

Material Imprimible

Liquidación de prestaciones médicas y ART

Módulo 3

Contenidos:

- Control de la facturación
- Historia clínica
- Prestaciones ambulatorias
- Generación de débitos y aplicación práctica

Liquidación

Anteriormente vimos todas las condiciones y normativas establecidas por el Nomenclador Nacional para la correcta facturación de prestaciones médicas, las cuales, como dijimos, deben ser tenidas en cuenta en el momento de liquidar. Por eso es que, en esta oportunidad, nos detendremos, puntualmente, en cómo debemos llevar adelante este proceso. En primer lugar, recordemos que las prestaciones médicas se mencionan y se codifican a través del Nomenclador Nacional y ese será nuestro parámetro para la concreción de la liquidación.

Pero, antes que nada, definamos qué es liquidar. Se trata de concretar el pago de las prestaciones realizadas por efectores ya sean profesionales, centros de salud o internación, o centros de diagnóstico. Cabe destacar que, para que la liquidación pueda ser llevada a cabo, antes de autorizar el pago es necesario que realicemos un análisis o auditoría, porque, como habíamos visto, tendremos que controlar que la documentación esté completa y que los valores sean los correctos. Por eso es que, si bien nuestra auditoría será de carácter administrativo, contaremos también con la participación de un médico auditor para cubrir los requerimientos que sean de estricto conocimiento profesional.

Entonces, podemos decir que la auditoría es el inicio del proceso de liquidación. Pero, a diferencia de aquella que se realiza en otras áreas, en el caso de la auditoría médica no solo busca comprobar que se hayan llevado a cabo correctamente los procesos de atención y tratamiento médico, sino que también se trata de una evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes, mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas y las estadísticas hospitalarias. Tengamos en cuenta que su propósito fundamental es procurar que el enfermo reciba la mejor atención médica posible.

De esta manera, la auditoría de la atención de salud, al trabajar sobre la base de registros de lo efectuado, además de evaluar su calidad, valora también la calidad de la atención misma, lo que demuestra que hay una relación directa entre la calidad de los registros y la de la atención prestada. De hecho, en la actualidad, cuando se lleva adelante la auditoría se toma en importante consideración el concepto de “control de calidad”, que consiste en que el producto o servicio se adecúe a las especificaciones determinadas previamente por las distintas normativas. Es importante mencionar que estas normativas de atención también serán establecidas a través de los convenios entre prestadores y prestatarias, así como la forma y la modalidad de facturación y entrega de la misma.

Continuemos viendo cuáles son las generalidades correspondientes a la facturación y su entrega. Tengan en cuenta que éstas son comunes a casi todos los prestatarios, y que cada requerimiento mencionado deberá ser respetado para poder procesar normalmente la facturación, evitando demoras o la generación de débitos.

En primer lugar, es importante señalar que la presentación de la facturación debe realizarse de acuerdo al mes calendario. Esto quiere decir que deben agrupar las prestaciones de un mismo período, de manera ordenada y respetando las disposiciones establecidas. Además, será obligatorio presentar la facturación de manera electrónica, independientemente de la categoría a la que pertenece.

Luego, la factura o recibo debe tener:

- La letra del comprobante
- La razón social
- El domicilio
- El código postal
- La condición frente al IVA
- El CUIT
- Y la fecha de emisión

Pero, además, la factura deberá estar acompañada por un resumen o detalle de las prestaciones facturadas, y deberá contar con los siguientes datos:

- Por un lado, el código prestacional
- Así como la descripción de este código
- Luego, debe incluir la cantidad de las prestaciones
- Su valor unitario
- Y el valor total
- Por último, debe incluir quién fue el profesional efector de esas prestaciones.

Es momento de continuar analizando aquellos elementos que no pueden faltar al momento de llevar adelante la liquidación. Nos detendremos ahora en la documentación respaldatoria de las prestaciones médicas realizadas. En este caso, deberá cumplir con determinadas normas generales y particulares. Comencemos por las prestaciones ambulatorias. En primer lugar, debe constar su autorización, en aquellos casos en los que se cuente con un sistema de validación instalado, o con una planilla, y deberá tener todos los datos solicitados.

Entonces, analicemos cuáles son estos datos:

- No pueden faltar los pedidos médicos originales
- La firma y aclaración del afiliado
- Junto con la firma y sello del profesional que realiza la prestación.
- Además, debe estar la fecha de realización de la prestación
- Y el diagnóstico presuntivo.

Tengan en cuenta que el pedido médico debe ser debidamente codificado y conformado, con los datos anteriormente mencionados, y que, si por algún motivo la fecha de realización de la prestación se encuentra corregida, deberá estar salvada con la firma y sello del profesional actuante. Además, toda práctica que requiera de autorización previa, deberá contar con ella, considerando que no se podrá solicitar después de debitada la práctica o prestación por falta de autorización.

Entonces pasemos al siguiente aspecto a tener en cuenta. Cuando haya que facturar estudios que requieren la utilización de material de contraste y descartable, se deberá adjuntar el informe médico detallando el uso de los mismos. Y, cuando sean necesarios medicamentos de alto costo, deberán facturarse adjuntando el troquel correspondiente. Luego, en el caso de las prácticas especializadas, será necesario que figure la siguiente información:

- Por un lado, los pedidos médicos originales
- También deberán tener la autorización correspondiente, en aquellos casos que se cuente con un sistema de validación instalado.
- No pueden faltar los informes de estudios realizados y los protocolos quirúrgicos
- Así como el presupuesto debidamente autorizado por la prestataria para las prácticas no convenidas.

Y, por último, analicemos qué es necesario para las prestaciones en internación:

- Nuevamente, vamos a necesitar el pedido médico original
- También la autorización de internación de la prestataria
- Y la historia clínica completa.

Quizás se pregunten qué debe contener la historia clínica para que sea considerada completa en este caso. Más adelante analizaremos en profundidad esto, pero mencionemos algunos puntos fundamentales:

- En principio, la anamnesis, que se trata de la exploración clínica del paciente. Esto quiere decir que se le realiza un interrogatorio que permita identificar personalmente al individuo, conocer cuáles son sus dolencias

actuales, obtener su retrospectiva y determinar qué elementos familiares, ambientales y personales son relevantes en su historia.

- También deberán estar las hojas de enfermería
- Los pedidos de estudio médicos con sus respectivos informes
- Y la evolución médica.

Además, deberá contar con:

- Las indicaciones médicas realizadas
- La epicrisis, que implica la valoración que hace el médico de todo el proceso de enfermedad que tuvo que atravesar el paciente. Es decir, como mencionamos en ocasiones anteriores, se trata del resumen que desarrolla el especialista cuando le da el alta al individuo.
- A su vez, debe figurar el protocolo quirúrgico
- La foja de anestesia
- Y el consentimiento informado.

Luego, si se trata de un nacimiento, será necesario que figure la planilla de recién nacido, si se utilizaron prótesis será necesario incluir el certificado de implante con stickers, y, para los medicamentos de alto costo, sus debidos troqueles.

Es necesario destacar que, en muchos casos, dentro de las prestaciones de internación, no se podrán facturar aquellas que estén incluidas dentro de un módulo. Esto quiere decir que, como ya aprendimos, los módulos pueden ser convenidos y en ellos se incluye una determinada cantidad de prestaciones, las cuales habrá que tener en cuenta en el momento de analizar si fueron facturadas por afuera de dichos módulos. Entonces, será necesario constatar si la internación está contemplada o no dentro de esas prestaciones.

Por lo tanto, para este tipo de prestación se tendrán que cumplir las siguientes pautas:

- La historia clínica deberá ser presentada y cumplimentada en forma completa.
- Además, se deberá presentar el detalle valorizado de los medicamentos y descartables suministrados.
- En aquellos casos en los que haya que facturar cirugías en las que se utilizó material de prótesis se deberá presentar, en el protocolo quirúrgico, copia de los stickers de los mismos.

- Mientras que, para la facturación de prótesis e insumos se deberá presentar certificado de implante con los stickers originales.
- Luego, en el caso de nutrición parenteral se deberá adjuntar el troquel o sticker original.
- Y, por último, es necesario saber que toda internación prequirúrgica será abonada solo si fue autorizada previamente.

Facturaciones de estudios diagnósticos o prácticas especializadas

En esta ocasión, nos vamos a detener en las facturaciones de estudios diagnósticos o prácticas especializadas. En estos casos, siempre deberán estar los informes médicos correspondientes. Pero, además, es necesario que toda práctica quirúrgica se acompañe de su respectivo protocolo, con la correspondiente identificación de los profesionales actuantes con su firma, aclaración, número de matrícula y sellos correspondientes.

Y, también, es necesario conocer cuál es la documentación solicitada por especialidad. Comencemos por la rehabilitación médica, como puede ser la fisioterapia, la kinesioterapia, la fonoaudiología o la terapia ocupacional. En este caso, no podrá faltar:

- El pedido médico en original
- La autorización, en aquellos casos en los que se cuente con un sistema de validación instalado.
- Las fechas y firmas de asistencia del afiliado, que acredite la realización de cada una de las sesiones.
- Y la firma y sello del profesional efectuante.
- Además, las prestaciones realizadas, por sesión, deberán estar fechadas y con firma de conformidad del afiliado por cada una de ellas, con firma y sello del profesional efectuante.

Luego, para los casos de salud mental, como las prácticas de psicología, psiquiatría o psicopedagogía, deberá constar la prescripción en original, la autorización correspondiente, y las fechas y firmas de asistencia del afiliado, que acredite la realización de cada una de las sesiones.

En el caso de la anestesiología, los elementos necesarios son:

- La autorización emitida por el prestatario
- La foja de anestesia
- Y el protocolo quirúrgico.

Ahora bien, también es necesario tener en cuenta que, en aquellas presentaciones en las que se facturen, en forma desglosada, los honorarios y los gastos, se deberá tener en cuenta que, para el caso de los honorarios, se deberá adjuntar la documentación original, mientras que, para los gastos, se podrá adjuntar una copia de la documentación original. Luego, en el caso de las prestaciones de mediana y alta complejidad, además del diagnóstico y autorización, hay que considerar que deberán ser solicitadas por el especialista relacionado con la patología enunciada en el diagnóstico. Entonces, quizás se pregunten qué ocurrirá cuando dichas prestaciones sean solicitadas por otros médicos, como clínicos, médicos de guardia o de otras especialidades... Sólo serán reconocidas cuando obedezcan a situaciones de urgencia médica, o a motivos debidamente justificados en base a un estricto criterio médico y sujetos a la aprobación posterior de la Auditoría Médica del prestatario.

Por último, nos vamos a adentrar en el caso de las refacturaciones. Por empezar, es necesario saber que todo débito aplicado a la facturación será debidamente fundamentado por la prestataria. Tengamos en cuenta que, como explicamos anteriormente, aquellas prestaciones que sean factibles de ser subsanadas, podrán ser refacturadas. Sin embargo, el plazo de presentación no podrá superar los 45 días desde el momento de la recepción del débito.

La documentación que se debe presentar es:

- Por un lado, la factura y/o recibo
- También, la planilla de débito enviada oportunamente
- Así como la justificación por escrito y detallada del reclamo del débito
- Y, por último, si corresponde, la documentación respaldatoria necesaria.

Entrega de la facturación

Anteriormente hicimos la descripción, en detalle, de las condiciones que se establecen generalmente por las prestatarias para la presentación de la facturación y de su respectiva documentación. Si bien el orden y la correcta presentación de todos los documentos requeridos es una condición que debe ser respetada por el prestador, esto también debe formar parte de la auditoría que realicemos en el momento de iniciar la liquidación, para poder determinar si se puede seguir procesando la factura o si debe rechazarse por algún faltante o error detectado en la emisión de las facturas y en sus detalles o resúmenes.

Por eso, conozcamos algunos detalles con respecto a la entrega de la facturación. Por empezar, tenemos que señalar que anteriormente, y por lo general, se entregaba en una dirección convenida, en donde la recepción se ocupaba de hacer una revisión rápida de la misma a fines de poder darla por recibida, sellando el duplicado de la factura con la fecha en que se estaba recibiendo. Pero, si bien esta recepción no implicaba aceptación, a partir de esa fecha se empezaban a tener en cuenta los plazos de pago. Es decir que no se tomaba en consideración la fecha de emisión de la factura.

De cualquiera manera, cabe destacar que, en los últimos tiempos, con las necesidades surgidas por los aislamientos como consecuencia de la pandemia de Covid-19, se acordó que la facturación también podía ser presentada en forma digital. Ahora bien, quizás se pregunten cómo se procesa en este caso... Bueno, en realidad, de la misma manera. Es decir, teniendo en cuenta la fecha de recepción de los archivos digitalizados.

Entonces, como habíamos dicho, desde el momento en que tenemos frente a nosotros la factura, con su respectivo detalle y la documentación adjunta, es que comienza el proceso de auditoría y liquidación. Es decir, una vez que comprobamos que la factura está emitida correctamente, de acuerdo a las normativas convenidas, revisamos que esté el detalle o resumen y cada uno de los documentos que lo respalda, y de ser necesaria, la historia clínica.

Recordemos que la historia clínica se trata de un documento donde debe figurar el registro de toda la actividad desarrollada por el médico, en relación con un paciente determinado. Entonces, comprende un conjunto de elementos que fundamentan el diagnóstico, la decisión terapéutica y los resultados obtenidos. Por eso es que consta de registros clínicos, de enfermería, estudios complementarios, partes quirúrgicos, informes de diversos estudios y respuesta de diversas interconsultas.

De este modo, podemos definir a la historia clínica como un documento legal que recoge todos los datos relativos a la salud y a los servicios sanitarios prestados al paciente. Su objetivo es el de proporcionar una adecuada asistencia médica. Pero, además, desde el punto de vista legal, adquiere especial relevancia porque representa un documento que integra la relación contractual entre el médico y su paciente.

El manejo de la historia clínica es la base para la actividad médica, así como también uno de los principales medios que nos permiten auditar dicha actividad. Esto se debe a que, a partir de ella, podemos extraer datos de distinta índole, tales como administrativos, datos del paciente e insumos, medicamentos, entre otros, con los cuales podemos

elaborar información de costos. Así, podremos actuar sobre la realidad económica que hay que administrar.

Entonces, su importancia radica en que, si la gestión evalúa los costos de una atención sólo por la patología principal, sin considerar la historia clínica, se puede inducir a errores, al despreciar el origen de la enfermedad que puede deberse, entre otras causas, a una complicación de la misma patología o incluso un agravamiento por enfermedades preexistentes no relacionadas con la patología principal. También podemos incluir, en este punto, una infección intrahospitalaria o una inadecuada utilización de recursos.

Además, algunas de sus características son:

- Por un lado, que posibilita la atención médica basada en datos del paciente
- También permite realizar una adecuada atención médica entre profesionales de distintas áreas sanitarias
- A la vez que aporta información para un correcto diagnóstico, basado en los antecedentes del paciente y en su situación actual.
- Luego, permite decidir cuál es el tratamiento más adecuado para el paciente
- Y se convierte en la herramienta de control de la evolución del paciente.

Continuando con la importancia de la historia clínica, cabe destacar que, además, el uso intensivo que se hace de este documento, y por aquellos requerimientos que exige en materia de seguridad y privacidad, ha aumentado la utilización de medios digitales para su consulta, edición y almacenamiento. Como consecuencia de esto, vemos que los beneficios de usar la historia clínica digital están haciendo que la historia clínica en papel sea cada vez menos utilizada.

Sin embargo, independientemente del formato que se utilice para almacenarla, debe recoger una información mínima del paciente:

- En primer lugar, debemos encontrar los datos del paciente que permitan su identificación. Por eso, en esta parte se detalla quién es la persona. Para ello, siempre se debe solicitar el nombre y la edad. También es necesario incluir información como la obra social o ART, teléfono, actividad o profesión, entre otros.
- Luego, debe estar la anamnesis, que como habíamos explicado hace referencia al proceso de la exploración clínica, y la exploración física.

Por lo tanto, esta es la parte más importante de la historia clínica, porque en esta sección se precisa qué le ha pasado al paciente. Además, se mencionan, en forma ordenada, los distintos síntomas que la persona ha presentado. Y, una vez obtenida esta información, se deja constancia de las distintas manifestaciones en la ficha clínica. En algunos casos, es importante mencionar también aquellas manifestaciones que, podrían estar presentes, pero no lo están.

Entonces, podemos decir que es como un cuento en el que se va narrando lo que le ha ocurrido a la persona. Es decir, la información se ordena en forma cronológica. Esto se debe a que es importante que el relato esté bien hilvanado y sea fácil de entender.

Lo siguiente que debe contener la historia clínica es:

- La hoja médico legal en la que se asientan los datos de apertura del registro, la información médica obtenida al tiempo de la interacción inicial médico-paciente en el centro asistencial, signos vitales, sintomatología, lesiones, motivo de consulta, etcétera.
- Luego, nos encontramos con la hoja de guardia, en la que se detalla la información anterior, pero en forma específica para los supuestos de ingreso por esa vía.
- También se requieren los informes de urgencia
- Y la evolución clínica de forma cronológica.
- También incluye las órdenes médicas cursadas. Es decir, las recetas, tratamiento y cuidados a seguir por el paciente.
- Las exploraciones complementarias solicitadas por el personal médico-sanitario.
- Y la hoja de interconsulta.

Luego, nos podemos encontrar, también con:

- El consentimiento informado del paciente, en el que da permiso para la realización de tratamientos o intervenciones quirúrgicas.
- El informe de anestesia, de quirófano y de anatomía patológica.
- También figura la evolución y planificación de cuidados de enfermería tras la intervención.
- Y la aplicación terapéutica de enfermería. Para ello es que se utiliza la hoja de enfermería, que debe guardar una correspondencia lógica con las

indicaciones terapéuticas establecidas en los asientos de evolución por el médico tratante.

- Luego, nos encontramos con el gráfico de constantes del paciente
- El parte quirúrgico, con el detalle de la evolución del paciente durante la intervención, hasta su estabilización y agregado del consentimiento informado.
- Y, finalmente, el informe clínico de alta o epicrisis.

Por otro lado, es importante señalar que, en razón de las facultades constitucionales concurrentes que existen en el sistema federal argentino, en materia de salud entre la nación, las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la regulación básica de la historia clínica se encuentra comprendida en los artículos 12 a 21 de la Ley N°26.529, modificada por la Ley N°26.742 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Según el artículo 12 de esta legislación, se entiende a la historia clínica como “el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud”.

En cuanto a su registro, la historia clínica puede ser confeccionada en soporte papel o en soporte magnético. Si se hace en papel, debe seguir un estricto orden cronológico, sin espacios entre los registros ni enmendaduras que no estén salvadas con la firma del profesional interviniente.

En cambio, la historia clínica digital, cada día más utilizada, presenta múltiples ventajas para el logro de la finalidad básica de este documento, que es la de posibilitar el acceso rápido a información confiable y clara sobre la evolución de la salud del paciente, aspecto frente al cual el soporte digital permite la transmisión a cualquier lugar del mundo, sin los problemas de lectura e interpretación que puede acarrear la grafía de los profesionales de la salud.

Facturas de ambulatorios

Ahora que ya vimos todos los procesos que se deben llevar a cabo antes de liquidar una factura, y que analizamos en profundidad qué es una historia clínica, es momento de conocer cómo liquidar las prestaciones recibidas en una factura de ambulatorios. Las prestaciones ambulatorias son aquellos servicios que brindan las instituciones sanatoriales, que no requieren el uso de la hotelería por parte del paciente.

Entonces, en primer lugar, se identifica a la consulta como la atención médica brindada por el profesional en consultorio externo ambulatorio. Esta práctica se encuentra en el código 42.01.01 y sus variantes, como ya habíamos visto en los capítulos del Nomenclador Nacional.

En segundo lugar, la práctica especializada hace referencia a las prácticas médicas o estudios solicitados por el profesional en la consulta médica, como es el caso de un electrocardiograma, por ejemplo. Entonces, se le realiza al paciente el estudio solicitado, se obtiene un resultado y se lo traduce a un informe médico.

Cabe destacar que las prácticas especializadas se clasifican por especialidad, encontrándose comprendidas entre los códigos 14 al 36 del Nomenclador Nacional, como vimos anteriormente. Además, estas prestaciones se valorizan según convenio o acuerdo de partes, entre las distintas obras sociales y la institución prestadora.

Recordemos además que, dentro de las prácticas especializadas, nos podemos encontrar con las prácticas de diagnóstico por imágenes, que pueden ser estudios como radiografías de tórax o de otras partes del cuerpo humano, tomografías, entre otras, y que las encontramos a partir del código 34.01.01 del Nomenclador. Y, otro tipo de prestaciones son las prácticas bioquímicas o análisis clínicos, comprendidas entre los códigos 001 al 999.

Veamos, entonces, un ejemplo en donde recibimos un detalle de prestaciones ambulatorias. Supongamos que recibimos una factura de un prestador por \$ 8.987.- y el detalle, que pueden encontrar en el material complementario, dice lo siguiente:

- Que el nombre del paciente es José González
- Su obra social es OSECAC y su número de afiliado es el 33.987.578
- El 12 de agosto figura el código 42.01.01 de consulta médica por \$ 2.300.-
- Luego, el 15 de agosto tenemos el 42.01.01 de consulta médica por \$2.300.-
- Y, ese mismo día, el código 17.01.01 de electrocardiograma en consultorio por \$1.500.-
- 34.03.01, Rx tórax frontal por \$ 820.-
- 34.03.02, Rx tórax perfil por \$ 680.-

Luego, nos encontramos con los siguientes códigos:

- El 475 de hemograma por \$ 125.-
- El 902 de urea por \$ 120.-
- 192 de creatinina por \$ 125.-

- El 904 de ácido úrico por \$ 110.-
- 876 de triglicéridos por \$ 115.-
- 481 de hepatograma por \$ 175.-
- 546 de ionograma por \$ 120.-
- 412 de glucosa por \$ 117.-
- 711 de orina completa por \$ 130.-
- 677 de material descartable por \$ 130.-
- Y 998 de toma de muestras x 9, con un valor unitario de \$12.- y un total de \$ 108.

Según este detalle, el paciente, debidamente identificado con nombre y apellido, obra social y número de afiliado, realizó una consulta médica el día 12 de agosto. Luego, el 15 de agosto volvió a consultar y se le realizó un examen prequirúrgico, que consta de un electrocardiograma, también conocido como ECG, en consultorio, dos placas de tórax frente y perfil, y un laboratorio completo.

Lo primero que tendremos que hacer, entonces, es comprobar que cada una de las prestaciones facturadas esté avalada por la documentación correspondiente. Es decir, siguiendo con el ejemplo, las consultas médicas de las fechas 12 y 15 de agosto deben tener un resumen de la atención realizada por el médico interviniente. Veamos un ejemplo. Podría decir “12/08, el paciente José González concurre a consulta para evaluación previa a su colecistectomía, se lo cita en fecha 15/08”. Y luego, “15/08, el paciente José González concurre a consulta programada y se le realiza examen prequirúrgico. Se efectúa ECG, Rx tórax frente y perfil, y laboratorio completo”. No se olviden que, al final de cada atención debe figurar la firma del médico junto con su sello detallando especialidad y número de matrícula.

Además, cada estudio prescripto por el médico interviniente debe tener su orden correspondiente. En este caso, tendrá que constar una orden para un electrocardiograma, otra para las placas de tórax frente y perfil, y una para el laboratorio detallando cada una de las determinaciones solicitadas. Asimismo, cada una deberá tener su correspondiente informe o gráfico de estudio. En el caso particular del electrocardiograma, deberá constar de la tira con el gráfico, y su informe. Luego, las radiografías también tendrán que tener su respectivo informe o digitalización de las placas radiográficas de tórax frente y perfil. Y, el laboratorio, deberá adjuntar el informe del resultado.

Una vez que hicimos esta revisión, los datos presentados en el detalle deberán ser cargados en el sistema de gestión, el cual nos solicitará el código del Nomenclador Nacional que corresponda a cada uno, o bien la descripción de la prestación. Generalmente, en casi todos los sistemas de carga, ya están precargados los valores de las prestaciones según su fecha de vigencia, por lo que deberemos corroborar que no haya diferencia de valor en los ítems cargados.

Ahora bien, puede suceder que este tipo de prestaciones esté contemplada o contenida en módulos convenidos, por lo que nuestro análisis consistirá en controlar que cada una esté efectivamente incluida. Por ejemplo, el mismo detalle facturado podrá ser descrito en un módulo convenido de la siguiente forma:

- Paciente José González, OSECAC, nro. de afiliado 33.987.578
- 12/08 420101 Consulta médica \$ 2.300.-
- 15/08 Modulo prequirúrgico A1 \$ 6.675.-
- TOTAL \$ 8.975.-

En este caso, el módulo prequirúrgico A1 debería contener al menos una consulta con médico clínico o especialista, un electrocardiograma, RX x2 o más, y laboratorio completo.

De esta forma, si comprobamos que no hay error de carga en las prestaciones, en lo que respecta a códigos y prestaciones, o módulos convenidos, si no hay diferencia de valores en las fechas facturadas, y si la documentación está completa, sin faltantes de datos ni resultados de estudios, con todas las firmas del profesional interviniente y su sello con número de matrícula, podemos dar por cerrada la liquidación, en donde el sistema le otorga un número o código de liquidación, pasando a pagos para su posterior cancelación.

Una variante que habrá que tener en cuenta, al momento de realizar una liquidación, es que, algunas veces, los sistemas de gestión no tienen cargados todos los valores de las prestaciones, por lo que tendremos que hacer el cálculo nosotros para determinar si los valores facturados son los correctos. Para esto, previamente la prestataria y el prestador habrán convenido una grilla de valores para cada una de sus prácticas, o de un valor determinado para honorarios y gastos, de acuerdo con el Nomenclador Nacional.

Para comprender mejor esto, vamos a valernos de un ejemplo. Por eso los invitamos a revisar el archivo del caso 2 del material complementario para analizarlo juntos.

En este caso, el valor fue acordado entre la obra social y el prestador de la siguiente forma, entre el 01 de septiembre y el 01 de noviembre:

- El galeno honorario es de \$150.-
- Los gastos radiológicos de \$12.60.-
- Y, otros gastos tienen un valor de \$60.-

Seguramente se estén preguntando cómo haremos para determinar los valores de cada prestación, entonces. Tendremos que remitirnos al Nomenclador Nacional y, como vimos en oportunidades anteriores, haremos la cuenta tomando los valores pactados y las unidades correspondientes a cada código del Nomenclador Nacional.

Entonces para el código 42.01.01., el cálculo tomará en cuenta la cantidad de unidades de honorarios expresados en el Nomenclador Nacional, que son 10, y se lo multiplica por el valor acordado que es \$ 150.- De este modo la cuenta es: $10 \times 150 = 1.500$, lo que nos da el valor exacto facturado para la consulta médica.

Luego, para determinar el valor de las radiografías el cálculo es un poco más complejo. El código 34.02.09. tiene 6.75 unidades de honorarios y 30 unidades de gastos radiológicos. Por lo tanto, habrá que multiplicar 6.75×150 , que es el valor de galeno honorario, lo que dará como resultado 1.012,50. Luego, tendremos que multiplicar 30×12.60 , que es el valor acordado de gasto radiológico, dando como resultado 378. Finalmente, la suma de estos dos resultados es el valor total de la radiografía de columna de frente, que es de \$1.390,50. Pasando al caso de la RX de columna perfil, deberemos utilizar el código 34.02.10. y multiplicaremos las unidades honorario, que son 2.25×150 , que da, como resultado, 337,50, y las 25 unidades de gasto x el valor de gasto radiológico. O sea, tendremos que hacer 25×12.60 , que nos da 315.-. La suma de estos totales nos indica el valor de la placa, que es de \$652,50.

Para calcular el valor de los códigos de kinesiología, haremos el cálculo, en primer lugar, para el código 25.01.01, que tiene 2 unidades de honorarios, que se multiplicarán por el valor de galeno 150, dando como resultado 300. Luego, multiplicaremos las unidades de gastos, que son 4, por el valor acordado de otros gastos, que es 60, lo que nos da como resultado 240, siendo el valor total del código la sumatoria de \$540.-

Por su parte, el código 25.01.02 tiene 5.50 unidades de honorarios que, multiplicadas por 150, da un resultado de 825. Y, los gastos tienen 2 unidades, que multiplicadas por 60, nos da 120. De esta manera, el valor total para este código es de \$945. Y, por último, tendremos

que multiplicar el valor de cada código tantas veces como se hayan realizado las sesiones, que en este caso fueron 5, correspondientes a los días 05, 06, 07, 08 y 09 de octubre.

Como ya dijimos, este cálculo solamente se hará en el caso de que los sistemas utilizados no permitan la posibilidad de valorizar automáticamente las prestaciones, y cuando el convenio establezca valores de honorarios y gastos según el Nomenclador Nacional. Hacemos esta aclaración porque puede suceder, también, que los valores prestacionales ya estén acordados según la prestación o el módulo, entonces solo tendremos que corroborar que los valores establecidos coincidan con los facturados en las fechas de vigencia. Para esto contaremos con una grilla de precios, según la fecha, proporcionada por el prestador y previamente aprobada por la prestataria.

Entonces, siguiendo con el ejemplo anterior, luego de comprobar que los valores son los correctos, seguiremos con el control de la documentación que avala la consulta médica que tiene fecha 1 de octubre, las órdenes e informes de las dos placas de columna. Además, algo importante a revisar es que esté adjunta la planilla o registro de las sesiones de fisio kinesioterapia. En este registro o planilla debe constar el detalle de las prácticas realizadas fecha por fecha, la firma conforme o de asistencia del paciente, y la firma del profesional que llevó a cabo las sesiones. Si todo está en orden y sin faltantes, se puede cerrar la liquidación de la factura.

Débitos

En los ejemplos de facturación que estuvimos analizando, vimos las prestaciones ambulatorias, que, estando correctamente presentadas, sin errores de carga, sin diferencias en los valores prestacionales, y sin falta de la documentación respaldatoria, podrán ser liquidadas con el mismo valor con el que fueron presentadas. Pero, se preguntarán qué pasaría si tenemos alguno de estos errores o faltantes en la documentación... Veamos.

En el caso de que tengamos códigos prestacionales mal cargados, diferencias de valor entre lo acordado en las fechas que se realizaron las prestaciones y lo facturado, o falta de documentación de las prácticas realizadas, se genera un débito prestacional. En este débito se describe la razón de su realización, que deberá ser perfectamente fundamentado, y se detallará el importe debitado, por lo que el valor conformado de la factura presentada será menor. Es decir, implicará el valor facturado menos el débito.

Tengamos en cuenta que a veces los débitos se generan por errores comunes en las diferentes áreas por las que pasa el paciente, y si no son corregidos o salvados a tiempo por el departamento de facturación, ese error será un débito seguro.

Algunos de los errores cometidos por el área de admisión o ambulatorios más comunes y no que no son salvables por la oficina de facturación son:

- Que el afiliado sea moroso
- O que el afiliado sea inexistente
- También puede ocurrir que el afiliado esté dado de baja
- Que se trate de un hijo o hija que no está afiliado a un grupo familiar
- Que un familiar no esté afiliado a un grupo
- O un error de copiado en número afiliatorio.

Todos estos errores se van a traducir en débitos realizados sobre la facturación.

Es importante comprender que el área de facturación no escapa a posibilidades de débitos, por eso es necesario que los facturistas estén atentos a detalles que pueden parecer mínimos, pero que pueden afectar a la facturación con emisión de débitos. Los más comunes son:

- El error de envío de órdenes de consulta y/o práctica a otra obra social o prepaga
- El envío de informes de pacientes equivocados
- Que haya informes sin firmar del efector
- O errores de valorización en los diferentes contratos.
- También, aquellos casos de consultas sin firma y sello de los profesionales
- O que haya un cambio de tinta en los ítems del profesional.

Luego, otras posibilidades son:

- Que haya diagnósticos incorrectos.
- Que se hayan utilizado palabras como “control” o “consulta” como diagnóstico
- Las enmiendas sin salvar
- La falta de datos del afiliado
- Y la falta de envío de protocolos quirúrgicos en intervenciones ambulatorias con utilización de anestesia.
- También ocurren por la falta de firma del efector en bonos de práctica y/o recetarios.

- La falta de firma de conformidad del afiliado
- Que falten fechas y firmas de los afiliados en sesiones
- Y que haya fechas de prescripciones vencidas, con respecto a la de las realizaciones, que estén sin salvar.

Es por estas razones que las oficinas de facturación tienen un control de la documentación enviada, que generalmente está avalado también por un médico auditor, para evitar, en lo posible, la generación de débitos. Porque, además como vimos, estos débitos pueden ser salvables o no. Si son salvables, implicarán una demora en la entrada del dinero presupuestado, y de no serlo, implicará una pérdida.

Por esta razón, una vez que el prestador recibe el débito que realizamos, se deberá proceder a su desarrollo, que es un proceso importante y necesario, no solo para la parte contable que debe justificar el ingreso de un pago menor al que se emitió la factura, sino también para la auditoría, que elevará un informe mensual a la dirección de la institución para informar el porcentaje de débitos, sus causas y un posible plan estratégico para mejorar el trabajo y evitar que se sigan produciendo.

Veamos, ahora, qué ocurre una vez que el prestador recibe el débito. Lo que deberá hacer es constatar que esté todo detallado, tanto el importe debitado, como el motivo del mismo, y la documentación respaldatoria. Una vez hecho esto, procederá al desarrollo del mismo, teniendo en cuenta que, previamente, se verificará que la suma debitada coincida con la suma facturada.

En el caso de que generemos débitos a través de un sistema, éste emitirá un informe con el motivo y el importe, pero puede suceder en algunos casos que el sistema utilizado no genere estos datos en forma automática. Entonces tendremos que redactar el detalle del débito realizado, su motivo y el importe. Cabe destacar que es necesario que seamos claros y que fundamentemos el importe que se está debitando para que el prestador comprenda los motivos por los que se realizó. Porque además, como ya dijimos, habrá débitos que, de acuerdo al motivo que los generó, no podrán ser salvados ni refacturados, mientras que otros sí.

En el material complementario podrán encontrar un modelo de una planilla de débito para que sepan de qué manera se generan. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que su formato dependerá del sistema y de los datos particulares de cada institución. De cualquier manera, lo importante es que toda la información que sea volcada en la planilla. No pueden faltar, entonces:

- La fecha actual, que es la que corresponde al desarrollo del débito, y la fecha de factura a la que corresponde el mismo.
- El nombre de la prepaga, obra social o aseguradora.
- El número de la factura que vuelve debitada
- Los datos del profesional, aunque en algunos casos solo se coloca el número de afiliado.
- El código de la prestación
- Y el motivo por el cual fue debitada.

Luego, la división entre los valores de honorarios y de gastos es opcional, esto queda a consideración de cada institución. Y también se puede adjuntar a la planilla una copia de la factura a la que corresponde el débito.

Por otro lado, el prestador tendrá que salvar el error, y/o recuperar la documentación para refacturarlo, con la posibilidad de su posterior recuperación. Entonces, una vez que se tiene la documentación revisada y lista, se procederá a la refacturación. Tengamos en cuenta que el tiempo estipulado para la refacturación es, por lo general, de sesenta días, salvo que por convenio se estipule otro margen.

Recuerden que, como dijimos, los débitos se dividen en recuperables y no recuperables, o salvables y no salvables. Veamos qué quiere decir esto. Si se trata de un débito recuperable o salvable hay posibilidad de refacturar, de salvar el error y de no perder el pago de la prestación. Por eso es que siempre se tratará de recuperar la facturación para poder procesarlo efectivamente.

Ahora bien, es importante tener en cuenta que el trabajo del liquidador no es generar la mayor cantidad de débitos posible, sino de ser coherente y estricto en cuanto al análisis de la facturación. Por lo tanto, solamente debemos realizar débitos cuando estén debidamente fundamentados, de forma tal de permitir conservar un control de los gastos realizados por la prestataria, evitando todos los excesos en la facturación de los prestadores, y, también, de mantener dichos gastos cerca de los presupuestos.

Por otro lado, cabe señalar que en muchas instituciones existe un código o acuerdo político con respecto a débitos, que se aplica sobre algunos prestadores. Así, puede suceder que a determinados prestadores se les tenga cierta contemplación con respecto a sus débitos, por el volumen de pacientes o de prácticas de mediana o alta complejidad que manejan. Entonces, tendremos que avisar al referente o jefe de facturación sobre el débito que podrá tener su factura, con el fin de que pueda enviar la documentación

faltante o alguna corrección que deba hacer, en una orden o documento, que podrá ser reenviado a la brevedad para evitar el débito.

Por supuesto que la elección del prestador con el cual tendremos estas contemplaciones no será nuestra sino de las gerencias que tengan el trato correspondiente con ellos, y que nos informarán de este “cuidado” a tener con el prestador.

Es por esto que, como hablaremos más adelante, la relación que el liquidador pueda tener con los prestadores deberá ser lo óptima posible, ya que esto no solo nos permitirá tener un trato profesional más empático, sino también poder resolver determinadas situaciones sin tener que recurrir a las gerencias, ahorrando tiempo y permitiéndonos una independencia mayor para la toma de decisiones.

Veamos un ejemplo práctico de la generación de un débito. Para eso, les pedimos que acudan nuevamente al archivo del caso 1. Supongamos la siguiente situación: analizamos la factura y comprobamos que está correctamente emitida. Entonces, pasamos al análisis del detalle que, luego de cargarlo, no presenta diferencia de precios. Una vez hecho esto, revisaremos que la documentación enviada esté completa y de acuerdo con lo facturado. Ahora bien, durante la revisión nos encontramos que falta el informe del electrocardiograma, que, si bien tiene la orden de pedido médico, no tenemos la constancia de que se haya realizado. También nos damos cuenta que lo mismo sucede con el laboratorio completo, que tiene el pedido médico correspondiente pero no así su informe. Entonces se realizará un débito sobre esa factura por el importe del electrocardiograma y el laboratorio completo. Veamos cómo:

- El total facturado era de \$8.975.-
- Sobre eso, realizaremos el débito sobre el código 17.01.01 y sobre los códigos 475-902-192-904-876-481-546-412-711-677 y 998 por falta de documentación.
- El total que tendremos que restar, entonces, será de \$2.875.-
- Por lo tanto, el total conformado a pagar será de \$ 6.100.-

Veamos ahora otra variante de débito sobre el mismo ejemplo, pero con algunas modificaciones. Para ello, les pedimos que acudan al archivo llamado “caso 1 bis” del material complementario. En cuanto vemos el detalle notamos que los códigos correspondientes a hemograma, urea, creatinina, ácido úrico y colesterol total no son los que corresponden al Nomenclador Nacional, al igual que sus valores.

También se observa que está facturado “colesterol total” como un ítem aparte, cuando está incluido dentro del hepatograma. Lo mismo sucede con el hematocrito y la

hemoglobina que están incluidos dentro del hemograma. Por lo tanto, realizaremos un débito sobre estos códigos, a pesar de que se haya enviado el informe del laboratorio, ya que no sabemos cuál es el valor del código que quisieron realmente facturar. Entonces la factura quedará de la siguiente manera:

- El total facturado fue de \$ 9.680.-
- El débito por código erróneo y por no corresponder su facturación es sobre los códigos 477-907-190-903-172-466-470 y 998x7, lo que da un total de \$ 1.233.-
- Por lo tanto, el total conformado a pagar será de \$ 8.447.-

Veamos ahora un débito aplicado al caso número 2 bis. En cuanto analizamos el detalle de este caso, y hacemos el cálculo de los valores que corresponden a esos códigos en las fechas que se realizaron, podemos advertir que tenemos una diferencia en todos los precios y, por lo tanto, en el total de la factura. Entonces, tendremos que realizar un débito sobre todos los códigos por diferencia de valor, no correspondientes a las fechas en que fueron realizados, quedando el total a pagar de la siguiente forma:

- El total facturado fue de \$ 12.090.-
- Se realiza un débito realizado por diferencia de valor, que no coincide con los vigentes en la fecha de realización de las prestaciones, por \$1.122.-
- Queda, entonces, el total conformado a pagar en \$10.968.-

En el ejemplo que acabamos de ver, la diferencia de valor surge por el cálculo que tuvimos que hacer manualmente, y como ya dijimos, puede suceder que, si no contamos con un sistema de carga que otorgue los valores y emita los débitos automáticamente, esto quede a cargo nuestro. Entonces, la verificación de los precios vigentes la haremos contando con los listados de precios por fecha de vigencia, los cuales habitualmente son confeccionados por el sector de prestaciones, que se ocupa de la gestión y contratación de prestadores.

Pero veamos un ejemplo más de factura presentada y con prestaciones que contienen débitos. Busquen, entonces, el caso 3 en el material complementario. En este ejemplo, una vez revisada la factura, y si está correcta, pasamos al detalle de prestaciones que a primera vista contiene el primer error: nos referimos a que el código 34.02.13 está facturado dos veces: una por RX de rodilla frente y otro por perfil, cuando, según las normas del Nomenclador Nacional, el código 34.02.13, que es RX de antebrazo, codo,

mano, rodilla, pierna, tobillo y pie, contiene 2 exposiciones por placa, por lo que la facturación del segundo código no corresponde.

Luego, continuamos con la revisión de la documentación, que debe contener:

- La descripción de la atención médica realizada en la fecha 12 de diciembre
- Si no se incluyó en la consulta, también el parte quirúrgico ambulatorio o descripción de la sutura realizada con los datos del médico actuante, su firma y sello
- El pedido de radiografías con la digitalización de las placas o su respectivo informe
- Y el pedido e informe de la tomografía de rodilla izquierda.

Entonces, supongamos que no recibimos el parte quirúrgico ambulatorio o la descripción de la sutura, y en el detalle de la atención médica no se describe la práctica. En ese caso, tendremos que realizar un débito por el valor de la sutura por falta de documentación, y otro por el código 34.02.13 que no corresponde facturar. Así, la factura a pagar quedaría de la siguiente manera:

- El total facturado fue de \$ 5.518.-
- Se realiza un débito de código 13.01.10, por falta de documentación respaldatoria y código 34.02.13, por no corresponder su facturación x 2, por un importe de \$1.430.-
- Entonces, el total conformado a pagar es de \$4.088.-

Este es el procedimiento de generación de débitos en los casos más comunes de prestaciones ambulatorias. Es decir, por diferencia de valores, por falta de documentación, o por códigos erróneos o mal cargados. Más adelante veremos que para prestaciones de mayor complejidad, como cirugías e internaciones, pueden existir otros criterios para la generación de débitos prestacionales.