

Material Imprimible

Curso de Facturación de Prestaciones Médicas

Módulo 1

**Contenidos:**

- Conceptos generales de las prestaciones médicas
- Nomenclador Nacional
- Otros nomencladores
- Pautas de facturación

### Prestaciones médicas

Por definición, las prestaciones médicas implican la ejecución de acciones de salud que persiguen, como resultado final, confirmar un diagnóstico, efectuar un tratamiento y realizar el seguimiento de un determinado problema de salud.

Además, debemos señalar que se pueden clasificar de distintas maneras. Por un lado, serán ambulatorias cuando se trate de atención o tratamientos que se llevan a cabo en un consultorio, con tiempos breves de atención, ubicados en una o varias consultas. Y, por el otro, serán de alta complejidad cuando se trate de estudios realizados con aparatología compleja, con la intervención de especialistas. También se denominan así cuando se trata de internaciones en sectores especializados, como Terapia Intensiva, o Unidad Coronaria.

Luego, es importante destacar que las prestaciones de internación podrán incluir también a las cirugías que requieren de la intervención de un cirujano especialista, ayudantes y anestesistas. Pero cabe aclarar que podrán realizarse, también, cirugías que no requieran internación, ni una permanencia prolongada en observación, ni de un quirófano... Por lo tanto, en ese caso serán consideradas como cirugías ambulatorias y podrán realizarse en un consultorio acondicionado para tal fin.

Entonces, como podrán ver, al mencionar prestaciones médicas nos estaremos refiriendo a cada uno de los procedimientos realizados por médicos, especialistas, cirujanos y técnicos, así como a cada servicio de atención que involucre estadía de internación, suministro de medicamentos e insumos, estudios y prácticas de diagnóstico.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, veamos cómo se vinculan con la facturación... Las prestaciones o procedimientos médicos tienen, cada uno, un grado de complejidad que se verá reflejado en su costo en el momento de realizar la facturación. Esto se debe a que se trata de un servicio prestado, que será pagado por quien lo reciba. Es por este motivo que toda aquella institución o profesional que preste un servicio médico será llamado prestador, y toda entidad que la reciba, abonando su valor a cambio, se llamará prestataria.

Son consideradas prestatarias las obras sociales, las prepagas o las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, que agrupan o reúnen una determinada cantidad de prestadores para brindar a sus afiliados o asociados los servicios médicos necesarios.

Entonces, al momento de facturar las prestaciones médicas, que luego serán presentadas a la prestataria, cada una de ellas deberá ser detallada con un código establecido por lo que, en el ámbito de la salud, se conoce como Nomenclador Nacional.

Si tenemos en cuenta que una nomenclatura es el conjunto de las palabras técnicas y propias de una ciencia o facultad, y un nomenclador es un catálogo de nombres de tecnicismos de una ciencia o facultad, podemos afirmar que un Nomenclador de Prestaciones Médicas es el catálogo de nombres de técnicas médicas destinadas al tratamiento de una enfermedad o patología.

Cabe señalar que este catálogo no implica la adición de un significado de cada técnica, porque si no estaríamos hablando de un diccionario. Pero tampoco incluye la descripción de los procedimientos, como podría ser el caso de un manual... En el Nomenclador Nacional solamente se detalla el nombre y ciertos aspectos que individualizan y valorizan una prestación médica.

### Historia

Vamos a conocer un poco sobre la historia de las instituciones creadas por los gobiernos, a partir de la cual podemos encontrar el origen del Nomenclador de Prestaciones Médicas... En la década del '70 se sancionó la Ley de Obras Sociales N°23.660, que establecía un piso obligatorio para el impuesto al salario, dejando su administración a cargo de los sindicatos respectivos e impartiendo, en sus anexos, normativas y obligaciones para su seguimiento por las obras sociales.

Y luego, como autoridad de aplicación de la citada ley, en su Artículo 25 se crea la Dirección Nacional de Obras Sociales, conocida como DINOS, que es el ente que verificará su aplicación. Además, se establece a la Administración Nacional del Seguro de Salud, o ANSSAL, como autoridad de aplicación del Sistema Nacional de Seguro de Salud, y la faculta para dictar las normas y procedimientos que se utilizarán para aplicar las sanciones por incumplimiento de las obligaciones de las obras sociales. Y, por último, se crea el Instituto Nacional de Obras Sociales, o INOS, como organismo regulador de todo el sistema, que, a su vez, será el administrador del Fondo de Redistribución.

A partir de allí, este Instituto, para poder cumplir su objetivo principal que es la regulación de todo el sistema de obras sociales, diseña y aplica el Nomenclador de Prestaciones Médicas como uno de los instrumentos para controlar el cumplimiento de las obligaciones médicas asistenciales, estableciendo en el mismo las pautas a tener en cuenta al momento de:

- Listar, clasificar y describir las prestaciones médico-asistenciales.
- Individualizar unívocamente una prestación.
- Valorizar una prestación.

- Y asociar procedimientos, pautas y entidades relacionadas a la valorización y normas de cobertura e interpretación de una prestación médica-asistencial.

Entonces, como podemos ver, el Nomenclador Nacional, además de ser un catálogo o compendio de cada una de las prestaciones médicas que puedan realizarse, especifica determinadas pautas que deberán ser tenidas en cuenta en relación con cada procedimiento.

### **Nomenclador Nacional**

Es importante señalar que nuestro Nomenclador Nacional no ha sufrido cambios muy significativos, en lo que respecta a su estructura, con el paso del tiempo. Actualmente, consta de 4 secciones principales, que son las destinadas a clasificar e identificar las prestaciones médicas y 3 secciones secundarias que permiten la consulta de aspectos relativos a las secciones principales.

Veamos sus características. Por empezar, debemos mencionar que, las prestaciones médicas individuales se han agrupado en las cuatro secciones principales, según el sistema orgánico a tratar, o según la patología o la especialidad del profesional que realiza cada práctica, adoptando, para su clasificación, el método decimal posicional de seis dígitos. Se preguntarán qué quiere decir esto... Esto significa que se ha codificado cada práctica con un número de 6 cifras. De acuerdo con ese sistema, los dos primeros números representan al grupo de prácticas relacionadas con el sistema orgánico a tratar, las dos siguientes cifras corresponden a un subgrupo dentro de ese sistema, y las dos últimas particularizan la prestación propiamente dicha.

De esta forma, cada prestación se codifica con tres pares de dígitos, separados por un punto. Entonces, si tenemos el siguiente código: 08.05.24 podemos ver que las dos primeras cifras corresponden a operaciones en el aparato digestivo y abdomen. Las dos segundas, refieren a operaciones en el colon y en el recto. Y, los últimos, indican que se trata de una apendicectomía. En el material complementario encontrarán el listado para ver más claramente cómo se identifica cada par de números con una práctica concreta. Pongamos otro ejemplo: si tenemos el código 08.02.03, veremos que el 08, como ya dijimos, corresponde a operaciones en el aparato digestivo y abdomen. Luego, el 02 indica que son operaciones en la pared del abdomen, peritoneo y retroperitoneo, y con el 03 observamos que se trata de una hernioplastia. Y, si tenemos el código 10.07.09, los dos primeros números refieren a operaciones en el aparato genital masculino, los dos

segundos a operaciones en el pene y con el último par de dígitos llegamos a la práctica que, en este caso, es una fimosis.

Ahora bien, se preguntarán cómo se puede realizar la búsqueda de estos códigos en el Nomenclador, teniendo en cuenta la prestación... Para eso, vamos a hacer una descripción de la forma en que está ordenado, separándolo por capítulos y por el tipo de prestación. En cuanto abrimos el Nomenclador, nos vamos a encontrar con la primera parte, que se refiere a las intervenciones quirúrgicas, que abarcan desde el capítulo 1 al 13. Y luego, los capítulos 14 al 43, se ocupan de las prácticas especializadas.

La segunda parte del nomenclador, o Anexo II, corresponde a las prácticas odontológicas, y va del capítulo 01 al 10, mientras que la última parte corresponde a prácticas bioquímicas, diferenciándolas entre prácticas de baja complejidad y de alta complejidad. Y, por último, al final del Nomenclador nos encontramos con Normas, Instrumentos Legales y el Índice Alfabético. Entonces, los invitamos a ver el material complementario para que puedan encontrar el detalle de cada uno de estos capítulos con las distintas prácticas que allí se encuentran y sus respectivos códigos.

Como ya aprendimos, el Nomenclador Nacional es un compendio de Prestaciones Médicas, Odontológicas y Bioquímicas ordenadas por códigos, con sus respectivas unidades arancelarias, que determinan el valor de dichas prestaciones con vigencia a nivel nacional. Pero, si bien cada código tiene establecido un valor en pesos, estos valores son los que se aplicaron a principios de los '90 y, aunque posteriormente se agregaron algunas prestaciones que no estaban incluidas inicialmente, los valores nunca se actualizaron. Esto quiere decir que solo se tendrán como una referencia las unidades de cálculo, como veremos más adelante. Pero, para el cálculo del valor final de una práctica, se aplicarán los valores actualizados que se hayan convenido entre prestatarias y prestadores.

Lo que sucede es que, cuando se diseñó el Nomenclador Nacional de Prestaciones, se previó que, con el paso del tiempo, los cambios constantes en el valor de la moneda no influyeran en la forma de valorizar cada práctica. Por lo que, así como se utiliza el metro como unidad para medir longitudes, se establecieron unidades para denominar, en forma general, a la habilidad requerida, el conocimiento y los recursos utilizados para realizar una prestación. Así, se partió de la prestación más común, que es la consulta, a la que se le otorgó el valor de 10 unidades.

De esta manera, a partir de esta prestación, y según un acuerdo entre el I.N.O.S. y representantes de profesionales y especialistas de cada rubro, colegio o asociación

implicada, se llegó a discriminar y valorizar en unidades la complejidad, que implica los honorarios, y los costos, que son los gastos, de cada prestación.

Pero antes de continuar, es necesario que definamos qué es el honorario, y qué es el gasto. El honorario es toda retribución requerida por las personas a cambio de su habilidad y conocimiento. Por lo tanto, en este caso, es el pago que percibirán los especialistas, ayudantes y anestesistas. Mientras que, por otro lado, se denomina gasto al costo asociado a la realización de una práctica. Como ejemplo, podemos mencionar el rollo de papel especial para realizar una ecografía, el costo de insumos para el mantenimiento de una habitación en un sanatorio, o las placas y material de contraste en una radiografía.

Entonces, de acuerdo con las definiciones anteriormente expuestas, podemos decir que el valor o arancel de las prestaciones médico-asistenciales del Nomenclador está definido por la suma de los honorarios y gastos requeridos por sus participantes.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que no toda prestación nombrada está compuesta por honorarios y gastos. Veamos qué sucede en esos casos... Si tomamos como ejemplo la consulta, cuyo código de Nomenclador es el 42.01.01, en ella participa sólo el especialista y su habilidad, por lo que podemos decir que sólo con los honorarios podremos obtener el valor total de la prestación. Por otra parte, si tomamos un día de internación, cuyo código de Nomenclador es 43.01.01, la única entidad partícipe es la institución que aloja al paciente, que, por tratarse de una entidad, valoriza su arancel como gasto.

Entonces, como podemos ver en algunos casos, para las prestaciones sólo estarán arancelados los gastos, mientras que en otros podrán estar arancelados los honorarios. La proporción de estos valores varían según el tipo de prestación, ya que, en algunas, el gasto es más significativo y en otras lo son los honorarios.

Ya que la definición de las unidades de las prestaciones del Nomenclador eran insuficientes para determinar el valor monetario de cada prestación en cada momento, desde su creación hasta ahora, se preguntarán cómo se logró sortear ese problema... Para ello se definió un valor monetario para cada unidad, que sería redefinible en cualquier momento por un decreto o ley, y que actualizaría automáticamente el valor monetario de todas las prestaciones del Nomenclador, independientemente de las pautas de complejidad de las distintas prestaciones. Entonces, el cálculo sería simple: habría que tomar el valor vigente de la unidad y multiplicarlo por la cantidad de unidades de la práctica.

Pero al estar cubiertos tantos ámbitos diferentes en nuestro Nomenclador, como ser las prestaciones quirúrgicas, sanatoriales, bioquímicas, las de radiología, las de odontología, entre otras, no era suficiente con definir la complejidad de cada una, sino que cada rubro debía diferenciarse del otro por la composición de sus costos y del tipo de habilidades requeridas. Es por eso que se optó por crear lo que llamamos un juego de valores que son tomados de a pares. Es decir, se toma un valor para multiplicar por las unidades de honorarios y otro para multiplicar por las unidades de gastos de cada prestación, según la sección y el rubro al que pertenece la prestación.

Por lo tanto, podemos definir al juego de valores como el grupo de valores monetarios definidos para ser usados en la valoración de las unidades de una prestación. La última definición data del año 1991 y se llama Juego de Valores I.N.O.S.

Para comprenderlo mejor, a continuación, mostramos este juego de valores con los nombres dados oficialmente a estos coeficientes. De cualquier manera, en el material complementario podrán encontrarlo más detalladamente. Veamos... Para los honorarios tenemos el siguiente detalle:

- Para el galeno el valor monetario es \$ 0.2326
- El honorario odontológico es de \$ 0.1123
- Y el honorario de prestaciones bioquímicas es de \$ 0.1315

Luego, en el caso de los gastos, tenemos los siguientes valores monetarios:

- El del gasto quirúrgico es de \$ 0.4927
- El gasto odontológico es de \$ 0.1123
- Mientras que el gasto odontológico/prótesis es de \$ 0.2548
- El gasto bioquímico se estipula en \$ 0.9702
- Y el radiológico en \$ 0.3496
- En cuanto a la pensión sanatorial su valor estipulado es de \$ 0.5634
- Y otros gastos se calculan en \$ 0.1226

Tengan presente que, en cada sección del Nomenclador, se usa un par de estos valores para multiplicarlos por las unidades de cada prestación.

Entonces, teniendo en cuenta estos juegos de valores y las unidades expresadas en el Nomenclador, cada vez que necesitemos obtener el valor final de una prestación tendremos que multiplicar los valores por las unidades que correspondan a la prestación que necesitemos valorizar.

Para comprenderlo mejor, analicemos algunos ejemplos. Si tomamos el código 42.01.01, que es de consulta en consultorio y que tiene 10 unidades de honorarios solamente, si lo multiplicamos por el valor galeno, que es de \$0,2326 nos da un total de \$ 2,326 o \$ 2,33 redondeado.

Veamos, ahora, el código 34.02.09, que es radiografía de raquis o columna. En este caso, tendremos que multiplicar primero las unidades de honorarios, que son 6,75 por el valor galeno que es \$ 0.2326 que nos dará como resultado \$ 1,57. Luego multiplicaremos las unidades de gastos, que son 30, por el valor del gasto radiológico que es de \$ 0,3496. Esto nos dará como resultado \$ 10,49. Y, finalmente deberemos sumar ambos resultados y, así obtendremos el costo total de la prestación radiografía de raquis o columna que será de \$ 12,06.

Entonces, como podemos ver, siempre que tengamos que obtener el valor total de una prestación, tendremos que hacer la multiplicación de las unidades de honorarios y gastos por sus respectivos valores. Tengamos en cuenta que, en los ejemplos anteriores, usamos el valor monetario original que figura en el Nomenclador para poder facilitar la comprensión del cálculo realizado, pero si lo tuviésemos que hacer con valores actualizados, de la misma forma usaremos las unidades de honorarios y gastos, que siempre serán las mismas que establece el Nomenclador, y las multiplicaremos por los valores vigentes convenidos entre prestadores y prestatarios.

Vamos a tomar los mismos ejemplos y hacer los cálculos con valores actualizados. Supongamos que trabajamos en una obra social que tiene establecidos los siguientes valores:

- Para el galeno \$213
- Y para el gasto radiológico \$10.

El código 42.01.01 tendrá un valor total de \$ 2.130, que es el resultado de multiplicar las 10 unidades de honorarios por los \$ 213 del valor galeno. Luego, el código 34.02.09 tendrá el valor total de \$ 1.737,75 como resultado de sumar el total 1, que es la multiplicación de las 6.75 unidades de honorarios por el valor Galeno de \$ 213, que es \$ 1.437,75, más el total 2 que resulta de multiplicar las 30 unidades de gasto por el valor de gasto radiológico que es de \$10, dando un total de \$ 300. Esta es la forma de calcular el valor total de una prestación según las unidades expresadas en el Nomenclador. Recordemos que el valor galeno y el valor de gasto será variable según lo acordado o establecido por las entidades de salud.

Cabe aclarar, que, por lo general, cuando trabajamos facturando se utiliza un sistema de gestión para la carga de los códigos de las prestaciones que automáticamente asigna el valor actualizado a cada una. Sin embargo, puede suceder que, dependiendo del lugar en el que tengamos que realizar el trabajo de facturación, tal vez no contemos con un sistema de carga que valore. Entonces, en ese caso, tendremos que hacer el cálculo de los valores de cada código. Por eso es importante que sepamos cómo obtener los valores utilizando las unidades del Nomenclador.

### **Otros nomencladores**

Como ya aprendimos, el Nomenclador Nacional es el instrumento que nos permitirá llevar a cabo el proceso de facturación. Además, sabemos que está dividido en capítulos que se refieren a determinadas prácticas, ya sean quirúrgicas, especialidades, radiológicas, bioquímicas o de odontología. Recordemos que también habíamos dicho que las prácticas médicas tienen, cada una, un código asignado, que será el que usaremos para facturar, y a cada código se le asignará su valor correspondiente, que podrá estar precargado en el sistema de gestión que nos toque utilizar, o tendremos que calcularlo usando las unidades establecidas en el nomenclador y los valores vigentes en ese momento.

Pero es importante tomar en consideración que, además del Nomenclador Nacional de prestaciones médicas, coexisten otros nomencladores, que surgen posteriormente por la necesidad de incorporar y detallar prestaciones nuevas, con valores que se actualizan periódicamente.

### **Nomenclador de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada**

Este catálogo surge a partir de la descentralización de los hospitales, que es un proceso que comenzó a llevarse a cabo en la década del '50 y que transfirió a las distintas provincias y municipios la responsabilidad sobre los establecimientos de salud que, hasta ese momento, formaban parte de los atributos del Estado Nacional.

Por lo tanto, con la necesidad de actualizar y reagrupar determinadas prestaciones, procedimientos médicos y quirúrgicos, este nomenclador codifica en forma de módulos que incluyen prácticas, y también excluyen otras que se facturarán por separado. Y, otra característica fundamental, es que tiene valorizado cada código con un precio total y los valores se actualizan en forma periódica.

Ahora bien, ¿saben a qué nos referimos cuando decimos que este nomenclador agrupa la mayoría de sus prestaciones en forma de módulos a diferencia del Nomenclador Nacional que detalla y valoriza en forma prestacional? Para responder esta pregunta, analicemos primero qué es un módulo o práctica modulada...

Un módulo es una unidad que agrupa varias prestaciones. Cabe destacar que el tipo de prestación estará definido por las necesidades de la entidad que lo establezca. Así, por ejemplo, tendremos módulos de atención primaria que contengan una o dos consultas, radiografías, electrocardiogramas, laboratorios, medicamentos e insumos básicos. Además, este módulo tendrá un valor determinado, entonces cada práctica modulada estará compuesta por este conjunto de prestaciones.

Volviendo al Nomenclador de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, podemos mencionar que está compuesto, en parte, por prestaciones y módulos codificados, como, por ejemplo:

- El código 1.01 que es de consulta
- El 1.01.1 que refiere a la consulta en Centros de Atención Primaria de Salud, también conocidos como CAPS
- Y el código 1.04 que corresponde a la atención en guardia o consultorio externo. En este caso, incluye prácticas menores diagnósticas y/o terapéuticas, como administración de medicamentos, sutura de heridas, nebulizaciones, curaciones de úlceras, drenaje de absceso, extracción de cuerpo extraño, curaciones o infiltraciones.

Ahora bien, los dos primeros códigos son prestacionales, ya que corresponden a prestaciones únicas. En cambio, el último es modulado, ya que es un módulo que contiene varias prácticas. Y, por otro lado, cabe señalar que cada uno de estos códigos tiene un valor determinado, sin el desglose de honorarios y gastos como en el Nomenclador Nacional. Además de que estos valores también se actualizan periódicamente.

Luego, es importante también que sepamos que:

- Este nomenclador se utilizará solo en la facturación de prestaciones hospitalarias, aunque en algunos casos se factura simultáneamente con el Nomenclador Nacional, pero esto depende de las necesidades operativas del sector de facturación.

- A su vez, que el Nomenclador de Hospitales se utiliza a nivel nacional, pero existe también otro Nomenclador de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada que tiene vigencia solo para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con algunas diferencias en la codificación de las prestaciones y en el valor de las mismas.

### **Nomenclador Único Nacional de Ortopedia y Traumatología**

Es un desarrollo actualizado de cada práctica correspondiente a esas especialidades, también conocido como NUN. En este caso, las prestaciones se codifican en forma alfanumérica, con las dos primeras letras para indicar la región del cuerpo a la cual corresponde la práctica, las dos siguientes posiciones indican a qué complejidad obedecen, y las dos últimas corresponden a un número de orden en la grilla. Veamos algunos ejemplos.

Si nos encontramos con el código MS 01 01 tenemos que saber que MS corresponde a miembro superior, complejidad 1 y orden 1, que refiere a prácticas incruentas. ¿Qué les parece si vemos cuáles son las abreviaturas de las regiones para los códigos, entonces?

- Como ya dijimos, MS hace referencia a miembro superior
- RO es de rodilla
- PP se utiliza para pierna y pie
- Mientras que PC es para pelvis y cadera
- Y, por último, CO es de columna vertebral.

Entonces, la finalidad de este Nomenclador Único de Ortopedia y Traumatología es que sea más fácil de entender, auditar y aplicar, a la vez que resulta dinámico, por ofrecer posibilidades de actualizarlo. Sin embargo, los valores de honorarios para cirujano y ayudante no están expresados en este Nomenclador, sino que son fijados por convenios entre las Asociaciones Regionales y las obras sociales o Aseguradoras de Riesgo del Trabajo.

### **Nomenclador Bioquímico Único (NBU)**

Este nomenclador de prácticas de laboratorio se desarrolla por la necesidad de ir incorporando nuevas prestaciones que no estaban en el Nomenclador Nacional. Es por lo que, en él, cada una tiene un código determinado y una Unidad Bioquímica asignada, que sería el equivalente a las unidades del Nomenclador Nacional. Además, el arancel de

cada práctica se obtiene multiplicando el valor asignado a la Unidad Bioquímica por el número de unidades que corresponde a cada práctica.

Cabe destacar que el Nomenclador Bioquímico Único tiene determinaciones recientemente agregadas, que, como ya dijimos, no estaban incluidas en el Nomenclador Nacional original, y sus valores son determinados por aranceles que están sujetos a una actualización calculada a través de sus unidades correspondientes. Y, en algunos casos, por tratarse de prácticas de alta complejidad, podrán ser valorizadas por presupuesto.

Pero, se preguntarán ¿qué ocurre cuándo se trata de determinaciones bioquímicas simples? En ese caso, siempre se utilizará el Nomenclador Nacional, pero las que no se encuentren codificadas allí serán facturadas con el N.B.U.

### **Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad**

Este nomenclador comprende cada una de las prestaciones de escolaridad, hogar, centros terapéuticos, atención, rehabilitación y transporte, que forman parte del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad, que surgen de la Ley N°24.901.

Al igual que en el caso anterior, los aranceles de este nomenclador se actualizan en forma periódica y aparecen en columnas según la fecha de vigencia. Sus prestaciones están codificadas con números que van desde el 1 al 96 y cada número describe las prácticas que a su vez las clasifican en tres categorías: A, B y C, las cuales tienen un valor diferente cada una.

### **Nomenclador Único del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados**

Este nomenclador es usado solamente para las prestaciones ofrecidas a afiliados de PAMI, y sus prácticas se encuentran nomencladas de acuerdo con el siguiente esquema:

- Por un lado, con el código de módulo
- Luego, con el código de práctica
- Así como la descripción de práctica
- Y la modalidad y/o nivel de autorización.

Por lo tanto, en este caso no se establecen aranceles, sino la modalidad y el nivel de autorización requerida por cada prestación o módulo prestacional, además de determinar en qué provincias no tienen aplicación determinados módulos. Entonces se

preguntarán cómo se aplican los valores en este caso... Se aplicarán según la vigencia de aranceles o presupuestos autorizados.

### **Nomenclador de Prestaciones Anestesiológicas**

Este nomenclador es otro de los que coexisten junto con el Nomenclador Nacional. En este caso se utiliza por la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires para facturar los honorarios de los anestesiólogos. Por lo tanto, cada vez que facturemos una cirugía, los honorarios de cirujano, ayudantes, y los gastos respectivos serán a través del Nomenclador Nacional, pero los honorarios de anestesiólogos se facturarán a través de este nomenclador.

Es importante señalar que, a pesar de que el Nomenclador Nacional también contempla unidades y valores para el cálculo de honorarios de anestesiólogos, estos solo se harán a través del Nomenclador de Prestaciones Anestesiológicas, ya que los profesionales generalmente se encuentran afiliados a esta entidad que es la que se encarga de emitir la facturación.

El nomenclador de anestesia se compone de un listado de las prestaciones quirúrgicas ordenadas por región, órgano y número de orden, que genera un código propio de tres pares de dígitos, tal como vimos en el caso del Nomenclador Nacional.

Entonces, por ejemplo, podemos ver que la región 01 corresponde a abdomen, el órgano 01 a pared, y el número de orden determina al tipo de prestación. De esta manera, obtendremos que el código 01.01.01 será un absceso-flemón-drenaje. Pero habíamos hablado de niveles de complejidad también... Entonces, para el código 01.06.02, tenemos que 01 es la región de abdomen, 06 refiere al órgano hígado, y 02 biopsia, con una complejidad MF para biopsia de hígado... Pero, ¿saben qué quiere decir eso?

Lo que sucede es que cada código está calificado, también, con un nivel de complejidad establecido por dos letras. En el ejemplo mencionado, dijimos que la complejidad era MF, pero también hay otras posibilidades. Veamos qué significa cada una.

- Si nos encontramos con las siglas MB, debemos saber que quiere decir "mayor B".
- Luego, ME refiere a "mayor E".
- La mencionada MF significa "mayor F".
- Y EA, es Especial A.

Lo importante de esta determinación es que cada uno de estos niveles de dos letras tiene un precio expresado en un listado de valores que se actualiza permanentemente, por eso es que debemos tenerlas en cuenta al momento de realizar la facturación de estas prestaciones.

Como veremos en el momento que aprendamos a facturar con este nomenclador, cada práctica quirúrgica que se encuentra codificada en el Nomenclador Nacional también se ve reflejada en este nomenclador de anestesia con su respectivo código y complejidad. Y, como dijimos, el valor vigente de cada complejidad está establecido por la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires y, en el momento de enviar la factura con la documentación correspondiente, se adjunta el listado de valores correspondientes a las fechas en que fueron facturadas.

Lo que hay que saber es que cada uno de estos nomencladores tiene sus normativas de facturación, que generalmente están descriptas en un capítulo aparte, y que deberemos considerarlas en el momento de utilizarlos. Tengamos en cuenta que estos nomencladores solo serán utilizados si el ámbito en el que nos toque facturar lo requiere, ya que generalmente la tarea de facturación se lleva a cabo con el Nomenclador Nacional. Así, puede ser habitual el uso del Nomenclador Bioquímico Único en laboratorios, el Nomenclador de Ortopedia y Traumatología en instituciones que se dediquen a atender esa especialidad, el Nomenclador de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizadas en hospitales públicos, el Nomenclador de Anestesiología, como ya mencionamos, solo para las prácticas de anesestesiólogos, y en el caso del Nomenclador de Discapacidad solo será usado por instituciones públicas que formen parte del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad, y facturen los servicios de asistencia y cuidado a sus pacientes. De la misma forma, el nomenclador del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados solo será utilizado para prestaciones brindadas a los afiliados de PAMI.

### **Plan Médico Obligatorio**

Habiendo descripto ya los distintos tipos de nomencladores, el nomenclador sobre el cual trabajaremos en lo sucesivo será el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas, que contiene las prestaciones incluidas en el Plan Médico Obligatorio, también conocido como PMO. Es con este con el que se facturan casi todas las prácticas médicas a nivel nacional, y es la base para el desarrollo de los demás nomencladores que vinieron

después. Entonces, podemos decir que, si conocemos en profundidad el Nomenclador Nacional, no vamos a tener mayores dificultades para comprender a los demás.

Pero antes de avanzar, nos detendremos un momento para aclarar de qué se trata el Plan Médico Obligatorio. Fue creado en 1995 a través del decreto 492/1995 y se trata de una norma básica de prestaciones médicas obligatorias para todas las prepagas y obras sociales. Además, podemos destacar que es el régimen de asistencia obligatoria para todas las obras sociales del sistema de Ley 23.660 y 23.661. Quizás se pregunten qué quiere decir esto... Básicamente que todos los agentes del seguro, involucrados en las mencionadas leyes, y todas las obras sociales que adhieran, deben asegurar a sus beneficiarios que, a través de sus propios servicios, o mediante efectores contratados, se garanticen diversas prestaciones de prevención, diagnóstico y tratamiento médico y odontológico.

Para que se entienda un poco mejor, podemos decir que el Plan Médico Obligatorio es una "canasta básica" de prestaciones, a través de la cual los beneficiarios tienen derecho a recibir prestaciones médico asistencial. De esta manera, la obra social debe brindar las prestaciones del PMO y otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión.

¿Qué les parece si vemos, entonces, cuáles son las prestaciones incluidas en este plan? Por un lado, tenemos el Plan Materno Infantil que cubre todo el embarazo y hasta el primer mes luego del nacimiento, así como la atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad, junto con las medicaciones específicas al 100% y vacunas.

Luego, los programas de prevención de cánceres femeninos incluyen el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama y cuello uterino. Mientras que, en el caso de la salud sexual y reproductiva se contempla la colocación y extracción del implante subdérmico, el DIU, y el sistema intrauterino de liberación de Levonorgestrel, conocido como DIU Mirena, como métodos anticonceptivos.

Veamos qué ocurre en el caso de la odontología... Según el PMO, deben estar cubiertas las consultas de diagnóstico y urgencias. En el caso de los anteojos, deben contar con cobertura del 100% en niños de hasta 15 años y lo mismo ocurre con los otoamplifonos. Mientras que, en el caso de las prótesis y órtesis se establece cobertura del 100% en prótesis e implantes de colocación interna permanente, pero en el caso de las órtesis y prótesis externas, la cobertura es del 50%. Además, no están cubiertas las prótesis miogénicas o bioeléctricas.

Continuemos con el caso de la salud mental. En este caso, están cubiertas hasta 30 consultas ambulatorias por año, y la internación está cubierta hasta 30 días por año por patologías agudas. En cambio, para otro tipo de internaciones, se asegura el 100% de cobertura. A su vez, para las adicciones se contemplan los tratamientos médicos, psicológicos y medicamentos para personas con problemas de drogadicción.

Pero, se preguntarán qué ocurre con el resto de los medicamentos... En general, los medicamentos incluidos en el programa están cubiertos en un 40%. De cualquier manera, en casos específicos, como es la medicación oncológica, para insuficiencia renal o aquellos incluidos en programas especiales, tienen cobertura del 100%. Y la cobertura también será del 100% en pacientes internados y en medicamentos para enfermedad de fibrosis quística.

En el caso de la rehabilitación, se incluyen todas las prácticas kinesiológicas y fonoaudiológicas con hasta 25 sesiones por año. Para la hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria la cobertura es del 100%. Y para el VIH-SIDA se incluyen los tratamientos médicos, psicológicos y medicamentos para personas que viven con esta enfermedad.

Por último, tenemos también a los cuidados paliativos. Se trata de la asistencia activa y total de los pacientes, por un equipo multidisciplinario, cuando el paciente tiene una expectativa de vida que no supere los 6 meses. En estos casos, la cobertura también será del 100%.

Cabe destacar que las últimas actualizaciones que se hicieron en el Nomenclador Nacional agregaron y modificaron prestaciones, según el Plan Médico Obligatorio. De esta forma, quedó conformado tal cual lo conocemos ahora, y no se volvió a actualizar. Es por este motivo que, en los valores, solo se consideran las unidades para hacer los cálculos y se usan también los otros nomencladores que ya conocimos.

### **Facturación**

Hasta ahora vimos cómo está compuesto el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas, cómo se agrupan las prestaciones por capítulos y cómo se valorizan, teniendo en cuenta las unidades que tienen asignadas y los valores de honorarios y gastos actualizados. Además, analizamos otros nomencladores que se utilizan según las necesidades del servicio o institución en que se los utilice.

Por eso, es momento de adentrarnos en la facturación propiamente dicha. Por empezar, debemos saber que tendremos que buscar la prestación solicitada en el Nomenclador,

teniendo en cuenta si se trata de una cirugía o de una práctica especializada. Y, ¿saben cómo haremos esto? Debemos buscar el capítulo que corresponda y de ahí el código asignado.

Veamos un ejemplo. Supongamos que tenemos que facturar una traqueostomía. Entonces, lo primero que haremos es abrir el Nomenclador y buscar el capítulo 05 que corresponde a las operaciones en el tórax. Una vez hecho esto, iremos al subcapítulo 05.02, que son las operaciones en la tráquea cervical y allí buscaremos el código correspondiente a traqueostomía, que es el 05.02.02.

Luego, si tenemos una apendicectomía, buscaremos el capítulo 08 correspondiente a las operaciones en el aparato digestivo y abdomen, para encontrar el subcapítulo 08.05 que refiere a las operaciones en el colon y recto, para llegar al código correspondiente que es el 08.05.24.

Veamos qué ocurre en el caso de las cirugías. Supongamos que tenemos que codificar una artroplastia de hombro... Entonces, iremos al capítulo 12, correspondiente a las operaciones en el sistema músculo esquelético, subcapítulo 12.10 de artroplastias, y, así, el código asignado es el 12.10.03 correspondiente a artroplastia hombro, codo, muñeca, cuello de pie, temporo mandibular. Mientras que, para una reducción y osteosíntesis de tibia derecha, buscaremos en el mismo capítulo el subcapítulo 12.03 que es de operaciones en los huesos y articulaciones. Así, daremos con el código 12.03.02 de reducción osteosíntesis, húmero, pelvis, sacro, fémur, tibia, peroné, cúbito.

Continuemos con el caso de las prácticas especializadas, como puede ser un electrocardiograma... Para ello, debemos acudir al capítulo 17 de cardiología, e inmediatamente podemos encontrar el código correspondiente que es el 17.01.01 de electrocardiograma en consultorio. En cambio, para un ecodoppler cardíaco debemos ir al capítulo 18 de ecografía-ecodoppler, buscar el subcapítulo 18.02-03-05-06 que corresponde a otros de ecodoppler, para así llegar al código correspondiente en este caso, que es el 18.03.01.

Y, si tenemos que facturar una sesión de fisiokinesioterapia, debemos buscar el capítulo 25 que corresponde a rehabilitación médica, y allí buscaremos el código correspondiente. En este caso, son dos: por un lado, el 25.01.01 de fisioterapia y el 25.01.02 de kinesioterapia. Entonces, se preguntarán qué debemos hacer en esta situación... Bueno, por tratarse de una sesión de fisiokinesioterapia, vamos a tener que usar los dos códigos para facturar esta prestación. Mientras que, si se tratase solo de kinesioterapia, usaríamos solamente el código 25.01.02.

---

Finalmente, para un estudio como una Resonancia Magnética Nuclear de cerebro, debemos buscar el capítulo 34 correspondiente a radiología. Allí encontraremos el subcapítulo 34.20 de Resonancia Magnética Nuclear para llegar al código 34.20.01 que es el que corresponde a este estudio. Lo mismo ocurre con una Tomografía Axial Computada de columna, en la que, en ese mismo capítulo, llegaremos al subcapítulo 34.10 y así obtendremos el código 34.10.13. Entonces, como podemos ver, es esta la forma en la que siempre buscaremos las prácticas en el Nomenclador.

### **Cirugías**

Es importante que aprendamos los significados de algunas de las prácticas quirúrgicas o cirugías más comunes que veremos:

- Si hablamos de escisión, nos referimos a una extirpación.
- Mientras que una gastrotomía es una incisión en la pared gástrica para introducir un catéter.
- Y una artroplastia refiere a la sustitución de los huesos dañados del hombro con piezas artificiales de metal o plástico.
- La artroscopia de rodilla es la visualización de la articulación a través de una cámara introducida dentro de la rodilla.
- El cierre plástico de herida por colgajo es la reparación de una herida mediante un injerto de piel.
- Y la osteoplastia implica la cirugía plástica realizada sobre el hueso para remodelarlo.
- La orbitotomía que implica la extirpación de lesiones intraorbitarias en el nervio óptico.
- Mientras que una histerectomía es la extirpación parcial o total del útero.
- Y, por otro lado, tenemos a la reducción y osteosíntesis. La reducción es un procedimiento traumatológico para ajustar un hueso fracturado sin abrir la piel. Es decir, de esta manera, el hueso fracturado se vuelve a poner en su lugar. Y la osteosíntesis es la unión de fragmentos de hueso fracturado mediante la utilización de elementos metálicos.
- El neumotórax es la presencia y acumulación de aire exterior o pulmonar en la cavidad de la pleura.

- La anastomosis es el procedimiento para conectar secciones sanas de una estructura tubular del cuerpo, es decir, las arterias o venas, luego de haber extirpado partes dañadas.
- La colecistectomía es una intervención quirúrgica que se realiza para extraer la vesícula biliar. Y la osteotomía implica la sección o corte quirúrgico de un hueso.
- La resección, que es un procedimiento quirúrgico que consiste en separar total o parcialmente uno o varios órganos o tejidos del cuerpo.
- Mientras que la artrodesis es una intervención quirúrgica en la cual se fijan dos piezas óseas, anclando una articulación.
- La tenoplastia es la reparación quirúrgica de un tendón
- Y la tenotomía es el corte o sección parcial o total de uno o más tendones.

Pero, además, es necesario que conozcamos el significado de las raíces y sufijos de los términos más usados y con los que nos vamos a encontrar frecuentemente. Para ello, en primer lugar, debemos saber que las raíces de los términos indican a qué órgano se refieren.

Así, nos podemos encontrar con los siguientes:

- Cardio, que refiere al corazón
- Blefaro al párpado
- Masto al pecho o mama
- Y querato a la córnea.
- Entero, que hace referencia al intestino
- Histero al útero
- Nefro a los riñones
- Colpo a la vagina
- Orqui a los testículos
- Oofor al ovario
- Y neumo al pulmón.

En cambio, los sufijos en un término indican el procedimiento que se realiza. Así, podemos mencionar los siguientes:

- Ectomía implica extirpar

- Ostmía comunicar con el exterior
- Tomía refiere a corte o incisión
- Plastía a reconstrucción plástica
- Rafia sutura
- Centesis punción
- Y pexia fijar en el lugar.

Entonces, conociendo el significado de las prácticas quirúrgicas y de raíces y sufijos, podremos identificar más fácilmente una práctica en el momento de tener que codificarla a través del Nomenclador Nacional. Las cirugías y prácticas de mayor complejidad las iremos conociendo a medida que vayamos trabajando con ellas. Pero es importante tener en cuenta que el trabajo del facturista no es conocer cada procedimiento y su realización, sino poder identificarlo y codificarlo según el Nomenclador. De todas formas, con el tiempo iremos familiarizándonos con cada prestación y conoceremos las características de cada una.

### **Normativas**

Para facturar, tenemos que saber que existen ciertas Normativas que contiene el Nomenclador y que están expresadas al final del mismo, en el sector de Normas Particulares y Generales del Nomenclador Nacional.

Para comenzar, es importante tener en cuenta que estas normas regulan la aplicación de determinados códigos, y la forma en que se deben facturar determinadas prestaciones. No vamos a detallar una por una porque son demasiados capítulos incluidos en estas normas, pero sí mencionaremos las más importantes que son las que aplican al uso frecuente del Nomenclador.

En lo que se refiere a prácticas médicas la norma dice que:

“A- Las prácticas que se consignan en los códigos comprendidos entre el 14 y 38 inclusive, solo podrán ser realizadas y facturadas por médicos especializados. Estos aranceles serán reconocidos a médicos clínicos generales, cuando no hubiere en la localidad o dentro de un radio de 30 km.

B- Los aranceles de los códigos antes señalados no incluyen la consulta.

C- No se reconocen consultas adicionales a las prácticas de anatomía patológica, ecografía, hemoterapia, kinesioterapia y fisioterapia, medicina nuclear y radiología.

D- El rubro gastos de las prácticas especializadas comprende todo el material o instrumental necesario para su realización, excepto medicamentos y/o material descartable.

E- Estas normas son de aplicación general para el capítulo “prácticas especializadas”, salvo los casos expresamente señalados, donde rigen las normas particulares de ese rubro.

F- Los gastos consignados para cada práctica deberán adicionarse a los honorarios médicos, a favor del profesional actuante, cuando las practicas sean realizadas por éste en su consultorio, con equipos, instrumental y materiales propios.

G- Los gastos consignados para cada práctica deberán ser facturados por los establecimientos toda vez que se realicen en ellos y faciliten al profesional equipos, instrumental y material necesario para la realización de la práctica.

H- En los casos de prestaciones especializadas y/o prácticas en las cuales por carecer el establecimiento del instrumental especializado para realizar la misma, de ser provisto por el médico actuante, el establecimiento de común acuerdo con el profesional establecerá un porcentaje sobre el gasto operatorio que se le acreditará al médico para cada estudio o intervención que se realice. Contando el establecimiento con el instrumental necesario, el profesional actuante que optare por llevar el suyo, no tendrá derecho a reclamar porcentaje alguno”.

Pero, además, es importante que conozcamos aquellas prestaciones que no están incluidas en el Nomenclador Nacional. Se deben preguntar qué hay que hacer en esos casos... Bueno, en el Nomenclador se establece que esos casos se resuelven, tanto en sus normas como en sus aranceles, por acuerdo de las partes, recomendando que no se homologuen a prácticas ya incorporadas en dicho instrumento legal para que no se dificulte el análisis de la facturación. Por lo tanto, debe tenerse en cuenta para la concertación, no solo la complejidad de la prestación y las condiciones de acreditación que la misma exige, sino también que lo acordado sea coherente con el actual nomenclador.

Pero es importante tener en cuenta que, si bien no se han agregado nuevas prestaciones en los últimos años, sí se fueron anexando a los otros nomencladores existentes de acuerdo con la especialidad. Entonces, ¿qué creen que tenemos que hacer si estas

prácticas no están nomencladas en ninguno? En ese caso se homologarán de común acuerdo entre los efectores, con un presupuesto también acordado.

Cabe destacar que hay otras normas que se refieren a facturación de prácticas bioquímicas, radiológicas y cirugías, pero las iremos viendo a medida que vayamos aprendiendo a facturar estas prácticas.