

Material Imprimible

Liquidación de prestaciones médicas y ART

Módulo 2

Contenidos:

- Conceptos de facturación
- Prestaciones de radiología y laboratorio
- Obras sociales, prepagas y ART
- Plan Médico Obligatorio

Facturación de cirugías

Como ya vimos, para facturar prestaciones médicas a través del Nomenclador Nacional, son necesarias determinadas condiciones y normativas, por lo que es necesario que las conozcamos, también, para poder liquidarlas correctamente. Por ejemplo, la facturación de cirugías tiene determinadas características y las mismas deberán ser tenidas en cuenta en el momento de liquidarlas.

Pero nos parece importante, antes de adentrarnos en eso, tener en cuenta que, si hablamos de cirugías, hay algunos términos que tenemos que conocer, para poder identificar el procedimiento y asociarlo más fácilmente con su código correspondiente. Veamos cuáles son. En primer lugar, cuando hablamos de acto quirúrgico nos referimos a la realización de una o varias cirugías o procedimientos. Mientras que, una vía quirúrgica es la incisión o abertura que se realiza para llevar a cabo una cirugía o procedimiento.

Luego, si nos referimos a una cirugía o procedimiento cruento, estamos hablando de aquella intervención en la que es necesario abrir tejidos o músculos para realizar la cirugía, y hay un derramamiento de sangre. Para comprenderlo mejor, pongamos algunos ejemplos: la cesárea o la apendicectomía entrarían dentro de este término.

En cambio, si hablamos de cirugías o procedimientos incruentos, nos estamos refiriendo a lo contrario. Es decir, no es necesario abrir tejidos o músculos y no hay derramamiento de sangre. Como ejemplos podemos mencionar una reducción cerrada de fractura o una endoscopia.

La cirugía única, como se imaginarán por lo que indica su nombre, se llama así cuando en un acto quirúrgico se realiza una sola cirugía o procedimiento. Mientras que, si hablamos de cirugía múltiple nos estaremos refiriendo a que en un solo acto quirúrgico se llevan a cabo dos o más cirugías o procedimientos. En cambio, una cirugía bilateral es aquella que se realiza en órganos pares o anatómicos, como los ojos, los brazos, los riñones, entre otros. Es importante tener en cuenta que, para que sea bilateral, debe hacerse en los dos órganos, sino sería una cirugía unilateral o única.

Ahora bien, también podemos encontrar diferentes cirugías o modos de intervención. Por un lado, existe la posibilidad de misma vía, igual cirujano. Esto quiere decir que un cirujano realiza, por la misma vía, dos o más intervenciones. Un ejemplo podría ser una apendicetomía y lavado abdominal. Mientras que, si decimos misma vía, diferente cirujano, quiere decir que dos especialistas realizan una o más cirugías por la misma vía. Aclarémoslo con un ejemplo: se realiza una intervención de abdomen y uréter. En esa situación, el cirujano general sutura el hígado y el urólogo el uréter.

Luego, si hablamos de diferente vía, igual cirujano nos estaremos refiriendo a que un cirujano realiza una o más cirugías en un órgano diferente al que inicialmente comenzó a operar. Por ejemplo, si se produce una lesión en los brazos e intestinos y el cirujano general sutura ambas cosas.

Y, por supuesto, también existe la posibilidad de que el procedimiento se realice por diferente vía con diferente cirujano. Como se imaginarán, esto es cuando dos especialistas realizan una o más cirugías en un órgano diferente. Entonces si, por ejemplo, se trata de una fractura de pierna y de una herida en un seno, el ginecólogo sutura el seno mientras que el traumatólogo corrige la fractura de piernas.

Entonces ahora que tenemos en claro estos conceptos, podemos adentrarnos en la facturación de las cirugías. Para ello, debemos tener en cuenta que, en principio, el Nomenclador nos refiere que, con respecto al número de ayudantes que puede llevar una cirugía, salvo los casos expresamente señalados, corresponde un ayudante en intervenciones quirúrgicas que no supere los 252,75 galenos. Y, entonces, ¿qué ocurre en aquellos casos cuyo arancel supere los 252,75 galenos? En ese caso, corresponden hasta 2 ayudantes.

Ahora bien, si por el tipo de operación se requiere, por excepción, más ayudantes de los establecidos, el cirujano deberá acompañar la historia clínica, mencionando las causas que justifiquen debidamente esa excepción y, en ese caso, se facturará por cada ayudante que se agregue el arancel que corresponda.

Una vez establecido esto, tenemos que saber que el o los ayudantes percibirán, cada uno, el honorario fijado en la columna correspondiente del Nomenclador Nacional. Estos importes se abonarán por separado de los establecidos para el cirujano. Y, si en alguna intervención en la que no se prevea la ayudantía, el cirujano requiere su colaboración por razones debidamente justificadas en la historia clínica, ese ayudante percibirá un honorario equivalente al 20% de honorarios del cirujano, con un mínimo de 30 galenos.

Siguiendo con la facturación de las cirugías, es importante tener en cuenta que habrá una diferencia de valor según el horario en el que se realicen. De acuerdo con las normativas, toda intervención o práctica realizada entre las 21 y las 7 en días hábiles, desde las 18 del día sábado a las 24 del día domingo, o durante las 24 horas de los días feriados, tendrán un recargo del 20% sobre los aranceles y gastos establecidos. Pero es importante destacar que esto rige para aquellos pacientes que requieran internación, siempre que su estado clínico y la evolución de su patología impidan la postergación de la práctica y obliguen a su realización inmediata.

Pasemos, ahora, al caso de las cirugías múltiples. Para estos procedimientos, el Nomenclador Nacional nos dice que, cuando se realice más de una intervención en un mismo acto quirúrgico, se tendrán en cuenta las normas que analizaremos a continuación. La primera indica que las operaciones múltiples realizadas a través de la misma incisión o vía de abordaje, dirigidas a tratar una misma patología, se consideran procedimientos complementarios y se facturarán los honorarios según el arancel del código correspondiente al del mayor valor, no habiendo en este caso suma aranceles. Mientras que, por su parte, el gasto quirúrgico deberá facturarse teniendo en cuenta el 100% de la mayor y el 30% de las restantes.

Luego, en la segunda nos encontramos con las operaciones múltiples, realizadas a través de una misma incisión o vía de abordaje, dirigidas a tratar patologías o procesos distintos. Estas prácticas se consideran como operaciones múltiples, correspondiendo facturar, de honorarios médicos, el 100% de la mayor y el 50% de las restantes. Pero ojo, que quedan excluidas de esta norma aquellas intervenciones cuyos códigos tengan un valor de 201,75 galenos o inferior, a las que se le aplicará la norma uno, mencionada anteriormente. Y, por su parte, el gasto quirúrgico se facturará considerando el 100% de la mayor y el 30% de las restantes.

Entonces, se preguntarán qué ocurre en el caso de las intervenciones realizadas por distintas vías de abordaje, o incisiones diferentes, en un mismo acto quirúrgico, y que no están específicamente contempladas en sus respectivos códigos. De acuerdo con la tercera norma, en este caso se facturará, por honorarios médicos, el 100% del valor arancelario de la mayor y el 75% de las restantes, mientras que en el gasto quirúrgico se factura el 100% de la mayor y el 50% de las restantes.

Por su parte, para el caso de tratarse de suturas por heridas múltiples, la cuarta norma indica que se facturará de honorarios médicos el 100% del arancel de la mayor, el 50% el valor que corresponda a las suturas subsiguientes. Y el gasto quirúrgico se facturará teniendo en cuenta el 100% de la mayor y el 50% de las restantes.

Y, por último, para el caso de los procedimientos ortopédicos o traumatológicos, que no se encuentran en las primeras 3 normas mencionadas, como es el caso de las fracturas múltiples no quirúrgicas o luxaciones, entorsis, entre otras, se facturará el 100% de los honorarios de la mayor y el 50% del honorario de las siguientes. Pero tengan en cuenta que corresponderá facturar un solo código cuando se utilice un solo procedimiento de inmovilización. Además, en los casos de fractura luxación, sólo se podrá facturar el arancel del procedimiento de mayor valor, no pudiendo sumarse los aranceles de la fractura y de

la luxación. Habiendo hecho estas salvedades, veamos cómo se calcula el gasto quirúrgico: se considera el 100% de la mayor y el 30% de las restantes.

En resumen, los porcentajes de honorarios y gastos para facturar cirugías son los siguientes:

Misma vía misma patología:

Honorarios	Gastos
100% Cirugía mayor	100%
0% Cirugía menor	30%

Misma vía distinta patología operaciones múltiples:

Honorarios	Gastos
100% Cirugía mayor	100%
50% Cirugía menor	30%

Distinta vía distinta patología:

Honorarios	Gastos
100% Cirugía mayor	100%
75% Cirugía menor	50%

Ahora bien, pasemos a otra situación: las operaciones en tendones, vainas tendinosas y fascias. Es estos casos, hay otros aspectos a tener en consideración. Por ejemplo, el Nomenclador Nacional establece que, para las cirugías de los tendones flexores, los honorarios médicos se facturarán de acuerdo al código 12.15.02 o 12.15.03 por dedo de la mano, sea tendón superficial o profundo el o los lesionados. Entonces, se facturará el 100% del honorario médico de uno y el 25% de los restantes de una misma mano o muñeca. Y, por su parte, el gasto quirúrgico se facturará al 100% de la mayor y el 30% de las restantes. Luego, cuando hablamos de tendones extensores, para los honorarios médicos se considerará el código 12.15.04 o el 12.15.05 por tendón. Antes de avanzar, recuerden que pueden encontrar la descripción de los códigos que estamos mencionando en el archivo complementario del PMO. Bien, continuemos. En este caso, se facturará de honorarios el

100% de uno y el 25% de los restantes de la misma mano o muñeca, mientras que el gasto quirúrgico se facturará el 100% de la mayor y el 15% de las restantes.

Ahora bien, distinto es el caso de las lesiones múltiples a distintos niveles de un mismo tendón, porque en esa situación se facturará de honorarios el 100% del primer procedimiento y el 25% de los subsiguientes. Y, en cuanto al gasto quirúrgico, se facturará el 100% del primer procedimiento y el 30% de los subsiguientes.

Continuemos con el caso de los tendones, extensores y flexores de una misma mano. De acuerdo con el Nomenclador, los honorarios médicos se facturarán de la siguiente manera: el 100% del honorario correspondiente a las cara palmar y dorsal respectivamente. Luego, el gasto quirúrgico se facturará el 100% de la mayoría y el 15% de las restantes. Para el caso de los tendones del pie, los honorarios médicos y gastos quirúrgicos se facturarán siguiendo el mismo criterio.

Y, por último, veremos qué ocurre en el caso de traumatismo de la mano o del pie. De acuerdo con lo establecido, en los tratamientos de la mano o del pie, en los cuales se requiere utilizar diversos procedimientos, operaciones múltiples o combinadas, se facturará como honorario médico el 100% del arancel correspondiente al código de mayor valor y el 25% del valor de cada uno de los restantes. Y, por su parte, para el gasto quirúrgico se facturará el 100% de la mayor y el 15% de las restantes.

Internaciones

Anteriormente, mencionamos todos aquellos aspectos que hay que tener en cuenta con respecto a las cirugías. Por eso es que ahora conoceremos todo lo referente a internaciones según lo establecido en el Nomenclador Nacional. Empecemos por los códigos relacionados al tema. En primer lugar, el número 43.01.01 tiene que ver con la internación clínica en habitación de dos personas con baño privado. Luego, el 43.01.02 es internación clínica en habitación de dos personas con baño intermedio, el 43.01.03 refiere a la internación clínica en habitación de tres personas con baño incluido y, por último, el 43.01.04 es la internación en habitación de más de tres personas con baño incluido.

Ahora bien, si hacemos hincapié en estos códigos es por aquellas características que contemplan al momento de su facturación. Lo que incluyen son las siguientes prestaciones:

- En primer lugar, el uso de cama
- También la provisión de ropa limpia
- La higienización del paciente

- Así como la limpieza del ambiente
- La alimentación
- Y los medios necesarios para brindarle un ambiente confortable al paciente.

Por otro lado, en cuanto a la atención del personal, incluye asistencia del médico de guardia interna, la atención de las enfermeras y las mucamas de piso. A su vez, contempla las siguientes prácticas:

- Nebulizaciones
- Y los gastos correspondientes a las punciones, identificadas con los códigos 01.03.07, 09, 05.04.08 y 08.02.12 del Nomenclador Nacional, cuando los mismos se realicen durante la internación.

Sin embargo, quedan excluidas las consultas especializadas.

Ahora bien, es necesario considerar que la norma de facturación debe ser tenida en cuenta en el momento de liquidar. Esta reglamentación determina que:

- Por empezar, aclara que el día de ingreso se factura con arancel completo en la facturación, independientemente de la hora que se haya producido el ingreso.
- Luego, el día de egreso se excluye de la facturación, independientemente de la hora en que se haya producido, con la excepción del alta por fallecimiento luego de las 11 horas, o cuando el alta, a cargo de la obra social, que debió ser informada con la debida antelación, se efectivice después de las 11 horas. Pero tengan en cuenta que la obra social tendrá derecho a solicitar protocolo sanatorial del periodo de internación.

Por otro lado, un dato fundamental que debe ser tenido en cuenta es que, siempre que facturemos los códigos de internación antes mencionados, los mismos deberán ir acompañados del código 43.10.01, porque este código corresponde al uso de material descartable en internación clínica.

Ahora bien, se preguntarán qué ocurre en los casos de a internación en terapia intensiva, también llamada UTI. Este tipo de prestación comprende los siguientes códigos:

- En primer lugar, el número 40.01.01 que comprende la internación en terapia intensiva.
- Luego, el 40.01.03 hace referencia a la internación en terapia intermedia.

Además, al igual que lo que mencionamos anteriormente, estos códigos de internación siempre deberán ir acompañados del código correspondiente al material descartable, que, en este caso es el número 43.10.02. La diferencia se da porque este otro número es descrito en el Nomenclador como uso de material descartable, como jeringas, agujas y guantes, en terapia intensiva.

Pasemos, entonces, a ver qué comprenden los honorarios y gastos de terapia intensiva, de acuerdo con el Nomenclador Nacional. Por un lado, la internación en sala y la atención médica y de enfermería permanente. Y, por otro lado, prácticas menores, que pueden ser:

- Una intubación nasogástrica, traqueal, vesical o intestinal
- También una punción o disección de venas o arterias
- Así como una punción raquídea o transfontanelar
- Y las toracocentesis o peritoneocentesis
- El control con frecuencia necesaria de los signos vitales, como el pulso, la presión arterial o venosa, la respiración, la temperatura y la diuresis.
- Y la respiración asistida con respirador automático
- Además de la monitorización de parámetros vitales permanente o a demanda
- Así como la colocación de marcapaso transitorio externo, cardioversión o desfibrilación
- El fondo de ojo
- La luminoterapia
- Y el oxígeno necesario.

De acuerdo con el Nomenclador, se podrá facturar hasta un electrocardiograma por día, de promedio, para el caso de procesos que comprometan el funcionamiento cardíaco.

Cabe destacar que no deberán adicionarse, a los honorarios de terapia intensiva, otros honorarios por atención clínica. Únicamente se reconocerá la intervención clínica de otros profesionales cuando pertenezcan a una especialidad afín con la patología que presenta el enfermo. De cualquier manera, esto se contempla únicamente en forma ocasional y siempre que hubieran actuado a requerimiento de algún médico de la unidad. Para ello, será necesaria la acreditación correspondiente adjunta al pedido de consulta efectuado por dicho médico. En este caso el especialista cobrará por consulta y no más de una por día.

Prestaciones radiológicas

Es momento de analizar cómo se realiza la liquidación de las prestaciones radiológicas. Para ello, y como en los casos mencionados anteriormente, también deberemos tener en cuenta las normas y procedimientos establecidos en el Nomenclador Nacional.

En primer lugar, este catálogo establece que las exposiciones radiográficas podrán ser efectuadas según el procedimiento convencional, o con cámara de 70 a 100 milímetros. Ahora bien, de acuerdo a la potencia y complejidad de los aparatos que se utilizan para realizar los estudios radiológicos, se establecen categorías, cuya letra, en mayúsculas, se coloca al final de cada código. Esto quiere decir que cada uno de los estudios mencionados deberá ser realizado por equipos que posean las especificaciones de la categoría, o por un equipo de mayor rendimiento o complejidad. Y esto implica que nunca podrá llevarse a cabo con uno menor.

Luego, el Nomenclador establece que las prácticas de radiología o radioterapia podrán ser facturadas, únicamente, cuando se efectúen en condiciones específicas. Por eso, nos detendremos en analizar cuáles son estas condiciones, pero antes definamos qué es el acto radiográfico. Se trata de la toma de placas radiográficas con fines de diagnóstico médico. Entonces, para su facturación, deberán ir acompañadas de un informe que tendrá que ser efectuado y firmado por un médico radiólogo. A su vez, deberá realizarse una copia del informe, que tendrá que ser archivada por el médico actuante. Cabe destacar que, además, todo este acto tiene que ser efectuado en un centro radiológico.

Por otro lado, cuando hablamos de acto radioscópico nos referimos al estudio del paciente a través de pantallas de radioscopía, intensificador de imágenes o circuitos de TV. Este procedimiento también debe ser realizado por un médico radiólogo en un servicio radiológico. Se consideran médicos radiólogos a aquellos que acrediten, ante su entidad primaria, 5 años de actuación radiológica oficial o privada, o poseer un título universitario habilitante.

Analicemos, ahora, qué es el acto de radioterapia cobaltoterapia. Se trata de la aplicación de radiaciones ionizantes con fines terapéuticos. Esta práctica deberá ser supervisada, en forma ininterrumpida, por un médico radioterapeuta, que, como dijimos acerca de los médicos radiólogos, deberá acreditar, ante su entidad primaria, 5 años de actuación radiológica oficial o privada, o poseer un título universitario habilitante.

Por último, definamos los servicios radiológicos. Es todo lugar donde funcionen equipos de radiodiagnóstico o radioterapia. Deben estar dirigidos por un médico radiólogo, quien será responsable del servicio. Cabe señalar que todo servicio radiológico deberá contar

con la presencia de un médico radiólogo al menos durante el 30% del tiempo de atención semanal.

Ahora bien, por último, el Nomenclador Nacional establece que, cuando el acto radiológico, o de radiocobalto terapia, sea efectuado sin reunir todos los requisitos enunciados no podrá ser facturado. Sin embargo, hay una excepción, que es cuando no exista un centro radiológico en un radio de 40 kilómetros. En este caso, se facturará solamente el gasto, no pudiendo incluirse aquellos estudios que requieran radioscopía.

Además, establece que:

- En las prácticas que se requieran especialistas, los honorarios de estos últimos serán facturados por separado. Mientras que, cuando el radiólogo efectúe la práctica del especialista, percibirá solo los honorarios de radiología.
- También aclara que en los aranceles no están incluidos sustancias de contraste ni otros fármacos.
- Por otro lado, aquellos estudios que estén marcados con # necesariamente deberán ser efectuados con radioscopía, la cual no está incluida. Entonces, se tendrá que facturar por separado con los rubros 34.01.01, 02 o 03 no acumulables, según sea lo empleado en cada estudio.
- A su vez, no podrán facturarse radioscopías ordenadas por el mismo radiólogo.
- Y, por último, en su totalidad, los gastos del código 34, que recordemos que es el de radiología, deberán ser facturados de acuerdo al valor de la unidad radiológica.

Estas son las normativas contenidas en el Nomenclador Nacional. Pero, además, habrá que tener en cuenta:

- Que los estudios radiológicos contrastados deben acompañarse siempre por el código 34.01.03, que es el uso de aparato con circuito cerrado de TV.
- Y que, a los estudios acompañados por el # se le debe sumar el código 34.01.03 también. Entonces, por ejemplo, para un estudio seriado de esófago el código deberá ser 34.04.02 #.

Facturación de radiografías

En esta oportunidad, nos adentraremos en otras particularidades de la facturación de radiografías que hay que saber y recordar. Por ejemplo, los rayos X, o RX, de senos

paranasales, conocidos como SPN, pueden incluir también las llamadas frontonasoplaca, o FNP, que es una posición para observar los senos frontales, o la mentonasoplaca, MNP, para reflejar los senos maxilares, o cavum, que es la porción alta de la faringe. Entonces, estas prácticas se codificarán con el número 34.02.01 para la primera posición y 34.02.02 para la siguiente.

Luego, los RX de columna pueden abarcar las siguientes porciones:

- La columna cervical, dorsal, lumbar, sacra y coxígea
- Y también pueden ser cervicodorsal, dorsolumbar, lumbosacra y sacrococcigea.

En estos casos, se codifica 34.02.09 para la primera posición y 34.02.10 para las siguientes. Además, tengan en cuenta que la primera exposición de una región siempre es x 1. Es decir, nunca se multiplica, sino que solamente se multiplicarán las segundas exposiciones por la cantidad requerida.

Por otro lado, tenemos que saber que las RX de columna pueden ser:

- Cuando implique a la columna cervical: de frente, perfil, ambas oblicuas y perfil en máxima extensión y flexión.
- Y, para la columna lumbar: frente, perfil y Ferguson.
- La placa de hombro puede ser frente, perfil o vuelo de pájaro.
- La de húmero, frente, perfil o transtorácica.
- Y la de cadera, frente, perfil, alar, obturatriz, o Lowenstein.

Veamos los códigos que debemos tener en consideración. Por ejemplo, el código 34.02.13 corresponde a RX de antebrazo, codo, mano, rodilla, pierna, tobillo y pie. Debemos saber, además, que contiene 2 posiciones por placa. Mientras que el código 34.06.01 corresponde a mamografía unilateral, al igual que el 34.06.02, que es proyección axilar o prolongación axilar unilateral.

Luego, veamos que los siguientes códigos llevan, además, sumados otros códigos. Veamos a qué nos referimos con esto:

- Al código 34.06.04, que es una histerosalpingografía, se le suman los códigos 34.01.03 y 22.01.07 de instilación de sustancia radiopaca.
- Mientras que, al código 34.07.02 de neurorradiología, se le debe adicionar el 01.07.01 que es ventriculografía por inyección de un medio de contraste.
- El 34.08.01, que implica control de marcapaso, requiere de la suma del 07.01.12, que es cateterismo de corazón para colocación de marcapaso transitorio.

- Y al código 34.08.02, que es el control radioscópico para colocación de marcapaso definitivo, hay que sumarle el 07.01.03 de colocación de marcapaso definitivo con electrodo endocavitario.

Pasemos ahora a la Tomografía Axial Computada, conocida como TAC. En el Nomenclador Nacional la podemos encontrar desde el código 34.10.01 hasta el 34.10.13. Pero lo que es necesario que conozcamos es que la TAC de columna abarca tres cuerpos vertebrales consecutivos. Esto quiere decir que, teniendo en cuenta que la columna vertebral está compuesta por 7 vértebras cervicales, 12 dorsales, 5 lumbares, 5 sacras y 5 coccígeas, habrá que ver cuántas vértebras abarca el estudio para codificarlo correctamente.

Veamos algunos ejemplos para comprenderlo mejor:

- En una TAC cérvico dorsal, si se abarcaron 3° y 4° cervical + 1°, 2° y 3° dorsal, será denominada 34.10.13 x 2.
- Luego, en una TAC dorso lumbar que abarcó 11° y 12° dorsal + 1° lumbar se facturará 34.10.13 x 1.

Para comenzar, es importante que analicemos entonces otros códigos, además de los ya mencionados, relacionados con las tomografías. Por ejemplo, el 34.10.01 es TAC cerebral y el 34.10.02 corresponde a TAC cerebral reforzada. La diferencia es que en el segundo caso se inyecta una sustancia de contraste que será facturada por separado. Luego, el código 34.12.01 corresponde a la densitometría ósea.

Ahora, cuando llegamos al grupo de códigos comenzados en 34.20 estaremos hablando de Resonancia Magnética Nuclear o RMN. Esta categoría abarca desde el 34.20.01 que es RMN cerebral, hasta el 34.20.14 que corresponde a RMN de articulaciones.

Además de las radiografías que vimos hasta el momento, es importante destacar que el código 34 de radiología incluye el 34.09.05 que es de radiografías en quirófano o habitación. Esto quiere decir que se realiza con pacientes internados, con el uso de un aparato portátil de rayos y que es bastante común en cirugías que lo requieran.

Luego, otras prestaciones del Nomenclador que es necesario que conozcamos son las que se encuentran en el capítulo 18 que refieren a ecografía y ecodoppler. Veamos cuáles son sus normas generales:

- Por empezar, los gastos de este código se facturan con unidad de gastos radiológicos.
- Además, para poder efectuar las prácticas de ecografía, el médico deberá aportar antecedentes y tener certificación habilitante dada por autoridad

competente, o acreditar seis meses de concurrencia de post grado en una institución pública o privada reconocida, nacional o extranjera.

- Por otro lado, para efectuar y facturar ecocardiografía deberá ser también médico cardiólogo.
- Y, por último, en caso de efectuar y facturar una ecografía oftalmológica, deberá ser también oftalmólogo.

Detengámonos un instante, entonces, en los códigos correspondientes a este tipo de prácticas. Desde el 18.01.01, que es de ecocardiograma completo, hasta el 18.01.18 de ecografía pancreática o suprarrenal se comprenden todos los estudios ecográficos. Además, el código 18.06.01 corresponde a ecografía de partes blandas.

Por otro lado, tenemos los siguientes:

- El código 18.02.02 de ecodoppler periférico color
- El 18.03.01 que refiere a ecodoppler cardíaco color
- El 18.03.02 que implica un ecocardiograma de stress físico o eco stress
- Y el 18.05.01 de ecodoppler cardíaco fetal.

Estos son algunos de los códigos más utilizados.

Es momento de conocer, ahora, el código 26 que corresponde a medicina nuclear. Por empezar, cabe destacar que las prestaciones de este capítulo se realizan con la participación de material radioactivo. Esto nos lleva a preguntarnos qué modificaciones traerá en la facturación. Según la norma del Nomenclador, en todos los casos en los que no esté aclarado, el costo del material radioactivo no se halla incluido en el honorario y se fijará de acuerdo con la lista de precios oficiales que rige en la Comisión Nacional de Energía Atómica, y se tomará como base el envío mínimo que esta comisión efectúa.

Pero, a su vez, los materiales radioactivos están clasificados según estudio realizado y por aplicación, por el CEDIM, que es la Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio. Con respecto a este punto, el Nomenclador Nacional contiene códigos que detallan el tipo de material usado y, en el caso de que no esté incluido, se facturará según el listado de CEDIM.

Prestaciones de laboratorio

Ya vimos las normativas de facturación de radiología por eso, es momento de que nos detengamos en el siguiente punto que son las prestaciones de laboratorio. Como sucede con otras prácticas, los análisis clínicos también tienen un nomenclador aparte, que coexiste con el Nomenclador Nacional. Esto ocurre porque este otro catálogo, llamado

Nomenclador Bioquímico Único, surge de la necesidad de agregar nuevas determinaciones y simplificar la valorización de cada una de ellas. Cabe destacar que los códigos son los mismos que los del Nomenclador Nacional, pero agrega nuevos por prácticas agregadas.

En este Nomenclador Bioquímico Único, los códigos 677 y 998 del Nomenclador Nacional, que son material descartable y recepción y toma de muestra, respectivamente, se reemplazan por el código 001 que los agrupa con el nombre de acto bioquímico.

Entonces, para facturar análisis clínicos deberán tenerse en cuenta las siguientes normas bioquímicas:

- Por un lado, que el código 998 se adicionará en la facturación a todo código facturable, con excepción de los códigos 272, 273 y 999 que corresponden a extracción a domicilio, a domicilio fuera del radio urbano y urgencia, respectivamente. Cabe señalar que se agregará uno por cada código facturado.
- Luego, el código 677 de material descartable de extracción, será reconocido por cada orden médica u odontológica que prescriba una o más prácticas que requieran la extracción de muestras de sangre. Es decir que se agrega una sola vez por cada orden médica.
- Y, por último, que las prácticas bioquímicas identificadas con asterisco podrán ser facturadas con el agregado del código 999, toda vez que sean prescriptas como urgentes.

Ahora bien, tanto cuando se factura como cuando se liquida hay que tener en cuenta qué elementos tiene que comprender un hemograma para que sea considerado completo:

- Por un lado, el recuento de glóbulos rojos
- Así como el recuento de glóbulos blancos
- También debe constar el hematocrito
- La hemoglobina
- Y la fórmula leucocitaria.

Por su parte, el hepatograma completo comprende:

- Bilirrubina directa o indirecta
- Colesterol
- Transaminasas, es decir, las enzimas GOT y GPT, transaminasa oxalacética y glutámico pirúvica.
- Fosfatasa alcalina

- Proteínas totales
- Relación albúmina globulina
- Y tiempo de protrombina.

Continuemos con un ionograma plasmático. Para que esté completo debe contener:

- Sodio
- Potasio
- Cloro
- Bicarbonato
- Y hematocrito.

Mientras que un coagulograma comprende:

- TC, que refiere al tiempo de coagulación
- TS, que es el tiempo de sangría
- TP, que comprende el tiempo de protrombina
- Así como KPTT, que es el tiempo de protrombina con kaolín
- El recuento de plaquetas
- Y la prueba de lazo.

Ahora bien, es momento de detenernos en los códigos de análisis clínicos, que se agrupan desde el 66.00.01 al 66.11.95. Generalmente, se los menciona con los últimos tres dígitos del código, por ejemplo: el hemograma, cuyo código completo es 66.04.75, se menciona como 475. Lo mismo ocurre con el 66.04.12, que corresponde a glucemia y se lo menciona como 412, o con triglicéridos cuyo código es 66.08.76 pero se menciona 876. Cabe destacar que, como habrán podido ver, en los análisis clínicos se utilizan muchas abreviaturas que corresponden a distintas prestaciones de laboratorio. Es bueno conocerlas para que no se nos generen dudas en el momento de identificarlas para su liquidación. Por eso, en el material complementario encontrarán un listado con aquellas más utilizadas y que es frecuente encontrar en este tipo de análisis.

Obra social

Ya conocimos el Nomenclador Nacional, su estructura, los contenidos, sus normativas y especificaciones para la facturación de las prestaciones que contiene, las cuales son imprescindibles de saber para poder liquidar correctamente. Ahora, vamos a adentrarnos un poco en lo que son las obras sociales, para saber y conocer el origen y desarrollo de estas entidades y la importancia que tienen en nuestro trabajo de liquidación.

Como definición, podemos decir que la obra social es una organización que presta atención sanitaria a los trabajadores, empleados de una compañía, empresa o ente público, a través de sus aportes.

Ahora bien, es importante comprender de qué manera se originaron. A partir del desarrollo de los hospitales públicos como formadores de profesionales y de acceso para todos los sectores de la población en la década del 40, los trabajadores comenzaron a agruparse en mutuales, de acuerdo con su rama de producción. De esta manera, se sentaron las bases de lo que luego constituiría a las obras sociales.

Luego, en 1970 se sancionó la Ley de Obras Sociales, que se caracteriza por incluirlas a todas y dictamina cómo se distribuyen los recursos según los aportes. Y, hoy en día, hay más de 300 obras sociales nacionales, que dan cobertura al 50.2 % de la población y se encuentran bajo la dirección y coordinación de la Superintendencia de Servicios de Salud. También hay obras sociales provinciales, que es una por cada provincia y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y otorgan cobertura a un 29.41 % de la población de las provincias, fundamentalmente a empleados del sector público provincial y sus dependientes. Y, a su vez, ha obras sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, de universidades nacionales y de los poderes Legislativo y Judicial. Cabe destacar que su fuente de financiamiento está constituida por contribuciones de empleados y empleadores.

Ahora bien, antiguamente, un trabajador estaba forzado a utilizar los servicios de salud del gremio al cual estuviese afiliada su actividad. Sin embargo, desde el año 2000, los trabajadores formales pueden optar por la desregularización de sus aportes. Es decir, que pueden cambiar de obra social o, incluso, pueden elegir una medicina prepaga derivando sus aportes para ese fin. De hecho, toda persona tiene el derecho de cambiar de cobertura médica hasta una vez por año calendario.

Es importante señalar que, aunque el trabajador elija una empresa privada, siempre será una obra social quien reciba sus aportes, en muchos casos, siendo solo una intermediaria. De esta forma, de las más de 200 organizaciones de este tipo que hay en el país, hay muchas que no ofrecen servicios de salud, sino que actúan de “pasa manos” de aportes, quedándose con un porcentaje de los mismos.

Así como cada gremio del país tiene una obra social vinculante, también existen obras sociales denominadas “de dirección” o directivas, que corresponden mayormente al personal jerárquico o fuera del convenio colectivo de trabajo de organizaciones de distintas industrias. Mientras que, en el caso de monotributistas y autónomos, la elección

de una obra social será obligatoria. De igual forma, quienes reciban una asignación de ayuda económica del gobierno, tendrán asignada una obra social para ellos y sus familiares.

Es importante añadir que, junto con la ley de desregularización anteriormente nombrada, la Superintendencia de Servicios de Salud confeccionó el Programa Médico Obligatorio, que ya mencionamos, y que establece los servicios mínimos obligatorios que toda cobertura médica debe ofrecer a sus afiliados.

Habiendo definido y explicado el origen de las obras sociales, otra cuestión importante a conocer es el manejo de sus fondos. En las obras sociales nacionales los fondos son manejados por los sindicatos con intermediación de la Administración Federal de Ingresos Públicos, o AFIP, y la regulación de la Superintendencia de Servicios de Salud. De esta manera, la AFIP recauda y la obra social brinda la prestación.

Así, aporta a través del sistema de débito automático al Hospital Público de Gestión Descentralizada y tributa al Fondo Solidario de Redistribución. Seguramente se pregunten qué es este fondo... Bien, es un fondo cuyo objetivo principal es el reintegro de dinero a las obras sociales por tratamientos complejos y costosos, a través del sistema único de reembolsos, conocido como Recupero S.U.R.

Por su parte, las obras sociales provinciales se encuentran bajo el control del gobierno de las respectivas provincias, tienen una auditoría propia, no tienen normas implícitas de contraprestación, y sí tienen normas y coberturas propias respecto al Plan Médico Obligatorio. Además, a diferencia de las nacionales, no tienen un sistema de débito automático, y no tributan al Fondo Solidario de Redistribución.

Ahora bien, como dijimos anteriormente, además de las obras sociales también tenemos a las prepagas, que son aquellas empresas que brindan asistencia sanitaria en forma privada. La diferencia entre ambas es que la obra social puede elegirse o no, y depende de la empresa en la que se trabaje. En cambio, la prepaga se elige y se abona por el servicio.

Pero también existen las Aseguradoras de Riesgo del Trabajo, mejor conocidas como ART, que también son agentes de salud, que brindan prestaciones médico-asistenciales y dinerarias en caso de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales. Lo que las diferencia de las obras sociales o prepagas, es que las ART están controladas y fiscalizadas por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, mientras que las otras lo están por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Hagamos un pequeño paréntesis acá para definir a estas dos entidades. Empecemos por la Superintendencia de Servicios de Salud. Se trata de un organismo descentralizado de la Administración pública Nacional, en jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social, con personería jurídica y un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera. Así, se establece como el organismo de supervisión, fiscalización y control de los agentes del Seguro de Salud. Esto se debe a que su objetivo consiste en asegurar el cumplimiento de las políticas que corresponden al área de salud, por lo que su rol es el de ente regulador del sistema. Cabe destacar que, además, utiliza el Nomenclador de Prestaciones Médicas que le permite llevar un control de las obligaciones médico-asistenciales.

Pasemos, ahora, a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Este organismo fue creado por la Ley N°24.557 como entidad autárquica en jurisdicción del actual Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, estableciendo sus facultades en el Artículo 36 sus facultades. Entre ellas, podemos encontrar que se debe ocupar de controlar el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad en el trabajo, así como de supervisar y fiscalizar el funcionamiento de las ART.

Plan Médico Obligatorio

Ya hablamos de lo que son las obras sociales, las prepagas y las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, además de conocer cuáles son los organismos que se ocupan de su control y fiscalización. Pero hay algo que dijimos en lo que nos vamos a detener en esta ocasión, y es que cada una ofrece diferentes prestaciones médicas, entre las cuales están las establecidas en el Plan Médico Obligatorio. Por eso es que ahora vamos a conocer su definición y origen. Veamos.

El PMO fue creado en 1996, aunque se actualizó en abril de 2002, bajo la resolución 201/2002 del Ministerio de Salud, y se implementó formalmente el 31 de diciembre de 2003. El contexto del país en aquel entonces, en plena crisis económica, estableció una crisis sanitaria poblacional y una emergencia sanitaria. Quizás se pregunten por qué decimos esto... Bueno, pensemos que muchas empresas de salud cerraron luego de la crisis del 2001 y, como consecuencia de esto, muchas personas dejaron de contar con planes médicos. De esta forma, el Ministerio de Salud a través del Programa Médico Obligatorio garantizó a toda la población acceso a los servicios básicos que garanticen la conservación de la salud.

Es por esto que podemos afirmar que es una norma básica de prestaciones médicas obligatorias para todas las prepagas y obras sociales. Además, como ya hemos mencionado, el PMO es el régimen de asistencia obligatoria para todas las obras sociales del sistema de Ley N°23.660 y 23661. Es decir que todos los agentes del seguro involucrados en las mencionadas leyes, y todas las obras sociales que adhieran, deben asegurar a sus beneficiarios que, mediante sus propios servicios o a través de efectores contratados se garantizan las prestaciones de prevención, diagnóstico y tratamiento médico y odontológico.

Lo que es importante aclarar es que este plan obliga a todas las obras sociales y prepagas a contar con, al menos, ciertas prestaciones. Y, en el caso de las obras sociales, deben asegurarlas solo con el aporte realizado por recibo de sueldo, en aquellos casos de empleados en relación de dependencia. Es que su objetivo es que cualquier persona, sin importar cual sea su sueldo, tenga garantizado el acceso a los servicios básicos de salud. De esta manera, la obra social debe brindar las prestaciones del PMO y otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión. De hecho, el Ministerio de Salud asegura esta canasta de servicios, como ya mencionamos, mediante una resolución del año 1996 que fue actualizada en varias oportunidades y que intenta mantenerse vigente a las necesidades sanitarias de hoy en día.

Entonces, si quisiéramos resumirlo de alguna manera, podríamos decir que la finalidad del PMO es la Atención Primaria de Salud, que no solo alcanza la cobertura para el primer nivel de atención sino también a todo el sistema sanitario como conjunto y a disposición del paciente.

Veamos algunas de las prestaciones que incluye. La primera es llamada plan materno infantil. Veamos las distintas prácticas que incluye:

- Está cubierto todo el embarazo y hasta el primer mes luego del nacimiento.
- También la atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad.
- A su vez, incluye medicaciones específicas al 100% y vacunas.

Luego, durante el embarazo y el parto, contempla los estudios de diagnóstico y prestaciones específicas del embarazo en cada uno de sus trimestres, incluyendo:

- Durante el primer trimestre, exámenes ginecológicos y clínicos generales, de laboratorio, como VIH, glucemia, hemograma, orina completa, toxoplasmosis, entre otros, y colposcopia.

- En el segundo trimestre se incluyen las ecografías obstétricas, análisis de laboratorio, curva de glucemia en caso de ser necesario y la vacuna antitetánica, si es que la madre no fue vacunada o si la vacuna se encuentra vencida.
- Y, en el tercer trimestre, las ecografías obstétricas, análisis de laboratorio, riesgo prequirúrgico y controles semanales.

En este período también se contemplan:

- La confección de historia clínica, incluyendo indagación por antecedentes patológicos familiares.
- Las consultas con profesionales
- Y la revisión odontológica completa.
- En caso de embarazos de alto riesgo, incluye el seguimiento, a cargo de profesional, sin restricciones a los estudios de la patología correspondiente.
- Los medicamentos y suplementos, en caso de ser necesarios.
- Así como la internación al 100%, ya sea parto natural o por cesárea. Tengamos en cuenta que debe cubrir un mínimo de 48 horas para parto natural y 72 horas para cesárea.
- Y también abarca cursos de parto sin temor, psicoprofilaxis, y grupos de autoayuda, así como educación sobre lactancia y procreación responsable.

Anteriormente, habíamos visto las prestaciones que incluye el PMO durante el embarazo. Pero, dentro del plan materno infantil, también se contempla el puerperio y la atención al recién nacido. Por eso es que ahora nos detendremos en cuáles son algunas de las prácticas incluidas en la atención del recién nacido hasta el año de vida.

En esta etapa, el Plan Médico Obligatorio incluye todos los estudios obligatorios, medicamentos y consultas. Y, las prestaciones incluidas son:

- Internación al 100% de hasta 48 horas. En caso de infantes de alto riesgo, deberá cubrir sin restricciones de tiempo todos los tratamientos y medicamentos necesarios, de acuerdo a la patología detectada.
- Estudios para la detección de hipotiroidismo, enfermedad fibroquística y fenilcetonuria.
- Consultas de seguimiento y control con médico especialista.

- Las distintas vacunas, incluyendo la aplicación de la BCG, siempre que se encuentren dentro del Calendario de Inmunizaciones Obligatorio Nacional.
- La confección de libreta sanitaria y calendario de vacunación.
- Brinda, también, cobertura al 100% de medicamentos relativos a cualquier patología detectada durante este período.
- Así como la cobertura de medicamentos considerados como esenciales, incluyendo suplementos de hierro.
- Y las internaciones clínicas y quirúrgicas posteriores al alta inicial del infante.
- Además, si existe indicación médica, el programa también cubre las leches maternizadas, o de otro tipo, que deba tomar el bebé.

Pasemos, ahora, a la segunda prestación cubierta por el PMO que son los programas de prevención de cánceres femeninos. En este caso, se deberá asegurar el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama y cuello uterino, lo que incluye el diagnóstico y tratamiento de todas las afecciones malignas. Entonces, por ley, se debe cubrir:

- Todas las consultas, estudios y procedimientos para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
- El soporte clínico de la quimioterapia al 100%,
- Así como el 100% de cobertura en medicamentos.
- También incluye el 100% en internación,
- El acceso garantizado a un acompañante terapéutico,
- El 100% en cuidados paliativos,
- Y, además, se deben ofrecer regularmente programas preventivos para distintos tipos de cáncer.

La tercera prestación que analizaremos es la odontología. Aquí se incluye:

- La prevención, fluoración y campañas de educación para la salud bucal.
- También la consulta de diagnóstico y el plan de tratamiento.
- Y están incluidas las consultas de urgencia.

Entonces, el primer servicio cubierto es el de la consulta inicial, el diagnóstico y la confección de la ficha. Pero, además, cualquier consulta sin turno previo será considerada

una urgencia. Entonces, se preguntarán que contempla el PMO en esos casos... Bueno, en estas consultas de demanda espontánea el profesional solo podrá hacer una revisión y diagnóstico del problema y, a lo sumo, recetar analgésicos o medicamentos para preparar un futuro arreglo. Por lo tanto, se incluyen algunos procedimientos preventivos, tratamientos de baja y media complejidad, entre otras. Pero lo que no se contempla es ningún procedimiento estético.

Hay diversos trabajos y arreglos ante los cuales se debe recibir cobertura sin ningún tipo de arancel adicional o copago. Para conocerlos todos, los invitamos a leer el material complementario, donde encontrarán detallado cuáles son. Pero, además, hay ciertos estudios e imágenes incluidas, como, por ejemplo:

- La radiografía periapical con la técnica de cono corto o largo, y la radiografía Bte-Wing.
- También la radiografía oclusal
- Las radiografías dentales media seriada, de 5 a 7 películas
- Y las radiografías dentales seriada de 8 a 14 películas
- A su vez, contempla la pantomografía o radiografía panorámica
- Y el estudio cefalométrico.

Aún nos quedan algunas prestaciones incluidas dentro del Plan Médico Obligatorio por analizar. Así que continuemos con eso. Vamos a pasar, ahora, a las internaciones, que tienen aseguradas el 100% de cobertura. Luego, en cuanto a la salud mental, este plan cubre hasta 30 consultas ambulatorias por año, y, en este caso, la internación está cubierta hasta 30 días por año por patologías agudas. Las prácticas incluidas son:

- Las entrevistas psiquiátricas y psicológicas
- La psicopedagogía
- La psicoterapia individual y grupal
- Así como psicoterapia de familia y de pareja
- Y el psicodiagnóstico.

Luego, en cuanto a la salud sexual y reproductiva contempla la colocación y extracción del implante subdérmico, el DIU, y el sistema intrauterino de liberación de Levonorgestrel, conocido como DIU Mirena, así como los métodos anticonceptivos. En cuanto al VIH/SIDA, el PMO incluye los tratamientos médicos, psicológicos y

medicamentos para todas las personas con esta enfermedad, así como los programas de prevención.

Pasemos a los medicamentos. En general, los medicamentos incluidos en el programa están cubiertos en un 40%. Pero en casos específicos, como puede ser la medicación oncológica, aquella para la insuficiencia renal o los que estén incluidos en programas especiales, la cobertura es del 100%. También tienen cobertura del 100% en pacientes internados y en medicamentos para enfermedad de fibrosis quística.

Luego, tenemos también los cuidados paliativos. Es la asistencia activa y total, por parte de un equipo multidisciplinario, de aquellos pacientes que tienen una expectativa de vida que no supera los 6 meses. Sus objetivos son aliviar el dolor, los síntomas y el abordaje psicosocial del paciente. Por lo tanto, de acuerdo con el PMO tienen una cobertura del 100%.

Otra de las prestaciones es la hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. En este caso la cobertura es del 100% y el paciente debe inscribirse en el INCUCAI dentro de los primeros 30 días de iniciado el tratamiento. Por otro lado, en el caso de las enfermedades poco frecuentes el PMO garantiza cobertura asistencial, incluyendo, como mínimo, las prestaciones que determine la autoridad de aplicación.

Pasemos ahora al caso de la rehabilitación. El PMO incluye todas las prácticas kinesiológicas y fonoaudiológicas de hasta 25 sesiones por año. Y, en cuanto al caso de las adicciones, se contemplan los tratamientos médicos, psicológicos y medicamentos para personas con problemas de drogadicción, así como los programas de prevención.

La siguiente prestación que analizaremos es la llamada otoamplifonos. Veamos qué incluye:

- Por un lado, cobertura del 100% en niños de hasta 15 años, de anteojos, prótesis y órtesis.
- También, cobertura del 100% en prótesis e implantes de colocación interna permanente.
- Luego, para órtesis y prótesis externas, la cobertura es del 50%.
- Pero no están cubiertas las prótesis miogénicas o bioeléctricas.

Cabe señalar que la indicación médica de la órtesis o prótesis debe utilizar el nombre genérico y no la marca, y debe indicar elementos de fabricación nacional. Sólo se autorizan prótesis u órtesis importadas cuando no existe una de fabricación nacional.

Por último, es importante destacar que son numerosas las enfermedades que están consideradas dentro de lo que cubre el PMO. Entre las más consultadas podemos destacar la diabetes, las cardiovasculares y renales. Veamos lo que contempla en estos casos:

- En el caso de la diabetes se debe garantizar el acceso a la medicación, con los siguientes porcentajes de cobertura: la insulina al 100%, los hipoglucemiantes al 70%, además de hasta 400 tiras reactivas anuales.
- Luego, para las enfermedades cardiovasculares y renales, de las más frecuentes en Argentina, la ley establece descuentos de entre 40 y 100% en medicamentos y tratamientos, además de brindar acceso a cirugías cardiovasculares, agentes betabloqueantes, vasodilatadores, antiarrítmicos y hemodiálisis y diálisis peritoneal, entre otros.

De esta forma, el Programa Médico Obligatorio empieza a encuadrar los servicios fundamentales que todo plan de salud debe garantizar a los afiliados de una obra social. De hecho, las empresas y organismos de salud están obligados a incluir dentro de sus cartillas médicas todas las especialidades definidas por el Ministerio en el Programa Médico Obligatorio, cuyo listado completo pueden encontrar en el material complementario.