

**EVALUACION DE LOS PROCESOS DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS Y  
FACTURACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL  
INTENSIVISTAS MATERNIDAD RAFAEL CALVO Y SU INFLUENCIA EN LA  
SITUACION FINANCIERA DE LA EMPRESA**

**AUTORES:**

**SHANNON GALLARDO MCLEAN  
OLEIDYS ESTHER MARROQUIN CASTILLA**

**DRA. MONICA DE LA VALLE  
ASESORA DE PROYECTO**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SALUD/COHORTE XXVII**

**CARTAGENA DE INDIAS D.T. Y C, ENERO 18 DE 2017**

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
2.1 Descripción del problema.....	6
2.2 Formulación del problema.....	7
3. OBJETIVOS.....	8
3.1 Objetivos generales.....	8
3.2 Objetivos específicos.....	8
4. JUSTIFICACION.....	8
5. DELIMITACION.....	10
5.1 Delimitación espacial.....	10
5.2 Delimitación temporal.....	10
5.3 Delimitación conceptual.....	10
6. MARCO TEÓRICO.....	11
6.1 Marco histórico.....	11
6.2 Marco referencial.....	15
6.3 Marco conceptual.....	16
6.3.1 Facturación.....	17
6.3.1.1 Proceso de facturación.....	17
6.3.1.2 Modalidades del proceso de facturación.....	19
6.3.2 Manual tarifario.....	19
6.3.3 Auditoría de cuentas médicas.....	20
6.3.3.1 Tipos de auditoría.....	20
6.3.3.2 Proceso de revisión de cuenta médica.....	20
6.3.4 Proceso de auditoría de cuentas médicas.....	21
6.3.5 Modalidades de contratación.....	24
6.3.6 Autorización.....	25

6.3.7 Glosas y devoluciones.....	25
6.3.7.1 Causas de glosas y devoluciones.....	25
6.3.7.2 Respuesta a glosas y devoluciones.....	26
6.4 Marco legal.....	27
6.4.1 Constitución política de Colombia.....	27
6.4.2 Ley 100 de 1993.....	27
6.4.3 Ley 1122 de 2007.....	28
6.4.4 Ley 1231 de 2008.....	29
6.4.5 Ley 1438 de 2011.....	31
6.4.6 Ley estatutaria 1751 de 2015.....	31
6.4.7 Decreto 624 de 1989.....	31
6.4.8 Decreto 2423 de 1996.....	32
6.4.9 Decreto 1011 de 2006.....	32
6.4.10 Decreto 4747 de 2007.....	32
6.4.11 Decreto 056 de 2015.....	34
6.4.12 Resolución 3047 de 2008.....	35
6.4.13 Resolución 416 de 2009.....	36
6.4.14 Resolución 4331 de 2012.....	37
6.4.15 Resolución 1328 de 2016.....	37
6.4.16 Resolución 1995 de 1999.....	38
6.4.17 Acuerdo 260 de 2004.....	38
6.4.18 Sentencia T-760 de 2008.....	38
6.5 Marco institucional.....	38
6.5.1 Reseña histórica.....	38
6.5.2 Misión.....	39
6.5.3 Visión.....	39
6.5.4 Políticas de calidad.....	39
6.5.5 Valores institucionales.....	39

6.5.6	Portafolio de servicios.....	40
6.5.7	Capacidad instalada.....	40
6.5.8	Estructura organizacional.....	40
6.6	Glosario de términos.....	41
6.7	Operacionalización de las variables.....	45
7.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	49
7.1	Tipo de estudio.....	49
7.2	Población y muestra.....	49
7.3	Fuentes y técnicas de recolección de la información.....	50
7.4	Plan de análisis de datos.....	52
8.	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	52
8.1	Cronograma.....	52
8.2	Presupuesto.....	53
8.3	Recursos.....	53
9.	DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS .....	54
9.1	Presentación de resultados.....	54
9.1.1	Resultado entrevista semi-estructurada.....	54
9.1.2	Resultado listado de chequeo.....	55
9.1.3	Resultado de información de facturas.....	58
9.2	Análisis de resultados .....	67
10.	CONCLUSIÓN.....	72
11.	DISCUSIÓN.....	73
12.	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	74
13.	ANEXOS.....	76

## **INTRODUCCIÓN**

Los procesos de auditoría y facturación son uno de los procesos administrativos prioritarios de una empresa que se dedica a la prestación de los servicios de salud debido a que a partir de ésta se logra materializar todos los procesos derivados de la atención, por tanto se realizó el presente trabajo para investigar y resolver el impacto de los procesos de auditoría de cuentas médicas y facturación de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal Intensivistas Maternidad Rafael Calvo en los estados financieros de la institución y su repercusión en la situación financiera de la empresa, recordando que los procesos de facturación y auditoría tienen un alto impacto en la recuperación de la cartera y en los ingresos de la institución lo que afecta los estados financieros y la liquidez de la empresa.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **2.1 Descripción del problema**

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal Intensivistas Maternidad Rafael Calvo es una empresa privada con ánimo de lucro que se encuentra domiciliada en la ciudad de Cartagena en el barrio Amberes Sector María Auxiliadora. Esta institución del sector salud ofrece servicios de atención neonatal de baja, mediana y alta complejidad a la Clínica Maternidad Rafael Calvo y a la comunidad tanto del régimen subsidiado como contributivo.

Al ser una institución de III nivel de atención, ofrece un amplio portafolio de servicios entre los cuales tenemos atención integral del neonato, servicios especializados (oftalmología, cardiología, nefrología, dermatología, cirugía), terapia respiratoria, laboratorio clínico y Radiología. Está institución tiene una estructura organizacional centralizada, donde la toma de decisiones se hace por parte de la junta directiva, sin embargo se requiere que la parte operativa tenga una adecuada integración de los procesos administrativos de facturación los cuales consisten en la admisión del paciente, la solicitud de autorización del servicio, la organización de los soportes de estudios imagenológicos, exámenes complementarios, procedimientos, medicamentos suministrados e historia clínica (epicrisis) del neonato y emitir una factura para que se cobre el servicio y además la verificación que se realice de manera adecuada de este proceso a través de la auditoría que puede facilitar un diagnóstico de los errores que se puedan presentar oportunamente para garantizar que la empresa tenga una sostenibilidad financiera; No obstante, la institución tenía dichos procesos administrativos contratados a través de un tercero: Clínica Maternidad Rafael Calvo, lo cual implicaba dependencia económica total, sin embargo, desde agosto de 2015 estos procesos son realizados directamente por la institución y se esperaba un aumento en los ingresos, lo cual aún no ha ocurrido, pese a tener su propia gestión de cobro. Por ende, esto amerita evaluar las causas de dicha situación financiera y el impacto de éste sobre la sostenibilidad de la empresa. Por lo

anterior, se requiere hacer un seguimiento estricto y evaluar los procesos realizados por el área de cartera, facturación y auditoría tales como: incremento de glosas (no conformidades o inconsistencias que encuentra la empresa responsable del pago y que retrasa el proceso de facturación), la no radicación oportuna (envío de los soportes y la factura a la entidad responsable del pago y el seguimiento de la misma) y no recobro o recuperación de cartera que consiste en el tiempo en que las facturas se convierten en dinero; lo cual afecta los ingresos de la institución, el pago de proveedores, el pago de nómina entre otros. Por ello es importante que se tenga una cohesión entre los procesos de auditoría y facturación dentro de la institución para que no se generen sobrecostos por las gestiones que deben realizarse para responder a las glosas las cuales causan un detrimento en los ingresos de la empresa por que se prolonga el tiempo de recuperación de cartera y de esta manera se retrasan todos los otros procesos administrativos.

## **2.2 Formulación del problema**

¿En qué medida afectan las glosas, los recaudos no oportunos, el retraso de la facturación y la no radicación de cuentas en los ingresos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal Intensivistas Maternidad Rafael Calvo?

¿Cuál es la causa principal de glosas de cuentas médicas en la institución?

¿Cuáles son los factores que se relacionan con el retraso del proceso de facturación?

¿Cuáles son las consecuencias de una radicación no oportuna y en qué medida retrasa la recuperación de cartera?

¿Hasta qué punto podemos decir que la situación financiera de la empresa está relacionada con el incremento de glosas y la no radicación oportuna y no se debe a otros factores?

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo General**

- Evaluar de los procesos de auditoría y facturación y su impacto en los ingresos de la unidad de Cuidados Intensivos Neonatal Intensivistas Maternidad Rafael calvo en el periodo comprendido de Noviembre del 2015 al mes de abril del 2016.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar las causas de no radicación oportuna de las facturas en la empresa.
- Determinar las principales causas de glosas de cuentas médicas en la institución.
- Evaluar los procesos de auditoría y facturación en la institución
- Medir el impacto económico de las fallas en los procesos de facturación y auditoría y su influencia en la rentabilidad de la empresa.

### **4. JUSTIFICACION**

Los estados financieros son el reflejo de la sostenibilidad económica de una empresa. Por ende, valores negativos en este se convierten en una alarma para una institución.

En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal Intensivistas Maternidad Rafael Calvo, los ingresos correspondientes a los meses de Noviembre de 2015 hasta Abril de 2016 evidenciaron un descenso impactando negativamente en las finanzas de la institución, esto sucede debido a que los procesos de facturación y auditoria se llevaban a cabo por parte de la maternidad ya que la institución no se encontraba habilitada por el Departamento administrativo distrital de salud (DADIS) y no podía hacer contrataciones directas con las entidades promotoras de salud, por lo cual por un largo periodo tuvo que tercerizar ese proceso hasta lograr su habilitación en el mes de agosto de 2015, por lo cual la institución retomó este



proceso; sin embargo, pese a los esfuerzos los procesos de facturación tuvieron un retraso progresivo por falta de organización, lo cual repercutió negativamente sobre los ingresos de la empresa, propiciando retraso en el pago de los salarios de los empleados y facturas a proveedores. Cabe resaltar que dentro de los procesos involucrados con estas actividades están: la auditoría entendiéndose como: *“Actividad consistente en la revisión y verificación de documentos contables, siempre que aquella tenga por objeto la emisión de un informe que pueda tener efectos frente a terceros”*<sup>1</sup> y Facturación como: el proceso mediante el cual se emite una factura y se anexan soportes relevantes para el pago de la misma.

Ambos aspectos son esenciales para el funcionamiento institucional, sus tareas consistentes en: creación y radicación de cuentas, cobro de facturas, revisión de historias clínicas y soportes médicos, supervisión de los procesos administrativos asistenciales, evitar/minimizar glosas, concurrencia médica entre otros; son parte fundamental para disminuir los impactos económicos y con ello pérdidas para la empresa.

Por lo anterior, a través de este estudio se pretende realizar una evaluación sistemática, organizada, veraz y objetiva de los procesos realizados por el área de auditoría y facturación para determinar falencias en estos, que estén impactando en la gestión administrativa y financiera de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal Intensivistas Maternidad Rafael Calvo y la disminución en sus ingresos de los meses de Noviembre de 2015 al mes de Abril de 2016.

Este análisis permitiría identificar debilidades en estos procesos y con ello crear planes estratégicos que permitan mejorar los ingresos y con ello la liquidez corriente de la institución, que no es más que la capacidad que tiene la empresa de hacer frente a sus obligaciones financieras a corto plazo (menor de 1 año) obteniendo disponible (efectivo en caja) para cancelar sus obligaciones; esto

---

<sup>1</sup> CUELLAR MEJIA Guillermo Alfonso. Concepto Universal de Auditoria. Doc, pag.6, 2009.

ayudaría a los directivos a conocer la situación real de la empresa y las causas de dicha situación para implementar planes de mejora que tengan un beneficio sobre sus finanzas, además a los empleados se les podrá realizar sus pagos de manera oportuna lo cual es un incentivo económico que los motiva a realizar sus tareas de una manera más eficiente y a los proveedores ya que se les podrá cancelar el monto adeudado en el menor tiempo posible y se podrá seguir gozando de los privilegios crediticios que ellos ofrecen.

## **5. DELIMITACIÓN DEL TEMA**

### **5.1 Delimitación espacial**

Esta investigación se realizó en la Ciudad de Cartagena en la zona central de la ciudad en la localidad 1 unidad comunera 8, Barrio Amberes sector María Auxiliadora en la oficina de Facturación y Cartera de la Unidad de Cuidados Intensivos neonatal Intensivistas Maternidad Rafael Calvo la cual se encuentra dentro de la ESE Maternidad Rafael Calvo.

### **5.2 Delimitación temporal**

Esta investigación se realizó en los meses de Mayo a Agosto de 2016 donde inicialmente se recopiló la información contenida en las facturas generadas en el periodo de Noviembre de 2015 al mes de Abril de 2016.

### **5.3 Delimitación Conceptual**

Esta investigación abarca tres conceptos importantes, la *facturación* como un proceso sistemático, organizado, verás para la liquidación de la cuenta médica, la *auditoría* como un proceso de evaluación constante de las cuentas médicas, que va desde la revisión de la historia clínica hasta la respuesta de glosas y devoluciones y la gestión de cobro que es el proceso mediante el cual se realizan las actividades necesarias para que se pueda realizar el pago de la factura que va desde la radicación de la factura hasta la conciliación de cartera.

## 6. MARCO TEÓRICO

### 6.1 Marco Histórico

El sistema de salud en Colombia surgió alrededor de la década de 1940 con la aparición de la Caja Nacional de Previsión Social Cajanal en 1945 que se encargaba de la salud de los empleados del sector público y el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales en 1946 que se encargaba de la salud de los empleados del sector privado. Las bases conceptuales e ideológicas se apoyaron inicialmente en la ley del seguro obligatorio, emitida en Alemania por el Canciller Otto Von Bismarck en 1883. En Colombia, las prestaciones de los trabajadores, pensiones, cesantías, salud y riesgos profesionales, fueron reconocidas por la ley con anterioridad a la creación del ICSS y de CAJANAL. Para entonces eran llamadas prestaciones patronales<sup>2</sup>.

Hasta mediados de 1950 el sistema de salud en Colombia tenía el modelo higienista en el cual la intervención del estado se enfocaba en atender los aspectos de carácter sanitario y el sistema era financiado por los usuarios y algunas empresas de caridad que ayudaban a los que no tenían los recursos para acceder a los servicios sanitarios.

No obstante, hasta 1973 el sistema de salud colombiano se centraba principalmente en los trabajadores y sus familias y las entidades con regímenes especiales como las fuerzas militares y la policía nacional entre otros, que suministraban servicios de salud a sus trabajadores y familias, al igual que algunas empresas privadas. La seguridad social apareció entonces como el *mecanismo institucional y financiero que garantizaba el acceso de los trabajadores a sus prestaciones sociales*. En Colombia, el desarrollo de la seguridad social estuvo marcado por una fuerte diferenciación entre el sistema de los trabajadores privados, denominado de la *seguridad social*, y el de los funcionarios públicos,

---

<sup>2</sup> JARAMILLO PÉREZ Iván. El futuro de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993.

conocido como de la *previsión social*. De esta manera, el ICSS se convirtió en una entidad monopólica de afiliación del sector privado, creando en su interior un sistema de solidaridad entre las distintas regiones y ramas de la producción industrial. Entre tanto, la Caja Nacional de Previsión cubrió solamente una parte del sector central del gobierno nacional, mientras que cada dependencia, entidad o empresa pública que logró acumular algún poder lo utilizó no para fortalecer un sistema nacional de previsión social sino para reivindicar el derecho a segregarse y conformar su propia entidad previsoras. Fue así como las fuerzas armadas, la policía, el sector de telecomunicaciones, el Congreso de la República, ECOPETROL y la Superintendencia de Notario y Registro, entre otros, constituyeron paralelamente otras doce instituciones nacionales del mismo tipo, y las cuatro universidades públicas más importantes actuaron en forma semejante<sup>3</sup>.

Entre los años 70 y finales de los 80 se crea el Sistema Nacional de Salud, en este sistema los recursos del estado eran transferidos directamente a los hospitales públicos, sin embargo la población con escasos recursos aún no tenían garantías para el acceso a los servicios de salud<sup>4</sup>. El sistema nacional de salud funcionaba de manera desarticulada, había inequidad y desigualdad, y no existía ningún tipo de solidaridad por parte de la población con mayores recursos hacia los más desfavorecidos. Entre 1975 y 1982 creció y se mejoró la planta de hospitales y centros de salud de este sistema. No obstante, a partir de la crisis fiscal acaecida en ese último año, los recursos que se asignaron a este tipo de servicios se redujeron de 8% del presupuesto nacional a menos del 4% en los años sucesivos, lo que ocasionó el progresivo deterioro del sector. A este subsistema le correspondía atender en 1993 aproximadamente el 70% de la población nacional; sin embargo, su cobertura era muy limitada y la calidad de sus servicios muy deficientes. Alrededor del 25% de la población nacional no tenía acceso a ningún tipo de servicios, por lo que gran parte de sus necesidades de salud y de

---

<sup>3</sup> ROCHA BUELVAS, Anderson, Antecedentes Históricos de la seguridad social en Colombia.

<sup>4</sup> CASTAÑO CASTRILLON José Jaime, El sistema de salud colombiano

medicamentos estaban siendo paulatinamente cubiertos por los médicos, laboratorios y farmacias del sector privado<sup>5</sup>. Cabe resaltar que el instituto de seguro social tenía baja cobertura (tan solo estaban afiliados el 20% de la población) lo que demostraba la inequidad del sistema, además tenía una baja calidad en la prestación de los servicios, lo cual se veía reflejado en la insatisfacción de los usuarios por la falta de oportunidad y el acceso a los servicios de salud. Hubo muchos elementos que motivaron a reformar el sistema de salud nacional, entre ellos la inequidad, ineficiencia del sistema y la baja calidad en la prestación de los servicios. Además se realizó el Estudio Nacional de Salud en 1989, realizado por iniciativa del Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación, con el apoyo del Banco Mundial (Programa de Consolidación del Sistema Nacional de Salud). En dicho estudio se sistematizaron las principales inquietudes existentes en el sector y se planteó por primera vez la posibilidad de crear un sistema de salud que asegurara a toda la población colombiana.

Otro antecedente importante fue la reforma del sector emprendida por la Ley 10 de 1990, la cual intentó descentralizar la dirección y operación de los servicios hacia los departamentos y los municipios. Es importante señalar que bajo esta iniciativa el financiamiento no se entregó finalmente a los municipios. Los nombramientos del personal continuaron realizándose de manera centralizada y el presupuesto y la nómina siguieron en manos de los Ministerios de Hacienda y de Salud.

Fue hasta que se creó la constitución política de 1991 que se promulgó la salud como un derecho fundamental y la seguridad social como un derecho público de carácter obligatorio. Con la aparición de la constitución, se garantiza el derecho de todos los colombianos a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. De igual manera plantea que la organización de los servicios de salud debe llevarse a cabo de manera descentralizada, por niveles de atención, con participación de toda la comunidad y siguiendo los principios de la seguridad social: universalidad, solidaridad y eficiencia.

---

<sup>5</sup> CARMONA FONSECA, Jaime, Cambios demográficos y epidemiológicos de Colombia en el siglo XX

En 1993 se crea la ley 60 en la cual se establecen las competencias y los recursos destinados para los diversos entes territoriales y se culminó el mandato constitucional cuando se reforma el sistema de salud en Colombia, a partir del nacimiento de la Ley 100 con esta ley se creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, donde se ratifica la salud como derecho fundamental, se empieza a hablar de la importancia del acceso a los servicios sanitarios de toda la población en el territorio nacional y se organiza el sistema en tres subsistemas (salud, pensión y riesgos profesionales), cada uno de los cuales contaba con su propia forma de financiamiento y proporcionaba atención a grupos específicos de población, basándose en su capacidad de pago. Aparecen otros principios tales como, equidad, unidad, obligatoriedad, protección integral, libre elección, autonomía institucional, calidad, descentralización, subsidiariedad, complementariedad, concurrencia y participación.

El estado a partir de esta ley, decide otorgar parte de la administración del sistema a entidades privadas (Entidades promotoras de Salud) en el sector salud, Administradores de riesgos profesionales y Administradores del fondo de pensiones. Se dividió el sistema de salud en tres regímenes (subsidiado para la población de escasos recursos, contributivo a la población trabajadora y vinculado a la población que aún no está clasificada en el régimen subsidiado), además se creó una encuesta para clasificar a las personas de los estratos 1, 2 y 3, además el financiamiento del sistema se basó en el principio de solidaridad por lo cual se crea el fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA) donde se administran los recursos para el financiamiento del sistema, el cual se financia básicamente con recursos fiscales y parafiscales.

Desde entonces las empresas promotoras de los servicios de salud cumplen un rol importante dentro del sistema, a partir de la ley 1122 de 2007 son las encargadas de realizar los pagos a las instituciones prestadoras, las últimas tienen la responsabilidad de emitir una factura, que se consagró como título valor en la ley 1231 de 2008; y presentarlas ante las empresas para que ellas puedan realizar el

estudio y posteriormente el pago de las mismas, y en el decreto 4747 de 2007 se establecen los soportes que deben tener la factura al momento de presentarlas.

De igual manera se establecieron unos tiempos de respuesta en casos de no conformidades (glosas) u objeciones por parte de las empresas promotoras y las posibles causas de las mismas en la resolución 3047 de 2008.

Actualmente, el estado ante la necesidad de la población de tener un mayor acceso a los servicios de salud crea la ley 1751 de 2015 (ley estatutaria) donde se garantiza la protección de la salud, y como aspecto relevante enfatiza el no requerimiento de autorización para la atención inicial de urgencias, lo cual permite que la población acceda con mayor facilidad a este servicio, y disminuye el retraso en la atención, además resalta la importancia de los principios de oportunidad, universalidad, calidad, equidad, disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, solidaridad, eficiencia, sostenibilidad, libre elección entre otras y le proporciona a los médicos la autonomía para la toma de decisiones de la salud de sus pacientes.

## **6.2 Marco referencial**

CORRALES GALLEGO Maritza; CORRALES RODRÍGUEZ Margarita; GÓMEZ RODRÍGUEZ Isabel; HINCAPIÉ DÍAZ Luisa Fernanda. *Auditoría al Proceso de Facturación del Servicio de Hospitalización del Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado, Antioquia- Universidad CES, Año 2013.*

En este estudio se realiza una valoración del proceso de auditoría en el hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado Antioquia en el periodo del segundo semestre del año 2013, los principales problemas que encontraron fue la falta de seguimiento a las glosas, se realizó una discriminación del tipo de glosas que se presentaron durante ese periodo en el hospital. Se consideró que el proceso de facturación no se estaba llevando a cabo de la mejor manera porque se cometían muchos errores al momento de emitir la factura, no se contaban con los soportes necesarios que requería la factura entre otras cosas, por lo cual se propuso estandarizar estos procesos y buscar oportunidades de mejora.

SOTO SALAZAR, Juan Carlos; *Propuesta para disminuir las glosas y optimizar los recursos en el Hospital Departamental de Cartago*. Universidad Tecnológica de Pereira, Risaralda, Año: 2007.

En este trabajo se estudiaron las principales causas de glosas en el Hospital Departamental de Cartago que se presentaron en el año 2005 con el fin de crear planes de mejoramiento. Se encontró que las principales causas de glosas durante ese año en la institución son por no pertinencia, falta de autorización, falta de soportes y doble facturación. A partir de este diagnóstico se crearon planes de mejoramiento a corto, mediano y largo plazo.

MARUM REYES Wildy; MARTINEZ ROCA Oscar; VALBUENA Miguel; SERNA PINTO Ángel Javier; Diseño de un modelo de Auditoría al proceso de facturación del servicio de urgencias de la ESE Hospital Local La Candelaria, Rioviejo, Bolívar. Convenio CES y Universidad Autónoma de Bucaramanga, Santander. Año: 2008.

Se evaluaron las acciones de auditoría al proceso de facturación de venta de servicios prestados en el área de Urgencias de la ESE Hospital Local La Candelaria de Rioviejo, Bolívar, se identificaron los puntos críticos de este proceso y se tomaron decisiones correctivas para mejorar el flujo de información necesario que evite la fuga de recursos indispensables para el sostenimiento del servicio.

### **6.3 Marco conceptual**

#### **6.3.1 Facturación**

Es el proceso de registro, valorización y liquidación de los procedimientos, actividades y consumos prestados a un paciente hospitalario o ambulatorio para efectos de cobro. Por otra parte podemos definir la facturación como el conjunto



de actividades que nos permiten liquidar la prestación de servicios de salud que conllevan a la atención del usuario en la institución prestadora<sup>6</sup>.

### **6.3.1.1 Proceso de facturación**

El proceso de facturación en una IPS, definido como aquella actividad en la cual intervienen personas jurídicas o naturales, que mediante una negociación se contrata un producto o un servicio, valorizándolo con el objeto de convertirlo en dinero, debe activarse al momento de un usuario solicitar un servicio, seguir con su atención y finalizar con el egreso de la institución. En el esquema del proceso de facturación, la contratación es la entrada básica al proceso, es el punto inicial donde se conoce cada uno de los responsables del pago, las condiciones contractuales, las tarifas, los requisitos del contrato en la presentación de las cuentas y los usuarios a atender.

El proceso de facturación consta de los siguientes pasos:

- Contratación de servicios: El contrato es un acuerdo, compromiso, pacto o convenio que se da como consecuencia del proceso de negociación entre dos partes (una o varias personas) obligándose mutuamente, sobre materia o cosa determinada y a cuyo cumplimiento están recíprocamente obligados
- Admisión del usuario: Al ingresar el usuario se inicia la atención con la recepción por el servicio de admisiones que es el responsable de la identificación, verificación de derechos y clasificación.
- Prestación del servicio y elaboración de registros asistenciales y/o administrativos

---

<sup>6</sup> LEURO Mauricio, OVIEDO Irsa Tatiana, Auditoría de cuentas médicas y facturación de los servicios de salud, Quinta edición. Año 2015. Pág 5,

- Liquidación y elaboración de la factura: Se debe realizar el cargue diario de las prestaciones, insumos, medicamentos, y se elabora la pre-factura de acuerdo al convenio o a la norma establecida, con la base tarifaria establecida en el contrato. .
- Impresión y/o recolección de documentos de soporte: Es la obtención documental que será el soporte de la factura. Incluye las autorizaciones, los registros asistenciales/administrativos de las prestaciones de salud y los consumos, registrada en los formatos. El paquete compuesto por la factura, los soportes de atención, los soportes de autorización o convenio y los RIPS, es a partir de ahora denominado para efectos prácticos como “cuenta médica”.
- Preparación de la cuenta: En este momento se debe realizar la auditoría previa para descartar los posibles errores y corrección de los mismos. Verificada su calidad se le da el visto bueno y se arma cada cuenta correspondiente a cada entidad responsable del pago y discriminada por periodos.
- Radicación de la cuenta: La radicación de la cuenta para cobro es el último paso del proceso de preparación y presentación de las cuentas a cobrar. Mediante este procedimiento se notifica a la empresa o entidad responsable del pago, respecto a la deuda (obligación, que por concepto de prestación de servicios ésta tiene con la IPS.
- Gestión de cartera: Entregadas las cuentas, objeto de cobro a las aseguradoras, es necesario hacer el seguimiento de las mismas el cual incluye: manejo de objeciones, glosas, control de la cartera y aplicación de indicadores de gestión de cartera.

- Recaudo: El recaudo de los pagos o el ingreso de montos cobrados por venta de servicios<sup>7</sup>.

### **6.3.1.2 Modalidades del proceso de facturación**

a) Facturación centralizada: Es aquella donde todo el equipo de facturación se encuentra ubicado en una oficina central y es allí donde se liquida la cuenta, se genera la prefactura y posteriormente se emite

b) Facturación descentralizada: Es la conformada por puntos de facturación presenciales en cada una de las unidades funcionales de la IPS. Cada facturador genera la factura en la unidad funcional. Esta modalidad permite un mayor control del cargue de las prestaciones por parte del equipo de facturación ya que conoce la información asistencial en forma más directa.

c) Facturación Mixta: Es aquella utilizada en algunas IPS, ya sea por definición directiva o por inconvenientes de carácter financiero o técnico, donde se distribuye el equipo de facturación en modalidad descentralizada y centralizada<sup>8</sup>.

### **6.3.2 Manual Tarifario**

Manual tarifario SOAT (decreto 2423 de 1996).

Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios y se fijan tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes. El manual tarifario SOAT es una clasificación en donde se contemplan el factor de cotización de distintas prestaciones derivadas

---

<sup>7</sup> Ibid., p 33- 37

<sup>8</sup> Ibid., p 76,77

de acciones y procedimientos. Se utiliza con fines para ver procedimientos y actividades que se necesitan liquidar en el área de facturación<sup>9</sup>.

### **6.3.3 Auditoría de cuentas médicas**

Es la evaluación sistemática de la facturación de servicios de salud que realizan los profesionales de la salud con el objetivo fundamental de identificar y solucionar irregularidades en el desarrollo de los contratos celebrados, de una parte, por las aseguradoras responsables de la atención de los usuarios y por otra parte, los prestadores de los servicios de salud.

La auditoría de cuentas médicas consiste en la verificación del cumplimiento de los requisitos tanto administrativos como clínicos de las cuentas médicas.

#### **6.3.3.1 Tipos de auditoría de cuentas médicas**

- Auditoría Médica: Es la evaluación, análisis y recomendaciones de mejoramiento de los aspectos técnico-científicos y humanos, relacionados con los procesos de evaluación, diagnóstico y conductas decididas con el usuario por el equipo de salud del prestador.
- Auditoría Administrativa: Es la evaluación, análisis y recomendaciones de mejoramiento de los aspectos técnico-administrativos, financieros y de apoyo logístico, relacionados con los procesos de prestación de servicios de atención en salud y la correcta utilización por parte de los usuarios.

#### **6.3.3.2 Proceso de revisión de cuenta médica**

a) Auditoría de cuentas pre-radicadas:

- Entrega de pre-factura o factura al equipo de auditoría de la entidad responsable del pago.
- Revisión de documento por el equipo de auditoría de la empresa responsable del pago

---

<sup>9</sup> Ibid., p 33-35; 76-79

- Formulación de objeciones
- Recepción de las objeciones por el equipo de cuentas médicas de la IPS
- Realización del análisis y respuesta a las objeciones formuladas. Se elaboran los ajustes o notas contables pertinentes
- Revisión y análisis de las respuestas por el equipo auditor de la entidad responsable del pago
- Conciliación en caso de ser necesario
- Visado e la factura por el equipo auditor de la empresa responsable del pago para dar inicio al proceso de radicación
- Generación, análisis y presentación de informes de gestión a las directivas de la entidad prestadora.

b) Auditoría de cuentas radicadas

- Formulación de objeciones y certificación de pago de los valores no objetados
- Notificación de las objeciones a los prestadores
- Recepción y radicación de contestación de objeciones
- Revisión en auditoría médico-administrativa de la contestación
- Conciliación de objeciones en casos requeridos
- Formulación de glosas
- Notificación de glosas y certificación de pagos
- Aplicación de notas contables derivadas de las glosas
- Presentación de los informes de gestión producto de la revisoría de cuentas y auditoría clínica.

#### **6.3.4 Proceso auditoría de cuentas médicas**

La cuenta médica se compone de la factura que es un título valor que contiene una obligación financiera, los RIPS (Registro individual de la prestación del servicio) que son archivos planos donde se identifican los procedimientos que se le realizaron al paciente y los soportes que se encuentran detallados en el anexo técnico N° 5 de la Resolución 3047 de 2008.

Esta debe contener la siguiente información:

- a) RIPS
  - ✓ Información de la entidad o institución que expide la factura (Razón social; NIT, dirección, teléfono, fecha, número del consecutivo)
  - ✓ Identificación del paciente
  - ✓ Valor de la factura
- b) Factura (Descripción detallada de servicios prestados y el valor de la misma)
- c) Soportes
  - ✓ Fotocopia del documento de identidad del paciente
  - ✓ Autorización del servicio
  - ✓ Epicrisis o resumen de atención
  - ✓ Historia clínica
  - ✓ Hoja de atención de urgencias
  - ✓ Hoja de administración de medicamentos
  - ✓ Hoja de descripción quirúrgica
  - ✓ Resultado de exámenes de apoyo diagnóstico
  - ✓ Registro de anestesia
  - ✓ Comprobante de recibido del usuario
  - ✓ Hoja de traslado
  - ✓ Orden o fórmula médica
  - ✓ Lista de precios
  - ✓ Recibo de pago compartido
  - ✓ Informe patronal de Accidente de trabajo (IPAT)
  - ✓ Factura por el cobro al SOAT o FOSYGA
  - ✓ Odontograma

Se debe verificar los contenidos de la factura con respecto a los requisitos mínimos de facturación establecidos en el estatuto tributario nacional (art 617°, art 621°) y la ley 1231 de 2008 tales como:

- Factura original
- Numeración consecutiva de la factura

- Razón social
- NIT
- Fecha de expedición
- Fecha de vencimiento
- Fecha de recibo de la factura y nombre o identificación o firma de quien la recibe
- Datos del paciente
- Número de historia clínica
- Nombre y NIT de la IPS
- Numeración de cada ítem relacionado con la actividad facturada
- Codificación de los ítems
- Descripción de servicio
- Cantidad
- Valor Unitario
- Valor total
- Firma del paciente
- Huella digital
- Firma del responsable del hospital

Para realizar la auditoría administrativa de las cuentas se deben seguir los siguientes pasos:

- Entregar las facturas al equipo de auditores de cuentas
- Priorización y ordenamiento por fecha de radicación y tipo de prestador
- Verificar la comprobación de derechos de los usuarios
- Capturar la información acerca de los datos del prestador
- Verificar códigos diagnósticos codificados en el CIE-10
- Verificar los ítems relacionados en las facturas, deben venir bajo la denominación y estructura CUPS y los medicamentos NP POS con los CUM.

- Verificar tarifas de procedimientos, medicamentos e insumos (Manual tarifario de la entidad promotora de salud, Manual propio de tarifas de la institución, Manual establecido en la contratación)
- Verificar correcta liquidación acorde al manual tarifario pactado y se formula objeción según hallazgos<sup>10</sup>.

### **6.3.5 Modalidades de contratación**

- ✓ Por capitación: Pago que se realiza por anticipado y que corresponde a la suma fija se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo determinado de tiempo, a partir de un grupo de servicios ya preestablecidos. La unidad de pago está constituida por una tarifa previamente pactada, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.
- ✓ Por evento: Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un periodo determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.
- ✓ Por caso integral de atenciones, paquete o grupo relacionado con diagnóstico: Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados o grupo relacionado de diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> Ibid., p 288-290

<sup>11</sup> Ibid., p 34



### **6.3.6 Autorización**

Es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de los servicios de salud y la entidad responsable del pago. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.

### **6.3.7 Glosas y devoluciones**

La glosa se define como una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud

La devolución es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de los servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar presentada la factura. Las causales de devoluciones son taxativas y se refieren a la falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.

#### **6.3.7.1 Causas de glosas y devoluciones**

**Facturación:** Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y volumen de los servicios prestados con el tipo y volumen de los

servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras).

**Tarifas:** Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.

**Soportes:** Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.

**Autorización:** Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador no fueron autorizados o difieren en los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas.

**Cobertura:** Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los toques.

**Pertinencia:** Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado

### **6.3.7.2 Respuesta a glosas y devoluciones**

Se interpreta en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago. En el momento que se reciben las glosas y son registradas, se procede a hacer un análisis para verificar las causas, con el fin de determinar a qué áreas, unidades o funcionarios deben remitirse para su solución y corrección o si se puede realizar la corrección dentro de la misma área de cartera. <sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Ibid., p 321-325

## **6.4 MARCO LEGAL**

### **6.4.1 Constitución Política de 1991**

Art. 1° Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

Art. 48° La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.

La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.

No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.

La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

### **6.4.2 Ley 100 de 1993**

La ley 100 en el cual se establece el sistema general de seguridad social en salud, establece para la vigilancia y control de este sistema lo siguiente:

Art. 225°. Las entidades promotoras de salud, cualquiera sea su naturaleza, deberán establecer sistemas de costos, facturación y publicidad. Los sistemas de costo deberán tener como fundamento un presupuesto independiente, que garantice una separación entre ingresos y egresos para cada uno de los servicios prestados, utilizando para el efecto métodos sistematizados. Los sistemas de facturación deberán permitir conocer al usuario, para que éste conserve una factura que incorpore los servicios y los correspondientes costos, discriminando la cuantía subsidiada por el sistema general de seguridad social en salud.

#### **6.4.3 Ley 1122 de 2007**

– Regula la relación entre prestadores de los servicios de la salud y los responsables del pago.

Art 13° Literal (c): Los pagos, efectuados por la entidad territorial a las EPS del régimen subsidiado se harán bimestre anticipado dentro de los primeros 10 días de cada bimestre. Estos pagos se harán solo mediante giro electrónico, a cuentas previamente registradas de entidades que estén debidamente habilitadas y mediante la presentación de facturas que cumplan lo previsto en el artículo 617 del Estatuto Tributario. Literal (d): Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El

Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura.

#### **6.4.4 Ley 1231 de 2008**

Art. 1° Consagra la factura como un título valor que el vendedor o prestador del servicio podrá librar y entregar o remitir al comprador o beneficiario del servicio.

No podrá librarse factura alguna que no corresponda a bienes entregados real y materialmente o a servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito.

El emisor vendedor o prestador del servicio emitirá un original y dos copias de la factura. Para todos los efectos legales derivados del carácter de título valor de la factura, el original firmado por el emisor y el obligado, será título valor negociable por endoso por el emisor y lo deberá conservar el emisor, vendedor o prestador del servicio. Una de las copias se le entregará al obligado y la otra quedará en poder del emisor, para sus registros contables.

Art 2° Aceptación de la factura. Una vez que la factura sea aceptada por el comprador o beneficiario del servicio, se considerará, frente a terceros de buena fé exenta de culpa que el contrato que le dio origen ha sido debidamente ejecutado en la forma estipulada en el título.

El comprador o beneficiario del servicio deberá aceptar de manera expresa el contenido de la factura, por escrito colocado en el cuerpo de la misma o en documento separado, físico o electrónico. Igualmente, deberá constar el recibo de la mercancía o del servicio por parte del comprador del bien o beneficiario del servicio, en la factura y/o en la guía de transporte, según el caso, indicando el nombre, identificación o la firma de quien recibe, y la fecha de recibo. El comprador del bien o beneficiario del servicio no podrá alegar falta de representación o indebida representación por razón de la persona que reciba la

mercancía o el servicio en sus dependencias, para efectos de la aceptación del título valor.

La factura se considera irrevocablemente aceptada por el comprador o beneficiario del servicio, si no reclamare en contra de su contenido, bien sea mediante devolución de la misma y de los documentos de despacho, según el caso, o bien mediante reclamo escrito dirigido al emisor o tenedor del título, dentro de los diez (10) días calendarios siguientes a su recepción. En el evento en que el comprador o beneficiario del servicio no manifieste expresamente la aceptación o rechazo de la factura, y el vendedor o emisor pretenda endosarla, deberá dejar constancia de ese hecho en el título, la cual se entenderá efectuada bajo la gravedad de juramento.

Parágrafo: La factura podrá transferirse después de haber sido aceptada por el comprador o beneficiario del bien o servicio. Tres (3) días antes de su vencimiento para el pago, el legítimo tenedor de la factura informará de su tenencia al comprador o beneficiario del bien o servicio.

Art. 3° Requisitos de la factura. La factura deberá reunir, además de los requisitos señalados en los artículos 621 del presente Código, y 617 del Estatuto Tributario Nacional o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, los siguientes:

- 1) La fecha de vencimiento, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 673. En ausencia de mención expresa en la factura de la fecha de vencimiento, se entenderá que debe ser pagada dentro de los treinta días calendario siguientes a la emisión.
- 2) La fecha de recibo de la factura, con indicación del nombre, o identificación o firma de quien sea el encargado de recibirla según lo establecido en la presente ley.
- 3) El emisor vendedor o prestador del servicio, deberá dejar constancia en el original de la factura, del estado de pago del precio o remuneración y las condiciones del pago si fuere el caso. A la misma obligación están sujetos los terceros a quienes se haya transferido la factura.

No tendrá el carácter de título valor la factura que no cumpla con la totalidad de los requisitos legales señalados en el presente artículo. Sin embargo, la omisión de cualquiera de estos requisitos, no afectará la validez del negocio jurídico que dio origen a la factura.

En todo caso, todo comprador o beneficiario del servicio tiene derecho a exigir del vendedor o prestador del servicio la formación y entrega de una factura que corresponda al negocio causal con indicación del precio y de su pago total o de la parte que hubiere sido cancelada.

#### **6.4.5 Ley 1438 de 2011**

- Reforma el sistema general de seguridad social en salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

#### **6.4.6 Ley estatutaria 1751 de 2015**

- Garantiza la salud como derecho fundamental y establece los mecanismos para la protección de la misma.

Art. 14 Prohibición de la negación de prestación de servicios. Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia.

#### **6.4.7 Decreto 624 de 1989 (Estatuto tributario)**

Art. 617 ° Para efectos tributarios, las facturas a que se refiere el Artículo 615 de la presente norma, deberán contener:

- a) Apellidos y nombres o razón social y número de identificación tributaria del vendedor o de quien presta el servicio;
- b) Número y fecha de la factura;
- c) Descripción específica o genérica de los Artículos vendidos o servicios prestados;
- d) Valor total de la operación.

#### **6.4.8 Decreto 2423 de 2006- Manual tarifario**

- Se determina la nomenclatura y clasificación de los procesos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del manual tarifario.

#### **6.4.9 Decreto 1011 de 2006**

- Establece el sistema obligatorio de la Garantía de la calidad de la atención en Salud. Establece los componentes del sistema obligatorio de la Garantía de la calidad en salud:

- ✓ Sistema único de habilitación (Condiciones mínimas requeridas para la prestación del servicio)
- ✓ La auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud (Establece la evaluación sistemática a través de la Auditoría externa e interna)
- ✓ Sistema único de acreditación (Mejoramiento continuo para el cumplimiento de niveles superiores de calidad)
- ✓ Sistema de información para la calidad

#### **6.4.10 Decreto 4747 de 2007**

Art. 21° Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca



el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social.

Art. 22° Manual Único de Glosas, Devoluciones y respuestas. El Ministerio de la Protección Social expedirá el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Art. 23° Trámite de glosas. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando este sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud.

Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador de servicios de salud subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas.

Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la ley.

Art. 24° Reconocimiento de intereses. En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el artículo 7° del Decreto-ley 1281 de 2002.

En el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a título de pago anticipado en cobros posteriores. De no presentarse cobros posteriores, la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor glosado y al reconocimiento de intereses moratorias desde la fecha en la cual la entidad responsable del pago canceló al prestador.

#### **6.4.11 Decreto 056 de 2015**

- Por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito - ECAT y las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de

Administración del Fosyga, por parte de la Subcuenta ECAT del FOSYGA y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT

#### **6.4.12 Resolución 3047 de 2008 – Manual único de glosas**

- Reglamenta el decreto 4747 de 2007. Se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud.

**Art° 2. Formato y procedimiento para el informe de posibles inconsistencias en las bases de datos de la entidad responsable del pago.** Para el informe de posibles inconsistencias en las bases de datos de la entidad responsable del pago de que trata el parágrafo 2 del artículo 11 del Decreto 4747 de 2007 se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 1.

**Art° 3. Formato y procedimiento para el informe de la atención inicial de urgencias.** El informe de la atención inicial de urgencias de que trata el artículo 12 del Decreto 4747 de 2007 adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 2 que hace parte integral de la presente resolución. El envío del informe a la entidad responsable del pago se realizará dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados de envío del reporte a los medios de recepción de información, dentro del término establecido, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir el informe de la atención inicial de urgencias por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud.

Si durante las 24 horas siguientes al inicio de la atención inicial de urgencias el prestador de servicios solicita autorización de servicios de salud posteriores a dicha atención, no será necesario el envío del informe de la atención inicial de

urgencias y solamente se enviará el formato de solicitud de autorización de servicios definido en el Anexo Técnico No. 3 que hace parte integral de la presente resolución.

**Art°4. Formato y procedimiento para la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.** Si para la realización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización, se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 3 que hace parte integral de la presente resolución. La solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención. En caso que se requieran servicios adicionales a la primera autorización en el servicio de urgencias o internación, la solicitud de autorización se deberá enviar antes del vencimiento de la autorización vigente, o a más tardar dentro de las doce (12) horas siguientes a su terminación.

**Art° 5. Formato y procedimiento para la respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias y en el caso de autorización adicional.** Si para la realización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización para su respuesta, se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 4.

**Art° 6. Formato y procedimiento para la solicitud de autorización de servicios electivos.** Si en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización para la realización de servicios de carácter electivo, sean éstos ambulatorios u hospitalarios, el prestador de servicios de salud deberá adoptar el formato definido en el Anexo Técnico No. 3.

#### **6.4.13 Resolución 416 de 2009**

- Modifica la resolución 3047 de 2008, adiciona lo siguiente:

Art° 1. En caso de detectar la presunta inconsistencia, el prestador deberá realizar la admisión, la identificación de la historia clínica y de la factura con los datos reales que se encuentran en el documento de identidad exhibido por el usuario. Las entidades responsables de pago, no podrán glosar las facturas con el argumento de que el usuario no existe en su base de datos, a menos que determinen que no existe la inconsistencia y se trata de dos personas distintas. En este último caso, dentro de las 8 horas hábiles siguientes a la recepción del informe de la posible inconsistencia la entidad responsable de pago deberá informar tal situación para que el prestador proceda a identificar el responsable del pago.

Art° 2. Las entidades responsables del pago no podrán trasladar al usuario la responsabilidad de ampliación de información clínica o documentos adicionales para el trámite de la autorización de servicios electivos. Excepcionalmente, en el caso de necesidad de información adicional, la entidad responsable del pago se comunicará con el prestador de servicios de salud solicitante de la autorización, dentro del día hábil siguiente al recibo de la solicitud para los servicios prioritarios y dentro de los tres (3) días hábiles siguientes en el caso de servicios no prioritarios. El prestador deberá dar respuesta a dicha solicitud, dentro del día hábil siguiente al recibo de la solicitud de información adicional para los servicios prioritarios y dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud de información adicional para los servicios no prioritarios.

#### **6.4.14 Resolución 4331 de 2012**

- Modifica y realiza adiciones al decreto 4747 de 2007 la cual fue modificada por la resolución 416 de 2009.

#### **6.4.15 Resolución 1328 de 2016**

- Se establece el procedimiento para eliminar los comités técnico científicos (CTC) y lo reemplaza por un sistema de información en línea.

#### **6.4.16 Resolución 1995 de 1999**

- Establece los lineamientos para el diligenciamiento correcto de la historia clínica

#### **6.4.17 Acuerdo 260 de 2004**

- Establece el cobro de copagos y cuotas moderadoras

#### **6.4.18 Sentencia T-760 de 2008**

- Es una de las sentencias más importantes, debido a que marca un cambio significativo en la concepción del derecho a la salud y como se debe garantizar este derecho, traducido al acceso a este derecho reglamentado en la norma de normas en nuestro país (constitución política de 1991) y se ratifica en la Ley 100 de 1993 con los principios fundamentales de universalidad, solidaridad, eficiencia y equidad.

### **6.5 MARCO INSTITUCIONAL**

#### **6.5.1 Reseña Histórica**

IPS creada en el año 2005 con el fin de prestar el servicio de cuidados críticos del neonato; fue formada por un equipo de pediatras y neonatólogos de la ESE CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO, quienes conscientes de la necesidad, informan la urgencia de materializar el proyecto de crear la UCI NEONATAL para prestar los servicios de cuidados Intensivos, Intermedios y básicos teniendo en cuenta que en esos momentos la clínica estaba atendiendo el 90% de la población crítica y vulnerable de la ciudad de Cartagena y el departamento de Bolívar, en donde se presentaba un aumento día tras día de la morbilidad y mortalidad neonatal, su entrada en funcionamiento logró cubrir en un 60% las crecientes necesidades en servicios en atención en salud de la población en el espacio geográfico de la Ciudad de Cartagena y el Departamento de Bolívar. El 5 de Diciembre del 2005 se celebró un convenio de asociación para desarrollar ese

servicio misional en particular con la ESE CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO por un término inicial de 5 años, en el cual Intensivistas MRC prestó sus servicios dentro de la ESE CMRC y posteriormente este convenio se extendió por otros 5 años más.

### **6.5.2 Misión**

Somos una organización que presta servicios especializados de cuidados crítico neonatal de mediana y alta complejidad con altos niveles de calidad, efectividad, contando con un talento humano altamente calificado, competente, altruista y con gran sentido humano. Integramos de manera armónica la ejecución de procesos administrativos y asistenciales, brindando seguridad, credibilidad a la comunidad científica y la sociedad. Acordes con los protocolos de atención integral y estándares de calidad.

### **6.5.3 Visión**

Ser una organización líder y pionera en la prestación de servicios de cuidado crítico neonatal de alta y mediana complejidad a nivel local, departamental y regional brindando a nuestros pacientes atención en salud con excelencia, mejorando continuamente con técnicas científicas y administrativas modernas basados en los requisitos esenciales de calidad brindando un manejo integral del individuo y sus políticas.

### **6.5.4 Políticas de calidad**

Intensivistas Maternidad Rafael Calvo C S.A está comprometida en brindar servicios de Cuidados Neonatales de mediana y alta complejidad, con los más altos niveles de calidad y calidez humana garantizando la ejecución de procesos de mejoramiento continuo y satisfacción de los usuarios, teniendo como línea estratégica el sistema integrado de mejoramiento continuo organizacional. Sirviendo con profesionalismo y calidez.

### **6.5.5 Valores institucionales**

- ✓ Honestidad

- ✓ Responsabilidad
- ✓ Eficiencia
- ✓ Respeto
- ✓ Ética
- ✓ Calidad
- ✓ Liderazgo
- ✓ Compromiso

#### **6.5.6 Portafolio de servicios**

Ofrecemos los siguientes servicios en nuestro portafolio de servicios:

- Atención básica neonatal
- Atención en Cuidados Intermedios
- Atención en Cuidado Crítico
- Ayudas diagnósticas
- Laboratorio clínico
- Consulta especializada

#### **6.5.7 Capacidad Instalada**

Intensivistas MRC institución de III nivel de atención se encuentra ubicada en la zona centro de la ciudad de Cartagena en el Barrio Amberes sector María Auxiliadora dentro de la ESE Maternidad Rafael Calvo presta servicios de Baja, mediana y alta complejidad cuenta con una capacidad instalada de 10 camas en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatal, 16 camas en la Unidad de cuidados intermedios y 18 camas en la Unidad de cuidados básicos.

#### **6.5.8 Estructura Organizacional**



Intensivistas Maternidad Rafael Calvo tiene una estructura organizacional centralizada.

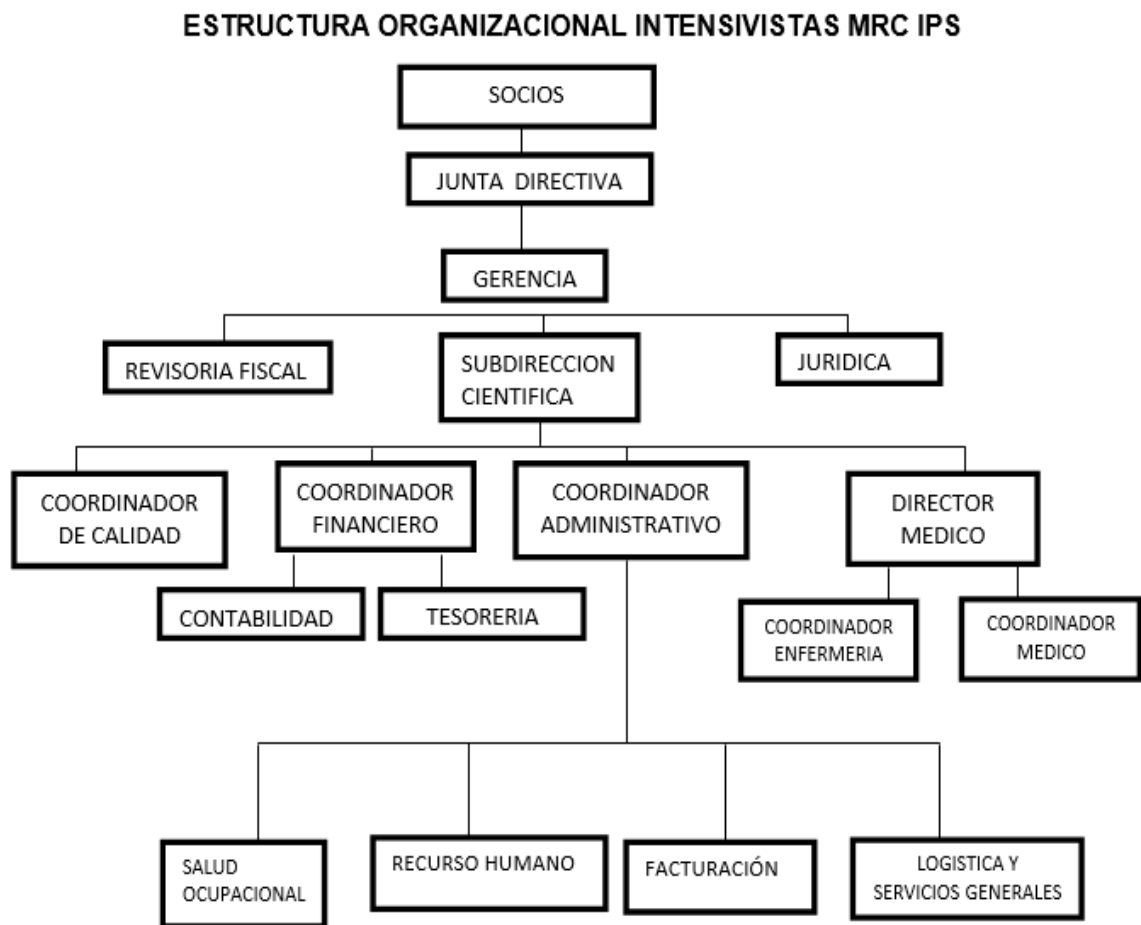


Figura 1. Organigrama Intensivistas Maternidad Rafael Calvo MRC IPS

## 6.6 GLOSARIO DE TERMINOS

**Accesibilidad:** Condición que permite, en cualquier espacio o ambiente ya sea interior o exterior, el fácil y seguro desplazamiento de la población en general y el uso en forma confiable, eficiente y autónoma de los servicios instalados. ad de ser atendidos por los servicios de salud.

**Acreditación:** Procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, voluntario, periódico y reservado que tiende a garantizar la calidad de acuerdo con estándares mínimos, básicos o, más elaborados y exigentes.

**Auditoría:** Evaluación, análisis, y recomendaciones de mejoramiento de los aspectos técnico-científicos, humanos, relacionados con los procesos de evaluación, diagnóstico y conductas decididas con el usuario por el equipo de salud del prestador.

**Auditoría de cuentas médicas:** Consiste en la verificación del cumplimiento de los requisitos, tanto administrativos como clínicos de las cuentas.

**Autorización:** Corresponde al aval para la prestación de un servicio de salud por parte de una entidad responsable del pago a un usuario, en un prestador de servicios determinado.

**Cartera:** Son las cuentas pendientes por cobrar que tienen las entidades.

**Cobertura:** Es el derecho al aseguramiento a través de las administradoras de riesgos profesionales, quienes asumen los costos de prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente de trabajo o enfermedad profesional.

**Conciliación:** La conciliación es un mecanismo de resolución de conflictos a través del cual, dos o más personas gestionan por sí mismas la solución de sus diferencias, con la ayuda de un tercero neutral y calificado, denominado conciliador.

**Contrato:** El contrato es un acuerdo de voluntades, verbal o escrito, manifestado en común entre dos o más, personas con capacidad (partes del contrato), que se obligan en virtud del mismo, regulando sus relaciones relativas a una determinada finalidad o cosa, y a cuyo cumplimiento pueden compelerse de manera recíproca, si el contrato es bilateral, o compelerse una parte a la otra, si el contrato es unilateral.

**Copago:** Los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

**Cuota Moderadora:** Las cuotas moderadoras son un aporte en dinero que debe ser pagado por todos los afiliados del régimen contributivo cuando asisten a una cita médica u odontológica, cuando reciben medicamentos, o al tomarse exámenes de laboratorio o radiografías de tratamientos ambulatorios.

**Equidad:** Distribución de los recursos en función de las necesidades de los grupos.

**EPS:** Empresas que administran los recursos y promueven los servicios de salud.

**Factura:** Es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada.

**Fosyga:** Es una cuenta adscrita al Ministerio de Protección Social que se maneja por encargo fiduciario, en la cual se depositan los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud.

**Gestión de cobro:** Proceso mediante el cual se incluye actividades que permitan el recaudo oportuno de las cuentas por cobrar.

**Glosa:** Las glosas son objeciones a las cuentas de cobro presentadas por las Instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de las facturas y sus respectivos soportes, las cuales pueden determinarse al interior de la misma institución o por las entidades con las cuales se hayan celebrado contratos de prestación de servicios.

**Habilitación:** Es el proceso continuo y coordinado, tendiente a obtener la restauración máxima de la persona con discapacidad en los aspectos funcionales, físico, psíquica, educacional, social, profesional y ocupacional, con el fin de reintegrarla como miembro productivo a la comunidad.

**IPS:** Instituciones que prestan servicios de salud

**Oportunidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

**POS:** Plan obligatorio de salud

**Promoción de la salud:** Busca establecer estilos de vida saludables, a fin de instaurar o fortalecer conductas que influyan en el mantenimiento de estados de salud óptimos en la persona, tenga o no una discapacidad

**Radicación:** Es el proceso mediante el cual se realiza la presentación de la factura y sus soportes a las entidades responsables del pago.

**Recobro:** Se entiende por recobro al Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, el procedimiento que se adelanta para presentar cuentas por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud – POS, suministradas a un usuario y autorizadas por el Comité Técnico Científico.

**Régimen subsidiado:** Busca establecer estilos de vida saludables, a fin de instaurar o fortalecer conductas que influyan en el mantenimiento de estados de salud óptimos en la persona, tenga o no una discapacidad.

**Régimen contributivo:** Clasificación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de los individuos y su núcleo familiar que tienen capacidad de pago.

**Salud:** Estado en el cual el ser orgánico ejerce con normalidad todas sus funciones.

**6.7 Operacionalización de las variables:** A continuación se describe la operacionalización de cada una de las variables planteadas para la realización de este estudio. Ver tabla 1.

**Tabla 1. Operacionalización de las variables**

Variables	Definición	Dimensiones	Indicadores
<b>Causas de no radicación</b>	Motivo por el cual no se radican las facturas en el tiempo establecido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rotación de personal</li> <li>- Facturación no oportuna</li> <li>- Falta de soportes</li> <li>- Presentación extemporánea</li> </ul>	<p><b>% no radicación por rotación de personal =</b></p> $\frac{\text{No. de facturas no radicadas por personal rotado en el periodo}}{\text{No. total de facturas no radicadas en el periodo}} \times 100$ <p><b>% no radicación por facturación inoportuna =</b></p> $\frac{\text{No. de facturas no radicadas por facturación inoportuna en el periodo}}{\text{No. total de facturas no radicadas en el periodo}} \times 100$ <p><b>% no radicación por falta de soportes =</b></p> $\frac{\text{No. de facturas no radicadas por falta de soportes en el periodo}}{\text{No. total de facturas no radicadas en el periodo}} \times 100$ <p><b>% no radicación por presentación extemporánea =</b></p> $\frac{\text{No. de facturas no radicadas por presentación extemporánea en el periodo}}{\text{No. total de facturas no radicadas en el periodo}} \times 100$
<b>Causas de Glosas</b>	Motivos por los que se objetan las facturas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de autorización del servicio</li> <li>- Tarifas mal aplicadas</li> <li>- Falta de soportes</li> <li>- Inconsistencia</li> </ul>	<p><b>% facturas glosadas por falta de autorización de servicio =</b></p> $\frac{\text{No. de facturas glosadas por falta de autorización en el periodo}}{\text{No. total de facturas glosadas en el periodo}} \times 100$

		<p>en la historia clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de pertinencia técnico-científica</li> <li>- No diligenciamiento del CTC en servicios no POS</li> </ul>	<p><b>% facturas glosadas por tarifas mal aplicadas =</b></p> $\frac{\text{No. de facturas glosadas por tarifas mal aplicadas en el periodo}}{\text{No. total de facturas glosadas en el periodo}} \times 100$ <p><b>%facturas glosadas por falta de soportes =</b></p> $\frac{\text{No. de facturas glosadas por falta de soportes en el periodo}}{\text{No. total de facturas glosadas en el periodo}} \times 100$ <p><b>%facturas glosadas por inconsistencia en la historia clínica=</b></p> $\frac{\text{No. de facturas glosadas por inconsistencia en la historia clínica en el periodo}}{\text{No. total de facturas glosadas en el periodo}} \times 100$ <p><b>%facturas glosadas por falta de pertinencia=</b></p> $\frac{\text{No. de facturas glosadas por falta de pertinencia en el periodo}}{\text{No. total de facturas glosadas en el periodo}} \times 100$ <p><b>%facturas glosadas por falta de CTC=</b></p> $\frac{\text{No. de facturas glosadas falta de CTC en el periodo}}{\text{No. total de facturas glosadas en el periodo}} \times 100$
<p><b>Evaluación proceso facturación y auditoría</b></p>	<p>Revisión de los procesos de facturación y auditoría</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Historias clínicas no revisadas</li> <li>- Historia clínica sin soportes</li> <li>- Facturas sin contestación de glosas</li> </ul>	<p><b>%Historias clínicas no revisadas =</b></p> $\frac{\text{No. de historias clínicas no revisadas en el periodo}}{\text{No total de historias clínicas generadas en el periodo}} \times 100$

		<p>Conciliación inoportuna</p> <p>- No recuperación de cartera</p>	<p><b>%Historias clínicas con falta de soporte=</b></p> $\frac{\text{No. de historias clínicas sin soportes en el periodo}}{\text{No total de historias clínicas revisadas en el periodo}} \times 100$ <p><b>%Facturas no contestadas=</b></p> $\frac{\text{No. facturas glosadas no contestadas en el periodo}}{\text{No. facturas glosadas en el periodo}} \times 100$ <p><b>%Facturas no conciliadas=</b></p> $\frac{\text{No. facturas glosadas no conciliadas en el periodo}}{\text{No facturas glosadas en el periodo}} \times 100$ <p><b>% Cartera no recuperada=</b></p> $\frac{\text{No. total de facturas no pagadas en el periodo}}{\text{No total de facturas radicadas}} \times 100$
<p><b>Impacto financiero</b></p>	<p>Como se afecta la economía de la institución</p>	<p>- Retraso en el pago de los empleados en nómina</p> <p>- Retraso en el pago de proveedores</p>	<p><b>% Pago oportuno a empleados en nómina=</b></p> $\frac{\text{No. empleados en nómina pagados oportunamente en el periodo}}{\text{No. total de empleados que laboran por nómina en el periodo}} \times 100$ <p><b>% Pago oportuno a proveedores=</b></p> $\frac{\text{No. proveedores pagados oportunamente en el periodo}}{\text{No. total de proveedores contratados en el periodo}} \times 100$

<b>Rentabilidad financiera</b>	Utilidades que se generan que permiten que la empresa se mantenga en el mercado.	- Rentabilidad económica	<p><b>% Ingresos por Recuperación de cartera oportuna:</b></p> $\frac{\text{No. total de ingresos por recuperación de cartera oportuna en el periodo}}{\text{No. total de ingresos por recuperación de cartera en el periodo}} \times 100$
--------------------------------	--	--------------------------	--



## 7. DISEÑO METODOLOGICO

### 7.1 Tipo de estudio

Este trabajo se realizó a través de la implementación de un estudio cualicuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal retrospectivo, donde se analizaron los ingresos por recuperación de cartera, las cuentas generadas, los recobros, las notificaciones de glosas, la facturación, los radicados y los procesos de auditoría y facturación en la Unidad de Cuidados Intensivos Intensivistas Maternidad Rafael Calvo del periodo correspondiente de Noviembre de 2015 al mes de Abril de 2016.

### 7.2 Población y muestra

La población de referencia fueron las facturas generadas (No. total de facturas 10.206.515.872) durante el periodo de estudio en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal Intensivistas Maternidad Rafael Calvo, donde se identificaron del universo aquellas facturas que fueron radicadas ante las entidades responsables del pago, las que fueron glosadas o devueltas y las facturas que no pudieron ser radicadas oportunamente que es el objeto de este estudio, para este estudio se tomó una muestra significativa de la población a través de un muestreo probabilístico aleatorio, para lo cual se utilizó la siguiente fórmula matemática:

$$n = \frac{N * Z^2 p * q}{d^2(N - 1) + Z^2 p * q}$$

Donde N= Universo;  $Z^2 = 2.2$  (Si el nivel de seguridad es del 99%); p: Proporción esperada; q= 1-p;  $d^2$ = precisión

Por lo anterior, se reemplazó la fórmula de la siguiente manera:

N: 10.206.515.872    p= proporción del 5% (0.05)     $d^2 =$  Precisión 5% (0.05)

$Z^2$ :  $2.2 * 2.2 = 4.8$     q=  $1 - 0.05 = 0.95$

$$n = \frac{(10.206.515.872) * (2.2)^2(0.05 * 0.95)}{0.05^2(10.206.515.872 - 1) + 2.2^2 (0.05 * 0.95)}$$

$$n = 2.280$$

Por lo tanto se tomó como muestra 2.280 facturas del universo para evaluar de aquellas cuales fueron radicadas, cuales fueron glosadas o devueltas y las causas de las glosas o devoluciones.

**7.3 Fuentes y técnicas para la recolección de la información:** A continuación se describen las fuentes y técnicas utilizadas para la recolección de la información, Ver tabla 2.

**Tabla 2. Fuentes y técnicas para la recolección de la información**

Técnica de recolección	Instrumento	Fuente
Observación	Listado de chequeo de verificación y registro de los procesos de facturación y auditoría (recurso humano, infraestructura, y dotación, registro de procesos de auditoría y facturación)	Primaria
Entrevista	Formato de entrevista semiestructurada	Primaria
Revisión Bibliográfica	Carta de solicitud de información	Secundaria

**Instrumento Listado de chequeo:**

- ✓ Nombre del instrumento: Se realizó la verificación de estándares de calidad (recurso humano para evaluar las competencias, el desempeño de los usuarios internos del proceso, infraestructura y dotación para identificar

problemas técnicos que retrasen el proceso y procedimiento de auditoría y facturación), se enumeró cada estándar.

- ✓ Criterio: Se explicó el componente a evaluar (área, competencias, proceso de selección, idoneidad etc)
- ✓ Pautas: Corresponde a las condiciones y elementos, que debe tener la institución para la normalidad de las actividades y/o funciones.
- ✓ Cumplimiento: Se verificó el cumplimiento de normalidad de cada pauta. Si cumple (Normalidad) No cumple (Anormalidad) No aplica.
- ✓ Observaciones: Se hicieron las observaciones pertinentes de acuerdo a los hallazgos del observador
- ✓ Referencia: Describe la forma como el evaluador verificó el cumplimiento de los ítems.

Se hizo una proporción de cumpliendo, se distribuyó por rangos de cumplimiento a través de una tabla de proporción de cumplimiento y se definió el nivel de desarrollo de cada indicador para luego realizar intervenciones a través de planes de acción de mejora.

#### **Instrumento entrevista semiestructurada**

- ✓ Se realizó una entrevista semiestructurada, se determinó de antemano la información que se requería obtener.
- ✓ Se realizó la entrevista a la Gerente de la IPS, a la Coordinadora de Facturación y cartera y a la Auditora médica.

#### **Instrumento Carta de Solicitud de Información**

- ✓ Se envió una carta de solicitud de información dirigida a la Gerente de la institución para la revisión de las facturas generadas durante el periodo de estudio e información sobre las facturas radicadas, glosadas, la cartera recuperada y la cartera pendiente por recuperar del último trimestre del año 2015 y los primeros 4 meses del año 2016.

#### 7.4 Plan de análisis de resultados

Posterior a la recolección de los datos por los métodos antes descritos, se realizó un análisis estadístico (distribución de frecuencia) de las principales causas de glosas y las facturas radicadas y las que están pendientes por radicar, éstas se agruparon de acuerdo a la frecuencia de presentación de las variables que se detallan en este estudio y se representaron sus resultados por medio de tablas e histogramas.

### 8. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

**8.1 Cronograma de actividades:** se presenta el cronograma de actividades que se tuvo en cuenta para la realización del presente estudio. Ver tabla 3.

**Tabla 3. Cronograma de actividades**

ACTIVIDADES	DURACIÓN DEL ESTUDIO												
	2016											2017	
	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
Elaboración de la propuesta	■												
Aprobación de propuesta		■											
Revisión de Literatura	■												
Elaboración anteproyecto				■									
Aprobación anteproyecto						■							
Recolección de la información				■									
Procesamiento y análisis de la información							■						
Elaboración informe final									■				
Presentación proyecto de grado												■	
Aprobación proyecto de grado												■	

**8.2 Presupuesto:** Se presenta el presupuesto utilizado para este estudio. Ver tabla 4.

**Tabla 4. Presupuesto**

<b>Ítem</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Valor Unitario</b>	<b>Valor total</b>
Impresión	400	500	200.000
Encuadernación	3	80.000	240.000
Fotocopias	30	100	30.000
Transporte	20	20.000	400.000
Refrigerio	10	10.000	100.000
Asesoría	1	600.000	600.000
<b>Total</b>			<b>1.570.000</b>

### **8.3 Recursos**

**Financieros:** La fuente de financiación del presente trabajo es propia los cuales se destinaron para los gastos producidos durante la planeación y el desarrollo de la investigación.

**Humanos:** Se requirió del acompañamiento de un asesor con conocimientos en el área de auditoría y facturación.

## 9. RESULTADOS

### 9.1 Presentación de Resultados

A continuación, se describen los resultados de los análisis de la entrevista aplicada a los coordinadores de área y la Gerente de la institución, así como de la observación, la cual es registrada a través de los listados de chequeo y los datos suministrados por la coordinadora de Auditoría y la Coordinadora de Facturación y Cartera de la Unidad Neonatal Intensivistas Maternidad Rafael Calvo IPS. Ver anexos 1 y 2.

#### 9.1.1 Entrevistas semi-estructuradas

Se realizó una entrevista semi-estructurada a la Gerente de la institución, a la Coordinadora de facturación y cartera y a la Auditora Médica para obtener información relevante sobre los procesos de facturación, auditoría médica y los asuntos financieros de la empresa. Ver anexo 1.

Al realizar el análisis de las entrevistas a gerencia y coordinadores de facturación y auditoría, se encontraron puntos críticos en los procesos de facturación y auditoría clínica, evidenciándose falencias que generan alta demanda de glosas, radicación inoportuna, personal insuficiente en el área y no generación de contratos con las Empresas promotoras de servicios de Salud. Ver tabla 5.

**Tabla 5. Resultado de entrevistas semi-estructuradas a Gerente, coordinadora de facturación y auditoría clínica.**

ítem	Resultados
<b>Problemas de contratación:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Habilitación tardía del servicio.</li><li>- No contratos con EPS para la prestación de los servicios.</li><li>- No tarifas de definidas para ejecutar cobros a las EPS.</li><li>- Liquidación de facturas con manual tarifario SOAT.</li></ul>

<b>Problemas en la Facturación:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuficiente recurso humano para el proceso de facturación.</li> <li>- Retraso en el proceso de cobro de cartera en mora.</li> </ul>
<b>Problemas de Auditoria:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No adecuado diligenciamiento de historias y soportes clínicos por parte del personal asistencial.</li> <li>- Pérdida de historias y soportes clínicos que generan glosas.</li> <li>- No revisión oportuna de las historias y soportes clínicos antes de la radicación de la cuenta médica.</li> <li>- No revisión de formatos No POS antes de su radicación</li> <li>- Generación alta de glosas.</li> <li>- Estancias Prolongadas.</li> <li>- No pertinencia en la solicitud de paraclínicos y estudios complementarios.</li> </ul>

Tabla 5. Se describen los principales problemas encontrados en los problemas de contratación, facturación y auditoria de la Unidad Neonatal Intensivistas Maternidad Rafael Calvo IPS. Fuente: Entrevistas semi-estructurada.

### 9.1.2 Listados de Chequeo

Se describen los hallazgos observados durante las inspecciones de área y el análisis de los documentos suministrados por la empresa, según los criterios que se describieron en el diseño metodológico, se verificaron las áreas de recurso humano, dotación e infraestructura, procesos prioritarios de facturación y auditoría. Al revisar los resultados se evidencian deficiencias en las áreas mencionadas, no estandarización de procesos prioritarios, principalmente en las áreas de facturación y auditoria. Ver anexo 2.

**Tabla 6. Resultados de Estándar 1: Recurso Humano**

Ítem	Resultado
<b>Idoneidad del Recurso Humano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La institución no cuenta con manual de funciones.</li> <li>- Currículum incompleto.</li> <li>- No existe una guía para la selección del personal, ésta se realiza de manera aleatoria.</li> </ul>
<b>Selección del Recurso Humano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No existe una guía para la selección del personal, ésta se realiza de manera aleatoria, por lo que se requiere de una guía de proceso de selección, verificar tipo de reclutamiento, y levantamiento del perfil del cargo</li> <li>- No existe un formato para entrevista y no se realizan test psicotécnicos.</li> </ul>
<b>Desempeño del Recurso Humano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sólo existen 3 facturadoras para todas las áreas y un auditor de cuentas, lo que resulta insuficiente para la realización de una auditoria y facturación oportuna, teniendo en cuenta el número de facturas generadas mensualmente y la demanda de la institución.</li> <li>- Existe muy poca afinidad y colaboración.</li> <li>- No se realizan evaluaciones al personal y el plan de mejora está incompleto.</li> </ul>
<b>Rotación del personal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rotación del personal (2 facturadoras) en los últimos 6 meses por falta de competencias en el cargo.</li> </ul>
<b>Coordinación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe un Jefe de facturación y cartera responsable del área, sin embargo, este no logra coordinar a todo su equipo de trabajo para la obtención de resultados.</li> </ul>



**Tabla 7. Resultados de Estándar 2: Infraestructura y dotación**

<b>Ítem</b>	<b>Resultados</b>
<b>Area de facturación</b>	- No señalización de salida de emergencias
<b>Equipamiento</b>	- Mesas y sillas no ergonómicas.
<b>Software</b>	- Problemas de conexión a la red.
<b>Hadware</b>	- Equipos desactualizados o viejos.

**Tabla 8. Resultados de Estándar 3: Procesos prioritarios en Facturación**

<b>Ítem</b>	<b>Resultados</b>
<b>Mapa de procesos</b>	- No estandarización del proceso de facturación.
<b>Normalización de procesos</b>	- No socialización del proceso de facturación entre las personas que trabajan en el área.
<b>Indicadores de gestión</b>	- No existen indicadores específicos para esta área, por lo que se requiere la realización de estos para hacer seguimiento a los procesos y evaluar los resultados de forma periódica.

**Tabla 9. Resultado de Estándar 4: Procesos prioritarios en Auditoría Médica**

<b>Ítem</b>	<b>Resultados</b>
<b>Registros médicos y de enfermería</b>	- No se encuentran registros de glucometrías, faltan insumos y medicamentos en las hojas de gasto.  - Hay diligenciamiento incompleto de las historias clínicas.

<b>Soportes clínicos</b>	- Pérdida de soportes clínicos.
<b>Indicadores de gestión</b>	- No cuentan con indicadores de gestión.
<b>PAMEC</b>	- El último PAMEC es de junio de 2015 y no se ajusta a las necesidades de la institución.

### 9.1.3 Información obtenida de la revisión de facturas

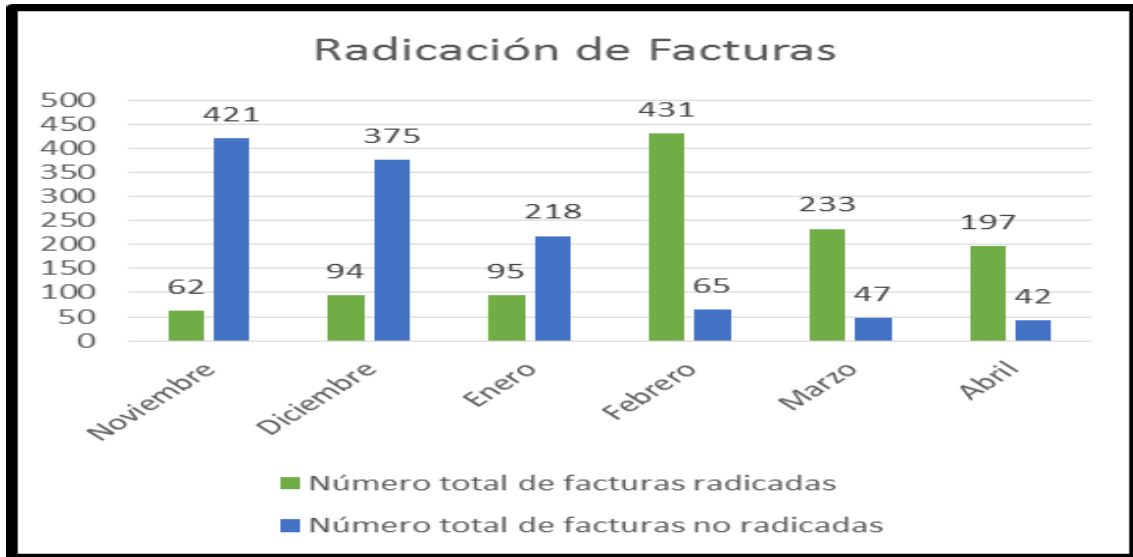
- **Radicación de facturas:** A continuación, se exponen los resultados de la radicación de las facturas de la unidad de cuidados intensivos neonatal intensivistas Maternidad Rafael Calvo de Noviembre del 2015 al mes de abril del 2016. Ver tablas 10 y 11 y gráficos 1 y 2.

**Tabla 10. Resultado de Radicación de facturas**

<b>Mes</b>	<b>Número total de facturas radicadas</b>	<b>Número total de facturas no radicadas</b>	<b>Número total de facturas generadas en el periodo</b>
Noviembre	62	421	483
Diciembre	94	375	469
Enero	95	218	313
Febrero	431	65	496
Marzo	233	47	280
Abril	197	42	239
<b>TOTAL</b>	<b>1.112</b>	<b>1.168</b>	<b>2.280</b>

Tabla 10. Se muestran los resultados de la radicación de facturas de los meses comprendidos entre noviembre del 2.015 a abril del 2.016, generándose en este periodo un total de 2.280 facturas, de las cuales 1.112 fueron radicadas y 1.168 no fueron radicadas siendo este un número alto y de mucho impacto en la recaudación de la cartera.

**Gráfico 1. Resultado de facturas radicadas vs. no radicadas**

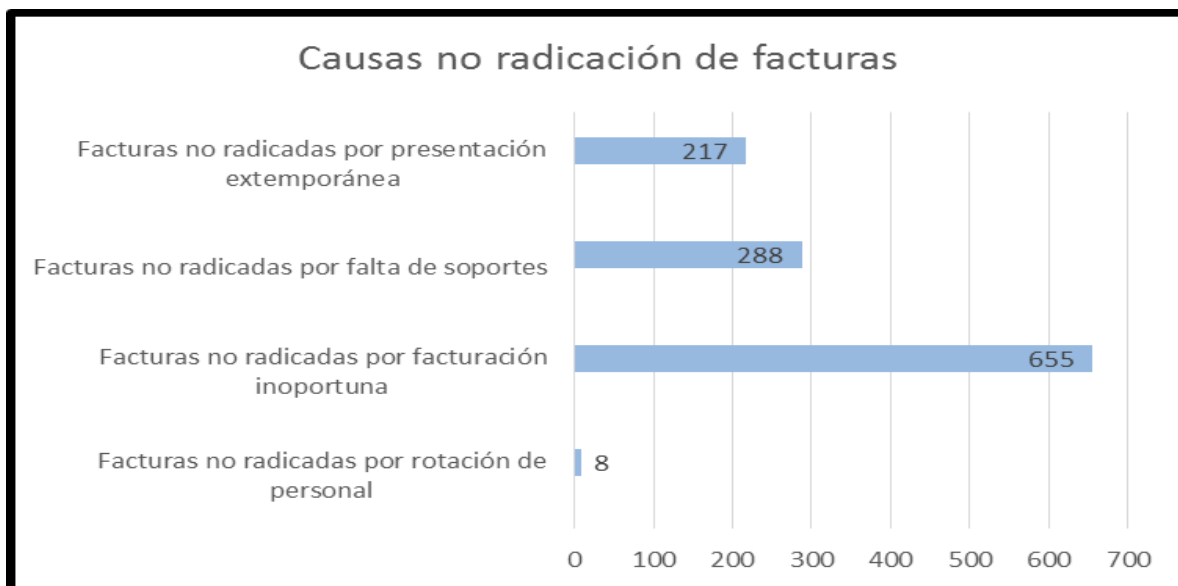


El gráfico 1. Muestra el número de facturas radicadas vs. las no radicadas mes a mes. En el mes de noviembre se radicaron 62 facturas frente a 421 facturas no radicadas, siendo un número alto de facturas sin radicar y sobrepasando más del 60% del total de facturas generadas en el mes con un número de 483 facturadas. En el mes de diciembre se radicaron 94 facturas frente a 375 facturas no radicadas. En enero se mantiene la relación con 95 facturas radicadas vs. 218 facturas no radicadas. Posteriormente la relación se invierte de forma progresiva, obteniéndose así en el mes de febrero 431 facturas radicadas vs. 65 facturas no radicadas. En marzo se mantuvo esta relación con 233 facturas radicadas frente a 47 facturas no radicadas y finalmente en abril se generaron 197 facturas radicadas vs 42 facturas no radicadas. Esto muestra una debilidad en el proceso de radicación de facturas en los primeros meses, el cual fue disminuyendo con una tendencia ascendente en la radicación de facturas al final del periodo mencionado.

**Tabla 11. Resultado de causas de no Radicación de facturas**

Mes	Facturas no radicadas por rotación de personal	Facturas no radicadas por facturación inoportuna	Facturas no radicadas por falta de soportes	Facturas no radicadas por presentación extemporánea	TOTAL
Noviembre	5	249	111	56	421
Diciembre	3	177	108	87	375
Enero	0	125	54	39	218
Febrero	0	42	9	14	65
Marzo	0	23	6	18	47
Abril	0	39	0	3	42
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>655</b>	<b>288</b>	<b>217</b>	<b>1.168</b>

**Gráfico 2. Resultado de causas de no radicación de facturas**



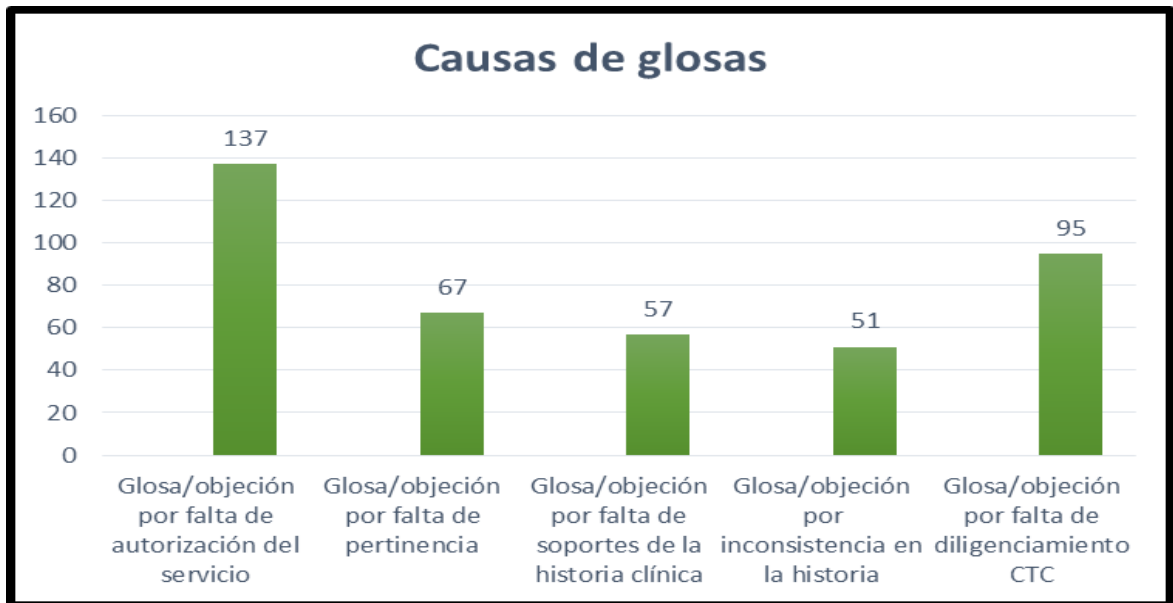
En la tabla 11. se identifican las causas de no radicación de las facturas generadas desde noviembre del 2015 hasta abril del 2016, siendo un total de 1.168 facturas no radicadas en el periodo, se observa en el gráfico 2 que la radicación inoportuna de facturas fue la principal causa de facturas no radicadas en el período de estudio.

- **Glosas u Objeciones:** Al analizar los resultados de las causas de glosas generadas en la unidad de cuidados intensivos neonatal intensivistas Maternidad Rafael Calvo de Noviembre del 2015 a abril del 2016, se evidenció un número alto de glosas por falta de autorización de servicios con un total de 137, seguidos de glosas por mal diligenciamiento de CTC con 95 y las glosas por pertinencia con 67 ocupando el tercer lugar. De igual forma, se obtuvo glosas por falta de soportes e inconsistencias en las historias clínicas y glosas por tarifas mal aplicadas. Ver tabla 11 y gráfico 3.

**Tabla 11. Resultado de causas de glosas u objeciones**

Mes	Glosa/objeción por falta de autorización del servicio	Glosa/objeción por falta de pertinencia	Glosa/objeción por tarifa mal aplicada	Glosa/objeción por falta de soportes de la historia clínica	Glosa/objeción por inconsistencia en la historia	Glosa /objeción por falta de diligenciamiento CTC	TOTAL
Noviembre	19	3	7	23	11	17	80
Diciembre	26	15	4	8	19	28	100
Enero	19	6	1	3	7	12	48
Febrero	25	9	18	1	8	9	70
Marzo	13	21	6	7	4	21	72
Abril	35	13	9	15	2	8	82
<b>TOTAL</b>	<b>137</b>	<b>67</b>	<b>45</b>	<b>57</b>	<b>51</b>	<b>95</b>	<b>452</b>

**Gráfico 3. Resultado de causas de glosas**



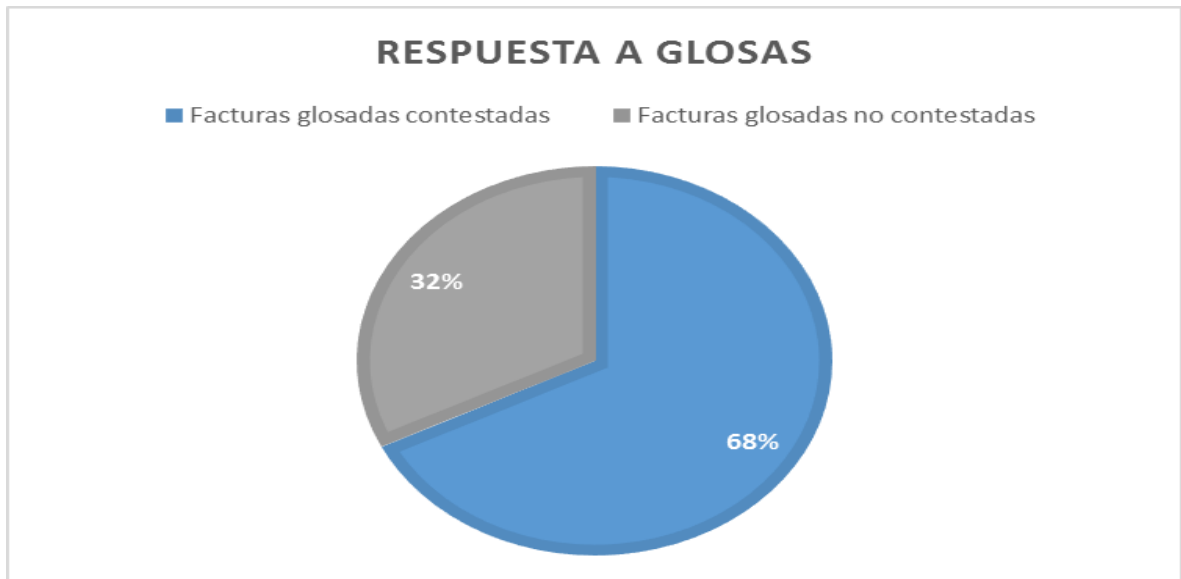
- **Respuesta a glosas:** durante el periodo de noviembre del 2.015 a abril del 2.016 se obtuvo un total de 452 glosas, siendo 306 facturas glosadas contestadas frente a 146 facturas glosadas no contestadas. Lo que requiere mayor intervención del área de auditoría para minimizar las causas de glosas y agilizar los procesos de contestación rápida por parte de las EPS y disminuir así el número de facturas glosadas no contestadas. Ver tabla 12 y gráfico 4.

**Tabla 12. Resultado de respuesta a glosas**

Mes	Facturas glosadas contestadas	Facturas glosadas no contestadas	TOTAL
Noviembre	42	38	80
Diciembre	67	33	100
Enero	27	21	48

Febrero	44	26	70
Marzo	57	15	72
Abril	69	13	82
<b>TOTAL</b>	<b>306</b>	<b>146</b>	<b>452</b>

**Gráfico 4. Resultado de Respuesta a glosas**

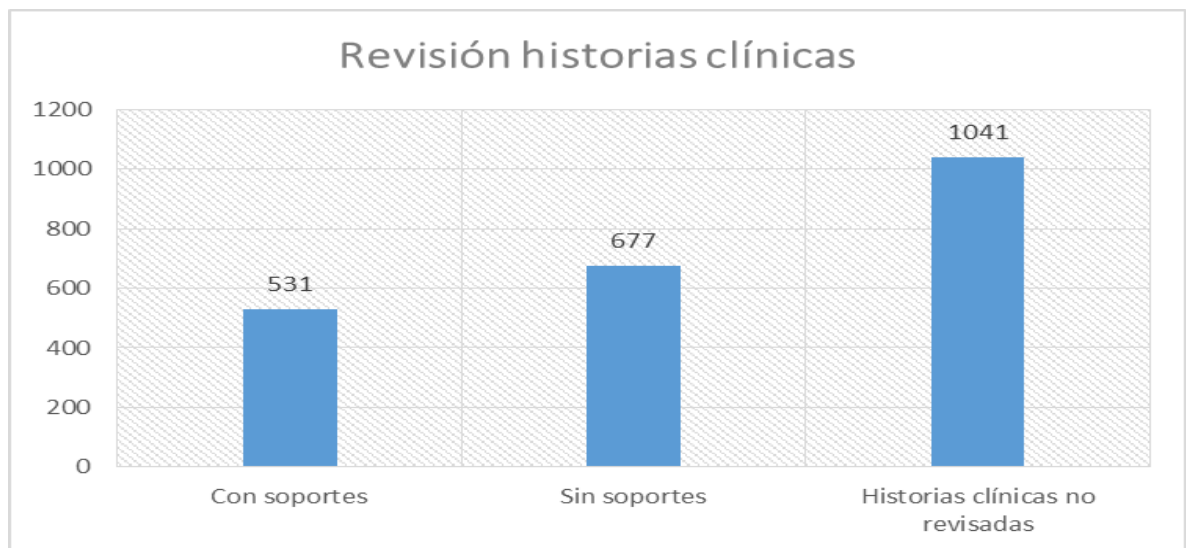


- **Revisión de Historias Clínicas:** el total de facturas revisadas entre noviembre del 2.015 a abril del 2.016 fue de 2.280. de estas 1.239 historias clínicas fueron revisadas y se evidencio en estas un total de 677 historias sin soportes clínicos, en relación a 531 con soportes clínicos lo que mostro la necesidad de fortalecer y responsabilizar al personal asistencial en el uso adecuado de las historias y a ser más estrictos en el proceso de auditoría y facturación para evitar la pérdida de soportes y glosas por esta causa. Ver tabla 13 y gráfico 5.

**Tabla 13. Resultado de revisión de historias clínicas**

Mes	Historias clínicas revisadas			Historias clínicas no revisadas	TOTAL
	Con soportes	Sin soportes	Total		
Noviembre	129	53	182	301	483
Diciembre	96	154	250	219	469
Enero	102	107	209	104	313
Febrero	95	163	258	238	496
Marzo	44	143	187	93	280
Abril	84	69	153	86	239
<b>TOTAL</b>	<b>531</b>	<b>677</b>	<b>1.239</b>	<b>1.041</b>	<b>2.280</b>

**Gráfico 5. Resultado de revisión historias clínicas**





➤ **Recuperación y conciliación de Cartera:** El análisis de los resultados de la cartera mostro un total de 5,009,583,944 millones de pesos generados en el periodo de noviembre del 2.015 hasta abril del 2.016 en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal Intensivistas Maternidad Rafael Calvo. De estos 1,060,845,341 millones de pesos (21%) corresponden a cartera recuperada frente a 3,737,588,409 millones de pesos (74.9%) de cartera por recuperar y 211,150,194 millones de pesos (4.1%) de cartera no conciliada. Se evidencia con estos resultados un gran monto por cartera no recuperada y cartera no conciliada, lo cual, genera alto impacto en los ingresos de la institución y en la rentabilidad de la misma. Ver tabla 14 y 15, gráfico 6, 7 y 8.

**Tabla 14. Resultado de recuperación y conciliación de cartera**

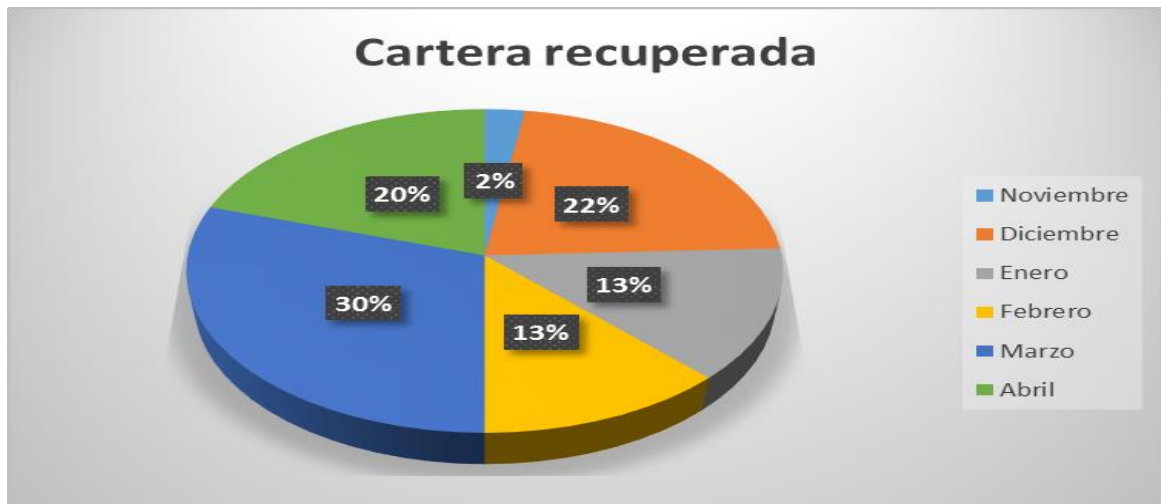
MES	Cartera recuperada	Cartera por recuperar	Cartera no conciliada	TOTAL
Noviembre	28,197,469	481,665,444	146,826,945	656,689,858
Diciembre	229,572,929	1,044,599,051	18,384,580	1,292,556,560
Enero	141,152,723	386,046,461	8,502,409	535,701,593
Febrero	133,718,238	263,545,563	31,344,449	428,608,250
Marzo	313,279,341	1,175,685,429	1,487,512	1,490,452,282
Abril	214,924,641	386,046,461	4,604,299	605,575,401
<b>TOTAL</b>	<b>1,060,845,341</b>	<b>3,737,588,409</b>	<b>211,150,194</b>	<b>5,009,583,944</b>

**Tabla 15. Resultado de recuperación de cartera en porcentaje (%)**

Mes	Cartera recuperada	Cartera por recuperar	Cartera no conciliada	
Noviembre	0.5%	9.6%	2.9%	
Diciembre	4.6%	20.9%	0.4%	
Enero	2.8%	7.7%	0.1%	
Febrero	2.6%	5.3%	0.6%	
Marzo	6.3%	23.7%	0.03%	
Abril	4.2%	7.7%	0.09%	
<b>TOTAL</b>	<b>21%</b>	<b>74.9%</b>	<b>4.1%</b>	<b>100%</b>

La tabla 15. Muestra en porcentajes la cartera no recuperada, la cartera recuperada y la cartera no conciliada.

**Gráfico 6. Resultado de Cartera recuperada**



El gráfico 6. Muestra los porcentajes de cartera recuperada mes a mes desde noviembre del 2.015 a abril del 2.016.

**Gráfico 7. Resultado de Cartera por recuperar**



En el gráfico 7 se observan los porcentajes de cartera por recuperar mensualmente.

**Gráfico 8. Resultado de Cartera no conciliada**



En el gráfico 8 se aprecia que el porcentaje más alto de cartera no conciliada fue en noviembre del 2015 con un 70% y el más bajo en enero del 2016 con un 2%.

## **9.2 Análisis de Resultados**

Al realizar el análisis de los resultados de las entrevistas que se realizaron a Gerencia, Coordinación de cartera y facturación y auditoría médica, se dedujo que la Gerencia desconoce cómo se llevan a cabo los procesos de facturación en la

empresa, considerando que el personal es suficiente para la cantidad de trabajo que se genera en la empresa, aunque si está de acuerdo con el área de cartera y auditoría en cuanto a las causas de no radicación oportuna, de glosas y la no contratación formal con las entidades promotoras de salud que repercuten en la recuperación de la cartera. Igualmente, se evidenció el requerimiento de más facturadores para optimizar los tiempos de facturación. Así mismo, no existe una auditoría concurrente, repercutiendo de forma importante en la generación de glosas por los auditores externos.

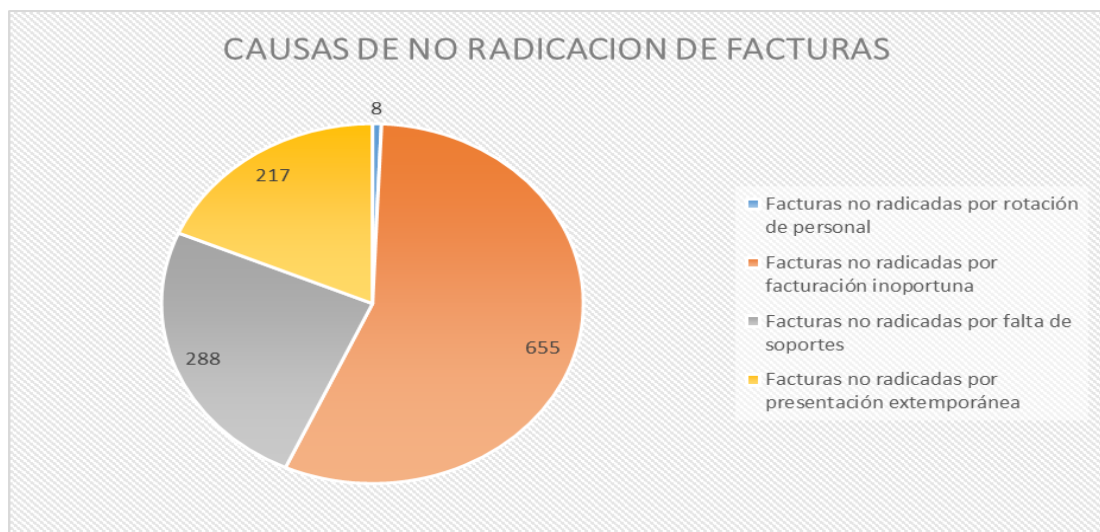
Por otro lado, a través de la observación se evidenció que la empresa no cumple con algunos estándares de calidad lo que puede influir en el bajo rendimiento económico de la empresa como son:

- No existencia de un manual de funciones
- Currículum de empleados incompletos
- No realización de proceso de selección del personal
- No trabajo en equipo
- Personal insuficiente en el área de facturación
- No evaluaciones periódicas de rendimiento de los empleados
- Área de facturación no ergonómica
- No se cumplen las normas de seguridad en el trabajo
- Problemas técnicos en el software de facturación
- No estandarización, ni normalización de procesos
- No elaboración de indicadores de gestión (lo cual impide evaluar los resultados y realizar planes de mejora)
- Mal diligenciamiento de las historias y soportes clínicos.

Al realizar el análisis de los datos obtenidos en el presente estudio se encuentra que la Unidad de Cuidados Intensivos neonatal Intensivistas Maternidad Rafael Calvo en el mes de noviembre del 2.015 presento un bajo número de facturas radicadas, siendo éstas 62 de un total de 483 generadas y con un total de 421 facturas no radicadas lo que representa 87% del total de las facturas generadas en el mes de noviembre, esto denota que un porcentaje alto de las facturas no se lograron radicar por diversas causas que más adelante se detallan. Esta situación se mantuvo durante los meses de diciembre de 2.015, enero y febrero del 2.016, para invertirse hacia los meses de marzo y abril del 2.016, terminando con un balance más positivo para el mes de abril, con un total de 197 facturas radicadas en comparación a 42 facturas no radicadas de un total de 239 facturas generadas en ese mes.

De igual forma, se analizaron las causas de no radicación de facturas del periodo comprendido entre noviembre del 2015 a abril del 2016 y se evidenciaron los siguientes datos: 655 facturas no radicadas por facturación inoportuna, 288 facturas no radicadas por falta de soportes, 217 facturas no radicadas por presentación extemporánea y 8 facturas no radicadas por rotación de personal. Ver gráfico 9.

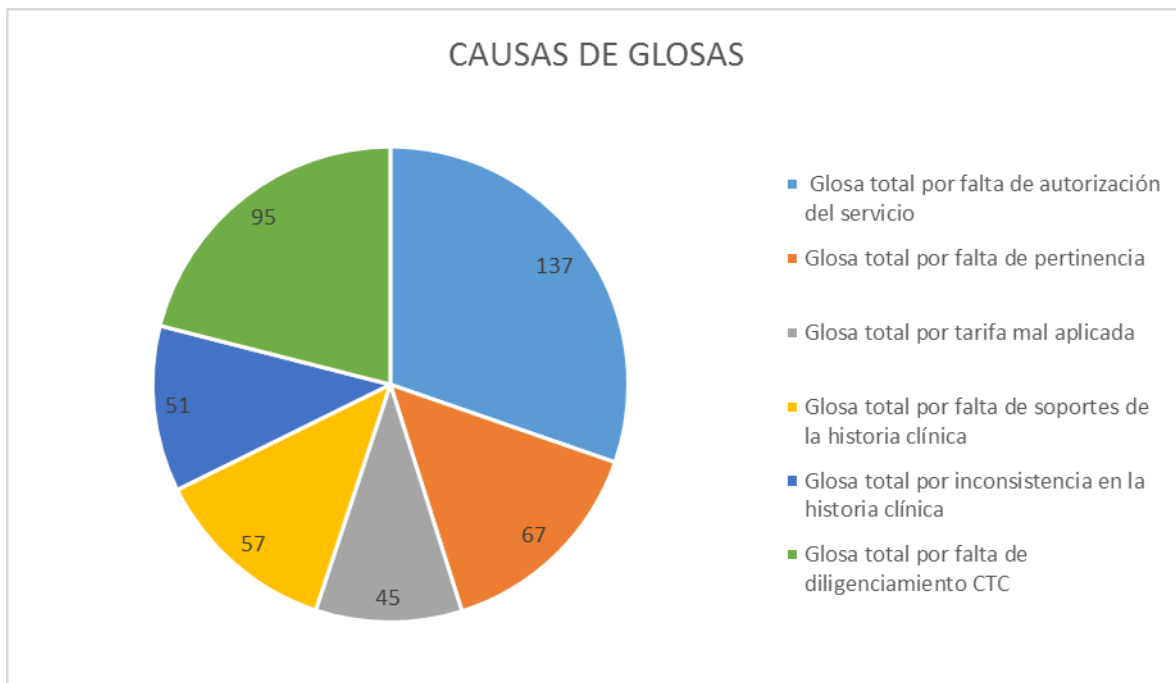
**Gráfico 9. Causas de no radicación de facturas**



Como se observa la causa más frecuente de no radicación es la facturación inoportuna y la menos frecuente fue la rotación de personal, lo cual ratifica que no se cuenta con suficiente personal para realizar la facturación, así como fue descrito por la Coordinadora de Cartera y facturación durante la entrevista. Ver anexo 1.

Del mismo modo, se analizaron los resultados de las facturas glosadas y las causas de las mismas, desde noviembre del 2.015 hasta abril del 2.016, encontrándose un total de 452 glosas generadas en el periodo mencionado con las siguientes causas de glosas: 137 glosas por falta de autorización del servicio, 95 glosas por falta de diligenciamiento de CTC, 67 glosas por falta de pertinencia, 57 glosas por falta de soportes en la historia clínica, 51 glosas por inconsistencias en la historia clínica y 45 glosas por tarifa mal aplicada. Ver gráfico 10.

**Gráfico 10. Causas de glosas.**



Se observa que de un total de 1.112 facturas radicadas 452 fueron glosadas, lo que representa un 40.6% del total de facturas radicadas, indicando que cerca de la

mitad de las facturas radicadas fueron glosadas generando retraso en la recuperación de cartera.

En este caso, es importante mencionar que durante la entrevista a la Auditora médica esta informó que los tiempos de contestación de glosas varían de 4 a 7 días y depende de la cantidad de facturas que se glosen en el período. Como se observa en la tabla 12, de 452 facturas glosadas en el periodo de estudio fueron contestadas 306 que equivale al 67% del total de facturas glosadas lo cual indica que se debe optimizar el tiempo de respuesta a glosas para que se pueda alcanzar un porcentaje más favorable.

Por otro lado, se observa en la tabla 13 los resultados de la revisión de historias clínicas con un total de 2280 historias clínicas generadas en el periodo de estudio, de estas sólo 1.239 fueron revisadas y 667 no tenían soportes lo que representa el 54% del total de historias clínicas revisadas. De igual forma, se evidenció que 1.041 historias clínicas no fueron revisadas lo que representa un 46% del total de historias clínicas generadas. Un dato muy importante ya que en parte la cantidad de glosas que se presentan puede ser porque las facturas no se auditan previo a su radicación.

Finalmente, en este estudio se verifico que la recuperación de cartera fue de 1.060.845.341, la cartera no recuperada de 3.737.588.409 y la cartera por conciliar 211.150.194 desde noviembre de 2015 al mes de abril de 2016, Ver tabla 15. Donde cerca del 75% de la cartera está en mora por recuperar, lo cual es un alto porcentaje, además hay un 4% por conciliar, lo cual se suma a la cartera por recuperar llegando casi a un 80% de cartera en mora, en contraposición de sólo un 21% de la cartera recuperada, lo cual impacta negativamente en la liquidez de la empresa.

## CONCLUSIÓN

El presente estudio realizó una evaluación a los procesos de auditoría y facturación y su impacto económico en los ingresos de la unidad de Cuidados Intensivos Neonatal Intensivistas Maternidad Rafael Calvo en el periodo comprendido de noviembre del 2015 a abril 2016. Al analizar los resultados de las entrevistas, listas de chequeos y tabulación de datos obtenidos se pudo concluir que no existe un proceso estructurado y normalizado de la facturación, no cuentan con guías de procesos y existe déficit de personal para la revisión y radicación oportuna de las facturas. De igual forma, existe desconocimiento de la gerencia de esta situación y al no contar con una contratación formal con las empresas prestadoras de servicios de salud se interfiere con el pago oportuno de las facturas repercutiendo en el pago oportuno de la cartera.

Por otro lado, no existe auditoría concurrente lo que permite el envío de facturas sin los soportes completos o con inconsistencias, las cuales son glosadas por falta de soportes, repercutiendo de forma negativa en los ingresos de la institución, favoreciendo a la aparición de cartera en mora y con ello influyendo negativamente en la liquidez de la empresa. Esta situación genera retraso en el pago oportuno de la nómina, pago de proveedores y en el crecimiento de la empresa.

De igual forma, se concluye que la generación de glosas por causas modificables impacta de forma significativa por lo que se deben tomar medidas correctivas en el corto plazo, para generar un cambio positivo y significativo en la reducción de las glosas generadas y con ello mejorar el impacto financiero de la institución.



## DISCUSIÓN

El presente estudio es comparado con el estudio realizado en Santa fe de Antioquia, Colombia en el año 2011 donde se hace un análisis de las causa de glosas del Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia titulado: ***“Descripción del proceso de gestión de glosas en el Hospital San Juan de Dios en el municipio de Santa Fe de Antioquia en el año 2.011”*** en el cual, se encuentran como causas principales de glosas la poca conciencia de las directivas de la institución sobre las necesidades de la empresa, el déficit de personal del área de facturación y el no diseño de planes estratégicos para mejorar esta problemática. De igual forma, el área de facturación no cuenta con personal idóneo y entrenado para realizar las actividades de facturación<sup>13</sup>.

Estos hallazgos del estudio referenciado anteriormente son similares a los resultados obtenidos en el presente estudio, lo que denota la necesidad de identificar tempranamente las necesidades de la institución, hacer planes de mejora y trazar su cumplimiento y seguimiento en el PAMEC bajo el direccionamiento de Gerencia. De igual forma, el requerimiento de personal entrenado y suficiente en el área de facturación para realizar oportunamente las facturas y por ende su radicación en los tiempos requeridos.

Por otro lado, es fundamental resaltar el papel de Auditoria en la gestión y análisis de historias clínicas y en el seguimiento de la respuesta a glosas y recuperación de la cartera en mora, lo cual podría dimitir la cantidad de glosas generadas, la falta de contestación de las mismas oportunamente y así facilitar la gestión de cobro por parte de la entidad prestadora.

---

Aldana Martinez, C. (12 de Noviembre de 2011). Descripción del proceso de gestión de glosas en el Hospital San Juan de Dios en el municipio de Santa Fe de Antioquia. Medellín, Antioquia, Colombia.

ibid. (s.f.).

## BIBLIOGRAFIA

GUERRERO GUERRERO Jaime. Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad. Ministerio de protección social. Bogotá, DC. 2007

CUELLAR MEJIA Guillermo Alfonso. Concepto Universal de Auditoria. Doc, pag.6, 2009.

JARAMILLO PÉREZ Iván. El futuro de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993: mercado social y descentralización, 1994.

ROCHA BUELVAS, Anderson, Antecedentes Históricos de la seguridad social en Colombia.

CASTAÑO CASTRILLON José Jaime, El sistema de salud colombiano. Universidad de Manizales, Caldas, pág. 115-117, 2013.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Año 1991

LEY 100 DE 1993, Diciembre 23 de 1993, Ministerio de Salud y de la Protección social, Libro II.

LEY 1122 DE 2007, Ministerio de Salud y de la Protección Social, Artº 13, Pág.

LEY 1438 DE 2006, Ministerio de Salud y de la Protección Social

LEY 1751 DE 2015, Ministerio de Salud y de la Protección Social

ANEXO TECNICO No. 6. Resolución 3047 de 2008 modificada por la resolución 416 de 2009. MANUAL UNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS DE UNIFICACIÓN. Bogotá, D.C. 2008

DECRETO 1011 DE 2006, Ministerio de Salud y de la Protección social

RESOLUCIÓN 4331 DE 2012. Ministerio de Salud y de la Protección social.  
Artículo 7° y 12°, Bogotá, D.C. 2012

RESOLUCIÓN 0416 DE 2009. Ministerio de Salud y de la Protección social.

RESOLUCION 1995 DE 1999. Ministerio de Salud y de la Protección social.

ARANA Germán. Como mejorar las competencias administrativas del profesional de la salud para evitar el impacto negativo sobre el desempeño financiero de la empresa donde labora, Santiago de Cali. 2011.

LEURO Mauricio, OVIEDO Irsa Tatiana, Auditoría de cuentas médicas y Facturación de los servicios de salud, 5° edición. Bogotá Año 2016.

ALDANA MARTINEZ Cleydis, Descripción del proceso de gestión de glosas en el Hospital San Juan de Dios en el municipio de Santa Fe de Antioquia, Medellín Antioquia, 2011.

Fórmula para el cálculo de la muestra poblacional.  
<http://bioestadistico.com/articlecalculo-del-tamano-de-la-muestra-para-estimar-parametros-categoricos-en-poblaciones-finitas&calculo-del-tamano-de-la-muestra>

PORTAFOLIO DE SERVICIOS. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal intensivistas Maternidad Rafael Calvo, Cartagena, 2005

GLOSARIO DE TÉRMINOS, Ministerio de salud y protección social.  
<https://www.minsalud.gov.co/lists/glosario/allitems.aspx>

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1 - ENTREVISTAS**

#### **Entrevistas Semi - Estructurada Gerencia**

Fecha: 15 de junio de 2016 Hora: 15:25 hrs

Entrevistado: Gerente de la Unidad Neonatal Intensivistas Maternidad Rafael Calvo IPS.

#### **Pregunta No. 1**

**¿Por qué no se ha celebrado ningún contrato con alguna entidad promotora de salud pese a que ya se encuentra habilitado el servicio?**

Respuesta: Actualmente no se ha celebrado ningún contrato porque el servicio no se encontraba habilitado por el ente territorial, fue hasta el mes de julio del 2015 que se logró conseguir dicho requerimiento para poder tener una contratación directa con las entidades promotoras y está en proceso de negociación el tipo de contrato y las tarifas con mutual ser y coosalud que son las dos entidades que han mostrado interés en realizar una contratación con la institución.

#### **Pregunta No. 2**

**¿Cree usted que la falta de contratación retrasa la recuperación de cartera?**

Respuesta: Sí, porque las EPS's evaden los pagos excusándose en que no existe un contratación formal.

#### **Pregunta No. 3**

**¿Qué tarifa aplican al momento de liquidar las cuentas médicas si no se tiene un contrato previo con la aseguradora?**

Respuesta: Se aplica la tarifa del manual tarifario SOAT.

#### **Pregunta No. 4**

**¿Cuántas personas tiene usted actualmente contratado por nómina en su institución?**

Respuesta: En total 67 empleados por nómina.

#### **Pregunta No. 5**

**¿Cuántas personas laboran en el área de facturación y cree usted que es suficiente para el volumen de trabajo que se genera?**

Respuesta: Sí, contamos con 3 facturadoras, 1 auxiliar de admisiones, 1 jefe de facturación y cartera y 1 auditor médico. Considero que la cantidad de personal es adecuado para el volumen de facturas que se generan en el mes.

#### **Pregunta No. 6**

**¿Considera usted que la falta de competencias de su personal influye en la no radicación de las cuentas médicas?**

Respuesta: El personal cumple con el perfil del cargo y tienen las competencias, pero muchas veces no se logran las metas trazadas.

#### **Pregunta No. 7**

**¿Cuáles cree usted que son las causas del retraso en el proceso de facturación?**

Respuesta: Recibimos un número importante de glosas por falta de autorización por el inconveniente de la contratación y porque se están realizando los cobros por evento a tarifa plena.

#### **Pregunta No. 8**

**¿Considera usted que los ingresos por recuperación de cartera son suficientes para el pago a trabajadores o proveedores?**

Respuesta: No porque hay mucha cartera en mora y eso hace que se retrasen los pagos a proveedores y trabajadores.

#### **Pregunta No. 9**

**¿Con cuántos proveedores existe un contrato vigente y a cuáles proveedores se les adeuda de los meses de noviembre/15 al mes de abril/16?**

Respuesta: Tenemos contratación con 15 proveedores y a la fecha de abril de 2016 se les adeuda a 7 de ellos.

#### **Pregunta No. 10**

**¿Cree usted que la rentabilidad de la empresa se ve afectada por un proceso de facturación y auditoría ineficiente? Justifique su respuesta**

Respuesta: Sí, obviamente si no se radican oportunamente las cuentas médicas, ya sea por falta de gestión de los departamentos de auditoría o facturación se retrasa todo el proceso de cartera y esto afecta los activos de la empresa y aumenta los pasivos con los proveedores, dado el incremento de los intereses moratorios; en consecuencia, afecta negativamente la liquidez de la empresa.

### **Entrevistas Semi-Estructurada Facturación y Cartera**

Fecha: 20 de junio de 2016 Hora: 14:50 hrs

Entrevistado: Coordinadora de Facturación y Cartera

#### **Pregunta No. 1**

**¿Cree usted que el personal a su cargo es suficiente para el volumen de facturas que se generan en la empresa?**

Respuesta: No, de hecho, en mayor parte el retraso en la facturación se debe a que no se cuenta con la capacidad en el recurso humano para la cantidad de facturas a revisar y a facturar.

## **Pregunta No. 2**

**¿Cuáles son los principales problemas que encuentra en el área de facturación que impiden que este proceso se realice adecuadamente?**

Respuesta: El personal asistencial no diligencia adecuadamente las historias clínicas, y utilizan muchas abreviaturas que dificultan la comprensión de la historia clínica, además no diligencian los formatos de medicamentos no POS en el tiempo establecido, y en muchas ocasiones no anexan los soportes de las historias clínicas. Además, no registran los procedimientos realizados, y la cantidad de insumos utilizados por paciente, lo cual evita que se cobren dichos insumos.

## **Pregunta No. 3**

**¿Por qué no se radican oportunamente las facturas?**

Respuesta: Por falta de personal para facturar oportunamente en las fechas establecidas, por falta de revisión de las facturas, soportes incompletos, errores en la historia clínica, inconsistencias encontradas por parte de los auditores externos.

## **Pregunta No. 4**

**¿Cuánto fue la recuperación de cartera de los meses de noviembre de 2015 – Abril 2016 y cuánta cartera aún está pendiente por recuperar?**

Respuesta: De noviembre al mes de abril se recuperó 1.060.870.000 millones de pesos y hasta esa fecha quedó pendiente en recuperar más de 3 mil millones de pesos.

## **Pregunta No. 5**

**¿Cree usted que la conciliación de cartera se realiza de manera oportuna?**

Respuesta: En ocasiones no se realiza oportunamente porque las entidades promotoras de salud dilatan las conciliaciones para demorar los pagos.

## **Entrevistas Semi-Estructurada Auditoría de Cuentas Médicas**

Fecha: 22 de junio de 2016 Hora: 11:20 hrs

Entrevistado: Auditor Médico

### **Pregunta No. 1**

**¿Cuáles son las principales dificultades que encuentra al auditar las cuentas médicas?**

Respuesta: La historia clínica en ocasiones se encuentra mal diligenciada, con siglas médicas, no se describen los procedimientos, no se registran los laboratorios ni otros exámenes complementarios, no se registran los medicamentos ni insumos, existe falta de soportes radiológicos, de laboratorio, y no se diligencian los formatos no Pos.

### **Pregunta No. 2**

**¿Cuáles son las principales causas de glosas u objeciones reportadas por las entidades promotoras de salud y cuánto tiempo se demoran en responder una glosa?**

Respuesta: La principal causa de glosas es por falta de autorización de servicios luego las inconsistencias en las historias clínicas y la falta de soportes, el tiempo de respuesta varía, generalmente de 4 días a 1 semana dependiendo del volumen de facturas glosadas.

### **Pregunta No. 3**

**¿Por qué cree usted que hay objeciones por falta de autorización?**

Respuesta: Porque el tipo de contratación es por evento, no hay un contrato formal firmado por las partes.

### **Pregunta No. 4**

**¿Por qué cree usted que no se anexan los soportes a las cuentas médicas?**



Respuesta: Porque en muchas ocasiones se pierden los soportes porque no existe una persona responsable que se haga cargo de estos. Las enfermeras no se cercioran de entregar las historias clínicas con los soportes completos antes de enviarlos a facturación.

#### **Pregunta No. 5**

**¿Existe en la institución una auditoría concurrente de las historias clínicas?**

Respuesta: No, las historias clínicas se revisan cuando van a ser auditadas o bien cuando un auditor externo encuentre alguna falla.

#### **Pregunta No. 6**

**¿Las historias clínicas se revisan antes o después de ser glosadas?**

Respuesta: Siempre se intenta revisarlas antes, sin embargo, en muchas ocasiones se revisan cuando las entidades responsables del pago reportan una glosa.

#### **Pregunta No. 7**

**¿Considera usted que la glosa por mala aplicación de tarifas es frecuente en la institución?**

Respuesta: No, porque siempre utilizamos la misma tarifa. Sin embargo, se presentan.

#### **Pregunta 8**

**¿Cree usted que las glosas por falta de pertinencia en la estancia y los estudios complementarios es frecuente en la institución?**

Respuesta: Es frecuente sobre todo en las largas estancia, en el tipo de servicio utilizado y en el uso no pertinente de exámenes complementarios.

#### **Pregunta 9**

**¿Cree usted que las glosas por no diligenciamiento oportuno de los CTC son frecuentes en la institución y por qué?**

Respuesta: Es muy frecuente porque no existe un responsable directo para el diligenciamiento de los formatos No POS. El área de farmacia no exige la entrega del formato CTC diligenciado antes de dispensar los medicamentos y esto hace que los médicos dilaten el diligenciamiento de estos formatos, inclusive a días posteriores a su solicitud.


### **Pregunta 10**

**¿Qué otro tipo de glosas se presentan en la institución?**

Se presentan glosas además por inconsistencias encontradas en las historias clínicas como enmendaduras, falta de concordancia en la estancia del paciente y su fecha de egreso, falta de descripción de algunos procedimientos que se cobran en la factura entre otras.


## ANEXO 2

### Instrumento de Verificación Estándar 1: Recurso Humano

		Instrumento de Verificación				
		Listado de chequeo				
		CUMPLE			Observaciones	Referencia
CRITERIO	PAUTAS	Si	No	N/A		
<b><u>IDONEIDAD</u></b>  1.1 El personal del área de facturación se ajusta al perfil del cargo establecido por la institución.	1.1.1 Solicitar el listado del personal de la institución	X			Existe un listado de factores demográficos de los empleados	Listado de personal de facturación
	1.1.2 Solicitar el manual de funciones de la institución		X		La institución no cuenta con manual de funciones.	Manual de funciones establecida por la institución según el perfil del cargo
	1.1.3 Solicitar Currículum del personal del área		X		Currículum incompleto.	Requisitos y documentación mínima para desempeño del cargo (estándar 90%)
<b><u>SELECCIÓN</u></b>  1.2 Se realiza un proceso de selección para escogencia del talento humano	1.2.1 Solicitar guía de proceso de selección		X		No existe una guía para la selección del personal, ésta se realiza de manera aleatoria.	Guía de proceso de selección, verificar tipo de reclutamiento, y levantamiento del perfil del cargo
	1.2.2 Solicitar formato de entrevista o test		X		No existe un formato para entrevista y no se realizan test	Formato de entrevista (estructurada, no estructurada), test psicoanálisis si se

	psicotécnico				psicotécnicos.	realiza por personal idóneo (psicólogo).
<p><b><u>DESEMPEÑO</u></b></p> <p>1.3 El personal es idóneo para cubrir las necesidades del área</p>	1.3.1 Personal suficiente para el área de facturación y auditoría		X		Sólo existen 3 facturadoras para todas las áreas y un auditor de cuentas	Listado de personal de facturación, plan de cargos institucional, (estándar de adhesión al plan de cargos del 95%)
	1.3.2 Capacidad de trabajo en equipo		X		Existe muy poca afinidad y colaboración	Verificar afinidad del personal y capacidad de colaboración
	1.3.4 Aprendizaje		X		No se realizan evaluaciones al personal y el plan de mejora está incompleto	Verificar evaluaciones realizadas al personal y planes de mejora para el seguimiento de las mismas (estándar 50%)
<p><b><u>ROTACION DE PERSONAL</u></b></p> <p>1.4 El talento humano permanece mínimo un año en el área</p>	1.4.1 El personal con qué frecuencia cambia de puesto de trabajo	X			Se rotaron 2 facturadoras en los últimos 6 meses por falta de competencias en el cargo	Verificar con cada funcionario el tiempo de permanencia en su puesto de trabajo que debe ser superior a un año (estándar 60%)
<p><b><u>COORDINACION</u></b></p> <p>1.5 En la institución debe haber un coordinador de área</p>	1.5.1 Existe una persona responsable del área y de sus subalternos	X			Existe un Jefe de facturación y cartera responsable de sus subalternos	Listado de personal, manual de funciones
	1.5.2 La persona que coordina el área es eficiente	X				Verificar hoja de vida del coordinador del área que sea adecuado al perfil del cargo (estándar 95%)


**Instrumento de Verificación Estándar 2: Infraestructura y dotación**

		Instrumento de Verificación Listado de chequeo Estándar 2: Infraestructura y dotación				
		<b>CRITERIO</b>	<b>PAUTAS</b>	<b>CUMPLE</b>		
Si	No			N/A		
<b><u>ÁREA</u></b>  2.1 Se debe definir un área para facturación y este debe cumplir con las condiciones mínimas	2.1.1 Existe un ambiente físico exclusivo para el área de facturación	X			Existe una oficina para el área de facturación	Observación directa del área
	2.1.2 El área de facturación cuenta con un ambiente cómodo tanto para el cliente interno como externo, con acceso a un baño público y sala de espera para visitas		X		No cuenta con sala de espera para visitas, el acceso al baño está lejos del área.	Observación directa del área
	2.1.3 El área se mantiene limpia, no se observan deterioros en el piso, el techo o las paredes del área	X				Observación directa del área
<b><u>SEGURIDAD</u></b>  2.2 El área de facturación debe ser un área segura tanto para el cliente interno como externo	2.2.1 Está localizado en un área sin riesgo de desastres naturales	X				Observación directa del área
	2.2.1 Existe señalización en caso de emergencia		X		No están señalizadas las salidas de emergencia	Observación directa del área
	2.2.3 Tiene				Sólo existe un	Observación directa del

	extinguidores para apagar incendios		X		extinguidor lejos del área	área
<b><u>EQUIPAMENTO</u></b>  2.3 El área debe contar con muebles y enseres adecuados y cómodos para el personal que labora.	2.3.1 El área cuenta con sillas ergonómicas y descansa pies		X		No cuenta con sillas ergonómicas ni descansa pies	Observación directa del área
	2.3.2 El área cuenta con mesas adecuadas		X		Las mesas no están a la altura adecuada	Observación directa del área
	2.3.3 El área cuenta con estantería para el fácil almacenamiento de los documentos	X			Existen dos estanterías amplias	Observación directa del área
<b><u>SOFTWARE</u></b>  2.4 Toda IPS debe contar con un aplicativo que facilite la facturación	2.4.1 Existe un software que sea adecuado para facturar.	X			Se encuentra el ZEUS salud en buen funcionamiento	Observación directa
	2.4.2 Si el software trabaja con Internet, en el área cuenta existe buena conectividad.		X		En ocasiones se cae la red	Observación directa
	2.4.3 Existe personal capacitado y de fácil acceso para resolver problemas		X		El personal encargado del mantenimiento es externo	Perfil del cargo del ingeniero de sistemas y/o empresa contratada
<b><u>HARDWARE</u></b>  2.5 Toda IPS debe tener equipo de cómputo idóneo para el normal desarrollo de las	2.5.1 Cuenta con computadores bien equipados y actualizados		X		Algunos equipos deben actualizarse	Observación directa
	2.5.2 Cuenta con impresoras y fotocopiadoras en buen		X		La fotocopiadora en ocasiones no funciona adecuadamente.	Observación directa

actividades	funcionamiento					
-------------	----------------	--	--	--	--	--


**Instrumento de Verificación Estándar 3: Procesos prioritarios en Facturación**

		<p align="center">Instrumento de Verificación</p> <p align="center">Listado de chequeo</p> <p align="center">Estándar 3: Procesos prioritarios en facturación</p>				
CRITERIO	PAUTAS	CUMPLE			Observaciones	Referencia
		Si	No	N/A		
<p><b><u>MAPA DE PROCESOS</u></b></p> <p>3.1 La institución debe tener sus procesos estandarizados y dentro de éstos debe estar el proceso de facturación</p>	3.1.1 Verificar si el proceso de facturación se encuentra estandarizado como un macroproceso		X		No se encuentra estandarizado	Manual de procesos
	3.1.2 El proceso de facturación cuenta con un diagrama de flujo que facilite la comprensión del mismo.		X		No existe un flujograma del proceso	Manual de procesos
<p><b><u>NORMALIZACIÓN DE PROCESOS</u></b></p> <p>3.2 Los procesos deben ser socializados y conocidos y aplicado por todo el personal</p>	3.2.1 El proceso de facturación se socializa con todo el personal		X		Sólo maneja el proceso el área encargada	Mapa de procesos, registro de asistencia a socialización del proceso de facturación
	3.2.1 El personal realiza las actividades del proceso acorde a lo descrito en el manual de procesos		X		No existe un manual de procesos de facturación	Observación directa

	de la institución					
<p><b><u>NORMATIVIDAD</u></b></p> <p>3.3 Los procesos en una institución deben regularse por las normas vigentes</p>	3.3.1 Para solicitar las autorizaciones se siguen los lineamientos descritos en el decreto 3047/08	X			Se utiliza el anexo No. 4	Registro de autorizaciones, correo electrónico con solicitud de autorizaciones, formato de autorizaciones
	3.3.2 En el proceso de facturación para la liquidación de la factura se utiliza el manual tarifario vigente (decreto 2423/06)	X			Existe un manual tarifario según las normas vigentes	Facturas
	3.3.3 Para la radicación de las facturas se siguen los lineamientos descritos en el decreto 3047/08	X				Registro de radicaciones
<p><b><u>INDICADORES</u></b></p> <p>3.4 Toda institución debe fijarse metas y medir el progreso a través de indicadores de gestión</p>	3.4.1 Verificar si en la institución se realizan indicadores específicos para el área de facturación		X		No existen indicadores específicos para esta área	Ficha de indicadores, tableros de control, gráficos de control
	3.4.2 Verificar si se lleva un seguimiento de los indicadores y se realizan planes de mejora en base a sus resultados		X			



**Instrumento de Verificación Estándar 4: Procesos prioritarios en Auditoría Médica**

		Instrumento de Verificación Listado de chequeo Estándar 4: Procesos prioritarios en Auditoría Médica				
		<b>CRITERIO</b>	<b>PAUTAS</b>	<b>CUMPLE</b>		
Si	No			N/A		
<b><u>MAPA DE PROCESOS</u></b>  4.1 La institución debe tener sus procesos estandarizados incluyendo el proceso de auditoría	4.1.1 Verificar si el proceso de auditoría se encuentra estandarizado como un macroproceso		X		No se encuentra estandarizado	Manual de procesos
	4.1.2 El proceso de auditoría cuenta con un diagrama de flujo que facilite la comprensión del mismo.		X			Manual de procesos
<b><u>HISTORIA CLÍNICA</u></b>  4.2 La historia clínica es un documento legal y por ello debe estar bien diligenciada para su fácil comprensión	4.2.1 Las historias clínicas cuentan con los lineamientos descritos en la resolución 1995/99	X				Historias clínicas
	4.2.2 Las historias clínicas se encuentran automatizadas en un software adaptado al manual de procesos de la institución	X				Software, Historias clínicas, Manual de procesos

<p><b><u>REGISTROS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA</u></b></p> <p>4.3 Los médicos deben diligenciar los formatos adicionales a la Historia clínica y las enfermeras deben tener un registro de las actividades que le realizan al paciente</p>	<p>4.3.1 El personal médico diligencia correctamente los formatos de órdenes médicas, CTC, estudios complementarios, descripción de procedimientos</p>		X		<p>Existen inconsistencias en las historias clínicas (falta de procedimientos, ordenes inconclusas, falta de reporte de exámenes)</p>	<p>Formatos anexos a la historia clínica</p>
	<p>4.3.2 El personal de enfermería registra correctamente las notas de enfermería, hojas de gasto, los formatos de glucometrías, control de líquidos, control de signos vitales, curaciones, hoja de administración de medicamentos.</p>		X		<p>No se encuentran registros de glucometrías, faltan insumos y medicamentos en las hojas de gasto</p>	<p>Formatos de registro enfermería</p>
<p><b><u>SOPORTES</u></b></p> <p>4.4 Conforme a lo descrito en la resolución 3047/08 se deben anexar los soportes a la factura</p>	<p>4.4.1 Verificar si la factura cuenta con los soportes (historia clínica, epicrisis, estudios de laboratorio e imagenológicos), autorización de servicios, hoja de administración de medicamentos, hoja de traslado, descripción quirúrgica, recibo de caja (copago)</p>		X		<p>Faltan algunos soportes de estudios imagenológicos, hoja de administración de medicamentos y descripción quirúrgica.</p>	

<p><b><u>INDICADORES</u></b></p> <p>4.5 Toda institución debe fijarse metas y medir el progreso a través de indicadores de gestión</p>	<p>4.5.1 Verificar si en la institución se realizan indicadores específicos para el área de auditoría médica</p>		X		<p>No se realizan indicadores para esta área</p>	<p>Ficha de indicadores, tableros de control, gráficos de control</p>
	<p>4.5.2 Verificar si se lleva un seguimiento de los indicadores y se realizan planes de mejora en base a sus resultados</p>		X			<p>Ficha de indicadores, tableros de control, gráficos de control</p>
<p><b><u>PAMEC</u></b></p> <p>4.6 Las instituciones de acuerdo a los resultados de los indicadores deben implementar un plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad</p>	<p>4.6.1 Verificar si la institución cuenta con un plan de mejora actualizado y si éste se está desarrollando conforme al plan.</p>		X		<p>El último PAMEC es de junio de 2015 y no se ajusta a las necesidades de la institución.</p>	<p>Registro de plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC)</p>