

INFORME FINAL DE AUDITORIA

Código de Proyecto 3.06.11

Facturación a Obras Sociales

Período bajo examen: Ejercicio 2005

Buenos Aires, Octubre de 2007

AUDITORÍA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Av. Corrientes 640, piso 5 Ciudad de Buenos Aires

Presidente

Dr. Vicente M. Brusca

Auditores Generales

Dra. Alicia Boero

Dr. Rubén Campos

Dr. Juan Carlos Toso

Lic. José Luis Giusti

Lic. Josefa Prada

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.06.11

NOMBRE DEL PROYECTO: Facturación a Obras Sociales

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2005

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: Febrero de 2007

EQUIPO DESIGNADO:

Coordinador: Lic. Mercedes Gamez

Auditor Ayudante a cargo del

Trabajo de campo: Cdora. Patricia Campana

OBJETIVO: Controlar los aspectos legales y financieros de la facturación a Obras Sociales

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Octubre de 2007.					
Código del Proyecto	3.06.11					
Denominación del Proyecto	Facturación a Obras Sociales.					
Período examinado	Año 2005					
Objetivo de la auditoría	Controlar los aspectos legales y financieros de la Facturación a Obras Sociales.					
Presupuesto (expresado en pesos)	Unidad Ejecutora - SPP	Inciso	Crédito Vigente 2004	Devengado 2004	Crédito Vigente 2005	Devengado 2005
	SECRETARIA DE SALUD					
	FACTURACION OBRAS SOCIALES	1	0,00	0,00	263.019,00	263.017,46
		2	0,00	0,00	957,00	956,89
		3	500.000	493.029	1.291.705,00	1.273.705,00
	TOTALES		500.000	493.029	1.555.681,00	1.537.679,35
Limitaciones al Alcance	No existen.					
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de auditoria se desarrollaron entre el 22 de Noviembre de 2006 y el 23 de Febrero de 2007.					
Aclaraciones previas	ANTECEDENTES					
	Por Expediente N° 34.148/02, tramita la Licitación de la Obra Informatización de Hospitales Etapa N°2. Esta etapa incluye los hospitales: Teodoro Álvarez, Carlos Durand, José Maria Penna, Ignacio Pirovano, Ramón Sardá, Maria Curie, Quemados y Santa Lucia.					
	Esta Obra se enmarca en el componente infraestructura del Programa Apoyo Institucional, Reforma Fiscal y Plan de Inversiones de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.					
	Tal infraestructura serviría de soporte para el Sistema de Información Gerencial de Salud que permitiría la articulación de todos los efectores y actores claves, con el fin de producir información periódica, confiable, comparable y en tiempo real.					
	La división del proyecto en etapas se determinó por la complejidad del mismo, que consta de diseños de planos de obra, tendido de cableado estructurado, instalación de equipamiento de interconexión y la					

	informatización en red de treinta hospitales públicos. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA El Programa Facturación a Obras Sociales, surge con el fin de fortalecer y jerarquizar las tareas de las áreas de facturación de los hospitales, contribuyendo a unificar, actualizar procedimientos y normativas, promoviendo acciones tendientes a incrementar los presupuestos hospitalarios a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones a beneficiarios de otros subsistemas, motivando a las autoridades hospitalarias sobre la importancia institucional de la recuperación de costos en el marco de las leyes vigentes, es decir, garantizando la accesibilidad y la gratuidad para toda la población. Es por ello que a través del programa se trabajó en dos ejes fundamentales, por un lado, incorporando recursos humanos necesarios para fortalecer los sectores administrativos, y por otro, brindando asistencia técnica y apoyo tecnológico a través de hardware y software como herramientas de trabajo elementales para simplificar tareas rutinarias y complejas. Dentro de este marco, se definieron los siguientes objetivos: ▪ Contribuir al aumento del presupuesto, incrementando los recursos genuinos del sistema. ▪ Apoyar técnica y operativamente en tareas comunes que excedan las tareas habituales del hospital o las posibilidades de gestión del mismo, capacitando y asesorando en las normativas vigentes y la unificación de procesos de trabajo. ▪ Implementar una red de comunicación e integración entre las áreas de facturación de los hospitales. ▪ Contribuir a Incrementar la detección de cobertura y la calidad administrativa de la facturación. ▪ Disminuir los trámites a cargo de los pacientes. ▪ Mejorar la gestión de cobro por las prestaciones realizadas. ▪ Fomentar la facturación de prestaciones con coberturas no tradicionales (ART, Cías. de Seguro, Programa de ablación y procuración de órganos, Auxilios en vía pública). ▪ Jerarquizar las áreas administrativas de atención, implementando sistemas informáticos en aquellas áreas de gestión vinculadas al proceso de facturación. CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD El Sistema de Salud en nuestro país, se divide en tres Subsistemas: 1) Subsistema Público (asistido a través de los Hospitales y Centros de Salud Comunitaria), 2) Subsistema Privado (prepagas) y 3) Subsistema de la Seguridad Social.
--	--

Dentro del **Subsistema de la Seguridad Social**, se ubican las Obras Sociales. Es el único de los subsistemas que tiene un organismo de control y fiscalización: la *Superintendencia de Servicios de Salud*, organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional en jurisdicción del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, en calidad de ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Este último Subsistema, incorporó al sistema de salud \$22.648.161,85.- correspondiente a cobranzas de prestaciones facturadas a Obras Sociales, durante el período 2005.

ANTECEDENTES NORMATIVOS

Ordenanza 33.209 B.M. 15.405 Publ. 23/11/76: Dispone que los establecimientos asistenciales dependientes de la Secretaría de Salud Pública, serán arancelados.

Ordenanza 39.736 B.M. 17.198 Publ. 12/01/1984: Limita la percepción de los aranceles asistenciales a los casos de obras sociales y demás entidades similares responsables de cobertura de atención médica.

Ordenanza 43.440/89 B.M. 18.545 Publ. 02/06/1989: Faculta al Poder Ejecutivo a transformar a los establecimientos asistenciales dependientes de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente en organismos de carácter descentralizado.

Decreto 4.249/990 B.M. 18.866 Publ. 13/09/1990: Autoriza a los Hospitales Municipales a percibir a través de su área de Tesorería, el pago de la facturación que por prestaciones médicas haya efectuado a Obras Sociales, Empresas de Medicina Prepaga o terceros. Determina que la gestión de cobro estará a cargo del propio hospital, quien realizará las tramitaciones ante los organismos que correspondan.

Resolución 1.013/991 B.M. 19.158 Publ. 12/11/1991: Establece que los Hospitales Municipales facturarán a todos los entes públicos y privados las prestaciones que realicen a solicitud de los mismos, en base al arancelamiento y valores fijados en los nomencladores vigentes.

Resolución 1.012/991 B.M. 19.159 Publ. 13/11/1991: Transfiere a los hospitales la gestión de intimación de pago y cobranza extrajudicial. Determina que los Hospitales Municipales, tendrán a su cargo el seguimiento, intimación, cobro extrajudicial y aplicación de intereses resarcitorios de las facturas impagas; dejando la imputación de intereses por mora, con igual criterio al dispuesto por la Dirección General de Rentas de la Secretaría de Hacienda y Finanzas.

Ordenanza 45.241 B.M. 19.168 Publ. 26/11/1991: Faculta a cada unidad asistencial a liquidar y percibir en forma directa los ingresos provenientes de las actividades de prestaciones de servicios asistenciales, a los afiliados de las Obras Sociales y/o Mutuales y otros entes aseguradores o terceros responsables de la atención. Determina que el Departamento Ejecutivo arbitrará las medidas conducentes para la implementación del sistema de cobro directo de las prestaciones que se brinden a aquellos

	pacientes cubiertos por sistemas prepagos de atención médica. Establece que las Obras Sociales, Mutuales y Entidades similares que no cuenten con convenios de prestaciones con la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, abonarán los aranceles que determine el Departamento Ejecutivo conforme pautas señaladas en la normativa vigente. Decreto 939/00 PEN: Crea el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, estableciendo sus objetivos. Resolución 855/00 MS: Establece los valores del Nomenclador Nacional. Resolución 372/01 MS: Modifica los aranceles de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. Resolución 487/02 MS: Deroga Resolución N° 897/99 MSyAS. Establece mecanismos para presentación y cobro de facturaciones por parte de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. Resolución 798/02 MS: Deroga la Resolución N° 488/02 MS. Efectúa ajustes y adecuaciones al procedimiento de facturación y cobro de las prestaciones efectuadas por los Hospitales de Públicos de Gestión Descentralizada. Disposición A 280/04 DGC: Aprueba el procedimiento administrativo para la implementación del modelo de comprobante de recupero de gastos, que será emitido por las distintas áreas, dependencias y reparticiones del GCBA a partir del 1/1/05. Disposición A 333/04 DGC: Establece el modelo de Planilla de movimientos mensuales facturado y cobrado (estado de cuenta corriente de cada obra social), que los hospitales dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, deberán remitir a la Dirección Prestaciones y Convenios dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y al Área de Fiscalización de la Dirección General de Contaduría. Disposición A 342/04 DGC: Establece el plazo para efectuar el depósito de los ingresos provenientes de la gestión de cobranzas a obras sociales por prestaciones médicas.
Debilidades detectadas	1. La implementación del Sistema SIGEHOS -Modulo Recupero de Gastos- en solo 6 Hospitales de los 33 que dispone la Ciudad, remarca la debilidad en las acciones implementadas para el fortalecimiento de los procesos de Facturación y Cobranza, en los Hospitales Públicos. 2. El aumento presupuestario en los incisos 1 y 3 de \$1.043.693,46 para el Programa Facturación a Obras Sociales año 2005 (devengado año 2004 \$493.029 y devengado año 2005 \$1.536.722,46), resulta incoherente con relación a la escasa implementación del Sistema Informático, en solo 6 Hospitales. 3. No fue posible detectar el área de trabajo del personal administrativo afectado al Programa, que devengó \$1.273.705 durante el período 2005 por inciso 3. Asimismo, se verificó que no hubo ingreso de personal administrativo al área de Facturación de los hospitales, ni a Nivel Central, que justifiquen el gasto devengado. 4. El exceso de tiempo transcurrido en el Expediente que tramita el cableado estructurado y la adquisición de hardware en los 33

	Hospitales de la Ciudad, no solo distorsiona la planificación de la obra comprometida y no cumplida, sino que además, obliga a la Ciudad a utilizar fondos no destinados para este fin, como consecuencia de la caducidad del Préstamo BID que tenía la Ciudad. 5. No se cumplieron los objetivos de creación del Programa Facturación a Obras Sociales. La detección de pacientes con cobertura continúa sin aumentar. No existió disminución de los trámites de los pacientes. No se mejoró la gestión de cobro. No se fomentó la facturación a prestaciones con coberturas no tradicionales (ART, Cias. de Seguro, etc). No se jerarquizaron las áreas administrativas de los hospitales. 6. La Ciudad se rige, entre otros, por el mecanismo de Gestión de Cobro creado por el Decreto PEN 939/00 "Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada". Sin embargo, no dispone del acto administrativo o legislativo que avale su adhesión al mencionado régimen. 7. Los Hospitales no cobran en tiempo y forma la facturación a obras sociales sindicales, financiando así, la deuda que tales prestadores poseen con el sistema público de salud. Esta situación se alimenta de la falta de incentivo que tienen los hospitales, dado que los ingresos provenientes de tales cobranzas, no aumentan el crédito vigente del presupuesto del hospital, sino que se restan a los fondos disponibles del Tesoro de la Ciudad, para la asignación de dicho crédito. 8. La Ciudad no estableció los procedimientos necesarios como marca la Ley 23.661 en su artículo 4, para que nuestra jurisdicción tenga una delegación de la Superintendencia de Servicios de Salud. 9. Existen distintos nomencladores (Nacional y de la Ciudad) para la facturación de una misma prestación o medicamento a obras sociales sindicales. Asimismo, la utilización del nomenclador de Nación genera ingresos por cobranzas menores a los que se podrían obtener, si se facturara con el nomenclador de la Ciudad. Sumado a ello, la falta de un exhaustivo análisis sobre los valores de los nomencladores, colocan al Estado, como financiador del gasto del Subsistema de la Seguridad Social. 10. No existe documentación que respalde la propiedad del programa informático implementado, ni las características de su ejecución. 11. La ausencia de control sistemático y permanente del Sistema SIGHEOS y la inexistencia de acciones destinadas a neutralizar la vulnerabilidad del mismo, señalan la debilidad de los controles internos, que incrementan los riesgos relacionados con el sistema de información para la toma de decisiones. 12. La información generada por el sistema implementado no está centralizada, no garantizándose, la integración y confiabilidad de la información financiera contable. 13. Los Convenios firmados con otros prestadores de salud (agentes
--	---

	no incluidos al Sistema Nacional del Seguro de Salud), carecen de uniformidad, producto de la ausencia de actualización periódica y controles en los mismos. 14. Los resultados obtenidos de los indicadores aplicados, denotan el déficit del Sistema de Facturación previsto. Ello remarca, la baja viabilidad del Programa auditado.
Recomendaciones	1. Replantear las acciones a implementar en el Proceso de Facturación y Gestión de Cobranzas, a fin de direccionar las mismas, al fortalecimiento de las áreas de Facturación de los Hospitales de la Ciudad y al incremento de fondos del Tesoro de la Ciudad. (Observaciones 1 y 5) 2. Evaluar los costos incurridos en la “implementación” del Sistema SIGEHOS, versus la opción de compra de un software de Gestión que garantice los procesos internos y externos de los circuitos administrativos de Facturación y Cobranza, como así también, la obtención de información fehaciente para la toma de decisiones. (Observaciones 2, 3, 10, 11 y 12) 3. Evaluar la posibilidad de centralizar las compras de cableado estructurado faltante, a fin de contar con Expedientes de importes de menor valor, que permitan la utilización de modalidades de compras (Compra Directa) que agilicen el cumplimiento de la obra necesaria; y descentralizar la compra del hardware faltante para gestionar la misma por la modalidad PNUD, a fin de garantizar el menor costo, en el menor tiempo posible. (Observación 4) 4. Implementar los procedimientos necesarios para “articular” los procesos que derivan de la Facturación y Gestión de Cobranza, con la Superintendencia de Servicios de Salud, a fin de garantizar la transparencia, veracidad e integridad de las transacciones individuales y de los saldos finales. (Observaciones 6, 8 y 9) 5. Capacitar al Recurso Humano de las áreas administrativas involucradas e incentivar con incrementos presupuestarios a los Niveles Jerárquicos de los Hospitales, a fin de complementar los recursos existentes y maximizar los beneficios que deriven de su aplicación. (Observación 7) 6. Implementar la revisión periódica de Convenios con otros prestadores de Salud, a fin de garantizar en el transcurso del tiempo, mejores beneficios para la Ciudad. (Observación 13) 7. Definir acciones de monitoreo en los procesos de Facturación y Gestión de Cobranza, que alerten posibles desvíos con parámetros establecidos, a fin de aplicar medidas correctivas en tiempo y forma. (Observación 14) 8. En Concordancia al Dictamen N° 133/07, de la Dirección General de Asuntos Legales, respecto de la Observación N° 3 sobre la contratación de personal, se recomienda la sustanciación de acciones por parte de los niveles correspondientes en la orbita de la administración central del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, tendientes al deslinde de responsabilidades.
Conclusión	La ausencia de acciones concretas para la detección de

	pacientes con cobertura de obra social, impide al hospital facturar las prestaciones brindadas a ese segmento de la población. A esto se suman los inconvenientes emergentes por la falta de articulación con la autoridad de contralor nacional (SSS). Esta situación no sólo le resta ingresos al Tesoro de la Ciudad sino que además ubica al sector público como subsidiario del sector privado. La utilización del sistema existente, sin tener en consideración sus costos reales, constituye un importante factor de riesgo, tanto en la realización de procesos como en la incorporación de nuevas tareas. Sumado a ello, la ausencia de un adecuado análisis de las necesidades del usuario del sistema, colocan la tarea del programador en función de los problemas que aparecen y no en la prevención de posibles problemas. En tal sentido, el Programa Presupuestario Facturación a Obras Sociales, se orienta al suministro de Recurso Humano para resolver problemas emergentes del Sistema Informático, y no a la creación e implementación de un Software de Gestión, que controle los procesos internos y externos de circuitos administrativos (facturación y cobranza). En consecuencia, se concluye que no es viable continuar con un Programa Presupuestario que avale las características descriptas, sin replantearse la eficacia del sistema informático actual y la evaluación de los gastos que conlleva, en comparación con otros sistemas de gestión. Finalmente, se recomienda la realización de una Auditoria de Sistemas en los Hospitales del ámbito de la Ciudad, con el objeto de verificar la adecuación de la infraestructura hospitalaria (cableado estructurado y hardware) para la implementación de un Sistema Informático, como así también, la evaluación de la conexión a la Red de la Ciudad.
--	---

**INFORME FINAL DE AUDITORÍA
 PROYECTO N° 3.06.11**

DESTINATARIO:

**Señor Vicepresidente 1° de la
 Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
 Dr. Santiago de Estrada**
S / D

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

I) OBJETO

Ministerio de Salud, Programa 16: Facturación a Obras Sociales.

II) OBJETIVO

Controlar los aspectos legales y financieros de la Facturación a Obras Sociales.

III) ALCANCE

El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por la Ley N° 325.

Para evaluar las contrataciones adjudicadas por la Secretaría de Salud, se aplicaron los siguientes procedimientos de auditoría:

A. Relativos a la Etapa de Relevamiento:

1. Recopilación de la normativa aplicable al objeto de auditoría.
2. Descripción de las áreas involucradas, relacionadas con el objeto de auditoría.
3. Recursos Humanos.
4. Información presupuestaria.
5. Entrevistas con funcionarios responsables.
6. Descripción del funcionamiento del Programa.
7. Sistema de Control Interno:
 - a. Verificar la existencia de métodos y procedimientos que aseguren o promuevan:
 - ✓ Eficacia y eficiencia en las operaciones.

- ✓ Confiabilidad de la información contable y operativa.
- ✓ Cumplimiento de las leyes o reglamentos.

8. Riesgos de auditoria:

- a. Identificación de riesgos de auditoria y determinación de la naturaleza, alcance y oportunidad de los procedimientos sustantivos a aplicar.

B. Relativos a la Etapa de Gestión:

1. Análisis de la normativa recopilada y verificación del grado de cumplimiento de las mismas.
2. Estudio de las competencias de los organismos involucrados y de su interacción con otros organismos.
3. Análisis presupuestario.
4. Análisis de los convenios existentes con Obras Sociales no dependientes de la Superintendencia de Servicios de Salud y otras entidades prestadoras de servicios de salud, con el GCBA:
 - a. Verificación del cumplimiento del circuito administrativo.
 - b. Control de los requisitos de legalidad de las áreas intervinientes y de sus competencias.
 - c. Control de legalidad del objeto del convenio.
5. Cruce y análisis de información suministrada por distintos entes, relacionados con el objeto de auditoria.
6. Determinación de muestra:
 - a. Se seleccionará una muestra representativa de efectores de salud, a fin de realizar el análisis del circuito de facturación y gestión de cobranzas, y verificación del funcionamiento del Sistema de Facturación.
7. Verificación de ingresos relativos a las cobranzas por facturación a Obras Sociales. Evolución periódica de los mismos.
8. Identificación de Indicadores de la Gestión.

Las tareas de auditoria se desarrollaron entre el 22 de Noviembre de 2006 y el 23 de Febrero de 2007.

IV) LIMITACIONES AL ALCANCE

No existen.

V) ACLARACIONES PREVIAS

V 1. ANTECEDENTES

Por Expediente N° 34.148/02, tramita la Licitación de la Obra Informatización de Hospitales Etapa N°2. Esta etapa incluye los hospitales: Teodoro Álvarez,

Carlos Durand, José María Penna, Ignacio Pirovano, Ramón Sardá, María Curie, Quemados y Santa Lucía.

Esta Obra se enmarca en el componente infraestructura del Programa Apoyo Institucional, Reforma Fiscal y Plan de Inversiones de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Tal infraestructura serviría de soporte para el Sistema de Información Gerencial de Salud que permitiría la articulación de todos los efectores y actores claves, con el fin de producir información periódica, confiable, comparable y en tiempo real.

La división del proyecto en etapas se determinó por la complejidad del mismo, que consta de diseños de planos de obra, tendido de cableado estructurado, instalación de equipamiento de interconexión y la informatización en red de treinta hospitales públicos.

V 2. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El Programa Facturación a Obras Sociales, surge con el fin de fortalecer y jerarquizar las tareas de las áreas de facturación de los hospitales, contribuyendo a unificar, actualizar procedimientos y normativas, promoviendo acciones tendientes a incrementar los presupuestos hospitalarios a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones a beneficiarios de otros subsistemas, motivando a las autoridades hospitalarias sobre la importancia institucional de la recuperación de costos en el marco de las leyes vigentes, es decir, garantizando la accesibilidad y la gratuidad para toda la población.

Es por ello que a través del programa se trabajó en dos ejes fundamentales, por un lado, incorporando recursos humanos necesarios para fortalecer los sectores administrativos, y por otro, brindando asistencia técnica y apoyo tecnológico a través de hardware y software como herramientas de trabajo elementales para simplificar tareas rutinarias y complejas.

Dentro de este marco, se definieron los siguientes **objetivos**:

- Contribuir al aumento del presupuesto, incrementando los recursos genuinos del sistema.
- Apoyar técnica y operativamente en tareas comunes que excedan las tareas habituales del hospital o las posibilidades de gestión del mismo, capacitando y asesorando en las normativas vigentes y la unificación de procesos de trabajo.
- Implementar una red de comunicación e integración entre las áreas de facturación de los hospitales.
- Contribuir a Incrementar la detección de cobertura y la calidad administrativa de la facturación.
- Disminuir los trámites a cargo de los pacientes.
- Mejorar la gestión de cobro por las prestaciones realizadas.
- Fomentar la facturación de prestaciones con coberturas no tradicionales

(ART, Cías. de Seguro, Programa de ablación y procuración de órganos, Auxilios en vía pública).

- Jerarquizar las áreas administrativas de atención, implementando sistemas informáticos en aquellas áreas de gestión vinculadas al proceso de facturación.

V 3. CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD

El Sistema de Salud en nuestro país, se divide en tres Subsistemas: 1) Subsistema Público (asistido a través de los Hospitales y Centros de Salud Comunitaria), 2) Subsistema Privado (prepagas) y 3) Subsistema de la Seguridad Social.

Dentro del **Subsistema de la Seguridad Social**, se ubican las Obras Sociales. Es el único de los subsistemas que tiene un organismo de control y fiscalización: la *Superintendencia de Servicios de Salud*, organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional en jurisdicción del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, en calidad de ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Este último Subsistema, incorporó al sistema de salud \$22.648.161,85.- correspondiente a cobranzas de prestaciones facturadas a Obras Sociales, durante el período 2005.

V 4. ANTECEDENTES NORMATIVOS

- **De la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

Ordenanza 33.209 B.M. 15.405 Publ. 23/11/76: Dispone que los establecimientos asistenciales dependientes de la Secretaría de Salud Pública, serán arancelados.

Ordenanza 39.736 B.M. 17.198 Publ. 12/01/1984: Limita la percepción de los aranceles asistenciales a los casos de obras sociales y demás entidades similares responsables de cobertura de atención médica.

Ordenanza 43.440/89 B.M. 18.545 Publ. 02/06/1989: Faculta al Poder Ejecutivo a transformar a los establecimientos asistenciales dependientes de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente en organismos de carácter descentralizado.

Decreto 4.249/990 B.M. 18.866 Publ. 13/09/1990: Autoriza a los Hospitales Municipales a percibir a través de su área de Tesorería, el pago de la facturación que por prestaciones médicas haya efectuado a Obras Sociales, Empresas de Medicina Prepaga o terceros. Determina que la gestión de cobro estará a cargo del propio hospital, quien realizará las tramitaciones ante los organismos que correspondan.

Resolución 1.013/991 B.M. 19.158 Publ. 12/11/1991: Establece que los Hospitales Municipales facturarán a todos los entes públicos y privados las prestaciones que realicen a solicitud de los mismos, en base al arancelamiento y valores fijados en los nomencladores vigentes.

Resolución 1.012/991 B.M. 19.159 Publ. 13/11/1991: Transfiere a los hospitales la gestión de intimación de pago y cobranza extrajudicial. Determina que los Hospitales Municipales, tendrán a su cargo el seguimiento, intimación, cobro extrajudicial y aplicación de intereses resarcitorios de las facturas impagas; dejando la imputación de intereses por mora, con igual criterio al dispuesto por la Dirección General de Rentas de la Secretaría de Hacienda y Finanzas.

Ordenanza 45.241 B.M. 19.168 Publ. 26/11/1991: Faculta a cada unidad asistencial a liquidar y percibir en forma directa los ingresos provenientes de las actividades de prestaciones de servicios asistenciales, a los afiliados de las Obras Sociales y/o Mutuales y otros entes aseguradores o terceros responsables de la atención. Determina que el Departamento Ejecutivo arbitrará las medidas conducentes para la implementación del sistema de cobro directo de las prestaciones que se brinden a aquellos pacientes cubiertos por sistemas prepagos de atención médica. Establece que las Obras Sociales, Mutuales y Entidades similares que no cuenten con convenios de prestaciones con la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, abonarán los aranceles que determine el Departamento Ejecutivo conforme pautas señaladas en la normativa vigente.

- **De la Nación**

Decreto 939/00 PEN: Crea el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, estableciendo sus objetivos.

Resolución 855/00 MS: Establece los valores del Nomenclador Nacional.

Resolución 372/01 MS: Modifica los aranceles de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.

Resolución 487/02 MS: Deroga Resolución N° 897/99 MSyAS. Establece mecanismos para presentación y cobro de facturaciones por parte de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.

Resolución 798/02 MS: Deroga la Resolución N° 488/02 MS. Efectúa ajustes y adecuaciones al procedimiento de facturación y cobro de las prestaciones efectuadas por los Hospitales de Públicos de Gestión Descentralizada.

Disposición A 280/04 DGC: Aprueba el procedimiento administrativo para la implementación del modelo de comprobante de recupero de gastos, que será emitido por las distintas áreas, dependencias y reparticiones del GCBA a partir del 1/1/05.

Disposición A 333/04 DGC: Establece el modelo de Planilla de movimientos mensuales facturado y cobrado (estado de cuenta corriente de cada obra social), que los hospitales dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, deberán remitir a la Dirección Prestaciones y Convenios dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y al Área de Fiscalización de la Dirección General de Contaduría.

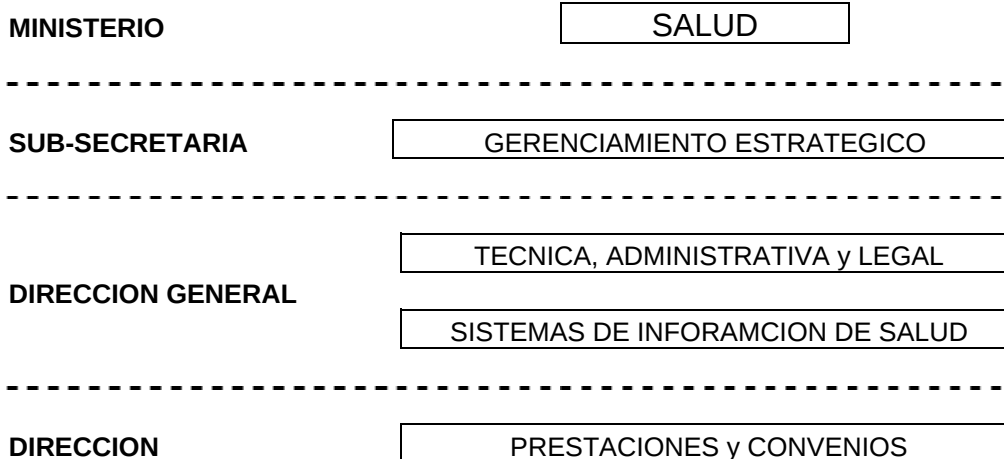
Disposición A 342/04 DGC: Establece el plazo para efectuar el depósito de los ingresos provenientes de la gestión de cobranzas a obras sociales por prestaciones médicas.

VI) COMENTARIOS

VI 1. ESTRUCTURA

El Programa “Facturación a Obras Sociales” es ejecutado por el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad, desde las Direcciones Generales: 1) Técnica, Administrativa y Legal, y 2) Sistemas de Información de Salud.

La Estructura Orgánico Funcional queda así definida como muestra el organigrama. La actividad de control y gestión de cobranzas es llevada a cabo por la Dirección General Técnica, Administrativa y Legal, desde su Dirección Prestaciones y Convenios, y la actividad técnica o de soporte informático es realizada por la Dirección General Sistemas de Información de Salud.



La Dirección de **Prestaciones y Convenios**, es conducida (conforme el Decreto N° 696/CGBA/2003) por un profesional de carrera hospitalaria.

Las Funciones de esta Dirección, según el Decreto 2.696/03, son:

- Elaboración y actualización del Nomenclador de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Entender en la formulación de los sistemas de Facturación y Gestión de Cobros de prestaciones a Obras Sociales
- Formulación y gerenciamiento de convenios con los distintos entes de prestaciones médicas

Esta Dirección, se vincula directamente, con las áreas de Facturación de los Hospitales dependientes del Gobierno de la Ciudad.

La Dirección General **Sistemas de Información de Salud**, se encarga de administrar y asistir técnicamente a los Hospitales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en lo atinente a la confección del instructivo y el dictado de cursos sobre el funcionamiento del nuevo Sistema Único Informático de Obras Sociales, para la emisión de comprobantes de recupero de gastos, notas de crédito, notas de débito y recibos.

VI 2. RECURSOS HUMANOS

Según la Dirección General Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, para el período 2005, el personal afectado al Programa en análisis, fue de 49 administrativos contratados. Para el período 2004, no disponen de dicha información.

Sin embargo, la Dirección General Adjunta Económica Financiera informa que para el año 2005, según el listado de imputaciones contables, se afectaron a dicho programa 160 personas con funciones administrativas. **(Observación 3)**

Si bien la tarea administrativa, es funcional al Programa en análisis, no se verifica el ingreso de personal administrativo a las áreas de Facturación de los Hospitales Públicos, ni en el Nivel Central. En consecuencia, no es posible determinar donde trabajó el personal que devengó \$1.273.705¹ para el período 2005. **(Observación 3)**

Cabe señalar que, los agentes que desarrollan tareas en las áreas de Facturación de los Hospitales, no dependen del presupuesto del Programa auditado.

VI 3. PRESUPUESTO

El Ministerio de Salud es la Unidad responsable de la ejecución presupuestaria del Programa 16: Facturación a Obras Sociales.

Con el presupuesto del año 2004, se da origen al Programa Facturación a Obras Sociales, que cuenta con una sola actividad (Conducción), cuyo crédito presupuestario corresponde al inciso 3 (Servicios no personales), destinado a la contratación de personal para la instalación de un sistema informático de

¹ Personal Contratado

facturación en aquellos Hospitales carentes del mismo. El crédito original ascendió a \$ 500.000.-

Durante el ejercicio 2005, el Programa Facturación a Obras Sociales fue incrementado a \$ 1.602.268.- crédito original.

Conforme lo informado por la Dirección General Técnica Administrativa y Legal, estas modificaciones obedecen a lo establecido en la descripción del Programa presupuestario, entendiéndose por tal, al logro del cumplimiento de los objetivos definidos (Ver punto V 2).

Cuadro 1. Crédito Presupuestario Programa Facturación a Obras Sociales - Año 2004/2005

Unidad Ejecutora - SPP	Inciso	Crédito Vigente 2004	Devengado 2004	Crédito Vigente 2005	Devengado 2005
SECRETARIA DE SALUD					
FACTURACION OBRAS SOCIALES	1	0,00	0,00	263.019,00	263.017,46
	2	0,00	0,00	957,00	956,89
	3	500.000	493.029	1.291.705,00	1.273.705,00
TOTALES		500.000	493.029	1.555.681,00	1.537.679,35

Fuente: Dirección General Técnica, Administrativa y Legal.

VI 4. FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA

1. Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada

A efectos de dar cumplimiento al Decreto 939/00 (creación del Hospital Publico de Gestión Descentralizada), se establece en el ámbito de la Secretaria de Atención Sanitaria del Ministerio de Salud, el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (RNHPGD), que reemplazará al Registro Nacional de hospitales públicos de autogestión creado por el Decreto N° 578/93.

Las distintas jurisdicciones (nacional, provincial y/o municipal) podrán inscribir en dicho Registro a todos los hospitales públicos de su dependencia que cumplan con lo establecido en el Decreto 939/00. Asimismo, podrán hacerlo por sí las instituciones descentralizadas que cuenten con personería jurídica.

El Hospital Público de Gestión Descentralizada actuará de acuerdo con las normas vigentes en la jurisdicción a la que pertenezca y con las facultades legales que le asigne la autoridad competente en el marco de dichas normas.

Asimismo, podrá realizar convenios, a través de la autoridad jurisdiccional correspondiente, o por sí en caso de poseer personería jurídica, con entidades de la seguridad social comprendidas en la Ley N° 23.660 y sus modificatorias, en relación con las prestaciones que las mismas están obligadas a brindar a sus beneficiarios.

Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán brindar a los beneficiarios de los Agentes del sistema nacional del seguro de salud, conforme lo dispuesto en los artículos 1º y 2º de la Resolución 487/02 MS, las prestaciones médico asistenciales establecidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente a la fecha. El Hospital podrá facturar solamente dichos servicios para su posterior cobro.

Los agentes del sistema nacional del seguro de salud están obligados a saldar el pago de lo facturado por el Hospital Público de Gestión Descentralizada dentro de los sesenta (60) días corridos de presentada la facturación mensual.

Vencido el plazo fijado, los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán intimar al Agente del sistema nacional del seguro de salud mediante carta documento o telegrama colacionado para que en el plazo de diez (10) días contados a partir de la notificación fehaciente abonen la facturación reclamada.

Vencido dicho plazo y de no mediar acuerdo entre las partes, el Hospital podrá reclamar el pago a la Superintendencia de Servicios de Salud, la que procederá automáticamente al débito de lo facturado de la cuenta del agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud correspondiente y al pago de la misma dentro de los quince (15) días hábiles de efectuada dicha retención.

Por medio de este sistema, la AFIP² descuenta directamente de la recaudación de la Obra Social el importe correspondiente por los pagos de las prestaciones realizadas a sus beneficiarios.

En caso de discrepancias en los montos de la facturación, entre el Hospital Público de Gestión Descentralizada y el Agente del sistema nacional del seguro de salud, la Superintendencia de Servicios de Salud elevará su opinión al Ministerio de Salud, cuya decisión será definitiva.

Las facturaciones impagas podrán presentarse para su cobro por ante la Superintendencia de Servicios de Salud dentro de los ciento ochenta (180) días corridos de la fecha de facturación.

Los Hospitales Públicos, deberán requerir a los beneficiarios de los Agentes del sistema nacional del seguro de salud, la presentación del Documento de Identidad (DNI o LC o LE) último recibo de sueldo o la Orden de Pago Previsional, según el caso, y la credencial de la Obra Social, a efectos de realizar la facturación de la prestación a realizar.

2. Descripción de Circuitos Administrativos

Los Hospitales de la Ciudad, gestionan la cobranza de la facturación realizada a agentes de servicios de salud.

² Por Decreto 507/93, le han sido transferidas las funciones de aplicación, fiscalización y ejecución judicial.

Todo ingreso percibido por tal cobranza, debe ser depositado el primer día hábil siguiente a su percepción, en las cuentas bancarias que cada uno de los Hospitales posee para tal fin.

Depositadas las cobranzas, deben enviarse todas las fotocopias de las boletas de los depósitos (anverso y reverso) realizados en el transcurso del mes (certificadas como copia fiel de su original por el Director del Hospital o en su defecto en quien delegue dicho acto administrativo), a la Dirección General de Contaduría.

Cuando el área Contable del Hospital, detecte en el extracto bancario un rechazo de cheque, lo comunicará a la Dirección General de Tesorería de la Secretaría de Hacienda y Finanzas, siendo la única responsable y encargada en recuperar y/o retirar el cheque del Banco Ciudad de Buenos Aires, debiendo dar aviso al Hospital, quien gestionará el reemplazo y el redepósito del valor denunciado.

El área Contable del hospital, emite un recibo provisorio, dando aviso de la cobranza al área de Facturación, para la cancelación de la factura en la cuenta del prestador. Finalizado el mes, eleva a la Dirección Prestaciones y Convenios la Planilla mensual de Facturación y Cobranza.

Verificada dicha planilla y la acreditación del cheque, mediante la conciliación del extracto bancario, la Dirección Prestaciones y Convenios, emite el recibo definitivo. Automáticamente se concilia la cuenta del agente, disminuyendo el saldo final del mismo.

Si el Hospital no logra cobrar las facturas en tiempo y forma, debe enviar la misma (con la documentación correspondiente), a la Dirección Prestaciones y Convenios para su gestión de cobranza. Sin embargo, por estar inscriptos en el Registro de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (Decreto 939/00) tienen como opción, enviar las facturas a la Superintendencia de Servicios de Salud, siempre que se traten, de Obras Sociales reguladas por dicha Entidad.

El resto de los agentes de salud, (Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, Compañías de Seguros, Prepagas, etc.) deberán contar con una legislación aparte o celebrar Convenios especiales, para gestionar la cobranza de la facturación.

La facturación que el hospital no elevó en tiempo y forma a la Superintendencia de Seguros de Salud, es elevada a la Dirección Prestaciones y Convenios para que gestione su cobro.

Mensualmente la Dirección Prestaciones y Convenios, recibe una planilla con el total facturado por cada Hospital, el duplicado de la factura, la documentación respaldatoria, el Anexo II (datos del paciente), recibo de entrega a la Obra Social y factura resumen (en donde se detallan las prestaciones hospitalarias).

Una vez analizadas las facturas, se cargan en el sistema de facturación (la Dirección Prestaciones y Convenios no está en Red con los hospitales), donde se consolida la información (facturación y cobranza) de todos los hospitales.

Por su parte, el área de Fiscalización de Dirección General de Contaduría, recibe de cada Hospital, la misma información que recibe la Dirección Prestaciones y Convenios.

Para valorizar las prestaciones, debe utilizarse el Nomenclador de Prestaciones de Salud del G.C.B.A./2006. Sin embargo, la Superintendencia de Servicios de Salud solo reconoce los valores de la Resolución 855/00 MS, utilizado para la autogestión.

Por consiguiente, si el Hospital decide elevar la facturación pendiente de pago a la Superintendencia de Servicios de Salud para el cobro por débito automático, debe utilizar los valores que marca la Resolución 855/00 MS, valores del Nomenclador Nacional.

Por su parte, la Ciudad cuenta con un Nomenclador con valores que superan a los de Nación, lo que indica que su utilización, contribuye a un mayor ingreso por la facturación del servicio prestado.

La Dirección Prestaciones y Convenios intimas la deuda, no gestionada por la Superintendencia de Servicios de Salud, a través de cédula administrativa, asentándose en un libro de Intimación de Deudas.

Cuando se cursan las intimaciones, los agentes de salud, solicitan una conciliación de partes; si la misma no ocurre, interponen Recursos de Reconsideración y/o Jerárquicos en subsidio, lo que ocasiona la prolongación de los plazos de cobranzas.

El pago de las intimaciones efectuadas, se realiza mediante depósito en el Banco Ciudad (cuenta única). Con el original de la boleta de depósito se confecciona el recibo que detalla la intimación que se salda.

Verificado el depósito, se confecciona un informe para la Dirección General Adjunta Económico Financiera, a fin que se efectúe la transferencia a los Hospitales correspondientes. Al mismo tiempo se realiza un informe para los distintos Hospitales consignando los números de facturas que fueron saldadas, los importes nominales, los intereses resarcitorios y el número de recibo emitido. El hospital confecciona las notas de débito por los intereses cobrados.

De no obtener respuesta positiva, por parte del agente de salud, se elevan los actuados a la Procuración General de la Ciudad, a fin de gestionar el cobro por vía judicial.

3. Descripción del Sistema Informático

El Sistema de Gestión Hospitalaria -SIGEHOS Versión 1.1- permite su implementación por módulos.

Se divide en tres submodulos: Arancelamiento, Facturación y Cuenta Corriente. Existe además, un modulo de Sistema.

Arancelamiento: es donde se ingresan las prestaciones y el arancelamiento de cada uno de ellos (Prácticas y Medicamentos a ser facturados) y se cargan los datos del Anexo II (datos del paciente).

Facturación: emite certificados DPH - Detalle de Prestaciones Hospitalarias - y CRG - Comprobante de Recupero de Gastos -, Remito de la documentación que se le envía al agente de salud, la recepción del CRG, Notas de Débito y Crédito.

Cuenta Corriente: administra los movimientos, recibos, notas de débito y crédito y las transferencias. Emite listados de tipo informativo.

Sistema: a todos los usuarios sólo permite la opción de Salida del Sistema, mientras que a los usuarios con nivel superior, permite administrar datos del Sistema, manejar los Permisos, modificar listados de Nomencladores y Bancos.

La **implementación del sistema**, se desarrolló con una concepción local. Las aplicaciones funcionan en los Hospitales como unidades atomizadas. La información no está centralizada.

El sistema fue desarrollado por agentes de gestiones anteriores, no contando la gestión actual, con la documentación que respalde la propiedad del programa y las características de su implementación. **(Observación 10)**

Según informa la Dirección General Sistemas de Información de Salud, de los 33 Hospitales que dispone la Ciudad, el nuevo Sistema Informático solo ha sido implementado en 7 Hospitales: 4 Generales de Agudos (Argerich, Rivadavia, Ramos Mejia y Álvarez ³-este último con cableado implementado por el mismo hospital-) y en 3 Monovalentes (Elizalde, Moyano y Carrillo). **(Observación 1)**

En la actualidad, se pretende lograr la descompresión estructural de la conectividad, mejorando la conexión a la Red de la Ciudad. Para esto se está, tratando de elevar la conectividad de 64K a 512K. El prestador de este servicio es la empresa Telefónica Data S.A., cuyo contrato caducó en el año 2005.

Por expediente N° 70.717/2006 se está tramitando una licitación de enlaces entre los Hospitales y el Ministerio de Salud de la Ciudad.

Cabe mencionar como antecedente sin concreción, el Expediente 34.148/02, que inicia tramite el 11/06/02, cuya finalidad era realizar una obra de cableado estructurado para los Hospitales Álvarez, Durand, Penna, Pirovano, Sarda, Maria Curie y Santa Lucia.

³ Dentro del titulo 4. Verificación del funcionamiento del Sistema Informático de Facturación, se observa que solo son 6 los Hospitales donde se implementó dicho Sistema.

Dicha obra serviría de base para la instalación del hardware y software nuevo, en los 33 hospitales, a realizarse en distintas etapas.

La oferta adjudicada a la empresa Siemens S.A., asciende a 736.330,75 dólares. Sin embargo, a la fecha, caducó el período de vigencia del Préstamo BID aprobado para la obra mencionada, motivo por el cual, se esta gestionando la utilización de la fuente de financiamiento 11 (Tesoro de la Ciudad) para financiar la totalidad de la obra. **(Observación 4)**

VI 5. SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Se relevaron los siguientes componentes: evaluación de riesgos, actividades de control, información y comunicación, y supervisión.

En relación a los riesgos que afectan las actividades del Programa, se advierte una constante necesidad de desarrollo del sistema informático vigente, afectado por un diagnostico incompleto, producto del cambio de agentes por cambios en las distintas Gestiones. **(Observación 11)**

La implementación del Sistema informático, tal como se lo aplicó, imposibilita la detección temprana de los problemas que éste genere y la solución inmediata de los mismos. **(Observación 11)**

Asimismo, conocido el riesgo, deberían disponerse controles que minimicen sus efectos sobre las operaciones, la confiabilidad de la información y el cumplimiento de la normativa vigente. Sin embargo, se destaca que se trabaja sobre el problema en cuestión y no sobre la prevención del mismo. **(Observación 11)**

Teniendo en cuenta que la calidad del proceso de toma de decisiones en un organismo, descansa fuertemente en sus sistemas de información, se advierten controles mínimos desde los Niveles Directivos, que reflejan una débil supervisión de la información y en consecuencia decisiones susceptibles de errores. **(Observación 11)**

VI 6. RIESGOS DE AUDITORIA

Se identificaron como Riesgos relevantes, los siguientes aspectos:

- Captación de beneficiarios: incapacidad para la detección.
- Proceso de Facturación: cambios en el sistema operativo, por necesidades del usuario del sistema, y la utilización de los distintos nomencladores respecto a la variación de sus códigos y valores.
- Proceso de Gestión de Cobranzas: dificultades en la gestión de cobranzas respecto a los lineamientos normativos marcados y la superposición de competencias entre distintas jurisdicciones.
- Estructura organizacional: incumplimiento de la normativa objeto de estudio, por las Direcciones Generales y Direcciones, que conforman la estructura organizacional.

- Presupuesto anual: ausencia de documentación fehaciente que respalde la necesidad del incremento presupuestario del Programa, en relación a sus objetivos de creación.
- Recurso Humano: calidad del personal afectado al Programa.

VI 7. PROCEDIMIENTOS DE AUDITORIA

1. Estudio de Competencias

1. A. Autonomía de la Autoridad Sanitaria

La autonomía consiste en la facultad que tiene la autoridad para darse sus propias normas, elegir sus autoridades y administrarse a sí misma, dentro del marco de su competencia territorial y material. En otras palabras, el nivel de gobierno que la posee puede autogobernarse y dictar sus propias normas.

La Constitución de la Ciudad en su artículo 22, establece que: la Ciudad ejerce su función indelegable de autoridad sanitaria. Regula, habilita, fiscaliza y controla (...) la acreditación de los servicios de salud y cualquier otro aspecto que tenga incidencia en ella.

La Ley Básica de Salud en su artículo 12, fija las funciones de la Autoridad Sanitaria, en los siguientes términos: “La autoridad de aplicación conduce, controla y regula el sistema de salud”.

Al respecto, se debe tener presente lo normado por los siguientes artículos y cláusula transitoria de la Constitución Nacional:

Artículo 129: La Ciudad de Buenos Aires tendrá un régimen de gobierno autónomo con facultades propias de legislación y jurisdicción.

Disposición Transitoria Séptima: El Congreso ejercerá en la Ciudad de Buenos Aires, mientras sea capital de la Nación, las atribuciones legislativas que conserve con arreglo al art. 129. (Corresponde al art. 75 inc. 30).

En este orden, los artículos 121, 122 y 123 expresan: ...las provincias conservan el poder no delegado por esta constitución al Gobierno Federal;...se dan sus propias instituciones locales y se rigen por ellas;...tienen la facultad de dictar por sí sus propias normas.

1. B. El Rol de la Superintendencia de Servicios de Salud

La Superintendencia de Servicios de Salud, como determina la misión de la misma, es el ente de regulación y control de los Agentes del Sistema, entendiéndose por tales a las Obras Sociales nacionales definidas por las leyes 23.660 y 23.661.

En este orden el artículo 4 de la ley 23.661, establece que el Ministerio de Salud de la Nación promoverá la descentralización progresiva del seguro en las

jurisdicciones provinciales y en la ex Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

A tal efecto, las funciones, atribuciones y facultades que la presente ley otorga al Ministerio de Salud de la Nación y a Superintendencia de Seguros de Salud, podrán ser delegadas en las aludidas jurisdicciones mediante la celebración de los convenios correspondientes.

Por su parte, la Ley N° 24.588/95 que regula la autonomía de la Ciudad de Buenos Aires y los poderes reservados al Gobierno Nacional, en su artículo 6° dispone que: “El Estado Nacional y la Ciudad de Buenos Aires celebrarán convenios relativos a la transferencia de organismos, funciones, competencias, servicios y bienes”.

En relación con la materia que nos ocupa, es opinión de esta Auditoría, que debería evaluarse a través de las instancias competentes, la conveniencia de la realización de arreglos institucionales necesarios, para el diseño e implementación de un sistema de cobranzas que concilie la efectividad de cobro con el ejercicio autónomo de las competencias.⁴

En consecuencia, si bien la Ciudad cuenta con el marco jurídico que la faculta para la creación de legislación sobre temas específicos, el Poder Ejecutivo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires no ha celebrado el Convenio con la jurisdicción Nacional, conforme lo establece el artículo 4 de la Ley 23.661, para enviarlo a la Legislatura, a fin de su aprobación, conforme establece la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.⁵ **(Observación 8)**

En tal sentido, podemos afirmar que la Ciudad no ha consolidado en el ámbito de la Salud, la autonomía conferida por las normas mencionadas. La decisión política de adherir los Hospitales de la órbita de la Ciudad, al Régimen de Hospitales de Gestión Descentralizada, omitiendo la celebración del convenio correspondiente, remarca esta situación.

Asimismo, la adhesión a dicho Régimen no pudo ser verificada, dado que el Ministerio de Salud de la Ciudad, no dispone del acto administrativo o legislativo que avale tal adhesión. **(Observación 6)**

Con relación a los distintos nomencladores (Nacional y Ciudad) utilizados para la facturación, se señala que, los valores varían⁶ para una misma prestación o medicamento, indicando ello la incoherencia entre éstos y la prestación o medicamento brindado. De este modo, pareciera que el Estado, financiara gastos del subsistema de la Seguridad Social. **(Observación 9)**

⁴ Ver Proyecto de Convenio de “Transferencia Progresiva de Competencias del Ministerio de Salud de la Nación a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dirección General de Regulación y Fiscalización. Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

⁵ Ver Informe Final Fiscalización de efectores privados de salud. Proyecto 3.05.01. Auditoría de Gestión – AGCBA.

⁶ Los valores del Nomenclador Nacional son menores a los valores del Nomenclador de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En tal sentido, la ausencia de unificación de nomencladores, ocasiona problemas que derivan en cobranzas menores (por débitos innecesarios) y atrasos en la gestión de la misma. **(Observación 9)**

2. Análisis Presupuestario

Existe un importante incremento (\$ 1.043.693,46 devengado) del Inciso 1 y 3 (Personal de Planta y Personal Contratado) que remarcan la variación más significativa en el presupuesto del primer año de creación del Programa en análisis (2004) y el año contiguo (2005). Ver apartado VI 3 Presupuesto. **(Observación 2)**

El incremento en tales incisos no sería observable, si el mismo correspondiera a la incorporación de personal calificado (analista programador, administrativos con estudios) a efectos de cumplir con los objetivos de creación del Programa.

No obstante, el análisis del Recurso Humano afectado al programa (apartado VI 2.) nos indica que no hubo personal administrativo, incorporado a las áreas de Facturación de los Hospitales, ni en el Nivel Central, que justifiquen el gasto devengado. **(Observación 3)**

En consecuencia, la comparación del Recurso Humano afectado al Programa, con la aplicación e implementación del Sistema SIGEHOS en los Hospitales, ratifica la incoherencia, en la asignación de recursos para este Programa. **(Observación 2)**

3. Convenios con Obras Sociales y otros Prestadores de Salud

La Dirección Prestaciones y Convenios, tiene convenios firmados referidos a Asistencia médica de urgencia, médica hospitalaria o ambos, con 120 obras sociales. Los convenios más antiguos datan de 1977 y los mas nuevos de 1998. Todos vigentes a la fecha.

Se observa, que los Convenios que datan entre el año 1977 y 1980, permite que el prestador, formalice el pago de la facturación con un 30% de descuento, mientras que el resto de los Convenios no admiten tal descuento.

Se deduce del párrafo anterior, la ausencia de uniformidad en los criterios utilizados para la confección de los Convenios, producto de la falta de seguimiento (actualización periódica) y control de los mismos. **(Observación 13)**

4. Verificación del funcionamiento del Sistema Informático de Facturación

Se seleccionó una muestra al azar de Hospitales (cinco sobre un total de siete: Argerich, Ramos Mejia, Rivadavia, Elizalde y Álvarez) en los que esta instalado el Modulo de Recupero de Gastos (Facturación).

Se realizaron entrevistas a los Jefes de las áreas Facturación, Tesorería y al Administrador de Recursos Desconcentrados, a fin de verificar el funcionamiento del sistema. Sobre dicha muestra se obtuvieron los siguientes resultados.

Los Hospitales relevados, informaron que el Sistema SIGHEOS fue implementado entre mediados del 2005 y 2006, no estando en dicha situación el Hospital Álvarez, quien sigue trabajando con el Sistema anterior. En tal sentido se advierte que el presupuesto del año 2004 no tiene razón de ser, dado que no se verifica ningún trabajo realizado por personal afectado al Programa, que justifique el gasto devengado. **(Observación 1)**

Las áreas de facturación se ubican en espacios aislados de las áreas de detección del beneficiario, posibilitando esto el desvío del beneficiario al sector facturación y la consiguiente pérdida de la facturación de la prestación. El personal asignado a dicha área no supera los 4 agentes. Durante el último año no recibieron capacitación referente a sus tareas. **(Observación 5)**

El sistema no permite consultar el padrón de obra social, por ende para captar los beneficiarios, dependen de la actualización del CD Padrón de Obras Sociales (reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud), de la actualización de la página web de la Superintendencia y de la buena voluntad de los beneficiarios. **(Observación 5)**

Asimismo, el sistema no permite guardar la documentación solicitada al beneficiario para facturar, a través del escaneo de la misma, es decir, que en cada prestación el paciente debe tener la documentación necesaria o no se podrá facturar. En tal sentido se señala, que los trámites de los pacientes no se han reducido, no cumpliéndose así, uno de los objetivos de creación del Programa. **(Observación 5)**

La instalación del sistema de facturación no garantiza la agilización en las tareas de facturación y cobranzas de prestaciones. La facturación obedece a la posibilidad de captación del paciente, mientras que la gestión de cobro es agilizada por la modalidad establecida para los Hospitales de Gestión Descentralizada. En aquellos hospitales donde se encuentra instalado el Submodulo de Cuentas Corrientes, permite la conciliación de la cuenta del prestador, aunque ello no es garantía de la integridad de la información. **(Observación 5)**

Cuadro 2. Evolución de la Facturación. Hospitales de la muestra.

Hospital	2004	2005	2006
Argerich	7.333.216,06	5.520.532,21	5.432.168,07
Elizalde	1.737.148,69	1.331.253,77	1.625.709,84
Ramos Mejia	1.256.972,22	1.119.995,83	1.404.393,14
Álvarez	826.729,13	893.504,08	877.854,66
Rivadavia	700.661,46	402.325,92	426.481,21

Fuente: Dirección de Prestaciones y Convenios. Hospitales de la muestra (año 2006).

En la totalidad de la muestra se verificó que no hubo incremento de facturación a prestaciones con coberturas no tradicionales como, ART, Cias. de Seguros y Auxilios en la vía pública. **(Observación 5)**

El sistema no está en Red, por lo que no garantiza la integración de la información financiera contable de manera confiable, entre las áreas de facturación de los hospitales y la Dirección Prestaciones y Convenios dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad. **(Observación 12)**

En tal sentido se señala, que la información que manejan los Hospitales (montos facturados y cobrados) no coincide con lo informado por la Dirección Prestaciones y Convenios, verificándose la baja confiabilidad del Sistema de Información. **(Observación 12)**

Durante el período analizado, no hubo incremento de personal administrativo en las áreas de Facturación de los Hospitales Públicos. **(Observación 5)**

Por Resolución 84/04 se autorizó a los Hospitales, por única vez, a elevar a la Superintendencia de Servicios de Salud todas las facturas adeudadas por las obras sociales que ella regula, comprendidas en el período Enero de 1999 y Abril de 2004, para la gestión de su cobranza.

Sin embargo, no existen variaciones importantes en las cobranzas al compararse los distintos años de funcionamiento del sistema. Esto remarca que la implementación del sistema informático no garantiza la agilidad en las cobranzas. **(Observación 5)**

Cuadro 3. Evolución de las Cobranzas. Hospitales de la muestra.

Hospitales	Año 2004	Año 2005	Año 2006
Argerich	4.668.187,79	4.402.875,10	3.747.508,82
Elizalde	1.103.344,33	1.122.690,83	1.488.369,07
Ramos Mejia	710.298,48	696.827,84	717.403,71
Álvarez	537.534,45	430.584,55	672.349,45
Rivadavia	388.052,79	226.050,16	79.828,90

Fuente: Dirección de Prestaciones y Convenios -años 2005 y 2004-.
Hospitales de la muestra -ingresos por facturación año 2006-.

La metodología implementada por la Superintendencia de Servicios de Salud para el cobro de facturación adeudada a los Hospitales de Gestión Descentralizada, resulta ágil, dado que la misma se realiza a través del debito directo al prestador del servicio. Al mismo tiempo, se observa que los hospitales se apoyan en tal metodología (se excluye al Argerich), delegando la responsabilidad de las cobranzas en la Superintendencia. De esta forma se genera la financiación del prestador del servicio, ya que la factura no abonada en fecha, no genera intereses punitivos. **(Observación 7)**

Cabe señalar, que los fondos por cobranzas de facturación a obras sociales, ingresan a una cuenta única, que se utiliza como parte de la fuente de financiamiento 11, Tesoro de la Ciudad, perdiéndose la posibilidad de

incrementar el presupuesto vigente para cada hospital, como parte de un incentivo al mismo. **(Observación 7)**

Asimismo se debe tener en cuenta, que las cobranzas de un período no siempre refieren al período de facturación, por lo tanto, los montos expresados en el siguiente cuadro deben considerarse como montos relativos⁷.

Cuadro 4. Montos cobrados por Hospitales y Superintendencia.

Hospitales	Año 2005		Año 2004	
	Hospitales	Superinten.	Hospitales	Superinten.
Argerich	4.122.075,77	361.908,75	4.765.388,45	421.486,65
Elizalde	362.366,64	687.438,95	640.087,07	463.257,27
Ramos Mejia	572.033,02	139.374,11	647.298,48	0,00
Álvarez	455.277,26	39.898,00	551.198,33	6.960,00
Rivadavia	139.868,92	0,00	412.393,33	0,00

Fuente: Áreas de Facturación Hospitales.

El Hospital Rivadavia no eleva la facturación vencida a la Superintendencia por falta de personal para dicha tarea, por ende, todo lo cobrado fue gestionado por el mismo Hospital.

Durante el período 2005, los hospitales de la Ciudad, facturaron \$34.693.919,96 y cobraron \$22.648.361,85 que representa el 1,79 % del total del presupuesto asignado a Salud.

VI 8. INDICADORES DE LA GESTIÓN

Los indicadores de gestión fueron calculados en los Hospitales de la muestra, con excepción del hospital Álvarez, dado que el mismo no cuenta con el sistema informático en análisis.

1. Volumen de Facturación: Cantidad de facturas emitidas durante un período determinado

El volumen de facturación evaluado a lo largo de distintos períodos, permite analizar la evolución del mismo. Su estudio en relación con la implementación del sistema informático, denota la aplicabilidad del mismo.

Hospitales	Año 2004	Año 2005	Año 2006
Argerich	462	536	387
Elizalde	1.430	1.466	1.103
Ramos Mejia	582	548	382
Rivadavia	462	536	387

El volumen de facturación del año 2005 no tiene cambios significativos respecto al año anterior. Su evaluación con relación al año 2006, remarca la disminución del volumen, verificándose que la aplicación del nuevo sistema no

⁷ Montos susceptibles de ser puestos en cuestión.

garantiza la promoción de acciones tendientes a incrementar los presupuestos hospitalarios. **(Observación 14)**

2. Período de Cobro:

Facturación de un período cobrada en el mismo período x 360 días:
 Total Facturado en el mismo período

Este ratio refleja la cantidad de días que el hospital necesita para realizar sus cobranzas. Su comparación con los términos de cobro establecidos por la normativa vigente resulta interesante, ya que el superarlos en más de un tercio es indicativo de lentitud en la recuperación de los créditos.

Hospital Elizalde: (897.600,39 / 1.625.709,84) x 360: 199 días
 (Año 2006)

Teniendo en cuenta que los hospitales deberían cobrar sus facturas dentro de los 60 días corridos, el resultado del indicador seleccionado revela que el período de cobranza, supera tres veces la fecha prevista por la normativa vigente. **(Observación 14)**

Sobre el resto de los Hospitales analizados, no fue posible calcular este indicador, dado que no disponen de la información requerida para su cálculo.

3. Grado de Cobranza:

Montos cobradas por el Hospital en un período x 100:
 Montos totales cobrados en el mismo período

Se aplica para conocer el grado de cobrabilidad que tiene el hospital en relación al total cobrado en un período. Su comparación con las cobranzas realizadas por la Superintendencia reflejan la gestión de cobro.

Hospitales	Cobranza año 2005		Grado de cobranza
	Cobranza por Hospital	Total Cobrado	
Argerich	4.122.075,77	4.658.972,91	88%
Elizalde	362.366,64	1.049.805,59	34%
Ramos Mejia	572.033,02	711.407,73	80%

El Hospital Rivadavia no fue evaluado, dado que la escasez de personal administrativo, no permite elevar las facturas pendientes de pago a la Superintendencia y/o a la Dirección Prestaciones y Convenios.

El grado de cobranza que tienen los hospitales analizados, en relación al total cobrado en un período, no alcanzan los niveles óptimos (95%). Esto refleja que el Sistema informático aplicado no repercute en la gestión de cobro. Se destaca el Hospital Elizalde quien solo cobró el 34% del total cobrado en el período. **(Observación 14)**

4. Participación del Inciso 3:

$\frac{\text{Monto devengado inciso 3 de un período}}{\text{Total del Presupuesto del mismo período}} \times 100:$

$(1.273.705 \text{ año 2005} / 1.537.679,35 \text{ año 2005}) \times 100 = 83\%$

El monto devengado por inciso 3 (personal contratado) representa el 83 % del total del presupuesto asignado para el Programa Facturación a Obras Sociales. La relación de este indicador con el resultado obtenido en el apartado del análisis presupuestario, ratifica la incoherencia en la asignación de recursos.

(Observación 14)

5. Confiabilidad de la Información:

$\frac{\text{Facturación s/ hospital}}{\text{Facturación s/ Prestaciones y Convenios}} \times 100:$

La confiabilidad de la información, se puede evaluar por distintos elementos de información. En nuestro análisis se seleccionó el dato Cobranza (que se obtiene de los Recibos emitidos), dado que esta información es básica para la toma de decisiones.

Hospitales	Cobranza s/ Hospital (2005)	Cobranza s/ Prestaciones y Convenios (2005)	Nivel de Confianza
Argerich	4.658.972,91	4.402.875,10	94
Elizalde	1.049.805,59	1.122.690,83	93
Ramos Mejia	711.407,73	696.827,84	98
Álvarez	455.277,26	430.584,55	94
Rivadavia	139.868,92	226.050,16	61

Los niveles de confianza por debajo del 95% no son óptimos, indicando el grado de incertidumbre en el sistema de información. En tal sentido se destaca que el mayor grado de desconfianza se da en la información brindada sobre el Hospital Rivadavia. (Observación 14)

VII) OBSERVACIONES (Por orden de significatividad)

1. La implementación del Sistema SIGEHOS -Modulo Recupero de Gastos- en solo 6 Hospitales de los 33 que dispone la Ciudad, remarca la debilidad en las acciones implementadas para el fortalecimiento de los procesos de Facturación y Cobranza, en los Hospitales Públicos.
2. El aumento presupuestario en los incisos 1 y 3 de \$1.043.693,46 para el Programa Facturación a Obras Sociales año 2005 (devengado año 2004 \$493.029 y devengado año 2005 \$1.536.722,46), resulta incoherente

- con relación a la escasa implementación del Sistema Informático, en solo 6 Hospitales.
3. No fue posible detectar el área de trabajo del personal administrativo afectado al Programa, que devengó \$1.273.705 durante el período 2005 por inciso 3. Asimismo, se verificó que no hubo ingreso de personal administrativo al área de Facturación de los hospitales, ni a Nivel Central, que justifiquen el gasto devengado.
 4. El exceso de tiempo transcurrido en el Expediente que tramita el cableado estructurado y la adquisición de hardware en los 33 Hospitales de la Ciudad, no solo distorsiona la planificación de la obra comprometida y no cumplida, sino que además, obliga a la Ciudad a utilizar fondos no destinados para este fin, como consecuencia de la caducidad del Préstamo BID que tenía la Ciudad.
 5. No se cumplieron los objetivos de creación del Programa Facturación a Obras Sociales. La detección de pacientes con cobertura continúa sin aumentar. No existió disminución de los trámites de los pacientes. No se mejoró la gestión de cobro. No se fomentó la facturación a prestaciones con coberturas no tradicionales (ART, Cias. de Seguro, etc). No se jerarquizaron las áreas administrativas de los hospitales.
 6. La Ciudad se rige, entre otros, por el mecanismo de Gestión de Cobro creado por el Decreto PEN 939/00 "Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada". Sin embargo, no dispone del acto administrativo o legislativo que avale su adhesión al mencionado régimen.
 7. Los Hospitales no cobran en tiempo y forma la facturación a obras sociales sindicales, financiando así, la deuda que tales prestadores poseen con el sistema público de salud. Esta situación se alimenta de la falta de incentivo que tienen los hospitales, dado que los ingresos provenientes de tales cobranzas, no aumentan el crédito vigente del presupuesto del hospital, sino que se restan a los fondos disponibles del Tesoro de la Ciudad, para la asignación de dicho crédito.
 8. La Ciudad no estableció los procedimientos necesarios como marca la Ley 23.661 en su artículo 4, para que nuestra jurisdicción tenga una delegación de la Superintendencia de Servicios de Salud.
 9. Existen distintos nomencladores (Nacional y de la Ciudad) para la facturación de una misma prestación o medicamento a obras sociales sindicales. Asimismo, la utilización del nomenclador de Nación genera ingresos por cobranzas menores a los que se podrían obtener, si se facturara con el nomenclador de la Ciudad. Sumado a ello, la falta de un exhaustivo análisis sobre los valores de los nomencladores, colocan al Estado, como financiador del gasto del Subsistema de la Seguridad Social.
 10. No existe documentación que respalde la propiedad del programa informático implementado, ni las características de su ejecución.
 11. La ausencia de control sistemático y permanente del Sistema SIGHEOS y la inexistencia de acciones destinadas a neutralizar la vulnerabilidad del mismo, señalan la debilidad de los controles internos, que incrementan los riesgos relacionados con el sistema de información para la toma de decisiones.

12. La información generada por el sistema implementado no está centralizada, no garantizándose, la integración y confiabilidad de la información financiera contable.
13. Los Convenios firmados con otros prestadores de salud (agentes no incluidos al Sistema Nacional del Seguro de Salud), carecen de uniformidad, producto de la ausencia de actualización periódica y controles en los mismos.
14. Los resultados obtenidos de los indicadores aplicados, denotan el déficit del Sistema de Facturación previsto. Ello remarca, la baja viabilidad del Programa auditado.

VIII) RECOMENDACIONES

1. Replantear las acciones a implementar en el Proceso de Facturación y Gestión de Cobranzas, a fin de direccionar las mismas, al fortalecimiento de las áreas de Facturación de los Hospitales de la Ciudad y al incremento de fondos del Tesoro de la Ciudad. **(Observaciones 1 y 5)**
2. Evaluar los costos incurridos en la “implementación” del Sistema SIGEHOS, versus la opción de compra de un software de Gestión que garantice los procesos internos y externos de los circuitos administrativos de Facturación y Cobranza, como así también, la obtención de información fehaciente para la toma de decisiones. **(Observaciones 2, 3, 10, 11 y 12)**
3. Evaluar la posibilidad de centralizar las compras de cableado estructurado faltante, a fin de contar con Expedientes de importes de menor valor, que permitan la utilización de modalidades de compras (Compra Directa) que agilicen el cumplimiento de la obra necesaria; y descentralizar la compra del hardware faltante para gestionar la misma por la modalidad PNUD, a fin de garantizar el menor costo, en el menor tiempo posible. **(Observación 4)**
4. Implementar los procedimientos necesarios para “articular” los procesos que derivan de la Facturación y Gestión de Cobranza, con la Superintendencia de Servicios de Salud, a fin de garantizar la transparencia, veracidad e integridad de las transacciones individuales y de los saldos finales. **(Observaciones 6, 8 y 9)**
5. Capacitar al Recurso Humano de las áreas administrativas involucradas e incentivar con incrementos presupuestarios a los Niveles Jerárquicos de los Hospitales, a fin de complementar los recursos existentes y maximizar los beneficios que deriven de su aplicación. **(Observación 7)**
6. Implementar la revisión periódica de Convenios con otros prestadores de Salud, a fin de garantizar en el transcurso del tiempo, mejores beneficios para la Ciudad. **(Observación 13)**
7. Definir acciones de monitoreo en los procesos de Facturación y Gestión de Cobranza, que alerten posibles desvíos con parámetros establecidos, a fin de aplicar medidas correctivas en tiempo y forma. **(Observación 14)**

8. En Concordancia al Dictamen N° 133/07, de la Dirección General de Asuntos Legales, respecto de la Observación N° 3 sobre la contratación de personal, se recomienda la sustanciación de acciones por parte de los niveles correspondientes en la órbita de la administración central del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, tendientes al deslinde de responsabilidades.

IX) CONCLUSION

La ausencia de acciones concretas para la detección de pacientes con cobertura de obra social, impide al hospital facturar las prestaciones brindadas a ese segmento de la población. A esto se suman los inconvenientes emergentes por la falta de articulación con la autoridad de contralor nacional (SSS).

Esta situación no sólo le resta ingresos al Tesoro de la Ciudad sino que además ubica al sector público como subsidiario del sector privado.

La utilización del sistema existente, sin tener en consideración sus costos reales, constituye un importante factor de riesgo, tanto en la realización de procesos como en la incorporación de nuevas tareas. Sumado a ello, la ausencia de un adecuado análisis de las necesidades del usuario del sistema, colocan la tarea del programador en función de los problemas que aparecen y no en la prevención de posibles problemas.

En tal sentido, el Programa Presupuestario Facturación a Obras Sociales, se orienta al suministro de Recurso Humano para resolver problemas emergentes del Sistema Informático, y no a la creación e implementación de un Software de Gestión, que controle los procesos internos y externos de circuitos administrativos (facturación y cobranza).

En consecuencia, se concluye que no es viable continuar con un Programa Presupuestario que avale las características descritas, sin replantearse la eficacia del sistema informático actual y la evaluación de los gastos que conlleva, en comparación con otros sistemas de gestión.

Finalmente, se recomienda la realización de una Auditoria de Sistemas en los Hospitales del ámbito de la Ciudad, con el objeto de verificar la adecuación de la infraestructura hospitalaria (cableado estructurado y hardware) para la implementación de un Sistema Informático, como así también, la evaluación de la conexión a la Red de la Ciudad.