

Material Imprimible

Curso de Facturación de Prestaciones Médicas

Módulo 4

Contenidos:

- Nomenclador de Anestesia
- Facturación de honorarios de anestesistas
- Facturación de prácticas odontológicas
- Refacturación de débitos
- Facturación de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada
- Liquidaciones de Prestaciones Médicas

Documentación respaldatoria

Anteriormente aprendimos a facturar prácticas ambulatorias, como las consultas, estudios, cirugías ambulatorias, prácticas diagnósticas, internaciones y cirugías que requieran post operatorio con estadía de internación. Y, además, conocimos cómo se deben armar correctamente las historias clínicas y los legajos de documentación que sirven como respaldo de todo lo que facturamos. Por lo tanto, es importante que sepamos qué información no puede faltar a la hora de presentar esta documentación respaldatoria...

Comencemos por el material que se utiliza en las cirugías, como pueden ser las prótesis o las piezas quirúrgicas... En estos casos, se deberán adjuntar las etiquetas o stickers con la descripción del material y su respectivo certificado de implante, con el detalle de la cirugía practicada, el material que se utilizó, los datos del paciente y los adhesivos con los códigos identificatorios del fabricante del material.

Luego, en el caso de la medicación, debemos tener en cuenta que todos los medicamentos que facturemos, que hayan sido suministrados o entregados al paciente en forma ambulatoria, se deberán facturar con el nombre del medicamento, el nombre de la droga, el contenido de cada dosis y las unidades o cantidad utilizadas. Además, se le asignará el valor vigente a la fecha en la que se lo utilizó, que podremos buscarlo en el manual farmacéutico.

Este manual se trata de un compendio de toda la medicación elaborada por los laboratorios a nivel nacional, con los precios vigentes por fecha. De hecho, en cada oficina de facturación estarán disponibles los manuales farmacéuticos para consultar los valores de los medicamentos. Pero, ¿saben qué pasa si, por algún motivo, no están? Bueno, podremos buscarlos en diferentes sitios de internet, como Kairos o Alfa Beta. En ellos encontraremos, a través del nombre del medicamento, el valor correspondiente, que será el que usaremos para facturarlos.

Hacemos hincapié en esto porque siempre que facturemos medicación debemos prestar atención a hacerlo con el valor de vigencia correspondiente, ya que, si facturamos con valores mayores a los que corresponden, será un motivo de débito seguro.

Por último, en el caso de aquella medicación que tiene un costo muy alto, siempre deberán estar adjuntos, en la hoja de enfermería o de administración de medicamentos

de la historia clínica, sus troqueles correspondientes que justifiquen el valor facturado. Si olvidamos adjuntarlos, o no los tenemos, también será motivo de débito.

Prácticas odontológicas

Estas prácticas se encuentran al finalizar el Nomenclador, en el apartado Prácticas Odontológicas – Anexo II.

Esta parte del Nomenclador también tiene su norma estipulada al comienzo, que dice que “para la valoración de las prácticas contenidas en el presente Nomenclador, se ha seguido el criterio de desdoblarse en ellas los honorarios y los gastos por la otra. Los honorarios se expresan en unidades Honorarios Odontológicos (H. Od.) asignándose a la misma el valor que se indica en el Anexo I y estipulándose en la columna respectiva el número de ellas que corresponde a cada práctica”.

Luego, establece que “los Gastos también son expresados en unidades; pero separando a los mismos en unidades Gastos Odontológicos (G. Od.), que son aquellos gastos que insume el consultorio odontológico para la realización de las prácticas comprendidas en los capítulos de operatoria dental, endodoncia, odontología preventiva, odontopediatría, periodoncia y cirugía en unidades Gasto Odontológico Prótesis (G. Od. P.) que son todos los gastos que insume la realización de aquellas prácticas comprendidas en los capítulos de prótesis, ortodoncia y ortopedia funcional, odontopediatría y periodoncia que así lo requieran. En esta unidad se incluye el total de gastos correspondientes a la clínica de prótesis y técnica para prótesis”.

Por último, aclara que “a las unidades G. Od. Y G. Od. P. se le asigna el valor que se indica en el Anexo I, estipulándose en las columnas respectivas el número de ellas que corresponde a cada práctica. Para las prácticas comprendidas en el capítulo IX Radiología, los gastos son expresados en Unidades Gasto Radiológico (G. Rx.), siendo el valor de dicha unidad el indicado en el Anexo I, estipulándose en la columna respectiva el número de ellas que correspondan a cada práctica”.

De esta forma, la norma de prácticas odontológicas establece las unidades para el cálculo de honorarios y gastos a los cuales llama Honorarios Odontológicos y Gastos Odontológicos, asignándoles un valor que, si bien ya está desfasado porque corresponde al año 1991, es el siguiente:

- Para Honorario Odontológico se toma el valor de \$0.1123

- Para Gasto Odontológico el de \$0.1715
- Y para Gasto Odontológico Prótesis el de \$0.2548.

Estos valores son los usados por el Nomenclador para multiplicarlos por la cantidad de unidades establecidas y poder, así, determinar el valor total de cada prestación. Recordemos, una vez más, que estos valores no han sido actualizados desde la década del '90, por lo que siempre tendremos valores vigentes actualizados según lo convenido entre el prestador y la prestataria.

Por otro lado, debemos tener en cuenta que las prácticas odontológicas se encuentran divididas en el Nomenclador en 10 capítulos, que incluyen a las consultas, la endodoncia, la prótesis, entre muchas otras que pueden ver detalladas en el material complementario.

Pero, además, debemos saber que, para la facturación de las prestaciones de odontología, se utiliza una forma de ubicar las prácticas en cada pieza dental determinada. Esto se realiza mediante el uso de un odontograma, que se trata de esquema que consta de 4 cuadrantes numerados en sentido de las agujas del reloj, en el cual están representados anatómica y geométricamente cada una de las piezas dentales de la boca de un paciente, con su respectiva numeración. Y, cabe señalar que esta determinación es internacional.

Por lo tanto, el odontólogo interviniente completará el odontograma de acuerdo a la simbología que el formato presenta, con el objetivo de obtener una representación gráfica de la boca del paciente. Y, para realizarlo, se deberá contemplar la edad del paciente, ya que existen odontogramas para adultos y para niños.

Veamos cómo se realiza para poder comprenderlo mejor... En primer lugar, como dijimos, para la dentición permanente se crea un cuadro y se divide en 4 cuadrantes. Y cada uno de ellos está numerado del 1 al 4 en sentido de las agujas del reloj. Posteriormente, cada pieza dental en el odontograma es numerada desde el 1 hasta el 8, empezando de la parte más cercana a la línea media que divide este cuadro verticalmente a la mitad, y terminando en la parte más distante de ese cuadrante. Y esto mismo se realiza en cada uno de los cuadrantes mencionados. De este modo, tenemos que el incisivo central de cada cuadrante es el número 1 y el tercer molar de cada cuadrante es el número 8.

Entonces, el número con el que se designa cada pieza dental está compuesto por el número de cuadrante en el que se encuentra y por el número de la pieza dental a la que

queremos referirnos en ese cuadrante del odontograma. Cabe destacar que ambos números pueden estar, o no, separados por un punto. Veamos algunos ejemplos: la pieza dental 1.1 refiere al incisivo central superior derecho, mientras que la pieza dental 3.7 es el segundo molar inferior izquierdo.

Por lo tanto, un odontograma sirve para que el dentista pueda tener un registro de la situación bucodental de cada paciente que consulta. Y, junto con la historia clínica, sirve como herramienta de diagnóstico, evaluación y tratamiento.

Cabe destacar que existen dos tipos de odontogramas: los anatómicos y los geométricos. Quizás se pregunten cuál es la diferencia entre cada uno... El primero utiliza imágenes de las piezas dentales con su formato original, mientras que el segundo utiliza círculos, cuadrados o alguna otra forma geométrica para representar a las piezas dentales.

Luego, otra forma de clasificar o nombrar a las piezas dentales es teniendo en cuenta cada cara dentro del cuadrante correspondiente. Así, las caras de las piezas que están de frente a la línea horizontal divisoria serán palatinas o linguales. Y las caras opuestas a la línea horizontal divisoria serán vestibular o labial. Por su parte, las caras que estén frente a la línea vertical son caras mesiales, y las opuestas son distales. Y, finalmente, la cara central de la pieza dental es la oclusal.

Entonces, podemos decir que, según el odontograma:

- Las piezas con el número 1 son incisivos centrales
- Las que tienen el número 2 son incisivos laterales
- Las que tienen el 3 son caninos
- Con el número 4 se designa al primer premolar
- Y, con el 5, al segundo premolar
- Luego, las que tienen el número 6 son primer molar
- Las que tienen el 7 son segundo molar
- Y las que tienen el número 8 son tercer molar o, mejor conocidas como muelas del juicio.

Lo que queremos señalar con esto es que este conocimiento del odontograma y de las piezas dentales nos permitirá identificar el sector de la boca donde se realizó el tratamiento en el momento de facturarlos. Muchas veces el odontólogo no solamente refiere las piezas dentales sobre las cuales trabajó por su número correspondiente, sino que

también las marca en el odontograma. De esta forma, podremos definir la pieza dental y las caras sobre las que se realizó la práctica.

Códigos

En esta oportunidad nos vamos a detener en los **códigos** más utilizados y habituales en odontología.

- Por un lado, el código 02.01 hace referencia a la obturación de carie con amalgama, cavidad simple, es decir en una sola cara.
- Luego, el 02.02 corresponde a obturación con amalgama, cavidad compuesta, es decir, en más de una cara.
- Mientras que el código 02.08 es de obturación resina fotocurado sector anterior y se trata de restauración con material estético. Esto, generalmente, se realiza sobre las piezas de número 1, 2 o 3.

A su vez, tenemos:

- El código 03.01 correspondiente a tratamiento de conducto en dientes con una sola raíz o unirradiculares, generalmente en piezas 1, 2 o 3.
- Y el código 03.02 que es sobre dientes con más de una raíz o multirradiculares. Esto se verá en las piezas 4 en adelante.

Cabe destacar que, en ambos casos, se le sumará el código 09.01 x 3 que corresponde a las radiografías periapicales necesarias para el tratamiento. Y, también es importante que tengamos en cuenta que la punta de las raíces recibe el nombre de ápice. Mientras que nos referimos a periapical cuando hablamos de todo lo que rodea el ápice del diente.

Continuando con otros códigos, podemos señalar:

- El 04.01.08 que es el perno muñón simple, al cual se le sumará también el código 09.01 x 2.
- El código 04.01.12, que es la corona o elemento provisorio, y se aplicará siempre a piezas número 1, 2, 3, 4 y 5, ya que se trata de material estético.
- Y, por último, el 10.01 correspondiente a la extracción dentaria. En este caso, siempre se le suma el código 09.01 x 2, que, como ya mencionamos en los códigos 03.01, 03.02 y 04.01.08, son las radiografías periapicales que se necesitan para llevar a cabo el tratamiento.

Por otro lado, otro dato fundamental a tener en cuenta es que muchas veces, dependiendo del centro odontológico o institución, las prestaciones odontológicas pueden estar moduladas. Esto quiere decir que, a través de módulos establecidos por acuerdo entre la prestataria y el prestador, se facturarán ciertas prácticas contenidas en dichos módulos, que tendrán un precio determinado. Así, por ejemplo, un módulo de atención podrá contener: consulta, fichado, diagnóstico y plan de tratamiento + obturación con amalgama cavidad simple o compuesta + radiografía periapical, con un precio determinado.

De esta forma, muchas prestaciones podrán estar contenidas en uno o más módulos que incluirán varias prácticas y por las cuales facturaremos el valor de del mismo. A esto se lo llama prestaciones moduladas, a diferencia de las prestaciones que son las que tienen un código del Nomenclador por cada práctica. Y, en estos casos, a cada módulo se le asignará un nombre o código para poder identificarlo por acuerdo entre las partes.

Veamos ahora, a través de ejemplos prácticos, cómo codificar algunas prácticas odontológicas. Supongamos que tenemos una pieza dental 2.7 con tratamiento de conducto. ¿Qué creen que es lo primero que tenemos que hacer? En principio, debemos ir a ver el odontograma y, teniendo en cuenta que el número mencionado es el 2.7, debemos saber que se refiere al cuadrante 2, pieza dental 7, correspondiente al segundo molar.

Entonces, una vez hecho esto, vamos a buscar en el Nomenclador Nacional el capítulo 03 de endodoncia. Allí encontraremos el código correspondiente, que en este caso es el 03.02 de Tratamiento de conducto en dientes multirradiculares. Además, en este caso, recordando que es un segundo molar, se le deberá agregar el código 09.01 x 3 que son las radiografías periapicales que acompañan al tratamiento.

Veamos otra posibilidad... Tenemos ahora una pieza dental 2.8 con extracción. Entonces, según el odontograma, es cuadrante 2, y el número de pieza 8, es decir, tercer molar o muela del juicio superior. Por lo tanto, en este caso corresponderá el código 10.01 de extracción dentaria, al que se le agrega el 09.01 x 2 como radiografías complementarias de la práctica.

Luego, para pieza dental 1.8, amalgama en cara oclusal, de una sola cara, que es muela del juicio o tercer molar superior en el cuadrante 1, utilizaremos el código del nomenclador 02.01 de obturación con amalgama, cavidad simple. Mientras que para la

pieza dental 4.6 con amalgama en cara oclusal y distal, es decir, más de una cara, podemos decir que se trata del primer molar inferior, según el odontograma. Entonces, el código es el 02.02 de obturación con amalgama, cavidad compuesta o compleja.

Pasemos a otra situación... Supongamos que tenemos una consulta, diagnóstico y fichado, con colocación de material estético en la pieza 2.1. ¿qué creen que tenemos que hacer en este caso? En primer lugar, tenemos que saber que se trata de un incisivo lateral superior, según la posición y el cuadrante, y el código de esta práctica es el 01.01 de Consulta, diagnóstico, fichado y plan de tratamiento + el 02.08 Obturación resina fotocurado sector anterior, restauración con material sintético.

Y, en una consulta de urgencia con extracción de pieza dental 4.4, según el odontograma sabemos que se trata de un primer premolar inferior, y los códigos correspondientes son 01.04 correspondiente a consulta de urgencia + 10.01, de extracción dentaria + 09.01 x 2 por las radiografías periapicales que completan la práctica y se facturan siempre junto con el código 10.01.

Nomenclador de Anestesia

Como ya aprendimos, además del Nomenclador Nacional que usamos para facturar las prácticas médicas, existen también otros nomencladores que se aplican a determinadas prestaciones, y que surgen por la necesidad de actualizar algunas prácticas no incluidas en el Nomenclador original, así como sirven para hacer más dinámico su uso con respecto a los valores a aplicar. Uno de estos nomencladores es el utilizado para la facturación de honorarios de anestesiistas. Como habíamos mencionado con anterioridad, estos honorarios se facturan y se pagan en forma independiente de los honorarios de cirujanos y de los gastos surgidos de una cirugía.

Entonces, como los honorarios de los anestesiistas se facturan a través de su propio nomenclador, es importante conocer sus particularidades y la forma en la que está organizado para poder comprender su uso... Lo primero que debemos señalar es que, para que un médico anestesiista pueda facturar a través de este nomenclador, es necesario que esté afiliado a la entidad que nuclea esta actividad, que es la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires. Por lo tanto, cada vez que facturemos una cirugía determinada, facturaremos los honorarios del cirujano y de los ayudantes, así como los gastos respectivos, pero los honorarios de los anestesiistas se facturarán a través de AAARBA.

Veamos en profundidad cómo se estructura el Nomenclador de Anestesia. En primer lugar, es importante destacar que se compone de un listado de prestaciones quirúrgicas ordenadas por región, órgano y número de orden, lo que genera un código propio de tres pares de dígitos. De esta manera, por ejemplo, podemos ver que la región 01 corresponde al abdomen, el órgano 01 a pared y el número de orden determina el tipo de prestación. Así, el código 01.01.01 será un absceso-flemón-drenaje.

Por otro lado, cada uno de los códigos está calificado con un nivel de complejidad de dos letras. Entonces, si nos encontramos con las siglas MB, debemos saber que corresponde a Mayor B. Y, si dice EA, se refiere a Especial A. La importancia que tiene este dato es que cada uno de estos niveles de dos letras tiene un precio expresado en un listado de valores que se actualiza permanentemente.

Luego, debemos señalar que, por cada vez que se facturen honorarios de anestesiastas, tendremos que agregar inicialmente el código EV 30.01.01, que corresponde a evaluación anestésica. ¿Saben de qué se trata? Es el procedimiento previo, realizado por el profesional anestesista, para comprobar que el paciente no sufra rechazo o alergias a la anestesia. Entonces, es importante recordar que siempre agregaremos este código a todas las cirugías que se facturen.

Y también se agregarán los códigos de urgencia establecidos en este nomenclador a cada cirugía, si así lo requiriesen. Pero es importante saber que hay distintas posibilidades... Por ejemplo:

- El código 30.01.02 UD corresponde a urgencia diurna
- Luego, el 30.01.03 UN es de urgencia nocturna
- El 30.01.04 UF refiere a urgencia feriado
- Mientras que el código 30.01.05 US corresponde a urgencia sábado
- Y el 30.01.06 UO a urgencia domingo.

Los que mencionamos son los códigos de urgencias más utilizados, pero el Nomenclador tiene más códigos referidos a guardias activas y pasivas en determinados días, refuerzos y reemplazos de guardias. Además, este último código 30, de evaluación anestésica, comprende, también, guardias en determinados hospitales, como por ejemplo el Español o el Garrahan.

Sobre el final el Nomenclador de Anestesia tiene sobre unas observaciones que serían el equivalente a las normas establecidas en el Nomenclador Nacional. Estas observaciones

o normas se refieren a urgencias, operaciones programadas e intervenciones múltiples en una sesión quirúrgica en el mismo paciente, que establece los porcentajes de honorarios a facturar, de la misma forma que lo establece el Nomenclador Nacional en sus normas referidas a cirugías.

En primer lugar, destaca que, se entiende por intervención de urgencia a aquella no programada con la debida anticipación, y establece rangos de días y horarios para clasificarlas. De esta manera, se considera:

- Urgencia diurna a la que se realiza de lunes a viernes de 8 a 19 horas.
- Mientras que la urgencia nocturna es la que se realiza entre las 19 y las 8 horas del día siguiente.
- Y se considera urgencia feriado a la que se realiza los días sábados, domingos o feriado.

Estas prácticas se diferencian de las operaciones programadas, que serán consideradas así cuando se realicen de lunes a viernes luego de las 19 horas o los sábados y feriados durante las 24 horas. Así, las cirugías programadas tendrán un recargo del 30% sobre el arancel correspondiente.

Y, por último, veamos qué ocurre en el caso de las intervenciones múltiples en una sesión quirúrgica, en un mismo paciente. En estos casos el nomenclador establece lo siguiente:

- Si se realizan por distintas vías, se cobrará el 100% de cada una.
- Mientras que, si son por la misma vía, se cobrará el 100% de la más importante, y el 50% de las agregadas.

Por otro lado, indica que:

- “Los honorarios para pacientes privados son del 30% de los honorarios quirúrgicos, y cuando no hay o no se conocen los mismos, se aplican los aranceles de este Nomenclador más un 20%”.
- “Y cuando el cirujano pasa a la obra social porque le reconoce honorarios superiores al Nomenclador Nacional, o a las de este libro, el anestesiólogo pasará el 30% de los mismos”.

Entonces, estas observaciones o normas deberán ser tenidas en cuenta cuando se facturen cirugías múltiples, de la misma forma que sucede con los honorarios y gastos

en cirugías múltiples facturados a través del Nomenclador Nacional, y la omisión de estas significará un error de facturación, que se trasladará a un débito.

Es momento de ver algunos ejemplos de cómo facturar los honorarios de anestesia utilizando el Nomenclador de AAARBA. Tomemos como primer caso una craneotomía exploradora. Lo primero que tenemos que hacer, para seguir familiarizándonos con el Nomenclador Nacional, es buscar en él qué código corresponde a esta cirugía. Para esto iremos al capítulo 01 de operaciones en el sistema nervioso y allí encontraremos el subcapítulo 01.02, correspondiente a operaciones intracraneanas. De esta manera, podremos ver que el código que le corresponde a este procedimiento quirúrgico es el 01.02.08 de craneotomía exploradora.

Una vez hecho esto, debemos acudir al Nomenclador de AAARBA. Es importante recordar que lo primero que facturaremos será el código 30.01.01 EV por la evaluación anestésica. Luego, debemos buscar la región que le corresponde a la práctica solicitada, que en este caso es la 10 de neurocirugía. Y, también, el número de órgano, que es el 5, correspondiente a cráneo y cerebro. Entonces, a partir de allí buscaremos la cirugía específicamente en la descripción, que en este caso será el código 10.05.17 de craneotomía exploradora osteoplástica subdural. Este código tiene asignado un Nivel de complejidad ED, o Especial D, que es lo que le dará el valor a la práctica.

Ahora bien, es importante que sepamos que el Nomenclador de AAARBA no está valorizado como el Nomenclador Nacional, sino que, como dijimos, tiene asignado a cada código el nivel de complejidad, que es lo que determina el precio final de la práctica realizada.

Pero, se preguntarán cómo podemos saber cuál es el valor correspondiente en cada caso... Los valores son establecidos por AAARBA en listados que se actualizan periódicamente y en donde están detallados cada nivel de complejidad y su valor correspondiente. Entonces, el listado contiene:

- Un detalle del nivel de complejidad, que puede ser MB, MD, EC, ED, etc., con su respectiva descripción, que en este caso será Mayor B, Mayor D, Especial C y Especial D
- La fecha de vigencia de los valores

- Y el arancel definitivo del nivel de complejidad, que será el que se aplicará al código facturado.

Veamos otro ejemplo. Supongamos que tenemos una tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar. Lo primero será buscar en el capítulo correspondiente del Nomenclador Nacional, que es el 04 de operaciones en el sistema endócrino, subcapítulo 04.01 de operaciones en las glándulas tiroides y paratiroides, y el código es 04.01.01 de tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar.

Luego, para el nomenclador de AAARBA en primer lugar, como siempre, se colocará el código 30.01.01 EV. Luego, iremos a la región 11, que es tórax, órgano 06, cuello, y por la descripción de la cirugía será el código 11.06.20 correspondiente a tiroidectomía total, con o sin vaciamiento ganglionar central. Este código tiene nivel de complejidad EF o Especial F.

Por otro lado, una blefaroplastia la encontraremos en el capítulo 02 del Nomenclador Nacional correspondiente a operaciones en el aparato de la visión, subcapítulo 02.02, operaciones en los párpados, y el código es el 02.02.02 de blefaroplastia. Y, en el Nomenclador de AAARBA, además del 30.01.01 EV, la región será la 09 de cirugía reparadora, órgano 04 correspondiente a ojos y, según la descripción de la práctica, el código es el 09.04.01 de blefaroplastia superior o inferior, con nivel de complejidad MI o Mayor I.

Pasemos al caso de una artroscopía de rodilla. En el Nomenclador Nacional la encontraremos en el capítulo 12 de operaciones en el sistema músculo esquelético, subcapítulo 12.20 de cirugía artroscópica, código 12.20.02 de artroscopía de rodilla. Y, en el Nomenclador de Anestesia, iremos a la región 08 de ortopedia, órgano 03, de articulaciones, y código 08.03.17 de artroscopía simple, con nivel de complejidad EE o Especial E, además del código 30.01.01 EV.

Luego, veamos qué ocurre en el caso de una tomografía, o T.A.C., de cerebro. Pero, antes que nada, ¿saben por qué debemos acudir al Nomenclador de Anestesia en este caso? Porque muchas veces se requiere de una sedación para poder efectuar el estudio y, por lo tanto, se necesitará de la participación de un anestesista. Entonces, la práctica en el Nomenclador Nacional pertenece al capítulo 34 correspondiente a radiología, subcapítulo 34.10, Tomografía Axial Computada, y código 34.10.01 de TAC Cerebral. Y

luego, en el Nomenclador de AAARBA acudiremos a la región 20 de tomografías, órgano 01, generalidades, código 20.01.01 TAC de cerebro, con nivel de complejidad MI o Mayor I, sumado al código 30.01.01 EV.

Es importante tener en cuenta que, en la facturación de honorarios de anestesistas, también se deberá considerar el envío de toda la documentación necesaria en orden y sin faltantes. Entonces, se preguntarán qué es lo que hay que tener en cuenta en este caso... Además de la factura, se deberá adjuntar el detalle de los códigos facturados con la descripción de las prestaciones, con los valores parciales y totales. Y en este detalle, también deben estar:

- Los datos del anesthesiólogo
- Los datos del paciente intervenido
- La obra social, prepaga o aseguradora a la cual pertenece
- Los datos del cirujano que efectuó la cirugía
- El tipo de anestesia utilizado
- La fecha, hora de inicio y duración del procedimiento
- Y la firma y sello del anestesista.

Asimismo, es importante no olvidar sumarle a esto una copia del parte quirúrgico que, como ya sabemos, contiene los datos del anestesista, del cirujano y los ayudantes, la fecha y hora de la cirugía, y la descripción del procedimiento firmado y sellado por el cirujano interviniente. Pero, a su vez, se debe adjuntar el parte de anestesia, con los detalles de la anestesia suministrada, el tiempo de duración de esta, y la firma y sello del anestesista.

Por último, como es habitual en toda la facturación de AAARBA, se envía un detalle con los aranceles vigentes por cada nivel de complejidad en las fechas en las cuales se realizaron las prácticas quirúrgicas. Esto le permitirá corroborar que no haya diferencia de valores al sector de liquidaciones que reciba la facturación.

Cabe destacar que, como sucede con muchos prestadores que manejan un gran volumen de facturación, generalmente se les asigna a las prestatarias un usuario y una contraseña para que puedan buscar las facturas correspondientes en un sitio web. En el caso de AAARBA, contiene, además de las facturas, las notas de crédito, de débito, la documentación respaldatoria, los listados de aranceles vigentes, y el Nomenclador de Anestesia para que pueda ser consultado por quienes liquiden.

Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada

Hasta ahora vimos cómo se facturan los honorarios de anestesiistas, a través de un Nomenclador propio, desarrollado por la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires, el que, al igual que el Nomenclador Nacional, tiene determinadas normas de facturación que deben conocerse y ser tenidas en cuenta. Pero ahora es momento de ver otro de los nomencladores más utilizados... Nos referimos al Nomenclador de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. Pero antes de explicarles esto, es importante que conozcan un poco de qué se tratan los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada...

Los hospitales públicos, en nuestro país, son todos aquellos que están financiados con fondos del Estado, de la provincia o del municipio al cual corresponden. Y, a diferencia de una entidad privada de salud, tienen la obligación de atender a todas aquellas personas que requieran atención médica.

En Argentina, los primeros hospitales públicos surgieron para poder atender a ex combatientes de las campañas del desierto, emprendidas por Juan Manuel de Rosas. Pero, además, cabe destacar como factor importante en el desarrollo de los hospitales públicos, la actividad de las colectividades extranjeras.

Quizás se pregunten por qué decimos esto... Es porque la medicina mutual surge con la incorporación masiva de inmigrantes que fundaron sociedades de socorros mutuos, basados en el agrupamiento por colectividades étnicas. De esta manera, ya para 1827, los comerciantes ingleses habían establecido una precursora sociedad filantrópica, y a fines del siglo '19 ya se advirtió el auge de las mutualidades, tales como el Hospital Italiano, el Español, el Británico y el Francés.

Ahora bien, en la década del '40 se genera un cambio de paradigma a partir del cual la salud pasa a ser responsabilidad del Estado. ¿Saben qué quiere decir esto? Que se produjo una expansión estatal de la cobertura sanitaria, a la vez que se nacionalizaron los establecimientos públicos, desplazando a las sociedades de beneficencia. Además, se construyeron nuevos hospitales y centros médicos ambulatorios, así como se crearon programas dirigidos a problemáticas sanitarias específicas.

Luego, a nivel institucional, la premisa de que a partir de ese momento la salud pública era un asunto específico del Estado, llevó a que el Departamento Nacional de Higiene se transformara en la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. Además, entre el año 1946 y 1949 se creó la Secretaría de Salud Pública y el Ministerio de Salud Pública, respectivamente. Así, el hospital público se convirtió en un centro formador de profesionales, de acceso para todos los sectores de la población.

A su vez, los trabajadores comenzaron a agruparse en mutuales, de acuerdo a su rama de producción, y esto fue lo que sentó las bases de lo que luego constituiría las primeras obras sociales. El Estado tomó intervención en el tema y, con diferentes medidas de Gobierno, convalidó, legalmente, la existencia de las obras sociales existentes y creó otras nuevas.

Y, a partir de 1955, comenzó la descentralización del sistema hospitalario. Esto quiere decir que se transfirió a las provincias y a los municipios la responsabilidad sobre los establecimientos de salud que, hasta ese momento, se encontraban en manos del Estado Nacional.

Como vimos hasta el momento, la descentralización de los hospitales les otorgó la posibilidad de auto gestionarse. Pero, ¿qué quiere decir esto? Que cuentan con la posibilidad de financiamiento mediante el arancelamiento y la contratación, a través de convenios con las obras sociales.

Es importante tener en cuenta que el hospital público brinda atención a, aproximadamente, 15 millones de personas que no poseen otra cobertura de salud. La mayoría de sus recursos provienen del sistema impositivo, con grandes variaciones en el impacto distributivo de estos ingresos, relacionado directamente con las políticas de salud, y recibe, en general, un presupuesto jurisdiccional. Y, si bien no se suele autofinanciar, sí tiene la posibilidad de recuperar costos de los otros subsectores del sistema de salud por los servicios brindados a sus afiliados.

Además, el hospital público, a través de la cobertura universal en salud, brinda atención gratuita a toda la población, mayormente a sectores menos favorecidos. Sin embargo, existen prestaciones cruzadas, esto quiere decir que se convierte, también, en prestador de personas que tienen algún tipo de Seguro Social, ya sea obra social, medicina, prepaga o ambas.

Entonces, por iniciativa del Estado Nacional, en los años '90, se realizó una reforma para poner en práctica la estrategia de la descentralización de los hospitales públicos, creando para ellos la figura de autogestión, conocido como Hospital Público de Autogestión o HPA. De esta manera, se impulsó la posibilidad de financiamiento utilizando recursos propios, pero realizando, a su vez, la transferencia de los hospitales nacionales a las jurisdicciones provinciales. El fin primario de esta resolución era aportar una fuente de mayor financiamiento a los hospitales públicos, la que le permitiría al Hospital Público de Autogestión recuperar los gastos que se producen en la atención de pacientes ya cubiertos por el sector de la Seguridad Social y el privado.

Así, a través del Decreto 578/93 se creó el Registro de Hospital Público de Autogestión, en el que se podían inscribir los hospitales nacionales, provinciales o municipales. Además, lo que indicaba esta normativa es que los hospitales públicos podían facturarle al agente del Sistema Nacional de Salud correspondiente, quien, en un plazo de 30 días corridos, debía saldar el pago de lo facturado. Y, en el caso de no tener respuesta, se realizaba el reclamo a la Administración Nacional del Seguro de Salud, conocida como ANSSAL, quien procedía al débito de la cuota de la cuenta del agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud para el pago al hospital público, dentro de los 15 días hábiles. De esta manera, si se encontraban discrepancias, el ANSSAL elevaba el informe a la Secretaría de Salud, que era la responsable de tomar la decisión definitiva.

Además, en este decreto se estableció, y en resoluciones posteriores se ratificó, que los hospitales públicos registrados, luego denominados Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, podían tener un convenio con el agente del Sistema Nacional de Seguro de Salud.

El decreto 578/93 fue complementado y/o modificado por otras normas, en las cuales se estableció la constitución de la Superintendencia de Servicios de Salud por fusión de la Administración Nacional del Seguro de Salud y la Dirección Nacional de Obras Sociales, o DINOS.

Y, con el Decreto 939/2000, se creó el régimen de Hospital Público de Gestión Descentralizada, dando origen a un nuevo Nomenclador con normas específicas, dejando de lado los Hospitales Públicos de Autogestión. De esta manera, se estableció el destino del dinero recaudado por las prestaciones facturadas a terceros pagadores y se determinó que los montos fueran administrados por el mismo hospital.

Otro dato importante a tener en cuenta es que los Hospitales de Gestión Descentralizada brindan atención a la gran mayoría de los accidentados en la vía pública. Esto llevó a realizar convenios con los agentes del seguro de salud, además de cobrar a terceros los servicios brindados e integrarse en redes de servicios de salud.

Como ya dijimos, el hospital público cuenta con un presupuesto jurisdiccional para su financiamiento y, a la vez, tiene una forma de recuperar costos, manteniendo la gratuidad para el paciente, pero facturando a un tercer pagador, que puede ser una obra social nacional o provincial, una mutual, a PAMI, a una empresa de medicina prepaga, o Aseguradora de Riesgos de Trabajo.

Para finalizar, debemos saber que, de acuerdo con lo informado por la Superintendencia de Servicios de Salud, actualmente se encuentran registrados 1805 hospitales de gestión descentralizada. Y, mientras que las provincias de Neuquén y Tierra del Fuego no tienen hospitales registrados en la Superintendencia de Servicios de Salud, las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe son las que tienen registrados la mayor cantidad de hospitales.

Nomenclador de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada

Habiendo conocido la historia y el origen de lo que hoy se conoce como Hospital Público de Gestión Descentralizada, es momento de conocer cómo se realiza la facturación de las prestaciones que se llevan a cabo en él. Como se imaginarán, tiene su propio Nomenclador que, a diferencia del Nomenclador Nacional, tiene una forma diferente de codificar las prácticas y de organizarse. Veamos, entonces.

Lo primero que tenemos que señalar es que el Nomenclador de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada está, básicamente, conformado por módulos. Cada uno de ellos agrupa una determinada cantidad de prestaciones, a diferencia del Nomenclador Nacional que codifica prestaciones individualmente. Entonces, en este Nomenclador, cada módulo tiene una descripción de las prestaciones que incluye, y de las que excluye. Además, las prestaciones están clasificadas por códigos ordenadas de una manera específica. En el material complementario podrán ver el listado completo de códigos de prestaciones.

Además, como todos los nomencladores que hemos visto hasta ahora, el de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada tiene, también, sus normas de facturación establecidas en el Anexo II.

En primer lugar, expresa que “los módulos clínico-quirúrgicos comprenden todos los servicios para el diagnóstico y tratamiento del paciente durante el período de internación, adicionando a la facturación aranceles de otras prestaciones sólo en casos expresamente indicados o con acuerdo de partes”.

Luego, en cuanto a los horarios de realización de prestaciones y de permanencia, indica que “cuando un paciente, a quien se le dio el egreso hospitalario no sea retirado dentro de las 24 horas de comunicado el mismo, el hospital facturará al prestatario un módulo clínico por día de permanencia” y agrega que “las prestaciones realizadas en horarios nocturnos y/o feriados no modifican los aranceles”.

Más adelante, nos encontramos con que “los aranceles incluyen —a cargo del hospital— el traslado del paciente a otro establecimiento para la realización de prácticas incluidas en el módulo, motivo de su internación” y que “cuando el motivo de la internación no esté contemplado en los módulos valorizados por diagnóstico se utilizará el módulo día clínico y/o quirúrgico para su facturación”.

Veamos qué sucede en el caso de los tratamientos quirúrgicos... De acuerdo con este Nomenclador, “cuando un paciente, durante una internación clínica, requiera tratamiento quirúrgico, se facturará el módulo clínico hasta su realización y posteriormente se adicionará el módulo quirúrgico correspondiente, o viceversa” y aclara que “los módulos quirúrgicos son aquellos que corresponden a patologías que determinen la necesidad de efectuar la cirugía que tipifica el módulo. En caso de no haberse realizado el acto quirúrgico, por razones no atribuibles al hospital, se facturará como módulo día clínico”.

Luego, el Nomenclador indica que “las reintervenciones por la misma patología durante una internación están incluidas cuando se trate de módulos aranceladas por diagnóstico. En casos de distinta patología, se facturará el módulo correspondiente”.

Y, además, establece la forma de considerar los honorarios y gastos dependiendo del tipo de intervención... Así, indica que “en las intervenciones múltiples, realizadas durante un mismo acto operatorio y distinta vía de abordaje, se facturará el 100% del módulo mayor

y el 75% de los restantes”. Y, “cuando se trate de la misma vía de abordaje, se facturará el 100% del módulo mayor y el 50% de los restantes”.

Posteriormente, indica que “toda pieza quirúrgica incluye el estudio anatomopatológico, salvo que expresamente esté excluido”, y que “en los módulos por diagnóstico, y en caso de reinternación por la misma patología, ésta no se facturará si se produce dentro de las 24 horas de la fecha de egreso en el mismo efector. Superado este plazo se considerará nueva internación”.

Veamos qué ocurre en el caso de los estudios de diagnóstico o tratamiento... Lo que se indica es que “las prácticas de diagnóstico y tratamiento aranceladas en el código 35.00, no están contempladas en el valor de los módulos ni incluyen exámenes complementarios, salvo que estén expresamente incluidas” y aclara que “los aranceles incluidos en este Nomenclador son aplicables, tanto a la atención de adultos como de niños, salvo indicación expresa”.

Por su parte, en cuanto a las internaciones, establece que “los módulos quirúrgicos valorizados por diagnóstico incluyen la internación en los respectivos servicios hasta el alta quirúrgica, salvo los expresamente indicados en módulos específicos. En caso de prolongarse la internación luego del alta quirúrgica, por razones médicas debidamente justificadas, se podrán facturar módulos clínicos a valor del Código 4.01 hasta el efectivo egreso, y de acuerdo con la escala prevista” y “asimismo, los módulos quirúrgicos valorizados por diagnóstico incluyen hasta 24 horas de internación en áreas críticas: UCO, UTI, UTIN y terapias intermedias. Superado dicho plazo se adicionará al módulo los días de internación en áreas críticas excedentes y hasta la descomplejización del paciente”.

Continuemos con los insumos utilizados. Para ello, el Nomenclador afirma que “toda tecnología sanitaria (medicamentos, descartables, prácticas, técnicas quirúrgicas, etc.) avalada por la medicina basada en la evidencia científica que, a la fecha de edición del presente Nomenclador, no sean de uso habitual, se considerarán excluidas de los módulos respectivos, pudiendo ser facturados, en consecuencia, a valores de referencia o por acuerdo de partes, hasta tanto no se expida el Comité del Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada”.

Posteriormente, indica que “los medicamentos y descartables listados en los códigos 36.00 y 37.00, no están incluidos en el valor de los módulos. En caso de ser facturados, los

medicamentos lo serán a valor Manual Farmacéutico y los descartables a valor del Mercado, salvo acuerdos de partes”. Además, “todo insumo en Cirugía Especializada, que no esté expresamente incluido, se facturará por separado”.

Otra de las normativas relevantes, sostiene que “cuando la internación se realiza por módulos valorizados por diagnóstico, y el paciente debe ser derivado a otro efector de la red pública, tal módulo será facturado por el hospital que realice la cirugía, pudiendo el restante facturar por día clínico o quirúrgico”, y aclara que “las prótesis y órtesis están excluidas de los módulos, salvo indicación expresa”.

Por otra parte, “en intervenciones quirúrgicas no previstas en módulos arancelados por diagnóstico, se facturará un valor mínimo equivalente a dos módulos día quirúrgico por las primeras 24 horas de internación. En cambio, si el paciente además requiriere internación en áreas críticas durante ese lapso, al módulo correspondiente, se le adicionará solamente un módulo día quirúrgico. A partir del segundo día se facturará el módulo correspondiente a la complejidad requerida”.

Más adelante, nos encontramos con que “las internaciones quirúrgicas incluyen, en los aranceles anestesia general, epidural, regional o local. En casos no habituales, especialmente en niños, cuando sea necesario anestesia y no está expresamente incluida, se facturará de acuerdo al código 35.01”.

Por otro lado, el Nomenclador establece que “el valor de los módulos incluye las prácticas de laboratorio de las categorías I, II y III individualizadas en el anexo correspondiente, de utilizarse prácticas de otras categorías se sumarán a la facturación” y agrega que “tratándose de internación por módulo día, se facturará el día de ingreso y no el de egreso, salvo en caso de deceso del paciente luego de las 13 hs”.

Asimismo, indica que “no se podrá facturar más de dos días a valor módulo clínico como prequirúrgico en las internaciones valorizadas por módulo día quirúrgico, salvo justificación médica expresa o acuerdo de partes” y aclara que “el total del arancel de las prestaciones de este Nomenclador estarán a cargo de la obra social, prepagos, seguros, etc. No se prevé el pago de coseguros al hospital por parte del beneficiario”. Además, establece que “en pacientes con riesgo de contagio biológico, se excluyen los materiales descartables necesarios para la prevención, excepto en los códigos 3.03 y 4.05”.

Para finalizar, indica que “todo aquello no contemplado en este Nomenclador y que no pueda ser facturado por similitud, será facturado por acuerdo de partes (prestador-prestatario), con información al Comité del Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada con la finalidad de evaluar su incorporación en futuras modificaciones del presente nomenclador”.

Entonces, todas las normas mencionadas del Nomenclador de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deben ser consideradas en el momento de facturar sus prestaciones para evitar errores y posibles débitos.

Ejemplos

Vamos a ver algunos ejemplos acerca de la manera correcta de facturar las prestaciones, de acuerdo con el Nomenclador de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. Como ya mencionamos, este Nomenclador mayormente agrupa una cierta cantidad de prestaciones en módulos, y también contiene otras en forma individual, como lo hace el Nomenclador Nacional. Pero, a diferencia de los nomencladores que ya vimos, en este caso se encuentran arancelados cada uno de sus módulos y prácticas, y sus valores se actualizan periódicamente.

Entonces, teniendo en cuenta lo que hemos aprendido de este Nomenclador, veamos cómo codificar las siguientes prestaciones. Empecemos con el caso 1, en el que un paciente realiza una consulta en el Centro de Atención Primaria de Moreno. En este caso, iremos al código 1 del Nomenclador, que corresponde a atención ambulatoria. Allí encontraremos el código que le corresponde, que es el 1.01.1 de Consulta en Caps. Tengamos en cuenta que la sigla Caps refiere a Centros de Atención Primaria en Salud.

Luego, en el caso de que el paciente hiciese una consulta en consultorio, el código será el 1.01 de consulta. Mientras que, si se trata de una audiometría, logaudiometría y una impedanciometría, también corresponde al código 1 de atención ambulatoria. Y, en este caso, todas las prestaciones están incluidas en el código 1.03, que incluye la audiometría, logaudiometría e impedanciometría.

Ahora bien, como pueden ver, en ese caso el código incluye varias prestaciones en forma de módulo. Entonces, se preguntarán cómo debemos proceder en ese caso... Bueno, deberemos comprobar qué prácticas tiene incluidas y cuáles están excluidas.

Veamos otra situación. Supongamos que un paciente ingresa por guardia por un corte en el miembro inferior izquierdo y se le realiza una sutura. En este caso, iremos al código 1 de atención ambulatoria y el código que incluye estas prácticas es el 1.04 de atención en guardia o consultorio externo. Allí podremos ver que este código incluye prácticas menores diagnósticas y/o terapéuticas, como administración de medicamentos, sutura de heridas, nebulizaciones, curaciones de úlceras, drenaje de absceso, extracción de cuerpo extraño, curaciones, infiltraciones. Es por ese motivo que acudiremos a él para codificar esta prestación.

En cambio, si tenemos un paciente que se interna en piso, en habitación compartida, desde el día 02 de julio hasta el 04 de julio, y se le realiza una RMN de cráneo, tendremos que buscar en el código 4 del Nomenclador. ¿Saben por qué? Porque es el que corresponde a internación. Allí encontraremos el código 04.01 de módulo día clínico del 1º al 6º día inclusive, internaciones clínicas en habitación compartida.

Lo que podemos ver en este caso es que las prácticas incluidas son:

- Anatomía patológica
- Hemoterapia
- Honorarios y gastos
- Medicamentos y material descartable de uso habitual
- Oxígeno
- Prácticas de diagnóstico y tratamiento de uso habitual
- Rehabilitación
- Y yeso.

Pero excluye:

- Eco-Doppler
- Electrofisiología
- Hemodiálisis
- Hemodinámica
- Marcapaso
- Medicina nuclear
- Prótesis y ortesis
- RMN

- TAC
- Terapia radiante
- Y hemoterapia de hasta dos transfusiones.

Entonces, ¿qué creen que tendremos que hacer en este caso? Bueno, teniendo en cuenta que este código excluye la resonancia, tendremos que ir al capítulo 32 de Tomografía Computada y Resonancia Magnética y agregaremos el código 32.02 de Resonancia magnética nuclear por región anatómica, lo que no incluye el material de contraste.

Así, como podemos observar, al buscar los códigos en este Nomenclador, en la columna de la derecha se encuentran los valores correspondientes a cada una. Pero se preguntarán por qué no hay columna de honorarios y gastos... Esto se debe a que está todo incluido en el valor del módulo o práctica. Esto hace que el uso de este Nomenclador sea más dinámico. Pero siempre habrá que tener en cuenta las inclusiones y exclusiones de cada uno.

Débito prestacional

Todo lo que hemos aprendido hasta acá nos va a permitir facturar todo tipo de prestaciones médicas ambulatorias o de internación. Además, ahora conocemos también cómo se utiliza el Nomenclador de Anestésias y el de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. Pero la finalidad no es solamente lograr el conocimiento técnico necesario para poder hacer una facturación correcta, sino también evitar el margen de error que se podría transformar en un débito prestacional.

Lo que ocurre es que, como ya mencionamos, el débito es evitable si se hacen las cosas correctamente. Pero, como somos seres humanos, por supuesto no estamos exentos de cometer algún error u omisión. Por lo tanto, es importante que sepamos que, cuando recibamos débitos, tendremos que analizarlos y ver si tenemos la posibilidad de refacturarlos.

Entonces, se preguntarán qué haremos en esos casos... Veamos. En el caso de que sean refacturables, tendremos que emitir una nueva factura por el importe que fue debitado. Además, tendremos que adjuntar la documentación necesaria, si se trata de un débito

por falta de documentación, y, en el detalle de facturación, deberemos poner en la descripción que se trata de una refacturación. Así, colocaremos que corresponde a la factura número tanto, junto con el motivo por el cual se realizó el débito originalmente.

Este análisis será muy importante para completar nuestra tarea de facturistas, de la misma forma que también nos podrá tocar realizar el análisis de facturación entregada por otros prestadores, que pueden ser entidades tercerizadas que realicen determinadas prácticas, que en nuestro lugar de trabajo no se realicen. Veamos qué ocurre en esos casos...

Lo que tendremos que hacer es poner en práctica todos nuestros conocimientos de facturistas, para corroborar:

- Que no falte documentación
- Que no existan errores de codificación
- Que las prácticas facturadas se hayan realizado realmente
- Que se hayan respetado los valores convenidos en las fechas que se factura
- Que no se hayan facturado medicamentos no suministrados
- O que no falte ningún detalle en los procedimientos médicos.

Cabe destacar que este análisis de la facturación recibida forma parte del proceso de liquidación, y es absolutamente necesario para determinar si el pago a realizar será por el total facturado o si se le hará algún débito. Pensemos que no se pagará ninguna facturación sin haber pasado antes por el proceso de liquidación, por lo que nuestro trabajo como facturistas liquidadores también será decisivo.