



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
Escuela de Estudios de Posgrado



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
Escuela de Estudios de Posgrado

---

**CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN  
ADMINISTRACIÓN FINANCIERA DEL SECTOR PÚBLICO  
NACIONAL**

---

**TRABAJO FINAL DE ESPECIALIZACIÓN**

---

Digitalización del circuito de facturación  
en el INAREPS

---

**AUTOR: CP-LA BRIGATTI GERMAN ANDRES COHORTTE 21-22**

**DOCENTE DEL TALLER: MAG. ROLANDI CRISTINA**

**[AGOSTO 2022]**

---



## RESUMEN

El Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur Dr. Juan Otimio Tesone (INAREPS), como Hospital Público de Gestión Descentralizada (HPGD) financia íntegramente su presupuesto por aporte directo del Ministerio de Salud de la Nación (MS). No obstante y aunque no media la necesidad de autofinanciarse, está facultado y obligado a gestionar el recupero de costos de los servicios prestados a beneficiarios de los otros subsistemas de salud, facturando al financiador el costo de la prestación brindada, manteniendo así la gratuidad al beneficiario.

Se busca evitar el denominado subsidio cruzado que se presenta cuando los Hospitales, con magros presupuestos, afrontan los gastos en salud de beneficiarios de Agentes de Salud como Obras Sociales, Mutuales, Prepagas, etc.

Para obtener el resultado final del proceso de facturación, la emisión de la factura, el HPGD requirió aplicar un mecanismo de rutinas administrativas poniendo especial énfasis en el cumplimiento de procedimientos normativos específicos para tal fin.

Dada la naturaleza de los HPGD, garantizar la salud al 100% de la población, alguien podría pensar que las tareas administrativas y por consiguiente la facturación debiera ocupar un segundo plano e incurriría en un error. Estamos convencidos que siendo eficientes en el recupero de costos podemos mejorar en la calidad de atención de nuestros pacientes con discapacidad.

A lo largo del presente trabajo demostraremos que se puede dotar de mayor eficiencia al proceso actual de facturación del INAREPS. Abordaremos el tema en base a la experiencia profesional y laboral, referencia bibliográfica y la normativa vigente que nos permite mediante la observación de campo realizar un análisis descriptivo cuali-cuantitativo.

El objetivo perseguido es mejorar el proceso administrativo de facturación de servicios de salud, dotándolo de herramientas que mitiguen errores administrativos y



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
Escuela de Estudios de Posgrado



duplicidades operativas; además permita, con el uso de la tecnología de la información, lograr mayor eficiencia en la gestión del recupero y eficacia en la toma de decisiones.

## **PALABRAS CLAVES**

- Hospital Público de Gestión Descentralizada
- Recupero de Costos
- Eficiencia



## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
FUNDAMENTACIÓN .....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
OBJETIVOS.....	8
MARCO TEÓRICO .....	9
SISTEMA DE SALUD ARGENTINO .....	9
Subsistema de Seguridad Social.....	11
Subsistema Privado de Salud.....	11
Subsistema Público de Salud.....	12
ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD NACIONAL .....	13
HOSPITAL PÚBLICO.....	14
Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD).....	15
Marco regulatorio del HPGD .....	15
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA DEL SUR.....	16
UNA VISIÓN AMPLIA DE LAS ORGANIZACIONES .....	19
NUEVA GESTIÓN PÚBLICA .....	21
Fundamentos de la Nueva Gestión Pública:.....	22
TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN.....	22
Ventajas de las TIC's.....	23
GOBIERNO ABIERTO .....	24
DIAGNÓSTICO.....	26
PROBLEMA .....	26
HIPÓTESIS .....	26
METODOLOGÍA.....	26
CONCEPTUALIZACIÓN .....	27
Financiamiento del INAREPS.....	27
Cambiar para Sobrevivir.....	29



PROCEDIMIENTO ACTUAL FACTURACION INAREPS .....	30
Procedimiento Actual Atención Internación en Sala.....	32
Procedimiento Actual Atención Domiciliaria y Ambulatoria .....	33
Legajos de Facturación .....	34
Control y firma del legajo de Facturación .....	35
Despacho del legajo de Facturación .....	36
PROPUESTA DE MEJORA .....	38
DESCRIPCIÓN .....	38
ACTUALIDAD INSTITUCIONAL .....	38
NUEVO PROCEDIMIENTO FACTURACION INAREPS .....	39
Datos a Digitalizar y Desarrollo de Software.....	41
Presentismo de Pacientes Ambulatorios.....	43
Información Prestaciones a Facturar .....	44
APORTES ESPERADOS .....	45
CONSENSOS .....	46
CABEZA DE PROYECTO.....	46
IMPLEMENTACIÓN .....	47
CRONOGRAMA .....	47
CONCLUSIONES.....	52
BIBLIOGRAFÍA .....	57
Normativa Vigente .....	57
Libros, Publicaciones y Trabajos .....	58



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
Escuela de Estudios de Posgrado



## INTRODUCCIÓN

### FUNDAMENTACIÓN

La modernización es un desafío para Argentina en todos sus niveles del Estado. Es un concepto que está asociado con la suma de nuevas tecnologías y la digitalización. Implica tener Gobiernos inteligentes, con capacidad para prestar servicios y resolver los problemas de los ciudadanos en los tiempos en que deben resolverse. Es decir, modernizar no es sinónimo de tecnología, sino de resultados.

La capacidad o la eficacia de un Gobierno para generar resultados están vinculadas primero con sus competencias y estas, con todos los servicios, los programas y los proyectos de su agenda. Tener capacidad requiere alinear tanto los recursos económicos y los insumos como las capacidades y las aptitudes humanas, además de las capacidades de coordinación y las institucionales para ejecutar la agenda.

La modernización del Estado debe mejorar y cambiar todo aquello que sea necesario, porque debe entenderse como un proceso que nos lleve a mejores servicios públicos, con mayor alcance y accesibilidad, con más capacidad de resolución, en los tiempos en que debe resolverse o proveerse y con ciudadanos más satisfechos.

El decreto 939/2000 PEN, creó la figura del “Hospital Público de Gestión Descentralizada” dentro del Sistema Sanitario Argentino, estableciendo diversas obligaciones para la mejora en la atención sanitaria y de gestión, y asegurando ciertos derechos, como ser la posibilidad de realizar convenios y cobrar por las prestaciones brindadas a terceros aseguradores. Este derecho hace que las prestaciones que se den a beneficiarios de seguros de salud, ya sea Agentes del Seguro de Salud, Entidades de Medicina Prepaga u otras aseguradoras, utilizando los recursos propios del Hospital, puedan ser recuperados sus costos a través de la facturación de las mismas.



En línea con lo antes mencionado, en el presente trabajo se decidió analizar el actual procedimiento de facturación que aplica el INAREPS para el recupero de costos de las prestaciones brindadas; más de 10 años al frente de la División Facturación del INAREPS avalan contar con la experiencia suficiente para abordar este tema, además de ser concomitante con la decisión de la Dirección actual en avanzar sobre el mismo.

Del análisis de parte pertinente del proceso de facturación actual se propondrán las mejoras necesarias para dotarlo de mayor eficiencia. Desde un enfoque sistémico debemos dimensionar la importancia para la Administración Pública Nacional bregar por lograr la máxima eficiencia en dicho recupero económico sin dejar de visibilizar la importancia de buscar constantes mejoras que en última instancia afectan directamente sobre un tema de extrema sensibilidad como lo es la Discapacidad. Toda mejora en cualquier punto del abordaje integral de la misma redundará en una mejora en la calidad de atención de los pacientes con discapacidad, y consecuentemente con ello este trabajo intenta hacer su aporte.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El volumen de pacientes y prestaciones brindadas por el INAREPS demandan mejoras en el circuito de facturación que minimicen las ineficiencias actuales en su recupero.

La modernización no solo se dará en la digitalización sino que habrá que trabajar sobre estructuras arraigadas, usos y costumbres, resistencia al cambio; somos conscientes de la tensión entre lo moderno y lo antiguo, lograr transformar esa tensión en propensión es otro desafío que excede su tratamiento al ámbito de análisis de este trabajo; al igual que el análisis de la normativa legal en cuanto a la firma digital, si bien se volverá a mencionar más adelante no se analizara en profundidad.



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
Escuela de Estudios de Posgrado



## OBJETIVOS

- En la búsqueda de mejorar la calidad de atención de los pacientes con discapacidad, la obtención eficiente de más y mejores recursos contribuirá en alcanzar dicho objetivo.
- Para mejorar la eficiencia en el recupero de las prestaciones brindadas a dicha población se propondrán mejoras en el circuito de facturación mediante la implementación de tecnologías de la información (TICs) procurando un mayor grado de digitalización del mismo.
- Simplificar la interacción administrativa de los pacientes con el Instituto.
- Contribuir a la mejora en la toma de decisiones de los actores del sistema de salud en beneficio de la atención de los ciudadanos con discapacidad a través de la optimización de la gestión de facturación para el recupero de costos evitando el financiamiento cruzado.



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
Escuela de Estudios de Posgrado



## MARCO TEÓRICO

### SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

En la República Argentina la salud es un derecho que está contemplado a partir de la adhesión a instrumentos internacionales y ratificados por la Constitución Nacional, donde su artículo 42 expresa: “Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud...” De esta manera la salud es un derecho a partir del reconocimiento de diversos tratados internacionales de derechos humanos que gozan de jerarquía constitucional (por ejemplo, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador" de 1988 que define el derecho a la salud como un bien público).

Hubo un año clave que marco hasta la actualidad al Sistema de Salud Argentino, ese fue 1945, cuando los sindicatos, de la mano del Estado, comienzan a ocuparse activamente de la seguridad y salud social de sus afiliados, así nace el concepto de “sanitarismo”. El surgimiento de la Obras Sociales Sindicales instalo la idea de que el Servicio Social fuera un bien adquirido por todos los argentinos.

En el año 1970 se crea por Ley N° 18.610 el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) como órgano de contralor del incipiente sistema de Obras Sociales Sindicales. Su finalidad era promover, coordinar e integrar las actividades de las Obras Sociales, así como controlarlas en sus aspectos técnicos, administrativos, financieros y contables. Dicha ley le dio al sistema de Obras Sociales su primer encuadramiento y marco legal.

En el año 1989, otra norma, la Ley N° 23.660 crea el Sistema de Obras Sociales Nacionales y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS), como organismo de control. Posteriormente la Ley N° 23.661 crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud. La Administración Nacional de Seguro de Salud (ANSSAL) como autoridad de aplicación



determina quiénes son sus beneficiarios, establece la forma de financiación del sistema a través de aportes de empleadores y trabajadores y crea el Fondo Solidario de Redistribución (que será administrado por la Administración de Programas Especiales - APE) estableciéndose así los fundamentos del sistema actual.

Años más tarde, en el Decreto 492/95 se establece el Programa Médico Obligatorio (PMO) que determina aquellas prestaciones mínimas que deben ser aseguradas sea por Obras Sociales Nacionales (Decreto 492/95) y para empresas y entidades de medicina prepaga (Ley 24.754/96).

Un año después y mediante el Decreto N° 1615/96 se fusionaron la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) creada por la Ley N° 23.661, el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) creado por la Ley N° 18.610 y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS) creada por la Ley N° 23.660, constituyéndose la Superintendencia de Servicios de Salud como organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional en jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social, en ese entonces, con personería jurídica y con un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera, en calidad de ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

En el Sistema de Salud Argentino, tal cual lo conocemos hoy, coexisten tres subsistemas que contemplan su cobertura y que conforman su estructura: el subsistema de Seguridad Social, conformado por los aportes a la Seguridad Social; el subsistema Privado de Salud y el subsistema Público de Salud tanto a nivel nacional, provincial y municipal.

Es importante destacar que en nuestro país existe una cobertura de salud del 100% de la población dado que el subsector público atiende la demanda no atendida por los otros subsistemas.



## **Subsistema de Seguridad Social**

Integrado por:

- Obras Sociales Nacionales (sindicales, empresariales y de dirección). Aproximadamente 12,9 millones de beneficiarios.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJYP-PAMI). Aproximadamente 3,7 millones de beneficiarios.
- Obras Sociales Provinciales y la Obra Social de las fuerzas de seguridad (IOSFA). Aproximadamente 6 millones de beneficiarios.

Este subsistema cubre a los afiliados obligatorios que se encuentran en relación laboral de dependencia y jubilados y sus familiares dependientes; y se financia mediante aportes obligatorios sobre los salarios de empleados y contribuciones de los empleadores. Por otro lado, el INSSJP-PAMI es financiado por aportes de los trabajadores en actividad y patronal, por aporte de los mismos jubilados y por aportes del Tesoro Nacional.

La ley 23.660 promulgada el 05 de enero de 1989 es aquella que determina el régimen de aplicación de las Obras Sociales y la Ley 23.661 promulgada el 05 de enero de 1989 establece SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD.

La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) es el ente de regulación y control de los actores del Sistema Nacional del Seguro de Salud (exceptuando las Obras Sociales provinciales y de las fuerzas de seguridad).

## **Subsistema Privado de Salud**

Integrado por efectores de seguros privados (empresas de medicina prepaga, planes médicos de hospitales de comunidades o privados, mutuales, cooperativas) y por prestadores privados independientes. Aproximadamente 5,9 millones de beneficiarios.



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
Escuela de Estudios de Posgrado



El acceso a este subsistema depende de la capacidad individual de pago, siendo sus asociados aquellos que voluntariamente se adhieren y se financia con el pago de cuotas a las empresas de medicina prepaga o mediante pagos por acto médico.

A su vez pueden formar parte de este subsistema aquellos empleados en relación de dependencia que aporten a una Obra Social pero optan por transferir sus aportes a una empresa de medicina privada.

En cuanto a la normativa aplicable, la Ley N° 26.682 y los Decretos n° 1991 y 1993 de 2011 establecen el marco normativo al subsistema privado y se encuentran reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud y sus asociados gozan de las prestaciones médicas conforme lo establecido por el PMO (Ley 24.754/96).

### **Subsistema Público de Salud**

Integrado por programas sanitarios que garantizan acciones de prevención y atención de la salud y por los prestadores públicos del ámbito nacional, provincial y municipal. Aproximadamente 17,6 millones de beneficiarios que tienen como única posibilidad de atenderse en este Subsistema por ser excluidos de los otros dos.

El subsistema público se financia en su gran mayoría del presupuesto por rentas del Tesoro ya sean nacionales, provinciales o municipales; o sea que sus recursos provienen en su gran mayoría del sistema impositivo. Pero también los organismos públicos de atención en salud tienen la posibilidad de obtener fondos provenientes de la Autogestión.

Una cuestión a destacarse es el proceso de descentralización de establecimientos y hospitales públicos donde en el año 1993 mediante el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión se define esta nueva categoría de hospitales que posteriormente es reemplazada en el año 2000 por Hospitales de Gestión Descentralizada HPGD (Decreto 939/2000- Créase el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada).

Atento a que el INAREPS (HPGD) forma parte del sistema de salud público a nivel nacional, se explicará éste brevemente con el objeto de encuadrarlo en el mismo.



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
Escuela de Estudios de Posgrado



## ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD NACIONAL

El Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) posee dentro de su estructura diversos organismos e instituciones descentralizadas y especializadas con funciones de rectoría, investigación y prestación de atención en hospitales e institutos nacionales. Aunque debe destacarse que en la actualidad la mayor proporción de la prestación pública es compartida entre provincias y municipios se está buscando una integración mediante redes prestacionales de los servicios prestados para la atención de la salud pública entre las esferas nacional, provincial y municipal con el objeto de conformar la Red Federal de Salud.

Este Ministerio ejerce, en referencia a la salud de la población, su función de rectoría por medio de Programas Nacionales que se articulan a nivel jurisdiccional por las diferentes autoridades de los ámbitos nacional, provincial y municipal.

El subsistema público nacional posee en su estructura organismos autárquicos, autónomos y/o descentralizados con jurisdicción nacional que actúan como entes reguladores en sus respectivas áreas, donde se pueden mencionar, entre otros a: La Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), El Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) y los organismos descentralizados: Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer, Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca, Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur Dr. Juan Otimio Tesone (INAREPS) y La Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS).



## HOSPITAL PÚBLICO

En la Argentina, el Hospital Público es el único encargado de satisfacer la demanda de asistencia sanitaria que requiera toda persona en territorio nacional, y esto de manera totalmente gratuita dado que su presupuesto debiera ser financiado íntegramente por rentas del Tesoro, según a la jurisdicción que pertenezca nacional, provincial o municipal.

Hoy podemos afirmar que el Hospital Público es único oferente de una cobertura universal cubriendo la demanda de asistencia sanitaria de una población creciente a raíz de sucesivas crisis económicas que las dejan en un abismo de desprotección que de no existir el Hospital Público quedarían totalmente desprotegidas en términos sanitarios en primera instancia. Pero el Hospital Público aun no termina ahí su labor, dado que no mezquina sus servicios a beneficiarios de obras sociales y demás instituciones privadas de medicina prepaga; muy por el contrario, atiende la demanda de esos sectores sociales con mayor capacidad económica capaces de solventar económicamente aranceles, aportes o cuotas recaudadas por dichos actores que integran tanto el Subsistema Privado como el de la Seguridad Social que debieran satisfacer sus necesidades de asistencia sanitaria, pero no las satisfacen en su totalidad porque sus beneficiarios no los elijen para ello sino que se ven atraídos por el prestigio del personal médico del subsistema Público.

Y como si no fuera menos importante, el Hospital Público cubre necesidades relacionadas con la emergencia y la atención de pacientes accidentados y ejerce funciones de escuela médica e investigación científica.

Podríamos inferir que en cierta forma el subsistema Público se ocupa de lo crítico, cuando el resto de lo cotidiano; y esto tiene una relación directa con el costo de una y otra acción. Por supuesto tema que excede su análisis en el presente trabajo.

Y como si fuera poco lo ya narrado, en las últimas décadas se ha registrado un fuerte incremento en la demanda de los servicios que brinda el Hospital Público, originado entre otros aspectos por un marcado incremento de la población sin cobertura médica, por el derrumbe de obras sociales deficitarias imposibilitadas de dar respuesta adecuada a la



demanda de sus asociados, y por mejoras en la información que llega a la población que redunda en tasas crecientes de utilización del servicio sanitario Público.

Una breve descripción que no hace más que poner de relieve la creciente importancia del rol que desempeña el Hospital Público en la prestación de los servicios de salud.

### **Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD)**

En el año 1992 el Gobierno Nacional, en el marco del Proceso de Reforma del Estado, sancionó un conjunto de disposiciones que establecieron el marco normativo que implementó un régimen de hospitales públicos con capacidad de autogestión. Ello requirió reformular el modelo tradicional de financiamiento del Hospital Público, habilitándolo a incrementar los recursos que recibía presupuestariamente del Tesoro mediante la obtención de ingresos adicionales originados en el recupero de los costos por prestaciones brindadas a favor de beneficiarios de los subsistemas de la Seguridad Social y del Privado de Salud. Pero con la particularidad que se mantenía la gratuidad del servicio de salud, dado que esos ingresos adicionales no los obtendría por cobro directo a los beneficiarios, sino por facturación de los servicios a las entidades representantes de los otros dos subsistemas. Es decir el subsistema Público paso a facturar parte de sus servicios a los subsistemas de la Seguridad Social y del Privado de Salud.

### **Marco regulatorio del HPGD**

Habilitada la posibilidad de facturar los servicios de salud brindados por el HPGD a beneficiarios de los subsistemas de Seguridad Social y Privado de Salud, era necesario un marco regulatorio que ordene el procedimiento a tal fin. Al respecto, actualmente se encuentra vigente la Res. 635/2015 MS que encuadra aspectos importantes del



procedimiento en tema facturación en los HPGD. Anteriormente, existía la Res. 487/2002 MS, que en virtud de la experiencia acumulada desde su puesta en vigencia, y dado el grado de desarrollo de las tecnologías de información y comunicación, se verificó la necesidad de actualizar los procedimientos y requisitos de información en la gestión de facturación por parte de los HPGD por aquellas prestaciones brindadas a beneficiarios de los subsistemas de Seguridad Social y Privado de Salud, comprendidos en el Régimen de las Leyes N° 23.660 y 23.661, dando así origen a la mencionada Res. 635/15 con el propósito de lograr mejoras sustanciales en términos de agilidad en el funcionamiento de los circuitos administrativos de dicho procedimiento.

## **INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA DEL SUR**

A partir de la estructura mencionada anteriormente es dable destacar que el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur “Juan Otimio Tesone” (INAREPS) es un organismo monovalente, incluido en el régimen de Hospitales Públicos Descentralizados de Autogestión, dependiente de la Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales, Secretaría de Política, Regulación e Institutos del Ministerio de Salud de la Nación.

Su misión:

- Rehabilitar de forma integral a las personas con discapacidad motriz y visceral cardiorespiratoria.
- Promover la implementación de programas de promoción, prevención, rehabilitación e integración de las personas con discapacidad.
- Capacitar al recurso humano.



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
Escuela de Estudios de Posgrado



Su visión:

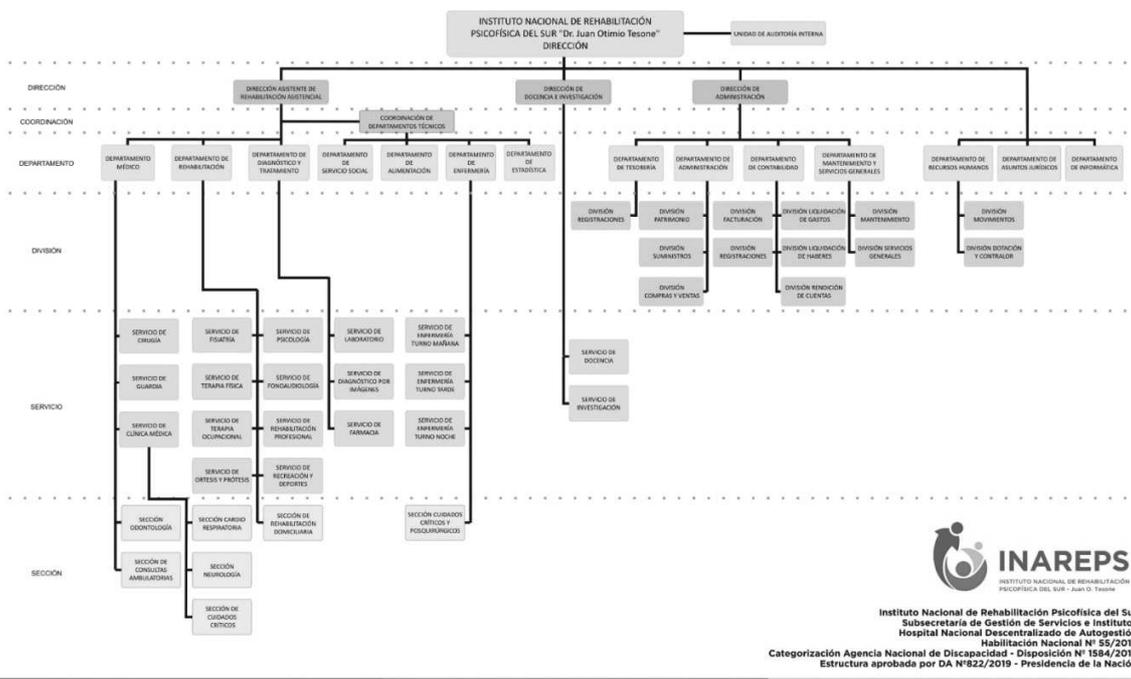
- Constituirnos como el Centro Nacional de Referencia en la atención, capacitación de recursos humanos, asistencia técnica e investigación en rehabilitación.

Sus valores:

- Atención de excelencia científica y humana;
- Trabajo en equipo interdisciplinario;
- Compromiso con la sociedad;
- Ética en la asistencia y en la investigación clínica;
- Dedicación a la docencia;
- Búsqueda permanente de la calidad integral.



## ORGANIGRAMA INAREPS



El Instituto actúa como único Centro de Referencia en Rehabilitación Psicofísica en el ámbito de la Nación, tiene como modalidad de atención los equipos interdisciplinarios donde el paciente puede ser tratado en alguna de las siguientes formas: Internación Institucional, Ambulatorio o Atención Domiciliaria en Rehabilitación.

Una porción grande del universo de pacientes que concurren al Instituto cuenta con algún tipo de cobertura de salud a cargo de algunos de los actores antes mencionados que integran los subsistemas de Seguridad Social y Privado de Salud.

Una de las atribuciones del Instituto por ser de Autogestión es precisamente la posibilidad y obligación de autogestionar el recupero de costos por los servicios sanitarios brindados a pacientes con cobertura en salud (Decreto 939/2000 y Resolución 2410/2020 Ministerio de Salud).



El presente trabajo aborda una parte crucial del procedimiento de recupero mencionado.

Es importante conocer el conjunto de normas que en mayor o menor medida traspasan la temática elegida, como lo son:

- Resolución 635/2015 Ministerio de Salud, Normas de Facturación para Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.
- Decreto 492/95 Poder Ejecutivo Nacional, Programa Medico Obligatorio PMO.
- Ley 23.660, Ley 23.661 y Decreto N° 292/95, Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD.
- Ley 24.754/96, Medicina prepaga.
- Decreto 939/2000, Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.
- Res. 2410/2020 Ministerio de Salud, Distribución porcentual del recupero.

## **UNA VISIÓN AMPLIA DE LAS ORGANIZACIONES**

Hasta esta instancia del trabajo hemos intentado hacer una breve introducción que permita al lector entender a grandes rasgos la evolución que ha transitado nuestro Sistema de Salud, evolución que le permitió constituirse tal cual lo conocemos hoy. Pero esas transformaciones no sucedieron aisladas en tiempo y espacio, sino muy por el contrario; algunas se sucedieron concomitantemente a grandes transformaciones en el ámbito Organizacional en su sentido amplio, otras consecuentes a transformaciones más acotadas a la Gestión Pública, e inclusive a transformaciones que fueron sucediendo en esferas mas abarcativas como en el área de la Tecnología de la Información.

La Teoría de las Organización se refiere a la organización como un dato de hecho, propio de la realidad social como si su existencia estuviera asegurada y fuese constante en el tiempo. Otra forma de definir a las organizaciones es a partir de la consideración que éstas son unidades sociales con objetivos particulares. El INAREPS se origina a partir de



estas necesidades sociales, donde podemos identificar los aspectos fundamentales que delimitan a las organizaciones:

- un grupo de personas asociadas al servicio de la salud
- para el logro de un fin común; establecido por ley
- que establecen entre ellas, a tal fin, relaciones formalizadas; delimitadas burocráticamente
- con pretensión de continuidad en el tiempo; establecido en un plan estratégico
- legitimadas por el sistema social externo
- con la posibilidad de sustituir a sus propios miembros sin que peligre la supervivencia de la propia organización

Se trata de una organización burocrática, un sistema organizativo basado en un conjunto de funciones formales establecidas mediante reglas legales, racionales, escritas y exhaustivas. El poder de cada individuo es impersonal y procede de la norma que crea el cargo. Los cargos están ordenados jerárquicamente, cada puesto inferior está bajo el control y la supervisión de un puesto superior. El desempeño de cada cargo se basa en la preparación especializada de su ocupante, para ello los miembros se seleccionan bajo el principio objetivo del mérito. Los integrantes de la organización no poseen la propiedad de los medios de producción; son profesionales, especialistas y asalariados, el desempeño de las ocupaciones de su puesto representan su actividad principal, y son nombrados por un superior jerárquico perfilándose una carrera profesional dentro de la organización.

A esta visión estructuralista sobre la Teoría de la Organización, se contraponen otras miradas que ven a ciertas burocracias generadoras de círculos viciosos que tornan sistemas organizativos incapaces de flexibilizar sus estructuras y adaptar su comportamiento a las demandas de su entorno; una visión neoestructuralista. He identifican cuatro elementos responsables de dicha inflexibilidad:



- normas impersonales que generan en los integrantes de la organización actitudes y comportamientos determinados
- centralización de las decisiones generalmente concentradas en el vértice de la organización
- aislamiento entre niveles jerárquicos, que implica pérdida de continuidad y visión general de la organización por parte de sus integrantes
- fomento de relaciones de poder paralelas

La existencia de estos cuatro elementos, junto con el exceso de formalismos, generan un combo que no hace más que condenar a la Organización a una pérdida gradual de efectividad y eficiencia en su labor, anulando toda capacidad de respuesta e innovación que pudiera haber logrado.

## **NUEVA GESTIÓN PÚBLICA**

Durante los noventa comienza producirse lo que podríamos decir un cambio de visión, identificado como el Paradigma de la Nueva Gestión Pública, centrado en una perspectiva modernizadora de lo hasta entonces conocido, poniendo especial énfasis en mejorar la eficiencia y la eficacia de la administración pública; aportando una visión “managerialista” al estudio de la administración pública. Incorpora los conceptos de mercado, productividad y gerencialismo, enfocados a la gestión para lograr ganancias. Tratando aplicar las prácticas del sector privado en el sector público.

Aparecen así dos corrientes de pensamiento, en un extremo los radicalizados del enfoque neoempresarial, que valorizan solamente la economía, la eficacia y la eficiencia, que proponen clientelizar a los ciudadanos; y en el otro extremo los defensores de un enfoque neopúblicos, que enfatizan la repolitización, la racionalización y el control de la externalización de los servicios públicos, la participación ciudadana y la ética en la gestión pública.



El enfoque neopúblico propugna adaptar los instrumentos de cambio organizativo a la realidad específica de lo público, de forma que se alcancen los objetivos de mejora sin menoscabo de los objetivos sociales, que son prioritarios.

### **Fundamentos de la Nueva Gestión Pública:**

- Servicios centrados en los ciudadanos. La principal característica del servicio público debiera ser su compromiso de servicio a los ciudadanos para mejorar el bien común. Los ciudadanos no son clientes ni meros usuarios de los servicios del gobierno.
- Un servicio público fiel a su misión fundamental debiera reconocerse por su compromiso en la mejora constante de los servicios debido al respeto por los ciudadanos a los que sirve.
- Dar valor al dinero de los contribuyentes. El enfoque de la nueva gestión pública basado en los resultados y en la evaluación de la gestión y su impacto es importante y debe mantenerse. Cada organización del sector público debiera adquirir un compromiso para mejorar la productividad.
- Una función pública flexible. Para servir mejor al interés público, el gobierno debe ser capaz de modernizarse para responder a las necesidades cambiantes de los ciudadanos en nuevas economías y sociedades globales.

## **TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN**

Las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC), son el conjunto de recursos, herramientas, equipos, programas informáticos, aplicaciones, redes y medios; que permiten la compilación, procesamiento, almacenamiento, transmisión de información como: voz, datos, texto, video e imágenes. Son todos los dispositivos creados para



almacenar, transmitir, recibir y enviar información combinando redes telefónicas, audiovisuales e informáticas.

Dentro de este campo y desde hace ya varios años se vienen dando avances significativos y a velocidad vertiginosa que obliga a las organizaciones no perder ritmo en intentar acompañar esa carrera.

Las TICs han cambiado radicalmente el acceso de la ciudadanía a aspectos de la información general, pero se ve mucha más acentuado el cambio en el acceso a la información del sector público en particular. El avance de las TICs facilitó considerablemente el acopio de información, su difusión, puesta a disposición y transformación. Las TICs no son buenas o malas en sí mismas, sino que son los usuarios quienes pueden hacer un uso bueno o malo de estas.

### **Ventajas de las TIC's**

Solo por identificar algunas, podemos decir:

- acceso a diversas fuentes de información.
- comunicación en tiempo real.
- mayor interacción.
- desarrollo de nuevas habilidades fuera del currículo oficial.
- facilidad para realizar trámites
- acceder a determinados servicios.
- democratización del acceso a la información.
- optimización de trámites burocráticos.
- acceso a servicios sin límites geográficos.
- acceso a nuevas tecnologías accesibles.
- eficiencia en la toma de decisiones.



- nuevas modalidades de trabajo.
- facilitan la comunicación.

## GOBIERNO ABIERTO

El Gobierno Abierto es una política de Estado que apunta a alentar la participación ciudadana en la Administración Pública a través de los canales de comunicación por medio de los cuales se pueda tener contacto directo. Busca promover la transparencia de los actos de gobierno mediante su difusión y acceso a diversas fuentes de información.

Pone a disposición de los ciudadanos las herramientas digitales, como las redes sociales, para que éstos puedan realizar consultas y sugerencias directamente a los diferentes organismos de la Administración Pública.

Da un salto de calidad institucional al entender “la información” como un bien de dominio público y por consiguiente propiedad de la sociedad en conjunto. Los gobiernos cambian su manera de gobernar al difundir toda aquella información que genera y es relevante para la comunidad, tomando como pilares la transparencia en la información, la colaboración de la sociedad y el servicio que se brinda a la comunidad por medio de la participación.

Los gobiernos al dar a publicidad los actos que realizan y bajo el principio de transparencia, permiten a los ciudadanos conocer sobre los planes de gestión y las políticas públicas que están implementando. A la vez, les permite conocer la forma en que son asignados los recursos para el logro de los objetivos planteados. De esta manera, los ciudadanos pueden realizar un control de los actos de gestión e impulsar propuestas para ser discutidas y analizadas en comunidad.

La apertura de datos u open data fomenta que la administración pública pongan a disposición de la sociedad información pública que tienen en su poder, para que cualquier persona u organización pueda a partir de la misma crear nueva información y servicios, constituyéndose en la piedra angular sobre la que se sustenta el open government.



Bajo el concepto de Gobierno Abierto los ciudadanos tienen a su disposición las herramientas digitales o canales de comunicación socialmente utilizados, como las redes sociales o WEB 2.0, espacios que permiten compartir información, e interactuar y colaborar entre los usuarios. A través de ellos los ciudadanos tienen la posibilidad de dar su opinión, permitiendo construir los instrumentos para que las instituciones sean más democráticas y así, aprovechar la inteligencia colectiva. Los ciudadanos podrán hacer llegar sus opiniones, consultas y quejas sobre la prestación del servicio de la Administración Pública.

La modernización del Estado produce cambios en la interacción entre el gobierno y el resto de los agentes sociales (ciudadanos, empresas, otras entidades) y en la manera de organizar el trabajo. El ciudadano es reconocido como un “cliente” y la relación que esto genera requiere que la estructura jerárquica del estado se asemeje a la organización de una empresa.

La aplicación de las TICs ha permitido a los gobiernos tener un mayor conocimiento de las necesidades de la sociedad y en base a ello proporcionarles un mejor servicio. Las TICs le permiten al Estado tener una mayor accesibilidad y rapidez a la información a un menor costo, con mayor seguridad y rigor informativo, y brindándole la posibilidad de una mejor y más democrática atención a los ciudadanos.

El gobierno argentino ha decidido incorporar las TICs a la gestión pública con el objetivo de fortalecer sus procesos internos de información, capacitar a sus funcionarios, interactuar con sus proveedores de bienes y servicios y, por sobre todas las cosas, brindar y entregar más y mejores servicios públicos a la ciudadanía. Así lo dejó en claro al sancionar el decreto 378/2005, que estableció el Plan Nacional de Gobierno Electrónico para la República Argentina.

Sin dudas que la mejora en eficiencia y calidad de los servicios públicos a futuro será de la mano de la utilización de herramientas surgidas de las TICs, los gobiernos electrónicos se ven hoy como la única alternativa a las demandas futuras que exigirá la coyuntura a la Administración Pública Nacional.



## DIAGNÓSTICO

Previo a focalizarnos sobre el diagnóstico, vamos a recordar cuál fue el problema detectado que nos llevo a realizar el presente trabajo, luego de identificado el mismo estaremos en condiciones de elaborar una hipótesis de la cual nos valdremos para abordarlo y en base a ambos podremos establecer la metodología de trabajo aplicada para el análisis.

### PROBLEMA

**El volumen de pacientes y prestaciones brindadas por el INAREPS demandan mejoras en el circuito de facturación que minimicen las ineficiencias actuales en su recupero de costo.**

### HIPÓTESIS

**La digitalización agiliza y transparenta el procedimiento de facturación en el INAREPS, a la vez de nutrirlo de mayor eficiencia.**

### METODOLOGÍA

El tipo de investigación seleccionado para el presente trabajo final de especialización será explicativo, donde la unidad de análisis será el circuito de facturación de las prestaciones brindadas en el INAREPS durante el periodo 2022, se toma esta amplitud temporal dado que producto de la pandemia COVID-19 en tema Rehabilitación Psicofísica la atención se ha visto muy afectada llegando en periodos de confinamiento a



ser casi nula, sobre todo al principio dado que el Instituto fue asignado como centro de internación de apoyo COVID-19.

## CONCEPTUALIZACIÓN

Vemos necesario también profundizar sobre temas que si bien ya han sido mencionados en el presente trabajo, merecen mayor detalle de análisis en esta instancia previo a adentrarnos en el diagnóstico propiamente dicho.

### Financiamiento del INAREPS

El Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur Dr. Juan Otimio Tesone (INAREPS), como Hospital Público de Gestión Descentralizada (HPGD) financia íntegramente su presupuesto por aporte directo del Ministerio de Salud de la Nación (MS). No obstante y aunque no media la necesidad de autofinanciarse, está facultado y obligado a gestionar el recupero de costos de los servicios prestados a afiliados de los otros subsistemas de salud, facturando al financiador el costo de la prestación brindada, manteniendo así la gratuidad al beneficiario, en un claro intento de minimizar lo que podríamos denominar subsidios cruzados o indirectos, que resultan toda vez que beneficiarios de los subsistemas de Seguridad Social y Privado de Salud no cubre las necesidades sanitarias de sus afiliados y estas deben ser cubiertas por integrantes del Subsistema Público de Salud.

Aclarada la no necesidad de autofinanciarse, queda expuesto el objetivo real de cualquier alternativa de financiamiento que experimenten los HPGD, incluido INAREPS; y ese objetivo no es ni más ni menos el de cubrir en parte:

- gastos operativos



- remuneraciones
- inversiones

Porque puntualizamos “cubrir en parte”? en primer lugar, por el peso de estos ítems en el presupuesto de la institución, la dimensión de sus montos hace imposible pensar que se pudieran cubrir en su totalidad solo con el recupero de costos; y en segundo lugar, porque actualmente por Res. 2410/2020 Ministerio de Salud, Distribución porcentual del recupero, del total recaudado por la institución en concepto de recupero de costos por prestaciones brindadas a beneficiarios de los subsistemas de Seguridad Social y Privado de Salud, el 50 % puede ser distribuido entre el personal de la institución. Y en el INAREPS esto se cumple porque funciona como un incentivo a la eficiencia del personal que ve retribuida su labor y esfuerzo en colaborar en dicha recuperación de costos, pero además ve como el otro 50% que queda en la institución se reinvierte en la misma generando un círculo virtuoso que en última instancia va a redundar en mejorar los estándares mínimos de calidad en la prestación de servicio de salud a sus pacientes.

El INAREPS tiene años de experiencia en materia de recuperar costos mediante la facturación a diferentes Agentes de Salud por prestaciones brindadas a sus afiliados. Lo hacemos en forma retrospectiva, es decir, se factura la prestación una vez realizada a valores de nomencladores preestablecidos. Acá hacemos un paréntesis, somos conscientes que sería más eficiente si utilizáramos un costeo directo y no valores de nomencladores modulares que agrega mayor ineficiencia aún, cuyas actualizaciones, tanto monetarias como conceptuales usualmente llegan a destiempo; pero la razón de elegir nomencladores preestablecidos en detrimento de resignar eficiencia se explica por la falta de desarrollo de análisis de costeo a nivel institucional. Cabe destacar que solo se hace mención de esta problemática dado que su tratamiento entendemos excede el marco del presente trabajo.

A las dos formas retrospectivas mencionadas se contraponen una prospectiva, la conocida como capitación, la cual no la explicaremos sino que solo diremos que las instituciones que se acogen a este método reciben en forma anticipada un pago por parte de



los Agentes de Salud con los que hayan convenido, cuyos montos los determinan en base a estadísticas de costos y utilización del servicio hospitalario. No profundizaremos en el tema dado que el INAREPS optó por no capitular su atención.

### **Cambiar para Sobrevivir**

El INAREPS como integrante público del sistema de salud estatal, brinda asistencia gratuita a toda persona dentro del territorio nacional, esté o no protegida por algún integrante de los otros subsistema de salud, observándose un subsidio a estos subsistemas por prestaciones de servicios sanitarios a sus beneficiarios sin retorno financiero; atendiendo además de esta manera, a sectores sociales con mayor capacidad económica atraídos por el prestigio del personal médico y mejor accesibilidad que los ciudadanos no protegidos, cubriendo así mismo en general, lo relativo a emergencias y accidentología sin cargo para el sistema asegurador.

En términos económicos, existe transferencia real de recursos del sector público destinado al sector carenciado sin cobertura social, al sector privado que está protegido por otros subsistemas. Recientemente y con motivo de la crisis sanitaria derivada de la pandemia COVID-19 era discurso común tanto de un lado como de otro, funcionarios o empresarios, escuchar la frase “A los hospitales se les escapan millones de pesos que quedan en las obras sociales o las prepagas”, denunciando la situación de desfinanciamiento de la salud pública.

La subsistencia del sistema de salud argentino tal cual lo conocemos hoy demanda al HPGD adecuar los procesos administrativos a los fines de responder a los requerimientos de los tiempos que corren, lo que implica una reingeniería de los procedimientos de facturación, es decir el desarrollo e implementación de un subproceso en el esquema administrativo-financiero del Hospital que capte y refleje el recupero de costo de las prestaciones brindadas a los pacientes que debieran ser solventados por los otro subsistema de salud con sus propias fuentes de financiamiento.



Al esquema presupuestario prospectivo que el hospital recibe en pago anticipado a la provisión de servicios, se agrega una fuente de financiamiento adicional generado en concepto de ingresos por los servicios prestados al universo de beneficiarios con capacidad de pago por terceros pagadores (O. Sociales Nacionales y/o Provinciales, Mutuales, Empresas de Medicina Prepaga, Seguros de Accidentes, Aseguradores de Riesgos de Trabajo, u otros similares que estén obligadas a la cobertura médica contratada oportunamente por el usuario).

La naturaleza, alcance y oportunidad de la facturación a aplicar a cada financiador del sistema, requiere un acabado de rutinas administrativas involucradas que verifiquen el cumplimiento de procedimientos normativos legales vigentes y comunes para la venta de servicios que le son propias del hospital.

El objetivo de este trabajo es realizar una mejora a todo el proceso administrativo de recupero de costos dentro del INAREPS, dotando de mayor eficiencia al procedimiento actual en busca de mitigar errores administrativos en la captación, análisis, presentación tanto de información como de documentación en materia de facturación de prestaciones brindadas, como así también que permita con el uso de la tecnología de la información una eficiencia en la gestión del recupero y eficacia en la toma de decisiones.

## **PROCEDIMIENTO ACTUAL FACTURACION INAREPS**

El INAREPS brinda tres tipos de servicio sanitario:

- Atención Internación en Sala
- Atención Domiciliaria
- Atención Ambulatoria

Cada uno de estos servicios tiene su particularidad en cuanto al procedimiento aplicado al momento de facturar.



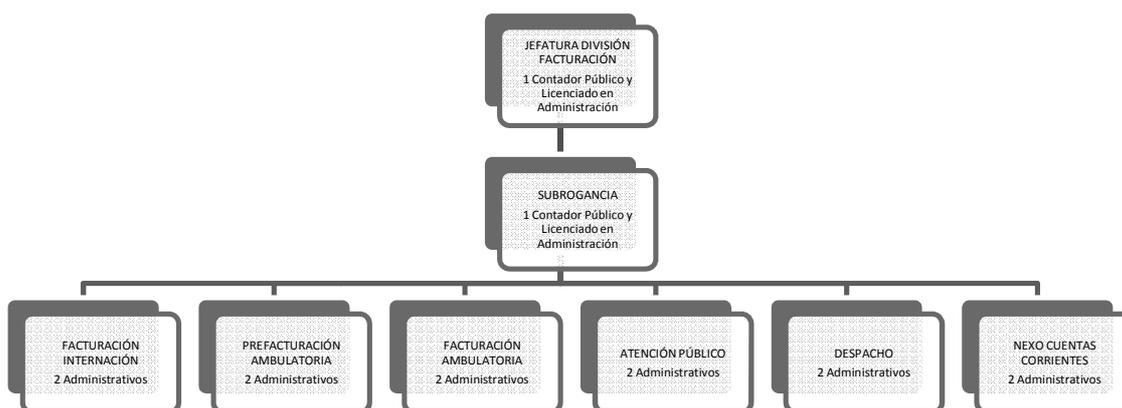
Actualmente estamos habilitados a facturar con tres tipos de sistema nomencladores, la utilización de uno u otro varía según el tipo de paciente, el tipo de Agente cobertor de Salud y/o el tipo de servicio sanitario brindado:

Sistemas Nomencladores:

- AUTOGESTIÓN
- ANDIS
- INAREPS

Es importante a esta instancia del trabajo mencionar la estructura operativa de la División Facturación del INAREPS, dado que será de suma importancia para valorar la necesidad de dotar herramientas acordes a la magnitud del trabajo que llevan adelante para la acotada estructura que posee.

### ESTRUCTURA DIVISIÓN FACTURACIÓN



En total el plantel de la División es un equipo de 7 personas que comparten tareas.



## **Procedimiento Actual Atención Internación en Sala**

Las facturistas responsables verifican diariamente los nuevos ingresos y pases de sala, de existir novedades, verifican si se trata de pacientes con cobertura en salud y de ser así notifica vía mail tal situación al Agente de Salud cobertor según procedimiento Res. 635/15 MS. La verificación conlleva constatar en diferentes web la cobertura en salud con solo el número de DNI del paciente. De corresponder aplicar nomenclador INAREPS se notifica junto con la internación tal situación; por el contrario, de corresponder aplicar nomenclador ANDIS o Autogestión no requiere notificar al respecto.

El programa FACTURACION, software desarrollado en conjunto por la Div. Facturación y el Depto. Informática, informa ingresos y egresos según base de datos generada por del Depto. Estadística, aproximadamente 50 internados mensuales de los cuales en promedio el 74% cuentan con cobertura en salud. Es desde este mismo programa de donde las facturistas disparan el mail de notificación.

La facturación es de corte mensual y a mes vencido, con lo cual las facturistas a principio de cada mes listan en FACTURACION los pacientes internados durante el mes inmediato anterior y vuelven a controlar cobertura en salud por si hubo cambios que demanden renotificar.

Verificadas las internaciones y sus coberturas, las facturistas analizan la Historia Clínica Digital (HCD) de los pacientes internados verificados con cobertura en salud. En esta instancia cabe aclarar que la HCD es también un software desarrollado por el Depto. Informática que solo contempla una mirada asistencial con un diseño enfocado al uso médico dejando de lado el potencial administrativo que como herramienta de información y procesamiento de datos podría aportar.

Luego de la lectura minuciosa de la HCD y de no necesitar asistencia del auditor médico, las facturistas codifican las prestaciones a facturar. Si aplican Autogestión la codificación primero la vuelcan en el ANEXO II (formulario papel establecido por Res.



635/15) para luego cargar la prestación en FACTURACION; de aplicarse ANDIS o INAREPS directamente cargan la prestación en FACTURACION.

Realizada la carga en FACTURACION emiten la rendición (detalle de la factura) y la factura, estos dos documentos formarán parte del legajo de facturación que se remite al Agente cobertor sujeto de facturación.

### **Procedimiento Actual Atención Domiciliaria y Ambulatoria**

A los efectos del procedimiento de facturación podemos tratar ambos tipos de servicio de igual manera dado que no resultan diferencias sustanciales en la obtención de datos, su análisis y posterior facturación.

A diferencia de Internación en Sala, donde a través de FACTURACION obteníamos el dato de ingreso de pacientes y luego por lectura de HCD los consumos, tanto en Internación Domiciliaria como Ambulatoria dicha información la obtiene la División por la Ventanilla de Atención al paciente. Aproximadamente 74 pacientes, en forma diaria, al ingresar al INAREPS se dirigen a la ventanilla de la Div. Facturación, donde se les solicita número de DNI, se verifica en la base de datos del programa BONO/ANEXO, software desarrollado en conjunto por la Div. Facturación y el Depto. Informática, si este fue escaneado con anterioridad a la vez de corroborar si fue verificada la cobertura en salud, aproximadamente el 66% cuenta con algún tipo de cobertura de salud, de ser necesario se actualiza dicha información; se le pregunta al paciente qué servicios consumirá en el día y en consecuencia a la respuesta recibida se emiten los bonos de atención diaria que necesitará. El paciente queda libre de dirigirse al servicio asistencial que demande con el/los bonos en mano, los profesionales asistenciales que lo vayan atendiendo irán completando el bono con breve descripción de la prestación brindada y firmarán y sellarán el bono certificando el acto médico. El paciente antes de retirarse del instituto firma el bono y lo deja en buzón de la ventanilla de la Div. Facturación.



Aclaración mediante, en Atención Domiciliaria al ser un equipo interdisciplinario quien visita a los pacientes en sus respectivos domicilios, hay un encargado del equipo que retira los bonos por Ventanilla Div. Facturación para luego al término del día depositarlos en el buzón de la misma.

Al igual que en Internación en Sala, la facturación es de corte mensual y a mes vencido. Las prefacturistas al inicio de cada mes clasifican y ordenan los bonos del mes anterior, codificando las prestaciones en ellos informadas, volcando la codificación en el ANEXO II, ya mencionado, o directamente en un vértice del bono, según nomenclador aplicado. Y comienzan a armar el legajo de facturación que van a remitir a las facturistas.

Las facturistas cargan la codificación en FACTURACION, emiten rendición y factura para ser agregadas al legajo de facturación.

### **Legajos de Facturación**

Los legajos de facturación comparten su contenido y ordenamiento, se trate de atención en internación de sala, domiciliaria o ambulatoria, en cuanto a:

- Carta de Elevación provisoria: carátula generada en el Sistema de Gestión Documental Electrónica - GDE firmada por la autoridad máxima asistencial del INAREPS.
- Documentación Institucional: inscripciones y habilitaciones que acreditan a la institución.
- Factura y Rendición (en 2 juegos): la primera informa periodo, servicio e importe facturado; la segunda detalla paciente, prestación, cantidad e importe individual.
- Documentación del Paciente: DNI, CUD, verificación web de cobertura, carnet, etc.



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
Escuela de Estudios de Posgrado



Y difieren su contenido, se trate de atención en internación de sala, domiciliaria o ambulatoria, en cuanto a:

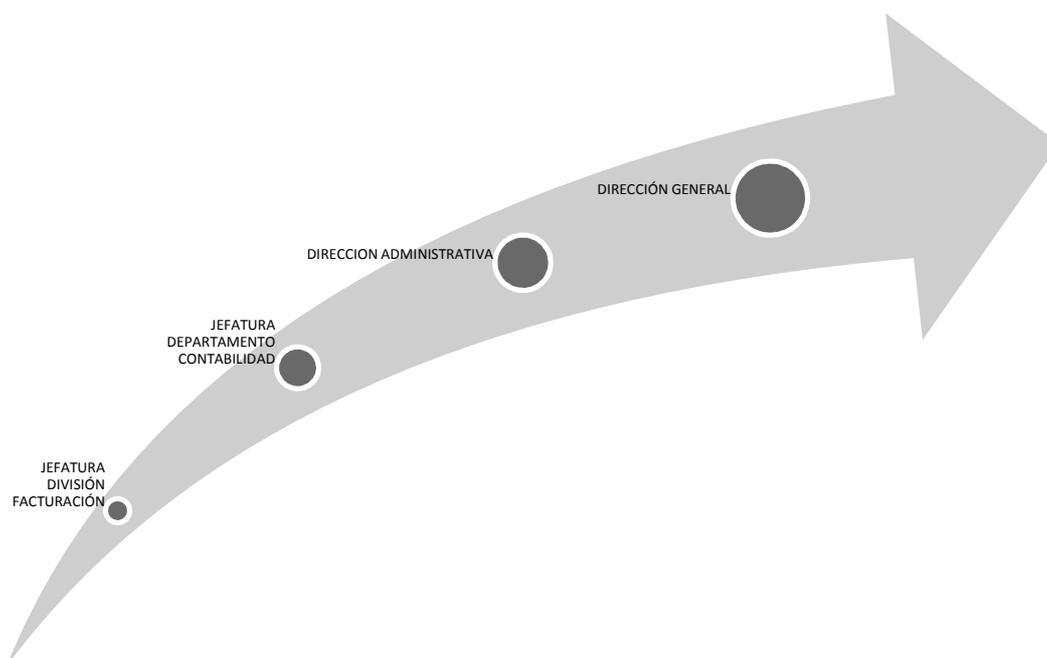
- En Atención en Internación en Sala, contiguo a la Documentación de cada Paciente, se adjuntan: los Anexos II, de corresponder; y las fojas pertinentes de la HCD que documentan las prestaciones brindadas y facturadas en dicho legajo.
- En Atención en Internación Domiciliaria y Atención Ambulatoria, contiguo a la Documentación de cada Paciente, se adjuntan: los bonos y Anexos II, de corresponder, que documentan las prestaciones brindadas y facturadas en dicho legajo.

### **Control y firma del legajo de Facturación**

Una vez armado el legajo de facturación las facturistas remiten tanto el legajo papel como la carta elevación a través de GDE con la siguiente secuencia:



## SECUENCIA DEL CONTROL Y FIRMAS DEL LEGAJO DE FACTURACIÓN



Cuando el legajo papel llega al Director General éste firma la Carta Elevación en GDE y firma y sella cada una de las facturas y rendiciones que se incluyan en el legajo. Luego remite el legajo papel a la Div. Facturación, donde las facturistas imprimen la Carta Elevación firmada en GDE y la adjuntan al legajo papel como caratula definitiva.

### **Despacho del legajo de Facturación**

Las facturistas a medida que van cerrando los legajos de facturación los van pasando a las responsables de despacho. Habitualmente los viernes son los días en que se despachan. Lo primero que hacen las responsables de despacho es escanear en PDF cada uno de los legajos a despachar, luego en base a una base de datos que llevan en Excel verifican si los Agentes a los que se les ha facturado reciben los legajos en PDF vía mail o



en papel vía Correo Argentino. De aquellos Agentes que acepten el despacho vía mail, se les remite copia del PDF, de los que solicitan legajo papel se les remite el original previo imprimir una copia de resguardo que queda en la institución junto con un el 2° juego de factura y rendición firmado y sellado en original por la Dirección, además se guarda el PDF del escaneo.

Una semana después Despacho debe cotejar la recepción de los legajos por parte de los Agentes sujetos de facturación; si se trató de despacho papel, verifican la entrega por numero de oblea de Correo Argentino en su web; si se trató de despacho vía mail, verifican respuesta del mail por parte del Agente y de no hallar respuesta como fue el mismo Agente quien aporto el e-mail al cual se le envió el legajo, el mismo se da como recepcionado en dicha casilla el día que se originó el envío.

Cuando Despacho tiene confirmada la fecha de recepción por parte del Agente, ingresa la misma en FACTURACION y archiva provisoriamente el legajo en el bibliorato correspondiente al Agente en cuestión. El legajo permanecerá en dicha guarda hasta tanto sea requerido por la Div. Cuentas Corrientes para gestionar su cobro o hasta ser cancelado por el Agente sujeto de facturación.

Es de suma importancia la determinación de la fecha de recepción del legajo de facturación por parte del Agente sujeto de facturación dado que es recién desde esa fecha que comienzan a correr los plazos legales para la gestión de cobro del mismo.

Cabe aclarar que no será materia de análisis del presente trabajo:

- Gestión de cobro.
- Tratamiento débitos.
- Reclamos ante la Superintendencia de Servicio de Salud.
- Gestión Judicial.
- Archivo definitivo por cancelación total.



## **PROPUESTA DE MEJORA**

### ***“DIGITALIZACION DEL CIRCUITO DE FACTURACION EN EL INAREPS”***

#### **DESCRIPCIÓN**

Tomando como base los procedimientos actuales de facturación y el software en uso, proponemos mejoras a desarrollar sobre los mismos, poniendo énfasis en características fundamentales que aportan al proceso capacidad de adaptación a los entornos tecnológicos para la captación de datos, procesamiento, facturación y despacho.

Se automatizan procesos y se minimizan cargas repetitivas de datos en diferentes bases de datos ya que se centralizan las existentes a la vez que se las nutre de mayor poder de información.

Abrazamos la Despapelización, adherimos a la tendencia de papel cero como necesidad ineludible, lo desarrollamos utilizando distintas herramientas digitales a lo largo del proceso, por mencionar algunas: digitalización de documentación, firma electrónica, envíos digitales, etc.

La mejora además va a proporcionar información precisa, detallada y rápida para control de gestión, análisis estadístico y toma de decisión a nivel Dirección y Ministerial.

#### **ACTUALIDAD INSTITUCIONAL**

El escenario institucional es propicio para la puesta en marcha de una propuesta de la magnitud que se plantea, contamos con una Dirección abierta a llevar adelante mejoras necesarias que acompañen el reposicionamiento de la institución como referente nacional, tanto en lo asistencial como organizacional. La propuesta es pensada y desarrollada con una



visión intrainstitución pero pasible de aplicación extramuros por todos aquellos prestadores públicos que requieran de un procedimiento de facturación acorde al nuevo entorno tecnológico que vivimos.

La complejidad y continua evolución de las técnicas aplicadas a la propia asistencia y la necesidad de controlar tanto los débitos como los créditos públicos obliga a la búsqueda de la eficiencia y eficacia en la ejecución de estos procesos y en la gestión de los recursos humanos y materiales implicados en la prestación de este servicio.

## **NUEVO PROCEDIMIENTO FACTURACION INAREPS**

Como se mencionó, partiendo del procedimiento y software en uso, se proponen mejoras y desarrollos en determinados aspectos de procesos y de software.

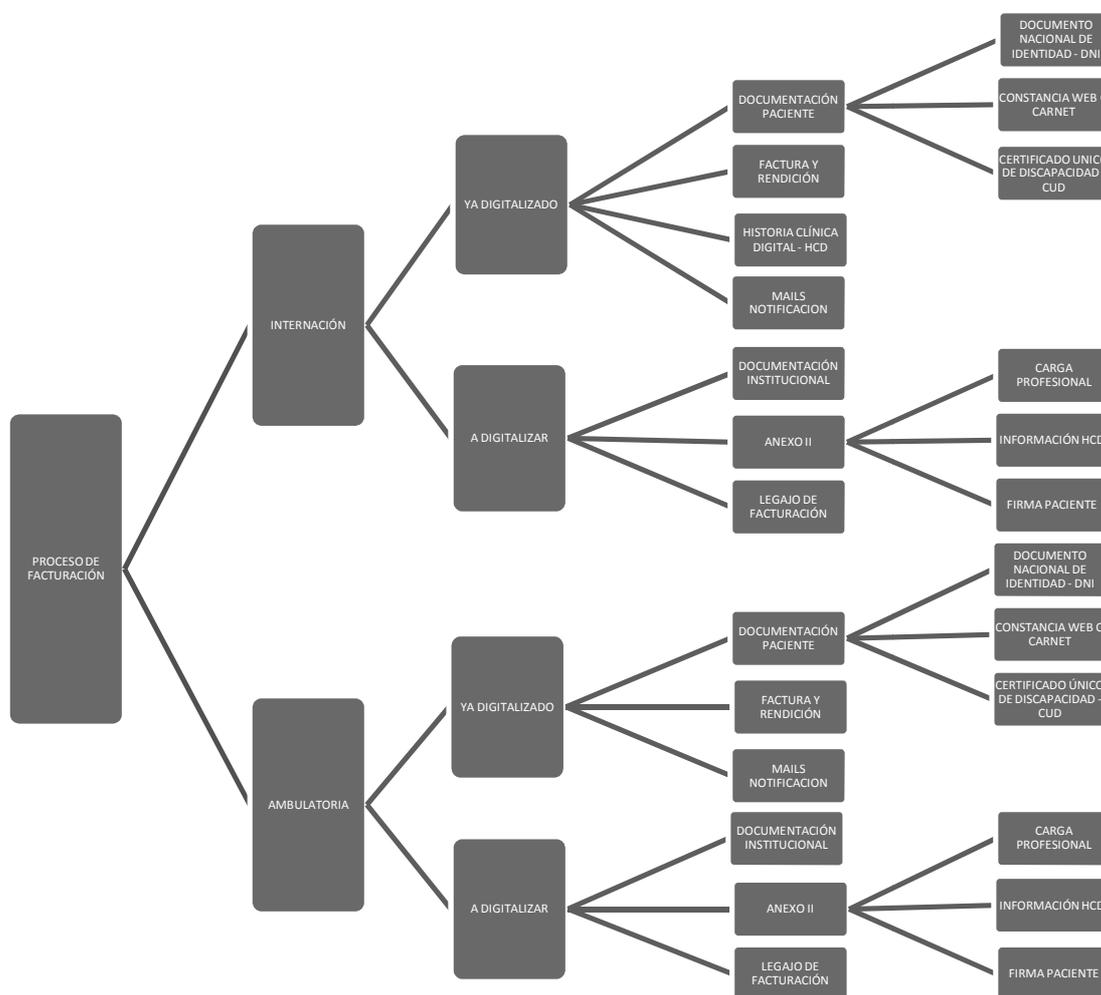
Aspectos que se mantienen:

- La división en tres tipos de servicio sanitario:
  - Atención Internación en Sala
  - Atención Domiciliaria
  - Atención Ambulatoria
  
- La utilización de tres tipos de sistema nomenclador para facturar:
  - AUTOGESTIÓN
  - ANDIS
  - INAREPS
  
- La estructura operativa de la División Facturación del INAREPS:



Con el fin de no abusar de la extensión asignada para el presente trabajo, y considerando que hay procesos que se comparten más allá del tipo de servicio sanitario, se identificaron aquellos aspectos que actualmente ya están digitalizados de aquellos a digitalizar, sobre los que luego se desarrollaran con detalle.

### DIAGRAMA DESPAPELIZACIÓN DEL PROCESO DE FACTURACIÓN





## Datos a Digitalizar y Desarrollo de Software

### 1. Documentación Institucional:

- A. Armar módulo de documentación institucional seleccionable en FACTURACION, según el tipo de Agente y sistema nomenclador a utilizar.
- B. La elección del modulo mencionado en A será automática al configurar Agente y sistema nomenclador en FACTURACION.
- C. Desarrollar modulo en FACTURACION que permita actualizar normativa aplicable y demás documentación institucional. Dicho módulo debe contar con motor de control periódico de dichas actualizaciones.

### 2. Anexo II y Carga Profesional:

- A. Consulta/práctica con código según nomenclador parametrizado para que automáticamente FACTURACION complete especialidad y descripción al momento que el profesional asistencial vuelca su actuar en la HCD.
- B. Firma y sello digital, tanto de profesional asistencial interviniente como de responsable administrativo. Del profesional asistencial al momento de completar la HCD; y del responsable administrativo, al momento de facturar.

### 3. Información HCD:

- A. Datos filiatorios del paciente.
- B. Diagnósticos del paciente.



#### **4. Firma Paciente:**

- A. Es necesario digitalizar la firma del paciente al momento de su ingreso como paciente a la Institución, momento en que da su consentimiento. Esa firma digitalizada se incorporara a la base de datos del legajo del paciente.
- B. En internación: al contar con el consentimiento firmado al ingresar, esa firma digital servirá para replicar en los Anexos II, de corresponder, que se originen durante su internación.
- C. En Ambulatorio: Idem que en B en cuanto a consentimiento salvo que acá requiere que además el paciente dé el presente en oportunidad que asiste a la institución. Como dará el presente se explica más adelante.

#### **5. Legajo de Facturación:**

- A. Desarrollar modulo en FACTURACION que permita armar el legajo, el modulo debe unir las digitalizaciones hasta ahora mencionadas, en un único archivo sellado cuya 1° foja como carátula será la Carta de Elevación confeccionada y firmada en GDE.
- B. Al momento de firmar la Carta de Elevación automáticamente se firma factura y rendición, a la vez que se envía vía mail el legajo de facturación al Agente sujeto de facturación. Esta acción cambia automáticamente la condición del Legajo de facturado a enviado.
- C. El modulo debe permitir adjuntar recepción del legajo de facturación por parte del Agente sujeto de facturación. Esta acción cambia automáticamente la condición del legajo de enviado a recibido.



El principio que promulga la propuesta es dotar al software FACTURACION del potencial necesario que le permita armar y contener todos los legajos de facturación de la institución en una sola base de datos; vinculando: facturas, agentes, pacientes y prestaciones en una sola base de datos, sin pérdidas de información, sin atomización de datos y sin duplicidad de cargas.

### **Presentismo de Pacientes Ambulatorios**

En atención ambulatoria además del consentimiento del paciente se requiere que éste certifique su presente toda vez que reciba servicios en la institución, pero merece distinguir entre paciente ingresantes de aquellos habituales.

- Paciente Ingresante:
  - Al terminar su rutina de ingreso en la ventanilla del Depto. Estadística se dirigirá a la ventanilla de la Div. Facturación, donde:
    - Se le digitaliza:
      - ✓ DNI
      - ✓ Constancia cobertura web o Carnet
      - ✓ CUD
    - Se le explica el manejo de la “Terminal de Autogestión”
  - A partir de este momento al paciente se lo considera “paciente habitual”
- Paciente Habitual:



- Al ingresar va directamente a la “Terminal de Autogestión”, la cual le requerirá identificarse con DNI o dato biométrico.
- Identificado el paciente, la Terminal le requerirá confirmar condición de cobertura en salud, cotejando la base de datos institucional y en su defecto la base de datos de la Superintendencia de Servicios de Salud:
  - De confirmar la cobertura, el paciente se dirige a los sectores correspondientes a fin de cumplir su rutina diaria en base a los turnos asignados por el Depto. Estadística.
  - De no confirmar la cobertura por error u omisión, la Terminal le indicará dirigirse a la ventanilla de la Div. Facturación, de lo contrario el/los profesionales actuantes verán trabado su ingreso a la HCD por no haber cumplimentado el paciente el procedimiento de presentismo.
  - El paciente al cumplimentar el presentismo en la Terminal de Autogestión automáticamente está firmando digitalmente su asistencia y por consiguiente su consentimiento diario.
  - El profesional asistencial al volcar su actuación en la HCD in situ automáticamente está cumpliendo con lo denominado “Carga Profesional”.

### **Información Prestaciones a Facturar**

En este punto es necesario diferenciar si se trata de prestaciones en Internación o Ambulatorio/Domiciliaria.

- En Internación:



- Se listan en FACTURACION los pacientes del mes a facturar agrupados por Agente cobertor.
  - Se generan archivos individuales de las fojas pertinentes de las HCD.
  - Se factura, arma el legajo, despacha y verifica su recepción.
- En Ambulatorio:
    - Al desaparecer el bono de atención diario, se debe desarrollar en HCD una planilla resumen mensual que contenga:
      - Detalle de prestación brindada.
      - Firma y sello profesional actuante.
      - Firma del paciente.
    - Se listan en FACTURACION los pacientes del mes a facturar agrupados por Agente cobertor en base al registro de presentismo.
    - Se generan archivos individuales de las planillas resumen mensual de las HCD.
    - Se factura, arma el legajo, despacha y verifica su recepción.

## **APORTES ESPERADOS**

El potencial de aportes esperados es grande, solo por mencionar algunos:

- Capacidad de reconocimiento de códigos prestacionales parametrizados por prácticas asistenciales en la HCD.
- Capacidad de asociar Agentes Cobertores con mecanismos nomencladores prestacionales.



- Migración bidireccional de datos con software CUENTA CORRIENTES.
- Digitalización de procedimientos actualmente papelizados.
- Eficiencia en el control de facturación.
- Trazabilidad pacientes-prestación-factura-agentes-cobros.
- Unificación de bases de datos.
- Generación de informes de estructura fija y variable.
- Emitir documentación de forma automática.
- Firmar la Dirección mediante Token los legajos de facturación.
- Confeccionar el Manual del Usuario.
- Minimización de tiempos muertos en el procedimiento de facturación.
- Reducción sustancial del tiempo necesario para cerrar periodos facturables.

## **CONSENSOS**

El éxito en la implementación de la presente propuesta necesitará del consenso y colaboración de los Departamentos: Informática, Médico Asistencial y Jurídico. Ya se cuenta con el consenso de la Dirección General.

## **CABEZA DE PROYECTO**

La dirección del proyecto derivado de la presente propuesta estará a cargo del Depto. Contabilidad responsable directo de la Div. Facturación.



## IMPLEMENTACIÓN

Los desarrollos propuestos y su aplicación serán por etapas dada la magnitud de los cambios y contemplando la posibilidad de realizar ajustes sobre la marcha en función de desvíos o mejoras que puedan surgir. Como horizonte temporal se plantea el objetivo de funcionalidad en el año en curso 2023.

## CRONOGRAMA

Dada la magnitud del proyecto es necesario proponer un cronograma de trabajo ordenado que contemple tiempos razonables sin perder eficiencia en el transcurso del mismo.

- Etapa 1: “Análisis y Diagnóstico”
  - ✓ Análisis del proceso de facturación en el INAREPS tal cual se encuentra en práctica hoy, solo en cuanto a los puntos de interés para este proyecto.
  - ✓ Diagnóstico de los puntos a mejorar.

Área: División Facturación

Actores: equipo completo que conforma la División Facturación, 7 agentes

Plazo: 1 mes

Metodología: 1 taller semanal, duración 1 hora

- Etapa 2: “Elaboración de Propuesta”
  - ✓ Elaborar proyecto de mejora del Proceso de Facturación en el INAREPS.



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
Escuela de Estudios de Posgrado



Área: División Facturación

Actores: equipo completo que conforma la División Facturación, 7 agentes

Plazo: 2 mes

Metodología: 1 taller semanal, duración 1 hora

- Etapa 3: “Presentación e Invitación”

- ✓ Presentación de la propuesta de mejora a la Dirección del INAREPS y jefe de Departamento Contabilidad.
- ✓ Presentación de la propuesta de mejora a Jefes de Departamentos afines al proyecto.
- ✓ Invitación a sumarse a la propuesta de mejora a Jefes de Departamentos afines al proyecto y a los agentes que ellos consideren valederos para la articulación.

Área: Direcciones INAREPS, Depto. Médico Asistencial, Depto. Enfermería, Depto. Apoyo (Farmacia, Laboratorio, Imágenes, Ortesis) Depto. Estadística, Depto. Informática, Depto. Contabilidad y Div. Facturación

Actores: Directores, Jefes de Departamentos y Jefe División

Plazo: 1 día

Metodología: exposición, duración 1 hora

- Etapa 4: “Datos”

- ✓ Sobre la base de los sistemas de información actuales, implementar las mejoras necesarias en calidad, cantidad y ubicación de información utilizada en el proceso de facturación.



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
Escuela de Estudios de Posgrado



Área: Depto. Médico Asistencia, Depto. Enfermería, Depto. Apoyo (Farmacia, Laboratorio, Imágenes, Ortesis) Depto. Estadística, Depto. Informática y Div. Facturación

Actores: Jefes de Departamento y Jefe de División

Plazo: 3 meses

Metodología: 1 reunión semanal del Jefe de División facturación con los Jefes de Depto. estos agrupados por información a mejorar, duración 1 hora

- Etapa 5: “Software”

- ✓ Sobre la base de los programas utilizados actualmente en el proceso de facturación, desarrollar las reprogramaciones necesarias que acompañen y hagan posible el proyecto de mejora que se propone.

Área: Depto. Informática y Div. Facturación

Actores: Jefe de Departamento, programador asignado y Jefe de División

Plazo: 3 meses

Metodología: 1 reunión semanal, duración 1 hora

- Etapa 6: “Hardware”

- ✓ Sobre la base del sistema informático utilizado actualmente en el proceso de facturación; y la incorporación de nuevas tecnologías necesarias que acompañen y hagan posible el proyecto de mejora que se propone.
- ✓ Incorporación de nuevas tecnologías, sujetas a licitación.

Área: Depto. Informática y Div. Facturación

Actores: Jefe de Departamento y Jefe de División



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
Escuela de Estudios de Posgrado



Plazo: 3 meses, no contempla plazos licitatorios

Metodología: 1 reunión semanal, duración 1 hora

- Etapa 7: “Implementación”

- ✓ Puesta en práctica del nuevo proceso de facturación en el INAREPS.
- ✓ Pruebas de operatividad.
- ✓ Evaluación de resultados.
- ✓ Ajustes por retroalimentación que mejoren su operatividad.
- ✓ Elaboración de Manual de Procedimiento del Nuevo Proceso de Facturación en el INAREPS

Área: Direcciones INAREPS, Depto. Médico Asistencial, Depto. Enfermería, Depto. Apoyo (Farmacia, Laboratorio, Imágenes, Ortesis) Depto. Estadística, Depto. Informática, Depto. Contabilidad, Div. Facturación y Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Actores: Todo agente de las Áreas involucradas que tenga injerencia directa sobre el proceso de facturación.

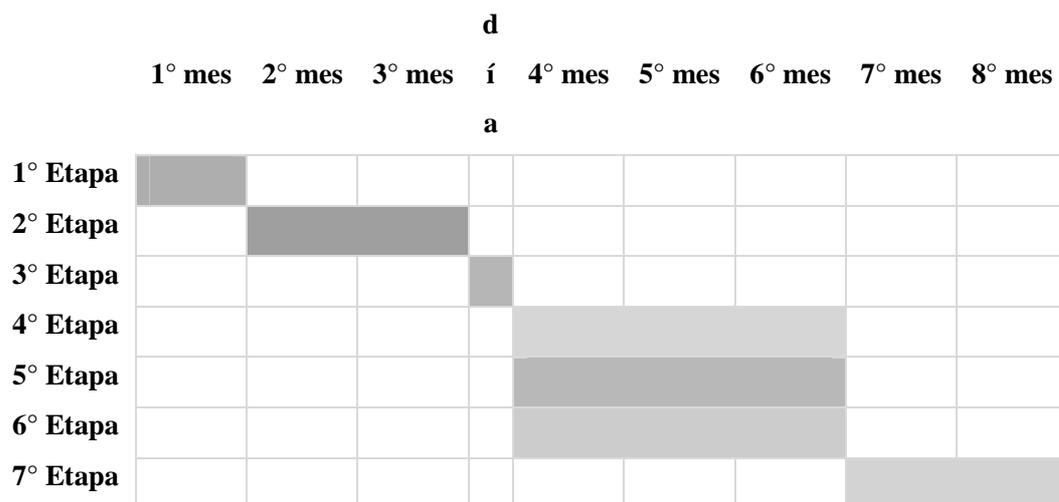
Plazo: 2 meses

Metodología: operatividad diaria cotidiana.

Las etapas 4, 5 y 6 serán abordadas simultáneamente con el objetivo de acortar los plazos para la implementación definitiva de la mejora propuesta.



## DIAGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN





## CONCLUSIONES

La modernización es un desafío para el Estado Argentino en todos sus niveles. Es un concepto asociado a la suma de nuevas tecnologías y la digitalización. Requiere Gobiernos inteligentes, prestadores de servicios para resolver problemas de los ciudadanos en tiempo y forma. Modernizar no es sinónimo de tecnología, sino de resultados.

Requiere alinear recursos económicos, insumos, capacidades y aptitudes humanas, además de las capacidades de coordinación y las institucionales para ejecutar la agenda. Debe mejorar y cambiar todo aquello que sea necesario, porque debe entenderse como un proceso que nos lleve a mejores servicios públicos, con mayor alcance y accesibilidad, con más capacidad de resolución, en los tiempos en que debe resolverse o proveerse y con ciudadanos más satisfechos.

Nuestro Sistema de Salud viene transitando un proceso evolutivo acentuado y constante. Las transformaciones que lo cruzaron no sucedieron aisladas en tiempo y espacio, algunas sucedieron concomitantes a grandes transformaciones en el ámbito Organizacional, otras consecuentes a transformaciones más acotadas a la Gestión Pública, e inclusive a transformaciones en esferas más abarcativas como en el área de la Tecnología de la Información.

El Paradigma de la Nueva Gestión Pública, allá por los años noventa, puso especial énfasis en mejorar la eficiencia y la eficacia de la administración pública. Con sus fundamentos: servicios centrados en los ciudadanos, un servicio público fiel a su misión, dar valor al dinero de los contribuyentes y una función pública flexible.

Luego las TICs cambian radicalmente el acceso de la ciudadanía a aspectos de la información general, pero mucho más el acceso a la información del sector público en particular. Las TICs aportan: acceso a diversas fuentes de información, comunicación en tiempo real, mayor interacción, desarrollo de nuevas habilidades fuera del currículo oficial, facilidad para realizar trámites, acceder a determinados servicios, democratización del acceso a la información, optimización de trámites burocráticos, acceso a servicios sin



límites geográficos, acceso a nuevas tecnologías, eficiencia en la toma de decisiones, nuevas modalidades de trabajo y facilitan la comunicación.

La modernización del Estado cambia la manera de interactuar el gobierno con el resto de los agentes sociales (ciudadanos, empresas, otras entidades) y en la forma de organizar el trabajo. El Gobierno Abierto es una política de Estado que alienta la participación ciudadana en la Administración Pública a través de los canales de comunicación, promueve la transparencia de los actos de gobierno mediante su difusión y acceso a diversas fuentes de información. Da un salto de calidad institucional al entender “la información” como un bien de dominio público y por consiguiente propiedad de la sociedad en su conjunto. Los gobiernos cambian su manera de gobernar al difundir toda aquella información que generan y es relevante para la comunidad, tomando como pilares la transparencia en la información, la colaboración de la sociedad y el servicio que se brinda a la comunidad por medio de la participación.

La apertura de datos “open data” fomenta que la administración pública ponga a disposición de la sociedad información pública que tienen en su poder, para que cualquier persona u organización pueda a partir de la misma crear nueva información y servicios. Los gobiernos al dar a publicidad los actos que realizan y bajo el principio de transparencia, permiten a los ciudadanos conocer sobre los planes de gestión y las políticas públicas que están implementando. A la vez, les permite conocer la forma en que son asignados los recursos para el logro de los objetivos planteados. De esta manera, los ciudadanos pueden realizar un control de los actos de gestión e impulsar propuestas para ser discutidas y analizadas en comunidad.

Las TICs han permitido a los gobiernos tener un mayor conocimiento de las necesidades de la sociedad y en base a ello proporcionarles un mejor servicio. Las TICs le aportan mayor accesibilidad y rapidez en la información a un menor costo, con mayor seguridad y rigor informativo; brindándoles la posibilidad de una mejor y más democrática atención a los ciudadanos.



El Gobierno Argentino decidió incorporar las TIC a la gestión pública con el objetivo de fortalecer sus procesos internos de información, capacitar a sus funcionarios, interactuar con sus proveedores de bienes y servicios y, por sobre todas las cosas, brindar y entregar más y mejores servicios públicos a la ciudadanía. Así lo dejó en claro al sancionar el decreto 378/2005, que estableció el Plan Nacional de Gobierno Electrónico para la República Argentina.

La mejora en eficiencia y calidad de los servicios públicos a futuro será de la mano de la utilización de herramientas surgidas de las TICs, los gobiernos electrónicos se ven hoy como la única alternativa a las demandas futuras que exigirá la coyuntura a la Administración Pública Nacional.

En línea con esta revolución de transformaciones organizacionales se fueron dando otras que las acompañaron, una puntual la introdujo el decreto 939/2000 PEN, que creó la figura del “Hospital Público de Gestión Descentralizada” fue una de los grandes cambios en pos de la modernización del Sistema Sanitario Argentino. El Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur Dr. Juan Otimio Tesone (INAREPS), como Hospital Público de Gestión Descentralizada (HPGD) financia íntegramente su presupuesto por aporte directo del Ministerio de Salud de la Nación (MS). No obstante está facultado y obligado a gestionar el recupero de costos de los servicios prestados, facturando al financiador el costo y manteniendo la gratuidad al beneficiario. Así busca evitar el denominado subsidio cruzado.

Para lograr emitir la factura, el HPGD aplica un mecanismo de rutinas administrativas cumpliendo procedimientos normados. A lo largo del presente trabajo se visibilizó que la facturación no puede ocupar un segundo plano dado que siendo eficientes en el recupero de costos podemos mejorar en la calidad de atención de nuestros pacientes con discapacidad. Quedó demostrado que se puede dotar de mayor eficiencia al proceso actual de facturación del INAREPS. Se alcanzó el objetivo de mejorar el proceso administrativo de facturación de servicios de salud, dotándolo de herramientas que mitigan errores administrativos y duplicidades operativas; además permitiendo, con el uso de la



tecnología de la información, lograr mayor eficiencia en la gestión del recupero y eficacia en la toma de decisiones.

El volumen de pacientes y prestaciones brindadas por el INAREPS demandan mejoras en el circuito de facturación que minimicen ineficiencias actuales en su recupero. La propuesta es modernizar a través de mayor digitalización, morigerando estructuras arraigadas, usos, costumbres, resistencia al cambio; siendo conscientes de la tensión entre lo moderno y lo antiguo, transformar esa tensión en propensión es un desafío que excede al ámbito de este trabajo; al igual que el análisis de la normativa legal en cuanto a la firma digital. Ambas temáticas podrán abordarse en futuras ampliaciones al presente.

Se han alcanzados los objetivos planteados, es comprobable que dotar de mayor eficiencia al procedimiento de recupero de costos, por derrame, mejorará la calidad de los pacientes con discapacidad; y que dicha eficiencia se logra implementando TICs y puntualmente mayor digitalización en el proceso; como colateral simplificamos la interacción administrativa de los pacientes y contribuimos a mejorar la toma de decisiones evitando el financiamiento cruzado.

Es comprobable que la digitalización agiliza y transparenta el procedimiento de facturación en el INAREPS, a la vez de nutrirlo de mayor eficiencia. El INAREPS como integrante público del sistema de salud estatal, brinda asistencia gratuita a toda persona dentro del territorio nacional, esté o no protegida por algún integrante de los otros subsistemas de salud, observándose un subsidio a estos subsistemas por prestaciones de servicios sanitarios a sus beneficiarios sin retorno financiero. En términos económicos, existe transferencia real de recursos del sector público destinado al sector carenciado sin cobertura social, al sector privado que está protegido por otros subsistemas. Contribuyendo al desfinanciamiento de la salud pública.

La subsistencia del sistema de salud argentino tal cual lo conocemos hoy demanda al HPGD adecuar los procesos administrativos a los fines de responder a los requerimientos de los tiempos que corren, lo que implica una reingeniería de los procedimientos de facturación, es decir el desarrollo e implementación de un subproceso en el esquema



administrativo-financiero del Hospital que capte y refleje el recupero de costos de las prestaciones brindadas a los pacientes que debieran ser solventados por los otros subsistemas de salud con sus propias fuentes de financiamiento. No caben dudas que el presente trabajo contribuye a tal fin.

La naturaleza, alcance y oportunidad de la facturación a aplicar a cada financiador del sistema, requiere un acabado de rutinas administrativas involucradas que verifiquen el cumplimiento de procedimientos normativos legales vigentes y comunes para la venta de servicios que le son propias del hospital. Este trabajo aporta una mejora sustancial en todo el proceso administrativo de recupero de costos dentro del INAREPS, dotando de mayor eficiencia al procedimiento actual en busca de mitigar errores administrativos en la captación, análisis, presentación tanto de información como de documentación en materia de facturación de prestaciones brindadas, como así también obteniendo, con el uso de la tecnología de la información, mayor eficiencia en la gestión del recupero y mejor eficacia en la toma de decisiones.

Por todo lo expuesto, y sobre la base de los procedimientos actuales de facturación y el software en uso, proponemos las mejoras detalladas sobre los mismos que aportan al proceso la capacidad suficiente de adaptación a los futuros entornos tecnológicos para la captación de datos, procesamiento, facturación y despacho. Automatizando procesos y minimizando cargas repetitivas de datos. Abrazando la Despapelización. Además, proporcionando información precisa, detallada y rápida para control de gestión, análisis estadístico y toma de decisión a nivel Dirección y Ministerial.

El escenario institucional es propicio para la puesta en marcha de una propuesta de la magnitud que se plantea, contamos con una Dirección abierta a llevar adelante las mejoras necesarias que acompañen el reposicionamiento de la institución como referente nacional, tanto en lo asistencial como organizacional. La propuesta es pensada y desarrollada con una visión intrainstitución pero pasible de aplicación extramuros por todos aquellos prestadores públicos que requieran de un procedimiento de facturación acorde al nuevo entorno tecnológico que vivimos.



## BIBLIOGRAFÍA

### Normativa Vigente

Constitución Nacional.

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador" de 1988.

Ley N° 18.610 - Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS).

Ley N° 23.660 - Sistema de Obras Sociales Nacionales y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS).

Ley N° 23.661 - Sistema Nacional del Seguro de Salud y Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL).

Ley 24.754/96 - Medicina prepaga.

Ley N° 26.682 y Decretos n° 1991 y 1993 de 2011 - Marco Normativo Subsistema Privado de Salud.

Decreto 378/05 – Gobierno Electrónico.

Decreto 492/95 - Programa Médico Obligatorio (PMO).

Decreto N° 1615/96 - Fusión Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS), constituyéndose la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

Decreto 939/2000 - Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD).

Resolución 487/2002 Ministerio de Salud - Procedimiento Facturación en los HPGD.

Resolución 635/2015 Ministerio de Salud - Procedimiento Facturación en los HPGD.

Resolución 2410/2020 Ministerio de Salud – Autogestión del Recupero de Costos HPGD.



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
Escuela de Estudios de Posgrado



## Libros, Publicaciones y Trabajos

Krieger, Mario. Coordinador. Fassio Adriana, Pascual, Liliana. Schmukler, Ricardo, Varela, Cristian - Métodos y Técnicas de Diagnóstico e Intervención en Administración Pública. Errepar. Buenos Aires. (2016).

Menéndez Jorge Alfonso - Innovación Pública: Las tecnologías de la información como herramientas de modernización (2017). Trabajo Final de Especialización en administración Financiera del Sector Público Nacional. UBA.

Ministerio de Modernización. Subsecretaría de Innovación Pública y Gobierno Abierto - Introducción a la Innovación Pública y Gobierno Abierto (2017).

Ministerio de Salud y Acción Social - Hospital Público de Autogestión. Marco conceptual, Estrategias e Instrumentos operativos. Tercera edición (1999).

Oszlak, O. - Notas Críticas para una Teoría de la Burocracia Estatal. Documento CEDES/G.E CLACSO.. Vol. 8, Jul: Buenos Aires, Argentina.

Padilha Adriano. Magister en Comunicación, Arte y Cultura. Universidade do Minho, Portugal - Ventajas y desventajas de las TIC. Recuperado de: <https://www.diferenciador.com/ventajas-y-desventajas-de-las-tic/>

Ramió Matas Carles. Universidad Pompeu Fabra Barcelona España - V Congreso del Clad-32. Recuperado de: <http://cdi.mecon.gov.ar/bases/docelec/clad/cong5/2/2-32.pdf>

Salerno Gastón - Recupero de costos en el subsistema público de salud (2017). Recuperado de: [http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/econ/collection/tpos/document/1502-1153\\_SalernoGL](http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/econ/collection/tpos/document/1502-1153_SalernoGL)

Siffreddi, S. - Los conceptos de "Estado", "Gobierno", "Administración Pública" y "Sector Público" en "Estado y Administración Pública en Argentina. (2008).

Weber Max - La escuela estructuralista. Recuperado de: <https://www.gestiopolis.com/max-weber-y-la-escuela-estructuralista/>