

Material Imprimible

Curso de Facturación de Prestaciones Médicas

Módulo 3

Contenidos:

- Las cirugías, sus particularidades y facturación
- Facturación de internaciones en sala general o piso, y terapias intensivas
- Armado de las historias clínicas
- Ejercicios prácticos

Cirugías

Anteriormente estudiamos de qué se tratan las prestaciones ambulatorias, su codificación, y qué normativas se encuentran en el Nomenclador Nacional para que sean facturadas correctamente. Por eso, ahora nos vamos a detener en las prestaciones quirúrgicas o cirugías, y las de internación, que también tienen su normativa en el Nomenclador.

Pero, antes que nada, comencemos por definir qué es una cirugía... Se trata de un procedimiento para extirpar o reparar una parte del cuerpo, o para determinar si hay una enfermedad. La cirugía, además, es la rama de la medicina que se especializa en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades o afecciones mediante operaciones, por eso es que también se las puede llamar “operación”.

Al igual que como vimos con otras prestaciones, hay distintos tipos de cirugías que debemos conocer. En primer lugar, debemos señalar que el tipo de cirugía depende del criterio de clasificación que vayamos a utilizar, que puede ser a partir de criterios generales, como su localización, su extensión y el propósito u objetivo de ésta, combinados con criterios específicos.

Entonces, conozcamos las distintas variantes con las que nos podemos encontrar. Por ejemplo, si tenemos que determinar el tipo de cirugía según su extensión, podemos clasificarla en menores y mayores. Quizás se pregunten cuál es la diferencia... La cirugía menor incluye todas aquellas intervenciones cuyo riesgo no es vital para la vida del paciente. Es por eso que el abordaje se realiza, habitualmente, de forma ambulatoria, refiriéndose a que no requiere de hospitalización pre y postoperatoria. Además, la anestesia que se utiliza es local, aunque en algunos casos puede ser general dependiendo de diversos factores.

En cambio, la cirugía mayor implica intervenciones que requieren de la hospitalización del paciente por su mayor riesgo vital. A su vez, se realizan bajo anestesia general y presentan un período posoperatorio con hospitalización, cuya duración dependerá del tipo de intervención, de la recuperación del paciente y de las posibles complicaciones.

Luego, la clasificación según la profundidad o localización de las cirugías implica que pueden ser externas cuando traten la zona de la piel y de los tejidos adyacentes a la misma. Es por ese motivo que, dentro de este tipo de prácticas podemos incluir a las

cirugías plásticas. Pero cuidado, porque esto no implica que sean cirugías menores, puesto que existen cirugías plásticas que se pueden considerar cirugías mayores.

Mientras que, por otro lado, las cirugías internas requieren de la penetración en el organismo para intervenir profundamente en un órgano, aparato o sistema del mismo. Cabe destacar que, en este tipo de cirugías, las cicatrices no son observables desde el exterior y en ocasiones pueden provocar complicaciones.

Continuemos con la siguiente variable que es según el objetivo o el propósito de la cirugía, ya que estas prácticas pueden realizarse por diferentes motivos, desde el diagnóstico a la curación. Entonces, en función de eso, se pueden clasificar en: cirugías curativas, reparadoras, paliativas o estéticas. Describamos cada una de ellas.

Las cirugías curativas son aquellas cuyo objetivo, como bien indica su nombre, es curar al paciente de la afección que presenta. Para ello, se realiza la retirada de una zona, tejidos o partes afectadas. Por ejemplo, podemos mencionar a la apendicectomía. Y, también, se aplica en ciertos tipos de cáncer para lograr por sí misma, o con tratamientos coadyuvantes, la curación.

Por su parte, las cirugías reparadoras tienen como objetivo restablecer la funcionalidad de órganos o tejidos, fortalecer las áreas debilitadas por procesos patológicos y corregir las deformaciones y desviaciones. También se pueden unir tejidos o áreas corporales separadas. Un ejemplo que podemos mencionar es la cirugía de reconstrucción mamaria tras una mastectomía.

También existen las cirugías paliativas. Quizás se pregunten cuál es su función... Lo que buscan es reducir los síntomas de un proceso patológico o enfermedad sin llegar a la curación. El alargamiento y el aumento de la calidad de vida del paciente suelen justificar suficientemente su uso médico. De cualquier manera, en este tipo de cirugías se deben tener en cuenta los riesgos y los beneficios de su realización. Lo que sucede es que, en muchos casos, pueden reducir el dolor del paciente, lo que la justifica suficientemente.

Y, por último, mencionaremos a las cirugías estéticas o cosméticas, cuyo objetivo es mejorar el aspecto de una parte del cuerpo del paciente, y, así, mejorar su calidad de vida, logrando la mejoría psicológica de la persona que se somete a ella. Un ejemplo de este tipo de cirugía puede ser una rinoplastia.

Ahora nos vamos a adentrar en el factor tiempo, que también influye en su clasificación. De esta manera, nos podemos encontrar con cirugías de emergencia, que son aquellas en las que se debe actuar con rapidez y precaución, porque es una situación crítica para el paciente si no se actúa con la suficiente inmediatez.

Pero no debemos confundirlas con la siguiente clasificación que es la de cirugías de urgencia. ¿Saben cuál es la diferencia? Que estas últimas son las que se realizan para evitar el riesgo de la vida del paciente o para recuperar alguna función vital del organismo. Por lo tanto, es una cirugía que se realiza inmediatamente después de la valoración médica de urgencias y no existe un horario para realizarla, sino que depende del estado en el que llega el paciente a ser atendido.

Y, como contracara de estas situaciones, nos encontramos con las cirugías programadas, que se realizan por decisión del paciente o por recomendación médica, pero con tiempo suficiente para sopesar los riesgos y los beneficios. Cabe señalar que estos procedimientos se programan en base a varios criterios, como, por ejemplo, si va a ser ambulatoria o con hospitalización, el posible tiempo de recuperación o la disponibilidad del cirujano o equipo médico. Entonces, podemos decir que la cirugía programada es aquella en la que tanto las gestiones, como el equipo médico y el paciente están preparados con tiempo suficiente, y puede ser ambulatoria u hospitalaria.

Finalmente, una última clasificación a tener en cuenta es de acuerdo con los materiales que se utilizan para llevar a cabo las cirugías. Hablamos, entonces, de casos como el de la cirugía láser o la laparoscopia, por ejemplo.

Por último, vamos a exponer los tipos de heridas que pueden realizarse en los diferentes tipos de cirugías. Es relevante conocer esto sobre todo por las posibilidades de contaminación en el proceso quirúrgico. En primer lugar, hablaremos de heridas limpias cuando no se accede al interior del órgano o del cuerpo que presenta contaminación por microorganismos.

Por otra parte, la herida limpia y contaminada es la que se realiza accediendo al interior del órgano o del cuerpo que presenta contaminación orgánica y se realiza bajo condiciones controladas. Mientras que la herida contaminada se produce cuando la contaminación se da durante la intervención quirúrgica, pero no hay signos de infección. Y, por último, la herida sucia se produce cuando la intervención quirúrgica se realiza en una zona del cuerpo u organismo con infección.

Entonces, podemos decir, como conclusión, que los diferentes tipos de cirugías son clasificados atendiendo a diversos factores que hacen referencia a elementos esenciales del procedimiento quirúrgico como su localización, extensión y su objetivo o propósito.

Internación

Es importante señalar que, al igual que en las cirugías, las internaciones también se pueden clasificar de distintas maneras. Y esto es importante porque, de acuerdo con su clasificación, varían las prestaciones que comprenden y su valorización. Cabe destacar que, como se imaginarán, las internaciones van a estar relacionadas también con algunos tipos de cirugías, ya que corresponderán a los días de recuperación requeridos.

Las internaciones son prestaciones que implican el hospedaje de un paciente en la institución para un tratamiento adecuado. Por eso, identificamos esta atención médica en relación con la condición del paciente al momento de ingreso a la institución sanatorial.

Y, como dijimos, existen diferentes tipos de internaciones. Pueden ser clínicas, quirúrgicas, de baja o de alta complejidad. Veamos cada una... Las internaciones clínicas de baja complejidad son aquellas en las que el paciente se encuentra internado en una habitación simple, mientras que las internaciones clínicas de alta complejidad se refieren a la internación en la que el paciente se encuentra en una Unidad de Terapia Intensiva, en una Unidad de Cuidados Intermedios o en una Unidad Coronaria. Y, por otro lado, las internaciones quirúrgicas son aquellas que, como bien indica su nombre, requieren de una intervención quirúrgica.

Normativas vigentes

Como ya dijimos, a las cirugías e internaciones también les corresponden las normativas vigentes establecidas en el Nomenclador Nacional para su facturación. Entonces, en esta oportunidad, nos vamos a detener en ellas. Comencemos con el caso de las cirugías. La primera norma se refiere al número de ayudantes y dice que “salvo los casos expresamente señalados en su código respectivo, corresponde un ayudante en intervenciones quirúrgicas que no superen los 252,75 galenos” y explica que, “en aquellos cuyo arancel supere los 252,75 galenos, corresponde hasta 2 ayudantes”.

Luego, indica también que, “si por el tipo de operación se requiere, por excepción, más ayudantes de los establecidos, el cirujano deberá acompañar historia clínica, mencionando las causas que justifiquen debidamente esa excepción. En ese caso se facturará por cada ayudante que se agregue, el arancel que corresponda”. Cabe señalar que en el Nomenclador están señalados los ayudantes que corresponden a cada código de cirugía en la columna de honorarios de ayudantes, con las unidades correspondientes. Y, en caso de que haya más de uno, deberá inscribirse como 2X o 3X.

Continuemos con la norma que refiere a los honorarios de los ayudantes. Allí se establece 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. Si en alguna intervención en la que no prevea ayudantía, el cirujano requiere su colaboración por razones debidamente justificadas en la historia clínica, el ayudante percibirá un honorario equivalente al 20% de honorarios del cirujano, con un mínimo de 30 galenos”.

Luego, la siguiente norma es acerca de las intervenciones y/o prácticas realizadas en horarios especiales. Lo que se indica allí es que “toda intervención o práctica realizada entre las 21 y las 7:00 y desde las 18:00 del día sábado a las 24 horas del día domingo, o durante las 24 horas de los días feriados, tendrán un recargo del 20% sobre los aranceles y gastos establecidos, independientemente de la hora de ingreso del paciente, para aquellos 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”.

Vamos a ver ahora el caso de las intervenciones múltiples. Es importante que conozcamos bien la norma que habla de este tipo de práctica para poder realizar su facturación, ya que los porcentajes correspondientes de honorarios y gastos de cada una deben ser respetados sin excepción. Cuando esto no se realiza, son un motivo frecuente de débitos. Veamos, entonces.

Según el Nomenclador, “cuando se realice más de una intervención en un mismo acto quirúrgico, se tendrán en cuenta las siguientes normas:

1. 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 de aranceles. El gasto quirúrgico deberá facturarse de la siguiente manera: el 100% de la mayor y el 30% de las restantes”.

“2. Las operaciones múltiples realizadas a través de una misma incisión o vía de abordaje, dirigidas a tratar patologías o procesos distintos se consideran como operaciones múltiples correspondiendo facturar, de honorarios médicos, el 100% de la mayor y el 50% de las restantes. Quedan excluidas de esta norma de suma de aranceles para honorarios médicos aquellas intervenciones cuyos códigos tengan un valor de 201,75 galenos o inferior a las que se le aplicará la norma número uno de este apartado. El gasto quirúrgico se facturará de la siguiente forma, el 100% de la mayor y el 30% de las restantes”.

Luego, el apartado 3 indica que “en el caso de 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, se facturará por honorarios médicos el 100% del valor arancelario de la mayor y el 75% de las restantes. El gasto quirúrgico se factura el 100% de la mayor y el 50% de las restantes”.

“4. Para el caso de tratarse de suturas por heridas múltiples, se facturará de honorarios médicos el 100% del arancel de la mayor, el 50% el valor que corresponda a las suturas subsiguientes. El gasto quirúrgico se facturará el 100% de la mayor y el 50% de las restantes”.

Y, por último, “5. para el caso de los procedimientos ortopédicos o traumatológicos, que no se encuentran en los incisos 1, 2 o 3 del presente apartado, como ser el caso de las fracturas múltiples no quirúrgicas o luxaciones, entorsis, etcétera, se facturará el 100% de los honorarios de la mayor y el 50% del honorario de las siguientes. Corresponderá a facturar un solo código cuando se utilice un solo procedimiento de inmovilización”. Mientras que, “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. Se abonará como gasto quirúrgico el 100% de la mayor y el 30% de las restantes”.

Hasta aquí enunciamos las normativas que aplica el Nomenclador Nacional para la facturación de las cirugías, pero hagamos una síntesis de estas normas para poder entenderlas mejor y tenerlas de referencia. De cualquier manera, en el material complementario encontrarán un cuadro que lo explicita más gráficamente. En primer lugar, si las cirugías son por misma vía y misma patología, se deben calcular el 100% de

honorarios y gastos de la cirugía de mayor valor y no se considerarán honorarios en la cirugía de menor valor, pero sí un 30% de gastos.

Por otra parte, si son por la misma vía, pero con distinta patología, también se calcula el 100% de honorarios y gastos en la cirugía de mayor valor, pero para la cirugía de menor valor se toma el 50% de honorarios y el 30% de gastos. Y, si son por distinta vía y por distinta patología también se considera el 100% de honorarios y gastos para la cirugía de mayor valor, mientras que para la de menor valor se calcula 75% de honorarios y 50% de gastos.

Entonces, hasta acá aprendimos cuáles son los porcentajes que deberemos facturar cuando tengamos cirugías múltiples en un mismo acto quirúrgico, según la vía de abordaje y la patología. Pero, ¿saben qué es una vía de abordaje quirúrgica? Veamos. Se entiende por vía de abordaje o de acceso quirúrgico, a la disección específica por medio de la cual se expone un órgano o una estructura en la cirugía. Por esto, habrá que tener en cuenta las vías de acceso por las cuales se realizan las cirugías y las patologías que les corresponden.

Por ejemplo, podemos tener una cirugía de mano y de antebrazo que se realizan el mismo día, en un mismo acto quirúrgico, por rotura de tendón en la mano y fractura de antebrazo a causa de un politraumatismo. Entonces, ambas cirugías serán con diferentes vías de acceso, porque una es la mano y la otra es el antebrazo. Y, además, por distintas patologías, porque una es una rotura de tendón y la otra una fractura.

Hasta ahora vimos las normas principales de facturación que establece el Nomenclador para las cirugías, y los porcentajes de honorarios y gastos que corresponden en el caso de que se trate de cirugías múltiples. Pero, además, tenemos que agregar otra norma importante que es la que se refiere al código 12.15 de Operaciones en tendones, vainas tendinosas y fascias.

En primer lugar, esta norma refiere a los tendones flexores y honorarios médicos, y dice que “se facturará el código 12.15.02 o 12.15.03 por dedo de la mano, sea tendón superficial y/o profundo el o los lesionados. Se facturará el 100% del honorario médico de uno y el 25% de los restantes de una misma mano o muñeca. El gasto quirúrgico se facturará el 100% de la mayor y el 30% de las restantes”.

Ahora bien, en cuanto a los tendones extensores, establece que “se considerará el código 12.15.04 o 12.15.05 por tendón. Se facturará el 100% de uno y el 25% de los restantes de la

misma mano o muñeca. El gasto quirúrgico se facturará el 100% de la mayor y el 15% de las restantes. Las lesiones múltiples a distintos niveles de un mismo tendón se facturarán el 100% del primer procedimiento y el 25% de los subsiguientes. El gasto quirúrgico. Se facturará el 100% del primer procedimiento y el 30% de los subsiguientes”.

Más adelante, refiere a los tendones extensores y flexores de una misma mano, e indica que “se facturarán el 100% del honorario correspondiente, según lo establecido en los incisos A y B precedentes, a las cara palmar y dorsal respectivamente. El gasto quirúrgico se facturará el 100% de la mayoría, el 15% de las restantes”. Y, para los tendones del pie, establece que “para los honorarios médicos y gastos quirúrgicos se seguirá el mismo criterio que para los incisos anteriores”.

Por último, en lo que tiene que ver con traumatismos de la mano o del pie, establece que “en los tratamientos de la mano o del pie, en los cuales su tratamiento requiera 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. El gasto quirúrgico se facturará el 100% de la mayor y el 15% de las restantes”.

Deberemos tener todas estas normas presentes si tenemos que facturar operaciones en tendones de manos y pies. Pero, también, tenemos que conocer algunos términos referentes a las cirugías. ¿Recuerdan que ya habíamos definido lo que es una vía de abordaje en una operación? Ahora agregaremos el término de acto quirúrgico, que es cuando se realiza una o varias cirugías y/o procedimientos, y el concepto de vía quirúrgica que refiere a la incisión o abertura que se realiza para llevar a cabo una cirugía y/o procedimiento.

Luego, una cirugía o procedimiento cruento es aquella en la que es necesario abrir tejidos o músculos para realizar la cirugía, y hay un derramamiento de sangre, como en el caso de una cesárea o apendicectomía. En cambio, una cirugía o procedimiento incruento es aquella en la que no es necesario abrir tejidos o músculos y no hay derramamiento de sangre. Esto sucede, por ejemplo, en una reducción cerrada de fractura o en una endoscopia.

Por otro lado, una cirugía única es cuando en un acto quirúrgico solo se realiza una sola cirugía o procedimiento, a diferencia de las cirugías múltiples, que ya vimos, que implican que en un acto quirúrgico se realicen dos o más cirugías y/o procedimientos. Y, una

cirugía bilateral es aquella que se realiza en órganos pares o anatómicos, como los ojos, los brazos, los riñones, etc.

Cabe destacar que, para que sea bilateral, debe hacerse en los dos órganos, sino sería una cirugía unilateral o única. Esto debe ser tenido en cuenta sobre todo en las operaciones oftalmológicas, ya que los códigos establecidos en el Nomenclador se refieren a un solo ojo. Es decir, son unilaterales, por lo que habrá que facturar el código correspondiente x2 si se trata de una cirugía bilateral.

Estas son las normas y variantes que deben ser tenidas en cuenta en el momento de facturar cirugías. Pero, además, cada cirugía tiene sus particularidades en lo que se refiere a la presentación de la documentación necesaria para poder hacer el proceso de facturación correctamente, sin errores, porcentajes mal aplicados o faltantes que puedan significar un débito. Esto lo veremos con más detalle luego de explicar todo lo referente a internaciones, ya que allí se detalla lo que llamamos historia clínica.

Historia clínica

Anteriormente dijimos que las internaciones son las prestaciones que generalmente acompañan a las prácticas quirúrgicas, que pueden requerir un período de recuperación, y que también corresponden a necesidades de atención especializada permanente de un paciente que deba ser internado. Pero un dato importante a tomar en consideración es que todo el período en que el paciente permanezca internado, se deberá detallar en su historia clínica.

Seguramente hayan escuchado hablar reiteradas veces de este término, pero definamos qué es exactamente... De acuerdo con el abogado Gustavo Caramelo, "la historia clínica es el documento o instrumento escrito en el que consta, en forma metódica, ordenada y detallada, la narración de todos los sucesos acaecidos y comprobaciones realizadas por el médico, o el equipo médico, durante la asistencia de un paciente en un establecimiento público o privado, desde su ingreso hasta el momento de su egreso por alta o por muerte".

El paciente es siempre el titular de la información contenida en una historia clínica y, por ello, tiene derecho a que se le suministre una copia autenticada por la autoridad competente o un informe de epicrisis. ¿Saben qué es una epicrisis? Es un documento

que el médico confecciona en el momento del alta, donde resume los aspectos más relevantes de la enfermedad que cursó el paciente. Muchas veces, esta información se utiliza a modo de cierre de una internación u hospitalización, aunque también sirve para iniciar la etapa de seguimiento.

Entonces, podemos decir que se trata de la parte final o el cierre de una historia clínica. Y, entre los datos que debe contener, se encuentran el diagnóstico principal, los antecedentes del paciente, los procedimientos llevados a cabo por los médicos y, si las hubo, las complicaciones que se registraron. También suele mencionar los pasos a seguir, como puede ser la fecha de los próximos controles, los medicamentos a tomar, la dieta que se tiene que respetar y los signos de alerta a los cuales el paciente debe estar atento.

Volviendo a la historia clínica, los datos típicos que debe contener son la base de la epicrisis, y esto debe notarse de forma clara al comparar ambas fuentes. Además, es importante destacar que se trata de una valoración objetiva, por lo que no es posible realizar modificaciones o cambios una vez plasmada en papel o digitalmente.

Asimismo, debemos señalar que la debe llevar a cabo el médico que ha tratado directamente al paciente. Y, entre los datos generales que se deben incluir en el documento, se encuentran, en primer lugar, los de la institución de salud en la que ha tenido lugar el tratamiento. Luego, se detallará la información personal del paciente, como su nombre completo, edad, sexo, documento de identidad y domicilio particular, obra social, prepaga o aseguradora a la que pertenece y su número de afiliado. Por último, el médico debe indicar la fecha del alta.

Por otro lado, la historia clínica debe contener:

- La fecha correspondiente a cada uno de los asientos en ella efectuados, en orden cronológico y la identificación de cada uno de los profesionales que los realizan, con indicación de su especialidad.
- Los datos identificatorios del paciente y de integrantes de su grupo familiar o representantes legales
- Los antecedentes médicos y sanitarios relevantes del paciente, que pueden ser genéticos, fisiológicos o patológicos.
- El registro claro y preciso de cada acto realizado por los profesionales y auxiliares intervinientes, sea que se trate de prescripción y suministro de

medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo. Y, en caso de su certeza, las constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

- Por último, también deben constar los instrumentos que den cuenta del consentimiento informado del paciente para prácticas que lo requieren, o su revocación, o de la negativa a recibir determinado tratamiento.

Ahora bien, dado que debe contener un registro unificado de la atención médica del paciente por las distintas áreas de un centro asistencial, de acuerdo con Gustavo Caramelo, lo habitual es que la historia clínica presente las siguientes secciones:

- 1) Información de identificación y datos personales del paciente, incluyendo los vínculos conocidos
- 2) 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, o motivo de consulta
- 3) Hoja de guardia, en la que se detalla la información anterior, pero en forma específica para los supuestos de ingreso por esa vía
- 4) Antecedentes médicos, en la que se registran datos relevantes sobre enfermedades o intervenciones quirúrgicas existentes en la biografía del paciente, antecedentes familiares, etcétera
- 5) Registros de evolución y tratamiento.
- 6) Interconsultas
- 7) Hoja de enfermería, que debe guardar lógica correspondencia con las indicaciones terapéuticas establecidas en los asientos de evolución por el médico tratante. Cabe señalar que en estas hojas estarán descriptos todos los medicamentos suministrados durante el período de internación, y este registro nos servirá como documentación respaldatoria para toda la medicación facturada, además de los troqueles.

8) Parte quirúrgico, con el detalle de la evolución del paciente durante la intervención, hasta su estabilización y agregación del consentimiento informado. Esto es fundamental porque el parte quirúrgico es esencial para la facturación de las cirugías realizadas.

9) Hoja de epicrisis, confeccionada por el médico tratante

10) y ficha epidemiológica.

Entonces, con la historia clínica conformada de esta forma, y manteniendo este orden, podremos realizar la facturación de:

- Cada día de internación en el sector correspondiente, ya sea piso clínico o terapia intensiva
- Las interconsultas con especialistas, o cualquier sesión de rehabilitación realizada
- Todos los estudios que se hayan efectuado, siempre que estén acompañados con su respectivo informe o imágenes
- Las cirugías, con su respectivo parte quirúrgico, donde deberán constar los datos del cirujano interviniente y los ayudantes. En el caso de los anestelistas, como ya vimos, sus honorarios serán facturados a través de la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires.

Por su parte, con las hojas de enfermería y las indicaciones médicas se podrán facturar los medicamentos. Y, si se tratase de medicación de alto costo, también tendrán que estar adjuntos los troqueles que les corresponden. A su vez, la facturación de los laboratorios también requerirá de los informes. Y, en el caso de realizarse transfusiones, su facturación deberá acompañarse con los datos de los sachet de plasma utilizados.

Por último, si se utilizó material de implante u ortopédico, deberán adjuntarse los certificados de implante, con el detalle del material utilizado y los stickers identificatorios. Y, en el caso del material ortopédico, deberá figurar un remito con el detalle de las piezas entregadas, con la firma del paciente o familiar a cargo.

Codificación

Como aprendimos hasta ahora, las internaciones deben estar claramente registradas en la historia clínica. Y lo mismo ocurre con las cirugías, que deben ser descriptas en el parte

quirúrgico, documento que también formará parte de la historia clínica. Entonces, a partir de este registro de internación y tratamiento, podremos facturar todas y cada una de las prácticas que se llevaron a cabo. Pero, para poder llevar adelante la facturación correctamente, previamente debemos revisar que cada procedimiento tenga los datos correctamente escritos, sin errores ni faltantes, además de tener las firmas y sellos de los profesionales intervinientes.

Una vez que revisamos toda la documentación, procederemos a la codificación. Veamos, entonces, algunos detalles a tener en cuenta. En primer lugar, para las prestaciones de internación, debemos ir al capítulo 43 de Prestaciones sanatorias y de enfermería en el Nomenclador Nacional. Y, allí, el subcapítulo 43.01 se refiere a las internaciones específicamente.

Entonces, comencemos por el código 43.01.01 que corresponde a una cama en habitación de dos con baño privado. Este apartado incluye el uso de la cama, ropa limpia, higienización del paciente, limpieza del ambiente, alimentación y los medios necesarios para brindar un ambiente confortable al paciente. Luego, con respecto al personal, incluye la asistencia del médico de guardia interno, la atención de las enfermeras y las mucamas de piso. Pero excluye las prácticas especializadas. Esto quiere decir que cualquier interconsulta con un médico especialista, o cualquier estudio de baja o alta complejidad que requiera especialización, será facturado aparte de este código de internación.

Ahora bien, es importante, en el caso de las internaciones, saber de qué manera debemos calcular los días de estadía. Para ello, el Nomenclador Nacional establece que “con respecto a la facturación, el día de ingreso se factura con arancel completo en la facturación, independientemente de la hora en que se haya producido el ingreso. 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 11:00 horas, o cuando el alta a cargo de la obra social que deberá ser informada con la debida antelación, se efectivice después de las 11:00. La obra social tendrá derecho a solicitar protocolo sanatorial del período de internación”.

Por lo tanto, esta norma es una de las principales a ser tenida en cuenta en el momento de facturar un período de internación, ya que explica que se facturará el día de ingreso y los días en que el paciente haya permanecido internado en el sector correspondiente,

pero no así el día de egreso o de alta. Debemos recordar esto siempre, porque es un error común de facturación que se traslada a un débito.

Sin embargo, no todos los casos son iguales. Veamos por qué... Dijimos que el día de egreso no se factura, pero, como dice en la norma, sí podrá ser facturado si el paciente falleciese luego de las 11 horas, o si la obra social requiriese el alta para realizar un traslado, después de las 11 horas también, y toda vez que se haya informado a la institución con la debida antelación. Además, podrá ser facturado si el alta sucediese después de las 14 horas, lo que no es tan habitual, ya que las recorridas médicas se realizan por la mañana y las altas se dan antes del mediodía.

Veamos los siguientes códigos correspondientes a las internaciones:

- El 43.01.02 es de una cama en habitación de dos con baño intermedio.
- Luego, el 43.01.03 corresponde a una cama en habitación de tres con baño incluido.
- Mientras que el 43.01.04 es de una cama en habitación de más de tres con baño incluido.
- Y, por último, el código 43.01.06 corresponde a cama para acompañante en habitación de dos camas con baño privado. En este código, la obligación de cobertura se da cuando se trate de la internación de menores de 15 años, a fin de asegurar una adecuada contención por parte de un familiar.

También es importante que tengamos en cuenta que siempre que se facture el código 43.01.01, que es internación en piso, se le deberá sumar el código 43.10.01, que es el uso de material descartable, como jeringas, agujas y guantes, en internación general por día de internación.

Finalmente, debemos señalar, el código 40.01.01 que es internación en terapia intensiva y el arancel global es por cada 24 horas de atención. Siempre que se facture este código, se deberá acompañar, también, por el código. 43.10.02 que es el uso de materiales descartables en terapia intensiva y cuidados especiales, por día de internación en la unidad. Es importante recordar que estos códigos siempre van sumados a los de internación para cubrir el costo de material descartable.

Armado de la historia clínica

Es momento de detenernos en cómo debe estar armada una historia clínica para poder facturarla correctamente. Recordemos que siempre debemos revisar que no falte ningún dato y que no haya errores para evitar un débito innecesario. Por eso, es importante que sepamos de qué manera está compuesta...

En primer lugar, nos vamos a encontrar con:

- La carátula de internación, que debe contener todos los datos de la institución, así como los del paciente, que incluyen el número de documento, la obra social, prepaga o aseguradora, el número de afiliado, la fecha y hora de ingreso.
- Luego debe figurar la autorización de ingreso
- Y el informe de urgencia o guardia si el paciente hubiera ingresado por guardia. En este apartado, deberá constar toda la asistencia recibida.

Más adelante, la historia clínica debe contener:

- Los controles, es decir, todo lo que se le fue realizando al paciente.
- La hoja de evolución, en la que deberá constar día a día la evolución del paciente con descripciones y diagnósticos.
- Las órdenes médicas porque, si se pidieran estudios o prácticas diagnósticas, deberán estar allí con sus especificaciones.
- Y, junto con ellas, los respectivos informes, ya que cada práctica realizada deberá tener el informe respectivo, con la firma y sello del médico efector.
- Y, además, deberá constar la hoja de interconsultas, en la que se detallarán las diferentes interconsultas pedidas, si así lo requiere.

Llegando al final, nos vamos a encontrar con:

- El consentimiento informado, que será firmado por el paciente, o por un familiar a cargo, a quien se le informa y acepta todo el procedimiento que requiera la internación para ese paciente.
- El informe de quirófano, parte quirúrgico o registro de parto ya que, en todos los casos, todo lo realizado por el equipo médico deberá constar allí, además de los datos de los profesionales intervinientes y sus respectivas firmas.

- Y el informe de anatomía patológica. Si se hubiera requerido, también formará parte de la documentación de la historia clínica con todo el informe correspondiente.

Por último, encontraremos la evolución y planificación de cuidados de enfermería. Aquí deberán estar detallados todos los cuidados necesarios por la asistencia de enfermería, con horarios de medicación y los datos de los enfermeros actuantes. Recordemos que los medicamentos de alto costo deberán tener su troquel adjunto en las hojas de enfermería.

Y, finalmente, debe figurar el informe clínico de alta o epicrisis, que debe estar firmado por el médico que lo indica, con un resumen de toda la evolución del paciente y el diagnóstico correspondiente.

Ahora bien, se preguntarán por qué hacemos tanto hincapié en el correcto armado de la historia clínica... Lo que sucede es que la facturación de las internaciones resulta ser el porcentaje más importante de ingresos para el prestador, por lo tanto, es aquí donde se deberá prestar la mayor atención en cuanto a la cumplimentación correcta de toda la documentación.

Sin embargo, esta revisión no dependerá solamente de nosotros, porque la historia clínica de una internación, o de una cirugía, deberá, además, ser revisada antes de su facturación, por la auditoría médica. Es decir, por el médico auditor que forma parte del equipo de facturación.

Entonces, en el control de la historia clínica por parte del médico auditor, éste no solo debe evaluar el contenido en cuanto a diagnóstico de ingreso, seguimiento, estudios realizados, o epicrisis, sino que también cumplimentará tareas en parte administrativas, como determinar vías de abordaje en casos de cirugía, hacer las aclaraciones necesarias en cuanto a la ausencia de firmas en la evolución o en los resultados de estudios. Además, en caso de que faltara en la hoja de evolución alguna fecha, deberá consignarlo para su realización, así como la falta de hojas de enfermería o la ausencia de indicaciones de medicación.

De esta manera, una vez cumplida la auditoría médica, la historia clínica pasa a manos del facturista para completar los ítems faltantes indicados por el médico auditor y controlar los códigos colocados por él. Quizás se pregunten por qué decimos esto... Se debe a que el médico auditor podrá asignar códigos del Nomenclador a determinadas

cirugías, cuando sean complejas o confusas. Para esto, el auditor deberá ser siempre un profesional capacitado en facturación y auditoría administrativa.

Y, además, el facturista valorizará dicha codificación según el contrato vigente, si fuere necesario, ya que generalmente los valores de prestaciones están previamente cargados en los sistemas de gestión utilizados para facturar en las distintas instituciones. Y, a su vez, deberá cumplimentar las normas operativas, como el fotocopiado o escaneo de la historia clínica, ordenes de internación o prórroga con los días correctamente detallados, firma del director del establecimiento si fuese necesaria, y resumen individual por internados.

Débitos

Algo importante que debemos tener en cuenta, es que cada vez que presentamos una facturación a la prestataria, ya sea una obra social, prepaga o aseguradora, y en el caso de que seamos prestadores, la factura podrá sufrir algún débito por errores de codificación, prestaciones mal facturadas o por falta de documentación o de datos.

Cabe señalar que, si se siguieron correctamente los procedimientos de auditoría previa a la facturación, en conjunto con el auditor médico, la posibilidad de que se genere un débito será muy baja. Pero, de todas formas, a veces, en instituciones que manejan un volumen muy grande de facturación de alta complejidad, los débitos pueden generarse también. Por eso, nuestra tarea como facturistas también incluye el análisis de los débitos recibidos, para determinar si pueden ser refacturados para recuperar el gasto, o en caso de que sean débitos correctamente fundamentados, se deberá hacer una nota de crédito por el valor debitado.

Entonces, lo que se deberá hacer es un informe mensual detallado del análisis de los débitos realizados por las distintas obras sociales. En este informe, deberá constar:

- La obra social
- El importe debitado
- El porcentaje de débitos médicos y administrativos
- El motivo del débito médico, y si es refacturable o no.
- El motivo del débito administrativo y, también, si es o no refacturable.
- El monto refacturado por débitos que no corresponden

- Así como el monto de débitos aceptados
- Y los débitos por los cuales se solicitará auditoría compartida.

Y, en base a todo esto, se deberá realizar un plan de correcciones administrativas y médicas internas para reducir los débitos irrecuperables.

Ahora bien, dijimos que los débitos recibidos deben ser analizados para determinar si pueden ser refacturados, pero se preguntarán cómo podemos hacer para salvarlos en esos casos... Veamos. Por ejemplo, si se trata de un débito médico lo que debemos hacer es buscar la opinión del médico auditor para saber si se pueden recuperar. En cambio, si los motivos son administrativos, como puede ser la falta de documentación, de datos en algunas de las prácticas o en la historia clínica, tendremos que recuperar los datos o documentación faltante y realizar la refacturación correspondiente, adjuntando esta vez todo aquello que faltó y fue motivo de débito.

Otra posibilidad es que hayamos tenido el débito por diferencia de valores. ¿Saben qué debemos hacer en esos casos? Tendremos que corroborar que los valores aplicados sobre las prestaciones efectuadas correspondan efectivamente, o si en realidad se trató de un error de facturación. Luego, en el caso de que los valores sean correctos, adjuntaremos la justificación por la cual se facturó con esos precios. Para ello, podemos utilizar una lista de precios convenidos con su fecha respectiva. Pero, si se trata de una diferencia bien aplicada, tendremos que hacer una nota de crédito y se aceptará el débito.

Por lo tanto, como podrán ver, es importante que se realice un buen análisis de débitos para poder recuperar parte del gasto. Y, de la misma manera, también es fundamental realizar una estadística con los motivos de débito para poder realizar una corrección en el trabajo del equipo de facturación, y así poder mejorar la calidad del trabajo realizado por los facturistas.

Como ya vimos, la tarea del facturista comprende diferentes pasos y aspectos que se basan en el análisis de la documentación y de las historias clínicas, para poder determinar cada una de las prácticas que serán facturadas, sin omitir ninguna prestación, medicación o insumo utilizado. Y, además, le asignará a cada una el código correspondiente del Nomenclador Nacional, que es lo que las identificará con precisión y le asignará el valor de vigencia a cada práctica, sin generar dudas que puedan reflejarse en un débito.

Además, es importante tener en cuenta que, a la documentación correspondiente, se le deberá adjuntar siempre el detalle de facturación, ya sea en forma física o en forma digitalizada. En algunos casos, las prestatarias tienen disponible una página web, en la que los facturistas de los diferentes prestadores pueden ingresar con una clave asignada y allí cargan las prestaciones facturadas, con su respectivo código y valor, adjuntando la digitalización de cada documento, para que pueda ser analizado por los equipos de liquidación, previamente a su pago. De esta forma, el proceso de facturación se hace más dinámico, ya que en cuanto se termina de cargar la factura con sus datos y detalle en la página, inmediatamente estará disponible y esto podrá agilizar los tiempos de pago, evitando demoras.

Ejemplos

Tomando en consideración todo lo aprendido hasta ahora sobre internaciones y cirugías, y aplicando el uso del Nomenclador Nacional, ¿qué les parece si hacemos una serie de ejercicios para ver cómo codificarlos? Para comenzar, supongamos que tenemos un paciente de la obra social UTEDYC que ingresa a internación clínica el día 03 de julio y es dado de alta el 14 de julio. ¿Qué creen que debemos hacer primero? Tenemos que ordenar la historia clínica para revisar que no falte ningún documento o dato del paciente. Y luego, debemos ver los días en los que el paciente estuvo internado. Para eso, contamos con la fecha de ingreso, que fue el día 03 de julio, y el alta definitiva que, según la epicrisis, fue el 14 de julio.

Entonces, teniendo en cuenta toda esa información, tendremos que ir al nomenclador en su capítulo 43 de prestaciones sanatoriales y de enfermería, subcapítulo 43.01 internaciones. En este caso, utilizaremos el código 43.01.01 correspondiente a cama en habitación de dos con baño privado, ya que se trata de una internación simple en piso clínico.

Después, con respecto a los días de internación, debemos facturar el código 43.01.01 x 11, porque consideraremos los días desde el 3 al 13 de julio, excluyendo el día 14 que es el día de alta. Y luego, a este código, le sumaremos el 43.10.01 x 11 que recordemos que corresponde al uso de descartables por cada día de internación.

Veamos otro ejemplo. Supongamos que tenemos al paciente Jorge Basualdo, de OSPIM. Él ingresó a UTI, o Unidad de Terapia Intensiva, el 08 de septiembre y falleció el 12 de

septiembre a las 13 horas. Entonces, en este caso, una vez que hayamos corroborado los datos y la documentación correspondiente, iremos al capítulo 40 del Nomenclador que es de Asistencia en consultorio, domicilio e internación. Allí encontraremos el código 40.01.01 de internación en Terapia Intensiva y debemos facturarlos x 5, considerando desde el 8 hasta el 12 de septiembre.

Pero seguramente se estén preguntando qué diferencia a este caso del anterior... Bueno, lo que sucede es que, teniendo en cuenta la norma del nomenclador que menciona que solo podrá facturarse el día del alta por fallecimiento luego de las 11 horas, es que vamos a incluir el día 12 de septiembre también, por fallecimiento del paciente a las 13 horas. Y, luego, le sumaremos el código 43.10.02 x 5 por uso de material descartable en Terapia Intensiva.

Veamos otra posibilidad. Tenemos a la paciente Analía Rey, afiliada de OSECAC. Ella ingresó el 20 de septiembre a piso clínico. Ese mismo día se le realizaron dos suturas. Luego, el día 21 de septiembre tuvo una interconsulta con un cirujano traumatólogo, y se le dio el alta el día 22 de septiembre.

Entonces, usaremos el código 43.01.01 de cama en habitación de dos con baño privado x 2, es decir, considerando del 20 al 21 de septiembre, porque recordemos que el día de alta, 22 de septiembre en este caso, no se factura salvo las excepciones contempladas en el nomenclador. Y, a ese código, le añadiremos el 43.10.01 x 2 por el material descartable utilizado en internación.

Pero, se preguntarán qué sucede con las otras prácticas realizadas... Veamos. El 20 de septiembre aplicaremos el código 13.01.10 de suturas de heridas x 2. Los porcentajes que le corresponden a ambas suturas son los siguientes:

- Honorarios al 100% y gastos al 100% para la primera sutura
- Y honorarios al 50% y gastos al 50% para la segunda.

Para establecer eso, estamos teniendo en cuenta la norma del Nomenclador que dice que “para el caso de tratarse de suturas por heridas múltiples, se facturará de honorarios médicos el 100% del arancel de la mayor y el 50% del valor que corresponda a las suturas subsiguientes. El gasto quirúrgico se facturará el 100% de la mayor y el 50% de las restantes”.

Y, por último, el día 21 de septiembre usaremos el código 42.03.03 de interconsulta especializada en internación por la interconsulta con el cirujano traumatólogo.

Pasemos a otra situación. Supongamos que tenemos al paciente Luis Salto, afiliado de OSCHOCA, que ingresó a piso clínico el 01 de febrero, se le realizó una ecografía testicular y se lo operó de hidrocele. Y, el 02 de febrero recibió el alta.

En este caso usaremos el código 43.01.01 x 1, por el día de internación en piso clínico el 01 de febrero, y le sumaremos el código 43.10.01 x 1, por el uso de material descartable en internación. Recordemos que el día de alta, 2 de febrero en este caso, no se facturará.

Luego, el 1 de febrero también tendremos que facturar la ecografía testicular. Para ello, iremos al capítulo 18 del Nomenclador, de Ecografía-Ecodoppler, y usaremos el código 18.01.11 correspondiente a ecografía de testículos.

Y, por último, la cirugía de hidrocele la buscaremos en el capítulo 10 del Nomenclador, de operaciones en el aparato urinario y genital masculino. Allí encontraremos el subcapítulo 10.05 de operaciones en testículo, cordón espermático y escroto, y usaremos el código 10.05.06 correspondiente a tratamiento quirúrgico hidrocele, varicocele torsión.

Veamos otro ejemplo: tenemos al paciente Alejandro Arce, perteneciente a Medicus, de 10 años. Ingresó a piso el 07 de julio y se solicitó que permanezca con un acompañante. Se le realizó un electrocardiograma, una RX de cráneo frente y perfil, una tomografía computarizada de tórax y una de cráneo, un hemograma, glucemia, uremia, creatinina y colesterol. Permanece internado hasta el 21 de julio, fecha en la que se le da el alta a las 9 horas.

En este caso facturaremos el código 43.01.01 x 14, por los días de internación en piso desde el 7 al 20 de julio. Recordemos que el 21 de julio, por ser día de alta, no será considerado. A este código, le añadiremos el 43.10.01 x 14 por el material descartable en internación. Y, también, el 43.01.06 x 14 por cama para acompañante, de acuerdo al requerimiento de un acompañante por ser menor de edad.

Luego, el 07 de julio utilizaremos:

- El código 17.01.01 por electrocardiograma
- El 34.02.01 por RX de cráneo frente
- El 34.02.02 por RX de cráneo perfil

- El código 34.10.10 por la TAC de tórax
- El 34.10.01 por la TAC de cráneo
- El código 475 correspondiente a hemograma
- El 412 para glucemia
- El código 902 de uremia
- El 192 de creatinina
- El 174 de colesterol
- Y recuerden agregar los códigos 677 por material descartable y 998 x 5, por recepción y toma de muestra.

De esta forma quedaría codificada la internación completa según los ítems mencionados.

Veamos un ejemplo más de internación con dos cirugías múltiples. En este caso, tenemos al paciente Hugo Contreras, afiliado de OSDE, que se internó el 08 de enero y se le realizó cirugía de Hallux Valgus en pie izquierdo, y por dedo martillo en el segundo dedo del pie izquierdo. Permaneció internado en piso hasta el 13 de enero, fecha en la que se le dio el alta a las 10 horas.

Entonces, en este caso usaremos el código 43.01.01 x 5 por la internación en piso clínico del 08 al 12 de enero y se le agregará el código 43.10.01 x 5 por el material descartable en internación clínica.

Luego, por las cirugías se le aplicarán los códigos del capítulo 12 correspondiente a operaciones en el sistema musculo esquelético. Allí encontraremos el subcapítulo 12.17 de tratamientos quirúrgicos por procedimientos combinados, y usaremos el código 12.17.26 para tratamiento quirúrgico completo de Hallux Valgus + 12.17.27 de tratamiento quirúrgico del dedo en garra o martillo. En estas cirugías múltiples aplicaremos los porcentajes de la siguiente manera:

- Honorarios al 100% en la primera cirugía y al 75% en la segunda
- Y gastos al 100% en la primera, y al 50% en la segunda, de acuerdo a la norma del Nomenclador que las clasifica así por ser distintas vías de abordaje y distinta patología en un mismo acto quirúrgico.

Entonces, ésta es la forma en la que se deberán asignar los códigos de las prestaciones de internación y cirugías, teniendo en cuenta los porcentajes establecidos por las normas del nomenclador para la facturación de honorarios y gastos, y los días de permanencia

hasta la fecha del alta. De esta manera, una vez que se realizó la facturación de todas las prestaciones que figuran en la historia clínica de internación, se adjuntará la documentación en el orden correcto, y, junto con la factura y el detalle, se completará el proceso para proceder a hacer la entrega de la facturación.