

**AUDITORIA AL PROCESO DE FACTURACION DEL GRUPO DE
SOPORTE NUTRICIONAL PEDIATRICO DE LA CLINICA COMUNEROS
DEL ISS**

ACE VEDO RUIZ MARION FERNANDO

CABEZA RODRIGUEZ SONTA

EVAN KNEPPER JULIO DAVID

MENDOZA AGON MARTHA LIGIA

SILVA PARADA MARIA LUISA

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE SALUD

ESPECIALIZACION EN AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD

BUCARAMANGA ABRIL DE 1998

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1. ASPECTOS LEGALES

Dentro de los aspectos que revisten carácter obligatorio para su prestación por parte del Estado, se encuentra el servicio de salud y saneamiento ambiental, amparados en los artículos 48 y 49 de la Constitución de 1.991, a saber: "La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley."..."La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud."

Con la ley 10 de 1.990, la ley 60 de 1.993, la cual distribuye recursos y competencias, y la ley 100 de 1.993, se inicia un cambio radical en el concepto y aplicación de la seguridad social en

Colombia. A través de ella, se busca brindar iguales oportunidades para todos los ciudadanos en el acceso a los servicios básicos de salud. Se crearon condiciones y elementos para la organización con participantes como las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), Asociaciones de usuarios, etc., cada uno con sus responsabilidades para el adecuado funcionamiento del sistema. Así mismo se expiden una serie de decretos, resoluciones, acuerdos y circulares, los cuales conducen a determinar las condiciones para tener derecho a los beneficios y cómo obtenerlos. Pero no es un sistema de oferta ilimitada por lo cual se encuentran algunas restricciones en sus servicios.

En el marco del presente trabajo, el soporte nutricional en pacientes pediátricos, se encuentra que la alimentación enteral y parenteral está dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS) en los siguientes casos:

- Nutrición Parenteral: incluidos en el Acuerdo 83 del 23 de diciembre de 1.997 del CNSSS, que establece el manual de medicamentos del POS, a saber: aminoácidos, gluconato de calcio, sulfato de magnesio, albúmina. Los demás elementos utilizados deben ser autorizados según procedimientos establecidos por la resolución 5061 del 23 de diciembre de 1.997 con el Comité Técnico Científico.
- La Nutrición enteral solo según resolución 5061 del 23 de diciembre de 1.997.

- Cuando son pacientes clasificados Cuarto Nivel como enfermedades catastróficas o de alto costo y malformaciones congénitas, se autorizan los procedimientos y se hace recobro al reaseguro. Igual conducta con pacientes en Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico.

El decreto 2759 de diciembre de 1.991 define las modalidades de solicitud de servicios:

- Remisión: Procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario, a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo.
- Interconsulta: Es la solicitud elevada por el profesional o institución de salud, responsable de la atención del usuario a otros profesionales o instituciones de salud para que emitan juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir con determinados usuarios, sin que estos profesionales o instituciones asuman la responsabilidad directa de su manejo.
- Orden de servicio: Es la solicitud de realización de actividades de apoyo diagnóstico y/o tratamiento entre una institución y otra. Para lo anterior pueden referirse: personas, elementos o muestras biológicas y productos del ambiente.
- Apoyo Tecnológico: Es el requerimiento temporal de recursos humanos, de dotación e insumos, de un organismo a otro, para contribuir a la eficiencia y eficacia en la prestación de servicios, de conformidad con el principio de subsidiariedad, para evitar así el desplazamiento de usuarios.

1.2. ALIMENTACIÓN ENTERAL Y PARENTERAL

La desnutrición hospitalaria tiene una serie de implicaciones adversas sobre el paciente y la institución que lo atiende. Se entiende por desnutrición hospitalaria el estado nutricional que presenta el paciente hospitalizado, sea que ingrese con ella o que se produzca en la institución¹. Se detecta mediante valoración del estado nutricional al comparar los parámetros Peso para la Edad (P/E), Peso para la Talla (P/T) y Talla para la Edad (T/E) con las tablas de la National Center Health Statistics (NCHS) aceptadas para valoración en pediatría desde 1975 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). También se deben tener en cuenta los parámetros antropométricos²:

PARÁMETRO	GRADO LEVE	GRADO MODERADA	GRADO SEVERA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
P/E	10-24%	25-39 %	>40%	15
P/T	10-19%	20-29%	>30%	10
T/E	5-12.4%	12.5-19%	> 19%	7.5

La valoración da la indicación de cuándo iniciar soporte nutricional en un paciente.

¹ Mora Rafael. Soporte Nutricional Especial: Grupo de Soporte Nutricional. Segunda Edición. Santafé de Bogotá: Editorial Panamericana, 1997

² Velasco Carlos. Temas de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica I: Nutrición Parenteral. Primera Edición. Bucaramanga: Ediciones LJIS, 1997

El aumento en la incidencia de complicaciones infecciosas, el retardo en los procesos de reparación tisular, y en general el aumento de la morbimortalidad de éste grupo de pacientes, han sido bien demostrados ; como consecuencia, se incrementan significativamente la estancia hospitalaria y los costos de terapia¹.

El soporte nutricional clínico busca mediante la nutrición parenteral y la alimentación enteral el beneficio de la reposición nutricional en estos pacientes.

1.2.1. Alimentación Enteral. La alimentación enteral se define como la administración de nutrientes a través del tracto gastrointestinal y es el método de elección cuando éste es funcional. Puede ser de dos formas:

- Dietas hospitalarias: se clasifican según el contenido, consistencia y composición de nutrientes calorígenos. Una dieta terapéutica puede tener modificaciones que incluyen variantes pertenecientes a uno, a dos o a los tres grupos de nutrientes, según el estado físico, edad y tolerancia que presente el paciente.
- La alimentación enteral por sonda (nasogástrica, orogástrica, nasoyeyunal o nasoduodenal) o por ostomía (esofagostomía, gastrostomía, yeyunostomía) es el paso de preparaciones químicamente definidas para cubrir las necesidades calóricas de los pacientes en quienes la vía oral no es posible o es insuficiente. Actualmente se dispone de fórmulas especiales con variación en proteínas, porcentaje de nutrientes, osmolaridad,

¹ Baker S, Baker R. Pediatric Enteral Nutrition: Enteral Nutrition. New York: Chapman y Hall Editores, 1994

con o sin un nutriente específico que permiten aportar al paciente una mezcla o producto enteral de acuerdo con su patología.¹

La historia de la nutrición enteral se remonta 3.500 años atrás cuando se han documentado enemas nutricionales. Hasta el siglo XVII se describen jeringas y otros elementos como sondas no flexibles pero con el advenimiento del caucho y la vulcanización se realizaron mejoras en las propiedades de los materiales utilizados. El caso médico más notable es la alimentación rectal administrada al presidente de los EE.UU. James Garfield en 1.881; la cual consistía en una mezcla de caldo de carne y whisky cada cuatro horas; se mantuvo con vida por 79 días después de que le dispararon.

A través de las sondas se administraron huevos, brandy, leche, cereales y caldos. A mediados del siglo XVII Von Helmont diseñó catéteres flexibles de cuero, los cuales Boerhaave sugirió se pasaran por vía nasogástrica.

La era de soporte nutricional entérico “moderno” se inició a finales del siglo XVIII cuando John Hunter administró licuadas al estómago a través de un catéter hueco y una jeringa. Con la invención de la primera bomba gástrica hacia finales de siglo XVIII se hizo posible no solo administrar alimentación enteral, sino irrigar y vaciar el contenido gástrico en caso de envenenamiento.

¹ Baker S, Baker R. Pediatric Enteral Nutrition. New York: Champan y Hall Editores, 1994

Desde 1.980 cuando Jeffrey Ponsky, cirujano pediatra, y su colega Michael Gauderer combinaron las técnicas endoscópicas y la colocación de la sonda enteral para desarrollar la gastrostomía no quirúrgica conocida como Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG), el cual se constituye en el método de acceso preferido para nutrición enteral a largo plazo. También se han desarrollado las gastrostomías y yeyunostomías laparoscópicas.

Desde 1949 se utilizan dietas altamente purificadas. Desde finales de los 50 hasta los 70 se marcó la "era espacial" y fue cuando las dietas químicamente definidas fueron investigadas para brindar una alimentación baja en residuos. Avances recientes en los sistemas de administración para alimentación enteral continua, han hecho posible el uso de esta forma de nutrición en varios estados patológicos.

La alimentación enteral requiere de un adecuado seguimiento (valoración nutricional, exámenes de laboratorio, etc.) que permita evaluar si el aporte establecido está de acuerdo con los requerimientos y con el objetivo trazado en la valoración inicial del paciente.

Aunque el soporte enteral es el método de elección siempre que el paciente presente un tracto gastrointestinal funcionante o parcialmente funcionante, la selección de la dieta, la fórmula, la técnica, la vía, el seguimiento y el control son la base del éxito de la terapia. La nutrición enteral ofrece ventajas siempre y cuando sea empleada en el momento y en el

paciente indicados; si se abusa de ella las complicaciones pueden ser mayores que las ventajas.¹

1.2.2. Nutrición Parenteral. La nutrición parenteral es el aporte de nutrientes en forma parcial o total por vía venosa. Es cuando la vía enteral no puede ser utilizada o es inadecuada para el soporte nutricional. En general, es la administración de nutrientes a través del sistema circulatorio con el fin de cubrir las demandas nutricionales del paciente en cantidad y calidad.

La nutrición parenteral puede ser administrada de una manera total, parcial o mixta según si su uso es dado concomitantemente con vía enteral o no. Dependiendo de la vía de administración puede ser central o periférica¹.

El intento de administrar alimentación por vía venosa comienza en el siglo XVII cuando Sir Christopher Wren infundió sustancias intravenosas a un perro. En 1.896 Biedl y Krauss emplean soluciones de dextrosa en humanos y posteriormente los aportes de Pasteur y Lister permiten la administración de soluciones estériles, lo cual lo hace un método más seguro. En 1.935 Robert Elman reporta el primer caso exitoso en humanos con la administración de hidrolizados de proteínas y fue hasta 1.944 cuando Helfrick y Abelson informaron iguales resultados en un niño con diarrea intratable. Hasta este momento se infundían soluciones de

¹ McKamish M. Historia de la Alimentación Enteral en Lecturas sobre Nutrición. Vol 4 Número 2. Santafé de Bogotá, 1997

baja osmolaridad por venas periféricas, lo cual no permitía alcanzar el requerimiento calórico ni el balance de nitrógeno deseado.

La experiencia en Vietnam y el perfeccionamiento de la cateterización de la vena subclavia para las transfusiones sanguíneas masivas, resolvió la vía de acceso de las soluciones hipertónicas, lo que convirtió la nutrición parenteral en una posibilidad real.

Actualmente se ha llegado a la selección específica de diferentes nutrientes, para administrarlos según la patología de base y a la formación de programas para soporte nutricional intravenoso o enteral especial en el hogar. La nutrición parenteral abre una nueva posibilidad de vida a pacientes que por determinadas circunstancias no pueden comer temporalmente o cuya ingesta es insuficiente, pero en los cuales un soporte nutricional disminuiría o evitaría las complicaciones secundarias a la desnutrición.

En general se considera que la nutrición parenteral se debe utilizar cuando la alimentación por la vía oral es imposible, insuficiente o impracticable. Antes de iniciar nutrición parenteral el paciente debe tener una completa valoración de su estado nutricional, la cual también ayuda en la selección de la vía de administración. Además debe hacerse no solo valoración nutricional antropométrica sino también historia nutricional, historia clínica y exámenes de

¹ Velasco Carlos. Temas de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica I: Nutrición Parenteral. Bucaramanga: Ediciones UIS, 1997

laboratorio los cuales se realizan periódicamente para valorar tratamiento ya que la nutrición parenteral es una terapia no inocua y se deben vigilar sus posibles complicaciones¹.

La mezcla de nutrición parenteral se prepara previo cálculo diario e individual de los requerimientos y evolución del paciente.

El soporte nutricional en pacientes que no tienen una vía enteral permeable se ha beneficiado con el uso de la nutrición parenteral. Es necesario conocer sus indicaciones, sus componentes y posibles complicaciones para favorecer dichos pacientes. Así mismo se debe contar con un equipo multidisciplinario para su manejo adecuado¹.

1.3. EL OBJETO DE ESTUDIO: GRUPO DE SOPORTE NUTRICIONAL PEDIÁTRICO DE LA CLÍNICA COMUNEROS DEL SEGURO SOCIAL

1.3.1. El Instituto de Seguros Sociales. El primer proyecto para implantar los seguros sociales en Colombia fue presentado en 1929 a consideración del Senado por el entonces Ministro de Industria José Antonio Montalvo, pero fue archivado en el Congreso. Luego el 27 de agosto de 1.930 el Presidente Enrique Olaya Herrera aprobó la “convención” sobre seguro

¹ Nutritional Support Services. Parenteral Handbook; Pharmacy Services. Miami: Veerman and Baumgartner, 1994

contra enfermedades de los trabajadores de la industria y el comercio y de los sirvientes domésticos. En los años 35, 36, 37, 41 y 42 se presentaron proyectos de creación de seguros sociales pero ninguno se convirtió en ley.

Posteriormente, la ley 90 de 1.946 crea el llamado Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) para asegurar a los trabajadores particulares.

El ICSS se convierte en Instituto de Seguros Sociales o, simplemente, Seguro Social (ISS) mediante el decreto 1650 de 1.977, reglamentario de la ley 12 de 1.977. Más que un simple cambio de nombre se produjeron importantes reformas como:

- Se le dio unidad legal al Instituto.
- Separación de la estructura financiera de los riesgos económicos y de salud.
- Descentralización y reorganización de los servicios en tres niveles de atención: básica, intermedia y de alta especialidad.
- Se establecieron los primeros controles a la evasión de los aportes obrero patronales.

Desde entonces hasta hoy, el primer cambio revolucionario es la ley 100 de 1.993.

¹ Collier S. Pediatric Parenteral Nutrition: Parenteral Nutrition. New York. Champan and Hall Series in Clinical Nutrition, 1997

En la actualidad, el ISS es un establecimiento público con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, adscrito al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, que tiene como objetivo la protección de sus afiliados y derecho habientes mediante el amparo contra las contingencias que menoscaban la salud y la capacidad económica.

Algunas de sus funciones son:

- Ejecutar la política general sobre los seguros sociales obligatorios fijada por el Consejo Nacional.
- Proteger en forma integral la salud de los afiliados y sus familias mediante acciones de prevención, curación y rehabilitación.
- Evaluar, clasificar y certificar los grados de incapacidad permanente y de invalidez para efectos de reconocimiento de las prestaciones económicas correspondientes.

1.3.2. La Clínica Comuneros. La Clínica Los Comuneros de la ciudad de Bucaramanga es una institución del Seguro Social que tiene como responsabilidad asignada la atención de afiliados y beneficiarios del departamento de Santander, Norte de Santander, sur del Cesar, Arauca y zonas del Magdalena medio Antioqueño y sur de Bolívar.

Fue fundada en el año de 1.983 como una unidad de atención materno infantil, y considerada como unidad de atención intermedia en el año de 1.986, cuando prestaba los servicios de urgencias, cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría y servicios de apoyo

diagnóstico y terapéutico. A partir del año 1.989 se empiezan a prestar los servicios de rehabilitación física, terapia del lenguaje y ocupacional.

Al ser implantado el nuevo sistema de seguridad social en salud y la ampliación de la cobertura a la medicina familiar, su oferta de servicios es superada ampliamente por una demanda real.

Su misión es ser líder en la prestación de los servicios de salud hospitalaria del nivel intermedio garantizando eficiencia y calidad, soportado en un recurso altamente calificado, en su infraestructura física, en la avanzada tecnología, buscando la satisfacción de las necesidades de salud de sus clientes.

Su visión es:

- Ser la IPS preferida de los colombianos.
- Contar con el mejor equipo humano orgulloso de pertenecer al ISS.
- Disponer de la tecnología e infraestructura suficiente y apropiada, que satisfaga las necesidades del afiliado y su familia.
- Funcionar con procesos ágiles y oportunos.

La estructura organizacional de la IPS Clínica Los Comuneros se encuentra fundamentada en el decreto 1403 de 1.995 y en la resolución 6378 del 28 de diciembre de 1.995.

1.3.3. Grupo de Soporte Nutricional Pediátrico. El soporte nutricional del niño debe incluir un manejo multidisciplinario. Ello incluye una óptima organización, normas y procedimientos escritos, área física adecuada, equipos y elementos para su buen funcionamiento.

En la Clínica Comuneros y por iniciativa de un grupo de profesionales del Servicio de Pediatría se creó el Grupo de Soporte Nutricional Pediátrico, con el respaldo de la Gerencia y Subgerencia de salud de la IPS; inicia labores el día 1 de noviembre de 1.997 y continúa laborando hasta la fecha. Actualmente existen dos grupos similares a nivel nacional en el ISS, con sedes en Santafé de Bogotá y Cali.

1.3.3.1. Objetivos. El Grupo de Soporte Nutricional Pediátrico (G SNP), tiene como objetivos generales, los siguientes:

1. Brindar un adecuado, oportuno y racional soporte nutricional al niño hospitalizado y ambulatorio.
2. Racionalizar el uso del soporte nutricional en niños.
3. Realizar protocolos de manejo para pacientes que requieran soporte nutricional.
4. Promover actividades de carácter educativo e investigativo.

Como objetivos específicos se han planteado:

1. Asesorar a la administración de la IPS en la planeación y adquisición de los elementos necesarios para el soporte nutricional en niños hospitalizados y ambulatorios.
2. Suministrar un soporte nutricional al niño en riesgo de malnutrición.
3. Evitar el riesgo de complicaciones que podría acarrear el manejo de niños con un soporte nutricional.
4. Promover un costo beneficio adecuado para la institución.
5. Valorar todos los niños que requieran soporte nutricional.
6. Trabajar de una manera transdisciplinaria para el manejo de niños con soporte nutricional.
7. Mejorar la eficacia de los recursos humanos y materiales en el manejo de niños con soporte nutricional.
8. Capacitar el recurso humano existente en el manejo de niños con soporte nutricional.

1.3.3.2. Actividades. El grupo de soporte nutricional pediátrico debe desarrollar

habitualmente las siguientes actividades:

1. Respuesta de interconsultas.
2. Paso de revista.
3. Cálculo y preparación de fórmulas.
4. Realización de procedimientos.
5. Valoración y seguimiento del niño.
6. Realizar informes periódicos
7. Facturar. Cada uno de los integrantes del grupo debe registrar sus actividades a medida que las realiza de manera que se facture la totalidad del servicio prestado.
8. Actividad académica.
9. Proponer protocolos de manejo.
10. Investigación.

1.3.3.3. Funciones. El GSNP de la Clínica Comuneros está conformado por:

- | | |
|------------------------|--|
| 1. Jefe de grupo | Gastroenterólogo y Nutriólogo pediatra |
| 2. Médico de grupo | Pediatra |
| 3. Cirujano de grupo | Cirujano pediatra |
| 4. Otros profesionales | Nutricionista
Dietista

Enfermera profesional |
| 5. Grupo de Apoyo | Químico farmacéutico |

Psicólogo

Jefe de laboratorio clínico

Trabajadora social

A continuación se presentan las funciones para cada uno de los miembros del GSNP:

• El médico:

1. Evalúa el impacto de la enfermedad y la condición física sobre las necesidades, la ruta y la formulación del soporte nutricional.
2. Asiste en la educación del paciente y su familia
3. Desarrolla e implementa protocolos.
4. Es un enlace ente el servicio y otros grupos de trabajo.
5. Organiza y promueve programas educativos.
6. Asesora y hace cambios en el soporte respecto o con base en la condición médica del paciente.
7. Es responsable de la identificación de aquellos pacientes que requieran o puedan requerir soporte nutricional.

• La Enfermera Profesional:

1. Observa las reacciones del niño ante la enfermedad y el manejo.
2. Asegura que el tratamiento prescrito se administre de manera adecuada.
3. Educa y adiestra al personal técnico que maneja soporte nutricional.

4. Mantiene permanente disponibilidad de equipos, materiales de curación, bombas de infusión y substratos para la alimentación parenteral.
5. Lleva el registro meticulado y preciso del balance de líquidos.
6. Es la encargada de la preparación de las mezclas de nutrición parenteral y de los cambios de soluciones.
7. Ayuda al niño y a su familia en aspectos relacionados con soporte nutricional.
8. Identifica necesidades de estándares de calidad que deban ser implementados dentro del soporte nutricional.

• El Gastroenterólogo y Nutriólogo Pediatra

1. Es un mediador con la administración de la IPS.
2. Es consultante del grupo de soporte nutricional en lo concerniente al cuidado médico de nutrición enteral y parenteral.
3. Monitoriza, evalúa y modifica el soporte nutricional.
4. Coordina y promueve lecturas sobre el papel de nutrición clínica, farmacia, etc.
5. Planea, desarrolla y conduce proyectos y protocolos de investigación.

• El Cirujano Pediatra

1. Coloca gastrostomías en acto quirúrgico.
2. Tiene pericia en técnicas de acceso parenteral.
3. Evalúa necesidad de otras terapias e indicaciones y aplicaciones quirúrgicas.

4. Monitoriza, evalúa y modifica el acceso quirúrgico del niño con soporte nutricional.
5. Ayuda a prevenir complicaciones quirúrgicas y da soluciones para el manejo de éstas.

- La Nutricionista Dietista

1. Valora el estado nutricional y realiza la anamnesis alimentaria.
2. Establece los criterios para la identificación de aquellos pacientes que presentan o pueden presentar malnutrición.
3. Determina los requerimientos de nutrientes del paciente antes de la iniciación del soporte nutricional especializado.
4. Verifica si las fórmulas han sido preparadas de conformidad con las guías establecidas para una terapia nutricional segura y eficaz.
5. Establece criterios que permitan evaluar la conveniencia de la nutrición enteral antes de la suspensión de la nutrición parenteral.
6. Verifica si la ingestión oral es adecuada antes de suspender la nutrición enteral por tubo.
7. Participa en la elaboración de los protocolos de investigación.

1.3.3.4. Beneficios. Aunque son muchos los beneficios tangibles e intangibles que se derivan de la conformación de un GSNP, los siguientes son los mas representativos:

1. Reconocimiento y manejo de la malnutrición en niños.
2. Reducción de las complicaciones mecánicas y metabólicas de la nutrición enteral y parenteral,
3. Disminución de la morbimortalidad.
4. Reducción en el costo de la prestación del soporte nutricional.
5. Reducción de desperdicios de las fórmulas de nutrición enteral y parenteral

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el proceso de facturación para los procedimientos y actividades en los pacientes con nutrición parenteral y/o enteral interconsultados al grupo de soporte, determinar las posibles fallas y sus correspondientes propuestas de mejora para garantizar la recuperación de la inversión para estos procesos.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Determinar si hay subfacturación o sobrefacturación de las actividades del grupo de soporte.
2. Identificar y cuantificar las diferencias encontradas y los elementos de mayor importancia relativa.

3. Proponer los cambios o ajustes necesarios para llegar a una facturación real de los servicios prestados por el grupo.

3. METODOLOGÍA

Se tendrán en cuenta los pacientes valorados por el grupo de soporte nutricional que están hospitalizados en el departamento de pediatría de la clínica comuneros del ISS y para los cuales ha mediado una interconsulta.

- Será objeto de este estudio el conjunto de las facturas y los registros clínicos de los pacientes que fueron interconsultados al grupo de soporte nutricional pediátrico de la IPS Clínica Comuneros y han sido dados de alta en el periodo comprendido entre el 1-01-98 al 12-03-98..
- Se tomarán como base los formatos de registro diario de insumos y procedimientos y se comparará con la factura entregada al usuario para determinar si hay diferencias, las cuales se expresarán en cantidad, valor y porcentaje.
- Se establecerá cuáles son los procedimientos o insumos en los que mas se presentan diferencias al facturar y los de mayor costo dentro del proceso, su representación en valor y porcentaje dentro del total de la facturación.

- En caso de encontrar subfacturación, se analizará si los ingresos que se dejan de percibir afectan en forma importante la continuidad en la inversión en el proceso de nutrición enteral y parenteral.
- Se realizarán las propuestas para disminuir las diferencias encontradas entre la facturación y el registro de actividades.
- Para recolectar la información obtenida de las hojas de registro (Ver anexo 1) y facturas, se utilizará una tabla elaborada en excel, la cual contiene todos los datos necesarios para el adecuado análisis de la información (Ver anexo 2). Los datos básicos son:
 - Cantidad de elementos o actividades anotadas en la hoja de registro y factura.
 - Valor correspondiente de los elementos o actividades del registro y factura.
 - Diferencias en número y valor de las mismas.
 - Totales en cantidad y valor, por registro y factura.

4. RESULTADOS

Se digitó la totalidad de los datos suministrados de las facturas seleccionadas, y se lograron los siguientes resultados:

Tiempo de estudio: 1-01-98 al 12-03-98

DISTRIBUCION DE LAS FACTURAS ESTUDIADAS		
MES	CANTIDAD	PORCENTAJE
ENERO	10	37.04
FEBRERO	15	55.55
MARZO	2	7.41
TOTAL FACTURAS ESTUDIADAS	27	84.38
TOTAL FACTURAS GENERADAS	32	100

TABLA RESUMEN DE HALLAZGOS

ELEMENTO O ACTIVIDAD	Cantidad Registrada	Cantidad Facturada	Diferencia en Cantidad	Valor Registrado	Valor Facturado	Diferencia en Valor
Intercons. Soporte Nutricional	227	157	70	1.141.810	789.710	352.100
Intercons. por Especialista	221	179	42	2.405.585	1.948.415	457.170
Manejo Día nutric. ent. y par.	237	237	0	649.380	649.380	0
Bolsa Nutrición parent X 3000	72	183	(111)	1.997.856	(5.077.884)	(3.080.028)
Bolsa Nutrición ent. Nutriflo	78	1	77	475.020	6.090	468.930
TOTALES				6.669.651	8.471.479	

Se muestran los totales en cantidad y valor para cada uno de los aspectos incluidos en el estudio. Los valores que aparecen entre paréntesis corresponden a sobrefacturación.

	pesos	%
total sobrefacturado	3,080,028	70.67
total subfacturado	1,278,200	29.33
sumatoria total de diferencias	4,358,228	100

Se muestra la participación de la sobrefacturación y la subfacturación en la sumatoria de las diferencias entre lo registrado por el Grupo de Soporte Nutricional y lo facturado por parte de la Clínica.

Total de diferencias por aspecto evaluado:

Aspecto evaluado	pesos	%
Interconsulta grupo de soporte	352,100	8.08
Interconsulta especialista	457,170	10.49
Manejo diario grupo soporte	0	0
Bolsa nutrición parenteral (-)	3,080,028	70.67
Bolsa nutrición enteral	468,930	10.76
Sumatoria total de diferencias	4,358,228	100

Muestra la participación de cada uno de los aspectos evaluados ,en la sumatoria de las diferencias entre lo registrado por el grupo de soporte nutricional y lo facturado por parte de la clínica

Representación por actividad en el total registrado

	pesos	%
Interconsulta grupo de soporte	1,141,810	17.12
Interconsulta especialista	2,405,585	36.06
Manejo diario grupo de soporte	649,380	9.74
Bolsa nutrición parenteral	1,997,856	29.96
Bolsa nutrición enteral	475,020	7.12
Total registrado del servicio	6,669,651	100

Representa el aporte de cada uno de los aspectos evaluados en relación con el valor total de los servicios registrados por el grupo de soporte nutricional.

Representación por actividad en el total facturado

	pesos	%
Interconsulta grupo de soporte	789,710	9.33
Interconsulta especialista	1,948,415	23
Manejo diario grupo de soporte	649,380	7.66
Bolsa nutrición parenteral	5,077,884	59.94
Bolsa nutrición enteral	6,090	0.07
Total facturación	8,471,479	100

Representa el aporte de cada uno de los aspectos evaluados en relación con el valor total de los servicios facturados por la Clínica.

Representación de diferencias frente a la facturación total

	pesos	%
Total sobrefacturado	3,080,028	36.36
Total subfacturado	1,278,200	15.09
Total diferencia de la facturación (-)	1,801,828	21.27
Total facturado	8,471,479	100

Muestra del total facturado por la clínica, el porcentaje que corresponde a la sobrefacturación y la subfacturación, considerados tanto en forma independiente como la diferencia resultante entre ambas.

Relación de registro-facturación por actividad

	%
Interconsulta grupo de soporte	69.16
Interconsulta especializada	80.99
Manejo día grupo de soporte	100
Bolsa nutrición parenteral	254.16
Bolsa nutrición enteral	1.28

Indica en porcentaje la actividad facturada por la clínica del total registrado por el grupo de soporte nutricional.

FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN DE COINCIDENCIAS ENTRE LO REGISTRADO Y FACTURADO		
Coincidencias por aspectos evaluados	Número de facturas	Porcentaje
Coincidencia en 5 aspectos evaluados	1	3.7
Coincidencia en 4 aspectos evaluados	7	25.9
Coincidencia en 3 aspectos evaluados	9	33.3
Coincidencia en 2 aspectos evaluados	5	18.6
Coincidencia en 1 aspecto evaluado	2	7.4
Coincidencia en ningún aspecto evaluado	3	11.1
TOTAL DE FACTURAS	27	100

Se pone en evidencia la mínima coincidencia de datos entre lo que figura en la factura y lo

anotado en el formato de registro.

Información de porcentaje de pacientes por días de hospitalización

% pacientes de igual o menos días	días de Hx	% pacientes de más días
20	5	80
46.7	10	53.3
73.3	15	26.7
80	20	20

% pacientes de igual o menos días	días de Hx	% pacientes de más días
60	12	40
87	24	13
96.67	36	3.33
0	48	100

5. DISCUSION

- El error predominante en el proceso de facturación fue la subfacturación, presentándose en los cinco aspectos evaluados a lo largo del estudio y en tres de ellos con resultado final a favor comparado con la sobrefacturación. En los datos finales del estudio la subfacturación además es igual a la sobrefacturación en un aspecto evaluado y menor en solo uno de ellos: las bolsas de nutrición parenteral, cuyo valor unitario mucho mayor que los otros es responsable de que la sumatoria final de diferencias encontradas sea a favor de la sobrefacturación.
- Al observar por aspecto evaluado, se encuentra que la subfacturación está representada proporcionalmente entre ellas. El manejo diario por parte del grupo de soporte da una diferencia cuyo valor fue 0%. Este dato se interpretó como resultado de una compensación entre los valores finales de la sobrefacturación y la subfacturación a través del estudio y no como un adecuado proceso de registro y facturación; se observó en las facturas que algunas presentaban sobrefacturación en valores que resultaron exactamente

iguales a los valores subfacturados en otras, dando como resultado al final del estudio una igualdad y el 0% correspondiente.

- En el análisis del valor total de las actividades registradas por el grupo de soporte nutricional se encuentra que el aporte más representativo lo hace la Interconsulta con el especialista y las Bolsas de Nutrición parenteral, con aproximadamente el 60% en conjunto. Se debe tener en cuenta que la frecuencia de registro de las bolsas de alimentación parenteral es tres veces menor que la de Interconsulta con el especialista, lo que le da un mayor aporte individual en el valor total de las actividades realizadas por el grupo de soporte nutricional.
- Al analizar la participación del valor de las actividades evaluadas en la facturación realizada por la clínica, se observan dos aspectos sobresalientes: el gran porcentaje correspondiente a la facturación de bolsas de nutrición parenteral (59.94%) y la mínima incidencia de las bolsas de nutrición enteral (0.07%). Considerando su aporte en el valor total de las actividades registradas por el grupo de soporte nutricional (29.96% y 7.12% respectivamente) hay una gran modificación en su participación, lo que indica la presencia de un inadecuado mecanismo en el proceso de registro a facturación.
- Al tener en cuenta el valor total de las actividades facturadas, se encuentra que el 36.36% corresponde a una sobrefacturación y el 15.09% a una subfacturación; esto si se observan en forma individual. Al observar ambos aspectos a la vez, el valor final corresponde a una

sobrefacturación en un 21.27% del valor total facturado por la clínica. Esto genera datos inflados al calcular el valor real de las actividades del grupo de soporte nutricional y un punto de apoyo alterado a la hora de tomar decisiones.

- Se confrontaron los datos del registro de actividades por parte del grupo de soporte nutricional y los de la facturación realizada por la clínica para cada una de las actividades, expresadas en sus unidades. Sobresale la sobrefacturación del 254.16% en las bolsas de alimentación parenteral, causa de su mayor incidencia en el valor total de la facturación. Por el contrario, hay una importante subfacturación en las bolsas de alimentación enteral con un 1.28% lo que deja pérdida significativa para el grupo de soporte nutricional. Una aparente igualdad final entre lo registrado y lo facturado del manejo diario por el grupo de soporte nutricional se evidenció, lo cual no corresponde a un adecuado proceso de facturación sino a que a lo largo del estudio se registraba o facturaba de más para algunos pacientes, datos que se compensaron con lo que se registró o facturó de menos en otros pacientes del estudio.
- Sobresale igualmente lo sucedido con las bolsas de nutrición enteral cuya facturación es del 1.28%. Se encontró que la responsabilidad de este dato está principalmente en el caso de un solo paciente, donde se registraron 68 bolsas y no se incluyeron en la factura.
- Un aspecto agregado al valor total de la sobrefacturación, es el hecho de que para la nutrición parenteral pediátrica se utilizan bolsas de 1000 cc cuyo valor unitario es de

\$6,029, pero en el formato de registro solo está la bolsa de 3000 cc con valor de \$27.748.

Esto indica que durante el estudio se registraron 72 bolsas de nutrición parenteral de 3000cc cuando se utilizaron las de 1000cc, lo que representa un excedente de \$1.563.768 en el valor total registrado, y se facturaron 183 bolsas de 3000cc en lugar de las de 1000 cc con una sobrefacturación adicional de \$3.974.577.

- Al considerar los datos de las 27 facturas en forma independiente en cuanto al número de coincidencias entre lo facturado y lo registrado, se evidencia el bajo porcentaje de aciertos en este proceso. En una sola factura coincidieron los datos con los del registro en sus cinco aspectos evaluados mientras que es tres de ellas no se encontró ninguna coincidencia. Además, el 70% de las facturas evaluadas tienen 3 o menos coincidencias.
- Finalmente, después de los elementos evaluados se deben tener en cuenta aspectos que hacen parte del proceso de registro y facturación: el formato de registro de elementos o actividades que se utiliza es uno solo para todo lo que se le haga al paciente, lo que puede tener inconvenientes como la falta de espacio para elementos importantes como la bolsa de alimentación parenteral de 1000 cc y una casilla para el especialista del grupo de soporte; al encontrarse gran información en corto espacio, al momento de contar para facturar se aumenta el riesgo de un cálculo incorrecto y puede llevar a una actitud de decidir las cantidades a facturar haciendo una cuenta inexacta con resultado aproximados; se debe tener en consideración el proceso exacto de la facturación: horario, turnos,

suficiencia del personal en cuanto a cantidad y calidad, controles puntuales o retrospectivos periódicos sobre los valores facturados de un formato de registro, etc.

6 CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados y discusión de los mismos, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Al final del estudio se encontró que existe un valor neto a favor de la sobrefacturación de las actividades registradas por el grupo de soporte nutricional. Se presentó sobrefacturación en todos los aspectos evaluados pero al descontarle los valores de la subfacturación aparece representada únicamente por las bolsas de nutrición parenteral, las cuales por ser el aspecto evaluado de mayor valor unitario y las únicas que al final dan un dato de sobrefacturación por unidades, superan fácilmente el valor total de la subfacturación.
2. Se encontró también que la subfacturación está presente en todos los aspectos evaluados del grupo de soporte nutricional, y en los valores finales se distribuye equitativamente entre ellos excepto la bolsa de nutrición parenteral y el Manejo diario por el grupo de soporte. En este último aspecto se da una igualdad en los valores finales de sobre y subfacturación,

debido a la coincidencia de valores sobrefacturados en unos pacientes y subfacturados en otros mas no a un adecuado proceso de facturación.

3. Al analizar aspectos como un formato de registro de actividades incompleto, y una mínima coincidencia entre los datos facturados y los registrados se deduce que una de las principales causas de la deficiente facturación reside en la escasa funcionalidad del instrumento de registro de actividades para el personal del grupo de soporte y su difícil lectura por parte del personal de facturación.

7. PLAN DE INTERVENCION

Teniendo como base la información obtenida del estudio y su análisis, se definen tres aspectos importantes sobre los cuales se desarrolla el plan de intervención:

1. Las actividades realizadas por el Grupo de Soporte Nutricional Pediátrico deben ser registradas en su totalidad.
2. El formato de registro debe recolectar todas las actividades que realiza el Grupo de Soporte Nutricional.
3. La factura generada debe contener toda la información incluida en el formato de registro.

Al finalizar la aplicación del plan de intervención, se debe realizar un estudio de iguales características para evaluar los resultados obtenidos.

7.1 REGISTRO DE ACTIVIDADES REALIZADAS

Con el fin de cumplir el objetivo de obtener la facturación real de la totalidad de las actividades realizadas por el grupo de soporte nutricional, se debe partir de que la información recolectada en el formato de registro sea exactamente la desarrollada por el grupo. Para esto, cada uno de los profesionales que lo integran debe hacerse responsable por consignar la actividad realizada.

Con estos datos reales se obtendrá información más confiable sobre los efectos de la sobre o subfacturación en el valor de las actividades del grupo de soporte.

7.2 FORMATO DE REGISTRO DE ACTIVIDADES

Se encontró un formato de registro con las siguientes características:

- Incompleto, donde se excluyen tres elementos o actividades que desarrolla el Grupo de Soporte, como son la bolsa de nutrición parenteral x 1000 cc, la Interconsulta por el especialista del grupo de soporte y el manejo diario por el grupo de soporte.

- Poco funcional al momento de la totalización de las unidades registradas por cada aspecto evaluado, por su dispersión en la presentación lo que se dificulta aún más en los casos de mayor número de hojas.

Para corregir los anteriores aspectos y obtener la totalidad de la información registrada, se presentan dos propuestas:

- Un anexo al formato de registro general diseñado por el grupo de soporte nutricional el cual incluirá todos los elementos o actividades del grupo (Ver anexo 3). Esto facilitará el proceso de facturación y dejará un espacio en el formato general para su optimización.
- Agregar las casillas faltantes y una columna de totales por página para agilizar la suma final. Estos cambios los hará la Institución. (Ver anexo 4). Además de totalizar por página se pueden aumentar el número de columnas por día hasta doce (12), organizando el formato de registro en forma horizontal; con esto, mientras con 14 hojas se maneja el registro del 96.7% de pacientes con formatos de 5 columnas/día, con solo 6 hojas de formato de 12 columnas/día se manejará el mismo porcentaje de pacientes, con la consecuente agilización y disminución de probabilidad de errores en la suma. (Ver anexo 5).

7.3 FACTURACION

Al observar que solo el 30% de las facturas evaluadas fueron bien realizadas o tienen como máximo un error, se demuestra que hay dificultades en el proceso de facturación que repercuten en el cálculo del valor de las actividades realizadas por el grupo de soporte nutricional.

Con el fin de disminuir los errores se requiere una revisión del proceso de facturación en los siguientes aspectos:

- Capacitación o inducción al cargo de las personas que se desempeñarán como facturadores, la cual debe incluir entre otros, conocimientos generales acerca de las diferencias en unidades de medición y cantidades entre paciente adulto y pediátrico.
- Distribución del personal en cuanto a horarios de atención, turnos y número de facturadores por turno.
- Evaluaciones del proceso, las cuales se puede hacer en forma puntual, es decir, al azar y sobre lo recién facturado.

7.4 CONTROL DEL PROCESO

Se deberá hacer un estudio de similares características en tiempo y cantidad de facturas evaluadas, después de aplicado el plan de intervención en cuanto al proceso de registro de

actividades, formato de registro y proceso de facturación. Se dará un tiempo de cuatro meses para desarrollar y ejecutar el plan de intervención antes de realizar el primer seguimiento.

Esto permitirá evaluar el efecto de los cambios introducidos en el proceso de registro y facturación para garantizar la recuperación de la inversión en el funcionamiento del grupo de soporte nutricional pediátrico en los elementos o actividades que fueron evaluados en el presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BAKER R., BAKER S., DAVIS A. Pediatric Enteral Nutrition. New York: Champan and Hall, 1997

COLLIER S. Pediatric Parenteral Nutrition, New York: Champan and Hall Series in Clinical Nutrition, 1997

ECHEVERRY HERRERA, Carlos. Resolución 1917 Mingobierno. Revista Visstazo. 3 y 4 ed. Santafé de Bogotá. 1989

MCKAMISH M., BOUNOUS G. Lecturas sobre Nutrición: Historia de la Alimentación Enteral. Vol 4 No. 2. Santafé de Bogotá. 1997

MORA R. Soporte Nutricional Especial. Santafé de Bogotá: Panamericana, 1997

Nutritional Support Services. Miami: Veerman and Baumgartner, 1997

VELASCO C., HERNANDEZ C. Temas de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica I.

Bucaramanga: UIS, 1997

ANEX01. FORMATO DE REGISTRO

INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES
CLINICA COMUNEROS
HOJA DE PROCEDIMIENTOS DE HOSPITALIZACION

No de cama ____
No Historia. ____

Fecha de ingreso _____ No. afiliación _____ Clase de paciente _____
Nombres y Apellidos _____ Sexo _____ Tipo de Régimen _____
CC, TI, PAS _____

No afil	Afil ISS	Pens
Contrib	Subsid	Benef
Víncul	Otro	Afiliad

Dirección Edad _____

Teléfono _____

Seccional _____

CAA _____

Tipo de Riesgo _____

Fecha de egreso _____

Enf.Oral	Acn.Trah	Enf.prof
SOAT	Matem	Catast
AtUrg	PAMI	Otro

1. Dx _____

CODIGO	PROCEDIMIENTOS MEDICOS	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA
39112	Atención diaria intrahospitalaria por el especia					
39114	Atención diaria por especialista paciente Qx					
39119	valoración por el especialista de clínicas pediatri					
39122	Consulta pre-quirúrgica					
39123	consulta preanestésica					
39124	Interconsulta de medicina especializada					
1280	Punción lumbar					
37402	Disección venosa					
24120	Toracocentesis simple					
37404	Venodisección y catéter subclavio					
37406	Intubación orotraqueal (caso de reanimación)					
37201	Artrocentesis					
37501	Paracentesis					
37203	Infiltraciones					
27116	Aspiración vesical suprapúbica					
6101	Toracostomía cerrada					

OTROS PROCEDIMIENTOS

1914810	Glucosa en orina					
1912730	Glucometrias					
29120	Micronebulizacion					
30202	Aplicación de qlóbulos rojos v sanqré total					
37403	Lavado gástrico					
39300	Materiales de curación por complicación					
29111	Terapia física					

Continúa anexo 1

29118	Terapia respiratoria					
54000	Consumo de oxígeno	Vol/tiempo				
		Vol/tiempo				
		Vol/tiempo				
23117	Cateterismo vesical					
37803	Oxigenación hiperbólica sesión					
25103	Electrocardiograma					
30201	Aplicación de crioprecipitados, plasma y plaquet					
37909	Drenaje de piel y tejido celular subcutáneo					
37502	Interconsulta de soporte nutricional especializad					
37601	Consulta social, sesión					
37602	Consulta familiar, sesión					
29115	Terapia del lenguaje					
29113	Terapia ocupacional					
39601	Transporte					

ESTANCIAS HOSPI1fALARIAS

		DIA	DIA	DIA	DIA	DIA
38121	Habitación unipersonal					
38122	Habitación bipersonal					
38123	Habitación de tres camas					
38124	Habitación de cuatro o más camas					
38725	Incubadora					

Continúa anexo 1

Nombre del paciente

cama No

No de afiliación

fecha

AfiliadoDerechohabiente

___ SOAT

Tipo de riesgo

CLINICA COMUNEROS REGISTRO DE SUMINISTROS		DIA													
		D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
9	Aguja No 18' 1 %														
11	Aguja No 19' 1 1/2														
13	Aguja No 20' 1 %														
17	Aguja No 22' 1 %														
18	Aguja No 23' 1 1/2														
	Otras agujas														
109	Bactigras 5'5														
107	Bactigras 10'10														
108	Bactigras 15*20														
36	Barreras de colostomía														
40	Bolsa de colostomía														
39	Bolsa alim. Parenteral 3000														
35	Bolsa alim. Enteral Nutrifl														
54	Bránula No 18														
55	Bránula No 20														
56	Bránula No 22														
57	Bránula No 24														
75	Electrodos adultos														
83	Enemas Travad														
93	Equipo Cvstolfo														
85	Equipo buretrol														
89	Equipo bomba infusión.														
94	Equipo venoclisis														
86	Equipo microgoteo														
704	Equipo tracción cutánea														
96	Equipo venturi														
697	Equipo administración droga														
104	Gafas inhalación oxígeno														
717	Jeringas des. 2cc														
127	Jeringas des. 3cc														
126	Jeringas des. 5cc														
129	Jeringas des. 10cc														
130	Jeringas des. 20cc														
131	Jeringas des. 50cc														
122	Jeringa Insulina														
132	Jeringa tuberculina														
723	Llave de tres vías														

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCION.

ELEMENTOS O ACTIVIDADES				Total	
		1	2	#-\$	%
Interconsulta soporte nutricional	#reg				
	\$ reg				
	# fact				
	\$fact				
	difer. #				
	difer. \$				
Interconsulta por especialista	#reg				
	\$ reg				
	#fact				
	\$fact				
	difer. #				
	difer. \$				
Manejo día nutric. ent. y parent.	#reg				
	\$ reg				
	#fact				
	\$ fact				
	difer. #				
	difer. \$				
Bolsa nutrición parent.x3000 cc	#reg				
	\$ reg				
	#fact				
	\$ fact				
	difer. #				
	difer. \$				
Bolsa nutrición ent. Nutriflo	#reg				
	\$ reg				
	#fact				
	\$ fact				
	difer. #				
	difer. \$				
Mes					
Total \$ Registrado					
Total \$ Facturado					
Total \$ Diferencia					

ANEXO 3.

REGISTRO DE ELEMENTOS O ACTIVIDADES DEL GRUPO DE
SOPORTE NUTRICIONAL PEDIATRICO.

Nombre UsuarioIdent

Edad Sexo

CODIGO	ELEMENTO O ACTIVIDAD	Dia	Dia	Dia	Dia	Dia	TOT
37502	Interconsulta al GSNP						
xxxxx	Interconsulta especialista del GSNP						
39142	Manejo diario GSNP						
00039	Bolsa aliment parent x 3000 cc						
00038	Bolsa aliment parent x 1000 cc						
00035	Bolsa de alimentación enteral						

CODIGO	ELEMENTO O ACTIVIDAD	Dia	Dia	Dia	Dia	Dia	TOT
37502	Interconsulta al GSNP						
xxxxx	Interconsulta especialista del GSNP						
39142	Manejo diario GSNP						
00039	Bolsa aliment parent x 3000 cc						
00038	Bolsa aliment parent x 1000 cc						
00035	Bolsa de alimentación enteral						

ANEXO 4. FORMATO DE REGISTRO MODIFICADO

INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES
CLINICA COMUNEROS
HOJA DE PROCEDIMIENTOS DE HOSPITALIZACION

No de cama ____
No Historia ____

Fecha	de	ingreso	No.	afiliación	Clase de paciente	Noafil	Afij ISS	Pens
Nombres		y		ApellidosSexo	Tipo de Régimen	Contrib	Subsid	Benef
CC, TI, PAS						Víncul	Otro	Afiliad
Dirección				Edad				
Teléfono					Tipo de Riesgo	Fnf Gral	Acc Trah	Eniprol
Seccional CAA					Fecha de egreso _____	SOAT	Matem	Catast
					1. Dx_____	AtUrg	PAMI	Otro

CODIG	PROCEDIMIENTOS MEDICOS	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	TOTAL
39112	Atención diaria intrahosp por especia.						
39114	Atención diaria por especialista paciente Qx						
39119	valoración por especialista clínicas pediatri						
39122	Consulta pre-quirúrgica						
39123	consulta preanestésica						
39124	Interconsulta de medicina especializada						
1280	Punción lumbar						
37402	Diseción venosa						
24120	Toracocentesis simple						
37404	Venodisección v catéter subclavio						
37406	Intubación orotraqueal (caso reanimación)						
37201	Artrocentesis						
37501	Paracentesis						
37203	Infiltraciones						
27116	Aspiración vesical suprapúbica						
6101	Toracostomía cerrada						

OTROS PROCEDIMIENTOS

1914810	Glucosa en orina						
1912730	Glucometrias						
29120	Micronebulizacion						
30202	Aplicación de glóbulos rojos v sanqre total						
37403	Lavado gástrico						
39300	Materiales de curación por complicación						
29111	Terapia física						

