

-2-

RESOLUCIÓN N.º 595 /SPS.
EXPEDIENTE N.º 740/618-RF-2026.

ANEXO

**Circuito de Recupero de Costos Hospitalarios SIPROSA Frente
Prestadores Capitados INSSJP-PAMI**

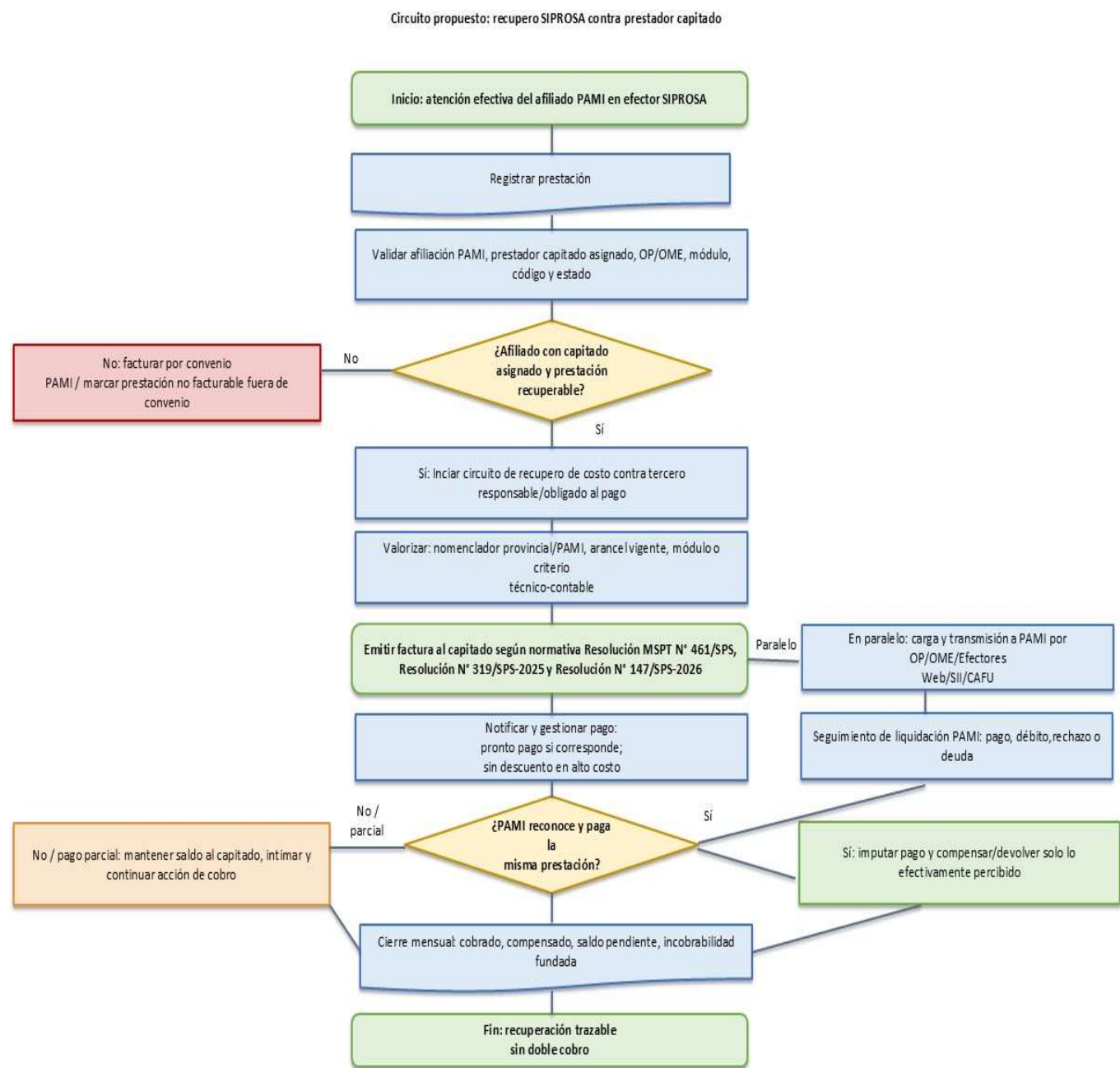
1. Objeto

Se propone un circuito administrativo de recupero de costos hospitalarios respecto de las prestaciones efectivamente brindadas por efectores del Sistema Provincial de Salud a personas afiliadas al INSSJP-PAMI que cuenten con prestador capitado asignado, cuando la prestación debió ser garantizada por dicho prestador o cuando la falta de respuesta, captación, traslado, habilitación sistémica o resolución efectiva haya trasladado la carga asistencial al sistema público provincial de Salud.

El circuito propuesto no sustituye el convenio INSSJP-PAMI/SIPROSA ni interrumpe la carga, transmisión y liquidación ante INSSJP-PAMI. Se propone una doble vía trazable:

- I) recupero económico frente al prestador capitado responsable, como tercero obligado al pago a los fines del recupero de costos;
 - II) liquidación paralela ante INSSJP-PAMI por los canales vigentes. Todo pago posterior de INSSJP-PAMI será imputado a la misma prestación y, si el capitado hubiese abonado previamente, se compensará o reintegrará únicamente el importe efectivamente reconocido y percibido por el Sistema Provincial de Salud, evitando doble cobro.
- Emisión de factura al prestador capitado, conforme la normativa provincial de recupero de costos (Resolución MSPT N° 461/SPS, Resolución N° 319/SPS-2025 y Resolución N° 147/SPS-2026).
 - Aplicación de descuentos de pronto pago cuando el capitado cancele dentro del plazo que se establezca, salvo prestaciones de alto costo, medicamentos de alto costo, prótesis, órtesis, insumos especiales, hemodinamia, alta complejidad u otras prestaciones excluidas por su impacto económico.
 - Registro único de recupero por prestación, con identificación del afiliado, efector, prestación, capitado asignado, OP/OME, estado sistémico, documentación clínica, valorización, presentación, cobro, compensación y saldo.
 - Meta operativa: que el registro de la prestación y la acción de cobranza se realicen dentro de los cuarenta y cinco (45) días de ocurrida o cerrada la prestación, frente al circuito actual en el cual la registración y cancelación de prestaciones INSSJP-PAMI rondan los ciento ochenta (180) días.

Figura 1. Flujograma administrativo propuesto.



Línea de tiempo comparativa del recupero

La diferencia central del circuito propuesto es temporal y financiera: mientras la facturación PAMI requiere esperar una liquidación teórica a 60 días y, en la práctica, puede alcanzar aproximadamente 180 días entre registración, validación y cancelación, la vía provincial permite presentar al capitado hasta el 5° día hábil del mes siguiente y activar registro, seguimiento e instancia de cobro dentro de los 45 días.

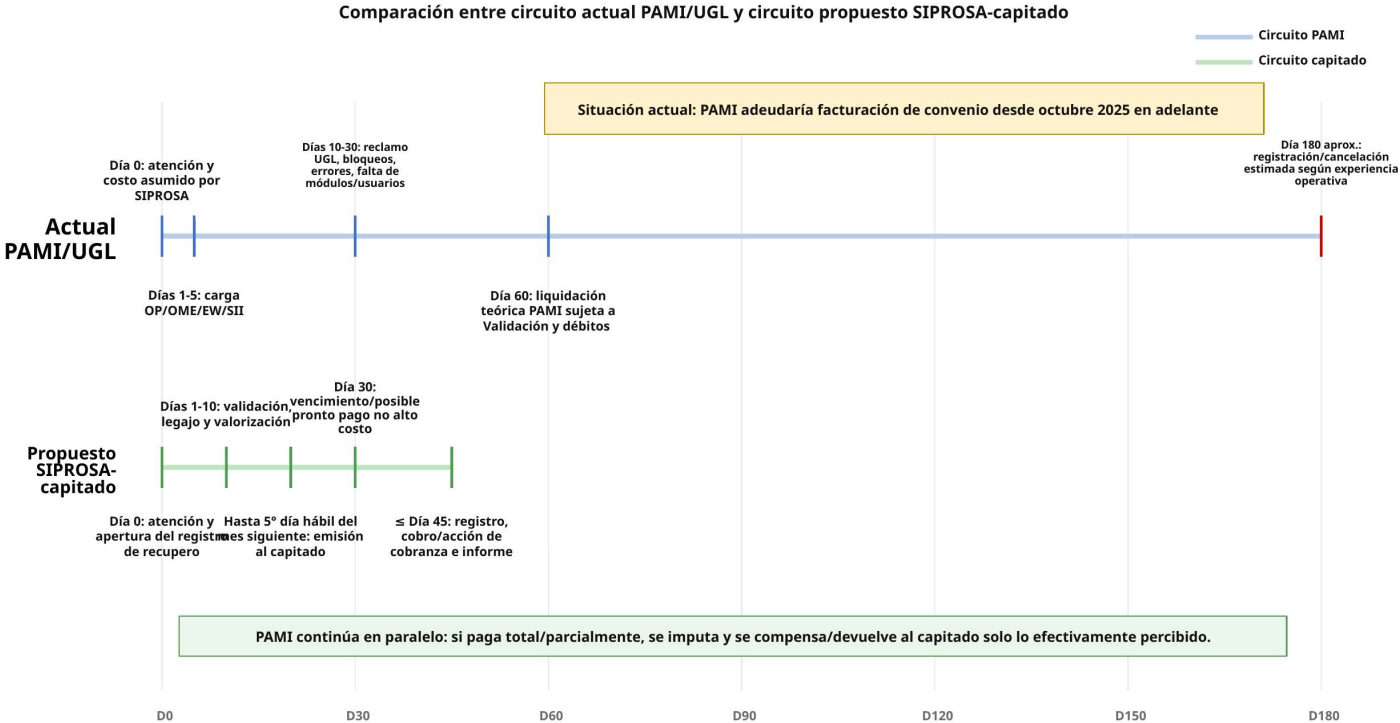


Figura 2. Comparativa de plazos de recuperos.

Momento	Circuito actual PAMI/UGL	Circuito propuesto SIPROSA-capitado
Día 0	Atención efectiva del afiliado PAMI en efector público. El SIPROSA asume costo asistencial.	Atención efectiva sin condicionar acceso. Apertura del registro de recuperos.
Días 1 a 5	Carga en sistema PAMI mediante OP, OME, Efectores Web o modalidad aplicable.	Registro documental completo: afiliado, efector, prestación, diagnóstico, capitado asignado, OP/OME, bloqueo y constancias.
Hasta 5° día hábil del mes siguiente	No hay cobro; el efector espera validaciones, estados de OP, módulos y liquidación PAMI.	Emisión de factura contra el capitado.
Día 30	Reclamo ante UGL/PAMI; recupero dependiente de respuestas externas y sistemas.	Vencimiento del pago; posibilidad de pronto pago cuando no sea prestación de alto costo.
Día 45	Continúan pendientes de validación, débitos o bloqueos.	Registro de cobranza, intimación o acción administrativa de seguimiento.
Día 60 o más	Liquidación PAMI teórica, sujeta a auditorías, ajustes, pagos parciales o bloqueo indefinido.	Liquidación PAMI continúa en paralelo; si paga, se imputa y compensa/devolución al capitado lo percibido.
≈ Día 180	Registración/cancelación aproximada de prestaciones PAMI según experiencia operativa actual.	Legajo ya debería estar cobrado, intimado o con acción de cobranza documentada.

2. Alcance propuesto

El alcance comprenderá toda prestación efectivamente brindada por efectores del SIPROSA a afiliados INSSJP-PAMI con prestador capitado asignado, incluyendo internación clínica, prácticas ambulatorias, fisio-kinesioterapia, laboratorio, salud

mental, diagnóstico, tratamientos, prestaciones complementarias y toda otra atención documentada. La inclusión de la prestación en el circuito no dependerá exclusivamente de que exista OP generada, sino de la efectiva prestación sanitaria, de la cobertura INSSJP-PAMI del paciente, de la identificación del capitado y de la trazabilidad documental de la prestación.

La medida no limita el acceso asistencial ni condiciona la atención del paciente. El objetivo es ordenar el financiamiento posterior de una prestación ya brindada por el sistema público, evitando que el SIPROSA sustituya de manera definitiva al financiador y al prestador capitado que ya percibe recursos económicos por esos pacientes.

3. Justificación técnica, económica y administrativa

La situación actual coloca al Sistema Provincial de Salud en una posición desventajosa: atiende pacientes INSSJP-PAMI, muchos de ellos adultos mayores y con patologías complejas, utilizando camas, guardias, profesionales, insumos, laboratorio, imágenes, rehabilitación y recursos provinciales, mientras el prestador capitado mantiene la percepción de recursos por la población asignada y el recupero del sistema público queda demorado, bloqueado, debitado o sujeto a validaciones externas.

El convenio PAMI-SIPROSA/HPGD presenta debilidades operativas: pago teórico a los 60 días, liquidación solo sobre el resultante validado por INSSJP-PAMI, posibilidad de auditorías, débitos y descuentos, dependencia de sistemas externos, módulos, altas, usuarios, contraseñas, OP/OME, estados de rechazo y respuesta de UGL. En la práctica, la facturación de convenio de INSSJP-PAMI con efectores del Sistema Provincial de Salud se encuentra con acumulación de deuda desde octubre de 2025 a la fecha.

Frente a ello, un circuito de recupero contra el capitado permite acortar significativamente el ciclo económico: la liquidación se presentaría hasta el quinto día hábil del mes siguiente; la observación del obligado deberá formularse en los plazos establecidos en la normativa de recupero de costos hospitalarios vigente; la mora y la acción de cobro se activarían conforme lo reglamentado por esta normativa; y el proceso de registro, presentación y cobranza podría desarrollarse dentro de los 45 días de la prestación o del cierre mensual correspondiente.

La política no tiene carácter sancionatorio. Se trata de una herramienta de resguardo financiero frente a un desajuste: el capitado conserva la cápita o el financiamiento asignado mientras el efector público afronta el costo real. El circuito propuesto busca corregir esa transferencia de costos al presupuesto provincial, cuando el gasto correspondía a un afiliado con cobertura y prestador responsable.

4. Situación actual e información sustentatoria

La problemática no se limita a internaciones. El histórico de OP bloqueadas al 20/05/2026 registra 10.588 OP en estado “Rechazo no aceptado - Turno asignado”, distribuidas principalmente en prácticas ambulatorias de fisio-kinesioterapia, internación clínica, salud mental y laboratorio. Esta situación muestra un patrón sistémico: prestación brindada o sostenida por el efector público, pero recupero bloqueado o condicionado por el circuito PAMI/UGL/capitado.

Tipo de prestación / motivo de emisión	OP bloqueadas	Participación
HPA - Ambulatorio: prácticas de fisio-kinesioterapia	6899	65,16%
HPA - Internación clínica	3408	32,19%
HPA - Salud mental: centro comunitario de salud integral	206	1,95%
HPA - Ambulatorio: prácticas de laboratorio	75	0,71%

Problema detectado	Impacto sobre el recupero
Mesa de ayuda y formulario de contacto	Desde enero no funciona el chat de mesa de ayuda y desde mediados de febrero tampoco el formulario único de contacto, dificultando consultas, reclamos y seguimiento formal.
OP de internación clínica bloqueadas	3.181 OP en estado “Rechazo no aceptado - Turno asignado”. Se informa al ingreso, a las 48 horas y semanalmente, pero la UGL no cambia el estado a “Generada”.
Expediente presentado ante PAMI	El 18/08/2025 se ingresó el expediente 1156-618-RCH-2025 con 1.536 OP bloqueadas y documentación respaldatoria. La modificación de estados fue insignificante y luego se sumaron nuevas OP.
Débito de cardiología	En febrero PAMI no liquidó 995 prácticas de consulta con especialista en cardiología con ECG, correspondientes a 27 efectores, debitándolas como errores de transmisión.
Altas de convenios	De 267 convenios nuevos presentados desde enero de 2026, PAMI habría dado de alta solamente 60.
Falta de capacitación y accesos	Los 60 efectores dados de alta no recibieron capacitación; 39 efectores no pueden operar por falta de contraseñas de Efectores Web y 4 no cuentan con módulo para solicitar OP.
Laboratorio de Salud Pública	Aproximadamente 5.800 prestaciones no reconocidas por “solapamiento con internaciones”, pese a tratarse de prácticas ambulatorias solicitadas por efectores públicos o privados.
Módulos nuevos y Oncoplan	Existen efectores con convenio activo y solicitudes de módulos pendientes, incluyendo propuesta de incorporación a módulos de Oncoplan no disponibles para hospitales públicos.

Indicador	Dato relevado
OP históricas bloqueadas al 20/05/2026	10.588
OP históricas de internación clínica al 20/05/2026	3.408
OP de internación clínica bloqueadas al 17/05/2026	3.181
Prácticas de cardiología debitadas	995 prácticas de 27 efectores
Convenios nuevos presentados desde enero 2026	267 presentados; 60 dados de alta
Efectores sin posibilidad operativa plena	39 sin contraseña EW; 4 sin módulo OP
Laboratorio de Salud Pública	5.800 prestaciones no reconocidas por solapamiento

4.1. Principales efectores y prestadores capitados involucrados

Efector SIPROSA	OP bloqueadas
HOSPITAL DEL ESTE EVA PERÓN	1856
HOSPITAL ÁNGEL CRUZ PADILLA	1372
HOSPITAL DE CLÍNICAS PRESIDENTE DR. NICOLÁS AVELLANEDA	1253
HOSPITAL CENTRO DE SALUD ZENÓN J. SANTILLÁN	1236
HOSPITAL GRAL. LAMADRID - MONTEROS	1120
HOSPITAL DR. ELÍAS L. MEDICI - TAFÍ DEL VALLE	726
HOSPITAL REGIONAL CONCEPCIÓN DR. MIGUEL BELASCÚAIN	640
HOSPITAL LOS RALOS	517
INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGIA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES	495
HOSPITAL LOMAS DE TAFÍ	446
HOSPITAL DE TRANCAS	431
HOSPITAL DE CLÍNICAS NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	374

Prestador capitado / de rechazo	OP bloqueadas
KINESIOLOGÍA TUCUMÁN SRL	4065
ROXANA BARONETTO	768
SERVICIO INTEGRAL DE MEDICINA Y REHABILITACION SRL	751
CLÍNICA INTEGRAL PARA LA MUJER SA	574
ASSISTMEDIC SRL - SANATORIO ROCA	523
SANATORIO GALENO SOC. CAPITAL E IND.	461
SANATORIO CENTRAL SRL	380
BILLORDO KATAVIC OMAR ALFREDO	369
DALDOS ANTONELLA	330
CENA Y REYNOSO SRL - CLÍNICA DEL PILAR	312
CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION	311
SANATORIO REGIONAL SRL	252
SANATORIO SARMIENTO SRL	242
SANATORIO PSIQUIÁTRICO SAN JUAN DE ISAMET SRL	206
NACUL PAULA	204

5. Normativa aplicable

De la revisión normativa nacional y provincial disponible no surge una prohibición expresa que impida al SIPROSA reclamar el recupero de costos a un tercero obligado al pago cuando la prestación fue efectivamente brindada por un efector público y el paciente cuenta con cobertura. Por el contrario, el régimen nacional de hospitales públicos, la normativa provincial de recupero de costos y la propia regulación PAMI sobre capitación, rechazos, derivaciones, recupero y compensaciones reconocen el principio de que el gasto asistencial no debe quedar definitivamente a cargo del hospital público cuando existe financiador o responsable prestacional.

Por ello, la medida propuesta como **recupero de costos contra tercero responsable/obligado al pago** y no como sustitución del contrato PAMI-capitado.

Norma / documento	Respalda la propuesta
Ley N° 19.032 y modif.	Crea el INSSJP-PAMI con individualidad financiera y administrativa y objeto de brindar prestaciones sanitarias y sociales a sus afiliados.

	Refuerza que el afiliado PAMI posee financiador propio y que el SIPROSA no debe sustituirlo de manera definitiva.
Decreto nacional N° 939/2000 y régimen HPGD	Reconoce la facturación de prestaciones de hospitales públicos a terceros pagadores y que los recursos generados se agregan al financiamiento jurisdiccional, consagra el principio de recupero.
Resolución PAMI N° 284/DE/2005	Aprueba el Modelo Prestacional Sociocomunitario de Atención Médica y otras Prestaciones Asistenciales, incluyendo anexos, contratos, menú prestacional y régimen de penalidades. Es antecedente estructural de responsabilidad prestacional asignada.
Resoluciones PAMI N° 687/DE/2013, 846/DE/2013 y 911/DE/2013	Antecedentes de cartera asignada y modelos retributivos. Refuerzan que PAMI reconoce modelos con población/prestaciones asignadas y correlativa responsabilidad del prestador/red.
Resolución PAMI N° 395/DE/2017	Dispone el pago capitado de prestaciones socio-sanitarias. La cápita implica percepción de recursos por una población asignada y deber de cobertura para los módulos contratados.
Resolución PAMI N° 408/DE/2017 y anexos contractuales	Aprueba modelos de contratos para nivel ambulatorio y sanatorial con pago capitado. Es soporte contractual para sostener que el capitado tiene obligación de brindar servicios incluidos en el menú prestacional.
Resolución PAMI N° 416/DE/2017	Reglamenta contratos y circuito de rechazos/derivaciones. La falta de prestación por parte del capitado habilita emisión de OP, débito, recupero y cargo administrativo dentro del sistema PAMI.
Disposición PAMI N° 119/SDE/2017	Antecedente oficial de compensación entre prestadores: las OP emitidas por atención de afiliados asignados a la cápita de un prestador y atendidos por otro se compensan contra créditos del prestador originalmente contratado. Para casos “capitado-capitado” prevé compensación por Nomenclador Común y cargo administrativo.
RESOL-2025-1204-INSSJP-DE#INSSJP	Actualiza el régimen de recuperos por modelo capitado, define el Panel de Rechazos como medio fehaciente y suficiente, exige presentar OP recuperable allí y aprueba procedimiento compensatorio. Refuerza la responsabilidad económica del capitado cuando no brinda la prestación asignada.
Resolución MSPT N° 461/SPS, Resolución N° 319/SPS-2025 y Resolución N° 147/SPS-2026	Conforman el régimen provincial de recupero de costos: definen financiador/tercero obligado, exigibilidad por prestación efectivamente brindada aun sin autorización previa, facturación, acuse, débito, mora, certificado de deuda y apremio.

6. Cierre y solicitud de autorización

En mérito de lo expuesto, se considera técnica, económica y administrativamente procedente la implementación del circuito permanente de recupero de costos hospitalarios frente a prestadores capitados del INSSJP-PAMI, respecto de prestaciones efectivamente brindadas por efectores del SIPROSA a afiliados con prestador asignado.

La propuesta preserva la continuidad asistencial, no limita el acceso del paciente ni interrumpe la liquidación ante INSSJP-PAMI. Su finalidad es evitar que el presupuesto provincial asuma en forma definitiva gastos correspondientes a afiliados con financiador y prestador capitado responsable, resguardando el recupero económico mediante cuenta corriente trazable por prestación y compensación posterior para impedir doble cobro.

Por ello, se solicita autorizar a las áreas competentes de la Dirección General de Recursos Financieros, Recupero de Costos, Coordinación PAMI, Auditoría y Asesoría Jurídica a instrumentar el circuito, definir registros operativos, emitir liquidaciones o facturas, aplicar descuentos de pronto pago cuando proceda y mantener seguimiento mensual de cobros, saldos, compensaciones e incobrabilidades fundadas.