

Material Imprimible

Liquidación de prestaciones médicas y ART

Módulo 4

**Contenidos:**

- Análisis de las refacturaciones
- Participación del liquidador
- Auditoría
- Liquidación de internaciones

## Débitos

Anteriormente vimos, con diferentes ejemplos, cómo se genera un débito sobre una factura. Además, habíamos dicho que se podían realizar por diferentes motivos, que es necesario que haya un fundamento fehaciente para realizarlos, y que estos débitos podían ser salvables o no por parte del prestador. En eso nos vamos a detener ahora, porque podemos decir que, cuando se genera un débito, el proceso empieza nuevamente, para que el facturista pueda analizar cuál fue el motivo del débito y saber si podrá ser refacturado o no. Veamos a qué nos referimos con esto.

En cuanto nosotros generamos el débito, y se paga la factura por un importe menor al presentado, el prestador recibirá el detalle con el informe del débito, acompañado de la documentación para poder analizarla, en caso de que sea necesario. Tengan en cuenta que, incluso si la factura se presenta en forma digitalizada, tendremos que enviar los archivos de documentación para su análisis.

Entonces, en el caso de que el débito se haya realizado por falta de documentación, el facturista de la prestadora podrá refacturar y adjuntar la documentación faltante si la tuviese disponible. Y si no la tiene no podrá proceder a la refacturación. Otra posibilidad, como vimos, es que el débito se haya producido por un error en los códigos, por prestaciones mal facturadas o por diferencia de valores. En esos casos, el facturista analizará si es posible o no refacturar.

Como podrán ver, todo esto se podrá realizar en el caso de que los débitos sean salvables. En cambio, si no lo fueran, el prestador deberá aceptar el débito y emitir una nota de crédito, por el importe del débito, a nuestro favor.

Por eso, es que es importante considerar que aquellas prestaciones que sean factibles de ser subsanadas podrán ser refacturadas. Y, como ya hemos mencionado, el plazo de presentación de la refacturación no podrá superar los 45 días desde el momento de la recepción del débito. De todas formas, estos plazos podrán variar según el convenio establecido con cada prestador. Ahora bien, si en dicho período la institución no se pronuncia en contrario, los débitos se tomarán como aceptados.

Luego, en cuanto el prestador haya refacturado los débitos que consideró salvables, deberá enviar la correspondiente factura, junto con la planilla o informe de débito enviada oportunamente por nosotros, y también tendrá que adjuntar la justificación por escrito y detallada del reclamo del débito, y la documentación respaldatoria, en caso de corresponder.

### Análisis de refacturaciones

Para el análisis de las refacturaciones tendremos el mismo criterio y seguiremos los mismos procedimientos que cuando recibimos una factura normal. Entonces, lo primero será revisar que el comprobante esté emitido correctamente. Tengan en cuenta que, en este caso, deberá tener adjunto un detalle de lo que se está refacturando, la referencia de la factura original sobre la cual se hizo el débito, lo que nos permitirá remitirnos al origen del débito que hicimos, y cuál fue nuestro fundamento. A su vez, deberán adjuntar la documentación requerida para respaldar la refacturación.

Cabe destacar que, para liquidar las refacturaciones, en primer lugar, será necesario analizar si es posible aceptarla. Esto significa que veremos si lo enviado tiene el fundamento adecuado para poder ser liquidado como una prestación, toda vez que no presente ningún inconveniente, error o faltante.

Para continuar con la explicación del análisis de las refacturaciones, veamos qué ocurre con una refacturación que se hizo por un débito que emitimos por diferencia de valores. En este caso el prestador deberá justificar que el valor facturado inicialmente corresponde efectivamente. Si la diferencia de precio se produjo por un error del facturista, no corresponderá refacturarlo, y la única posibilidad que tiene el prestador de justificarlo es que en la fecha en que se realizó la prestación corresponda a un cambio o ajuste de valores. Pero si luego de analizarlo nuevamente nos encontramos con que las fechas en que se ajustaron valores no son coincidentes, entonces repetiremos el débito mencionando la razón del nuevo débito.

Si la refacturación correspondiera, aunque sería poco probable, ya que inicialmente el sistema informó de la diferencia de precios, o nosotros mismos hicimos el control de valores según las fechas de prestación, se aceptará el débito y se mencionará la aceptación de la refacturación del débito n° ---, correspondiente a la factura n° ---.

En cambio, si se trata de una refacturación por falta de documentación, ya sea que la factura original haya tenido un faltante de informes de estudios o laboratorios realizados, partes quirúrgicos, informes de atención médica, planillas de atención, bonos de consulta, evoluciones o falta de firmas o sellos de profesionales intervinientes, haremos la comprobación de que se hayan reenviado estos documentos faltantes, con el detalle correspondiente. Entonces, si coinciden con las prestaciones debitadas por esos faltantes, aceptaremos la refacturación y cerraremos la liquidación.

Pasemos ahora a la siguiente posibilidad, que es cuando se realizan los débitos sobre códigos o módulos que se facturaron erróneamente. En este caso, podrán ser

refacturados, y si recibimos el detalle del código o módulo correcto con la documentación que lo respalde, aceptaremos la refacturación.

Pero hay ciertos débitos que no pueden ser refacturados. Una posibilidad es en aquellos casos que provienen de datos erróneos, como puede ser que los pacientes sean afiliados inexistentes o pertenecientes a otra obra social o aseguradora, prestaciones no realizadas, medicación no suministrada, o facturación de otros prestadores enviada por error. Todo esto será motivo de débito, más que nada para generar una compensación en el sistema contable administrativo de la prestataria.

En estos casos será adecuado informar previamente al prestador sobre estos débitos realizados, de forma tal que tenga la posibilidad de enviar la facturación a quien corresponda si, por ejemplo, se trata de pacientes equivocados o facturas enviadas por error.

Esta es una de las razones por las cuales como liquidadores siempre nos conviene tener la mejor de las relaciones con los prestadores, ya sea con la oficina de facturación, o los referentes que tengan para cualquier consulta sobre sus prestaciones facturadas. Si bien existen, en casi todas las empresas, oficinas de atención o gestión de prestadores para el acuerdo de los diferentes convenios, valores prestacionales y actualizaciones, siempre es conveniente tener una comunicación constante, lo que nos permitirá establecer el contacto con el prestador y conocer cada convenio y sus particularidades.

### **Relación con prestadores**

Habíamos mencionado la importancia de que el liquidador trate de establecer la mejor de las relaciones con cada uno de los prestadores con los que tenga que llevar adelante las liquidaciones, no solo por el trato institucional con la otra parte, sino porque esto le permitirá tener una mejor dinámica operativa. Esto es importante porque una buena relación se traduce en la disponibilidad de documentación, en el caso de que fuese necesario pedir una copia de facturas o documentos, la comunicación para poder establecer normas de trabajo comunes y, sobre todo, porque en el caso de que se trate de prestadores “preferenciales” o prioritarios, se podrá tener un contacto inmediato a fin de evitar demoras en las liquidaciones e inclusive la generación de débitos.

Anteriormente dijimos que estos prestadores prioritarios, de acuerdo con las políticas internas establecidas por la prestataria, gozarán de ciertas contemplaciones a la hora de procesar sus liquidaciones. Muchas veces esto está dado por el volumen de pacientes que maneja el prestador, o por la complejidad que posea en sus instalaciones, y por supuesto

de común acuerdo entre las partes. Entonces, en el momento de liquidar, nos podemos encontrar con errores de facturación o falta de documentación, que podrá ser solicitada al contacto que tengamos en la oficina de facturación con el fin de evitar el débito.

Eso sí, tengan en cuenta que estas consideraciones solo se tendrán con el o los prestadores establecidos por la prestataria como prioritarios o preferenciales, el resto se liquidará aplicando todas las normativas que vimos hasta ahora con respecto a la presentación de facturas y documentación.

Y ya que mencionamos el tema débitos, si bien ya vimos cómo se generan y cómo se analizan las refacturas, es necesario que tengamos en consideración que hay otra razón de importancia para generar un débito. Nos referimos a la discrepancia de opiniones médicas con respecto a procedimientos, cirugías, o períodos de internación. En este caso, quien analizará estas cuestiones será un médico auditor, que es el apoyo con el que siempre cuenta el sector de liquidaciones, ya que nuestra auditoría es solo de índole técnico-administrativa, y solamente un médico puede objetar o cuestionar los procedimientos de otro.

### **Médico auditor**

Ya habíamos mencionado que cada oficina de facturación cuenta con la colaboración y el apoyo de un médico auditor, quien tendrá a su cargo la auditoría de las prestaciones facturadas para que no se produzcan errores, y que no falte la documentación respaldatoria. Pero, además, en el caso de que surgieran prestaciones que no estén acordadas en el convenio establecido, el médico auditor, juntamente con la parte prestacional, será quien autorizará y establecerá el valor y la composición de la prestación no convenida.

Por lo tanto, la importancia de la auditoría médica, tanto en las oficinas de facturación, como en las de liquidación, es esencial no solo para el correcto desarrollo de los procesos de facturación y liquidación, sino también para la evaluación y, por ende, la mejora en la calidad de las prestaciones médico-asistenciales que se brindan, además del mutuo beneficio que esto le brinda tanto a la prestataria como a los prestadores.

Por empezar, tenemos que señalar que el médico auditor, además de tener un conocimiento profesional de su especialidad, también se capacitó para ejercer la tarea de auditoría, no solo desde el aspecto médico, sino también desde lo administrativo. Por lo tanto, su función principal es la de controlar todo lo referido a patologías, diagnósticos y tratamientos, además de coordinarlo con los procesos de facturación y liquidación.

Algunas de sus características son:

- Como dijimos, posee un amplio conocimiento de la profesión
- Además, tiene experiencia asistencial
- Y conocimiento del sistema de seguridad social.
- A su vez, posee capacidad docente y analítica
- Se caracteriza por estar actualizado en normas y procedimientos de Auditoría Médica
- Así como por tener un amplio conocimiento del Nomenclador Nacional.
- Podemos destacar, también, su amplitud y profundidad del lenguaje
- Y el conocimiento del medio donde se desenvuelve como auditor.

En relación con este último punto, podemos decir que es importante que el médico auditor conozca y comprenda el funcionamiento integral del lugar donde se desempeña, no solo para evaluar la calidad de la atención, sino también para que tenga el total conocimiento del orden administrativo.

Por otro lado, el médico auditor tendrá a su cargo la supervisión de la tarea de los integrantes del plantel médico de la institución, tomándolo, en primer lugar, como control de calidad de la atención, y luego como control estadístico del movimiento en las prácticas y/o estudios diagnósticos y terapéuticos.

En el caso de la auditoría médica del prestador, su función es la de efectuar una verificación previa de la documentación ambulatoria a facturar, en función de controlar que el movimiento mencionado responda a la necesidad concreta de realización de las prácticas, evitando así la sobre prestación. Para ello es necesario realizar un control de la cantidad de prácticas que le son solicitadas a los pacientes con el fin de determinar, no solo excesos, que como dijimos se convertirán en débitos futuros, sino también, si las prestaciones son compatibles o concordantes con el diagnóstico o sintomatología que presenta el paciente.

En cambio, la auditoría médica de la prestataria, tendrá a su cargo la evaluación y el control de las prestaciones que fueron facturadas, y más allá de nuestro análisis como liquidadores, el médico auditor hará el suyo de acuerdo con el criterio médico que se requiera. De esta forma se podrá determinar si los procedimientos médicos fueron correctamente facturados, de acuerdo con la historia clínica o descripción del parte quirúrgico. También determinará si los períodos de internación son los correctos, en el

sector que corresponda, y si el tratamiento y la medicación suministrada al paciente son los que corresponden a su patología.

Por todo esto es de suma importancia que se tenga en cuenta a la auditoría médica como una evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes. Para ello, se acude a la revisión y el estudio de las historias clínicas y de las estadísticas hospitalarias. De esta manera, podemos decir que su propósito fundamental es procurar que el enfermo reciba la mejor atención médica posible.

Luego, la auditoría de la atención de salud, al trabajar sobre la base de registros de lo efectuado, además de evaluar su calidad, valorará también la calidad de la atención misma. Esto demuestra que hay una relación estrecha entre la calidad de los registros y la de la atención prestada.

Por eso es que, como ya mencionamos en otra oportunidad, en auditoría, se toma en importante consideración el concepto de “control de calidad”, el cual consiste en que el producto o servicio se adecúe a las especificaciones determinadas previamente por las distintas normativas. Pero, además, la auditoría médica es considerada actualmente como una herramienta de gestión clínica, que puede abarcar diferentes aspectos del quehacer médico asistencial, administrativo y financiero-contable.

Los campos de acción de la auditoría son:

- Por un lado, nos encontramos con los aspectos médico-legales. Lo que se pretende en este caso es prevenir prácticas erróneas o ineficientes. Para ello, se monitorea, además, el cumplimiento de las normas legales y de las disposiciones sanitarias vigentes.
- Luego, tenemos los aspectos técnicos evaluativos. Esto se lleva a cabo a través de la valoración de los actos y conductas, e implica realizar un control de la calidad de éstos.
- En cuanto a los aspectos éticos, podemos decir que se busca supervisar el fiel cumplimiento de las normas éticas y morales en las conductas de las personas, lo que se conoce como deontología médica, que establece el deber ser del actuar médico.

Por otro lado, podemos hacer referencia a los:

- Aspectos financieros, administrativos y de mercado, debido a que también tiene incidencia en este campo la auditoría, compatibilizando una

adecuada relación entre eficiencia, costos, calidad y seguridad de la atención brindada.

- Y, por último, los aspectos docentes y de investigación que estimulan la enseñanza y perfeccionamiento, teniendo efectos educativos y preventivos que permiten la obtención de aprendizaje y experiencia.

Luego, los beneficios de realizar una auditoría médica son:

- Por un lado, permite el conocimiento de los errores cometidos y sus causas. Entonces se procede a su corrección para obtener mejores resultados.
- También otorga la posibilidad de actuar con rapidez sobre aquellas causas que dicen tener relación con la organización del trabajo médico.
- Luego, podemos decir que permite que los médicos adquieran una conciencia informada respecto a la responsabilidad que les cabe en los resultados obtenidos.
- Así como influye, favorablemente, en el perfeccionamiento de las historias clínicas.
- Además, se transforma en una herramienta de educación de posgrado que permite el perfeccionamiento del trabajo médico.
- Y, por último, como este proceso entrega información a las autoridades, permite orientar los recursos a la solución de los problemas detectados.

En definitiva, podemos concluir que la auditoría médica es una revisión de la práctica médica con carácter prestacional y, además, educativo. Y, tiene tres objetivos:

- Conocer la calidad de los servicios que se prestan.
- Formular proyectos y sugerencias para mejorarlos.
- Y conocer las condiciones en que se desarrolla el trabajo profesional.

Entonces, pensemos que la auditoría médica es, en última instancia, no solo una forma de control, sino, sobre todo, un mecanismo de mejoramiento y perfeccionamiento de la práctica médica, basado en la utilización de normas y registros. Ahora bien, es importante destacar que la auditoría se puede llevar a cabo con el enfermo internado, o bien luego de producido el egreso. Por lo tanto, se darán diferentes tipos de auditoría dependiendo el caso.



### Tipos de auditoría

Comenzaremos con la auditoría externa: es aquella que lleva a cabo el médico auditor fuera del ámbito territorial de la prestataria a la que pertenece, o sea, dentro del establecimiento donde se brindan los servicios, que sería el prestador. Este tipo de auditoría surge de la necesidad de ver y evaluar periódicamente la gestión y el trabajo los prestadores, en lo que respecta a los servicios médicos brindados, el estado y la calidad de las instalaciones, y la organización técnica y administrativa de las diferentes áreas, ya sean ambulatorias, de internación o quirúrgicas.

Pero, además, la auditoría externa se divide en subgrupos. El primero de ellos es la auditoría de estructuras, que se ocupa de medir la capacidad del servicio que brinda el prestador y está destinada a considerar la capacidad de los servicios, la idoneidad de los profesionales médicos y paramédicos, del personal técnico y administrativo. Es decir, analiza la eficacia del prestador. Por eso es que la función del médico auditor es evaluar y verificar que los parámetros se cumplan. Esto permitirá saber de qué dispone el prestador, que servicios o prestaciones está en condiciones de brindar en forma eficiente y cuál es su nivel de atención médica.

El segundo subgrupo es la auditoría de terreno que tiene como objetivo realizar un control y revisión del paciente internado. Este tipo de auditoría se realiza en el lugar en donde se encuentra internado el afiliado, no sólo para verificar su filiación, sino también para controlar su adecuado tratamiento como paciente. Entonces, el auditor evalúa las prestaciones que reciben los beneficiarios, los servicios que se les brinda, la calidad y el momento en que se realizan las prestaciones.

De esta forma, también se podrá tener un control de que las prestaciones ambulatorias sean realizadas correctamente y de que no haya errores u omisiones que puedan afectar la calidad de la atención brindada. Pensemos que, si esto ocurre, se traducirá en la facturación y esto es algo que definitivamente queremos evitar.

Lo mismo sucede con las prestaciones de internación, en donde el auditor evaluará si el tratamiento recibido por el paciente es el adecuado, si está bien diagnosticado, si las prestaciones se corresponden con ese diagnóstico, y si los días de permanencia son los correctos en el área de internación que corresponde.

Pasemos al tercer subgrupo que es la auditoría compartida. Lo que comprende es el análisis de la documentación en forma conjunta entre los representantes de la prestataria, que puede ser la obra social, prepaga o aseguradora, y el prestador o efector.

Por lo tanto, esta auditoría puede ser efectuada previo al envío de la facturación o posterior a la recepción de los débitos.

El beneficio de llevar adelante esta práctica es que, básicamente, permite evitar débitos unilaterales no consultados por la prestataria y, en muchos casos, arbitrarios. También permite detectar si el efector se excede o escatima prácticas debido al contrato existente. De esta forma, también, cuando exista alguna diferencia de criterio médico, con respecto a la atención o tratamiento de algún paciente, los médicos auditores de ambas partes, prestataria y prestador, podrán reunirse para realizar una auditoría compartida y determinar si los procedimientos médicos realizados son cuestionables o justificados y si hay posibilidad de llegar a un acuerdo con el fin de poder facturarlos correctamente y que el sector de liquidaciones no genere un débito.

Continuemos, ahora, con la auditoría interna. Es aquella que lleva a cabo el auditor médico en el ámbito territorial de la entidad a la cual pertenece, pudiendo, como en el caso de la auditoría externa dividirla en subgrupos.

El primero es aquel llamado auditoría de facturación, cuya finalidad principal es la de evitar los débitos. Para ello, el médico auditor acompañará al facturista en las diferentes facetas del proceso de facturación y, posteriormente, en el análisis de débitos. De esta manera, el médico revisará la documentación a facturar y le marcará al facturista algún error que pueda ser salvado con respecto a procedimientos o criterios médicos y códigos de prestaciones que puedan ser confusos.

Luego, cuando sea el momento de analizar los débitos, el médico auditor también hará su auditoría y apoyará la tarea del facturista para poder refacturarlos. Por lo tanto, el punto principal es lograr que el área de análisis de débitos no adquiera relevancia dentro del área de facturación, ya que, de ser así, indicaría que la oficina de facturación no estaría teniendo un buen funcionamiento.

Pasemos al segundo subgrupo que es la auditoría de la calidad de la atención médica. Esta actividad permite determinar el tipo de atención que se está brindando. Para ello, se tendrá en cuenta la actividad de los profesionales, sus antecedentes y el desempeño que tengan, no solo desde lo profesional, sino también desde lo personal. Entonces, podemos decir que este proceso abarca lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, como diagnósticos, indicaciones, toma de decisiones, estudios complementarios y otras prestaciones, además de las actitudes, habilidades y destreza técnica con los que se realizan.

Por lo tanto, la auditoría de la calidad de la atención médica involucra la variación de los niveles de salud y la satisfacción del paciente por la atención recibida. Para esto se tendrá en cuenta la condición del paciente al momento del alta, la relación entre el diagnóstico y el tratamiento, así como la posibilidad de reingresos del paciente. Todo esto está relacionado con que, uno de los objetivos primordiales de esta práctica es la satisfacción de las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad.

El último subgrupo es del de auditoría de liquidación de prestaciones médicas. En este tipo de auditoría el médico tendrá como tarea principal el análisis en conjunto con los liquidadores de la facturación recibida, y se ocupará de todo lo que requiera la visión profesional de prestaciones más complejas, como pueden ser las internaciones, las cirugías, los medicamentos de alto costo, así como también fundamentará el débito realizado por el liquidador o lo cuestionará si fuese necesario.

Cabe destacar que todo proceso de liquidación de prestaciones de alta complejidad que realicemos, entendiendo por ello a aquellas prestaciones que requieran la intervención de profesionales especializados, aparatología e instalaciones también especializadas y con costos elevados, estará respaldado por la firma del médico auditor, luego de realizar la auditoría de nuestra liquidación y de considerarla correcta.

Lo que sucede es que esta auditoría médica sobre las liquidaciones realizadas es esencial para evitar que se genere un débito que no corresponda. Además, permite hacer un segundo control de nuestra auditoría para detectar algún detalle que se nos haya podido pasar por alto, sobre todo cuando se trate facturas de costos elevados, con prestaciones que incluyan varios días de internación, cirugías, prácticas diagnósticas y medicación de alto costo, en donde la gerencia requerirá el doble control administrativo y médico. Esto se realiza para tener la seguridad de pagar lo que corresponde y de que, en el caso de que realice un débito, esté debidamente fundamentado.

### **Liquidación de internaciones**

Hasta ahora vimos la forma en que se recepciona la facturación de un prestador, cómo se audita y cómo se liquidan prestaciones ambulatorias, teniendo en cuenta diferentes variantes en las cuales puede surgir la necesidad de hacer un débito. También conocimos la importancia que tiene el trabajo en conjunto con la auditoría médica, como medio, no sólo de respaldo de nuestro trabajo, sino también de consulta permanente ante cualquier duda que nos pudiese surgir de índole médica o administrativa. Es por esto que el

liquidador tiene que contar con la participación del auditor médico para llevar adelante el proceso.

Ahora bien, recordarán que estudiamos la forma de liquidar prestaciones ambulatorias y todo aquello que debemos tener en consideración, porque hay diversas posibilidades de encontrar errores o faltantes que afecten el pago total de la factura. Pero cuando se trata de liquidar internaciones, la auditoría que realizaremos será más detallada y minuciosa, ya que se trata de prestaciones que, además de tener días de pensión, también incluirán cirugías y prestaciones diagnósticas, como es el caso de los estudios y laboratorios, así como medicación, insumos y material ortopédico.

Por lo tanto, a diferencia de las prestaciones ambulatorias, que solo tienen como documentación respaldatoria órdenes de atención, detalles médicos de consultas, informes de estudios o algún resumen de historia clínica, las internaciones tendrán como documento avalatorio la historia clínica específica, que no solo nos dará los datos personales y filiatorios del paciente, sino también el detalle de todas y cada una de las prácticas médicas realizadas día por día, estudios, y cirugías.

De esta manera, el inicio de nuestra auditoría será con el detalle que traiga adjunta la factura. Ojo que, al igual que en las otras prestaciones, debemos primero controlar que la factura haya sido correctamente emitida. Pero luego, en la documentación adjunta nos encontraremos, en primer lugar, con los datos del paciente. Es decir, su nombre, apellido, edad, número de documento, obra social, prepaga o aseguradora a la que pertenece, número de afiliado. Pero, además, contaremos con cada una de las prestaciones realizadas, fecha por fecha, con su correspondiente código del Nomenclador Nacional, o el módulo en el caso de que estén convenidos, acompañado por el valor que le corresponda en esa fecha.

Entonces, este detalle será cargado en nuestro sistema de gestión y posteriormente nos dedicaremos al análisis de la historia clínica, para poder comprobar si lo facturado se realizó realmente o si hay algún error o faltante que pudiese significar un débito.

Como ya sabemos, la historia clínica es esencial para describir y comunicar el tratamiento llevado a cabo con el paciente, y está compuesta de varias partes que no pueden faltar, como ser, en principio, la autorización de ingreso. En esta primera parte nos encontraremos con el registro del ingreso a internación del paciente, con la respectiva aceptación por parte de la institución en donde se atenderá, y adjuntará la autorización de parte de la prestataria. Tengan en cuenta que también tendrá adjunto el informe de hospitalización, que es la planilla que contiene todos los datos personales y filiatorios del

paciente, su diagnóstico de ingreso, la fecha y la hora en la cual se interna y en qué sector quedará alojado. Es decir, si será en terapia intensiva, piso clínico, unidad coronaria, entre otras.

Cabe destacar que, como ya hemos mencionado, en el caso de que el paciente hubiese ingresado por guardia, se deberá adjuntar el informe de urgencia o guardia, donde deberá constar toda la asistencia recibida. En este informe se describirán los controles y las prácticas realizadas en guardia. También se incluirá el consentimiento informado, en la que se solicita la aceptación de todos los procedimientos que requiera la internación. A esto le siguen las hojas de evolución, en donde se detallará día por día, desde la fecha de ingreso, la evolución del paciente con descripciones y diagnósticos. En estos informes el médico interviniente, ya sea de piso clínico o de terapia intensiva, escribirá un detalle del tratamiento y las prácticas realizadas en la fecha, el cual deberá estar firmado y sellado. Además, se deberán incluir las órdenes médicas de solicitud de estudios o laboratorios con las especificaciones que corresponden.

Recordemos que, en el caso de que el médico hubiese solicitado estudios o laboratorios, se deberá incluir el informe de los que se hayan realizado, firmado y sellado por el médico efector. Y la historia clínica deberá contener, también, la solicitud de interconsultas con especialistas realizada por el médico interviniente. Estas interconsultas, una vez que se hayan realizado, deberán tener un detalle escrito por el especialista, firmado y sellado con la fecha en que se realizó la interconsulta.

Continuando con los registros que debe tener una historia clínica, para la correcta liquidación de las internaciones, otro elemento que no puede faltar son las hojas de enfermería. Allí, el sector de enfermeros detallará los cuidados realizados al paciente, fecha por fecha, con la medicación administrada, aclarando sus respectivos horarios y los datos de los enfermeros actuantes. También se adjuntará una planilla de medicación que complementa lo suministrado por el sector, con el detalle de los remedios, con el nombre genérico, marca, laboratorio y cantidad. Cabe destacar que, en el caso de que se trate de medicación de alto costo, será obligatorio adjuntar los troqueles de todo lo administrado. Ahora bien, en el caso de que se realicen cirugías, se deberá remitir el parte quirúrgico, en donde constan los datos del médico especialista que realizó la práctica, los ayudantes si los hubiere y el anestésista. Es importante saber que el parte quirúrgico tendrá el detalle del diagnóstico del paciente, la hora en que se comienza la cirugía, el procedimiento realizado, paso por paso, la hora de finalización y la firma y sello del médico interviniente. También se incluirá el parte de anestesia, con el tipo de anestesia utilizado,

el horario de administración y la firma y sello del médico anestesista. Ahora bien, en el caso de tratarse se cirugías múltiples o de diferentes intervenciones, en distintas fechas, se enviará más de un parte quirúrgico. Además, en el caso de requerirlo, se adjuntará una solicitud de anatomía patológica, con el detalle de lo pedido y el informe posterior.

Es importante tener en cuenta que, si la cirugía realizada requirió de la utilización de material ortopédico, se deberá adjuntar el certificado de implante, donde se detallan las características del material utilizado, nombre comercial y procedencia. Asimismo, en este certificado estarán adheridos los stickers de cada material utilizado. Esto se debe a que en ellos figura un código de barras con la descripción y números de serie de los materiales, los cuales tienen que corresponder con el detalle del certificado.

Luego, si el paciente internado requiere de transfusiones de plasma sanguíneo, en la historia clínica deberá estar adjunto también el certificado de transfusión, con la cantidad suministrada y el número de cada una de las bolsas utilizadas.

Finalmente, este documento deberá traer adjunta la epicrisis, en donde el médico que atendió la internación del paciente hará una descripción desde su ingreso, con el diagnóstico, el estado en el momento en que se internó, y cada una de las principales prácticas incluidas en el tratamiento, hasta la fecha en que se decide otorgarle el alta definitiva o trasladarlo a otra institución, según lo requiera su estado. El cierre de la internación deberá referir el estado del paciente en el momento del alta, la fecha en que se le otorga el egreso, y los cuidados ambulatorios que deberá seguir a partir de esa fecha. Eso sí, si se tratase de un traslado, se referirá el motivo por el cual se lo realiza, su estado clínico y las condiciones requeridas para poder realizarlo. De cualquier manera, la epicrisis siempre deberá estar firmada y sellada por el médico actuante.

### **Prestaciones de internación**

Para comprender mejor todo lo relativo a las prestaciones de internación veamos el ejemplo del material complementario llamado “Caso 4”.

Como ya sabemos, lo primero que tenemos que analizar es el detalle de la factura, corroborando que no haya ningún error en el codificado de las prestaciones. Entonces, una vez que realizamos esto, lo siguiente que tenemos que hacer es leer la historia clínica adjunta y empezar a verificar si cada una de las prestaciones facturadas se realizó realmente en esas fechas y si está descrito de esa forma.

En este ejemplo vamos a tomar como correctos los valores de cada prestación, porque como ya vimos, en el momento de cargar el código correspondiente a cada una, el

sistema los aceptará si son correctos por la fecha de realización. En el caso contrario, se generará un débito parcial por la diferencia de precio de cada una de las que tengan una variación. Ahora bien, si tuviésemos que hacer este proceso manualmente, tendremos que recurrir a los valores de cada prestación convenidos para esas fechas y verificar que no haya ningún sobrepago facturado.

Habiendo aclarado esto, con la historia clínica abierta, lo primero a verificar serán los días de internación. En este caso, la fecha de ingreso a piso clínico deberá ser el día 03 de julio y, teniendo en cuenta que el día de alta declarado es el 07 de julio, deberán ser 4 los días de internación facturados. Quizás se pregunten dónde podemos encontrar la fecha del alta... Eso lo veremos en la epicrisis de la historia clínica.

Entonces lo siguiente a controlar serán los estudios solicitados. En este caso tenemos:

- Un electrocardiograma
- Un laboratorio completo
- Una radiografía de pie izquierdo frente y perfil
- Una tomografía de pie izquierdo
- Y una de tórax.

Es importante recordar que cada uno de estos estudios deberá tener su orden de pedido firmada por el médico actuante, y el informe, ya sea de las tomografías, las radiografías, el electrocardiograma y el resultado de los laboratorios. Entonces, si todo está en orden y no hay ningún faltante seguiremos analizando las cirugías realizadas.

Cabe señalar que, para ver las cirugías realizadas, la historia clínica tendrá que traer adjunto el, o los partes quirúrgicos. En este caso fueron dos cirugías simultáneas realizadas en la misma fecha: una cirugía de Hallux Valgus en el pie izquierdo y otra del dedo martillo en el segundo dedo del pie izquierdo. Ahora, recordemos que para que esté completo debe constar el nombre y apellido del cirujano interviniente, el de los ayudantes si los hubiere, el del anestesista y la fecha y hora de realización.

Entonces, si los datos están correctos, veremos el diagnóstico y la descripción de las cirugías realizadas, de esta forma podremos saber si los códigos otorgados por el facturista son los que corresponden a esas prácticas. Como dijimos, en este caso fueron dos cirugías simultáneas realizadas en un mismo acto quirúrgico, por lo tanto, tenemos que verificar si los porcentajes correspondientes, en cuanto a honorarios y gastos, según las normas del Nomenclador Nacional, fueron respetados.

Lo que dijimos que teníamos que analizar era el diagnóstico y la descripción de las cirugías realizadas, que recordemos que fueron dos realizadas simultáneamente.

Entonces, tal como podemos observar, la primera cirugía fue facturada con honorarios y gastos al 100%, y la segunda con honorarios al 75% y gastos al 50%.

Entonces, tenemos que recordar que el Nomenclador Nacional sostiene que, aquellas cirugías realizadas “por distintas vías de abordaje y distinta patología en un mismo acto quirúrgico, se facturarán honorarios y gastos al 100% de la cirugía de mayor valor, y honorarios al 75% y gastos al 50% de la segunda”. Por lo tanto, estamos en condiciones de afirmar que la facturación de ambas cirugías es correcta. Además, en ellas no se facturaron honorarios de ayudantes. Si el parte quirúrgico no los menciona, entonces esto también es correcto.

Luego, tenemos que señalar que los honorarios del anestésista interviniente no serán facturados por la clínica, ya que estos se facturarán a través de la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires, que es la entidad que nuclea a los médicos anestesiólogos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires. Por lo tanto, se preguntarán qué ocurre con esto... Bueno, recibiremos en forma separada la facturación por parte de esta entidad, correspondiente a las dos cirugías realizadas. Los datos que deberán figurar son: el nombre, apellido y número de matrícula del médico anestesiólogo y médico cirujano intervinientes, el tipo de operación realizada, y todo esto deberá estar acompañado por una copia del parte quirúrgico, parte anestesiológico y los valores que correspondan a cada cirugía, que serán los establecidos por la asociación para cada uno de estos códigos.

Habiendo aclarado esto, el próximo paso será verificar si la medicación administrada es la que corresponde. Para ello, tendremos que hacer el conteo, día por día, de cada uno de los medicamentos facturados. Una vez que tengamos los totales diarios iremos a las hojas de enfermería, que es en donde se detalla la medicación suministrada por fecha y hora. Allí podremos comprobar si las cantidades diarias de medicación se corresponden con lo que el sector enfermería administró al paciente en las fechas facturadas.

Cabe destacar que, si se trata de medicación de mayor costo, como es en este caso el Gammatet y la Vancomicina, es fundamental que estén adjuntos, también, los troqueles correspondientes al total utilizado.

Ahora bien, puede suceder que muchas veces los valores de la medicación no están actualizados en el sistema porque van variando periódicamente, entonces, para poder establecer si están facturados a valores reales, tendremos que recurrir al manual farmacéutico, que es un compendio de los precios de toda la medicación por fecha. Generalmente, hay manuales en todas las oficinas de facturación y liquidación, pero si no



tuviésemos uno disponible siempre podemos buscar los valores on line, en el sitio Alfa Beta o Kairós.

Una vez que hicimos nuestra auditoría de la historia clínica y del detalle de facturación, si no encontramos errores o faltantes, si está facturado el día de alta y si los valores son los correctos, podemos cerrar nuestra liquidación y la factura se pagará en su valor completo sin débitos. Un detalle a tener en cuenta es que el día de alta sanatorial no se debe facturar según las normas del Nomenclador Nacional, salvo excepciones.

Entonces, si las prestaciones que se facturan están correctas y todo lo realizado tiene el respaldo de la documentación, incluida la historia clínica, la liquidación se cierra sin débito. Pero vamos a ver ahora qué sucede si, usando el mismo ejemplo, tenemos errores de facturación o faltantes. Para ello, les pedimos que busquen el Caso 4 Bis en el material complementario.

Viendo el detalle de este ejemplo, lo primero que advertimos es que las dos cirugías realizadas se facturaron al 100% los honorarios, y al 100% los gastos. Entonces, teniendo en cuenta las normas del Nomenclador Nacional, tendremos que hacer un débito por la diferencia en la segunda cirugía, ya que deberían haberla facturado al 75% los honorarios, y al 50% los gastos.

Luego, lo segundo que podemos observar es que se facturó el día de alta. Entonces, en ese caso deberemos ir a la historia clínica y ver la hora y las condiciones en las que se le otorgó el alta al paciente. Recordemos que la normativa del Nomenclador Nacional dice que “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 horas, o cuando el alta a cargo de la obra social se efectivice después de las 11 horas”. Entonces, como en este caso el alta se dio a las 10 horas, según la epicrisis, y no presenta ninguna otra particularidad, tendremos que debitar el día de alta.

Continuando con la auditoría de la historia clínica, comprobamos que no se enviaron los dos informes de las tomografías computadas de tórax y pie izquierdo. Además, en el conteo y control de la medicación encontramos el faltante del troquel correspondiente a la vacuna antitetánica Gammatet, por lo que debitaremos el valor de las dos tomografías y el valor de esa medicación.

Ahora bien, como el resto de la documentación se encuentra en orden y no encontramos ningún error ni faltante más, el débito quedaría conformado de la siguiente manera:

- El total facturado fue de \$175.446,36
- Se debita diferencia de valor por segunda cirugía, dedo martillo, 2º dedo pie izquierdo, facturada al 100% los honorarios y gastos, por un valor de \$8.775.
- También se debitan las tomografías de tórax y pie izquierdo realizadas el 03 de julio por no contar con el informe de las mismas en la historia clínica. Por lo tanto, el monto a descontar será de \$3.400.-
- A su vez, se debita la vacuna Gammatet por no tener adjunto el troquel, por un valor de \$12.488,20
- Y se debita el día de alta por no corresponder su facturación, por \$20.000.-
- Importe total del débito \$44.663,20
- Importe total a pagar: \$130.783,16

Así quedaría nuestra liquidación con el débito realizado después de nuestro análisis. Tengan en cuenta que el informe de débito se envía al prestador junto con el archivo de la documentación, o la historia clínica, en el caso de que la facturación haya sido presentada en forma física. De esta manera, el prestador podrá analizar el débito y, en este caso, solo podrá refacturar las dos tomografías realizadas, enviando los informes. También podrá subsanar el error en la vacuna Gammatet enviando el troquel correspondiente.