

San Miguel de Tucumán.

RESOLUCIÓN N.º 147/SPS.
EXPEDIENTE N.º 1305/618-RCH-2025.

VISTO la solicitud de modificación de la Resolución N.º 319/SPS-2025 y

CONSIDERANDO que:

Que por el citado instrumento legal se dispuso aprobar la normativa de recupero de costos hospitalarios - nomenclador de prestaciones de salud DRCH – MSPT, de conformidad a la propuesta realizada por el Departamento de Recupero de Costos Hospitalarios dependiente de la Dirección General de Recursos Financieros.

El Departamento de Recupero de Costos Hospitalarios eleva un resumen de los cambios determinados en función a la revisión realizada, como así también las altas, bajas y modificaciones propuestas correspondientes a la Resolución N.º 319/SPS-2025 y solicita se evalúe tanto administrativa como jurídicamente lo planteado para avanzar con las propuestas de mejora y el recupero de costos efectivo y eficiente.

Se adjunta propuesta de normativa de Recupero de Costos Hospitalarios – Nomenclador de Prestaciones de Salud – DRCH-MSPT.

En cuanto al encuadre legal del presente trámite, es de destacar que dentro de las funciones y atribuciones del Ministro de Salud Pública, encontramos las dispuestas por el art. 9 de la Ley N° 5652 el cual establece: Son atribuciones y deberes del Presidente del SIPROSA... 4. Dictar las normas internas de funcionamiento del Sistema”.

Por su parte el inc. 45 de dicho artículo reza: “adoptar las medidas y acciones necesarias para alcanzar la implementación del régimen de gestión descentralizada para las distintas unidades prestacionales del sistema”.

Finalmente, el inc. 46 del mentado artículo dice: “Adoptar, reformular y/o pactar todo tipo de sistema arancelario, cualquiera sea su estructura y/o variedad de regímenes aplicables, de conformidad a las necesidades prestacionales del Sistema y su relación con terceros demandantes de sus servicios y obligados a remunerar la atención prestada a sus afiliados.

Por lo expuesto, no existen objeciones legales que formular a lo tramitado en las presentes actuaciones.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD PUBLICA
EN SU CARÁCTER DE PRESIDENTE
DEL SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD
RESUELVE:

1º. Modificar la Resolución N.º 319/SPS-2025 que aprueba la normativa de recupero de costos hospitalarios - nomenclador de prestaciones de salud DRCH – MSPT, de conformidad a la propuesta adjunta en autos por el Departamento de Recupero de Costos Hospitalarios dependiente de la Dirección General de Recursos Financieros y que como anexo forma parte integrante del presente instrumento legal.

2º. Registrar, comunicar, notificar, publicar en el Boletín Oficial de la Provincia y archivar.

-2-

RESOLUCIÓN N.º 147/SPS.
EXPEDIENTE N.º 1305/618-RCH-2025.

ANEXO

**NORMATIVA DE RECUPERO DE
COSTOS HOSPITALARIOS**
**NOMENCLADOR DE PRESTACIONES DE SALUD
DRCH - MSPT**

Departamento Recupero de Costos Hospitalarios

Dirección General de Recursos Financieros

Secretaría Ejecutiva Administrativa Contable

Del Ministerio de Salud Pública

Del Gobierno de la Provincia de Tucumán

San Miguel de Tucumán – Noviembre 2025

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
NORMAS DE IMPLEMENTACION. Glosario	4
NORMAS DE AUDITORÍA Y FACTURACIÓN. Normas Generales	5
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES.....	6
Medicamentos, Descartables e Insumos - Prestaciones y Prácticas de Diagnóstico y Tratamiento	6
Anestesia	7
Módulos Clínicos y Quirúrgicos	8
PLAZOS DE INTERNACION.....	9
TRASLADOS.....	9
VALIDACION DE AFILIACIONES	10
FACTURACION.....	10
AUDITORIA DE FACTURACION.....	12
DERIVACION PACIENTES DE OTRAS JURISDICCIONES.....	12
PLAZOS DE PAGO	13
SOLICITUD DE CONVENIOS DE PAGO	15
ANEXO I - NOMENCLADOR DE PRESTACIONES DE SALUD DRCH –MSPT	16
ANEXO II - EFECTORES PUBLICOS MSPT	16
ANEXO III – GESTION DE DEBITOS	17
ANEXO IV – SOLICITUD EXCEPCION A LA NORMATIVO DE REGISTROS INFORMATIZADOS.....	20
ANEXO V – COMUNICACIÓN EFECTIVA.	21
ANEXO VI – ACTA DE AUDITORIA COMPARTIDA.	22
ANEXO VII – LISTADO DE CODIGOS CON ALTAS, BAJAS Y MODIFICACIONES	
ANEXO VIII- ÍNDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR.	
ANEXO IX – SOLICITUD DE CONVENIO DE PAGO	

INTRODUCCIÓN.

MISION. La Misión del Ministerio de Salud Pública de Tucumán es garantizar el derecho a la salud como fundamental de la persona, a través de la promoción de la Salud, prevención de enfermedades y provisión de servicios de atención. Para ello debe profundizar la gobernanza de salud, a través de la rectoría, regulación, planificación, coordinación, con control y gestión de la Salud Pública, articulando a los actores del sistema.

VISION. Las personas, familias y comunidades tendrán una vida más saludable, participarán activamente en la construcción de estilos de vida que favorezcan su desarrollo individual y colectivo y vivirán en ambientes sanitariamente protegidos. Tendrán acceso a una atención en salud oportuna, equitativa, integral, con calidez y de calidad; a través de una estructura institucional transparente y eficaz que contribuye a una mejor calidad de vida.

Nuestro objetivo es arancelar las prestaciones brindadas por nuestros efectores públicos con el propósito de recuperar recursos genuinos por la atención de la población con cobertura de seguros sociales o privados (obras sociales, medicina prepaga, mutuales, ART, entre otras). En todos los casos el total del arancel estará a cargo de las entidades financiadoras y no corresponderá pago de coseguros o cualquier otro pago directo a los efectores por parte de los usuarios del sistema.

En el **Nomenclador** propuesto por el Departamento de Recupero de Costos Hospitalarios, con sus correspondientes valores se priorizan las variables de economicidad y eficiencia, simplificando la codificación de las prestaciones al uso habitual y actualizando los respectivos aranceles, equilibrando pautas de inflación y valores de mercado. A futuro el nomenclador definido puede ser ampliado y sus valores modificados.

De: "Misión y Visión y Funciones"
<https://msptucuman.gov.ar/ministerio/mision/>

El actual nomenclador se estructura en Cuarenta y Siete (47) secciones:

1. ATENCION AMBULATORIA
 2. AMBULANCIAS
 3. HOSPITAL DE DÍA
 4. MODULOS EN INTERNACIÓN
 5. NEUROCIRUGIA
 6. CIRUGIA OFTALMOLOGICA
 7. CIRUGIA MAXILO FACIAL
 8. OTORRINOLARINGOLOGIA
 9. CIRUGIA TORACICA
 10. CARDIOVASCULAR
 11. HEMODINAMIA
 12. ELECTROFISIOLOGIA
 13. CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA
 14. CIRUGIA LAPAROSCOPICA
 15. LITOTRICA
 16. OBSTETRICIA
 17. TERAPIA FETAL
 18. CIRUGIA GINECOLOGICA
 19. CIRUGIA UROLOGICA
 20. DIALISIS
 21. TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA
-

22. CIRUGIA GENERAL
23. ARTROSCOPIA
24. INJERTO OSEO
25. REHABILITACION
26. CIRUGIA PLASTICA
27. MICROCIRUGIA
28. QUEMADOS
29. SALUD MENTAL
30. MEDICINA NUCLEAR
31. TERAPIA RADIANTE
32. TOMOGRAFIA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNETICA
33. TRASPLANTES
34. MATERIAL DE ORTOPEDIA
35. PRACTICAS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
36. MEDICAMENTOS EXCLUIDOS
37. DESCARTABLES EXCLUIDOS
38. INMUNOLOGIA
39. ODONTOLOGÍA
40. LABORATORIO
41. ANATOMIA PATOLOGICA
42. MODULO DE ENFERMERIA AMBULATORIA
43. OTRAS CONSULTAS
44. CIRUGIAS ENDOSCÓPICAS
45. CIRUGIA PEDIATRICA Y NEONATAL
46. TALLERES DE PREVENCION Y PROMOCION DE SALUD
47. LEY 24.449Art. 68

NORMAS DE IMPLEMENTACION. Glosario.

- **MSPT:** Ministerio Salud Publica de la Provincia Tucumán.
- **SIPROSA:** Sistema Provincial de Salud.
- **DRCH:** Departamento Recupero de Costos Hospitalarios.
- **ANMAT:** Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica.
- **ATTAR:** Asociación Tucumana de Anestesiología, Analgesia y Reanimación.
- **REFES:** Registro Federal de Establecimientos de Salud.
- **EFECTOR PÚBLICO:** Hospitales, centros asistenciales y sanitarios y demás prestadores de salud que integran la Red de Servicios de la Provincia de Tucumán, dependiente del Ministerio de Salud Pública de Tucumán, y que brindan atención asistencial y sanitaria a nuestros pacientes.
- **FINANCIADOR:** Entidades, obras sociales, mutuales, sistemas de medicina prepaga, compañías de seguros, Aseguradoras de Riesgos de Trabajo u otras personas físicas, jurídicas o terceros obligados, a cargo de la financiación o pago de la cobertura prestacional del paciente.
- **UCO:** Unidad Coronaria.
- **UTI:** Unidad de Terapia Intensiva.
- **UTIN:** Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- **SGH:** Sistema de Gestión de Hospitales.
- **SGC:** Sistema de Gestión de CAPS.
- **IPC:** Índice de Precios al Consumidor.
- **SCD:** Solicitud de Certificado de Deuda.

NORMAS DE AUDITORÍA Y FACTURACIÓN – Normas Generales.

Las presentes normas tienen por objeto definir las pautas para la valorización, facturación y pago de las prestaciones brindadas realizadas por los Efectores Públicos del SIPROSA, a las personas afiliadas y/o beneficiarios del TERCERO OBLIGADO AL PAGO (DEL SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD COMPRENDIDOS EN LAS LEYES Nº23660, 23661 Y 26682)

1. Serán responsables del pago de los aranceles hospitalarios, las personas jurídicas que estén obligadas, para con los asistidos, a proporcionarles la atención médica, y en la medida en que lo estén, según disposiciones legales o contractuales vigentes; tales como: obra sociales, mutuales, compañías de seguro, sociedades civiles o comerciales, en caso de negativa, el cobro de los aranceles se realizará en la persona de sus legítimos representantes

2. Para la valorización de las prestaciones brindadas por los Efectores Público, el tercero obligado al pago se adhiere al NOMENCLADOR DE PRESTACIONES DE SALUD DRCH - MSPT correspondiente al ANEXO I, aprobado en la presente Resolución, modificatorias y complementarias o la que en un futuro la reemplace.

3. Los aranceles hospitalarios serán exigibles, siempre que la atención médico – sanitaria hubiere sido efectivamente prestada, aunque las personas o entidades responsables no hubieran autorizado dichas prestaciones por parte de los hospitales y demás establecimientos sanitarios pertenecientes al SIPROSA.

4. **La notificación de las internaciones de pacientes con cobertura privada de salud, deberá realizarse dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas hábiles y para el caso de días no laborables a nivel Provincial se considerará un día adicional.**

La falta de notificación por inconvenientes o contingencias en el Efector, no implica la no facturación de las prestaciones brindadas desde el ingreso hasta el egreso del paciente. En este caso deberá solicitar auditoria conjunta al Financiador.

5. Para dar orden y claridad, todas las atenciones brindadas, por los efectores del SIPROSA deberán ser cargadas en los sistemas informáticos y, a través de módulos de facturación se realizarán las correspondientes facturas. Esta y sus contenidos serán avalados y certificados mediante la firma del Director del Efector.

En los casos en que un servicio y/o Efector no se encuentren informatizados deberán estar debidamente justificados para poder facturar con respaldo en papel e informar al Director y/o Administrador del mismo para su intervención de competencia. **La no informatización no imposibilita su facturación.**

Se deberá adjuntar la “**Solicitud de Excepción de Registros Digitalizados**” a dicha normativa descripta en el ANEXO IV, acompañada de la firma de la autoridad responsable del Efector, y presentar copia por mesa de entrada del DRCH (Chacabuco N°262 – San Miguel Tucumán) con el objetivo de dejar registro de la situación y poder monitorear el avance la gestión y cumplimiento.

6. Establézcase las directrices para asegurar que las facturas se realicen conforme a lo detallado en las Normas de Auditoría y Facturación, su transparencia y correcta gestión de las obligaciones, con el objetivo de minimizar y/o eliminar débitos futuros y facilitar la gestión administrativa contable.

7. Los Efectores del SIPROSA se encuentran inscriptos en el REFES con su número de registro detallado en los comprobantes (ANEXO III)

8. El Presidente del SIPROSA determinará reglamentariamente las prestaciones de servicios asistenciales

– sanitarios, susceptibles de ser gravados, y fijará el monto de los derechos arancelarios, como asimismo la forma, tiempo y modo de su percepción.

9. Los montos correspondientes a los derechos arancelarios serán percibidos, cuando así corresponda, por el mismo procedimiento establecido en el Código Tributario de la Provincia para la ejecución fiscal de los tributos. Respecto de las sumas adeudadas al SIPROSA, originadas por prestaciones médico asistenciales brindadas por dicho Sistema, corresponderá emitir un Certificado de Deuda suscripto por la Presidencia del SIPROSA o por los funcionarios en quienes éste delegue. El mencionado certificado constituirá un título ejecutivo de crédito del Estado Provincial, cuyo cobro podrá ser diligenciado, o ejecutado judicialmente, por vía de apremio. La mencionada ejecución judicial será realizada por el Servicio Jurídico del SIPROSA, o por lo dispuesto por el Art. 9º de la presente Ley actuando los mismos con unidad de criterio y descentralización operativa en los organismos dependientes respectivos (Art.41 – Ley N°5652)
10. En caso de necesidades epidemiológicas esta normativa habilita a la facturación de las prácticas de diagnóstico y tratamiento que se realicen con el objetivo de brindar una rápida y efectiva respuesta ante riesgos epidemiológicos, apoyando tanto la prevención como el diagnóstico temprano.
11. Todo aquello no contemplado en este nomenclador podrá facturarse por similitud o a valores acordados entre las partes hasta su incorporación al NOMENCLADOR DE PRESTACIONES DE SALUD DRCH – MSPT.

Las prácticas no nomencladas deben informarse al correo drch-aranceles@msptucuman.gov.ar a cargo del Comité de Actualización del Nomenclador de Prestaciones de Salud DRCH - MSPT del Departamento de Recupero de Costos Hospitalarios con el fin de evaluar su incorporación en futuras modificaciones del nomenclador.

INCLUSIONES y EXCLUSIONES.

Medicamentos, Descartables e Insumos.

12. Los aranceles de las prestaciones ambulatorias, emergentología, hospital de día e internación excluyen los medicamentos listados en el CODIGO 36, así como todos aquellos que sean autorizados por ANMAT con posterioridad a la fecha de aprobación del nomenclador vigente. Los medicamentos deberán facturarse conforme a:
 - 12.1 Valores K@IROS PRECIO MEDICAMENTOS
<https://ar.kairosweb.com/>
 - 12.2 Vademécum Nacional de Medicamentos (VNM) de la ANMAT
<https://www.argentina.gob.ar/buscador-de-precios-de-medicamentos>
13. Los aranceles de las prestaciones ambulatorias, emergentología, hospital de día e internación excluyen los descartables listados en el CODIGO 37.
14. Los aranceles de las prestaciones ambulatorias, emergentología, hospital de día e internación excluyen las prótesis y órtesis, salvo indicación expresa en el cuerpo del nomenclador. Estas deben facturarse conforme valores de mercado vigentes al momento de la prestación.
15. Todo estudio Anatómico-Patológico se considera una práctica independiente y se facturará por separado.

16. En las internaciones clínicas/quirúrgicas los procedimientos de Hemoterapia No están incluidos en los módulos y deberán facturarse por separado.
17. Las prácticas de diagnóstico y tratamiento aranceladas en el CODIGO 35.00, no están contempladas en el valor de los módulos, ni incluyen exámenes complementarios, salvo que estén expresamente incluidas.
18. Todo estudio y/o tratamiento que no pueda ser realizado por el SIPROSA y deba ser efectuado por un tercero será incluido en la facturación al valor de costo correspondiente. Esto deberá estar debidamente justificado por el médico tratante y autorizado por la autoridad del Efecto.
19. Los módulos quirúrgicos NO INCLUYEN la contratación de profesionales o especialistas externos a la planta de personal del Efecto. En caso de ser requerido, se deberá informar y tramitar ante el Financiador, la autorización al presupuesto correspondiente.

Anestesia

20. Los aranceles de los módulos de internación quirúrgica o reintervenciones no incluyen los procedimientos anestésicos, sea anestesia general, epidural o regional, evaluación o monitoreo; estos se facturarán a valores regulados por la ATAAR, y de acuerdo a los niveles de complejidad aplicados en cada caso y a sus observaciones para casos particulares detallados en el citado Convenio.
 - Complejidad 1
 - Complejidad 2
 - Complejidad 3
 - Complejidad 4
 - Complejidad 5
 - Complejidad 6
 - Complejidad 7
 - Como así también “zona de atención”: Capital, Concepción, Tafí del Valle, Aguilares, Bella Vista, Monteros y Alberdi.
 - Arancel clasificado según la edad del menor:
 - ✓ 0 – 1 mes
 - ✓ 1 mes – 2 años
 - ✓ 3 años – 14 años.
21. En el caso de prestaciones ambulatorias que requieren anestesia, los procedimientos anestésicos están excluidos y deben adicionarse a la facturación con el CODIGO 35.
22. En todos los casos las drogas anestésicas del CODIGO.36, se encuentran excluidas de los aranceles y así también todos aquellos que sean autorizados por ANMAT con posterioridad a la fecha de aprobación del nomenclador vigente.

Módulos Clínicos y Quirúrgicos.

23. Cuando un paciente a quien se le dio el egreso hospitalario, no sea retirado dentro de las VEINTICUATRO (24) horas de comunicado el mismo, el Hospital facturará al prestatario un módulo clínico por día de permanencia.
24. Cuando un paciente durante una internación clínica requiera tratamiento quirúrgico, se facturará el módulo clínico hasta su realización y posteriormente se adicionará el módulo quirúrgico correspondiente, o viceversa.
25. Los módulos quirúrgicos son aquellos que corresponden a patologías que determinen la necesidad de efectuar la cirugía que tipifica el módulo. En caso de no haberse realizado el acto quirúrgico, por razones no atribuibles al hospital, se facturará como módulo día clínico.
26. Las reintervenciones por la misma patología durante una internación están incluidas cuando se trate de módulos arancelados por el mismo diagnóstico. En casos de distinta patología, se facturará el módulo correspondiente.
27. En los módulos por diagnóstico y en caso de reinternación por la misma patología, ésta no se facturará si se produce dentro de las VEINTICUATRO (24) horas de la fecha de egreso en el mismo efector. Superado este plazo se considerará nueva internación.
28. En las intervenciones múltiples realizadas durante un mismo acto operatorio y distinta vía de abordaje, se facturará el CIENTO POR CIENTO (100%) del módulo mayor y el SETENTA Y CINCO POR CIENTO (75%) de los restantes. Cuando se trate de la misma vía de abordaje, se facturará el CIENTO POR CIENTO (100%) del módulo mayor y el CINCUENTA POR CIENTO (50%) de los restantes.
29. En caso de prolongarse la internación luego del alta quirúrgica, por razones médicas debidamente justificadas, se podrán facturar módulos clínicos a valor del CODIGO 4.01 hasta el efectivo egreso.
30. Toda tecnología sanitaria (medicamentos, descartables, prácticas, técnicas quirúrgicas, etc.) avalada por la medicina basada en la evidencia científica que, a la fecha de edición del presente nomenclador, no sean de uso habitual, se considerarán excluidas de los módulos respectivos, pudiendo ser facturados, en consecuencia, a valores de referencia.
31. Cuando la internación se realiza por módulos valorizados por diagnóstico y el paciente debe ser derivado a otro efector de la red pública, tal módulo será facturado por el hospital que realice la cirugía, pudiendo el restante efector facturar por día clínico.
32. El valor de los módulos incluye las prácticas de laboratorio de las categorías I, II y III individualizadas en el anexo correspondiente, de utilizarse prácticas de otras categorías se sumarán a la facturación.
33. Tratándose de internación por módulo día, se facturará el día de ingreso y no el de egreso, salvo en caso de deceso del paciente se facturará día completo.
34. El total del arancel de las prestaciones de este nomenclador estarán a cargo de la obra social, prepagas, seguros, etc. No existe cobro de coseguros por parte del SIPROSA a cargo de los pacientes.
35. En caso de parto o cesárea se deberá acompañar la identificación de la madre y del recién nacido con sus respectivas huellas digitales y plantares. La cobertura del recién nacido dada por la madre se extiende durante los primeros 30 días de vida.

Plazos de Internación.

36. Los módulos quirúrgicos valorizados por diagnóstico incluyen hasta VEINTICUATRO (24) horas de internación en áreas críticas: UCO, UTI, UTIN y terapias intermedias. Superados dichos plazos se adicionarán al módulo los días de internación en áreas correspondientes hasta el alta del paciente, salvo indicación especificada de cada módulo.
37. Los módulos quirúrgicos por especialidad incluyen la internación a partir de la fecha de intervención, por una cantidad máxima de días habituales de internación quirúrgica indicada en cada caso. De haber complicaciones, se deberá adicionar al módulo la facturación de los días clínicos o quirúrgicos excedentes justificados en la epicrisis.
38. Para las prácticas de diagnóstico y tratamiento ambulatorios que requieran internación, se adicionarán los días de internación correspondientes.

Traslados.

39. Los traslados de pacientes por alta o derivación a otro establecimiento estarán a cargo de la entidad financiadora.
40. Los traslados se facturarán de acuerdo a la necesidad del paciente y al móvil utilizado para atender la urgencia y/o emergencia sanitaria (CODIGO.2).
41. En situaciones que requieran el traslado sanitario o la “**Evacuación Sanitaria de Emergencia**” (MEDEVAC) de un paciente en carácter de urgencia, el Efector Público actuará en estricto cumplimiento de los criterios médicos, priorizando la salud y seguridad del paciente en todo momento.

La ejecución del traslado o evacuación no estará condicionada a la autorización por parte de los obligados al pago.

La Dirección General de Gestión Sanitaria junto a Servicio Social deberán informar de manera inmediata al Financiador sobre la realización del traslado, incluyendo las razones médicas que justificaron la medida y los costos estimados derivados del procedimiento.

El personal médico interviniente dejará constancia en la historia clínica del paciente de las circunstancias y fundamentos médicos que motivaron el traslado o evacuación, garantizando así la trazabilidad y la transparencia del procedimiento.

Esta normativa tiene por objetivo asegurar que las decisiones relacionadas con el traslado de urgencia sean tomadas con base en la necesidad médica, garantizando a la vez la transparencia y la comunicación oportuna con las partes responsables.

La “Evacuación Sanitaria de Emergencia” deberá coordinarse con la Dirección General de Gestión Sanitaria Y seguir los procesos administrativos definidos para tal fin al siguiente correo electrónico:

h.serviciosocialcentral@gmail.com

42. La Dirección General de Gestión Sanitaria será informará al Financiador correspondiente la solicitud de traslado recibida.
43. Cualquier otro tipo de traslado no estipulado, se facturará a valores de mercado.

Validación de Afiliaciones.

44. Al efecto de verificar la afiliación de un paciente respecto al obligado al pago, el EFECTOR consultará en la página web de la:
- Superintendencia: <https://www.sssalud.gob.ar/index.php?cat=consultas&page=padron>
 - ANSES (CODEM): <https://www.anses.gob.ar/consultas/obra-social-codem>
 - PUCO SUMAR: http://sisweb.msal.gov.ar/consultapyp/puco_historico.php
 - CAFU (PAMI): https://efectores.pami.org.ar/pami_efectores/login.php
 - Otro medio identificatorio.
 - En caso de discrepancias la carga de la prueba recaerá en el obligado al pago.

Facturación.

45. **Requisitos de Contenido:** Se plantea la información obligatoria que debe aparecer en la factura, como el nombre del emisor, el nombre del receptor, el número de identificación fiscal, la descripción de las prestaciones brindadas, números de remitos asociados, tipo, número de factura y Fecha, el arancel unitario, Importe Total de la factura, Firma y Sello del Administrador responsable del Efecto.
46. **Formato:** Especificaciones sobre cómo debe presentarse la factura; la misma debe ser por Correo Electrónico Legal declarado y actualizado, excepcionalmente por Correo Postal al Domicilio Legal declarado, Presencial en el Domicilio de la Filial Tucumán o Plataforma del TERCERO OBLIGADO AL PAGO **en caso de ser aceptada por el SIPROSA***, con su correspondiente Acuse de Recibo; a partir de su recepción fehaciente comenzará a correr el plazo para el pago; en los casos de los envíos por Correo Electrónico solo bastará que el Mismo no sea rechazado fehacientemente por el Obligado al Pago o que no sea devuelto por el sistema de Correo, en caso que la casilla de Correos del Efecto haya sido bloqueada por parte del Obligado al Pago, bastará la impresión del comprobante de envío rechazado.

Toda propuesta de Adhesión a plataformas de Obligados al Pago debe ser solicitada a través del DRCH, ya que todo acuerdo implica a la totalidad de los efectores del Sistema.

47. **Documentación de Respaldo:** la documentación respaldatoria que avale las prestaciones facturadas, serán:
- **Ambulatorios:** PDF con detalle de prestaciones facturadas por paciente por día con diagnóstico y evolución, servicio, médico, número de matrícula y firmada por el Director del Efecto,
 - Reporte “Detalle de Prestaciones Facturadas” (SGH)
 - Reporte “Detalle de Prestaciones Facturadas” (SGC)
 - **Internaciones:** Epicrisis. Historia Clínica, consentimiento informado, Protocolo Quirúrgico y Anestésico, Informe de estudios complementarios. Consumo de

Medicamentos y Descartables, del paciente por el período de la internación desde su ingreso hasta el egreso por alta, óbito o derivación.

- **Emergencias – 107**: PDF de la
 - Historia clínica de emergencia
 - Historia clínica de traslado.

48. **Numeración**: Se utiliza el sistema de numeración secuencial en las facturas para evitar duplicaciones u omisiones, ANEXO III se detalla puntos de venta de cada Efecto Público y número de REFES.

49. **Fecha de Emisión**: Existen dos momentos para emitir la factura una vez que se cumplieron los procesos asistenciales, informáticos y administrativos.

- **Prestaciones ambulatorias**: La emisión de la factura podrá realizarse el mismo día de la prestación o en días posteriores.
- **Internaciones**:
 - **Prolongadas**: Se podrán emitir facturas parciales al cierre de cada mes calendario, hasta el egreso u óbito del paciente.
 - **De corto plazo**: La factura será emitida al momento del egreso u óbito del paciente.

50. **Conservación**: De acuerdo a las Normas Vigentes sobre el período durante el cual deben conservarse las facturas y los registros asociados para fines de auditoría o controles posteriores el plazo obligatorio legal de resguardo es de DIEZ (10) años.

51. **Presentación**: Dichas facturas serán enviadas a los obligados al pago vía mail al domicilio legal digital oportunamente declarado por el obligado, con carácter de declaración jurada ÚNICAMENTE dentro de los próximos CINCO (5) días hábiles desde la fecha de cierre de mes calendario. Superado el plazo, la presentación pasará para el mes siguiente.

Cabe destacar que la Dirección General de Recursos Financieros también tiene la facultad de facturar prestaciones de salud, y otros conceptos según se considere oportunamente.

En casos excepcionales, se podrá definir como forma de presentación el correo postal, presencial, plataforma del financiador u otro medio disponible; definido de manera centralizada a través del DRCH autorizado por el Director General de Recursos Financieros del SIPROSA.

La presentación de las facturas emitidas durante el mes calendario finalizado, deberán ser rendidas en el DRCH hasta el día 15 del mes posterior para su registro y auditoría, informando también los acuses de presentación en formato PDF en soporte digital.

El listado a presentar es el que surge del SGH y SGC el que también deberá ser firmado por el Efecto y el responsable del seguimiento de presentaciones y acuses del DRCH.

52. **Actualización**: La actualización de aranceles del **NOMENCLADOR DE PRESTACIONES DE SALUD DRCH**

- **MSPT** se realizará de acuerdo al IPC de actualización mensual y de acuerdo a las publicaciones editadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos que pueden ser consultadas en www.indec.gob.ar

- Nivel General y Divisiones: Salud
- Región Geográfica del País: Nacional
- Periodicidad: Mensual

53. Los ingresos que percibe el Sistema Provincial de Salud en concepto de las prestaciones facturadas a terceros pagadores, serán administrados directamente por él mismo. Los cuáles podrán ser aplicados:

- Las necesidades de los distintos efectores y/o del Sistema Provincial de Salud.
- Un fondo para distribución en el personal del Sistema Provincial de Salud, conforme a pautas de productividad y eficiencia, de hasta el 50% de lo recaudado, salvo contratos o disposiciones específicas en contrario.

54. LABORATORIO – Toma de muestra:

Este código se utilizará tanto para el caso en que la toma de muestra se realice en un lugar físico diferente al del procesamiento del análisis de laboratorio, o cuando la muestra es tomada y procesada dentro del mismo efector.

La toma de muestra constituye un acto técnico que implica recursos humanos, materiales y logísticos específicos. En aquellos casos en los que el efector realiza la toma de muestra y deriva el material biológico a un laboratorio externo para su procesamiento, se genera un costo operativo que no está contemplado en el arancel del estudio de laboratorio.

La incorporación de este código específico permite reconocer y compensar adecuadamente dicha actividad, sin generar una doble facturación.

Esta diferenciación mejora la trazabilidad de las prácticas, promueve la equidad en la facturación y garantiza una asignación más precisa de los recursos en el sistema de salud.

Auditoría de Facturación.

55. En caso de discrepancias sobre factura presentada, ya sea lo referido a la pertinencia de un acto médico o sobre cuestiones administrativas vinculadas al procedimiento administrativo de la misma, el OBLIGADO deberá notificar de forma fehaciente, en el plazo de hasta QUINCE (15) días corridos de recibida la factura indicando Número de Factura, Efector y detalle de la observación al Efector emisor de la Factura vía mail, con copia al Departamento de Recupero de Costos Hospitalarios de la Dirección General de Recursos Financieros al siguiente correo electrónico:

debitoscentralrch@gmail.com

El Efector Publico deberá realizar el proceso administrativo correspondiente a la gestión del débito y aceptar o rechazar el mismo de acuerdo a las normas de facturación enunciadas.

ANEXO III

El OBLIGADO podrá aplicar los débitos que amerite en base a la misma, previa firma de conformidad por parte del Efector Público, de lo contrario será considerado “Saldo Pendiente de Cobro”.

Derivación de Pacientes de Otras Jurisdicciones.

56. En el caso de pacientes que no posean cobertura de salud privada y posean domicilio en otras provincias el financiador será el Ministerio de Salud de la Provincia de Origen. También puede ser un beneficiario de Incluir Salud de otra Jurisdicción; en estos casos debemos solicitar Derivación y compromiso de pago.

Si un paciente de otra jurisdicción necesita atenderse en nuestros Efectores, es necesario que se llegue a un acuerdo entre esta Institución y quien se hará cargo de los costos de esta prestación (insumos médicos, alquileres de equipos, medicamentos de alto costo, módulos quirúrgicos/internación, etc.). Estos acuerdos pueden materializarse de varias maneras: firma de convenios, compromisos de pago, presupuestos, etc. y deben ser autorizados, en su totalidad por el financiador para proceder a llevar a cabo la práctica correspondiente y poder posteriormente, realizar el recupero de costos.

Una vez aceptada la derivación, el servicio solicitante deberá presentar la siguiente documentación:

- Pedido médico (insumos médicos, alquileres de equipos, medicamentos de alto costo, módulos quirúrgicos/internación, etc.), Síntesis de Historia Clínica, Dictamen de Junta Médica, Datos Identificatorios, Negativas, Intervención de Servicio Social del Hospital, las cuales se adjuntarán a la Solicitud de Derivación del Ministerio de Salud otra jurisdicción o Incluir Salud Otra Jurisdicción, Compromiso de Pago y Comprobante de Depósito de los Servicios Presupuestados.

Cumplidos los requisitos mencionados en párrafo precedente, la Sección Recupero de Costos informará por nota a Gerencia y Dirección para toma de conocimiento y firma de formularios correspondientes. Una vez cumplido, informará a los Servicios Asistenciales, a efectos de otorgar turno para la práctica solicitada y a Compras para la emisión de Solicitud de Compra, en caso de no ser provista por el Financiador.

Recupero de Costos deberá generar el formulario de gestión, registrar toda esta información en el “Archivo de Seguimiento de Derivaciones”, para dar seguimiento y cumplimiento a todo el proceso hasta su efectiva cancelación.

Plazos de Pago.

57. **Plazos de Pago:** Los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud y/o cualquier otro obligado al pago de las prestaciones de salud facturadas, deberán cancelirlas dentro de los **TREINTA (30) días corridos de presentada la facturación.**

58. **Mora Automática y Cálculo de Intereses:** Vencido el plazo para el pago, operará la **mora automática.**

Para calcular el interés sobre una deuda en mora, se deberá:

- Registrar en los sistemas informáticos la fecha de presentación de las facturas emitidas.
- Realizar reporte mensual con los siguientes datos: Fecha de emisión, Fecha de presentación, Fecha de cobro, Monto de la factura, Monto de la cobranza.
- Determinar la diferencia entre fecha de presentación y de vencimiento de acuerdo al acuse de presentación de la factura de referencia.
- Determinar los días de atraso, que surgen de la diferencia entre la fecha de vencimiento (30 días posteriores a la presentación fehaciente) y la fecha de cobranza de la factura.
- Se aplicará un interés diario de acuerdo al CTP Art. 51 (Calculadora de Intereses de la D.G. R. de la provincia de Tucumán) dividido en 30 días, que se aplicará al saldo en mora y a los días de atraso una vez superado el vencimiento.
- Una vez determinado el interés por mora aplicado sobre el monto cancelado fuera de término, dicho importe será documentado mediante una **nota de débito** emitida por el Departamento de Recupero de Costos Hospitalarios (DRCH) y remitida por correo electrónico al obligado al pago. Posteriormente, deberá ser cancelado como una **nota**

de débito adicional. Los comprobantes emitidos para este fin deberán ser presentados ante la Auditoría del DRCH, a los efectos de su correspondiente control y seguimiento.

59. **Procedimiento prejudicial:** Para el caso de que el financiador no cancele la deuda actualizada, el Departamento DRCH, dará inicio al proceso de conformación del certificado de deuda para su ejecución judicial por la vía de Apremio, para lo cual **aplicara, para el cálculo de los intereses resarcitorios, el artículo 51 CTP**. Idéntico criterio se adoptará para **los convenios conciliatorios**.

1. **Interés Judicial (ejecución por vía de apremio):** Cuando los montos correspondientes a los derechos arancelarios sean percibidos por el **procedimiento de ejecución fiscal** establecido en el Código

Tributario de la Provincia, la deuda devengará el **Interés** y, si corresponde, el **Interés Punitorio** (Artículo 90 CTP).

2. **Tasa aplicable:** La tasa para este interés legal será fijada por el Ministerio de Economía y Producción, la cual **no podrá ser superior al doble del interés vigente que perciba el Banco de la Nación Argentina (BNA)** por operaciones normales de adelanto en cuenta corriente.

3. **Convenios de pago de deuda judicializada (CPDJ):** La tasa de interés utilizada en el simulador de convenio (Punto 60) debe estar referenciada al **BNA: Nación Libre Destino (CFT – TNA)**, manteniendo la sujeción al tope legal del Artículo 51 del CTP.

***Aclaración Jurídica – Régimen de Intereses por ejecución fiscal (Art. 51 CTP)**

60. **ESTADO DE LOS COMPROBANTES:** [Descripción de estados: Impreso, Transferida a, En saldo, Anulada, Litigio, Jurídico Certificado de Deuda (JCD), Convenios de pago deuda extrajudicial (CPDE), Convenio de pago deuda judicializada (CPDJ), Vencida, Cancelada].

*Nota: El estado **Jurídico Certificado de Deuda (JCD)** es el momento donde la deuda pasa de la esfera administrativa de mora a la preparación para la ejecución fiscal regida por el CTP)*

Solicitud y formalización de convenios de pago.

61. **Solicitud y formalización de convenios de pago de deuda:** En caso que el obligado al pago solicite un convenio de pago en el DRCH o en el Departamento de Asuntos Judiciales, se procederá de la siguiente manera:

1. DRCH deberá tener la deuda conciliada transferencias identificadas, imputaciones registradas, gestión de débitos finalizados y saldos correctos al momento de celebración del presente convenio.
 - a. Análisis de certificados de deuda existentes
 - b. La inclusión de Intereses por actualización,
 - c. La generación del simulador con tasa de Interés
2. El ejecutivo de cuenta deberá formalizar la solicitud de convenio de pago (SCP)
3. El DRCH debe elevar la SCP al Director General de Recursos Financieros a través del Sistema de Gestión de Expedientes Digitales para su análisis e intervención de competencia sobre su procedencia.
4. Posteriormente se eleva la propuesta de pago a la Secretaría General Administrativa para la formalización del convenio a través del dictado de un acto administrativo suscripto

por el funcionario competente, previa autorización del Secretario Ejecutivo Administrativo Contable.

5. Una vez aprobada la propuesta, se procederá a la firma del convenio por el Secretario Ejecutivo Administrativo Contable, con representación de la Secretaria General Administrativa y el financiador, en dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, cuya copia será notificada al DRCH y al DAJ. De esta manera quedará oficializado el convenio de pago.

6. Posteriormente el DRCH deberá llevar control y seguimiento del:

- Pago de las cuotas convenidas
- Imputación de las cuotas canceladas
- Registro de la cobranza por parte del efector responsable.
- Informar al financiador el registro de la imputación correspondiente, con el objetivo de llevar los saldos conciliados y correctamente imputados.

7. Una vez cumplido el convenio de pago, el DRCH emitirá el informe final de su cancelación, que deberá ser remitido a la Secretaria General Administrativa y al financiador correspondiente.

62. Responsabilidad Operativa del Efector: Los efectores tienen la responsabilidad del registro, emisión, presentación, seguimiento y rendición de los comprobantes vinculados a los procedimientos enunciados para garantizar el proceso integral de recupero de costos del Sistema Provincial de Salud de una manera eficiente.

ANEXO I – NOMENCLADOR DE PRESTACIONES DE SALUD DRCH - MSPT

<https://msptucuman.gov.ar/>

ANEXO II – LISTADO DE EFECTORES PUBLICOS MSPT

<https://msptucuman.gov.ar/>

ANEXO III – GESTION DE DEBITOS

PASO Nº 1: El Financiador una vez presentada la facturación, posee QUINCE (15) corridos para informar la observación detectada, al DRCH comunicándolo por correo electrónico a: debitoscentralrch@gmail.com

PASO Nº 2: El DRCH iniciará la gestión del débito consolidando las observaciones recibidas y comunicándolas a los efectores responsables de responder.

PASO Nº 3: Cada uno de los efectores deberá confeccionar un registro del débito en el formulario de gestión de débito, con el objetivo de dar inicio a la gestión correspondiente. Analizando el origen del débito aplicado y derivando en caso de corresponder al auditor médico responsable de la modulación o al facturista que considere necesario al caso.

PASO Nº 4: Una vez finalizada la gestión del débito por parte del efector en un plazo de QUINCE (15) días corridos se informará si es aceptado o rechazado, total o parcialmente justificando los motivos, adjuntando documentación de respaldo, al DRCH.

PASO Nº 5: En el asunto del mail se deberá indicar el Nº de Efector y Nº de Gestión del Débito.

PASO Nº 6: El DRCH reenviará la Gestión del Débito al Financiador correspondiente para poder definir posición frente al mismo, si es aceptado o rechazado hasta llegar a un acuerdo de partes. En caso de ser necesario avanzar con una Auditoria Compartida.

PASO Nº 7: A su vez el Efector llevará un archivo de seguimiento consolidado de los débitos recibidos indicando en ellos el estado de los mismos, de acuerdo al siguiente detalle:

- ✓ Aceptado: Total o Parcial
- ✓ Rechazado: Total o Parcial
- ✓ Solicita Auditoria Compartida

PASO Nº 8: Hasta el día QUINCE (15) del mes siguiente el Efector deberá rendir la “Planilla de Seguimiento de los Débitos” con sus archivos PDF dejando respaldo de la gestión realizada.

PASO Nº 9: En el caso de que un débito deba ser aceptado al 100% y corresponda refacturar dicha prestación, se deberá anular el comprobante con la documentación de referencia para liberar el episodio de prestación y poder refacturar al financiador correspondiente para su correcta gestión de cobranza, indicando en el formulario del débito el Nº de la nueva factura.

PASO Nº 10: El Departamento de Recupero de Costos será el responsable de consolidar los débitos, controlando la imputación del débito correctamente justo al ingreso de la cobranza de la factura involucrada, generando reportes para el análisis del impacto que tienen sobre nuestra facturación.

PASO Nº 11: Se debe comunicar al Financiador la gestión del débito realizada y adjuntar PDF de respaldo.

PASO Nº 12: Una vez finalizado el proceso durante los TREINTA (30) días corridos anteriores a su vencimiento, la gestión debe estar finalizada y comunicada, quedando a disposición del sector de Imputación del DRCH y del Financiador para que al momento de abonar la factura y registrarse su cobranza en nuestros sistemas de gestión, se indique el número de gestión de referencia; dejando reflejada la cancelación de la factura una parte por cobranza efectivamente ingresada y otra parte por débito aceptado.

PASO 13: En caso de débito unilateral o rechazado sin resolución alguna, será considerado saldo pendiente de cancelación por parte del Financiador.

	DEPARTAMENTO RECUPERO COSTOS HOSPITALARIOS
	GESTION DEBITO N° RC_GD_4527
	OBRA SOCIAL RNOS N°
FECHA Y FORMA DE NOTIFICACION	
LIQUIDACION DE REFERENCIA	
MOTIVO DEL DEBITO	
MONTO DEL DEBITO	
EFECTOR Y REFERENTE	
REFACTURACION	
OBSERVACIONES DE LA GESTION DEL DEBITO:	
RECIBO N° Y FECHA	

Firma. Aclaracion y Sello

ANEXO IV – Solicitud de Excepción a la Normativa de Registros Digitalizados

Ref.: Solicitud de Excepción a la Normativa de Registros Digitalizada

A: DRCH

De: [Nombre y cargo de quien solicita la excepción]

Fecha: [Fecha actual]

Asunto: Solicitud de excepción a la normativa de facturación digitalizada para prácticas hospitalarias.

Estimado/a [Destinatario],

Por la presente, solicitamos una excepción a la normativa vigente que exige la informatización y digitalización completa de los registros para la facturación de prácticas hospitalarias. Esta solicitud se basa en las siguientes razones:

1. Limitaciones Técnicas o Infraestructura Insuficiente: [Explica brevemente si existen restricciones tecnológicas o de infraestructura que impidan cumplir con la normativa].
2. Condiciones Específicas de Operación: [Describe cualquier factor operativo, de personal o administrativo que justifique la solicitud de excepción].
3. Propuesta de Procedimientos Alternativos: [Propón un sistema de respaldo (por ejemplo, registros manuales o semidigitales) que asegure precisión y transparencia en el proceso de facturación].

Nos comprometemos a realizar todos los esfuerzos necesarios para implementar el sistema completo de informatización tan pronto como sea posible y a mantener el control y verificación necesarios mediante procedimientos alternativos hasta que logremos dicha implementación.

Agradecemos su comprensión y quedamos a disposición para cualquier consulta adicional o documentación que necesiten.

Atentamente.

[Firma y datos de contacto]

ANEXO V – Comunicación Efectiva

Se informan los **correos electrónicos** de los distintos sectores del DRCH con el objetivo de alcanzar una comunicación efectiva entre las partes intervinientes. Solicitamos enviar al área que corresponda según el tema a tratar, teniendo en cuenta el siguiente listado.

Información General del DRCH	recuperodecostos@msptucuman.gov.ar
Gestión de Débitos	debitoscentralrch@gmail.com
Informar Pagos Control Bancario Imputación - Re imputación	drch-cobranzas@msptucuman.gov.ar cobranzas.siprosa@gmail.com
Acuse de facturación	presenfactura.recupcos@msptucuman.gov.ar recuperodecostostucuman@gmail.com
Facturación – Capacitación – Talleres -	drch.facturacion@gmail.com drch-auditoria@msptucuman.gov.ar
Convenios Contabilidad Proveedores	drch.contabilidad@gmail.com
Jurídico	drch.juridicos@msptucuman.gov.ar drch.juridicosiprosa@gmail.com
Aranceles	drch-aranceles@msptucuman.gov.ar
Informática	rcostostuc@gmail.com
Gestión de Cobranzas	gestioncobranzas.drch@gmail.com
Gestión Anulaciones	drch.anulaciones@gmail.com
Gestión de Evacuación Sanitaria de Emergencia	drch-trasladosanitario@msptucuman.gov.ar

ANEXO VI – Acta de Auditoría Compartida

ACTA AUDITORIA CONJUNTA

(Conforme al procedimiento establecido por la Resolución 461/SPS)

LUGAR:		FECHA: HORA INICIO: HORA FINALIZACION:	
EFECTOR:			
RNOS:	FACTURA N°:		FECHA DE FACTURA:
Obligado al pago:			
ASISTENCIA (EN CASO DE INASISTENCIA, EL ACTA SE CONFECCIONA IGUAL, INDICANDO ESTE MOTIVO Y ENVIANDO COPIA A LA DRCH)			
En representación del efector:			
En representación del Obligado al Pago:			

[illegible][illegible]

En prueba de conformidad se firman TRES (3) ejemplares del mismo tenor y a un solo efecto, en la ciudad dea los.....días del mes de.....del año

Firma y Aclaración

Firma y Aclaración

ANEXO I – Solicitud de Convenio de Pago

	RECUPERO DE COSTOS HOSPITALARIO ASUNTO: SOLICITUD DE CONVENIO DE PAGO			
			FECHA:	
DESTINATARIO	SIPROSA - Sistema Provincial de Salud de la Provincia de Tucumán			
Por medio de la presente, me dirijo a usted con el fin de solicitar un convenio de pago respecto a la deuda que mantengo con el Sistema Provincial de Salud de la Provincia de Tucumán bajo el siguiente detalle:				
SOLICITANTE	RNOS:			
	Apellido y Nombre:			
	DNI			
	Teléfono			
	Correo Electrónico:			
DATOS DE LA DEUDA	Certificado de Deuda Existente N°			
	Estado de Deuda/ Gestión de Cobranza N°			
	Solicitud de Certificado de Deuda			
	Monto Total Adeudado			
	Fecha de Vencimiento:			
PROPUESTA DE CONVENIO DE PAGO	MONTO DE PAGO ÚNICO:			
	Número de Cuotas Solicitadas:			
	Monto de Cada Cuota			
	Fecha Inicio de Pago			
	Periodicidad de Pago			
Documentación de Respaldo :				
ESTADO DE SOLICITUD DE CONVENIO DE PAGO				
ACEPTADA	OBSERVADA		RECHAZADA	OTRO
Firma Referente FINANCIADOR		Firma Referente DRCH		