/2012	LIQ. 56	\$ 3.314.005,10	\$ 546.810,88
Abr-12	\$ 5.345.923,79	\$ 882.077,43	28/03/2012	LIQ. 58	\$ 3.453.160,89	\$ 569.771,59
May-12	\$ 7.174.607,32	\$ 1.183.810,21	17/04/2012	LIQ. 60	\$ 2.595.864,56	\$ 428.317,66
Jun-12	\$ 5.214.850,34	\$ 521.485,03	25/04/2012	LIQ. 61	\$ 2.189.771,35	\$ 361.312,31
Jul-12	\$ 7.122.009,75	\$ 712.200,98	07/05/2012	LIQ. 63	\$ 2.593.226,65	\$ 427.882,43
Ago-12	\$ 9.824.701,26	\$ 982.470,13	24/05/2012	LIQ. 65	\$ 4.659.525,86	\$ 768.821,78
Sep-12	\$ 4.599.528,95	\$ 459.952,90	31/05/2012 (REC. 2010)	LIQ. 67	\$ 2.692.933,62	\$ 444.334,07
Oct-12	\$ 4.993.619,09	\$ 499.361,91	18/06/2012	LIQ. 68	\$ 2.267.757,54	\$ 374.180,03
Nov-12	\$ 7.337.738,09	\$ 733.773,81	03/07/2012	LIQ. 70	\$ 2.305.122,42	\$ 380.345,24
Dic-12	\$ 4.068.933,79	\$ 406.893,38	19/07/2012	LIQ. 72	\$ 3.400.419,40	\$ 561.069,28
	\$ 73.175.812,31	\$ 9.268.519,25	07/08/2012	LIQ. 73	\$ 4.178.707,36	\$ 689.486,73
			28/08/2012 (al 31/05)	LIQ. 76	\$ 716.940,31	\$ 118.295,17
			29/08/2012 (desde 01/06)	LIQ. 77	\$ 3.222.515,60	\$ 322.251,56
			12/10/2012 (al 31/05)	LIQ. 80	\$ 1.780.314,70	\$ 293.751,96
			16/10/2012 (desde 01/06 al 15/09)	LIQ. 81	\$ 8.986.458,34	\$ 898.645,87
			05/11/2012 (al 31/05)	LIQ. 84	\$ 128.464,00	\$ 21.196,60
			05/11/2012 (desde 01/06 al 31/10)	LIQ. 85	\$ 5.841.695,27	\$ 584.169,51
			13/12/2012 (desde 01/06 al 12/12)	LIQ. 87	\$ 8.065.991,23	\$ 806.599,13
			26/12/2012 (al 31/05)	LIQ. 90	\$ 351.814,60	\$ 58.049,45
			26/12/2012 (desde 01/06 al 26/12)	LIQ. 91	\$ 3.699.075,96	\$ 369.907,59
					\$ 73.463.976,20	\$ 10.183.533,78

En el balance figura un saldo de \$9.267.030,02. Esto genera una diferencia de \$1.489,23 que corresponde a las comisiones del recibo 5805 que fue devengado en 2011 y anulado en 2012.

Transferencias al Ministerio de Salud por facturas ASI: diferencia de \$400.575,16. El monto que figura en el Balance es mayor que el informado en las Liquidaciones.

En el balance 2012 se expone el monto realmente transferido al Ministerio de Salud en el ejercicio. El monto incluye a la resolución N° 52 de \$400.575,16 que quedó pendiente de transferencia en el año 2012. En las liquidaciones se exponen los montos de cobranzas informadas y procesadas en el ejercicio.

LIQ. 52 de 2011	\$ 2.900.575,16
TRANSFERIDO AL MINISTERIO 14/12/2011	\$ 2.500.000,00
TRANSFERIDO AL MINISTERIO 03/01/2012	\$ 400.575,16

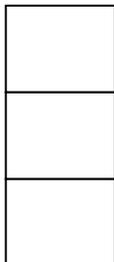
6) Evaluación de la implementación del descuento Art. 2 y Art. 11 de la Ley N° 2808 en las transferencias al Ministerio de Salud.

El 21 de julio de 2009 se suscribió un convenio entre el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y la Agrupación Salud Integral (ASI), registrado bajo el número 5773 con el objeto de instrumentar el procedimiento de facturación y cobranza previsto en la Ley N° 2808 y su Decreto reglamentario N° 1566/08.

El 28 de mayo de 2012 las partes suscribieron una tercera Adenda al convenio con el objeto de adecuar sus aspectos económicos.

En el artículo 5 señala lo siguiente: *“En los términos del artículo 11 de la Ley N° 2808 y en razón de la acciones cuya implementación las partes estiman necesarias para el cumplimiento de las tareas a cargo de la ASI, esta última deducirá la sumatoria de salarios y cargas sociales que deberá abonar mensualmente por el recurso humano que preste servicios para las tareas asignadas por la Ley 2808 en los efectores públicos del GCABA de las sumas que haya percibido por cuenta y orden de los efectores públicos del GCABA...”*.

Según la Liquidaciones confeccionadas por la A.S.I. Resolución N°77 (29/08/2012), Resolución N° 81(16/10/2012), Resolución N°85 (05/11/2012) y Resolución N° 87 (13/12/2012) se realizaron las deducciones que se detallan en el siguiente cuadro.



Hospitales	Ley N° 2.808 (Artículo N° 2 y N° 11)						Importes transferidos al Ministerio por Hospital	% (De lo retenido en relación con lo Transferido)
	Personal A.S.I.	Res. 77	Res. 81	Res. 85	Res. 87	TOTALES		
		29/08/2012	16/10/2012	05/11/2012	13/12/2012			
Hospital General de Agudos "Donación F. Santojanni"	6	22.182,97	46.430,77	36.044,76	28.291,71	132.950,21	2.012.981,91	6,60
Hospital Municipal de Quemados	0	81,93	48.510,11	44.490,48	39.695,31	132.777,83	2.298.161,09	5,78
Hospital General de Agudos "B. Rivadavia"	0	677,25	17.292,71	4.086,43	3.116,83	25.173,22	2.659.601,60	0,95
Hospital General de Agudos "A. Zubizarreta"	2	6.638,62	12.921,05	11.115,73	8.599,93	39.275,33	718.826,69	5,46
Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde"	7	73.509,08	133.630,44	64.101,74	56.465,86	327.707,12	5.972.964,92	5,49
Hospital de Salud Mental "Braulio Moyano"	0	4.571,54	4.659,28	0,00	1.327,84	10.558,66	67.974,79	15,53

TOTAL HOSPITALES	64 (1)	489.949,70	1.240.274,71	620.785,94	622.732,97	2.973.743,32
-------------------------	--------	------------	--------------	------------	------------	--------------

(1) 60 Agentes destinados a Hospitales y 4 Supervisores zonales

De acuerdo a la información suministrada por el ente auditado, se puede observar que en aquellos Hospitales donde no hay personal asignado, igualmente se le efectúa la deducción prevista en el Art. N° 2 y Art. N°11 de la ley, en detrimento del importe total transferido. Todo ello en virtud de un mecanismo establecido por la ASI por el cual se prorratea los gastos generados por salarios y cargas sociales del personal asignado entre todos los Hospitales. El mencionado procedimiento de prorrato no está contemplado en la normativa vigente. (Obs.N°2)

7-Evaluación del cumplimiento de la normativa (Decreto N°1566 /GCABA) en cuanto a la realización de auditorías externas de supervisión.

Se solicitó por nota a la ASI, se informe al respecto de la elaboración de informes de Gestión y la realización de auditorías externas de supervisión a fin de mejorar la eficiencia de todo el proceso.

La ASI informó que no tiene previsto como modalidad los informes de gestión, asimismo manifestó que no se han realizado auditorías externas sobre la actividad de la Ley N°2808 en el período 2012/2013.(Obs.N°6) Por otra parte informan que realizan auditorías contables de la Agrupación con el fin de la elaboración de balances.

8)-Evaluación la gestión realizada por la Agrupación Salud Integral (ASI) para satisfacer el cobro de aquellas facturas (CRG) que habiendo transcurrido el plazo establecido por la normativa, se encuentran en estado de mora. Verificación del cumplimiento de los

plazos previstos en el Decreto N° 1566/GCABA/2008. Determinación de la eficacia del cobro realizada por mandatarios.

El procedimiento se diagramó en base a la información suministrada por la ASI a través de nota enviada por esta Auditoría: Facturas de ASI intimadas y no cobradas, y que fueron remitidas al Ministerio para la emisión del certificado de deuda.

Durante el año 2012 la Agrupación Salud Integral (ASI) realizó 5 entregas de envíos para la emisión de los certificados de deuda, a la autoridad competente del Ministerio de Salud. A su vez informó la composición de cada envío, y la cantidad de facturas que componen el certificado de deuda. (Nota DGSAL N° 305/2014, Mesa de entrada N° 2318/18).

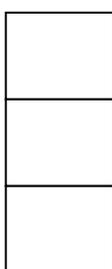
La primera entrega se realiza el 24/05/2012 y contiene los envíos del 1 al 40, la segunda entrega de fecha 13/08/2012 contiene los envíos del 41 al 53, la tercera entrega con fecha 03/10/2012 contiene los envíos del 54 al 65, la cuarta entrega de fecha 29/10/2012 sólo tiene el envío 66, por último la quinta entrega de fecha 14/01/2013) contiene lo envíos del 67 al 110. Se puede visualizar la significatividad económica en el siguiente cuadro donde se detalla el capital inicial más los intereses.

Total de envíos para emisión de certificados de deuda

Entrega	Fecha de la entrega de los envíos para emisión de los Certificados de Deuda	Nº de envío	Capital	Interés	Total de capital + intereses
1º	24/05/2012	1/40	\$ 9.705.296,09	\$ 1.188.689,85	\$ 10.893.985,94
2º	13/08/2012	41/53	\$ 4.965.353,94	\$ 1.486.716,46	\$ 6.452.070,40
3º	03/10/2012	54/65	\$ 668.199,74	\$ 96.601,55	\$ 764.801,29
4º	29/10/2012	66	\$ 3.904,00	\$ 1.890,91	\$ 5.794,91
5º	14/01/2013	67/110	\$ 4.866.492,00	\$ 1.092.367,96	\$ 5.958.859,96
TOTALES			\$ 20.209.245,77	\$ 3.866.266,73	\$ 24.075.512,50

Fuente: Elaboración propia en base a información ASI

De los 110 envíos se han elegido aquellos (21 envíos) con más significatividad económica, según se puede observar en los cuadros de muestra y síntesis de la muestra. En dicho cuadro se han incluido la cantidad de facturas de cada envío.



Descripción total de la Muestra

Entrega	n° de envío	Fecha de la Entrega para la emisión del Certificado de Deuda	Capital	Intereses	Total	Total de facturas	Notas de Débito
1º	6	24/05/2012	\$ 6.294.817,16	\$ 583.319,71	\$ 6.878.136,87	63	0
	37	24/05/2012	\$ 885.860,74	\$ 124.546,81	\$ 1.010.407,55	21	0
	40	24/05/2012	\$ 626.507,35	\$ 92.333,03	\$ 718.840,38	66	0
	29	24/05/2012	\$ 566.267,23	\$ 43.801,14	\$ 610.068,37	12	0
	33	24/05/2012	\$ 516.530,15	\$ 149.557,32	\$ 666.087,47	79	0
2º	48	13/08/2012	\$ 1.350.927,21	\$ 435.021,07	\$ 1.785.948,28	92	0
	46	13/08/2012	\$ 1.249.895,86	\$ 384.945,40	\$ 1.634.841,26	89	0
	45	13/08/2012	\$ 271.508,33	\$ 78.866,34	\$ 350.374,67	65	0
	43	13/08/2012	\$ 153.213,20	\$ 13.981,87	\$ 167.195,07	16	0
	44	13/08/2012	\$ 151.808,22	\$ 33.567,70	\$ 185.375,92	60	0
3º	62	03/10/2012	\$ 210.668,65	\$ 18.095,40	\$ 228.764,05	7	0
	55	03/10/2012	\$ 168.079,51	\$ 53.732,87	\$ 221.812,38	12	0
	58(329)	03/10/2012	\$ 91.818,28	\$ 8.017,00	\$ 99.836,08	27	10
	63 (248)	03/10/2012	\$ 55.298,30	\$ 5.254,11	\$ 60.552,41	28	4
	61(249)	03/10/2012	\$ 41.176,00	\$ 3.836,71	\$ 45.012,71	15	5
4º	66	29/10/2012	\$ 3.904,00	\$ 1.890,91	\$ 5.794,91	8	0
5º	67	14/01/2013	\$ 900.106,30	\$ 102.001,64	\$ 1.002.107,94	24	0
	90	14/01/2013	\$ 701.654,80	\$ 216.238,62	\$ 917.893,42	73	0
	96	14/01/2013	\$ 397.484,91	\$ 134.638,00	\$ 532.123,80	108	0
	108	14/01/2013	\$ 252.213,09	\$ 65.503,89	\$ 317.716,98	14	0
	73	14/01/2013	\$ 240.497,35	\$ 36.682,82	\$ 277.180,17	26	0
Totales			\$ 15.130.236,64	\$ 2.585.832,36	\$ 17.716.070,69	905	

Fuente: Elaboración propia en base a información ASI

Síntesis de la Muestra

Entrega	N° de Envíos	Cantidad de Envíos	Capital que representan los Envíos	Envíos de la Muestra	Capital que representa la Muestra	Porcentaje del capital total que representa la muestra
1	01/40	40	\$ 9.705.296,09	5	\$ 8.889.982,63	91,60%
2	41/53	13	\$ 4.965.353,94	5	\$ 3.177.352,82	63,99%
3	54/65	12	\$ 668.199,74	5	\$ 567.040,74	84,86%
4	66	1	\$ 3.904,00	1	\$ 3.904,00	100,00%
5	67/110	44	\$ 4.866.492,00	5	\$ 2.491.956,45	51,21%
TOTALES		110	\$ 20.209.245,77	21	\$ 15.130.236,64	74,87%

Fuente: Elaboración propia en base a información ASI

A fin de evaluar la gestión se ha procesado la información para verificar los días transcurridos entre la recepción de la factura y el Inicio de Mora, y se han realizado cuadros con el fin de determinar:

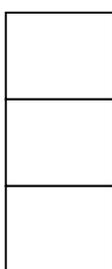
- Promedio de días transcurridos entre el inicio de Mora y la fecha de entrega para la emisión del Certificado de Deuda.
- Días transcurridos entre la fecha de entrega para la Emisión del Certificado de Deuda y el inicio de las actuaciones en sede judicial.
- Recupero de deuda en sede judicial.

Días transcurridos entre la recepción de la factura en el Ente de cobertura y el Inicio de Mora

De acuerdo a la información proporcionada por la ASI se pudo determinar que en la totalidad de las facturas que componen cada envío se cumplió con lo establecido por la normativa.

Promedio de días transcurridos entre el Inicio de Mora y la Emisión del certificado de deuda.

Entrega	Fecha de la entrega de los envíos para la emisión del Cert. de Deuda (a)	Nº Envío de la muestra para la emisión del Cert. de Deuda	Total de facturas de cada envío	Promedio de Días Transcurridos el Inicio de Mora y el envío (a)
1º	24/05/2012	6	63	315
	24/05/2012	37	21	280
	24/05/2012	40	66	298
	24/05/2012	29	12	156
	24/05/2012	33	79	448
2º	13/08/2012	48	92	536
	13/08/2012	46	89	529
	13/08/2012	45	65	487
	13/08/2012	43	16	220
	13/08/2012	44	60	505
3º	03/10/2012	62	7	143
	03/10/2012	55	12	522
	03/10/2012	58 (329)	27	137
	03/10/2012	63 (248)	28	141
	03/10/2012	61 (249)	15	183
4º	29/10/2012	66	8	682
5º	14/01/2013	67	24	229
	14/01/2013	90	73	569
	14/01/2013	96	108	628
	14/01/2013	108	14	288
	14/01/2013	73	26	279
Total de Envíos		21		
Total de Facturas			905	



Debido a que cada envío se compone de varias facturas con distintas fechas de recepción en los Entes de Cobertura de salud públicos, sociales o privados, se ha realizado un promedio entre la fecha de recepción en el ente (para tomar la fecha de inicio de mora) y la fecha de envío para la emisión del correspondiente Certificado de Deuda. La fecha de recepción fue proporcionada por la ASI mediante planilla de “Liquidaciones con intereses”.

Según lo establecido por el Decreto N° 1566/GCABA/2008 en su art.5º se prevé que: *“En caso de falta de pago por el vencimiento de la factura, de considerarlo conveniente, la ASI podrá realizar una nueva intimación de pago al Ente de Cobertura de Salud, bajo apercibimiento de proceder conforme lo dispuesto en el artículo 5º de la Ley N° 2808⁷; En el caso que la ASI contemple esta facultad, el plazo total transcurrido de las dos intimaciones no puede exceder los sesenta (60) días.”*

En caso de falta de pago, transcurrido los sesenta (60) días del vencimiento del plazo correspondiente, la ASI remitirá la factura y demás documentación, a la autoridad administrativa competente del Ministerio de Salud, a fin de que se emitan los certificados de deuda.

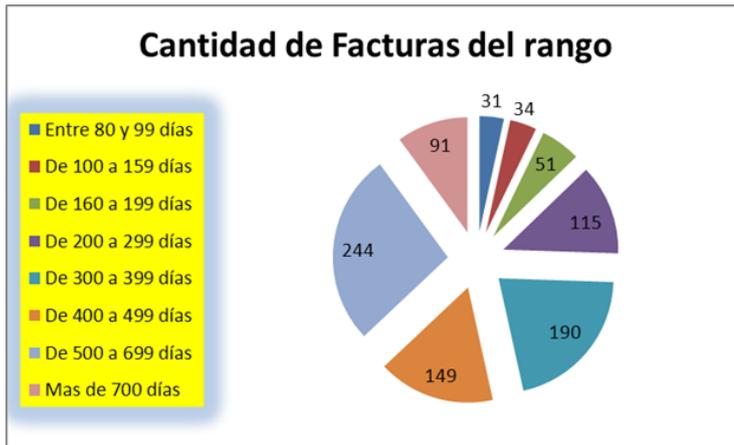
Resultados

Las 905 facturas, que figuran en los 21 Envíos, se han dividido en 8 rangos en relación al tiempo transcurrido entre el inicio de mora y la fecha de entrega de los Envíos para la confección del Certificado de Deuda. Se puede observar que prevalece el intervalo entre los 500 y 699 días de demora que representa el 27% del total con 244 facturas.

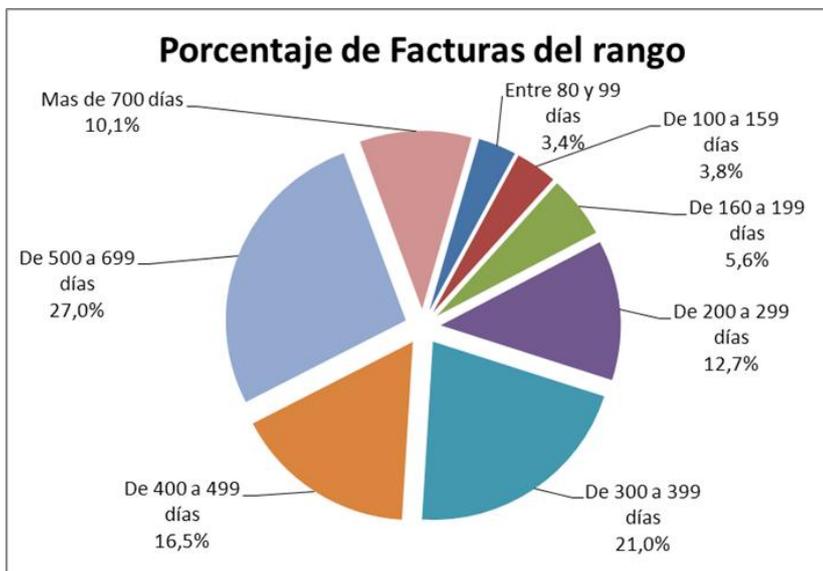
Días Transcurridos entre el inicio de mora y la fecha de envío para realizar el certificado de deuda	Cantidad de Facturas del rango	Porcentaje del total
Entre 80 y 99 días	31	3,4%
De 100 a 159 días	34	3,8%
De 160 a 199 días	51	5,6%
De 200 a 299 días	115	12,7%
De 300 a 399 días	190	21,0%
De 400 a 499 días	149	16,5%
De 500 a 699 días	244	27,0%
Mas de 700 días	91	10,1%
TOTAL	905	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a información ASI

⁷ Ley N° 2808. Art. 5º.-En caso de falta de pago, transcurrido los sesenta (60) días del vencimiento del plazo correspondiente, la ASI remitirá la factura y demás documentación a la autoridad administrativa competente del Ministerio de Salud, a fin de que se emitan los certificados de deuda. Éste será considerado un instrumento público, en los términos del Artículo 979, inciso 2, del Código Civil de la Nación.



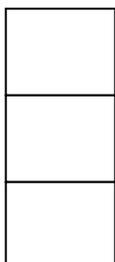
Fuente: Elaboración propia en base a información ASI



Fuente: Elaboración propia en base a información ASI

Como se podrá observar en la totalidad de los Expedientes (Envíos) que forman parte de la muestra no se cumple con lo establecido en normativa, registrándose demoras que van desde los 80 días a los más de 700 días entre el inicio de mora y el envío para la emisión de Certificados de Deuda. (Obs.12)

Por otra parte, con los datos recibidos, se realizó una división en cuanto a importes de las 905 facturas para verificar si el lapso entre el inicio de mora y el envío variaba sustancialmente. El incumplimiento señalado en cuanto a superar los 60 días, pudo corroborarse en todos los rangos de importe de facturas, (menores de \$ 5.000, rango entre \$5.000 y \$10.000, entre \$10.000 y \$50.000, entre \$50.000 y \$100.000, entre \$100.000 y \$200.000 y en aquellas superiores a \$ 200.000) como se observa en el siguiente cuadro.



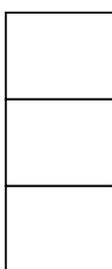
Total de Envíos de la muestra para la emisión del Cert. de Deuda	Total de facturas de los 21 envíos	Cantidad de facturas de Menos de \$5.000	Cantidad de facturas entre \$5.000 y \$10.000	Cantidad de facturas entre \$10.000 y \$50.000	Cantidad de facturas entre \$50.000 y \$100.000	Cantidad de facturas entre \$100.000 y \$200.000	Cantidad de facturas de más de \$200.000
21	905	491	120	219	38	30	7

Fuente: Elaboración propia en base a información ASI

Días transcurridos entre la fecha de Envío para la Emisión del Certificado de Deuda y el inicio de las actuaciones en sede judicial

Entrega	Nº de Envío para la emisión del Cert. de Deuda	Nº Certificado de Deuda correspondiente	Nº De expediente (judicial) correspondiente	Fecha de envío para la emisión del Cert. de Deuda (a)	Fecha de inicio en sede judicial (b)	Tiem po Transcurrido entre a y b
1	6	304	B69735-2013/0	24/05/2012	30/10/2013	524
	37	153	B34599-2013/0	24/05/2012	28/02/2013	280
	40	161	473/2014	24/05/2012	20/02/2013	272
	29	164	4370/2014	24/05/2012	09/08/2013	442
	33	167	811/2014	24/05/2012	17/06/2013	389
2	48	166	3819/2014	13/08/2012	11/03/2013	210
	46	170	B58233/2013/0	13/08/2012	22/03/2013	221
	45	145	1016/2013	13/08/2012	07/11/2013	451
	43	154	3868/2013	13/08/2012	17/06/2013	308
	44	172	B60601-2013/0	13/08/2012	08/05/2013	268
3	62	171	B60547-13/0	03/10/2012	11/07/2013	281
	55	165	B57803-13/0	03/10/2012	14/06/2013	254
	58 (329)	401	B4585-2014/0	03/10/2012	22/05/2014	596
	63 (248)	340	6430/2013	03/10/2012	23/10/2013	385
	61 (249)	342	B69101-2013/0	03/10/2012	10/10/2013	372
4	66	202	5545/2014	29/10/2012	08/05/2013	191
5	67	178	B57653-2013/0	14/01/2013	13/06/2013	150
	90	277	60548/2013	14/01/2013	11/07/2013	178
	96	301	5320/13	14/01/2013	13/09/2013	242
	108	204	1477/2014	14/01/2013	28/06/2013	165
	73	177	B59473-2013/0	14/01/2013	04/07/2013	171

Según la normativa, ante falta pago, agotadas las instancias prejudiciales la ASI remite la documentación para la confección de los certificados de deuda que serán ejecutados en sede judicial, por el Cuerpo de Mandatarios Judiciales (creado por el Decreto N°194/11). En sede administrativa la Gerencia Operativa de Relaciones con Entes Financiadores analiza antecedentes y la Dirección General Legal y



Técnica confecciona los Certificados de Deuda⁸. En caso de corresponder se completa la documentación respaldatoria y se subsanan errores. Si bien la normativa no establece un plazo para el inicio del reclamo en sede judicial en esta instancia como se puede observar en el cuadro que precede la demora oscila entre los 150 y 596 días para iniciar el expediente judicial. El promedio de tardanza para iniciar el expediente judicial de los 21 Certificados de deuda de la muestra fue de 302 días.

Recupero de deuda

Se solicitó por nota al Ministerio de Salud, se informe el estado de los 21 expedientes de la muestra que se enviaron al Cuerpo de Mandatarios Judiciales y que se encuentran tramitando en instancia judicial de ejecución. En base a la información suministrada por la Gerencia Operativa Relaciones con Entes Financiadores⁹ dependiente de la Dirección General Legal y Técnica del Ministerio de Salud, se pudo determinar que de los 21 juicios iniciados fueron cobrados solamente 5 (24 %), tal como se puede observar en el siguiente cuadro.

Nº Envío	Nº Certificado de Deuda	Nº Expediente (Judicial)	Fecha de inicio en Sede Judicial	Monto cobrado	Fecha de cobro	Estado procesal	Instancia del proceso donde se efectivizó el pago
29	164	4370/13	09/08/2013	\$ 1.069.287,84	Sep-14	Sentencia 1ra instancia	JUDICIAL
45	145	1016/13	07/11/2012	\$ 417,324,23	Sep-13	Se homologa convenio conciliatorio	Traslado de demanda
55	16	B 57803-13/0	14/06/2013	\$ 294.295,54	Agost.-14	Se homologa convenio de pago	JUDICIAL
73	177	B59473-13/0	04/07/2013	315.273,93	Feb-14	Conciliado convenio firmado	Traslado de demanda
96	301	5320/13	13/09/2013	768.311,28	Agost.-14	Actualmente en Fisco homologado	Traslado de demanda

9) Obtención y Análisis de los contratos de prestación de servicios suscriptos entre la Agrupación Salud Integral y los prestadores de servicios de facturación.

⁸ Decreto Nº 1566/08 Anexo1-art 5. "...Consentida o ejecutoriada la deuda, la ASI remitirá a la Dirección General Legal y Técnica del Ministerio de Salud, todos los antecedentes y documentación vinculada con las prestaciones adeudadas y su facturación, verificación y consolidación de la deuda, intimación, impugnaciones u observaciones. La Dirección General Legal y Técnica de dicho Ministerio evaluará la documentación y, de corresponder, emitirá el correspondiente certificado de deuda, conforme el modelo agregado como Anexo III del Decreto Nº 1566/08.

⁹ Nota nº NO-2014-16916458-000-DGLTSSASS del 20 de noviembre de 2014

Se analizaron las copias de los contratos de prestación de servicios, obtenidos a través de la contestación de la ASI, a la nota A.G.C.B.A. N°2706/14.

Descripción de las contraprestaciones derivadas del Contrato de Prestación de Servicios entre ASI y Prestadores privados

De la copia de los contratos recibidos se observa que con fecha 3 de octubre de 2011 se suscribió un contrato de prestación de servicios por un lapso de tres años entre la Agrupación Salud Integral (A.S.I.) y las siguientes empresas: Soluciones en Recuperos S.R.L., Emprendimientos en Salud S.R.L., Recuperos Buenos Aires S.R.L., Web MHC S.A. (los prestadores). Vencido este plazo, el contrato se prorroga automáticamente por un año más; durante el período de prórroga el mismo puede dejarse sin efecto por cualquiera de las partes sin expresión de causa, bastando la notificación a la contraria con una antelación de un mes.

Del contrato suscripto derivan las siguientes contraprestaciones:

Los prestadores tienen a su cargo:

- a) la auditoria previa y análisis de las liquidaciones de prestaciones brindadas a los beneficiarios de los entes de cobertura de salud.
- b) Confección de la factura pro-forma y suministro de información necesaria para la confección de facturas por parte de la A.S.I.
- c) la presentación ante el ente deudor de las facturas emitidas por ASI, su seguimiento y gestión de cobro.

ASI tiene como contraprestación:

- a) El abono del once por ciento (11%) del importe que efectivamente se perciba a través de la actividad desarrollada por “el prestador” de los entes de cobertura de salud, cuando esas facturas se perciban dentro de los noventa (90) días de presentadas al cobro al deudor. En caso que el cobro se produzca posteriormente al plazo de noventa días o mediante la gestión judicial o extrajudicial, el prestador percibirá el diez por ciento (10%) del importe que efectivamente se perciba. A todas estas sumas se les adiciona IVA. Estos pagos procederán una vez percibido y acreditados en cuenta por parte de ASI el importe correspondiente.

No se otorga a los prestadores la facultad de percibir suma alguna por cuenta y orden de la ASI.

- b) Informar mensualmente al prestador la cobranza concretada por la gestión, para su debido control.

Como anexo I de cada contrato se incluye el listado de hospitales asignados a cada prestador, el que podrá ser modificado una vez al año con los efectores asignados a las otras empresas que celebran contratos similares, respetando la proporcionalidad asignada. Los efectores asignados son:



Para Soluciones en Recuperos S.R.L.:

Hospital General de Agudos Cosme Argerich, I. Pirovano, J. Ramos Mejía, Donación F. Santojanni, P. Piñero, Enrique Tornú, Oftalmológico Santa Lucia, Materno Infantil Ramón Sarda, de Gastroenterología Dr. B. Udaondo, de Odontología Infantil Quinquela Martin.

Para Emprendimientos en Salud S.R.L.:

Hospital General de Agudos Juan A. Fernández, Teodoro Álvarez, de Niños Pedro Elizalde, de Oftalmología P. Lagleyze, de Oncología María Curie, Bernardino Rivadavia, Same, de Rehabilitación Manuel Roca, Infanto Juvenil Dra. Carolina Tobar García.

Para Recuperos Buenos Aires S.R.L.:

Hospital General de Agudos José M. Penna, Abel Zubizarreta, de Quemados, de Infecciosos Francisco Muñiz, de Odontología José Dueñas, de Odontología Dr. Ramón Carrillo y por último, Braulio Moyano.

Para Web MHC S.A.:

Hospital General de Agudos Carlos G. Durand, D. Vélez Sarsfield, de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, de Niños Ricardo Gutiérrez, de Rehabilitación Psicofísica (IREP), Talleres Protegidos, de Emergencias Psiquiátricas Alvear.

Como anexo II del contrato se incluyen las pautas de procedimiento de facturación y cobranza a cargo de los prestadores, a saber:

- a) Los prestadores deben retirar de ASI los CRG presentados por los efectores públicos, dentro de los dos días hábiles de notificados para su análisis y determinación de débitos y/o créditos.
- b) Los prestadores deben proveer los datos necesarios para dar de alta a un nuevo cliente y enviar a la ASI los proyectos de facturas para su emisión.
- c) Deben presentar un informe resumen mensual con el detalle de CRG recibidos y procesados con importe a facturar. Para aquellos que fueron objeto de débito o crédito parcial o total, debe detallar monto del mismo y saldo a facturar. La falta de cumplimiento en la presentación de este informe es causal de suspensión de pagos de comisiones pendientes. El procedimiento de los puntos a y b debe realizarse dentro de los 30 días corridos de retirada la documentación de la sede de ASI o de vencido el plazo para retirarla, contado desde la última puesta a disposición de CRG de un periodo mensual, no contando desde las entregas parciales de CRG.
- d) Es responsable de entregar a los entes de cobertura de salud hasta el día 20 de cada mes: factura ASI original, anexo de detalle CRG, anexo de afiliados incluidos en cada CRG y documentación respaldatoria en original.
- e) Es responsable de devolver a ASI el duplicado de la factura, anexo de detalle de CRG y anexo de afiliados antes del 25 de cada mes.
- f) Debe realizar la auditoria de débitos en tiempo y forma.

- g) Respecto a los cobros, debe analizar los recibos periódicamente.
- h) Debe informar diariamente vía mail, los datos necesarios para realizar las cobranzas y transferencias.

Análisis del contrato de prestación de servicios

Es destacable que el promedio del año 2012 para la percepción de facturas está en el orden de los 120 días según se ha mencionado en el presente informe. El plazo considerado en el contrato es de 90 días para abonar 11% al prestador si las facturas se perciben dentro de ese plazo una vez presentadas al deudor. Este equipo de auditoría estima que la mora sería constante, y el objetivo de 90 días para el cobro de facturas impracticable. (Obs.Nº13)

El contrato no estimula la eficiencia del prestador ya que percibe el 11% si se cobra la factura presentada al deudor dentro de los 90 días o el 10% superado ese límite temporal o cobrado judicial o extrajudicialmente. La única sanción sustancial consiste en la suspensión de pagos que se contempla ante la falta de la presentación del informe mensual con los detalles de CRG recibidos y procesados.

Se deber resaltar que la sanción es de carácter temporal, “La suspensión de pagos de comisiones pendientes hasta tanto se dé cumplimiento del mismo” entendiéndose que, subsanada la falta se habilita el pago.

Los plazos establecidos en la cláusula tercera punto 1) segundo párrafo del Convenio se contrastan con la normativa vigente. Este dice: “Si el cobro de las facturas se produce luego de los noventa (90) días, o mediante la gestión judicial o extrajudicial que se lleve adelante, El Prestador percibirá el diez por ciento (10 %) del importe que efectivamente se perciba”. Mientras que la norma (Decreto N° 1566/GCABA/2008, Sanción: 30/12/2008, Publicación: 16/01/2009, B.O.C.B.A. N° 3097) establece que ante la falta de pago por el vencimiento de la factura (30 días) ésta entrara en mora de pleno derecho, sin necesidad de interpelación, y que de considerarlo conveniente, la ASI podrá realizar una nueva intimación de pago al Ente de Cobertura de Salud, bajo apercibimiento de proceder conforme lo dispuesto en el artículo 5° de la Ley N° 2808; en el caso que la ASI contemple esta facultad, el plazo total transcurrido de las dos intimaciones no puede exceder los sesenta (60) días.

Como bien señala la normativa, transcurridos los sesenta (60) días, consentida o ejecutoriada la deuda, la ASI remitirá a la Dirección General Legal y Técnica del Ministerio de Salud, todos los antecedentes y documentación vinculada con las prestaciones adeudadas y su facturación, verificación y consolidación de la deuda, intimación, impugnaciones u observaciones¹⁰.

¹⁰ Se aclara que el Decreto N° 126/GCABA/2014 señala que operada el vencimiento de la factura emitida por el ASI, a los (30) días corridos desde la recepción de la factura, la ASI podrá extender por un plazo de otros treinta días (30) corridos la posibilidad de satisfacer el pago total de lo facturado sin intereses. Transcurrido dicho termino, comienza a computarse el plazo de cobro extrajudicial de treinta días (30), extendiéndose el plazo pago a 90 días para satisfacer el pago total de lo facturado. Obviamente esta normativa no se aplicaba en el período bajo análisis.

La normativa es inequívoca en los plazos y forma estipulados en el cobro de las facturas. Transcurridos los 60 días esta deberá ser remitida a la DGTAL para la confección del certificado de deuda y la aplicación de los intereses correspondientes (conforme al modelo agregado como Anexo III del Decreto N° 1566/08).

Es decir que ya debería encontrarse fuera del alcance del prestador, consecuencia de que la gestión encomendada no fue concretada, correspondiendo el cobro al cuerpo de mandatarios creados para tal fin (Los mandatarios dependen en los aspectos técnico-jurídicos de la Procuración General).

Por otra parte y analizando nuevamente, el segundo párrafo de la cláusula tercera punto 1) donde dice: “Si el cobro de las facturas se produce luego de los noventa (90) días, o mediante la gestión judicial o extrajudicial que se lleve adelante, el prestador percibirá el diez por ciento (10 %) del importe que efectivamente se perciba”.

Este equipo de auditoría entiende que esto, se contrapone con lo que señala el Decreto N° 194/GCABA/2011 (Sancionada: 20/04/2011, Publicada: 28/04/2011, B.O.C.B.A. N° 3652) en relación a la gestión encomendada y a los honorarios a percibir, debido a que el Decreto mencionado crea un cuerpo de mandatarios para el cobro judicial de las deudas originadas en prestaciones médicas brindadas por efectores públicos a personas con cobertura social o privada en sede judicial y a su vez fija los honorarios de acuerdo la labor realizada. Si esta consistiere únicamente en tareas extrajudiciales, los honorarios se fijan entre un cinco por ciento (5%) y un diez por ciento (10%) del total de la deuda. Iniciadas las acciones judiciales, y en los casos que el deudor optare por abonar la deuda en forma extrajudicial, los porcentajes de honorarios de los mandatarios serán fijados entre el siete por ciento (7%) y el doce por ciento (12%) del total de la deuda hasta el dictado de la sentencia, tanto por su labor extrajudicial como judicial. En caso que se hubiere dictado sentencia y se otorguen planes de facilidades el porcentaje de honorarios a percibir oscilará entre el diez por ciento (10%) y el quince por ciento (15%) con excepción de aquellos casos en que hubieran honorarios regulados y firmes por montos superiores a los porcentajes indicados, los que prevalecerán y deberán ser abonados por el deudor. Es un hecho relevante también que los convenios en análisis no establecen un proceso o tiempo determinado para su pase a mandatarios. (Obs.N°14)

Por último se puede señalar que el Convenio establece como obligación para el prestador, el retiro de los CRG y la documentación de la sede de la ASI dentro de las 48 horas de haber sido notificado por mail (que dichos CRG se hallan a disposición). Por otra parte el prestador deberá presentar a la ASI los proyectos de liquidaciones para facturar a los entes de cobertura que correspondan dentro de los treinta días de haber sido retirada de la ASI. A su vez deberá presentar informes estadísticos sobre la actividad desarrollada con una frecuencia no inferior a los dos meses.

Este equipo de Auditoría infiere que, a través dichos informes, la ASI sigue la marcha y toma conocimiento mes a mes de las demoras producidas en el cobro.

10) Análisis del Informe N° 2014 -17669823-SSASS emitido en respuesta a la Nota DGSAL N° 283-2014 y su correlación con lo solicitado por la misma.

Mediante la nota DGSAL N°283 se le solicitó a la Subsecretaria Administración del Sistema de Salud:

- a) Identificar cuál es el área bajo su dependencia, encargada de controlar el cumplimiento del Convenio suscripto (registrado en la Escribanía General bajo el N° 5773), entre el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Agrupación Salud Integral (ASI), para la gestión de identificación, facturación y cobro de las prestaciones brindadas a los beneficiarios de Entes de Cobertura de salud, públicos sociales o privados, conforme a lo dispuesto por la Ley N° 2808.
- b) Informar la existencia de auditorías internas o planes de control sobre la ASI en conformidad con los lineamientos dispuestos en la normativa mencionada.
- c) Informar si existe un plan de acción, elaborado por la ASI, referente al cumplimiento de sus funciones, para el año 2014 y 2015.
- d) Informar si en la Subsecretaría a su cargo, y en el marco de su competencia existe un sistema de sanciones en caso de incumplimientos, por parte de la ASI, de alguna cláusula del Convenio arriba citado.

Análisis del informe de referencia en respuesta a Nota DGSAL N° 283

La Subsecretaria de Administración del Sistema de Salud informó a través de la documentación citada, que el área del Ministerio de Salud, que a nivel operativo interactúa con ASI, es la Gerencia Operativa Relaciones con Entes Financiadores, mencionando que lo dispone de esta manera el Decreto N° 260/GCBA/2012. Asimismo informa que “recientemente se ha dictado el Decreto 395/GCBA/2014, que modifica la estructura orgánica del Ministerio de Salud”.

De acuerdo al relevamiento normativo hecho por esta auditoría, el Decreto N° 260/GCABA/2012 (Sanción: 06/06/2012, Publicación: 13/06/2012 B.OC.B.A. N° 3931) modificadorio de la estructura organizativa del Ministerio de Salud establecida por el Decreto N°660/GCABA/2011 (Sanción: 10/12/2011, Publicación: 14/10/2011 B.OC.B.A. N° 3811) al

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

igual que en su modificatorio Decreto N° 395/GCABA/2014 (Sanción: 06/10/2014 Publicación: 08/10/2014 B.O.C.B.A. N° 4497) dispone que la Gerencia Operativa Relaciones con Entes Financiadores tendrá las siguientes responsabilidades primarias:

- Evaluar y supervisar la documentación remitida por la Agrupación Salud Integral, relacionados con deudas (consentidas o ejecutoriadas) a cargo de los distintos entes financiadores de salud, en concepto de prestaciones hospitalarias y de emergencia, y proponer, en caso que corresponda, la emisión de los certificados de deuda, de conformidad con lo previsto en el artículo 5° de la Ley N° 2.808.
- Intervenir en la elaboración, implementación y desarrollo de los convenios de atención médica integral y hospitalaria con entes de cobertura de salud de cualquier naturaleza jurídica, pública, social o privada.
- Administrar la información sobre los ingresos provenientes de la gestión judicial de cobranza sobre la base de la información suministrada por la Procuración General del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Analizar y proponer el tratamiento de las propuestas de cobro de prestaciones a agentes del Seguro Nacional de Salud, remitidas por la Agrupación Salud Integral (A.S.I.), bajo el régimen nacional de facturación automática previsto por el Decreto N° 939/00 del Poder Ejecutivo Nacional y de conformidad con lo dispuesto por el artículo 7° del Anexo I del Decreto N° 1.566/08.

En opinión del equipo de Auditoría, en los Decretos mencionados, no se evidencian cambios en las responsabilidades de la “Gerencia Operativa Relaciones con Entes Financiadores”, y no dispone entre las funciones de la misma, las tareas de control y seguimiento del cumplimiento del Convenio suscripto (registrado en la Escribanía General bajo el N° 5773), entre el Gobierno de la CABA y la ASI (Convenio para la gestión de identificación, facturación y cobro de las prestaciones brindadas a los beneficiarios de Entes de Cobertura de salud, públicos sociales o privados).

La Subsecretaria de Administración del Servicio de Salud informó por otra parte, que ha solicitado “iniciar el análisis y proyecto de la modificación de la misma, con el fin de incorporar en forma específica e inequívoca las funciones inherentes al seguimiento y control de los parámetros y guarismos que hacen a todo el procesos de facturación realizado al amparo de la Ley N°2808”.

En contestación al punto dos del requerimiento, en primer lugar, la SSASS manifiesta que al ser la ASI un Consorcio de Colaboración Empresaria con participación del Ministerio de Salud, se encuentra sujeta a la auditoría anual de la Sindicatura General del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

En segundo lugar, también refiriéndose al punto dos del requerimiento, la SSASS manifiesta que “la Subsecretaria con la participación de las Direcciones Generales Legal y Técnica; Planeamiento y Presupuesto, Administrativa Contable y en su caso Sistema de información, realiza seguimientos periódicos a través de reuniones (de frecuencia mensual), respecto de la gestión operativa de ASI en el marco de la Ley N°2808. En las mismas se puntualizan y evalúan los guarismos relativos a la gestión de facturación y niveles de cobranza y se plantean los temas operativos y/o administrativos que se relacionan”.

Si bien en el marco del presente informe de auditoría ha tenido acceso a minutas referidas a reuniones del año 2012, la SSASS no ha informado el temario y las propuestas llevadas a cabo a través de dichas reuniones(durante el año 2014) y el grado de cumplimiento por parte de la ASI.

En el contexto de las reuniones mencionadas, la SSASS manifestó que “como resultado concreto, esta gestión ha propiciado el dictado del Decreto N°126-GCBA-2014, que reglamenta aspectos esenciales que hacen al funcionamiento de la ley N° 2808”.

En el cuerpo del presente informe se ha analizado los alcances del decreto de referencia.

En tercer lugar la SSASS, manifestó que: “se ha instruido a la Dirección General Sistemas de Información evaluar, diseñar e implementar un enlace que posibilite medir la trazabilidad de cada comprobante de recupero de gastos mediante el SIGEHOS desde su emisión hasta su efectivo cobro, de forma de posibilitar el acceso directo de los hospitales y el nivel central a su consulta, seguimiento y control. El mismo se encuentra planificado para el primer semestre 2015”.

En cuanto al SIGEHOS, este equipo de auditoría, en principio debe señalar que la Resolución N° 123/GCABA/SSASS/10 establece en su art. 1º que *“el Sistema de Gestión Hospitalario (SIGEHOS)” será el único sistema informático de gestión a utilizarse en los efectores de salud dependientes del Ministerio de Salud. Este sistema, es un desarrollo de la Dirección General de Sistemas Informáticos del Ministerio de Salud, cuyo objeto es el de proveer de una herramienta informática integral, y unificada para la gestión de los hospitales del GCBA. El sistema SIGEHOS contiene 7 módulos: Identificación y turnos, Admisión y egresos, Recupero de gastos, Farmacia, Estadística, Cobertura Porteña de Salud, Guardia. La Interfaz con Agrupación Salud Integral para envío de documentación del Módulo Recupero de gastos se encuentra en desarrollo (Información página web GCABA).*

Tal como se desprende de la normativa citada, el SIGEHOS debería ser el único sistema implementado. En la muestra seleccionada, no se corrobora dicha situación; incluso en aquellos hospitales donde se ha implementado el SIGEHOS, no funcionan todos los módulos.

Por otra parte, de la respuesta de la SSASS, se desprende que en la actualidad (por lo tanto también en el período 2012), no es posible seguir la trazabilidad de los comprobantes de recupero de gastos (CRG), ya que aún, el sistema no lo contempla, dificultando el control que cada Hospital debiera tener sobre los CRG emitidos y cobrados. (Obs.Nº15)

Por último y siempre en referencia al punto dos del requerimiento, la SSASS informa que “en cuanto a la facturación en hospitales se ha conformado conjuntamente con Jefatura de Gabinete, un grupo de trabajo que interactúa en las distintas etapas del procedimiento, constituyendo un recurso humano de afectación específica en la capacitación, constituyendo asimismo un instrumento facilitador de los procesos y de articulación con los efectores y con ASI”. “Los resultados y avances alcanzados se presentan periódicamente a los máximos niveles del Ministerio de Salud y Jefatura de gabinete.” En cuanto a esta última situación, informada por la SSASS, excede los límites del alcance del presente informe.

En relación al punto tres del requerimiento, la SSASS contesta que “El Plan de acción ASI-Ministerio de Salud se centra en potenciar la facturación y el trabajo mancomunado a través de los grupos de trabajo ya mencionados en la identificación, recolección de documentación, facturación y seguimiento de los porcentajes de cobranza y recupero por mandatarios”.

Este equipo de auditoría debe señalar que si bien se manifiestan los lineamientos generales del Plan de acción de la ASI; no se especifica si se ha planificado mejoras en el sistema y cuáles serían las metas propuestas, y de existir no fue puesto a disposición de esta Auditoría. (Obs.Nº16)

En respuesta al punto cuatro del requerimiento la SSASS señaló que no se han verificado incumplimientos del Convenio y por lo tanto no ha habido sanciones. La SSASS también manifestó, que “no obstante lo cual, de producirse situaciones que ameriten adoptar medidas correctivas serán evaluadas en forma específica y propiciadas las acciones que en su caso correspondieran”. En cuanto a este punto los incumplimientos y/o inobservancias del convenio surgirán de la totalidad de los procedimientos del informe de Auditoría.

11) Determinación las 5 causas principales de CRG emitidos en los Hospitales del GCBA y rechazados por la ASI y las Obras Sociales.

El requerimiento de información se efectuó en base a los 6 hospitales de la muestra, en forma particular, y el resto de los efectores en forma general.

Se solicitó por nota dirigida a la ASI, que informe lo siguiente:

- La cantidad y monto total de los de los CRG y Anexos II emitidos en 2012.
- La cantidad y valor de los CRG y Anexos II rechazados por las empresas facturadoras y/o por la ASI.
- La cantidad y valor de los CRG y anexos II rechazados por las obras sociales.
- En el caso de los rechazados, especificar las 5 causas más frecuentes en los efectores, detallados en las planillas que se adjuntan, y para el resto de los hospitales.
- Especifique y describa los criterios que implementan las obras sociales y las empresas facturadoras y/o ASI para rechazar los CRG y anexos II.

Con la finalidad de estructurar la respuesta, se confeccionaron grillas a ser completadas por la ASI, a los fines de homogeneizar la información y hacer posible su comparabilidad.

Resultado

En la respuesta entregada por la ASI, la institución aclara que no lleva estadísticas de los Anexos II recibidos.



La ASI manifestó que el envío del Anexo II, por parte del Hospital, no es condición necesaria para facturar ni para que la OS realice el pago de la prestación.

Respecto de los CRG rechazados, la ASI informó que pueden ser totales o parciales según corresponda. Por tal motivo, cada rechazo parcial fue contado como uno, por ello la cantidad de rechazos informados es mayor que el total de CRG recibidos. Además, un mismo CRG puede incluir uno o más motivos de rechazo.

Por esta causa, el análisis va a ser realizado no por la cantidad de CRG, sino por el monto en pesos de los mismos. El monto en pesos y la cantidad de CRG informados se computó teniendo en cuenta la fecha de presentación en la ASI, y no por la fecha de emisión de los mismos.

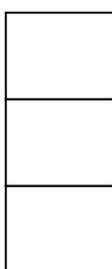
En base a estos criterios, se confeccionaron los siguientes cuadros:

Efectores	Cantidad total de CRG 2012	Monto en \$	% respecto monto total en \$
Hospital General de Niños Pedro Elizalde.	2179	\$ 13.446.296,24	11%
Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni.	1115	\$ 3.906.778,83	3%
Hospital Municipal de Quemados.	1024	\$ 5.624.629,51	4%
Hospital General de Agudos A. Zubizarreta.	1466	\$ 1.800.096,40	1%
Hospital General de Agudos B. Rivadavia.	624	\$ 1.689.617,66	1%
Hospital de Salud Mental B. Moyano.	40	\$ 229.464,00	0%
Resto	26167	\$ 99.981.702,07	79%
Total General	32615	\$ 126.678.584,71	100%

Rechazos ASI

Durante el año 2012 se presentaron a la ASI un total de 32.615 CGR, representando un total de \$126.678.584,71 a procesar y facturar.

De dicho monto, la ASI rechazó \$20.415.649,62 (16%) por las siguientes causas:



Principales causas de rechazo de CRG informadas por la ASI - año 2012	Monto en \$	%
Ajuste de valor según Nomenclador vigente.	\$ 11.644.923,61	57,04%
El CRG pertenece a otro financiador.	\$ 2.753.988,51	13,49%
El paciente pertenece a otra OS.	\$ 1.642.927,25	8,05%
El paciente no tiene cobertura.	\$ 793.917,79	3,89%
Crédito del 30% por derogación Dec 121/10 del GCBA.	\$ 170.749,27	0,84%
Se debita por falta de documentación que identifique al afiliado.	\$ 58.647,76	0,29%
No coincide el número de DNI del Anexo II con la información presentada.	\$ 16.067,45	0,08%
Otras Causas	\$ 3.334.427,98	16,33%
Monto total	\$ 20.415.649,62	100,00%

Como se exhibe en el cuadro, la mayoría de los rechazos efectuados por la ASI corresponden a problemas sobre circuito administrativo del hospital, tanto en los que tienen personal de la ASI, como los que tienen personal propio. Esto se refleja en el registro de los datos del paciente, y la determinación de la Obra Social a la cual facturar y los montos de las prestaciones. (Obs.Nº17yNº18)

En los hospitales de la muestra las principales causas de rechazos de la ASI fueron las siguientes:

Efectores (principales causas de rechazo por ASI)	Monto en \$ rechazado	%
Hospital General de Niños Pedro Elizalde.		
Ajuste de valor según Nomenclador vigente.	\$ 702.354,56	55,66%
El CRG pertenece a otro financiador.	\$ 197.824,47	15,68%
Otras Causas	\$ 185.855,52	14,73%
El paciente no tiene cobertura.	\$ 115.022,17	9,12%
El paciente pertenece a otra OS.	\$ 53.651,73	4,25%
Crédito del 30% por derogación Dec 121/10 del GCBA.	\$ 7.139,10	0,57%
Total	\$ 1.261.847,55	6%
Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni.		
Ajuste de valor según Nomenclador vigente.	\$ 151.175,90	55,03%
Otras Causas	\$ 36.499,48	13,29%
El paciente no tiene cobertura.	\$ 33.342,20	12,14%
El paciente pertenece a otra OS.	\$ 29.991,23	10,92%
No coincide el número de DNI del Anexo II con la información presentada.	\$ 15.808,45	5,75%
El CRG pertenece a otro financiador.	\$ 7.901,00	2,88%
Total	\$ 274.718,26	1%
Hospital Municipal de Quemados.		
Ajuste de valor según Nomenclador vigente.	\$ 201.981,00	31,96%
El CRG pertenece a otro financiador.	\$ 183.948,00	29,11%
El paciente pertenece a otra OS.	\$ 129.282,80	20,46%
Se debita por falta de documentación que identifique al afiliado.	\$ 58.647,76	9,28%
Otras Causas	\$ 56.879,66	9,00%
El paciente no tiene cobertura.	\$ 1.155,00	0,18%
Total	\$ 631.894,22	3%
Hospital General de Agudos A. Zubizarreta.		
Ajuste de valor según Nomenclador vigente.	\$ 296.105,70	61,69%
El paciente pertenece a otra OS.	\$ 67.026,36	13,96%
Otras Causas	\$ 58.921,45	12,28%
El paciente no tiene cobertura.	\$ 33.701,94	7,02%
El CRG pertenece a otro financiador.	\$ 21.470,00	4,47%
Crédito del 30% por derogación Dec 121/10 del GCBA.	\$ 2.760,80	0,58%
Total	\$ 479.986,25	2%
Hospital General de Agudos B. Rivadavia.		
Ajuste de valor según Nomenclador vigente.	\$ 67.173,00	44,48%
El paciente pertenece a otra OS.	\$ 64.124,30	42,46%
Otras Causas	\$ 8.021,00	5,31%
El paciente no tiene cobertura.	\$ 5.943,00	3,93%
El CRG pertenece a otro financiador.	\$ 5.510,00	3,65%
No coincide el número de DNI del Anexo II con la información presentada.	\$ 259,00	0,17%
Total	\$ 151.030,30	1%
Resto		
Ajuste de valor según Nomenclador vigente.	\$ 10.226.133,45	58,05%
Otras Causas	\$ 2.988.250,87	16,96%
El CRG pertenece a otro financiador.	\$ 2.337.335,04	13,27%
El paciente pertenece a otra OS.	\$ 1.298.850,83	7,37%
El paciente no tiene cobertura.	\$ 604.753,48	3,43%
Crédito del 30% por derogación Dec 121/10 del GCBA.	\$ 160.849,37	0,91%
Total	\$ 17.616.173,04	86%
Total General	\$ 20.415.649,62	100%

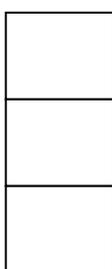
Con estos datos, se demuestra la necesidad de reforzar la estructura de personal, detección y registros, tendientes a determinar la identidad de las personas que son atendidas, las prácticas que se les realizaron y después, en la etapa de confección del CRG, poder determinar correctamente el monto de los reintegros de manera oportuna.

Rechazos por las Obras Sociales

Como se expresó en el acápite anterior, de los \$126.678.584,71 enviados por los efectores a procesar y facturar, las obras sociales rechazaron \$4.006.849,25 (3,16%) por las siguientes causas:

Principales causas de rechazo de CRG contenidos en facturas emitidas por la ASI hacia las Obras Sociales	Monto en \$	%
Afiliado perteneciente a otra OS	\$ 2.517.599,00	63%
Afiliado Inexistente	\$ 815.180,58	20%
Valores liq. no corresponden a nom. de GCBA	\$ 364.503,67	9%
Débito Médico	\$ 156.375,76	4%
No presenta documentación respaldatoria	\$ 119.156,77	3%
Otras Causas	\$ 34.033,47	1%
Monto total	\$ 4.006.849,25	100%

Las dos primeras causas de rechazos de obras sociales representan el 83% de los \$4.006.849,25-. Estas ponen en evidencia la permeabilidad del sistema de control, de los entes facturadores y los efectores, para detectar y filtrar las personas que no tienen obra social y aquellas que teniéndola, pueda determinarse correctamente a cuál pertenecen.(Obs.Nº19)



Principales causas de rechazo de Obras Sociales - 2012 (por efector)	Monto en \$	% RESPECTO DEL EFECTOR Y EL TOTAL DE RECHAZOS
Hospital General de Niños Pedro Elizalde.		
Afiliado perteneciente a otra OS	\$ 425.874,77	67,01%
Afiliado Inexistente	\$ 178.493,48	28,08%
Valores liq. no corresponden a nom. de GCBA	\$ 13.734,91	2,16%
Otras Causas	\$ 8.176,71	1,29%
No presenta documentación respaldatoria	\$ 4.908,67	0,77%
Débito Médico	\$ 4.365,00	0,69%
Total	\$ 635.553,54	15,9%
Hospital General de Agudos Donación F.		
Afiliado perteneciente a otra OS	\$ 46.287,46	48,74%
Valores liq. no corresponden a nom. de GCBA	\$ 30.356,00	31,96%
Afiliado Inexistente	\$ 9.711,00	10,22%
Otras Causas	\$ 4.129,00	4,35%
Débito Médico	\$ 3.800,00	4,00%
No presenta documentación respaldatoria	\$ 691,00	0,73%
Total	\$ 94.974,46	2,4%
Hospital Municipal de Quemados.		
Afiliado perteneciente a otra OS	\$ 132.133,10	88,72%
Débito Médico	\$ 10.926,00	7,34%
Otras Causas	\$ 2.785,00	1,87%
Valores liq. no corresponden a nom. de GCBA	\$ 1.280,00	0,86%
Afiliado Inexistente	\$ 1.215,00	0,82%
No presenta documentación respaldatoria	\$ 600,00	0,40%
Total	\$ 148.939,10	3,7%
Hospital General de Agudos A.		
Afiliado perteneciente a otra OS	\$ 29.187,50	70,82%
Valores liq. no corresponden a nom. de GCBA	\$ 4.863,00	11,80%
Afiliado Inexistente	\$ 2.898,00	7,03%
Otras Causas	\$ 2.089,00	5,07%
Débito Médico	\$ 1.214,00	2,95%
No presenta documentación respaldatoria	\$ 963,76	2,34%
Total	\$ 41.215,26	1,0%
Hospital General de Agudos B. Rivadavia.		
Afiliado perteneciente a otra OS	\$ 33.246,00	87,18%
Débito Médico	\$ 4.702,00	12,33%
Total	\$ 38.135,00	1,0%
Hospital de Salud Mental B. Moyano.		
Afiliado perteneciente a otra OS	\$ 11.340,00	100,00%
Total	\$ 11.340,00	0,3%
Resto		
Afiliado perteneciente a otra OS	\$ 1.839.530,17	60,58%
Afiliado Inexistente	\$ 622.676,10	20,51%
Valores liq. no corresponden a nom. de GCBA	\$ 314.269,76	10,35%
Débito Médico	\$ 131.368,76	4,33%
No presenta documentación respaldatoria	\$ 111.993,34	3,69%
Otras Causas	\$ 16.853,76	0,56%
Total	\$ 3.036.691,89	75,8%

12) Constatación de la afiliación a obra social (a través de DNI) y su facturación, sobre una muestra de los pacientes atendidos y registrados en los libros correspondientes, en los servicios de Rayos sobre prestaciones

ambulatorias, realizadas en los meses de febrero-marzo-abril de 2015, durante los días hábiles de la semana

Se procedió a llevar a cabo el procedimiento en los Hospitales Elizalde y Zubizarreta, por ser los que disponían la información necesaria.

Número de casos

Con el fin de establecer un mayor nivel de precisión, en la representatividad de la muestra, se elevó el número de casos a relevar, llevándolo a 379 registros de usuarios con obra social. Asimismo el nivel de confianza establecido por tabla de dicha muestra, es de un 95%.

En cuanto a la muestra, se analizaron los registros de los días hábiles de los meses de febrero –marzo-abril de 2015 para el caso del hospital Zubizarreta y los meses de Marzo y abril de 2015 para el hospital Elizalde 2014.

Obtención de la documentación

Se requirió por nota a ambos hospitales, lo siguiente:

- Los libros y/o registros que se utilicen, en donde se detallan las fechas de las prácticas efectuadas, el nombre, apellido, DNI y todo otro dato que contengan de las personas que fueron atendidas en el área de Rayos, de Consultorios Externos, correspondientes a los meses de **marzo y abril de 2015**. Asimismo, se informe si dichos usuarios poseían o no obra social. La copia de la documentación en soporte magnético y/o en soporte papel, deberá estar firmada por el responsable del área.
- La facturación (confección de anexo II – CRG) realizada a Obras Sociales, durante el lapso comprendido entre el 1º de enero de 2015 y hasta el 15 de mayo de 2015, por las prestaciones efectuadas a las personas que fueron atendidas en el área de Rayos, de Consultorios Externos, correspondientes a los meses de marzo y abril de 2015. La copia de la documentación en soporte magnética y/o en soporte papel, deberá estar firmada por el responsable del área.

Por la características de la facturación, de ambos hospitales, se solicitó los primeros cinco meses a fin de proceder a la búsqueda anterior y posterior al periodo seleccionado de confección de los anexos (febrero-abril).

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

Como resultado de las notas se obtuvo:

Hospital General de Agudos Dr. Abel Zubizarreta:

Registro pacientes ambulatorios atendidos del servicio de Rayos correspondientes a los meses de Febrero-Marzo-Abril, en soporte digital.
Base de datos del registro de anexo II (-bonos-) confeccionados, correspondiente al período Febrero-Mayo de 2015, en soporte digital.

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde:

Fotocopias del Libro de entrada diaria de pacientes, que fueron atendidos en el área de rayos de CCEE correspondientes a los meses de marzo y abril de 2015, en soporte papel.
Base de datos del registro de anexos II confeccionados, correspondiente al período Enero-Mayo 2015, en soporte digital.

Acciones desarrolladas en ambos hospitales

Procesamiento de datos

Sobre la totalidad de los registros se extrajo:

- Total de usuarios atendidos.
- Usuarios cuyo DNI es ilegible y/o inexistente (en el caso del Htal. Elizalde).

Análisis de los usuarios con DNI

Datos extraídos:

- Usuarios con obra social, que se detectaron a través de la búsqueda con las bases de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- Usuarios sin obra social o sin datos en la búsqueda.
- Usuarios con obra social, a los cuales se les confeccionaron los anexos II para la posterior facturación de las prestaciones.

Registro documental

Se fotocopiaron los 379 registros de O. Social de los pacientes de la muestra de cada uno de los hospitales.

Resultados

Se buscó lograr la determinación de:



- Porcentajes de pacientes con obra social sobre los pacientes identificados con DNI.
- Porcentajes de pacientes a los cuales se les confeccionó (a sus respectivas Obras Sociales) el anexo II de la prestación efectuada, corroborando con los registros de facturación del hospital, correspondientes al lapso enero – mayo de 2015.

Acciones específicas desarrolladas en el hospital Zubizarreta.

Detección de pacientes con Obra Social

Con la finalidad de lograr recolectar los 379 registros de usuarios con Obra Social, se analizaron las bases de datos correspondientes a los registros de los pacientes atendidos en el servicio de rayos en el lapso comprendido entre el lunes 2 de febrero de 2015 y el 10 de abril de 2015¹¹. El lapso se corta el 10 de abril, ya que en dicho día se llega al número que completa la muestra de 379 casos.

Se obtuvieron siguientes resultados:

Meses de la muestra	Total de Pacientes atendidos	Pacientes detectados por el Htal.	Pacientes No detectados por Htal y relevados por procedimiento	Composición de la muestra por mes
Febrero	649	67	78	145
Marzo	739	78	95	173
Abril	259	22	39	61
Total	1647	167	212	379
Porcentajes de detección sobre total de pacientes atendidos		10,14	12,87	23,01

Como se puede observar en el cuadro se analizaron los 1647 registros correspondientes a los pacientes atendidos durante el lapso febrero-abril, se buscaron la totalidad de los mismos en la base de datos de la Superintendencia de Servicios de Salud. Como se expone en el cuadro precedente el hospital pudo detectar 167 (10,14%) pacientes afiliados a O. Sociales (se omitió la consideración de datos de los pacientes pertenecientes a la cápita de Pami, ya que no pertenecen al sistema de facturación según la Ley N°2808). Por otra parte el procedimiento de

¹¹ Se utilizó el mes de febrero debido a que la cantidad de datos que aparecían en marzo iba a dificultar llegar a la cifra prevista de la muestra (379).

auditoría permitió detectar 212 (12.87%) usuarios con O.S. (no se incluyeron afiliados Pami).

Como síntesis del procedimiento de detección, se determinó que el 44% (167) de los 379 pacientes con O.S. fue detectado por el sistema de recepción del Hospital, mientras que el 56% (212 casos) fue detectados por el procedimiento de auditoría. Obs. Nº 20

Confección de Anexo II (bonos)

El Hospital Zubizarreta consigna en la base de datos entregada el número de bono (anexo II) que se le asigna a determinado paciente que realizó una práctica, en este caso una prestación del servicio de rayos.

Como respuesta al requerimiento de la auditoría, el sector de facturación del Hospital, puso a disposición la base de datos de los bonos (anexo II) confeccionados en raíz de las prestaciones ambulatorias efectuadas en el servicio de Rayos. Se efectuó un filtro sobre dichas bases retirando aquellas pertenecientes a la cápita de Pami, y con el resto se confeccionó una planilla de los 78 anexos II o bonos correspondientes al período febrero/mayo.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Total de Bonos facturados		Mes de la prestación							
		Periodo bajo análisis					Abril resto	Mayo	Otro mes
		Enero	Febrero	Marzo	Hasta 10/4				
Febrero	15	7	6					2	
Marzo	11		3	8					
Abril	1			1					
Mayo	51			8	4	14	25		
Total	78	7	9	17	4	14	25	2	

Del cruzamiento de datos, expuestos en el cuadro se deduce, que del total de bonos facturados con obra social solamente 30 registros (9 de febrero, 17 de marzo y 4 de abril) pudieron ser detectados como pacientes atendidos en el lapso bajo análisis.

Se efectuó posteriormente el cruce nominal con los 379 casos de la muestra de pacientes atendidos determinadas en el procedimiento de detección.

Parte de la información brindada por el hospital consistió en que, en cada anexo II figuraba la fecha de atención del paciente, por lo tanto esto permitió cotejar los datos de facturación, con los de detección de realizada por el propio hospital, de ello surge lo siguiente:



	Ocurrencias de pacientes con anexo II (bonos) en el período de análisis			
	Febrero	Marzo	Hasta 10/4	Totales
Facturados	9	17	4	30
Observaciones				
Pacientes hallados	9 figuran con turno	12 figuran con turno	1 figura con turno	22
Pacientes no hallados en planilla		5 sin turno	3 sin turno	8

Conectando este resultado con el cuadro anterior referido a la detección de pacientes con obra social, podemos deducir que de las 167 ocurrencias de casos detectados por el Hospital con O.S. solamente se realizaron 22 anexos II (o bonos como los denomina el Hospital) este dato implica, que el 13,17% de los casos con O.S. (detectados por el propio hospital) fueron facturados. En el caso de los 8 registros que figuran facturados, no se los pudo localizar en las planillas de atención, generando este hecho un desvío en cuanto al registro. Obs. N° 21

En cuanto al resultado general podemos especificar que del total de los 379 registros de pacientes con O.S., sólo se pudo facturar 5,80% de los casos registrados (22 ocurrencias) y si se contaran los 30 registros totales, tendríamos un facturación de 7,9 %.

Resultados

Se pudo constatar que para el servicio de rayos del Hospital Zubizarreta, en el lapso bajo análisis, sobre los 1647 pacientes atendidos, el 23,01 % poseía obra social. Sobre esa totalidad de usuarios con O.S. el 44% (167casos) de los usuarios fue detectado por el hospital, mientras que el procedimiento llevado a cabo por esta auditoría detectó el 56% (212 casos) restante de los 379 usuarios.

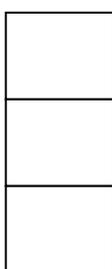
Por otra parte se constató que el hospital sólo pudo facturar el 13,17% (22 casos) de los 167 pacientes detectados por su propio sistema de detección y que este porcentaje se reduce al 5.8% si se lo compara con el total de la muestra 379 casos.

Estos resultados determinan un desvío en cuanto a la eficacia en la detección de usuarios con obra social, y una baja productividad (13,17%) entre la propia detección y la facturación posterior.

Acciones específicas desarrolladas en el Hospital Elizalde.

Detección de pacientes con Obra Social

Con la finalidad de lograr recolectar los 379 registros de usuarios con Obra Social, se analizaron las bases de datos (fotocopias del libro de rayos) correspondientes a los registros de los pacientes atendidos en el servicio



de rayos en el lapso comprendido entre el lunes 2 de marzo de 2015 y el 16 de abril de 2015. El lapso se corta el 16 de abril, ya que en dicha fecha se llega al número que completa la muestra de 379 ocurrencias.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Resultado del procesamiento de datos Marzo -abril 2015				
Total de registros analizados	Sin datos de OS	Con anexo II	No tienen anexo II	Total de detectados con O.S.
3558	3171	120	259	379

En el hospital bajo análisis, los pacientes son registrados en el libro de rayos, si bien antes de ser atendidos y registrados, con la prescripción de la práctica, pasan por la ventanilla de detección de obra social (donde revista una agente de la ASI), no se tuvo acceso al listado de pacientes con Anexo II confeccionados en el lapso bajo análisis. (Obs. N° 22)

Por lo expuesto el trabajo realizado con los datos del libro de rayos se procesó en una base de datos construida por la propia auditoría registrando las 3558 ocurrencias de pacientes atendidos. Sobre esta misma base se realizó la pesquisa de los 379 usuarios con obra social, buscando para ello la información de la totalidad de los registros con DNI legible. De ello surge como lo muestra el cuadro que 3171 registros no se pudo determinar su pertenencia a una obra social. Se determinó que el 10,65 % (379 registros sobre 3558 datos) es el porcentaje de pacientes con obra Social. Por otra parte se determinó que en el 26,16% (931registros) de los casos no se pudo determinar el DNI, por ser ilegible o no encontrarse el dato, o ser erróneo. Obs. N° 23

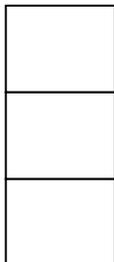
De haber contado con la información de esos registros la tasa de usuarios con obra social hubiese aumentado un 11%.

Facturación

Con los datos de los 379 registros de la muestra, identificados con número de documento y pertenencia a una determinada obra social, se realizó un cruzamiento con la base de datos de los registros facturados que para el período bajo análisis (1de enero 2015-15 de mayo 2015) fue de 576 anexos II. Sobre ese universo de facturación se realizó la búsqueda de pacientes detectados y que fueron facturados, llegando a la conclusión que se pudieron facturar el 31,66 % (120 ocurrencias) de los 379 casos encontrados.

Conclusión

Se pudo constatar que para el servicio de rayos del Hospital Elizalde, en el lapso bajo análisis, sobre los 3558 pacientes atendidos, el 10,65% (379 casos) poseía obra social. Sobre esa totalidad de usuarios con O.S. no se



pudo constar cuantos se detectaron por parte del sistema de recepción del servicio. Por otra parte se determinó que en el 26,16% (931 registros) de los casos no se pudo determinar el DNI, por ser ilegible o no encontrarse el dato, o ser erróneo.

Por otra parte se constató que el hospital facturó el 31,66 % (120 casos) del total de la muestra 379 registros, dejando el 68,34 % (259 casos) sin facturar. Obs. N° 24

Estos resultados determinan un desvío en cuanto a la eficacia en la detección de usuarios con obra social, por la falta de posibilidad de saber a cuantos pacientes se le realizó el anexo II en el momento de atenderse o solicitar turno para realizar la práctica en el sector de rayos. Se constata una productividad intermedia (31,66%) para la facturación realizada.

V- Observaciones

1-De la información suministrada por el ASI no se puede determinar cuáles son los criterios utilizados para la distribución del personal.

Según puede observarse en los hospitales donde hay personal asignado no se cubre la totalidad de la jornada, como así tampoco no son cubiertos los días sábados y domingos.¹²

2- En virtud de un mecanismo de prorrateo establecido por la ASI los gastos generados por salarios y cargas sociales del personal asignado son deducidos del importe total transferido entre todos los Hospitales. En aquellos Hospitales donde no hay personal asignado por la ASI, igualmente se le efectúa la deducción prevista en el Art 2 y 11 de la Ley N° 2808.¹³

3- Los efectores de Salud dependientes del GCABA no llevan un registro diario de ingreso, egreso, asistencia y puntualidad de los agentes de la ASI asignados por la Agrupación para prestar servicios en las tareas relacionadas con la Ley N° 2808.

¹² La ASI ha manifestado en su descargo lo siguiente: “El personal asignado por ASI en los Hospitales Públicos lo fue a título de colaboración con el GCBA para ayudar con las tareas que de acuerdo a la Ley 2808 debe realizar cada efector con su propio personal. Esta colaboración fue realizada por pedido de las autoridades del Ministerio de Salud, por pedido expreso de la Jefatura de Gabinete, para facilitar la puesta en marcha del sistema. El criterio de asignación de personal fue irregular y dificultoso, a partir de los Hospitales que receptaron al personal de ASI ya que hubo resistencias en distintos establecimientos y en base a una estimación empírica, dada la carencia absoluta de antecedentes en la materia, de las posibilidades de crecimiento de la detección y facturación de pacientes con cobertura. En algunos establecimientos se retiró personal y se trasladaron a otros, sin dejar de mencionar algunos Hospitales donde se nos negó el ingreso como el Santojanni, Penna y Ramos Mejía. La asignación de personal encontró también límites en la cuantía del gasto. En ningún momento se planificó cubrir la totalidad de la jornada (24 horas) ni todos los días de la semana.”

¹³ La ASI ha manifestado en su descargo lo siguiente: “El gasto de los salarios del personal asignado a tareas de la Ley 2808 se distribuye a prorrata entre todos los efectores, por considerar que resulta el más justo, teniendo en cuenta que se trata de un costo que hace al servicio general de detección y facturación de la Ley 2808. Este criterio es coincidente con el que establece que del total percibido por cobranzas de los efectores públicos, se distribuya un porcentaje fijo a todos los trabajadores de todos los Hospitales sin tener en cuenta lo producido por el Hospital donde trabajan.”

4-En el Hospital Moyano no se han facturado las prestaciones ambulatorias durante el período auditado.¹⁴

5- No se han implementado acciones para incrementar la facturación en los efectores de Salud Mental. En particular, no se designó personal por parte de la ASI en ninguno de los efectores de Salud Mental.

6-No se han realizado auditorías externas durante el periodo auditado.

7-No se facturaron 300 CRG (4% del total) emitidos por los efectores de la muestra durante el año 2012.

8-La demora promedio, entre la fecha de recepción del CRG en la ASI y su facturación fue de 120 días y no de los 60 a 65 días informados por la ASI (según se puede observar en el gráfico de la página 68).

9-La demora promedio entre la recepción de la factura por parte de las obras sociales y la orden de transferencia al Ministerio de Salud fue de 146 días (por ley no debería exceder los 60 días según la normativa vigente para dicho período).

10- La demora total promedio entre la confección de los CRG en los efectores y el depósito correspondiente a los importe cobrados, en las cuentas escriturales de los hospitales es de 316 días.

11-El 66 % de lo CRG facturados y cuyos montos fueron cobrados, se transfirieron luego de los 60 días.¹⁵

Mandatarios

12- No se cumple con lo establecido en normativa, registrándose demoras que van desde los 80 días a los más de 700 días entre el inicio de mora y el envío de la documentación para la emisión de Certificados de Deuda al Ministerio de Salud.(pág.64)

Contrato con las facturadoras

13- La mora se produce constantemente siendo el plazo promedio de 120 días según se desprende del cuerpo del informe, resultando impracticable los 90 días pactados en los contratos. (pág.68)

¹⁴ Comentario del auditado: “En el caso específico del Hospital Moyano la facturación de prestaciones ambulatorias es incumbencia del personal del Hospital y en su caso de las autoridades del mismo”

¹⁵ La ASI ha manifestado en su descargo lo siguiente: “Consideramos de utilidad presentarles información del año 2014: Analizamos los CRG emitidos en el 2014, por los Hospitales de la muestra y las fechas promedio resultaron ser: DE 6118 CRG recibidos, 70 no se facturaron, 4426 se cobraron.

Del total de CRG cobrados 2902 se cobraron dentro de los 90 días de recibidas las facturas. Lo que representa 66% de los CRG facturados y cobrados.

El plazo promedio entre la Recepción del CRG y Emisión de Factura es de 59 días”

14- El convenio no hace mención a la obligatoriedad del traspaso de las facturas no cobradas al cuerpo de mandatarios. (pág.70)

Informe del Ministerio de Salud

15-No se puede efectuar la trazabilidad de los CRG, tal cual lo manifestó la SSASS. (pág.73)

16-No se pudo obtener un plan de acción específico de la ASI para el lapso 2014-2015.

CRG Rechazados

17- No existe un control eficaz; por parte de los efectores, de los valores asignados a los CRG, de acuerdo al nomenclador vigente, al momento de las prestaciones. Esta falencia representa el 57,04% de los rechazos efectuados por la ASI.¹⁶

18- El control administrativo no permite identificar correctamente a los pacientes con obra social, dentro de los efectores de la muestra y el resto. El 25,43% de los montos rechazados por la ASI corresponden a problemas vinculados con pacientes que no tienen obra social (3,89%); pacientes que pertenecen a otro financiador (13,49%) u obra social (8,05%).¹⁷

19-No existe un mecanismo en los entes privados, que realizan la labor de controlar, procesar y facturar en nombre de al ASI, en donde se garantice que las prestaciones se facturen a la Obra Social o financiador que corresponda. Esta falencia representa el 83% del monto rechazado por las Obras Sociales (el monto total rechazado por las Obras sociales representa el 3,16% del total facturado).

Procedimiento de detección y facturación de Afiliados a obras sociales

20- En el Hospital Zubizarreta no se detectó por parte del sistema de recepción del hospital, el 56% de los pacientes con obra social de la muestra.

21- Se constató que el Hospital Zubizarreta sólo pudo facturar el 13,17% (22 casos) de los 167 pacientes hallados por su propio sistema de

¹⁶ Comentario del auditado: “La observación se refiere a una tarea que no se encuentra a cargo de la ASI, ya que la confección de los CRG la realiza cada efector con sus propios sistemas y recurso humano. No obstante esta agrupación ha informado al Ministerio de Salud sobre esta situación”

¹⁷ Comentario del auditado: “La detección de pacientes con cobertura es un proceso complejo ya que la Superintendencia de Servicios de Salud no cuenta con un padrón en línea de los afiliados de cada obra social, la información que se puede consultar tiene una demora en su actualización de 90 días promedio.

detección y que este porcentaje se reduce al 5,8% si se lo compara con el total de la muestra 379 casos.

22- En el Hospital Elizalde no se puede constatar la cantidad de pacientes a los cuales se les realiza el Anexo II en el momento de atenderse o solicitar turno para realizar la práctica en el sector de rayos.

23- No se pudo determinar el DNI en el 26,16% de los registros asentados en el libro de rayos del Hospital Elizalde.

24- Se constató que el Hospital Elizalde sólo facturó el 31,66 % (120 casos) del total de la muestra de 379 registros, dejando el 68,34 % (259 casos) de la mismo sin facturar.

VI. Recomendaciones

1-Especificar los criterios utilizados para la distribución del personal de ASI en Hospitales. Tender a cubrir la totalidad de la jornada como los sábados, domingos y feriados.

2- Establecer un prorrateo de los gastos generados por salarios y cargas sociales del personal (prevista en el Art 2 y 11 de la Ley Nº 2808) asignado en los Hospitales de acuerdo a la distribución efectiva del personal excluyendo aquellos nosocomios que no posean personal.

3- Implementar en los efectores de Salud dependientes del GCABA un registro diario de ingreso, egreso, asistencia y puntualidad de los agentes de la ASI asignados por la Agrupación para prestar servicios en las tareas relacionadas con la Ley Nº 2808.

4-Implementar en el Hospital Moyano un sistema que permita facturar las prestaciones ambulatorias.

5- Implementar acciones para incrementar la facturación en los efectores de Salud Mental. Arbitrar las acciones a fin de designar personal por parte de la ASI en los efectores de Salud Mental.

6-Implementar la realización de auditorías externas sobre la gestión de la ASI tal como lo prevé la normativa.

7-Implementar un sistema administrativo que permita disminuir la cantidad de CRG no facturados.

8- Agilizar los procesos administrativos entre la fecha de recepción del CRG en la ASI y su facturación con el fin de ajustar los tiempos a lo establecido contractualmente.

9-Agilizar los procesos administrativos entre la recepción de la factura por parte de las obras sociales y la orden de transferencia al Ministerio de Salud fue de 146 días, para no exceder los plazos según la normativa vigente para el período.

10- Agilizar los procesos administrativos entre la confección de los CRG en los efectores y el depósito de los importes cobrados, en las cuentas escriturales de los hospitales con el fin de reducir la demora promedio de 316 días.

11-Agilizar los procesos administrativos a fin de reducir los plazos de transferencia los CRG facturados y cobrados.

Mandatarios

12- Cumplir con los plazos establecidos en la normativa entre el inicio de mora y el envío de la documentación para la emisión de Certificados de Deuda al Ministerio de Salud.

Contrato con las facturadoras

13 Cumplir con el plazo establecido en el contrato.

14-Adecuar el mecanismo administrativo para cumplir con la obligatoriedad del traspaso de las facturas no cobradas al cuerpo de mandatarios.

Informe del Ministerio

15-Diseñar un sistema que permita efectuar la trazabilidad de los CRG, en todo el proceso.

16-Convenir un plan de acción específico de la ASI para el lapso 2014-2015 y los períodos futuros.

CRG Rechazados

17- Diseñar y ejercer un control eficaz; por parte de los efectores, de los valores asignados a los CRG, de acuerdo al nomenclador vigente, al momento de las prestaciones.

18-Diseñar un control administrativo, dentro de los efectores, que permita identificar correctamente a los pacientes con obra social.

19-Desarrollar un mecanismo en los entes privados, que realizan la labor de controlar, procesar y facturar en nombre de al ASI, en donde se garantice que las prestaciones se facturen a la Obra Social o financiador que corresponda.

Procedimiento de detección y facturación de Afiliados a obras sociales

Hospital Zubizarreta

20- Mejorar en dicho nosocomio los procedimientos de detección, por parte del sistema de recepción del hospital, de los pacientes con obra social, con el fin de incrementar los porcentajes de dicho proceso.

21-Implementar las medidas administrativas correctivas necesarias, con la finalidad de incrementar la facturación de los pacientes que se atienden en el hospital y que cuentan con obra social.

Hospital Elizalde

22-Implementar un sistema de registro de los pacientes a los cuales se les realiza el Anexo II e incrementar el sistema de detección de pacientes con obra social, en el momento de atenderse o solicitar turno para realizar la práctica en el sector de rayos.

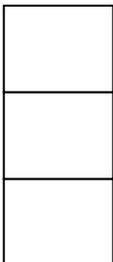
23- Mejorar el registro de los datos de los pacientes asentados (DNI) en el libro de rayos del Hospital.

24- Implementar las medidas administrativas correctivas necesarias, con la finalidad de incrementar la facturación de los pacientes que se atienden en el hospital y que cuentan con obra social.

VII-Conclusión:

La Ley N° 2808, sus Decretos reglamentarios, las posteriores Disposiciones y contratos suscriptos, permitieron que la ASI, le diera una nueva organización a la actividad de detectar, facturar, procesar y cobrar las prestaciones efectuadas a usuarios de Hospitales Públicos, que cuentan con obra social. Sin embargo, en la presente auditoría, la AGCBA observó un número importante de desvíos por parte de la ASI de las obligaciones surgidas de la Ley N°2808, como así también serias dificultades para el cumplimiento de las mismas. Esto se verifica tanto en las acciones de la propia ASI, como en las desarrolladas por los mandatarios y en las áreas afectadas a las tareas en cuestión por parte de los efectores. La dilación en los plazos de facturación y las demoras en la

gestión de cobranzas difieren en el tiempo la percepción de ingresos por parte de la hacienda pública. Asimismo, la ineficacia en la detección de los pacientes con obra social, reduce sensiblemente el universo de facturación posible. De este modo, y por las cuestiones evaluadas, resulta evidente que el desempeño de la ASI deviene en ineficiente por la falta de utilización de los recursos necesarios o por no tenerlos a disposición, e ineficaz porque cumple, parcialmente, con los objetivos planteados en la Ley. Finalmente y considerando los hallazgos detectados, el Colegio de Auditores recomienda incluir dentro de sus futuras programaciones anuales, auditorías de seguimiento como así también auditorías de gestión que contemplen el rol del Ministerio de Salud del GCBA y de las áreas pertinentes de los efectores en el proceso de cobro de recuperos.



Anexo I

Síntesis del marco Normativo

TIPO DE NORMA	NÚMERO	SANCIÓN PUBLICACIÓN	DESCRIPCIÓN
Constitución Nacional		Sanción:15/12/1994 Publicación:10/01/1995 BO:28057	Ley Fundamental. Principios Generales. Pactos internacionales.
Constitución de la C.A.B.A.		Sanción:01/10/1996 Publicación:10/10/1996 BOCBA:47	Ley Fundamental. Principios Generales.
Ley/GCABA	70	Sanción:27/08/1998 Publicación:29/09/1998 BOCBA:539	Sistema de gestión, administrativa financiera y control del sector público de la Ciudad.
Ley/GCABA	153	Sanción:25/02/1999 Publicación:28/05/1999 BOCBA:703	Ley Básica de Salud.
Ley/GCABA	325	Sanción:28/12/1999 Publicación:18/02/2000 BOCBA:884	Aprueba normas de la AGCBA.
Ley/GCABA	471	Sanción:05/08/2000 Publicación:13/09/2000 BOCBA:1026	Ley de relaciones laborales en la Administración Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Empleo Público.
Ley/GCABA	2808	Sanción:24/07/2008 Publicación:09/09/2008 BOCBA:3010	Establece un Procedimiento Especial Administrativo y Proceso Judicial aplicable al cobro ejecutivo de prestaciones brindadas a personas con cobertura social o privada por la red de efectores públicos de salud.
Ordenanza/MCBA	45241	Sanción:26/09/1991 Publicación:26/11/1991 BM:19168	Ordena reinvertir los fondos recaudados por las Unidades Asistenciales en prestaciones a Obras Sociales y Mutuales.
Decreto/PEN	939	Sanción:19/10/2000 Publicación:24/10/2000 BO:29510	Crea el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.
Decreto/GCABA	208	Sanción:02/03/2001 Publicación:09/03/2001 BOCBA:1149	Reglamenta la Ley nº 153 “Ley Básica de Salud”.
Decreto/GCABA	251	Sanción:03/03/1997 Publicación: BOCBA:163	Aprueba Proyecto de Reformas al Convenio de la ASI
Decreto/GCABA	820	Sanción:20/06/2001 Publicación:28/06/2001 BOCBA:1222	Designación del Sr. Luis Cesar Schkolnik.
Decreto/GCABA	477	Sanción:30/04/2008 Publicación:08/05/2008 BOCBA:2925	Designación del Sr. Guillermo Eduardo Roma y el Sr. Mauricio Longin D'Alessandro.
Decreto/MCBA	1355	Sanción:16/09/1993 Publicación:04/10/1993 BOCBA:19631	Aprueba Proyecto de Reformas al Convenio de la Agrupación Salud Integral
Decreto/MCBA	1499	Sanción:03/07/1992 Publicación:15/07/1992 BOCBA:19325	Aprueba Convenio con Entidades de Medicina Privada.
Decreto/GCBA	1566	Sanción:30/12/2008 Publicación:16/01/2009 BOCBA:3097	Reglamenta la Ley nº 2.808.
Decreto/GCABA	113	Sanción:22/01/2010 Publicación:03/02/2010 BOCBA:3354	Establece un plan de facilidades de pago de deudas en mora que registren los entes de cobertura de Salud Públicos, Sociales o Privados.
Decreto/GCABA	121	Sanción:25/01/2010 Publicación:04/02/2010 BOCBA:3355	Se rescinden convenios celebrados con entes privados de financiación de salud y prestadores de la Seguridad Social, Obras sociales, institutos.
Decreto/GCABA	194	Sanción:20/04/2011 Publicación:28/04/2011	Modifica parcialmente el Decreto nº 1556/2008. Crea el cuerpo de mandatarios

		BOCBA:3652	para el cobro judicial de las deudas originadas en prestaciones médicas.
Decreto/GCABA	126	Sanción:03/04/2014 Publicación:08/04/2014 BOCBA:4373	Reglamenta la Ley nº 2.808 y deroga Decreto nº1566/08
Resolución/MSNAC	487	Sanción:21/08/2002 Publicación:28/08/2002 BO:29971	Establece nuevos mecanismos para la presentación y cobro de las facturaciones por parte de los Hospitales Públicos de gestión descentralizada.
Resolución/GCABA/SSASS	123	Sanción:13/09/2010 Publicación:29/09/2010 BOCBA:3514	Establece como Único Sistema Informático el Sistema Único de Gestión Hospitalario – SIGEHOS.
Resolución/GCABA/MSGC	619	Sanción:11/04/2011 Publicación:06/05/2011 BOCBA:3658	Aprueba el nomenclador de prestaciones de salud.
Resolución/GCABA/MSGC	884	Sanción:27/05/2011 Publicación:09/06/2011 BOCBA:3681	Encomienda a la A.S.I. el análisis y evaluación de la cantidad de mandatarios judiciales.
Resolución/GCABA/MSGC	1234	Sanción:26/07/2011 Publicación:29/07/2011 BOCBA:3716	Designa a integrantes del cuerpo de mandatarios.
Resolución/GCABA/MSGC	2259	Sanción:23/12/2011 Publicación:29/12/2011 BOCBA:3822	Aprueba nomenclador de prestaciones de Salud. Nuevo Nomenclador de prestaciones de Salud rige para prestaciones que se realicen a partir de las 0 horas del 1 de enero de 2012.
Resolución/GCABA/MHGC	78	Sanción:17/01/2012 Publicación:28/03/2012 BOCBA:4367	Instrumenta el Acta de Negociación Colectiva N° 25/11.
Resolución/GCABA/MSGC	1317	Sanción: 27/09/2012	Ratifica la designación del Dr. Eduardo Francisco Munin
Resolución/GCABA/MSGC	1696	Sanción:11/12/2012 Publicación:17/12/2012 BOCBA:4057	Instrumenta el Acta de Negociación Colectiva N° 14/12.
Resolución/GCABA/MSGC	1868	Sanción:28/12/2012 Publicación:08/02/2013 BOCBA:4091	Aprueba la propuesta de actualización del Nomenclador de prestaciones de Salud. Aranceles. A partir del 15 de octubre de 2012.
Resolución/GCABA/MJGGC /MHGC	164	Sanción:22/01/2013 NO PUBLICADO	Aprueba la Adenda suscripta con fecha 28 de mayo de 2012.
Resolución/GCABA/MSGC	637	Sanción:23/07/2013 Publicación:26/07/2013 BOCBA:4202	Instrumenta el Acta de Negociación Colectiva suscripta el 20/03/2013.
Resolución/GCABA/MSGC	1208	Sanción:16/09/2013 Publicación:10/09/2013 BOCBA:4237	Rechazo de presentación, Impugnación Acta de Negociación Colectiva N° 25711. Agentes del Hospital Neuropsiquiátrico José T. Borda.
Resolución/GCABA/MSGC	1208	Sanción:16/09/2013 Publicación:10/09/2013 BOCBA:4237	Rechazo de presentación, Impugnación Acta de Negociación Colectiva N° 25711. Agentes del Hospital Durand.
Resolución/GCABA/MSGC	1588	Sanción:22/10/2013 Publicación:28/10/2013 BOCBA:4266	Aprueba propuesta de actualización del nomenclador de prestaciones de salud.
Disposición/GCABA/DGCG	140	Sanción:07/09/2009 Publicación:28/09/2009 BOCBA:3267	Se deja sin efecto la aplicación de las Disp. nº 333/DGC/04 y 342/DGC/04.
Disposición/GCABA/DGCG	144	Sanción:16/09/2009 Publicación:28/09/2009 BOCBA:3267	Dispone que los efectores remitan mensualmente las liquidaciones realizadas por la atención medico asistencial a la A.S.I. Circuito Administrativo, Contable y de Recaudación.
Disposición/GCABA/DGCG	246	Sanción:01/01/2009 NO PUBLICADO	Establece Circuito Administrativo Contable y de Recaudación – Identificación.
Disposición/GCABA/DGCG	173	Sanción:23/07/2013 Publicación:29/07/2013 BOCBA:4203	Deja sin efecto Disposición nº 246/2009 Circuito Administración Contable y de Recaudación.
Acta/GCABA	14	Sanción:11/11/2009 NO PUBLICADO	Negociación Colectiva. Paritaria Central.
Acta/GCABA	25	Sanción:08/11/2011 NO PUBLICADO	Negociación Colectiva. Paritaria Central.
Acta/GCABA	14	Sanción:01/01/2012 NO PUBLICADO	Negociación Colectiva. Paritaria Central.