

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Luciano Scialocomo

**ANÁLISIS DE LAS CUASAS DE LOS DÉBITOS MÉDICOS Y
ADMINISTRATIVOS, PRO PARTE DELAS OBRAS SOCIALES
A LOS PRESTADORES PRIVADOS ASOCIADOS A ACLER,
EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2019, EN LA
PROVINCIA DE ENTRE RÍOS**

2019

Citar como: Scialocomo, L. (2019). Análisis de las cuasas de los débitos médicos y administrativos, pro parte delas Obras Sociales a los prestadores privados asociados a ACLER, en el primer semestre del año 2019, en la provincia de Entre Ríos. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Índice

| | |
|----------------------------|----|
| Abstrac/Resumen | 3 |
| Introducción | 4 |
| Planteamiento del problema | 7 |
| Desarrollo | 8 |
| Marco teórico | 9 |
| Análisis del problema | 12 |
| Conclusiones | 16 |
| Bibliografía | 18 |

Resumen

Los prestadores sanatoriales en la actualidad, están buscando la forma de solucionar los problemas económicos y financieros que padecen, debido al giro propio que tiene la actividad de salud. En esta búsqueda, se encuentran no solo con el problema de los plazos de cobros sino con los débitos realizados por las diferentes obras sociales.

Los débitos son deducciones, por diferencias entre la liquidación y la prestación efectuada por el prestador, y pueden ser, por una causa médica o administrativa, y donde el soporte técnico que resulta fundamental es la Historia Clínica, la cual es analizada, desde el punto de vista formal, económico y médico, de manera minuciosa.

En este trabajo se analizarán los débitos sufridos por las Clínicas, en el primer semestre del año 2019, considerando solo, los que se producen en la facturación del 2do. nivel internación y en convenios realizados por prestaciones, celebrados con las obras sociales, buscando detallar, las causas que los originan, con el propósito de evitar que se produzcan y de esa manera minimizar el impacto que los mismos producen, en las estructuras sanatoriales.

Palabras claves: debito administrativo, debito médico, auditoría médica, facturación, Apelación de débitos, re facturaciones.

Teniendo en cuenta que la Asociación tiene más de 80 convenios firmados, con diferentes financiadores, este trabajo se focalizó, en aquellos donde la facturación presentada a través de ACLER, medida en términos monetarios, resulta de gran importancia en la estructura de costos de los prestadores. Las obras sociales que fueron incrementando su consumo y por ende su facturación, comenzaron a realizar mayores controles en las prestaciones, por lo que el monto de los débitos aplicados, se incrementó notablemente.

Los casos de la Obra Social provincial (IOSPER) y IOSFA, representan alrededor del 62 % del volumen facturado por la entidad, y por ese motivo durante este trabajo nos centraremos particularmente en ellos.

La información de los débitos que van a ser aplicados, en general, se encuentran en las páginas web de las obras sociales, para poder acceder a ellos, anticipadamente. De esta manera se puede ir procesando y cargando la información para cuando llegue la transferencia, por parte de la obra social, poder proceder con celeridad a la liquidación.

Pero tenerlos con anterioridad, no permite evitar su aplicación o iniciar el proceso de apelación con antelación, se tiene que realizar la liquidación, trasladando los débitos respectivos, a quien corresponda, y recién en ese momento se procede al análisis de los mismos, para ver si se va iniciar o no, el proceso de apelación, que puede terminar con la re facturación de la prestación.

La facturación de la Obra Social Provincial (IOSPER), representa más del 50 %, del monto facturado que pasan las clínicas a través de ACLER, y contempla en el Anexo de Normas Operativas, la realización de una auditoría compartida con los auditores de ACLER en una primera instancia, y cuando en la misma, no se llega a un acuerdo, también intervienen los auditores de cada sanatorio. Con excepción de IOSFA, ningún convenio de la seguridad social que tiene firmado ACLER, realiza auditoría compartida ni tampoco auditoría en terreno, para la discusión de la práctica médica que se está aplicando en él momento. En el caso de las prepagas solamente SWIS MEDICAL realiza auditoría compartida, donde solo se analiza los gastos de internación sin incluir los medicamentos. Para los otros convenios que posee la Institución, la única posibilidad de analizar, apelar o protestar un débito, es cuando la obra social procede a liquidar la facturación e incluye los débitos en la misma. Las obras sociales que son denominadas grandes, por su cantidad de afiliados, tienen en sus plantillas auditores que realizan auditoría en terreno, pero verificando la calidad de la prestación y que no le falte nada al afiliado internado, no para discutir, en el momento, el procedimiento médico.

Observamos que en las prestaciones médicas se da un proceso muy diferente al resto de las actividades económicas, debido a los múltiples condicionamientos que se generan hasta que los prestadores logran cobrar los servicios prestados.

Teniendo en cuenta el contexto económico actual y conociendo que los plazos de pagos de las distintas obras sociales no se van a modificar, debemos intentar ser eficientes para

reducir el efecto del proceso inflacionario que estamos transitando. Es por eso que resulta importante indagar el origen y las causas de los débitos para no seguir dilatando en el tiempo, el cobro de la prestación y evitar que se produzcan.

Metodología

La metodología utilizada en este trabajo es retrospectiva, cuantitativa y descriptiva.

Se analizó la facturación presentada y cobrada por nuestra entidad, durante el 1er. Semestre del año 2019, en la provincia de E. Ríos.

La información referida a facturación y débitos, que se utilizó, surgió del sistema informático de la institución.

También se consultó al sector de auditoría de ACLER y de algunos sanatorios, para conocer la forma en que se realizaba el trabajo de auditoría con las obras sociales.

Planteo del Problema

Para el desarrollo del trabajo, se analizó la facturación elevada a las distintas obras sociales durante el primer semestre del año 2019, su posterior cobranza, momento en el cual los financiadores aplican los débitos.

La existencia de los débitos, no es un problema nuevo, pero en los últimos años los financiadores han ido incorporando, cada vez más el tema de las auditorías de manera unilateral, lo que provocó, que el control de las internaciones médicas sea más estricto y generen en consecuencia, débitos muy significativos para los prestadores sanatoriales.

Igualmente vale la pena aclarar que el objetivo final de la auditoria, como concepto, es lograr la mayor eficiencia, maximizar el rendimiento de la atención y mejorar la calidad de las prestaciones, pero muchas veces todo esto queda de lado por la puja de intereses entre financiadores y prestadores.

Los débitos se originan por diversos motivos, a continuación mencionaremos algunos; falta de diagnóstico, falta de fecha de presentación, falta de documentación respaldatoria, falta de autorización, falta de firma del beneficiario, falta de protocolo quirúrgico, falta del protocolo anestésico, falta de informe de estudios de imágenes realizadas, falta de anatomía patológica, el día de internación, no debidamente justificado, el estudio realizado no corresponde con el diagnostico presuntivo, medicación en exceso, material descartable en exceso, no corresponde internación en UTI, no corresponde internación en UCO.

Objetivos

Generales: Analizar las causas de los débitos médicos y administrativos, aplicados por las diferentes obras sociales, considerando la facturación del primer semestre del año 2019.

Específicos:

- 1- Clasificar los débitos de acuerdo a su origen (Financiador) y por fecha,
- 2- Analizar las causas que los originan.
- 3- Detallar los débitos más significativos que impactan en la economía de los sanatorios

DESARROLLO

Marco Teórico

Nuestro sistema sanitario provincial no deja de ser un espejo de lo que sucede en el resto del país, en cuanto a lo fragmentación y segmentación y a la existencia de los tres subsistemas en forma simultánea: la salud pública, las obras sociales de la seguridad social y la medicina privada.

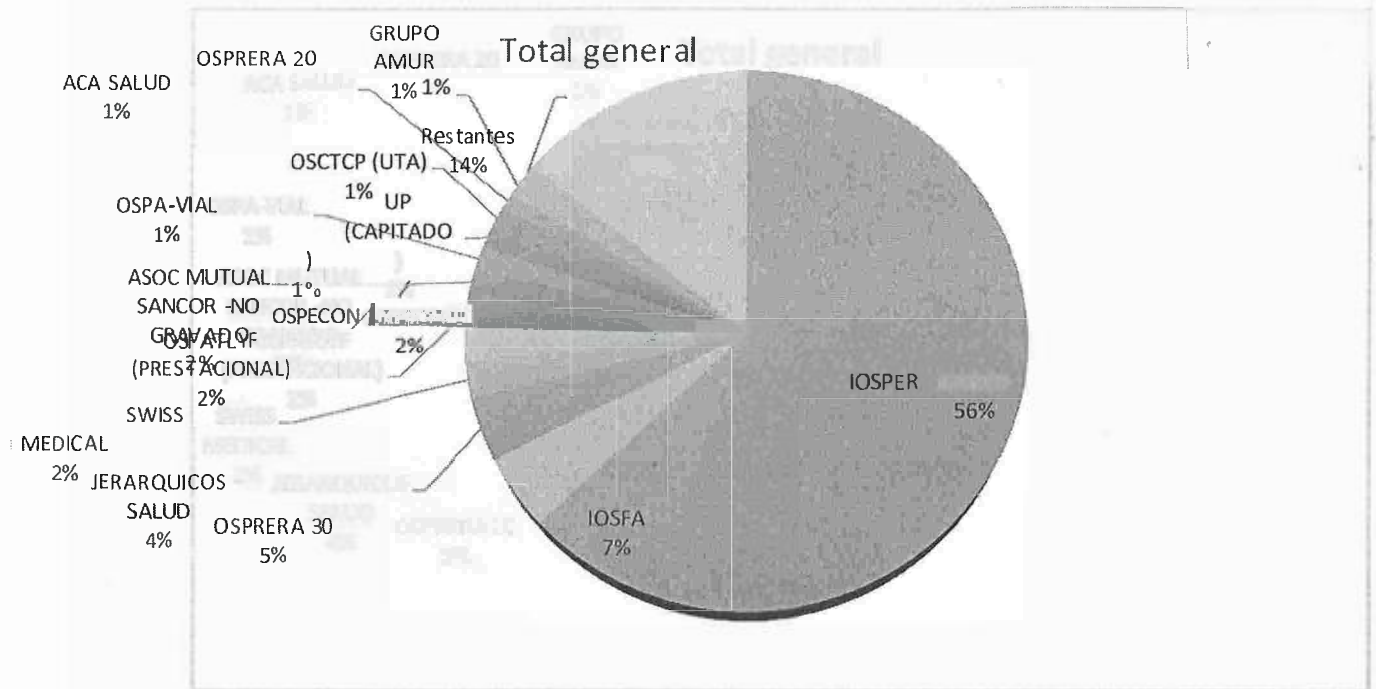
Dentro de este escenario donde intervienen distintos actores como ser el paciente, los financiadores y los prestadores, nuestra Entidad forma parte de los que se denominan intermediarios, realizando básicamente tareas gremiales y firmando convenios con los diferentes financiadores, por cuenta y orden de los prestadores sanatoriales privados.

Pero la particularidad, de los socios de la Asociación de Clínicas de Entre Ríos, que conforman la red prestacional, es su gran dependencia, de la Obra Social Provincial (IOSPER) y de las Obras Sociales de la Seguridad Social, en contraposición de la medicina privada. La sumatoria de la facturación de ambas, que se facturan a través de ACLER, representa más del 70 % de las historias clínicas presentadas por los sanatorios privados de toda la provincia, en nuestra Institución.

Tabla 1: Facturación y porcentaje que representa, sobre el total facturado por ACLER, en el 1er. Semestre año 2019.

| OBRA SOCIAL | Total 1er. Semestre 2019 | Promedio | % |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|----------------|
| IOSPER | \$ 298.516.617,27 | \$ 49.752.769,55 | 55,86% |
| IOSFA | \$ 37.146.576,77 | \$ 6.191.096,13 | 6,95% |
| OSPRERA 30 | \$ 23.768.047,07 | \$ 3.961.341,18 | 4,45% |
| JERARQUICOS SALUD | \$ 20.521.252,56 | \$ 3.420.208,76 | 3,84% |
| SWISS MEDICAL | \$ 11.696.784,28 | \$ 1.949.464,05 | 2,19% |
| OSPECON | \$ 11.360.228,73 | \$ 1.893.371,46 | 2,13% |
| OSFATLYF (PRESTACIONAL) | \$ 10.187.487,94 | \$ 1.697.914,66 | 1,91% |
| ASOC MUTUAL SANCOR -NO GRAVADO | \$ 7.946.230,32 | \$ 1.324.371,72 | 1,49% |
| OSPA-VIAL | \$ 7.648.026,68 | \$ 1.274.671,11 | 1,43% |
| UP (CAPITADO) | \$ 6.852.320,32 | \$ 1.142.053,39 | 1,28% |
| OSCTCP(UTA) | \$ 6.848.932,43 | \$ 1.141.488,74 | 1,28% |
| ACA SALUD | \$ 5.662.263,27 | \$ 943.710,55 | 1,06% |
| OSPRERA 20 | \$ 5.457.708,72 | \$ 909.618,12 | 1,02% |
| GRUPOAMUR | \$ 5.393.289,26 | \$ 898.881,54 | 1,01% |
| Restantes | \$ 75.419.418,78 | \$ 12.569.903,13 | 14,11% |
| Total Gral. | \$ 534.425.184,40 | \$ 89.070.864,07 | 100,00% |

Fuente: Sistema Informático ACLER



Resulta importante este punto, dado que como vamos observar más adelante, las obras sociales, cuya facturación tiene gran incidencia en las estructuras de los sanatorios, son aquellas cuyos controles de auditoría están siendo cada vez más estrictos y aplican mayor cantidad de débitos.

Pese a la resistencia que a veces genera entre financiador y prestador, no hay dudas que el trabajo de auditoría médica realizado de manera profesional, es una gran herramienta de gestión, y sus resultados mejoran la calidad y la eficiencia de las intervenciones sanitarias.

En el libro "Manual de Auditoría Médica" (Escudero, 2013) de acuerdo a Avedis Donabedian, **la auditoría médica** se define como una evaluación sistemática de la atención de la salud enfocada en tres componentes: estructura, proceso y resultado que forman parte del sistema de garantía de calidad de las instituciones que prestan servicios de salud. Dicho en otras palabras es todo lo que pasa entre los pacientes y los profesionales médicos. En relación a los resultados, estos son las consecuencias atribuibles a la asistencia dispensada y están relacionados con la eficacia, efectividad, eficiencia y con la satisfacción del usuario.

Otro concepto que encontramos en este manual, nos dice que la **Auditoría Médica** es la especialidad médica dedicada al análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, mediante la evaluación de estructuras, procesos y resultados, considerando contextos y entornos en que se desarrolla y centrada en los principios bioéticos; orientada a mejorar la calidad asistencial, el rendimiento de la actuación del equipo de salud y a favorecer la mejor calidad de vida de las personas, constituyéndose en la base esencial de la educación y la capacitación continua.

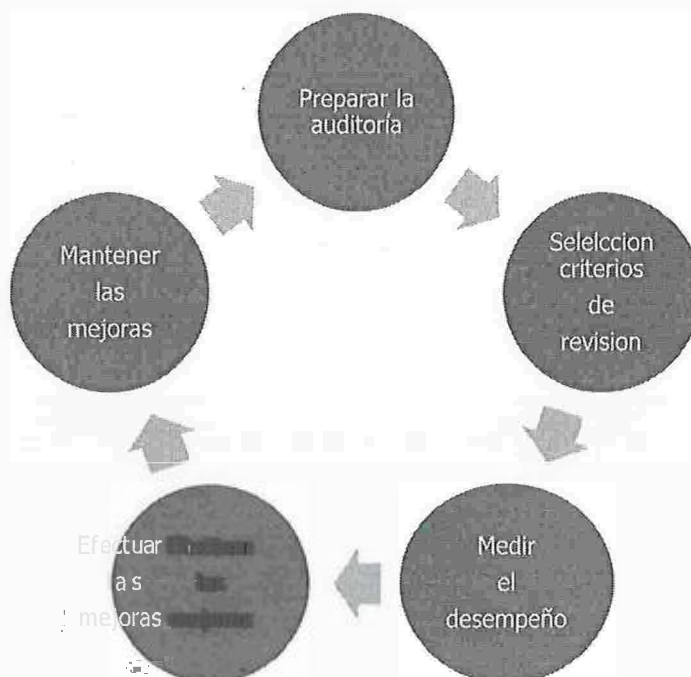
En resumen el propósito fundamental de la auditoría es procurar que el enfermo reciba la mejor atención médica posible y su objetivo específico es elevar su calidad

La auditoría no debe ser vista como una confrontación o juicio y no debe tomarse como la oportunidad para señalar, avergonzar y culpar.

Los requisitos para una buena auditoría son:

- La auditoría clínica debe evaluar la estructura, el proceso o los resultados de atención.
- La auditoría debe ser parte de un programa estructurado y debe tener un líder.
- La auditoría debe idealmente, ser multidisciplinaria.
- Los pacientes, idealmente, deben ser parte de la auditoría.
- Elegir los tópicos de la auditoría en base a problemas de alto riesgo, gran volumen o alto costo.
- Crear los estándares a partir de las guías para buena calidad.
- Usar los planes de acción para superar las barreras locales al cambio e identificar a los responsables de la mejora del servicio.
- Repetir la auditoría para verificar si se implementaron las mejoras en la atención como resultado de la auditoría previa.
- Desarrollar mecanismos y sistemas específicos para monitorear y mantener las mejoras del servicio una vez que el ciclo se ha completado.

La auditoría debe ser vista como un círculo virtuoso tal como se demuestra en el siguiente esquema:



Todos estos pasos son necesarios para una buena auditoría pero no son suficientes sino se asocian a una buena planificación, un desarrollo sistemático para la búsqueda de datos, una adecuada presentación de los resultados y un correcto seguimiento.

En nuestro trabajo, el auditor médico del cual estamos hablando es él que trabaja en relación de dependencia para nuestra entidad o en su caso para el prestador sanatorial, por lo que estará sujeta a las normas que establezcan y tendrá la obligación de avisar acerca de potenciales problemas sobre las prestaciones que medicamente son imprescindibles, insustituibles y no prorrogables.

El documento esencial para realizar la auditoría es la historia clínica, escrita y/o digitalizado, labrado por el profesional médico, ordenado cronológicamente, donde se registra la totalidad de las prestaciones efectuadas al paciente, exámenes y estudios realizados y todo aquello de lo que se requiere dejar constancia, con relación a la patología del paciente. Es importante destacar que todo lo que no está registrado se supone no realizado.

Es el documento de identidad de salud de las personas y además constituye un medio de prueba judicial, por eso debe ser realizada con letra clara y legible, ser pertinente, oportuna y completa y además contener información concisa y ordenada.

Tipos de Auditoría

Auditoría Médica en Terreno

Es donde los profesionales médicos evalúan y controlan a los pacientes internados, teniendo en cuenta el diagnóstico, los procedimientos y los tratamientos empleados, los tiempo de internación, consumo y confección de historia clínica.

Existen prioridades, por donde los profesionales que realizan este tipo de auditoría comienzan:

- Pacientes con internaciones prolongadas
- Pacientes en UTI
- Pacientes sometidos a prestaciones de alta complejidad
- Pacientes sometidos a tratamientos no convencionales o de alto costo
- Re internaciones

Auditoría Médica Compartida

Es el acto donde se reúnen el medico auditor de la entidad financiadora y de la prestadora, con el objeto de analizar las diferencias surgidas del proceso de auditoría realizado por el financiador sobre la facturación presentada por el prestador.

Ahora bien la realidad de la actividad, en la provincia de Entre Ríos, nos muestra que nuestra entidad tiene firmados más de 80 convenios, y en un 100 % de ellos no se realiza auditoria en terreno, salvo casos muy excepcionales y en un 90 % de ellos tampoco se practica auditoría compartida, aplicándose los débitos de manera arbitraria y unilateral, al momento de realizar el pago el financiador.

Tabla 2: Facturación, débitos aplicados y porcentaje que significa, sobre el total facturado en el 1er. Semestre año 2019.

| Obra Social / Financiador | Facturación 1er.Semestre Int. | Débitos | % |
|---------------------------|----------------------------------|-----------------|---------|
| | \$ | | |
| IOSPER | 298.516.617,27 | \$ 5.776.796,31 | 1,935% |
| IOSFA | \$ 37.146.576,77 | \$ 3.265.497,65 | 8,791% |
| OSPRERA | \$ 29.225.755,79 | \$ 1.162.089,45 | 3,976% |
| JERARQUICOS SALUD | \$ 20.521.252,56 | \$ 929.830,33 | 4,531% |
| SWISS MEDICAL | \$ 11.696.784,28 | \$ 266.110,48 | 2,275% |
| OSFATLYF (PRESTACIONAL) | \$ 11.360.228,73 | \$ 199.659,14 | 1,758% |
| ASOC MUTUAL SANCOR | \$ 7.946.230,32 | \$ 531.888,71 | 6,694% |
| OSPA-VIAL | \$ 7.648.026,68 | \$ 242.450,34 | 3,170% |
| OSCTCP (UTA) | \$ 6.848.932,43 | \$ 243.484,97 | 3,555% |
| ACASALUD | \$ 5.662.263,27 | \$ 655.682,86 | 11,580% |
| GRUPOAMUR | \$ 5.393.289,26 | \$ 100.491,78 | 1,863% |

Fuente: Sistema Informático ACLER

El cuadro nos muestra la facturación acumulada en el 1er. Semestre del 2019, de los 11 financiadores más representativos y los débitos aplicados por ellos, en ese mismo periodo.

Resultados

Análisis IOSPER

Como pudimos observar en el cuadro de facturación, la incidencia de la Obra Social provincial (IOSPER) es realmente importante. Esto se traslada a los sanatorios, dado que la cobranza en tiempo y forma de dicha facturación, es de vital importancia para mantener los costos de estructura de los mismos.

Teniendo en cuenta lo dicho precedentemente analizaremos, el proceso de auditoría, los débitos y como consecuencia de esto, la forma de pago.

Las normas operativas de IOSPER, en cuanto al proceso de auditoría, se originan con un NUC (numero único de certificación) y se concede cuando un prestador sanatorial solicita la internación del afiliado de la obra social. Los médicos auditores del IOSPER, establecerán el módulo de la internación, según diagnóstico y Nomenclador IOSPER de Prácticas, previamente convenidos. Esto se efectivizará mediante comunicación vía web o fax o por los mecanismos que el IOSPER tenga implementados, o que a futuro establezca, no debiendo en ningún caso superar las 72 hs.

Las internaciones se clasifican en tres categorías:

- **Internaciones A:** Son aquellas internaciones en que las partes acuerdan la nomenclatura/código a asignar, que el egreso del paciente se produjo dentro de las pautas previstas en el presente convenio y que la atención recibida resolvió la patología que motivo la internación definitiva.
- **Internaciones C:** Son aquellas internaciones que habiendo el paciente ingresado para una internación denunciada como clínica se transforma en quirúrgica, o que tratándose de una internación quirúrgica, se requiera autorización de módulos/códigos clínicos, o que se registren complicaciones en el paciente y requiera la autorización de mayor cantidad de días o adicionales o aquellas en que habiendo egresado el paciente del establecimiento asistencial con alta médica, reingresa en el mismo u otro establecimiento, para la atención por causa de la misma patología. Si el establecimiento no acuerda con la obra social, la internación pasa a una auditoría posterior con la presencia del coordinador de auditoría de IOSPER y el jefe de auditoría de ACLER.
- **Internaciones B:** dentro de esta categoría se incluyen internaciones por patologías que hubieran ingresado como internaciones categoría A y por falta de acuerdo de las partes en el código a asignar se transforma en B, pasando a una Auditoría Posterior, que se produce con la presencia del Coordinador de auditoría de IOSPER, el jefe de auditoría de ACLER y el auditor del sanatorio.

Tabla 3: Facturación y Débitos aplicados por IOSPER en el 1er. Semestre año 2019.

| Periodo | Monto Facturado | Débitos | Cant. NUC Pres. | % de débitos |
|---------|-------------------|-----------------|-----------------|--------------|
| Enero | \$ 50.345.966,43 | \$ 979.992,20 | 2815 | 1,95% |
| Febrero | \$ 44.553.166,54 | \$ 1.265.942,33 | 2466 | 2,84% |
| Marzo | \$ 47.652.690,80 | \$ 769.643,09 | 2843 | 1,62% |
| Abril | \$ 45.729.530,53 | \$ 894.222,07 | 2507 | 1,96% |
| Mayo | \$ 56.003.243,62 | \$ 904.197,62 | 2709 | 1,61% |
| Junio | \$ 54.232.019,15 | \$ 962.799,00 | 2584 | 1,78% |
| Total | \$ 298.516.617,07 | \$ 5.776.796,31 | | |

Fuente: Sistema Informático ACLER

El cuadro nos muestra la facturación presentada por mes, en el 1er. Semestre del 2019 de la obra social provincial, los débitos acumulados en ese mismo periodo y la cantidad de NUC (Número único de Certificación/fichas) presentados por mes, por los sanatorios socios de ACLER.

De acuerdo a datos suministrados por el sector de auditoría, los débitos en internación por discrepancias en conductas del profesional médico suele rondar entre el 5% y 10% del valor total bruto facturado. Como podemos observar en el cuadro, si bien son significativos, los débitos aplicados por IOSPER están por debajo de los montos mencionados, pero como lo vamos a mostrar en el presente trabajo, la obra social lo utiliza como forma de financiarse.

Enumeración de los motivos que originan los Débitos en la Obra Social Provincial:

Débitos administrativos

- Falta de Sticker original
- Letra ilegible

Débitos Médicos

- Falta Anatomía patológica
- Débito complicación de modulo
- No acuerdo días pre quirúrgicos
- No acuerdo días post quirúrgicos
- No acuerdo días de Internación
- No acuerdo días de UTI
- No acuerdo medicación catastro
- No acuerdo modulo quirúrgico

- No acuerdo modulo clínico
- Sin protocolo quirúrgico
- No acuerdo Medicación / antibióticos
- Falta impresión plantar
- Falta los resultados de laboratorio

Análisis IOSFA

Cuando se produce la unión de las tres obras sociales (DIBA, OSFA y IOSE), el volumen facturado paso a ser de gran importancia y con ello también, la aplicación de débitos realizados por dicho financiador.

Tabla 4: Facturación y Débitos aplicados por IOSFA en el 1er. Semestre año 2019.

| Periodo | Monto Facturado | Débitos | % de débitos | Apelados | %Apelados |
|--------------|-------------------------|------------------------|--------------|---------------------|-----------|
| Enero | \$ 4.261.685,02 | \$ 250.588,63 | 5,88% | \$ 18.277,60 | 0,43% |
| Febrero | \$ 6.159.056,26 | \$ 300.574,85 | 4,88% | \$ 0,00 | |
| Marzo | \$ 5.961.979,17 | \$ 381.875,05 | 6,41% | \$ 20.868,27 | 0,35% |
| Abril | \$ 6.037.825,75 | \$ 640.888,10 | 10,61% | | |
| Mayo | \$ 7.161.862,12 | \$ 383.787,18 | 5,36% | \$ 8.243,40 | 0,12% |
| Junio | \$ 7.564.168,45 | \$ 1.307.783,35 | 17,29% | \$ 2.639,28 | 0,03% |
| Total | \$ 37.146.576,77 | \$ 3.265.497,16 | | \$ 50.028,55 | |

Fuente: Sistema Informático ACLER

Enumeración de los motivos que originan los Débitos en IOSFA:

Débitos administrativos

Según auditoría diferencia arancelaria
Devolución de ficha completa

- Error de carga

Débitos Médicos

- Según auditoría débito cambio código de práctica
- Según auditoría débito cambio categoría de pensión
- Según auditoría débito días
- Según auditoría débitos en descartables ajuste en cantidad
- Según auditoría débitos en medicamentos ajuste en cantidad
- Según auditoría débito cambio código quirúrgico
- Según auditoría débito cobros directo al paciente
- Débito complicación de modulo
- No acuerdo días de UTI
- No acuerdo modulo quirúrgico
- No acuerdo modulo clínico
- Falta los resultados de laboratorio

Conclusiones

A pesar de la poca bibliografía referida a los débitos médicos y administrativos, la existencia de diferentes trabajos con respecto al tema, hace que los mismos sean de vital importancia, tanto desde el punto de vista de los financiadores como prestadores.

En este trabajo, a diferencia de otros, se expuso la realidad que viven los prestadores sanatoriales de la provincia de Entre Ríos, tratando de indagar un poco más profundo en los dos financiadores que representan casi el 60 % de la facturación presentada a través de ACLER, IOSPER Y IOSFA.

El punto en común, positivo de ambos convenios, es la existencia de la auditoría compartida entre ACLER y el financiador y si fuera necesario, aunque se usa muy poco, la auditoría en terreno, generalmente en internaciones prolongadas o de baja incidencia y alto costo.

Es importante resaltar esto, dado que en el resto de los convenios, los débitos se aplican en el momento de recibir el pago, recién ahí se puede comenzar el proceso de apelación o no de los mismos, perdiendo la alternativa, muy valiosa para los prestadores, de intercambiar puntos de vista en el lugar, cuando la prestación se está llevando a cabo o tener la opción de realizar una auditoría compartida, cuando se presenta la facturación al financiador. Ninguna de estas alternativas se tienen en cuenta y la primera discusión se origina en los escritorios, muchas veces a kilómetros de distancia, porque los financiadores no tienen una estructura montada en la provincia para realizar la tarea o porque consideran que el auditor en terreno está para verificar la calidad de la prestación o para satisfacer las necesidades que tengan los afiliados en ese momento.

Si el proceso de apelación comienza posterior al pago y teniendo en cuenta también, que los plazos de cobro a los financiadores son 60 días o más del momento en que ocurrió la prestación, en promedio, entonces dicha prestación apelada, con mucha suerte se cobrará a los 120 días, produciéndose un desfasaje financiero muy importante.

Todo lo expresado en el párrafo precedente, termina en problemas financieros de gravedad, dado que, tanto para los clientes internos como los externos, estos plazos son inviables, provocando situaciones de cierre de establecimientos.

A partir de los datos expresados podemos mencionar algunas medidas generales, que se pueden realizar para evitar los débitos, pero creo que el punto de partida tiene que estar centrado en los procesos de auditoría compartida y en terreno, convenidas por convenio, no solo como sistema de control de las prestaciones proporcionadas sino como mecanismo para que la prestación sea brindada con la mayor calidad posible, siendo eficiente y oportuna y con el menor costo operativo posible.

Algunas medidas son: conocer las normas de facturación, conocer los convenios firmados en detalle, conocer las normas legales, conocer el nomenclador nacional, conocer el manual

farmacéutico, tener historia clínica digital, fortalecer las áreas de auditoría interna, trabajar en equipo entre los distintos sectores de la organización.

En el caso particular de la Obra social Provincial como lo vamos a observar en la Tabla 5, se presenta una coincidencia llamativa, dado que mes a mes, puede variar la cantidad de Nucs presentados y con eso el monto facturado, pero la cantidad de plata que la obra social liquida en un primer momento, sin necesidad de una auditoría compartida, en promedio, se mantiene constante, como si la obra social dispone para cancelar el 70 % del monto facturado y el resto lo dilata con el proceso de auditoría.

Y en el caso particular de IOSFA, dicha obra social pide la auditoría compartida cuando se produce el vencimiento de la factura, que incluye la prestación que se va a analizar, a los 60 días, trascurriendo un tiempo en cual se podría haber adelantado el proceso. Además durante la auditoría compartida, solo se analizan o discuten débitos médicos, los débitos administrativos y los aplicados en medicamentos (en general un 15 %) vienen en el momento de la liquidación.

Por último y no menos importante la Obra social debita historias clínicas completas por falta de algún estudio o algún detalle faltante, realizando la devolución de la misma y dilatando el pago 60 días más por lo menos.

Estamos todos de acuerdo que al paciente se le debe brindar una práctica clínica de calidad, oportuna, eficiente, apropiada, pertinente, humanizada y centrada en el paciente pero también tenemos que cuidar que mecanismos utilizados para lograr lo mencionado, no se distorsione y se utilice como mecanismo de financiación.

Bibliografía

- 1- Escudero Carlos H. Manual de Auditoría Médica, 1ª ed. – Buenos Aires: Dunken, 2013, 656p.
- 2- Monografía Prada Eloisa y Col. Auditoría Médica de un Entidad Financiadora. En Curso Anual de Auditoría Médica Hospital Alemán. Buenos Aires, 2005.
- 3- Aracama Zorraquin, S.Ardigo. Auditoría Médica Clásica y Moderna. Buenos Aires: Dunken, 2001.
- 4- Aracama Zorraquin. Manual de auditoría Técnica de la Atención Médica. Buenos Aires: Purinzon, 1982, 184p.