

AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS EN UNA IPS PÚBLICA DE NIVEL I DE  
ATENCIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA.

YAMIL ANTONIO ALJURE LIS

Asesora:  
ASTRID ELENA ESTRADA RÍOS

FACULTAD DE MEDICINA  
SALUD PÚBLICA  
AUDITORÍA EN SALUD

GRUPO INVESTIGACIÓN OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA  
LINEA DE INVESTIGACIÓN AUDITORÍA Y CALIDAD EN SALUD

UNIVERSIDAD CES  
MEDELLÍN  
2013

AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS EN UNA IPS PÚBLICA DE NIVEL I DE  
ATENCIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA.

YAMIL ANTONIO ALJURE LIS

Asesora:  
ASTRID ELENA ESTRADA RÍOS

FACULTAD DE MEDICINA  
SALUD PÚBLICA  
AUDITORÍA EN SALUD

Proyecto de Grado para optar al Título de Auditor en Salud

UNIVERSIDAD CES  
MEDELLÍN  
2013

## **DEDICATORIA**

A mi esposa Claudia y mi hijo Miguel Ángel, que con su paciencia y comprensión me animaron a seguir adelante en los momentos difíciles.

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Doctor Juan David Rodríguez Quijano y la Doctora Astrid Elena Estrada Rios, por la confianza depositada, la oportunidad y el impulso que me dieron.

## CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	10
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA	12
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	13
2. MARCO TEÓRICO	14
2.1 MARCO LEGAL	14
2.2 MARCO CONCEPTUAL	17
3. OBJETIVOS	25
3.1 OBJETIVO GENERAL	25
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
4. METODOLOGÍA	26
4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO	26
4.2 TIPO DE ESTUDIO	26
4.3 POBLACIÓN	27
4.4 DISEÑO MUESTRAL	27
4.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES	27
4.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	35
4.6.1 Revisión de Conceptos en Facturación	35
4.6.1.1 Proceso de Facturación en Salud.	35
4.6.1.2 Caracterización Institucional del Proceso de Facturación en Salud.	36
4.6.2 Ámbito Contractual	38
4.6.2.1 Contrato por Evento.	38
4.6.2.1 Contrato Capitado o por Capitación.	39
4.6.2.1 Contrato por Paquetes.	39
4.6.2.1 Contratos Mixtos.	39
4.6.3 Planes de Beneficios en Salud	39
4.6.4 Aplicación Informática	40
4.7 DESARROLLO DEL INSTRUMENTO	41
4.7.1 Estándar 1: Recurso Humano	42
4.7.2 Estándar 2: Infraestructura y Dotación	44

4.7.3 Estándar 3: Procedimientos Prioritarios	47
4.7.4 Estándar 4: Registros	50
4.7.5 Estándar 5: Riesgos	53
5. CONCLUSIONES	56
BIBLIOGRAFÍA	57

## LISTADO DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Definición de Variables	27
<b>Tabla 2.</b> Instrumento de Verificación Estándar 1: Recurso Humano	42
<b>Tabla 3.</b> Instrumento de Verificación Estándar 2: Infraestructura y Dotación	44
<b>Tabla 4.</b> Instrumento de Verificación Estándar 3: Procedimientos Prioritarios	48
<b>Tabla 5.</b> Instrumento de Verificación Estándar 4: Registros	50
<b>Tabla 6.</b> Instrumento de Verificación Estándar 5: Riesgos	53

## RESUMEN

Los prestadores de los servicios de salud en Colombia, debido a que operan en un complejo modelo de mercado abierto de servicios, deben tener sistemas que les permitan el cobro a los responsables del pago, evitando pérdidas económicas derivadas de las objeciones al pago y la falta de concordancia entre los servicios facturados y los cobrados. Para esto deben estar en permanente mejoramiento de sus procesos de facturación. En este trabajo se propone un instrumento que sirva para evaluar y mejorar integralmente el área de facturación de una IPS pública de Nivel I de Atención en el Departamento de Antioquia, para lo que se realizó una revisión bibliográfica del tema, se recopiló información concerniente a la contratación, ejecución y facturación de servicios de salud en la IPS objeto, se determinaron los puntos de control susceptibles de intervención en el área de facturación y acorde a ellos, se desarrolló el instrumento.



## **ABSTRACT**

The providers of health services in Colombia, because they operate in a complex open market model of services, must have systems that allow them to charge those responsible for the payment, avoiding economic losses of the objections to the payment and lack of agreement between the services billed and collected. To this must be constantly upgrading their billing processes. In this paper we propose a tool that serves to comprehensively assess and improve billing area a public IPS Care Level I in the Department of Antioquia, for which there was a review of the literature, we collected information concerning the contracting, implementation and billing of health services in the IPS object, identified control points amenable to intervention in the area of billing and according to them, the instrument was developed.

## INTRODUCCIÓN

En Colombia, la provisión de los servicios de salud se encuentra bajo responsabilidad del estado, partiendo de los principios de calidad, eficiencia y solidaridad. La ley 100 de 1993, en su libro número 2, es la norma que define el sistema de salud, el cual consta de dos grandes regímenes: Uno contributivo, en el cual los trabajadores y empleadores hacen un aporte, proporcional al salario asignado al trabajador, a entidades encargadas de la afiliación, denominadas Empresas Promotoras de Salud EPS, y otro régimen llamado subsidiado, con sus propias EPS y plan de beneficios, en el cual, las entidades responsables de la afiliación, se encargan de la población sin capacidad de pago. La financiación de este régimen corre en parte, a cargo del estado, como su nombre lo indica, a través de subsidios. (1,2)

El sistema es, entonces, cofinanciado por trabajadores, patronos y Estado. Los recursos son administrados a través del denominado Fondo de Solidaridad y Garantías FOSYGA, cuya principal función es compensar el sistema, dado que los usuarios tienen diversos ingresos y riesgos. (3,4,5) El FOSYGA gira a las EPS un valor anual por usuario, llamado Unidad de Pago por Capitación UPC, cuyo monto es definido en la actualidad por el Ministerio de Salud y Protección Social teniendo en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación al Aseguramiento en Salud.(5,6)

Las EPS deben garantizarles a los usuarios los servicios definidos en el Plan Obligatorio de Salud POS. Esto lo pueden hacer contratando dichos servicios con la red pública o con instituciones de orden privado, llamadas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o IPS, configurándose un mercado abierto con la participación del sector público y privado, que conllevan relaciones de compra y venta entre actores mediadas por contrataciones de diversas modalidades, que

implican la presentación de facturas como requisito para el pago de los servicios (5,7).

Por lo anterior es lógico pensar en que las entidades participantes como proveedoras en ese contexto, es decir las IPS, deban contar con sistemas confiables de facturación si pretenden cobrar a las EPS los servicios efectivamente prestados a los usuarios, independientemente del régimen en el cual operen.

Esto implica que los prestadores definan procesos y entrenen personal en la ejecución de los mismos, que hagan coherente la prestación de servicios de salud con su facturación, de forma tal que se minimice el riesgo financiero proveniente de la interposición de objeciones al pago, conocidas como glosas, sobrecostos por los trámites requeridos para responderlas y detrimento de la calidad final del servicio entregado al usuario y su familia.

En este trabajo se pretende realizar el diseño y la aplicación de un instrumento de auditoría dirigido al control y la intervención en el proceso de facturación en una entidad de primer nivel de atención en el departamento de Antioquia, con miras a encontrar puntos susceptibles de control, que conlleven al mejoramiento continuo de los procesos de facturación implementados en ese tipo de entidad.

## **1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las finanzas de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del orden público o privado, se ven afectadas negativamente por la subfacturación y las glosas interpuestas por la Entidades Responsables de Pago, organismos que apelan a la aplicación sistemática de esta práctica como estrategia para mejorar sus indicadores financieros.

Ante la existencia de dificultades que se derivan de fallas en la coherencia entre la ejecución de los procesos de prestación de los servicios de salud y la facturación de los mismos, las glosas ocasionan detrimento de los indicadores institucionales, sobrecostos generados por las gestiones adicionales que deben adelantarse para responderlas, pérdidas económicas, sobrecarga laboral al personal administrativo y asistencial y menoscabo de la calidad final entregada al usuario y su familia. Las anteriores son situaciones que pueden intervenir proactivamente mediante la utilización de una herramienta de auditoría, que posibilite un diagnóstico y detección de los puntos de falla en la aplicación de los procesos y su interrelación, de forma que se puedan ejercer acciones de aprendizaje organizacional y mejoramiento continuo.

### **1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA**

El modelo de salud colombiano, se rige por las leyes de oferta y demanda de servicios, moduladas entre actores articuladores y operadores del sistema, a través de relaciones contractuales (1), pactadas en muchos casos en condiciones de inequidad por situaciones de poder ejercidas desde los contratantes, convirtiéndose en un factor determinante para la salud financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios, denominadas IPS.(7) Así, las Entidades

Responsables de Pago, encuentran oportunidad de mejorar su propia sostenibilidad financiera, en las dificultades que tienen las IPS de toda índole para articular sus procesos de prestación, facturación y cobro de servicios. Los contratantes aplican como estrategia sistemática, la interposición de glosas a los prestadores, ocasionándoles dificultades de orden económico, lentificando sus flujos de caja (7).

Este trabajo pretende abordar el problema, desde la perspectiva del prestador, proponiendo el diseño de un instrumento en diversos puntos de control, que posibilite la corrección de las fallas entre la prestación de los servicios, su facturación y posterior cobro, impactando de manera positiva, las finanzas de las IPS de carácter público o privado.

La ESE Hospital María Antonia Toro de Elejalde del municipio de Frontino-Antioquia, en su calidad de prestador de servicios de salud, no es ajena a la aplicación de glosas por parte de las Entidades Responsables de Pago, alcanzando a noviembre del año 2012, una proporción del 5,4% de lo facturado, teniendo implicaciones de orden jurídico y económico (8). Disminuir y mantener esto bajo control juega un papel importante en el desempeño organizacional, objetivo que puede lograrse proporcionando un instrumento, que al ser aplicado por los auditores, mejoraría integralmente los procesos de facturación y cobro de los servicios prestados por la ESE.

### **1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

“¿Cómo evaluar la concordancia entre la contratación de servicios de salud y la ejecución y facturación de los mismos en la ESE Hospital María Antonia Toro de Elejalde?”

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 MARCO LEGAL**

Los primeros esbozos de un sistema de salud en Colombia surgieron en la década de 1950 con la aparición de la Caja Nacional de Previsión Social Cajanal y el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales. Hasta 1973, la estructura del sistema sanitario, se centraba principalmente en los trabajadores y sus familias y las entidades con fuero especial que proveían servicios de salud a sus propios trabajadores, al igual que algunas empresas privadas. Un porcentaje mínimo de personas tenían acceso al servicio a través de consultorios privados y la gran mayoría de la población era atendida por la red pública de hospitales.

La ley 9 de 1973, reglamentada por el Decreto Ley 056 de 1975, fueron las normas con las que se organizó el llamado Sistema Nacional de Salud, pero solo en sus aspectos burocráticos. El estado financiaba el sistema de salud subsidiando la oferta de servicios en la red de hospitales, entidades que brindaban servicios de forma caritativa, a la vez que ejercía, a través del Ministerio de Salud, la rectoría de los programas de interés en salud pública, tales como inmunización, malaria, tuberculosis, fiebre amarilla, etc.

Las fallas del sistema, en aquel entonces, radicaban en la baja asignación de recursos en salud y la ineficiencia y corrupción en su utilización. Había francos problemas de la accesibilidad para la población no asegurada, la cual, constituía la inmensa mayoría. Solo hasta el año 1990, con la promulgación de la ley 10, se llegaron a definir realmente parámetros para la prestación del servicio de salud y se asignaron recursos para tal fin. (3)

Dadas las circunstancias políticas reinantes al iniciar la década del 90 y con el triunfo de la iniciativa estudiantil denominada “la séptima papeleta”, se convocó a una asamblea nacional constituyente, que en 1991 redactó una nueva Carta Magna para Colombia.

Con la promulgación de la Constitución Política de 1.991, Colombia pasa a autodefinirse como un estado social de derecho, dando preponderancia al fortalecimiento de los servicios y la garantía de los derechos considerados esenciales para mantener el nivel de vida, dentro de los cuales figura la salud como un componente de la seguridad social. La nueva constitución, en sus artículos del 48 al 50, define la seguridad social como derecho público irrenunciable, bajo la dirección, coordinación y control del estado, dando cabida para su prestación, a entidades públicas y privadas. (2) La ley 100 de 1993 reglamenta el Sistema General de Seguridad Social en 5 libros, el segundo de los cuales está dedicado a normar la prestación del servicio de salud (1).

El nuevo modelo, buscando mejorar de forma drástica el acceso a los servicios, da cabida a la libre competencia de mercado y al surgimiento de una gran cantidad de normatividad y de actores tales como Empresas Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, Instituciones Prestadoras de Servicios, Administradoras de Riesgos Profesionales, hoy denominadas de riesgo laboral, los hospitales públicos se convirtieron en Empresas Sociales del Estado y se llega a un modelo de prestación con diversidad de planes de beneficios basados en el aseguramiento, en donde la Unidad de Pago por Capitación o UPC, hace las veces de prima; en suma se pasa del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda (9).

Como consecuencia, las interacciones entre actores articuladores y prestadores del sistema debían medirse por relaciones contractuales, de las que hacen parte los manuales tarifarios. La Resolución 5261 de 1994 creó el Manual de

Actividades, Intervenciones y Procedimientos del POS, MAPIPOS, el Decreto 2423 de 1996 (modificado por el Decreto 887 de 2001) creó el Manual Tarifario de las actividades médicas, quirúrgicas y hospitalarias derivadas de los accidentes de tránsito, atentados terroristas, desastres naturales y demás catástrofes, denominado tarifas SOAT y la Unidad de Pago por Capitación nació en julio de 1994 con el Acuerdo No. 7 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, como un elemento eminentemente regulador del equilibrio financiero del sistema.

(9)

Adicionalmente, se desarrolló legislación para regular otros componentes vitales del sistema: El Decreto 2174 de 1996 da vida al primer sistema de garantía de calidad, el Fondo de Solidaridad y Garantía queda reglamentado en el Decreto 1283 de 1996 al igual que la forma de presentación de cuentas y el manejo de la historia clínica lo define la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 412 de 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

También tuvieron que legislarse los aspectos financieros del modelo, dada su alta complejidad: el problema del estancamiento de recursos fue abordado mediante los Decretos 723 de 1997, 882 de 1998 y 046 del 2000 en sucesivos intentos por evitar el colapso financiero, estableciendo directrices de operación, sanciones y topes de gastos administrativos. De la misma forma los procesos de facturación de las IPS públicas en cuanto al manejo administrativo y contable, están contenidos en la circular 035 de 2000 de la Contaduría General de la Nación.

El sistema de salud tuvo dos grandes reformas, buscando solucionar los graves inconvenientes operacionales: la Ley 1122 de 2007, en la que se aplicó verdaderamente la noción de aseguramiento a través de conceptos tales como



reaseguramiento, administración del riesgo financiero, gestión del riesgo en salud y articulación de servicios. La segunda reforma fue la Ley 1438 de 2011 de tendencia salubrista, cuyos principales aportes son la unificación del Plan Obligatorio de Salud, la portabilidad nacional y la definición de la estrategia de Atención Primaria en Salud y las Redes Integradas de Servicios de Salud, como herramientas fundamentales para mejorar el acceso efectivo y la operatividad del sistema.

Paralelamente al desarrollo del sistema, se tuvo que pensar en la forma de garantizar la calidad de la prestación de los servicios. El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la actualidad, está regulado por el Decreto 1011 de 2006 y las Resoluciones 1445, 1446 de 2006 y 123 de 2012 y 1441 de 2013.

Más recientemente, los aspectos financieros tales como el giro directo de recursos a las IPS y el pago de los contratos capitados, se encuentran definidos en el Decreto 3260 de 2004. El Decreto 4747 de 2007 contiene los mecanismos de pago a las IPS, requisitos contractuales, soportes de facturación, glosas y el Manual de Código Único de Procedimientos en Salud, CUPS.

El procedimiento de las objeciones al pago por prestación de servicios de salud, conocidas como glosas, se encuentran en el Manual Único de Glosas, el cual es el anexo técnico número 6 de la Resolución 3047 de 2008 (la cual fue modificada por la resolución 416 de 2009), normas que reglamentan al Decreto 4747 de 2007, cuya expedición obedece al Artículo 13 de la Ley 1122 de 2007. La ley 1438 de 2011 en su artículo 57, aporta la reglamentación en lo concerniente a los trámites, responsables y plazos en la gestión de glosas.

## **2.2 MARCO CONCEPTUAL**

El ejercicio de la auditoría tuvo sus orígenes en tiempos remotos, en el deseo de

los gobernantes por controlar sus finanzas. Como profesión reconocida, tuvo inicio en Gran Bretaña en 1862 y fue concebida con el propósito de detectar fraudes y corregir errores en los manejos contables de las empresas, papel que entró a ocupar un segundo plano a inicios del siglo XX, cuando se aplicó en la determinación de los estados financieros de pérdidas y ganancias. No pasó mucho tiempo antes que se llevaran los procedimientos de auditoría a las fases de producción de las compañías. (10)

La auditoría se aplicó luego a las actividades de carácter industrial, mejorando su desempeño, bajo el enfoque de la detección de errores y la producción de correctivos tendientes a que las fallas encontradas no se repitieran, generando aprendizaje y posibilitando la mejora continua. La prestación de servicios de salud no fue la excepción, encontrándose evidencia de ello desde mediados del Siglo XIX, cuando se le realizaba control de calidad a los procedimientos anestésicos en Gran Bretaña (10).

Serratto en 2001, afirma que la auditoría en salud nace junto con el ejercicio mismo de la profesión médica y sus fundamentos se originan en el método científico y los modelos industriales como la Gestión de la Calidad Total o el Mejoramiento Continuo de la Calidad. Asevera que el método científico le aporta los elementos de formulación y prueba de hipótesis, evaluación de técnicas diagnósticas, farmacológicas y quirúrgicas; en tanto que los modelos industriales le aportan los elementos estadísticos propuestos por Deming para la gestión de la calidad y la mejora partiendo de la intervención de los procesos. (11)

Juran es otro autor importante de los modelos industriales de mejoramiento. A través de su filosofía conocida como la trilogía Juran (Planificación de la Calidad, Control de la Calidad y Mejoramiento de la Calidad), propuso el desarrollo de servicios y productos gestionando la calidad (11).

Piscoya en 2000 y Torres en 2011, describen el Modelo de Calidad de la Atención Médica propuesto por Avedis Donabedian en 1966, considerado el padre de la calidad en la atención en salud, quien estableció una estructura compuesta por tres dimensiones: Estructura, Proceso y Resultado, a la vez que definió indicadores para evaluarlas. (12,13)

Es apreciable la evolución tanto semántica como de aplicabilidad de los conceptos de auditoría y calidad, inicialmente usados en procedimiento financieros e industriales, hacia su interrelación descrita actualmente en la literatura médica como aseguramiento o garantía de calidad (Quality Assurance). (12) La auditoría en el sector salud adquiere un carácter pedagógico, como prerrequisito para alcanzar el mejoramiento continuo.

Algunos hitos en el desarrollo de la auditoría médica en el mundo, que se podrían mencionar son:

- Para principios del S. XX, Flexner, buscando una reforma en la educación médica, instauró el primer programa de auditoría médica, generando el informe “Cirugías, verdaderas trampas mortales”. (10)
- En 1951 se crea la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, organismo encargado de evaluar y emitir la acreditación de hospitales en Estado Unidos y Canadá.(10)
- En América Latina empezó en la década de los 60 con las evaluaciones de calidad del Seguro Social en México y los controles de la calidad de atención médica y facturación en Argentina. (10)
- En 1985 se crea la sociedad internacional de garantía de la calidad en la Atención Médica. (10)

En Colombia algunos de los acontecimientos en cuanto al desarrollo de la auditoría, que se pueden resaltar son:

- Entre 1983 y 1987 se realizan marcos teóricos sobre calidad en el Instituto de Seguros Sociales, plasmados en el documento Garantía de los Servicios de Salud (10).
- La Constitución Política de 1991 establece como deber de la Administración Pública de diseñar y aplicar métodos y procedimientos de control, cuya evaluación está a cargo de la Contraloría General de la Nación. (10)
- La ley 100 de 1993 fija los lineamientos de la seguridad social en Colombia que incluye el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud, dando a la auditoría papel preponderante en la verificación de cumplimiento de los estándares establecidos por el Gobierno Nacional. (10) Además, con el nuevo escenario creado, se pasó de subsidio a la oferta a subsidio a la demanda, haciendo que los hospitales de la red pública, se convirtieran en Empresas Sociales del Estado, entidades autónomas desde lo administrativo, tecnológico y financiero, que pasaron a depender económicamente de la facturación de los servicios prestados. (1)
- Dando desarrollo al artículo 153 de la mencionada ley 100 de 1993, se promulga la Resolución 4445 de 1996, por medio de la cual se fijan las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios. (10)
- Luego aparecieron otras normas que fueron moldeando componentes de calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otras el Decreto 2174 de 1996. Posteriormente se promulgó la Resolución 1439 de 2002 que estableció el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y la Resolución 1474 de 2002 que normó la Acreditación. (10)
- El soporte legal a la auditoría en cuentas médicas lo aportan los manuales tarifarios del Gobierno Nacional en el Decreto 2423 de 1996 y del Instituto de Seguros Sociales, Acuerdos 256/01 y 312/04; la Clasificación Única de Procedimiento, en las Resoluciones del Ministerio de Salud y Minprotección Social 1896/2001, 377/2004 y 3199/2005. (14)
- Actualmente rige el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1043 de 2006,

que establecen el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, define la auditoría como “el mecanismo sistemático continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención en salud que reciben los usuarios” (15)

En Colombia la auditoría en salud pasó a abordar también la interrelación existente entre la prestación de los servicios de salud y la facturación y cobro de los mismos, en la medida en que el modelo de salud cambió, pasando de subsidiar la oferta a subsidiar la demanda, teniendo como consecuencia la contratación de prestación de servicios, bajo diversas modalidades autorizadas mediante el Decreto 4747 de 2007. (4, 5, 7)

El pago de los servicios prestados a los usuarios quedó supeditado a la presentación de facturas y sus soportes por parte de los prestadores a los pagadores. En este nuevo escenario, los responsables de pago empezaron a obstaculizar el flujo de recursos usando varios mecanismos, entre otros, la objeción de los cobros por interposición de glosas, con el fin de lograr apalancamiento financiero. (4, 5, 7)

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas en su Cuarto informe de Glosas, caracteriza el comportamiento de las glosas para una muestra no probabilística de 41 afiliados, presentando que, dentro de la muestra, las glosas afectan IPS públicas y privadas, en todos los niveles de complejidad, para todas las formas de contratación. (7)

En ese estudio, el “no reconocimiento” se describe como la primera causa de glosa, afectando el 32,6% del valor facturado, seguida de la categoría “sin explicación”, comprometiendo el 17,4% de los valores facturados. En esta categoría, los prestadores reportan la objeción aplicada de forma unidireccional

por parte del pagador, sin motivo explícito y sin dar lugar a réplica. La causa “diversos motivos”, afectó el 14,8% del valor facturado, ocupando el tercer lugar y en cuarto puesto aparece la “falta de soporte o sin autorización” afectando el 11,5% de los recursos cobrados. (7)

El informe concluye que la interposición de objeciones al pago resultó ser una práctica común por parte de los pagadores y que afecta el 8,5% de los valores facturados, en todos los regímenes y a todos los prestadores. (7)

La Empresa Social del Estado Hospital María Antonia Toro de Elejalde, del municipio de Frontino-Antioquia, está inmersa en este contexto, siendo una IPS de carácter público, del primer nivel de atención, cuyo accionar se encuentra enmarcado en las relaciones contractuales descritas anteriormente.

La ESE Hospital María Antonia Toro de Elejalde del municipio de Frontino, occidente medio antioqueño, es una IPS pública de primer nivel de atención, creada mediante acuerdo de Concejo Municipal número 050 de 1994. Su gerente actual es el Dr. Juan David Rodríguez Quijano, nombrado mediante Decreto Número 101 del 15 de Septiembre de 2008, y ratificado mediante decreto municipal número 13 de 26 de enero de 2012. (8)

La ESE cuenta con una sede principal y tres sedes alternas, una en zona urbana y dos sedes en zona rural, debido a que Frontino tiene una distribución mayoritariamente rural (cerca del 75% de los habitantes). De esta forma se mejora el acceso al servicio, puesto que existen adicionalmente, condiciones adversas de dispersión de la población, fenómeno predominante en el área de Murrí, donde habita la mayor parte de los 5600 indígenas del municipio, pertenecientes a la etnia Emberá Katío. (8)

La institución ofrece los servicios de consulta externa médica general en nueve (09) consultorios, un servicio de urgencias médicas en la sede principal, el cual funciona 24 horas al día, hospitalización de baja complejidad con 10 camas habilitadas, cinco unidades odontológicas, Rayos X con un equipo para digitalización de imágenes adquirido con esfuerzo propio, una sala de partos, dos ambulancias para traslado asistencial básico y servicio extramural de promoción de la salud y prevención de la enfermedad liderado por el Equipo Comunitario de Salud ECOS. Adicionalmente, opera en convenio con la Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Antioquia MANÁ, el Centro de Recuperación Nutricional Descubriendo Sonrisas. (8)

La ESE tiene actualmente suscritos contratos por capitación con cuatro EPS del régimen subsidiado, en cuya ejecución presta servicios al 86% de la población. Existen contratos por evento con dos EPS de régimen contributivo y atiende usuarios de magisterio y fuerzas armadas, pertenecientes regímenes especiales. Además tiene convenio para la atención de la población pobre no afiliada, suscrito con el Municipio de Frontino. (8)

En cuanto al comportamiento de la producción de servicios, al tratarse de una ESE de baja complejidad, la producción es consistente con el enfoque en la promoción y la prevención en salud. Durante el 2012 se aplicaron 17.249 dosis de biológicos con unas coberturas útiles de 95,2%. Se realizaron 9.700 controles de enfermería y 2.130 citologías cervico uterinas. (8)

Las consultas médicas se mantuvieron en cifras cercanas a las 28.000, donde más de 4.900 fueron atendidas por urgencia, 1.700 pacientes fueron puestos bajo observación. Se atendieron 145 partos institucionales y hubo 640 egresos hospitalarios por otras causas. Se tramitaron 534 referencias de pacientes a niveles superiores de complejidad, se realizaron 1.557 tomas de imágenes diagnósticas y 17.363 exámenes de laboratorio.

En lo referente a salud oral se realizaron 12.600 consultas odontológicas, se aplicaron 7.481 sellantes y se realizaron 17.800 controles de placa. Es de resaltar que en 2012 se realizó, en convenio con la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, un Programa Intensivo Incremental en Salud Oral, con lo que se mejoró el acceso y la cobertura a la población escolar del municipio. (8)

En general se produjeron 192.887,2 unidades de valor relativo durante el 2012, presentando un aumento de 0,7% respecto al 2011, usando la misma capacidad instalada.

En el informe anual 2011 Convenio de Desempeño No. CI 376, suscrito entre el Departamento de Antioquia y la ESE Hospital María Antonia Toro de Elejalde, las glosas interpuestas por los diversos pagadores durante las últimas dos vigencias, representaron el 3,8% del valor facturado, proporción considerable si se tienen en cuenta que el margen operacional en el mismo lapso llegó al 8,9%.(8)

A noviembre de 2012, la proporción del valor glosado frente al facturado se incrementó, llegando al 5,4%, cifra que presiona sensiblemente el equilibrio operacional para la vigencia, obligando a la aplicación de un instrumento en puntos de control determinados, de forma que se corrija dicho comportamiento. (8)

Para finalizar, al figurar en la legislación vigente, la auditoría en salud es una herramienta de obligatoria aplicación, transversal a todos los componentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Es un mecanismo que asegura la mejora continua de la calidad en beneficio del usuario, protagonista central de cualquier acción en salud. (15,16)



### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Diseñar un instrumento que permita evaluar la gestión del área de facturación en la ESE Hospital María Antonia Toro de Elejalde, del municipio de Frontino, que sirva para establecer control entre la contratación, la ejecución y facturación de los servicios de salud, tendiente a la prevención de la pérdida de recursos.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- **a.** Recopilar información concerniente a la contratación, ejecución y facturación de servicios de salud en la ESE Hospital María Antonia Toro de Elejalde, del municipio de Frontino.
- **b.** Determinar los puntos de control susceptibles de intervención en el área de facturación y tenerlos en cuenta en el diseño del instrumento propuesto.
- **c.** Desarrollar un instrumento de evaluación acorde al área de facturación de la ESE Hospital María Antonia Toro de Elejalde.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO**

El estudio abordó varias fases. Una fase teórica, dividida en dos instancias: una de profundización del conocimiento sobre facturación en salud en general, que incluye una revisión de los conceptos involucrados, consistente en una revisión bibliográfica amplia, con el fin de ahondar el conocimiento teórico respecto al tema de auditoría en salud, con énfasis en facturación y auditoría de cuentas médicas. Una segunda instancia de exploración sobre los procedimientos diseñados y ejecutados específicamente en el área de facturación de la ESE de Nivel I Hospital María Antonia Toro de Elejalde, la cual incluyó la consulta del material institucional y entrevistas a los funcionarios involucrados en la realización de la facturación.

Una segunda fase en campo, en la cual se diseñó un instrumento de evaluación del área de facturación especialmente adaptado a la institución mencionada, a través del establecimiento de puntos susceptibles de control que permitirán el mejoramiento de los procedimientos involucrados.

### **4.2 TIPO DE ESTUDIO**

El presente estudio es de desarrollo, pues su producto principal es un instrumento aplicable al área de facturación de la ESE Hospital María Antonia Toro de Elejalde. También es caso y campo, pues se basó en informaciones obtenidas de la realidad, permitiendo verificar las condiciones de obtención de los datos. Por último, se trata de una investigación descriptiva – evaluativa, dado que contempló el establecimiento de puntos de control en el proceso de facturación de la ESE de Nivel I Hospital María Antonia Toro de Elejalde.

### 4.3 POBLACIÓN

La población de referencia son todos los registros de la facturación presentada por la ESE María Antonia Toro de Elejalde, del municipio de Frontino, Antioquia, durante la vigencia 2012 y la documentación institucional de Procesos y Procedimientos del área de facturación, que permiten determinar las causas más frecuentes de pérdida de recursos y glosas aportando información para el diseño del instrumento.

### 4.4 DISEÑO MUESTRAL

Además de tenerse en cuenta los registros de información sobre la facturación y la documentación institucional de Procesos y Procedimientos de la ESE María Antonia Toro de Elejalde, del municipio de Frontino, Antioquia, durante la vigencia 2012, se realizaron entrevistas a los funcionarios encargados de realizar procedimientos de facturación, durante el periodo.

### 4.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

Las variables del trabajo se clasifican en cinco índoles, las cuales presentan correspondencia con los estándares a evaluar a través del instrumento propuesto: Recurso Humano, Infraestructura y Dotación, Procedimientos Prioritarios, Registros y Riesgos. A continuación se presenta una tabla de definición de variables.

**Tabla 1. Definición de variables**

<b>N o.</b>	<b>Índole de pertinencia</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala de medició</b>	<b>Objetivo al cual apunta</b>
-----------------	----------------------------------	-----------------	-------------------	-------------	----------------------------------	------------------------------------

					<b>n</b>	
1	Recurso Humano	Perfil por Competencias	Correspondencia entre la idoneidad del recurso humano existente y el requerido por el proceso	Cualitativo	Nominal	Verificar la correspondencia entre el recurso humano existente y las necesidades del proceso
2	Recurso Humano	Provisión de Talento Humano Institucional	Correspondencia entre la cantidad de recurso humano existente y el requerido por el proceso	Cualitativo	Nominal	
3	Recurso Humano	Gestión de Hojas de Vida	Documentación del historial del recurso humano	Cualitativo	Nominal	
4	Recurso	Aprobación	Logro de la	Cualitativo	Nominal	

	Humano	de Evaluación de Desempeño	cualificación definida en el desempeño o laboral	vo		
5	Infraestructura y Dotación	Adecuación y Mantenimiento de Áreas	Correspondencia entre la cantidad y calidad de las instalaciones y las necesidades del proceso	Cualitativo	Nominal	Verificar la existencia de requerimientos técnicos en el área de facturación
6	Infraestructura y Dotación	Dotación de Insumos	Correspondencia entre la cantidad de insumos suministrados y las necesidades del proceso	Cualitativo	Nominal	
7	Infraestructura y Dotación	Provisión de Recursos a las	Correspondencia entre el	Cualitativo	Nominal	

		Instalaciones	suministro de recursos a las instalaciones y las necesidades del proceso			
8	Infraestructura y Dotación	Dotación de Equipos de Cómputo	Correspondencia entre la cantidad y calidad de equipos de cómputo y las necesidades del proceso	Cualitativo	Nominal	
9	Infraestructura y Dotación	Dotación de Software y Mantenimiento	Correspondencia entre el suministro de software y mantenimiento del mismo y	Cualitativo	Nominal	

			las necesidades del proceso			
10	Procedimientos Prioritarios	Implementación del Proceso	Grado en el cual el proceso diseñado es socializado entre el recurso humano	Cualitativo	Nominal	Verificar la existencia de requerimientos procedimentales en el área de facturación
11	Procedimientos Prioritarios	Conocimiento del Proceso	Grado en el cual el recurso humano demuestra saber cómo se debe realizar el proceso diseñado	Cualitativo	Nominal	
12	Procedimientos Prioritarios	Ejecución del Proceso	Grado de apego del recurso humano por la	Cualitativo	Nominal	

			realización de las actividades conforme fueron diseñadas			
13	Procedimientos Prioritarios	Calidad de los Productos	Características deseables en los productos obtenidos	Cualitativo	Nominal	
14	Procedimientos Prioritarios	Uso de Indicadores para tomar decisiones	Grado en el cual las decisiones inherentes al área se toman de acuerdo al análisis de indicadores	Cualitativo	Nominal	
15	Registros	Custodia de Registros	Grado en el cual se procura acceso restringido a los documentos	Cualitativo	Nominal	Verificar la existencia de requerimientos documentales en el proceso de



16	Registros	Definición de Soportes Adicionales	Determinación de requisitos anexos que deben soportar la facturación	Cualitativo	Nominal	facturación
17	Registros	Uso de Mecanismos de Conciliación entre Prestación y Facturación	Grado en el cual se utilizan medios para evitar que no se facturen servicios prestados	Cualitativo	Nominal	
18	Registros	Uso de Mecanismos de Consolidación de la Facturación	Grado en el cual se utilizan medios para unificar el cobro de los servicios prestados	Cualitativo	Nominal	

19	Registros	Uso de Procedimiento de Respuesta a Glosas	Grado en el cual se utilizan medios para responder las objeciones al cobro por servicios prestados	Cualitativo	Nominal	
20	Riesgos	Uso de mecanismos de Autocontrol	Grado en el cual el recurso humano utiliza medios para supervisar su propio desempeño o evitando riesgos en el proceso	Cualitativo	Nominal	Verificar la aplicación de Política de Prevención de Riesgos en el proceso de facturación

21	Riesgos	Uso de Barreras de Seguridad	Grado en el cual el recurso humano utiliza medios para evitar la materialización de los riesgos en el proceso	Cualitativo	Nominal	
----	---------	------------------------------	---	-------------	---------	--

## **4.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

### **4.6.1 REVISIÓN DE CONCEPTOS EN FACTURACIÓN**

A continuación se describen de forma genérica, conceptos elementales sobre facturación, aplicables a la ESE Hospital María Antonia Toro de Elejalde, entidad estatal de prestación de servicios de salud de Nivel I de complejidad.

#### **4.6.1.1 Proceso de Facturación en Salud**

Conjunto ordenado de procedimientos y actividades cuyo objetivo es el cobro de todas las acciones y procedimientos realizados a un usuario y los materiales empleados durante su atención en salud y la generación de un documento denominado factura, que soporte, contable y tributariamente, la contraprestación económica correspondiente a la entidad responsable del pago.

Según el Código de Comercio Colombiano, la factura se define como un título valor que el vendedor o prestador del servicio podrá librar y entregar o remitir al comprador o beneficiario del servicio, la misma que no podrá librarse sino corresponde a bienes entregados real o materialmente o a servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito. (17)

El Código de Comercio igualmente contempla la puesta en circulación de la factura en versión electrónica, cuya reglamentación se encuentra definida por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN, en la Resolución 14465 de 2007. (17,18)

Desde la perspectiva tributaria, la facturación es una obligación, tanto para quien vende el bien o servicio, como para quien lo recibe, porque es el mecanismo por el cual el estado, a través de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, controla los ingresos, exenciones y gravámenes de los contribuyentes que ejercen actividades productoras de renta. (19)

#### **4.6.1.2 Caracterización Institucional del Proceso de Facturación en Salud.**

##### **- Entradas al proceso:**

Se parte de un contrato de prestación de servicios de salud en el cual se define las actividades a prestar a los usuarios, beneficiarios del contrato contenidos en una base de datos, tarifas de servicios, inclusiones, exclusiones, modalidad contractual para la prestación (por capitación, por paquete o por evento), mecanismos de objeciones al pago (glosas), plazos, entre otros.

A partir de allí, se requieren otros documentos, tales como hojas de admisiones, copias que acrediten identidad del usuario, registros de egreso, hojas de gastos y Registros Individuales de Prestación de Servicios, RIPS, donde se deje constancia

sobre los procedimientos realizados. La Resolución 3374/00 define el RIPS como el conjunto de datos que identifican una a una las actividades de salud que se realizan a las personas y que hacen parte integral de la factura de venta de servicios de salud. (20)

Por todo lo anterior, el proceso de facturación es cliente de los procesos de admisiones y los procesos asistenciales.

#### **- Salidas del proceso:**

La factura por concepto de la prestación del servicio de salud, es el principal producto generado. Las facturas individuales soportan la generación de la facturación consolidada mensual, que es el documento con el cual se realiza el cobro a la entidad responsable del pago. Para que ello sea posible, la factura presentada debe cumplir los requisitos legales y se deben anexar todos los soportes definidos previamente, que avalen dicho cobro.

En general, la factura la define el Código de Comercio colombiano, en su Artículo 774, como “título valor que el vendedor o prestador del servicio podrá librar y entregar o remitir al comprador o beneficiario del servicio” (17)

Otra salida del proceso es la generación de información interna al área contable, incluyendo el área de cartera y a la alta dirección, para la toma de decisiones.

#### **- Clientes del proceso de Facturación**

Los clientes del proceso de facturación de la ESE Hospital María Antonia Toro de Elejalde, pueden ser internos y externos: Lo clientes internos son el área contable, área de cartera y la alta dirección. Los clientes externos los constituyen las entidades responsables del pago, los usuarios particulares que pagan los servicios

por cuenta propia y los usuarios que deben realizar el pago de cuotas de recuperación, ya sean cuotas moderadoras o copagos.

### **- Usuarios en Salud**

Los usuarios de la ESE Hospital María Antonia Toro de Elejalde, son:

- Usuarios afiliados al régimen contributivo y sus familias.
- Usuarios afiliados al régimen subsidiado.
- Usuarios no afiliados, llamados Población Pobre No Afiliada o vinculados.
- Usuarios que acceden al sistema por una atención inicial de urgencias.
- Víctimas de accidentes de tránsito, catástrofes o actos terroristas.
- Población víctima de violencia, mujeres en embarazo, niños menores de un año, indígenas e indigentes.
- Usuarios particulares.

## **4.6.2 Ámbito Contractual**

Como ya se dijo, la prestación de servicios de salud se realiza a la luz de varios tipos de contratos. La ESE Hospital María Antonia Toro de Elejalde opera bajo las siguientes modalidades contractuales:

### **4.6.2.1 Contrato por Evento.**

En esta modalidad de contratación, el pagador realiza el desembolso de los dineros correspondientes a los servicios, procedimientos e insumos entregados por el prestador a los usuarios, previa presentación de la facturación. A más actividades realizadas, mayor es el pago y por tanto el riesgo financiero lo asume el asegurador.

#### **4.6.2.2 Contrato Capitado o por Capitalización.**

Modalidad en la cual una entidad responsable del pago entrega la responsabilidad de la atención en salud de un grupo determinado de usuarios, a una institución prestadora de servicios, por una suma de dinero determinada. En estos contratos, la suma de dinero pagada es la misma, sin importar el número de actividades realizadas o insumos requeridos. El riesgo financiero de la prestación es transferido del asegurador al prestador, dado que éste último está obligado a entregar servicios a los usuarios, indiferentemente de la frecuencia de solicitud.

#### **4.6.2.3 Contrato por Paquetes.**

Contratación en la cual el asegurador paga al prestador por la realización a los usuarios, de unos grupos determinados de actividades, procedimientos e insumos, es decir, por la entrega de un conjunto de servicios relacionados entre sí, el cual debe ser ejecutado integralmente y cuyas tarifas son pactadas con anticipación.

#### **4.6.2.4 Contratos Mixtos.**

Son combinaciones de los anteriores, en donde a la luz de un solo compromiso contractual, un plan de beneficios se pacta bajo capitalización, paquete o evento, en varios fragmentos.

### **4.6.3 Planes de Beneficios en Salud**

La prestación del servicio de salud se enmarca en varios planes de beneficios. Para el caso de la ESE Hospital María Antonia Toro de Elejalde, la cual es un IPS estatal de Nivel I de atención, los planes de beneficios son:

- Plan Obligatorio de Salud

- Planes a entidades con Régimen Especial como Fuerzas Militares, Policía Nacional.
- Atención a Vinculados: población pobre no afiliada.
- Atención en Riesgos Laborales.
- Atención de Accidentes de Tránsito.

#### **4.6.4 Aplicación Informática**

La ESE Hospital María Antonia Toro de Elejalde cuenta con el Software Xenco, aplicación informática multimodular integral, con la cual es posible la generación de agendas, registros asistenciales, registros contables, inventarios y registros de facturación, interrelacionados entre sí a través de interfaces.

Los módulos de Xenco son:

- **Historia Clínica:** A través de éste, se gestionan las agendas y se administra la información y registros asistenciales de consulta externa y urgencias médicas, odontológicas, hospitalización, promoción y prevención, atención a pacientes crónicos, promoción y prevención, de laboratorio clínico y fisioterapia. Se encuentra en interfaz con el módulo de Inventarios, cuando se generan pedidos de medicamentos e insumos en los servicios.
- **Gestión Hospitalaria:** Este módulo permite generar la facturación de los servicios prestados y afecta la información manejada por los módulos de Tesorería, Cartera y Presupuesto. Ligado al módulo de Glosas, tiene interfaz con Contabilidad.
- **Tesorería:** Registra los movimiento de Gestión Hospitalaria y controla los movimientos de bancos y Nómina, en interfaz con Presupuesto.
- **Contabilidad:** Toma los reportes de Tesorería y Cartera y genera la información de estados contables, afectando el módulo de Presupuesto.
- **Costos:** Administra la información de costos por Unidad Estratégica de Negocios, alimentando al módulo de Contabilidad.



- Presupuesto: Genera las disponibilidades presupuestales y las obligaciones con proveedores, incluyendo lo concerniente a Nómina.
- Activos Fijos: Gestiona el inventario de activos fijos para el control contable de la depreciación. Afecta al módulo Contabilidad e Inventarios.
- Nómina: módulo por el cual se gestionan todos los pagos relacionados con el recurso humano. Se encuentra en interfaz con Presupuesto.

#### **4.7 DESARROLLO DEL INSTRUMENTO**

Cada uno de los estándares de que se compone el instrumento (cinco en total), encabeza una sección del mismo, cuya primera columna del lado izquierdo contiene cada uno de los criterios de los que se compone el estándar. A su vez, en la segunda columna se describe cada una de las pautas que componen el criterio. Bajo las siguientes tres columnas es posible evaluar, de acuerdo a lo descrito, si la pauta cumple, no cumple o no aplica.


En la sexta columna se pueden hacer anotaciones referentes a las pautas de evaluación que sirvan como soporte para la redacción del informe de auditoría. Por último, en la columna “Referencia a Papeles de Trabajo”, se describen los documentos o fuentes que soportarán los hallazgos. En esta columna se encontrarán casillas donde se describen las condiciones específicas de cumplimiento del criterio evaluado, para facilitar la homogeneidad en la aplicación del instrumento.

A continuación se muestra el instrumento propuesto para la evaluación del área de facturación de la ESE Hospital María Antonia Toro de Elejalde, que como ya se había dicho, comprende cinco estándares, que se definen a continuación:

#### 4.7.1 ESTÁNDAR 1: RECURSO HUMANO

Como cualquier otro, el proceso de facturación debe ser ejecutado por personal cuya formación y entrenamiento estén enfocados específicamente al desarrollo de las funciones pertinentes, por lo que es esencial la evaluación de su selección, inducción, gestión y evaluación.

**Tabla 2. Instrumento de Verificación Estándar 1 Recurso Humano**


		<b>ESE HOSPITAL MARÍA ANTONIA TORO DE ELEJALDE FRONTINO</b>				MACROPROCESO: Administrativo PROCESO: Facturación
<b>INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN</b>						
<b>ESTÁNDAR 1: RECURSO HUMANO</b>						
CRITERIO	PAUTAS	CUMPLE			OBSERVACIONES	REFERENCIA A PAPELES DE TRABAJO
		SI	NO	N/A		
1.1 El personal del área de facturación se ajusta al perfil definido por la institución.	1.1.1 Solicite el Manual de Funciones por perfiles y competencias de la institución.					Manual de Funciones, Listado del personal, Hojas de vida del personal
	1.1.2 Solicite el listado del personal que labora actualmente en el área.					
	1.1.3 Verifique en las hojas de vida del personal, las certificaciones que acrediten la idoneidad.					Para considerar cumplido este criterio, debe haber evidencia que el 95% del personal del área se ajusta al perfil definido.
1.2 La cantidad del personal del área de facturación se ajusta al plan de cargos de la institución.	1.2.1 Solicite al líder del proceso el plan de cargos de la institución.					Plan de cargos institucional, Listado de personal

	1.2.3 Verifique que la cantidad de personas que laboran en el área se ajusta a lo definido en el plan de cargos					Para considerar cumplido este criterio, debe haber adhesión del 95% al plan de cargos de la institución.
1.3 El personal del área de facturación cuenta con hojas de vida.	1.3.1 Solicite al líder del proceso procedimiento de archivo de hojas de vida.					Manual de Procesos y procedimientos, Evidencia de verificación
	1.3.2 Verifique que las hojas de vida correspondan al personal activo del área de facturación.					
	1.3.3 Verifique que las hojas de vida del personal se encuentren archivadas y bajo custodia según lo estipulado en el procedimiento.					1.3.4 Para considerar cumplido este criterio, debe haber evidencia que el 95% del personal del área cuenta con hojas de vida correctamente gestionadas.
1.4 El personal responsable de la facturación es evaluado en cuanto a su desempeño en el proceso.	1.4.1 Solicite al líder del proceso el procedimiento de evaluación del desempeño institucional.					Manual de Procesos y procedimientos, Evidencia de evaluación de desempeño
	1.4.2 Solicite los soportes al líder donde se documente que durante el último año se realizó la evaluación de desempeño al personal involucrado.					
	1.4.2 Indague si los objetivos de la evaluación fueron concertados y los resultados retro alimentados.					Para considerar cumplido este criterio, debe haber evidencia que el 95% del personal del área aprobó la evaluación de desempeño.

#### 4.7.2 ESTÁNDAR 2: INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN

Grupo de lineamientos tendientes a evaluar las características físicas de las instalaciones y de las herramientas que hacen posible en mayor o menor grado el desarrollo de las tareas inherentes al área. Se tienen en cuenta la adecuación, comodidad y estado del área física así como la cantidad de equipos de cómputo, licencias, software y mantenimiento.

**Tabla 3. Instrumento de Verificación Estándar 2 Infraestructura y Dotación**

 <b>ESE HOSPITAL MARÍA ANTONIA TORO DE ELEJALDE FRONTINO</b> MACROPROCESO: Administrativo PROCESO: Facturación						
<b>INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN</b>						
<b>ESTÁNDAR 2: INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN</b>						
CRITERIO	PAUTAS	CUMPLE			OBSERVACIONES	REFERENCIA A PAPELES DE TRABAJO
		SI	NO	N/A		
2.1 El proceso de facturación cuenta con una infraestructura y dotación que permiten el desarrollo de las actividades.	2.1.1 Verifique que el (las) área(s) donde se ejecuta el proceso de facturación esté en un ambiente separado del asistencial.					Plan de Mantenimiento de la Planta Física, Procedimiento de pedidos Inventario de activos fijos Evidencia de verificación
	2.1.2 Solicite al líder del proceso el Plan de Mantenimiento de la planta Física y cronograma de actividades.					
	2.1.3 Verifique el cumplimiento de las actividades de mantenimiento de la planta física.					

	2.1.4 Verifique las condiciones del ambiente físico (acceso, iluminación, filtraciones, estado de las paredes y techos, archivo, unidades sanitarias, seguridad, señalización).					
	2.1.5 Solicite el inventario de activos fijos.					
	2.1.6 Verifique las condiciones de los muebles y enseres del área (cantidad y estado de los muebles, ergonomía).					
	2.1.7 Indague al líder por el procedimiento de dotación de insumos de papelería.					
	2.1.8 Verifique la disponibilidad de papelería e insumos en el área.					2.1.9 Para dar como cumplido este criterio, la infraestructura debe cumplir con la totalidad de condiciones de adecuación y mantenimiento y la dotación de insumos y papelería debe estar garantizada.
2.2 El (las) área(s) física(s) cuentan con los recursos necesarios para el desarrollo de actividades de facturación.	2.2.1 Verifique la existencia, cantidad y ubicación de puntos de red y electricidad en el área.					Planes de Contingencia Institucionales, Evidencia de verificación directa
	2.2.2 Verifique la disponibilidad de servicios públicos en el área (agua, alcantarillado, electricidad, teléfono, red física).					
	2.2.3 Solicite al líder el plan de contingencias de la institución (servicios públicos, acceso a la red, back ups).					2.2.4 Para dar como cumplido este criterio, se debe garantizar el 100% de los recursos necesarios para el desarrollo de


						las actividades.
2.3 El área de facturación cuenta con equipos de cómputo en cantidad suficiente para el desarrollo de las actividades.	2.3.1 Solicite el inventario de equipos de cómputo asignados al área de facturación.					Inventario de equipos de cómputo, Licencias de Software
	2.3.2 Verifique que las cantidades encontradas de equipos de cómputo asignados al área de facturación correspondan al inventario.					
	2.3.3 Solicite las licencias de los equipos de cómputo.					
	2.3.4 Verifique que los equipos de cómputo estén en red.					
	2.3.5 Verifique que el servidor y la red se encuentren habilitados y su capacidad sea suficiente según la cantidad de equipos.					2.2.6 Para dar como cumplido este criterio, el 100% de los equipos de cómputo deben estar licenciados y tener acceso a la red.
2.4 El área de facturación cuenta con un software de facturación y un plan de mantenimiento de equipos de cómputo que garanticen la realización del proceso.	2.4.1 Solicite al responsable del proceso la licencia de software de facturación institucional.					Contrato de mantenimiento de equipos de cómputo, Contrato de actualización de software de facturación, Plan Institucional de manejo de información Evidencia de verificación directa.
	2.4.2 Verifique que el software sea el institucional.					

	2.4.3 Solicite al responsable del proceso el contrato y cronograma de actualización del software.					
	2.4.4 Verifique que el software esté actualizado según cronograma y operando.					
	2.4.5 Solicite al responsable del proceso la licencia el contrato y el cronograma de mantenimiento de equipos de cómputo.					
	2.4.6 Verifique que el cumplimiento de las actividades de mantenimiento.					
	2.4.7 Solicite al responsable del proceso el contrato y Plan Institucional de manejo de información.					
	2.4.8 Verifique el cumplimiento de las actividades del plan (back ups).					2.4.9 Para dar como cumplido este criterio, se deben garantizar el 100% de las condiciones de software y realizar el 100% de las actividades de mantenimiento.

### 4.7.3 ESTÁNDAR 3: PROCEDIMIENTOS PRIORITARIOS

Este estándar comprende los aspectos relacionados con el “cómo” del proceso. Se evalúa la existencia de la documentación en el área, su socialización, evaluación e implementación institucional, así como el grado de apego de los funcionarios a lo descrito, como base fundamental del nivel de autocontrol en la realización del proceso y forma de controlar la variabilidad de los productos.

**Tabla 4. Instrumento de Verificación Estándar 3 Procedimiento Prioritarios**

		<b>ESE HOSPITAL MARÍA ANTONIA TORO DE ELEJALDE FRONTINO</b>				MACROPROCESO: Administrativo PROCESO: Facturación	
<b>INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN</b>							
<b>ESTÁNDAR 3: PROCEDIMIENTOS PRIORITARIOS</b>							
CRITERIO	PAUTAS	CUMPLE			OBSERVACIONES	REFERENCIA A PAPELES DE TRABAJO	
		SI	NO	N/A			
3.1 El proceso de facturación fue implementado selectivamente y el personal responsable lo conoce.	3.1.1 Solicite el documento del proceso de facturación. (Descripción del proceso y los procedimientos en donde conste la actividad, el responsable y como se hace).					Manual de Procesos y procedimientos, Evidencia de socialización de proceso	
	3.1.2 Verifique que el documento está disponible en el área y que sea de fácil acceso para el personal.						
	3.1.3 Indague al líder por los métodos utilizados para la divulgación y socialización del proceso.						
	3.1.4 Solicite los soportes al líder donde se documente la implantación del proceso al personal.					3.1.5 Para considerar cumplido este criterio, debe haber evidencia que el 95% del personal del área recibió la implantación del proceso	
3.2 El personal responsable de la facturación fue evaluado en cuanto al conocimiento que tiene	3.2.1 Solicite los soportes al líder donde se documente la evaluación de conocimiento del					Evidencia de evaluación de proceso	



sobre el proceso.	proceso al personal.					3.2.2 Para dar por cumplido este criterio, debe haber evidencia de evaluación de conocimiento del proceso aprobada por el 95 % personal.
3.3 Los procedimientos de facturación son ejecutados por el personal responsable de forma consistente con su diseño.	3.3.1 Indague al personal sobre las actividades inherentes al proceso de facturación.					Evidencia de verificación directa
	3.3.2 Observe la generación de facturas por un servicio prestado.					
	3.3.3 Compare lo descrito por el personal con lo documentado y lo observado.					3.3.4 Para considerar cumplido este criterio, se debe observar adherencia de lo observado en la ejecución y lo descrito en la documentación, paso a paso.
3.4 Los procedimientos de facturación se realizan en los tiempos previstos y los productos son consistentes con lo esperado.	3.4.1 Verifique que la calidad de los productos generados (factura individual y consolidada por ERP) en el proceso de facturación se ajustan a lo definido.					Manual de Procesos y Procedimientos Evidencia de verificación directa
	3.4.2 Constate que los tiempos de ejecución de los procedimientos de facturación son los previstos en lo documentado.					3.4.3 Este criterio se considera cumplido si los tiempos de ejecución y la calidad de los productos emitidos por el proceso, se ajustan a lo diseñado en la documentación.
3.5 El proceso de facturación cuenta con indicadores de gestión, se realiza su análisis periódico para la toma de decisiones y como resultado se observa	3.5.1 Solicite registro de los indicadores del proceso, el análisis de su comportamiento en él tiempo.					Cuadro de Mando Integral Análisis de Indicadores, Planes de Mejoramiento con seguimiento

tendencia a la mejora.	3.5.2 Verifique si existen mecanismos de difusión de la información relacionada con los indicadores, al personal responsable de facturación.					
	3.5.3 Verifique que existan planes de mejoramiento de los indicadores que presenten desviación.					
	3.5.4 Verifique que existan evidencias de la ejecución y seguimiento de los planes de mejoramiento.					3.5.5 Para dar cumplimiento a este criterio debe evidenciarse mejoría en el comportamiento de los indicadores como resultado de las acciones ejecutadas.

#### 4.7.4 ESTÁNDAR 4: REGISTROS

Al tratarse de la evidencia que soporta la facturación y que servirá como material de consulta futuro, se tienen en cuenta la evaluación de criterios tales como la custodia de los registros usados como insumos para la facturación, definición y empleo de soportes adicionales, control de conciliación entre lo ejecutado y lo facturado así como la gestión de las objeciones al pago.

**Tabla 5. Instrumento de Verificación Estándar 4 Registros**

		<p align="center"><b>ESE HOSPITAL MARÍA ANTONIA TORO DE ELEJALDE FRONTINO</b></p> <p>MACROPROCESO: Administrativo PROCESO: Facturación</p>				
<b>INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN</b>						
<b>ESTÁNDAR 4: REGISTROS</b>						
CRITERIO	PAUTAS	CUMPLE			OBSERVACIONES	REFERENCIA A PAPELES DE TRABAJO
		SI	NO	N/A		

4.1 Los registros asistenciales utilizados para los procedimientos de facturación, son tratados conservando la custodia de los mismos.	4.1.1 Solicite los procedimientos institucionales de custodia de la Historia Clínica.				Manual de Porcesos y Procedimientos, Registros de custodia de la Historia Clínica Evidencia de verificación directa
	4.1.2 Verifique que el documento está disponible en el área y que sea de fácil acceso para el personal.				
	4.1.3 Indague al personal sobre las actividades inherentes a la custodia de los registros asistenciales usados en el proceso de facturación.				
	4.1.4 Observe la utilización de los registros asistenciales en el proceso de facturación, haciendo énfasis en lo referente a la custodia.				
	4.1.5 Compare lo descrito por el personal con lo documentado y lo observado.				4.1.6 Para considerar cumplido este criterio, se debe observar adherencia de lo observado en la ejecución y lo descrito en la documentación, paso a paso.
4.2 Se tienen definidos los soportes adicionales que acompañan la factura.	4.2.1 Solicite al líder del proceso el listado de los soportes adicionales que acompañan la factura.				Manual de Porcesos y Procedimientos, Listado de soportes, Facturación generada, Evidencia de verificación directa
	4.2.2 Verifique que los soportes adicionales definidos se encuentren anexos a la facturación generada durante el día anterior.				4.2.3 Para considerar cumplido este criterio, se debe observar el anexo de los soportes al 95% de la facturación generada en día anterior.
4.3 Se tienen definidos los mecanismos de control para facturar todas las atenciones realizadas.	4.3.1 Indague con el personal el procedimiento de conciliación entre los servicios asistenciales y la facturación generada.				Manual de Procesos y Procedimientos, Libro de urgencias, Libro de Hospitalización, Agendas de citas, RIPS, Listados de facturas

					individuales, Evidencia de verificación directa
	4.3.1 Verifique que el procedimiento de conciliación entre los servicios asistenciales y la facturación generada, se lleva como está descrito.				
	4.3.2 Solicite al líder los registros de ingreso y egreso de pacientes a urgencias y hospitalización, agendas médicas y odontológicas del día anterior.				
	4.3.3 Solicite al líder los RIPS del día anterior.				
	4.3.4 Solicite al líder los registros de facturación del día anterior.				
	4.3.5 Verifique la concordancia entre los servicios registrados como prestados y la facturación generada.				4.3.6 Para considerar cumplido este criterio, se debe observar concordancia en los registros de servicios prestados y la facturación generada en el día anterior, de un 95%.
4.4 Se tiene definidos los procedimientos de consolidación de facturación.	4.4.1 Indague con el personal el procedimiento de consolidación de la facturación generada, por Entidad Responsable de Pago.				Manula de Pocosos y Procedimientos, Facturación consolidada
	4.4.2 Verifique que el procedimiento de consolidación de la facturación generada en el último mes, por Entidad Responsable de Pago, se lleva conforme al diseño.				4.4.3 Para considerar cumplido este criterio, se debe observar adherencia de lo observado en la ejecución y lo descrito en la documentación, paso a paso.
4.5 Se tiene definidos los procedimientos de respuesta a glosas a la	4.5.1 Indague con el personal el procedimiento de				Manual de Procesos y Procedimientos, Actas de Comité de

facturación.	respuesta a glosas a la facturación generada.					Glosas, Cuadro de Mando Integral
	4.5.2 Verifique que el procedimiento de respuesta a glosas a la facturación generada, se lleva conforme a lo descrito.					
	4.5.3 Solicite al responsable las actas del Comité de Glosas Institucional.					
	4.5.4 Verifique que el Comité de Glosas esté actualizado y las tareas asignadas se ejecutaron.					4.5.5 Para considerar cumplido este criterio, se debe observar que el procedimiento de gestión de glosas se lleva conforme a lo descrito y se cumple con lo definido en la norma.

#### 4.7.5 ESTÁNDAR 5: RIESGOS

Como cualquier otro aspecto cotidiano, el proceso de facturación se ve amenazado por circunstancias que podrían afectar adversamente los resultados. En este estándar se evalúa la capacidad de gestión del riesgo inherente a la facturación, desde la perspectiva de la prevención y la aplicación de las barreras de seguridad.

**Tabla 6. Instrumento de Verificación Estándar 5 Riesgos**

	<p align="center"><b>ESE HOSPITAL MARÍA ANTONIA TORO DE ELEJALDE FRONTINO</b></p> <p>MACROPROCESO: Administrativo PROCESO: Facturación</p>
	<p><b>INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN</b></p> <p><b>ESTÁNDAR 5: RIESGOS</b></p>

CRITERIO	PAUTAS	CUMPLE			OBSERVACIONES	REFERENCIA A PAPELES DE TRABAJO
		SI	NO	N/A		
5.1 Existen mecanismos de autocontrol para el proceso y éstos son utilizados por el personal responsable.	5.1.1 Verifique que existen mecanismos de autocontrol diseñados en el proceso.					Manual de Procesos y Procedimientos, Evidencia de verificación directa
	5.1.2 Verifique que los mecanismos de autocontrol del proceso de facturación, son conocidos por parte del personal administrativo y asistencial.					
	5.1.3 Verifique que se estén aplicando los mecanismos de autocontrol por parte del personal administrativo y asistencial.					5.1.4 Para considerar este criterio como cumplido, se debe observar la aplicación de los mecanismos de autocontrol definidos para el proceso.
5.2 El personal conoce los riesgos inherentes a la ejecución del proceso y aplica las barreras de seguridad diseñadas.	5.2.1 Solicite la documentación de los riesgos del proceso de facturación.					Panorama de Riesgos, Cuadro de Mando Integral
	5.2.2 Entreviste al personal acerca del panorama de riesgos y tipos de riesgos del proceso de facturación.					
	5.2.3 Entreviste al personal acerca del comportamiento de los indicadores inherentes a los riesgos del proceso de facturación.					
	5.2.4 Verifique si existen mecanismos de retroalimentación al personal responsable de facturación, sobre los indicadores de gestión de riesgo.					

	5.2.5 Verifique que existan planes de mejoramiento de los indicadores que presenten desviación.					
	5.2.6 Verifique que existan evidencias de la ejecución y seguimiento de los planes de mejoramiento.					5.2.7 Para dar cumplimiento a este criterio debe evidenciarse mejoría en el comportamiento de los indicadores de gestión de riesgo como resultado de las acciones ejecutadas.

## **5. CONCLUSIONES**

A la luz de los acontecimientos que rigen el sistema de salud en Colombia, es de vital importancia para los prestadores de servicios de salud en general y en especial para las empresas sociales del estado, contar con departamentos de facturación que impidan la pérdida de recursos por dos vías: la falta de conciliación entre los servicios prestados y los cobrados y por la interposición de glosas u objeciones al pago por parte de los responsables del pago.

Teniendo lo anterior como horizonte, el presente trabajo, permitió recopilar información concerniente a la contratación, ejecución y facturación de servicios de salud en la ESE Hospital María Antonia Toro de Elejalde, del municipio de Frontino y detectar los puntos de control susceptibles de intervención, para así tenerlos en cuenta en el diseño del instrumento propuesto.

La creación de ese instrumento de evaluación, por haber tenido como base el diseño e implementación de los procedimientos que se llevan en la ESE Hospital María Antonia Toro de Elejalde, le permitirá a la empresa mejorar el proceso en cuestión mediante su implementación e incluso hacer a futuro la aplicación de instrumentos similares bajo metodologías análogas, en otras áreas de la institución.



## BIBLIOGRAFÍA

- (1) República de Colombia; Congreso de Colombia Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. (Diciembre de 1993). [Sitio en Internet] Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993.html) Consultado Noviembre 4 de 2012
- (2) República de Colombia; Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia (1991) [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.secretariassenado.gov.co/index.php/constitucion-politica> Consulta Noviembre 4 de 2012
- (3) Morales Sánchez, LG. El Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud En Colombia. ONU/CEPAL. 1997
- (4) República de Colombia; Procuraduría General de la Nación. Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Seguimiento y Control Preventivo a la Políticas Públicas (2011).
- (5) Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud Publica Mex 2011;53 Supl 2:S144-S155.
- (6) República de Colombia; Ministerio de la Protección Social. Resolución 4480 de 2012. Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2013 y se dictan otras disposiciones. (Diciembre de 2012)

- (7) Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas; Estudios Técnicos, Área de Investigación y Planeación. Cuarto Informe de Glosas, Diciembre de 2007.
- (8) Empresa Social del Estado Hospital María Antonia Toro de Elejalde. Evaluación Anual Convenio de Desempeño No CI 376 de 2006 suscrito entre el Departamento de Antioquia y la ESE Hospital Hospital María Antonia Toro de Elejalde del municipio de Frontino, 2011.
- (9) Restrepo D. A.; López L. E. La unidad de pago por capitación: 17 años en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública Vol. 30 N°. 3 septiembre-diciembre 2012.
- (10) Machuca, DA. La Auditoría concepto actual o antiguo. Ciencia y cuidado 2007; 4(4):51-57.
- (11) Serratto MY. Antecedentes históricos de auditoría en salud. [Sitio en internet] Disponible en:  
[http://www.odontomarketing.com/numeros%20anteriores/ART\\_31\\_AGOSTO\\_2001.htm](http://www.odontomarketing.com/numeros%20anteriores/ART_31_AGOSTO_2001.htm)  
Consultado Noviembre 20 de 2012
- (12) Piscocoya J. Calidad de la atención en salud a través de la auditoría médica. Anales de la facultad de medicina UNMSM. 2000; 61(3) 121-144.
- (13) Torres M. Modelo de calidad de la atención médica de Avedis Donabedian. [Sitio en internet] Disponible en:  
<http://infocalsar.blogspot.com/2011/10/modelo-de-calidad-de-la-atencion-medica.html>. Consultado Noviembre 21, 2012.

- (14) Albarracin LY, Carvajal Y, Garcés MI. Diseño de un sistema de codificación de glosas a la facturación por atención en la IPS instituto del corazón de la Fundación Cardiovascular de Colombia [tesis] Facultad de medicina. Instituto de Ciencias de la Salud CES. Bucaramanga, 2008.
- (15) República de Colombia; Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de la calidad del sistema general de seguridad social en salud. (Abril de 2006).
- (16) República de Colombia; Ministerio de la Protección Social, 2007. Sistema obligatorio de garantía de la calidad. Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. (2007)
- (17) República de Colombia; Presidencia de la República. Decreto 410 de 1971. Por el cual se expide el Código de Comercio. (Marzo de 1971) [Sitio en internet] Disponible en:  
[http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/codigo/codigo\\_comercio.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/codigo/codigo_comercio.html)  
Consultado Diciembre 2 de 2012.
- (18) República de Colombia; Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales. Resolución 14465 de 2007. Por la cual se establecen las características y contenido técnico de la factura electrónica y de las notas crédito y otros aspectos relacionados con esta modalidad de facturación, y se adecúa el sistema técnico de control. (Noviembre de 2007) [Sitio en internet] Disponible en:  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39787>  
Consultado Diciembre 2 de 2012.

(19) República de Colombia; Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales. Resolución 3878 de 1996. Por la cual se establecen los controles técnicos y fiscales sobre la facturación. (Junio de 1996) [Sitio en internet] Disponible en:

[http://camacol.co/sites/default/files/base\\_datos\\_juridico/RESOLUCION\\_DIA\\_N\\_NACION\\_3878\\_1996.pdf](http://camacol.co/sites/default/files/base_datos_juridico/RESOLUCION_DIA_N_NACION_3878_1996.pdf)

Consultado Diciembre 2 de 2012.

(20) República de Colombia; Ministerio de Salud. Resolución 3374 de 2000. Por la cual se se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados. (Diciembre de 2000) [Sitio en internet] Disponible en:

[http://anas.sga-software.com/tmp/Res3374\\_Rips.pdf](http://anas.sga-software.com/tmp/Res3374_Rips.pdf)

Consultado Noviembre 21 de 2012.