

**AUDITORÍA AL PROCESO DE FACTURACIÓN DEL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN DE LA E.S.E. JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFANE, DEL
MUNICIPIO DE AGUACHICA (CESAR), EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2009**

**MAYLIN TATIANA GONZÁLEZ GARCÍA
PAOLA FERNANDA GRANADOS CARVAJAL
VIANEY ETSLEDY ARIZA HERNÁNDEZ**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA – UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD
COHORTE 48 CES – PROMOCIÓN 11 UNAB
BUCARAMANGA
2010**

**AUDITORÍA AL PROCESO DE FACTURACIÓN DEL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN DE LA E.S.E. JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFANE, DEL
MUNICIPIO DE AGUACHICA (CESAR), EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2009**

**MAYLIN TATIANA GONZÁLEZ GARCÍA
PAOLA FERNANDA GRANADOS CARVAJAL
VIANEY ETSLEDY ARIZA HERNÁNDEZ**

**ASESOR
ABELARDO GUZMÁN HURTADO**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA – UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD
COHORTE 48 CES – PROMOCIÓN 11 UNAB
BUCARAMANGA
2010**

FICHA TÉCNICA INSTITUCIONAL

1. DATOS DEL PROYECTO												
Título del proyecto		AUDITORÍA DEL PROCESO DE FACTURACIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFANE E.S.E. DEL MUNICIPIO DE AGUACHICA (CESAR), EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2009.										
Grupo de investigación que presenta el proyecto							Línea de investigación		FACTURACIÓN			
Lugar de ejecución del proyecto		MUNICIPIO DE AGUACHICA (CESAR)					Palabras clave		AUDITORIA, FACTURACIÓN, HOSPITALIZACIÓN.			
Valor del proyecto (\$)		\$ 1.800.000					Duración en meses					
Tipo de proyecto		Investigación básica		X		Investigación aplicada		Desarrollo tecnológico o experimental				
2. DATOS DE LOS PARTICIPANTES DEL PROYECTO												
Tipo de investigador	Tipo de vinculación	Nombre del participante			Institución		Grupo de investigación		Línea de investigación		Correo electrónico	Teléfono
2	3	VIANEY ARIZA HERNÁNDEZ			UNAB-CES				FACTURACIÓN		neysita02@hotmail.com	3114029529
2	3	MAYLIN TATIANA GONZÁLEZ GARCÍA			UNAB-CES				FACTURACIÓN		maylintatiana23@hotmail.com	3138269444
2	3	PAOLA FERNANDA GRANADOS CARVAJAL			UNAB-CES				FACTURACIÓN		paito.2109@hotmail.com	3133952858
Nombre del responsable del proyecto												
3. DATOS SOBRE FINANCIACIÓN DEL PROYECTO												
Costo financiado (\$)		\$ 1.800.000					Costo por financiar (\$)					
Entidades a la que se solicita financiación							Monto solicitado (\$)					
4. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIONES												
Fecha de recepción del proyecto		D	D		M	M		A	A	A	A	Código del proyecto
5. DECISIÓN DEL COMITÉ OPERATIVO DE INVESTIGACIÓN												
Decisión		Fecha							Número de acta			Firma
Proyecto devuelto para corregir		D	D		M	M		A	A	A	A	
Proyecto aprobado		D	D		M	M		A	A	A	A	
Proyecto enviado al Comité Institucional de Investigación		D	D		M	M		A	A	A	A	
Proyecto enviado al Comité Institucional de Ética		D	D		M	M		A	A	A	A	
OBSERVACIONES												

ÍNDICE DE CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	9
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
2. MARCO TEÓRICO	13
2.1 AUDITORÍA	13
2.1.1 DEFINICIONES DE AUDITORÍA	14
2.1.2 PROPÓSITOS DE LA AUDITORÍA	16
2.1.3 CLASIFICACIÓN DE LA AUDITORÍA	16
2.1.4 ETAPAS DE LA AUDITORÍA	19
2.2 LA FACTURA	21
2.3 PROCESO ADMINISTRATIVO Y CONTABLE DE FACTURACIÓN	21
2.3.1 Proceso de facturación en el servicio de hospitalización de la E.S.E. José David Padilla Villafañe	23
2.3.2 Insumos y productos del proceso de facturación	29
2.4 DEVOLUCIÓN DE LAS FACTURAS	30
2.5 NORMATIVIDAD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ESTABLECIDAS PARA EL PROCESO DE FACTURACIÓN	33
2.6 MANUALES ESTABLECIDOS PARA LA FACTURACIÓN	35
3. HIPÓTESIS	36
4. OBJETIVOS	36
4.1 OBJETIVO GENERAL	36
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
5. DISEÑO METODOLÓGICO	37

	Pág.
5.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	38
5.2 TIPO DE ESTUDIO	39
5.3 POBLACIÓN DE REFERENCIA	46
5.4 VARIABLES PRELIMINARES	
5.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	46
5.5.1 Fuentes de recolección de la información	64
5.5.2 Recolección de datos	65
5.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	
DIAGRAMA DE CAUSA Y EFECTO	
6. CONCLUSIONES	
7. RECOMENDACIONES	
8. BIBLIOGRAFÍA	

36

37

37

37

38

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA No. 1: Proceso de facturación en el servicio de hospitalización de la E.S.E. José David Padilla Villafañe del municipio de Aguachica (Cesar)	25
TABLA No. 2: Facturas generadas en la E.S.E. José David Padilla Villafañe del municipio de Aguachica (Cesar)	38
TABLA No. 3: Facturas generadas en el servicio de hospitalización de la E.S.E. José David Padilla Villafañe del municipio de Aguachica (Cesar)	39
TABLA No. 4: Total de facturas devueltas por las diferentes entidades responsables del pago	40
TABLA No. 5: Fallas identificadas en el proceso de facturación del servicio de hospitalización de la E.S.E. José David Padilla Villafañe del municipio de Aguachica (Cesar)	51
TABLA No. 6: Plan de Mejoramiento al proceso de facturación del servicio de hospitalización de la E.S.E. José David Padilla Villafañe del municipio de Aguachica (Cesar)	58

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO No. 1: Proceso de facturación en el servicio de hospitalización de la E.S.E. José David Padilla Villafañe del municipio de Aguachica (Cesar).	27
GRÁFICO No. 2: Facturas generadas en la E.S.E. José David Padilla Villafañe, primer semestre de 2009.	39
GRÁFICO No. 3: Facturas generadas en el Servicio de Hospitalización de la E.S.E. José David padilla Villafañe, en el primer semestre de 2009.	39
GRÁFICO No. 4: Total de facturas devueltas en el servicio de hospitalización en el primer semestre de 2009.	45

RESUMEN

TÍTULO: Auditoría al proceso de facturación del servicio de hospitalización de la E.S.E. José David Padilla Villafañe, del municipio de Aguachica (Cesar), en el primer semestre de 2009.

AUTORES: Maylín Tatiana González García, Paola Fernanda Granados Carvajal, Vianey Etsledy Ariza Hernández

PALABRAS CLAVES: Auditoría, Facturación, Devolución, Hospitalización.

En el servicio de hospitalización de la E.S.E. José David Padilla Villafañe del municipio de Aguachica (Cesar), se están presentando constantemente devoluciones que generan un desequilibrio económico en la entidad. El presente estudio pretende auditar el servicio de facturación en el servicio de Hospitalización con el fin de identificar las fallas que están generando la devolución de las facturas por las diferentes Entidades Responsables del Pago (E.R.P.) que tienen contrato vigente con la E.S.E. Se realizó un estudio Descriptivo Retrospectivo. A través de informes internos se logró identificar el número de facturas devueltas en el primer semestre de 2009. De un total de 7.392 facturas generadas en el servicio de hospitalización, 326 son devueltas. Para el análisis se utilizó el diagrama de causa y efecto del Método de Análisis y solución de Problemas (MASP). Se identificaron las fallas en el proceso de facturación que generaban facturas erróneas y por consiguiente la devolución de las mismas por las diferentes Entidades Responsables del Pago. Además, se realizó el plan de mejoramiento teniendo en cuenta las fallas identificadas. Al terminar el proyecto de investigación se concluye que se deben realizar algunas mejoras en el proceso de facturación para que de ésta manera no se sigan presentando devolución de las facturas.

INTRODUCCIÓN

La Empresa Social del Estado (E.S.E.) José David Padilla Villafañe es una Institución Prestadora de Servicios en Salud, creada mediante Ordenanza No. 050 proferida por la Asamblea Departamental del Cesar el día 10 de diciembre de 1994 y la Ordenanza No. 025 del 27 de mayo de 1995, donde se establece que su naturaleza jurídica corresponde a una institución con categoría Especial de Entidad pública, descentralizada del orden departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Se encuentra ubicada en el municipio de Aguachica (Cesar) en donde presta los servicios de Medicina especializada de Ginecología, Anestesiología, Ortopedia, Pediatría, Cirugía General, Oftalmología, Psiquiatría, Fonoaudiología, Terapia Física, Terapia Respiratoria, Terapia del Lenguaje, Terapia Ocupacional, Banco de Sangre, Laboratorio Clínico, Nutrición, Ayudas Diagnósticas, Cirugías, Urgencias, Hospitalización, Consulta Externa, Unidad de Cuidados Intermedios, Transporte Asistencial Básico y Medicalizado.

El área de influencia de la Institución incluye la prestación de servicios de salud a los habitantes de los municipios del sur del Departamento del Cesar, como son, Tamalameque, Pailitas, La Gloria, Pelaya, Gamarra, San Alberto, San Martín, Río de Oro y González; y para el sur del Bolívar incluye los municipios de Simití, Morales, Río Viejo, Regidor, Arenal, Norosí y Santa Rosa del sur. A partir del mes de Febrero de 2010, se está prestando los servicios de medicina especializada de urología y a partir del mes de Mayo de 2010 se cuenta con los servicios en la especialidad de Gastroenterología. Pasando a ofertar un total de 12 especialidades.

El proceso de auditoría tiene gran importancia para las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.) y Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) por cuanto es la herramienta fundamental que les permite medir la eficacia y eficiencia con la que se administra los recursos, y así descubrir las fallas en las estructuras o debilidades existentes en la organización.

Según la ley 100 de 1993 las empresas sociales del estado se caracterizan por ser entidades con autonomía administrativa y patrimonio propio, por lo cual deben celebrar contratos para la prestación de los servicios en salud con las diferentes Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (E.A.P.B), viéndose en la necesidad de estructurar un proceso de facturación de todos los servicios prestados para poder percibir los recursos económicos que garanticen su autosostenibilidad en el tiempo.

En el Hospital Regional José David Padilla Villafañe se presentan fallas constantes en el proceso de facturación ocasionando devoluciones de las facturas por parte de las E.A.P.B, en consecuencia se hace necesario la utilización de la auditoria para determinar las causas, y de esta manera poder corregirlas y lograr obtener los ingresos necesarios para el funcionamiento de la empresa y además poder ofrecer un servicio con calidad a los usuarios evidenciado en un alto nivel de satisfacción de sus expectativas.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El Gobierno Nacional a través de la ley 100 de 1993, da origen a las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.), constituyéndola en una categoría especial, de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, las instituciones prestadoras de salud deben perdurar y mantenerse económicamente por ellas mismas, tramitando contratos para la prestación de servicios de salud con las diferentes Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (E.A.P.B.), por lo tanto se ve en la necesidad de facturar todos los servicios prestados con el fin de recibir recursos económicos para su sostenimiento en el tiempo.

En el servicio de Hospitalización del Hospital Regional José David Padilla Villafañe E.S.E. del municipio de Aguachica (Cesar), se están presentando constantemente devoluciones de las facturas por las diferentes Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, el cual perjudica a la entidad en la parte del equilibrio económico del hospital.

Expuesto lo anterior, es necesario que los procesos asistenciales y administrativos se corrijan antes de cobrar el servicio (Auditoría concurrente) con el fin de disminuir gran porcentaje de las causas que conllevan a las devoluciones de las facturas y de esta manera mejorar el flujo de efectivo de la entidad.

El alcance de esta investigación aplica exclusivamente al servicio de hospitalización del Hospital Regional José David Padilla Villafañe E.S.E. del municipio de Aguachica (Cesar)

1.2 JUSTIFICACIÓN

En el momento en que el Hospital Regional José David Padilla Villafañe E.S.E. del municipio de Aguachica (Cesar), se convirtió en Empresa Social del Estado, adquiere autonomía política y financiera, por ende se requiere que la institución perfeccione el proceso de facturación del servicio de Hospitalización, con el fin de obtener los recursos económicos necesarios que le permita ser autosuficiente, para cumplir con los compromisos adquiridos y así mismo generar utilidades que conlleven a ser una empresa solida en el mercado, garantizando la calidad en la prestación del servicio a todos sus usuarios.

Para la institución es de vital importancia encontrar las causas asociadas a las fallas en el proceso de facturación, puesto que de ésta manera se podrán corregir y lograr obtener los ingresos necesarios para el funcionamiento de la misma, y de igual manera prestar un servicio con calidad a los usuarios, cumpliendo sus expectativas y generar satisfacción.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Se están presentando fallas en el proceso de facturación del servicio de Hospitalización en el Hospital Regional José David Padilla Villafañe E.S.E. del municipio de Aguachica (Cesar)?

2. MARCO TEÓRICO

2.1 AUDITORÍA

El término auditoría deriva del latín “*audire*” (oír), de cuyo sustantivo “*auditum*” deriva no solo audición sino también auditor.

La Auditoría se origina en Inglaterra aproximadamente en el siglo XVI por la necesidad que tenían las familias pudientes de recurrir a la revisoría para asegurarse que no les hicieran fraude en la administración de los bienes.

En las instituciones públicas del Reino Unido se exigía el requisito de “*Ejecución de Auditorías*”, establecida en la ley nacional “*Ley de Empresas*”.

En el siglo XIX, la ausencia de control en las empresas norteamericanas conlleva a la implementación de diversos tipos de auditorías, desde las auditorías de balance general hasta el análisis avanzado de todas las cuentas de la empresa.

En América se originó gracias a que los norteamericanos adoptaron el modelo británico de informe de auditoría igualmente que los procedimientos de análisis

La auditoría médica se inició en Estado Unidos a principios del siglo XX, en 1910, gracias al Doctor Abraham Flexner el cual reportó la insuficiente capacitación de cirujanos en 165 facultades de medicina existentes y en 1916 se implementó la inspección de los Hospitales en Estados Unidos y Canadá, en el cual se reportaron fallas graves en cuanto organización, disciplina y supervisión dentro del área médica.

Debido a las deficiencias, en 1984, se origina el programa de normalización hospitalaria con el propósito de realizar *Auditoría de atención profesional* a través

del método de análisis de casos individuales, el cual consistía cinco aspectos básicos:

1. Organización del proceso médico.
2. Idoneidad del proceso médico.
3. Normas y directrices que rigen el trabajo del profesional.
4. Registros.
5. Instalaciones de procedimientos y tratamientos.

En Colombia, es nueva la Auditoría Médica como elemento de control de calidad y tiene su origen en los problemas jurídicos que tuvo que enfrentar el Instituto de Seguros Sociales (ISS) y las entidades del sector salud en general.

Al revisar la normatividad en salud de los últimos 20 años, solo se habla de Auditoría Médica en el Decreto 1570 de 1993, artículo 27, donde se establece la obligatoriedad para las empresas de Medicina Prepagada de tener auditoría médica.

La Ley 100 de 1993 en su título IV, establece tanto para las IPS como para las EAPB la auditoría como elemento fundamental del Sistema de Garantía de Calidad.

2.1.1 DEFINICIONES DE AUDITORÍA:

- ✓ «La auditoría abarca la revisión, intervención o examen de las ventas contables y la verificación continua o periódica de los activos, pasivos, capital, ingresos y gastos declarados de una empresa u otro tipo de organización».
- ✓ «Es un proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con informes sobre actividades económicas y otros acontecimientos relacionados, cuyo fin consiste en determinar el grado de correspondencia del contenido informativo con las evidencias que le dieron origen, así como establecer si dichos informes se han elaborado observando los principios establecidos para el caso».

- ✓ «La auditoría es la recopilación, acumulación y evaluación de la evidencia sobre la información de una entidad para determinar e informar el grado de cumplimiento entre la información y los criterios establecidos».
- ✓ «La auditoría se puede definir como el examen independiente y la expresión de una opinión sobre los estados financieros de una empresa realizado por un profesional –El Auditor– encargado para desempeñar tales funciones».
- ✓ «La auditoría médica es la evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes, mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas y las estadísticas hospitalarias».
- ✓ «La auditoría médica es la aproximación sistemática de la revisión en la atención médica para identificar oportunidades de mejoramiento y proveer un mecanismo para realizarla. La auditoría clínica y auditoría médica son usadas de igual manera pero la auditoría clínica cubre todo los aspectos de la atención clínica, mientras que la auditoría médica se relaciona con la práctica médica».

La Auditoría constituye una herramienta de control y supervisión que contribuye a la creación de una cultura de la disciplina de la organización y permite descubrir fallas en las estructuras o vulnerabilidades existentes en la organización. La Auditoría juega un papel fundamental en el mantenimiento de estas empresas que se necesitan, por cuanto implica el control de los recursos de los cuales ella dispone, a su vez la calidad de las Auditorías es uno de los temas más importantes a perfeccionar en esta rama, pues de esto depende la confiabilidad de los estados de control de nuestras empresas. Es un proceso sistemático, esto quiere decir que en toda Auditoría debe existir un conjunto de procedimientos lógicos y organizados que el auditor debe cumplir para la recopilación de la información que necesita para emitir su opinión final. Sin embargo cabe destacar que estos procedimientos varían de acuerdo a las características que reúna cada empresa, pero esto no significa, que el auditor no deba dar cumplimiento a los estándares generales establecidos por la profesión.

La evidencia que debe obtener el auditor consiste en una amplia gama de información y datos que lo puedan ayudar a elaborar su informe final. Esta definición no es estricta en cuanto a la naturaleza de la evidencia que se ha revisado, más bien nos indica que el auditor debe usar su criterio profesional para saber cual de toda la evidencia que posee es la apropiada para el trabajo que está ejecutando, él debe considerar cualquier elemento o dato que le permita realizar una evaluación objetiva y expresar un dictamen profesional. Los informes a los cuales hace mención la definición, no solo se refiere a las actividades económicas, es decir, informes financieros de la empresa, sino que también al ser una definición general se puede aplicar criterio profesional para poder relacionarlo con otras actividades de interés personal.

2.1.2 PROPÓSITO DE LA AUDITORÍA:

Los propósitos de la auditoría permiten a las instituciones:

- Verificar e implementar controles adecuados.
- Identificar puntos críticos.
- Evaluar la capacitación del personal.
- Detectar y prevenir las posibles fallas.
- Fomentar el autocontrol.
- Mejorar los procesos de producción de servicios.
- Mejorar los procesos administrativos.
- Asesorar en la toma de decisiones.
- Minimizar los costos.
- Optimizar los resultados.

2.1.3 CLASIFICACIÓN DE AUDITORÍA

Auditoría Interna

Es realizada por la persona que trabaja dentro de la institución que permite llevar a cabo el examen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados de una entidad pública o áreas de la entidad

independiente, a fin de determinar si los recursos se han utilizado con la debida consideración por su economía, eficiencia, eficacia y transparencia; si se han observado las normas internas y externas que les sean aplicables , permiten revelar los aspectos más importantes de la gestión y los resultados obtenidos, satisfaciendo a los diferentes grupos de interés.

Su objetivo es emitir juicios fundados a partir de evidencias sobre el grado de cumplimiento de los objetivos, los planes, los programas y los proyectos así como sobre irregularidades o errores presentados en la operación de la entidad, apoyando a la dirección en la toma de decisiones necesaria a corregir las desviaciones, sugiriendo las acciones de mejoramiento correspondientes.

La auditoría Interna deberá tener alcance en cuatro aspectos básicos de evaluación a la administración pública: Cumplimiento, Soporte organizacional, Gestión y Resultados.

Auditoría Externa

La realiza personal externo a la institución, encargada de examinar y evaluar cualquiera de los sistemas de información de una organización y emite una opinión independiente sobre los mismos, pero las empresas generalmente requieren de la evaluación de su sistema de información en forma independiente para otorgarle validez ante los usuarios del producto de este, lo cual como se observa no es totalmente equivalente, puesto que puede existir Auditoría Externa del Sistema de Información Tributario, Auditoría Externa del Sistema de Información Administrativo, Auditoría Externa del Sistema de Información Automático.

La Auditoría Externa o Independiente tiene por objeto averiguar la razonabilidad, integridad y autenticidad de los estados, expedientes y documentos y toda aquella información producida por los sistemas de la organización.

Diferencias entre Auditoría Interna y Externa:

Existen diferencias substanciales entre la Auditoría Interna y la Auditoría Externa, algunas de las cuales se pueden detallar así:

- En la Auditoría Interna existe un vínculo laboral entre el auditor y la empresa, mientras que en la Auditoría Externa la relación es de tipo civil.
- En la Auditoría Interna el diagnóstico del auditor, está destinado para la empresa; en el caso de la Auditoría Externa este dictamen se destina generalmente para terceras personas o sea ajena a la empresa.
- La Auditoría Interna está inhabilitada para dar Fe Pública, debido a su vinculación contractual laboral, mientras la Auditoría Externa tiene la facultad legal de dar Fe Pública.

Auditoría Administrativa:

La auditoría administrativa abarca una revisión de los objetivos, planes y programas de la empresa; su estructura orgánica y funciones; sus sistemas, procedimientos y controles; el personal y las instalaciones de la empresa y el medio en que se desarrolla, en función de la eficiencia de operación y el ahorro en los costos. La auditoría administrativa puede ser llevada a cabo por el licenciado en administración de empresas y otros profesionales capacitados, incluyendo al contador público adiestrado en disciplinas administrativas o respaldadas por otros especialistas.

Auditoría Operativa

Es el examen crítico, sistemático e imparcial de la administración de una entidad, para determinar la eficacia con que logra los objetivos pre-establecidos y la eficiencia y economía con que se utiliza y obtiene los recursos, con el objeto de sugerir las recomendaciones que mejoraran la gestión en el futuro.

Auditoría Financiera

Es un proceso cuyo resultado final es la emisión de un informe, en el que el auditor da a conocer su opinión sobre la situación financiera de la empresa, este proceso solo es posible llevarlo a cabo a través de un elemento llamado evidencia de auditoría, ya que el auditor hace su trabajo posterior a las operaciones de la empresa.

Auditoría Contable

La auditoría contable tiene como objeto averiguar la exactitud, integridad y autenticidad de los estados financieros, expedientes y demás documentos administrativo-contables presentados por la dirección, así como las mejoras que procedan.

Auditoría Social

Un proceso por el cual se contabiliza y analiza la acción social de una unidad territorial, se da cuentas de la misma y en función de los resultados obtenidos mejora su acción.

2.1.4 ETAPAS DE LA AUDITORIA

A. Exploración:

La exploración es la etapa en la cual se realiza el estudio o examen previo al inicio de la Auditoría con el propósito de conocer en detalle las características de la entidad a auditar para tener los elementos necesarios que permitan un adecuado planeamiento del trabajo a realizar y dirigirlo hacia las cuestiones que resulten de mayor interés de acuerdo con los objetivos previstos.

B. Planteamiento:

El trabajo fundamental en esta etapa es el definir la estrategia que se debe seguir en la Auditoría a realizar. Partiendo de los objetivos y alcance previstos para la Auditoría y considerando toda la información obtenida y conocimientos adquiridos sobre la entidad en la etapa de exploración, el jefe de grupo procede a planear las tareas a desarrollar y comprobaciones necesarias para alcanzar los objetivos de la Auditoría.

C. Supervisión:

El propósito esencial de la supervisión es asegurar el cumplimiento de los objetivos de la Auditoría y la calidad razonable del trabajo. Una supervisión y un control adecuados de la Auditoría son necesarios en todos los casos y en todas las etapas del trabajo, desde la exploración hasta la emisión del informe y su análisis con los factores de la entidad auditada. Asimismo, debe garantizar el cumplimiento de las

Normas de Auditoría y que el informe final refleje correctamente los resultados de las comprobaciones, verificaciones e investigaciones realizadas.

D. Ejecución:

El propósito fundamental de esta etapa es recopilar las pruebas que sustenten las opiniones del auditor en cuanto al trabajo realizado, es la fase, por decir de alguna manera, del trabajo de campo, esta depende grandemente del grado de profundidad con que se hayan realizado las dos etapas anteriores, en esta se elaboran los Papeles de Trabajo y las hojas de nota, instrumentos que respaldan excepcionalmente la opinión del auditor actuante.

E. Informe:

En esta etapa el Auditor se dedica a formalizar en un documento los resultados a los cuales llegaron los auditores en la Auditoría ejecutada y demás verificaciones vinculadas con el trabajo realizado.

El informe de Auditoría debe cumplir con los principios siguientes:

- Que se emita por el jefe de grupo de los auditores actuantes.
- Por escrito.
- Oportuno.
- Que sea completo, exacto, objetivo y convincente, de igual manera concisa y fácil de entender.
- Que todo lo que se consigna esté reflejado en los papeles de trabajo y que respondan a hallazgos relevantes con evidencias suficientes y competentes.
- Que refleje una actitud independiente.
- Que muestre la calificación según la evaluación de los resultados de la auditoría.
- Distribución rápida y adecuada.

F. Seguimiento:

La etapa de seguimiento se realiza con la auditoría de tipo recurrente, pasado un tiempo aproximado de seis meses o un año, con el propósito de comprobar el verdadero cumplimiento de las deficiencias detectadas en la auditoría anterior.

2.2 LA FACTURA

Es un documento o cuenta de cobro o compra y venta de un producto que se presta a un usuario dentro de la institución, por causa del consumo y demás bienes y servicios inherentes al desarrollo del contrato de prestación de servicio. En consecuencia la institución debe utilizar la facturación para cobrar los consumos del servicio que haya usted efectuado y los demás servicios inherentes según lo pactado en el contrato y usted está obligado a pagar por dicho concepto.

Primero debemos exponer la realidad, los profesionales de la salud construyen la Historia Clínica con un solo objetivo, brindar la mejor atención al paciente. En el cumplimiento de ese objetivo registran los datos relevantes, pero no registran cosas evidentes que realizan constantemente.

La Historia Clínica no es de por sí suficiente para crear la factura, pues el médico no coloca todos los elementos facturables, sino solamente aquellos que hacen a su objetivo primario, cuidar al paciente.

El facturador tiene a la vista la Historia Clínica y a su vez tiene los nomencladores que le permiten ir agregando prácticas para tener un detalle apto para luego valorizar y crear la factura propiamente dicha.

La base de una correcta facturación es la configuración de los convenios. Los convenios son la representación de las cláusulas contractuales entre el prestador y el financiador.

2.3 PROCESO ADMINISTRATIVO Y CONTABLE DE FACTURACIÓN

El proceso de facturación se define como el conjunto de actividades que permiten liquidar y cuantificar la prestación de servicios de salud que conlleva la atención del usuario.

Además, toda IPS pública debe facturar y para ello se hace necesario organizar y estructurar dependencias de Facturación adecuadas que permitan registrar y liquidar los servicios de salud prestados a todos los usuarios y generar un documento soporte para el cobro y recaudo posterior.

El principal objetivo del proceso es facturar el total de las actividades, procedimientos e intervenciones prestados a los usuarios atendidos de acuerdo con un Manual de Procedimientos y tarifas establecidos en las relaciones contractuales por la Institución. Además producir información para toma de decisiones tanto para el nivel gerencial como operativo de la empresa.

- De igual manera lo que se quiere lograr con el proceso de facturación es:
 - Colaborar en el desarrollo e implementación del nuevo esquema de Seguridad Social en Salud.
- Garantizar a sus clientes, tanto internos como externos, información oportuna y veraz sobre los servicios prestados a un usuario y los costos de la atención.
- Dotar de herramientas efectivas que permitan dar a conocer la realidad económica del Sistema y orientar a los gerentes en la toma de decisiones oportunas y acertadas.
- Retroalimentar con información a las diferentes dependencias que participan en el proceso de facturación en la Institución.
- Diseñar e implementar los instrumentos básicos para la captura de información de los diferentes servicios, suficiente para permitir la elaboración de una factura, producto de la atención brindada.
- Dar herramientas que permitan crear mecanismos de control en las diferentes etapas del proceso de prestación de servicios y cruces de información con las demás dependencias de la Institución.
- Efectuar el análisis de la participación y colaboración de cada una de las áreas dentro del proceso de facturación.
- Suministrar información estadística y contable como documentos de análisis y soporte de las áreas financieras y asistencial, lo cual apoyará la toma de decisiones de la alta gerencia.

- La cuantificación y participación de las Unidades de Producción en los ingresos de la Institución por venta de servicios.
- Colaborar en la determinación del estado de cartera por servicios prestados a la dependencia de Cartera.
- Liquidar los servicios prestados y generar facturas.

2.3.1 PROCESO DE FACTURACIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA E.S.E. JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFañE:

1. El personal de facturación verifica el asegurador al ser hospitalizado el paciente en la oficina de facturación y admisiones para que alguien (persona y/o institución) responda por la cuenta a través de la revisión de documentos que evidencien la cobertura (carnets de afiliación, pólizas, etc. Y documentos de identidad).
2. En la oficina de admisiones y facturación, al ser identificado el pagador, el personal verifica la autorización con el fin de prestarle los servicios a que tiene derecho.
3. En la oficina de autorizaciones, antes de iniciar tratamientos quirúrgicos, excepto casos críticos antes de 24 horas hábiles de hospitalizado, se obtiene la autorización del servicio mediante la comunicación directa con el asegurador para que los pacientes que no presenten urgencias vitales adquieran dicha autorización.
4. Los profesionales según la necesidad del paciente y bajo dirección del médico tratante, prestan sus servicios de salud requeridos.
5. Frecuentemente se registran los servicios prestados incluyendo censo diario por parte del personal asistencial (laboratorio, imágenes diagnósticas, profesional de farmacia, etc.), según procedimiento establecido por sistema de información de gestión.

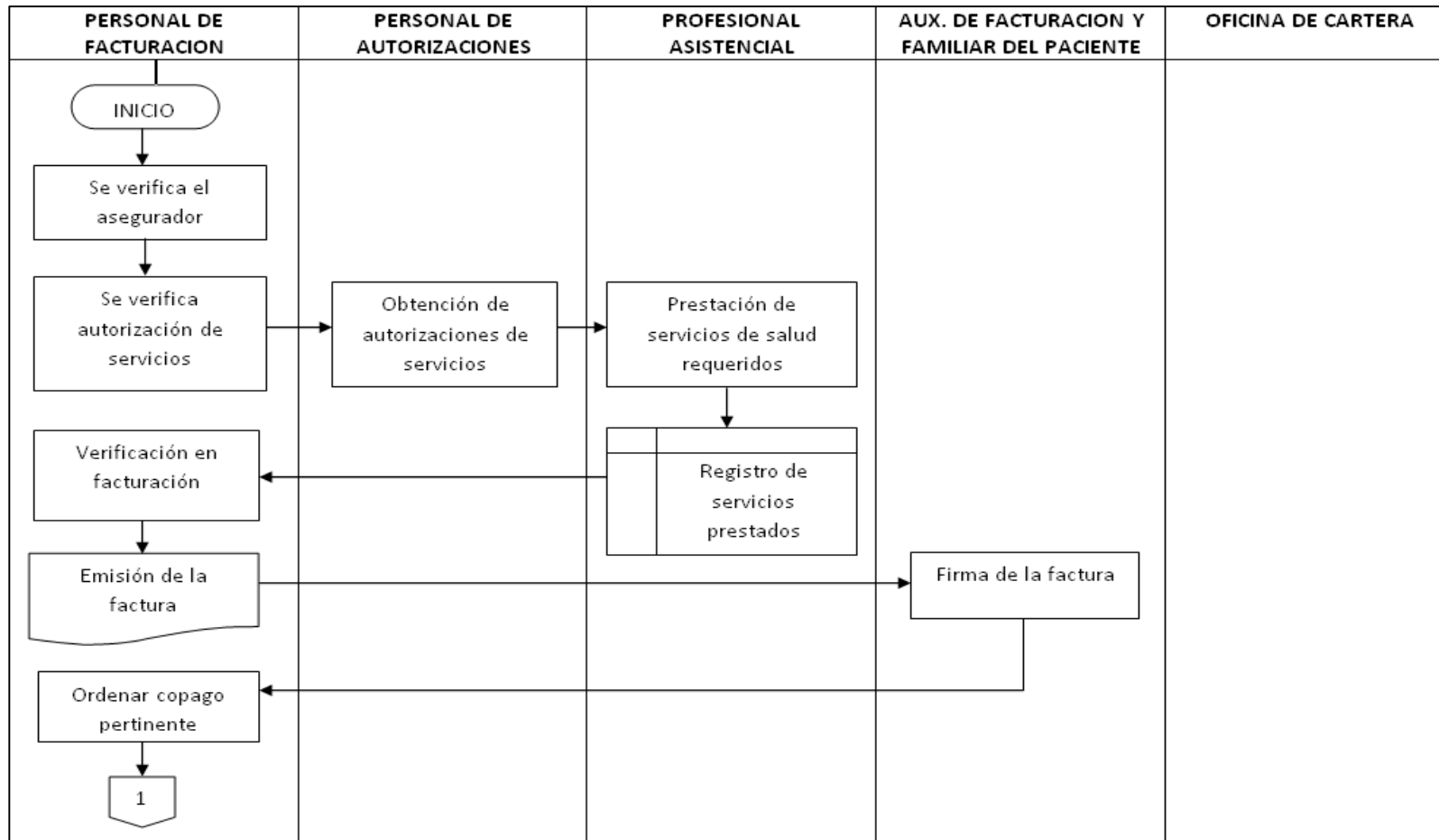
6. El personal de facturación, cuando el paciente es dado de alta y termina la atención se verifica y complementa el registro de los servicios prestados en el sistema.
7. El personal de facturación emite la factura una vez registrado en el sistema y verificado los servicios prestado al usuario para hacer enviados con los soportes al pagador.
8. Al ser emitida la factura, el auxiliar de facturación y familiar o acompañante, firman la factura para quedar soporte de los servicios prestados al paciente.
9. Al terminar de registrar los servicios prestados, el personal determina la cuantía del copago para que los familiares del paciente contribuyan al valor pertinente de la factura para la liquidación según normatividad.
10. La oficina de cartera envía la factura antes de 10 días de cada mes, con los soportes al asegurador.

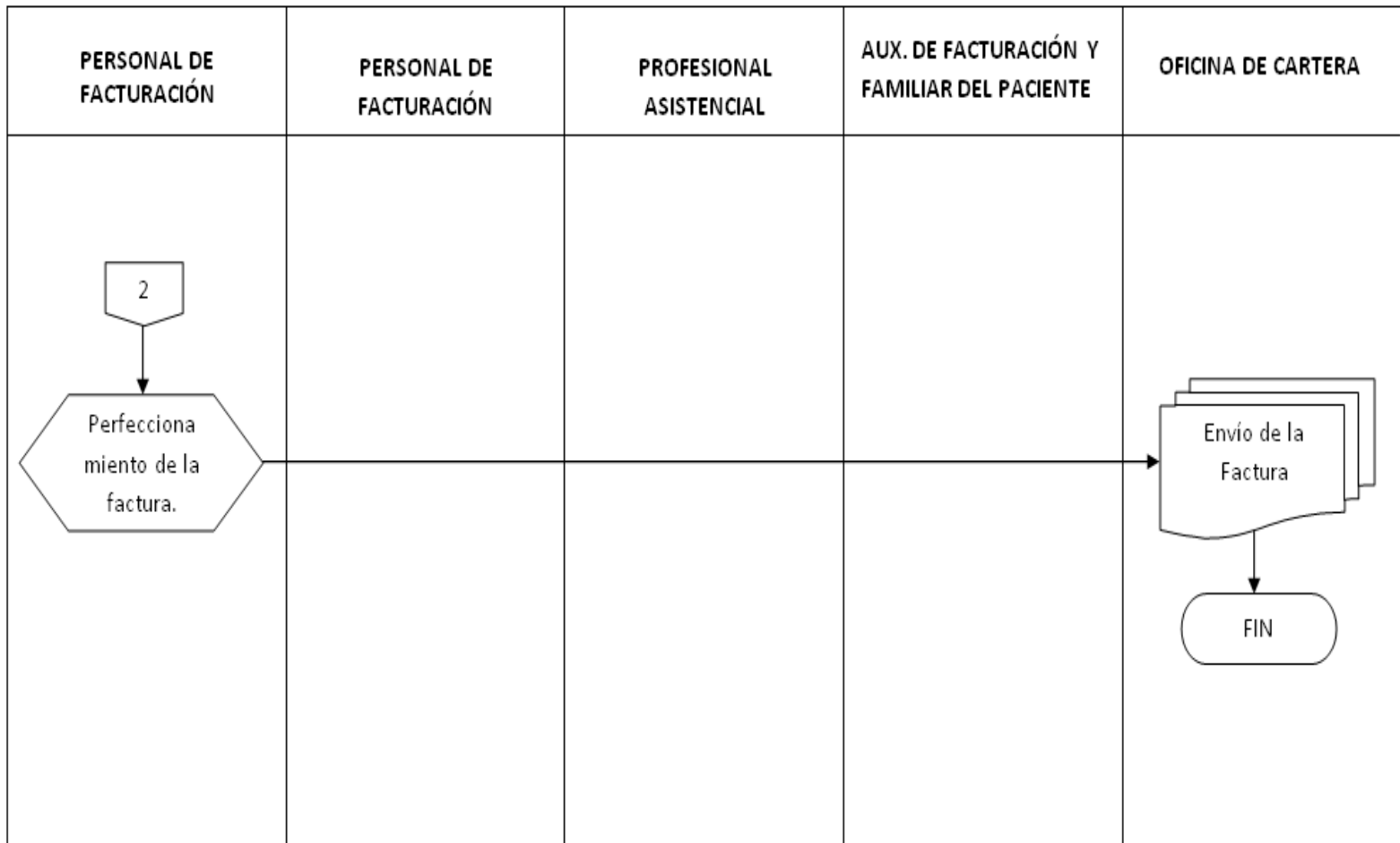
TABLA No. 1: Proceso de facturación en el servicio de hospitalización de la E.S.E José David Padilla Villafañe del municipio de Aguachica (Cesar).

No.	QUÉ	QUIÉN	CUANDO	DONDE	PARA QUÉ	CÓMO
1	Se verifica el asegurador	Personal de facturación	Al ser hospitalizado el paciente	Oficina de facturación. Oficina de admisiones	Para que alguien (persona o institución responda por la cuenta).	Revisando documentos que evidencian la cobertura (carnets de afiliación, pólizas etc., y documentos de identidad).
2	Se verifica la autorización de los servicios	Personal de facturación	Una vez identificado el pagador	Oficina de facturación. Oficina de admisiones	Para disponer de autorizaciones de servicios para cumplir el proceso de facturación.	Inspección de autorizaciones disponibles en la Historia Clínica
3	Obtención de autorizaciones de servicios	Personal de autorizaciones	Antes de iniciar tratamientos quirúrgicos, excepto casos críticos, antes de 24 horas de hospitalizado.	Oficina de autorizaciones	Para que los pacientes que no presente urgencia vital adquieran la autorización del servicio	Comunicación directa con asegurador del paciente y autorización en formato del asegurador vía fax u original traída por los familiares
4	Prestación de servicios de salud requeridos	Profesionales según necesidad del paciente y bajo dirección del tratante	Según la necesidad del paciente	Según la necesidad del paciente	Para la atención del paciente	Según el conocimiento universal de la profesión
5	Registro de servicios prestados	Personal asistencial de hospitalización	A diario se registran los servicios prestados incluyen censo diario	Laboratorio, imágenes. Profesionales farmacia y facturación	Para registrar los servicios cuando se prestan ya que son la base de la factura	Según procedimiento establecido por sistema de información de gestión

PROCESO DE FACTURACIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA E.S.E JOSÉ DAVID PADILLA VILLAGAÑA DEL MUNICIPIO DE AGUACHICA (CESAR)						
No.	QUÉ	QUIÉN	CUANDO	DONDE	PARA QUÉ	CÓMO
6	Verificación en facturación	Personal de facturación	En el momento de terminar la atención	Oficina de facturación	Para asegurar el registro completo de todos los servicios prestados al usuario	Cuando el paciente es dado de alta y termina la atención, se verifica y complementa el registro de los servicios prestados en el sistema
7	Emisión de la factura	Personal de facturación	Una vez registrado en el sistema y verificado los servicios prestado al usuario	Personal de facturación	Para ser enviada con los soportes al pagador	Impresión según procedimiento establecido en el sistema de gestión de información
8	Firma de la factura	Auxiliar de facturación y familiar y/o acompañante del paciente	Al ser emitida la factura	Oficina de facturación	Para quedar soporte de los servicios prestados al paciente	Firma física de la factura
9	Ordenar copago pertinente	Personal de facturación	Al terminar de registrar servicios prestados	Oficina de facturación	Se determina la cuantía del copago para que los familiares del paciente contribuyan el valor pertinente de la factura	Para liquidar a los pacientes según normatividad que deben pagar copagos de acuerdo a servicios prestados
10	Envío de la factura	Oficina de cartera	Antes de los 10 días de cada mes	Oficina de cartera	Para enviar la factura son sus soportes al asegurador	Paquete mensual de servicios prestados en el mes anterior con relación de facturas

GRÁFICO No. 1: Proceso de facturación en el servicio de hospitalización de la E.S.E. José David Padilla Villafañe del municipio de Aguachica (Cesar).





2.3.2 INSUMOS Y PRODUCTOS DEL PROCESO DE FACTURACIÓN

Entradas

- Un contrato o convenio y un manual de tarifas, los cuales sirven de base para facturar los servicios prestados a un paciente. Varios contratos pueden utilizar un mismo manual de tarifas o más (Manuales del SOAT y del ISS).
- Soportes o documentos que deben llegar del área de admisiones del hospital, donde indiquen los ingresos (hoja de admisión) de los pacientes, los traslados de camas y pabellones y, los egresos (salidas) de los mismos.
- Otros soportes o documentos de apoyo que envían los distintos servicios médicos del hospital en que informan los procedimientos, exámenes y suministros que fueron realizados o aplicados a un paciente. (Registro individual de atención – RIA).

Salidas

- La principal salida de un área de facturación es la factura individual por paciente por concepto de servicios prestados al mismo. Esta debe cumplir estrictamente los requisitos legales y contractuales en cuanto a presentación, soportes, fechas, liquidación y formatos, entre otros.
- También un hospital requiere internamente información que se genera en facturación y que debe ser distribuida bajo unos requisitos precisos. Esta información está compuesta de reportes a la gerencia, a las áreas administrativas y a las áreas médicas.

Los usuarios que realizan pagos en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS son:

- ✓ Los vinculados que pagan las cuotas de recuperación definidas de acuerdo con el proceso de estratificación y negociación, determinados al interior de cada institución.
- ✓ Los particulares que pagan la totalidad de los servicios recibidos.

- ✓ Los afiliados al régimen contributivo que cancelan las cuotas moderadoras y copagos, cuando en el contrato celebrado entre IPS y EPS, ha quedado establecido su recaudo por parte de la IPS.
- ✓ Los afiliados al régimen subsidiado que cancelan los copagos de acuerdo al nivel socioeconómico en el cual está clasificado el usuario en las EPS, cuando en el contrato celebrado con la IPS, ha quedado establecido su recaudo por parte de ésta.

Los usuarios que no realizan pagos en la IPS por la atención en Salud son los siguientes:

- ✓ Población víctima de accidentes de tránsito.
- ✓ Población víctima de eventos catastróficos y terroristas.
- ✓ Población que recibe los servicios del Plan de atención básica – PAB.
- ✓ Población usuaria de servicios de atención inicial de urgencias.
- ✓ Población de mujeres en embarazo, de niños menores de un año, indígena e indigente, cualquiera que fuese su tipo de vinculación al Sistema de Seguridad Social en Salud.

2.4 DEVOLUCIÓN DE FACTURAS:

Según la Resolución 3047 de 2008, es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura.

Las causales de devolución son taxativas y se refieren a:

- A.** Usuario o servicios corresponde a otro plan o responsable. Aplica cuando:
- La factura corresponde a un usuario que pertenece a otra entidad responsable del pago
 - La factura corresponde a un usuario o servicio que pertenece a otro plan de la misma entidad responsable del pago
 - La factura corresponde a un servicio que debe ser pagado por otra entidad responsable del pago

Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.

B. Usuario retirado o moroso. Aplica cuando:

- La factura corresponde a un usuario que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la entidad responsable del pago o se encuentra moroso en el pago.

Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.

C. Autorización principal no existe o corresponde al prestador de servicios de salud. Aplica cuando:

- Se carece de autorización principal o ésta no corresponde al prestador de servicios.
- 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 y en tal caso no aplicará esta causa de devolución.

D. Falta de competencia para el pago.

E. Falta de resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma. Aplica cuando:

- No se anexa a la factura de internación o de urgencias con observación la epicrisis.
- Para el caso de facturas de atención de urgencias, cuando no se anexa la hoja de atención de urgencias
- Para el caso de facturas de atención odontológica, cuando no se anexa el odontograma.

Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.

F. Factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales. Aplica cuando:

➤ La factura o el documento equivalente a la factura no cumplen con alguno de los requisitos legales.

G. Servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado. Aplica cuando:

➤ La factura corresponda a servicios ya cancelados por la entidad responsable del pago.

H. El profesional que ordena no está adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo. Aplica cuando:

➤ El profesional que ordena el servicio no hace parte del cuerpo médico de la entidad responsable de pago. No aplica en caso de atención inicial de urgencias.

I. Falta soporte de justificación para el recobro por Comité Técnico Científico (CTC), tutelas, Accidente de trabajo y enfermedad profesional (ATEP). Aplica cuando:

➤ No se incluyen en la factura los soportes de justificación para recobros de comité técnico científico, tutelas o accidentes de trabajo o enfermedad profesional de conformidad con la normatividad vigente.

J. Informe de atención inicial de urgencias. Aplica cuando:

➤ La atención de urgencias no es informada a la entidad responsable del pago, en los términos definidos. No aplica en los casos que no sea posible identificar la entidad responsable de pago dentro de los términos establecidos, ni en aquellos casos en los que se formuló solicitud de autorización para prestación de servicios adicionales dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención inicial de urgencias. Se consideran informadas aquellas atenciones comunicadas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, en los términos establecidos en la presente resolución.

Las devoluciones no aplican en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal.

La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.

Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todo 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.

2.5 NORMATIVIDAD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ESTABLECIDAS PARA EL PROCESO DE FACTURACIÓN

Con soporte en la Constitución Política de Colombia y en la ley 100 de 1993, se determinan principios que son útiles para la creación de resoluciones, decretos y acuerdos que fijan actividades y procedimientos en el desarrollo del proceso de facturación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

A continuación se describe de manera específica las normas en las cuales se fundamenta la responsabilidad de las EAPBs para garantizar la prestación de los servicios de salud a sus afiliados y las relaciones de contratación y posterior facturación que se establecen con las IPS.

1. ESTATUTO TRIBUTARIO DECRETO 624 DE 1989 (marzo 30): Por el cual se expide el Estatuto Tributario de los impuestos administrados por la Dirección General de Impuesto Nacionales. Modificado por el Decreto Nacional 3258 de 2002 y las Leyes 383 de 1997, 488 de 1998 y 863 de 2003, Reglamentado parcialmente por los Decretos Nacionales: 422 de 1991; 847 , 1333 y 1960 de 1996; 3050 , 700 y 124 de 1997; 841 , 1514 y 220 de 1998; 558 , 1345 , 1737 y 2577 de 1999; 531 de 2000; 333 y 406 de 2001; 4400 de 2004.

2. RESOLUCIÓN 5261 DE 1994 (agosto 5): Por la cual se establece el Manual de Actividades, intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3. DECRETO 1165 DE 1996 (junio 28): Por el cual se reglamentan los artículos 437-2, 15, 616, 616-1, 616-2, 617, 618 y 618-2 del Estatuto Tributario.

4. DECRETO 723 DE 1997 (marzo 14): Por el cual se dictan disposiciones que regulan algunos aspectos de las relaciones entre las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud.

5. DECRETO 882 DE 1998 (mayo 13): Por el cual se fija el margen de solvencia que asegura la liquidez de las Entidades Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

6. DECRETO 46 DE 2000 (enero 19): Por el cual se adiciona el decreto número 882 de 1998, sobre margen de solvencia, se modifica el artículo 4o. del Decreto 723 de 1997, los artículos 2o. y 19 del Decreto 1804 de 1999 y se dictan otras disposiciones para garantizar la correcta aplicación y destino de los recursos del sistema de seguridad social en salud.

7. RESOLUCIÓN 3374 DE 2000 (diciembre 27): Por la cual 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.

8. CIRCULAR 025 DE 2000 (diciembre 27): Contiene las Instrucciones para el tratamiento administrativo y contable que deben dar a los procesos de facturación, costos, donaciones, y glosas, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS públicas.

9. DECRETO 1281 DE 2002 (junio 19): Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación de los servicios de salud a la población del país.

10. DECRETO 050 DE 2003 (enero 14): por el cual se adoptan unas medidas para optimizar el flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

11. DECRETO 3260 DE 2004 (septiembre 7): Por el cual se adoptan medidas para optimizar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

12. LEY 1122 DE 2007 (enero 9): Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

13. DECRETO 4747 DE 2007 (diciembre 7): Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones

14. RESOLUCIÓN 3047 DE 2008 (agosto 14): Por medio de la cual 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, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

15. ACUERDO 004 DE 2009 DE LA COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD (CRES) (septiembre 30): Por el cual se da cumplimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional.

16. ACUERDO 008 DE 2009. DE LA COMISIÓN EN REGULACIÓN EN SALUD (CRES). (Diciembre 29). Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado.

2.6 MANUALES ESTABLECIDOS PARA LA FACTURACIÓN

Los servicios médicos se facturan según los manuales vigentes con el fin de realizar el cobro pertinente a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios. Los manuales utilizados se definen en los contratos preestablecidos entre las Empresas sociales del Estado con cada pagador, los cuales son:

1. El Manual de Tarifas y procedimientos establecidos en el Decreto 2423 de 1996 y modificado por el decreto 887 de 2001. Manual del Seguro Obligatorio de Accidentes de Transacciones (SOAT).

2. Manual tarifario del Seguro Social (MANUAL ISS) establecido por el acuerdo 228 de 2000 (marzo 14). Por el cual se modifica y adiciona el Acuerdo N° 209 de 1999.

3. Manual tarifario del Seguro Social (MANUAL ISS) establecido por el acuerdo 256 de 2001 (diciembre 19).

4. Manual tarifario del Seguro Social (MANUAL ISS) establecido por el Acuerdo 312 de 2004 (febrero 24).

6. Manuales tarifarios particulares.

3. HIPÓTESIS

En el servicio de hospitalización de la E.S.E. José David Padilla Villafañe del municipio de Aguachica (Cesar), existen fallas en el proceso de facturación que conlleva a la devolución de las facturas enviadas a las diferentes Entidades Responsables del Pago.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Auditar el proceso de facturación del servicio de Hospitalización en el Hospital Regional José David Padilla Villafañe E.S.E. del municipio de Aguachica (Cesar) con el fin de identificar las fallas que están generando la devolución de las facturas por las diferentes Entidades Responsables del Pago (E.R.P.) que tienen contrato vigente con la ESE.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Clasificar las devoluciones y cuantificar las facturas devueltas en el servicio de hospitalización contratado por las Entidades administradoras de planes de Beneficios con el Hospital Regional José David Padilla Villafañe E.S.E.

- Identificar las debilidades y fortalezas del proceso facturación en el servicio de Hospitalización del Hospital Regional José David Padilla Villafañe E.S.E.
- Elaborar el plan de mejoramiento en el Hospital Regional José David Padilla Villafañe E.S.E, a partir de la auditoría realizada en el proceso de facturación del servicio de hospitalización.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1. ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizará a través de la observación del método científico, por el cual se logrará percibir tanto el número total y las causas de las facturas devueltas generadas en el servicio de hospitalización del Hospital Regional José David Padilla Villafañe E.S.E. del municipio de Aguachica (Cesar), en el primer semestre de 2009.

5.2. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio a realizar es Descriptivo Retrospectivo, el cual se utilizará para identificar el estado del proceso de facturación en el servicio de Hospitalización, con el objetivo de determinar las causas de las devoluciones de las facturas y establecer las debilidades y fortalezas de dicho proceso.

5.3. POBLACIÓN DE REFERENCIA

La población en la que se realiza la auditoría en el proceso de facturación, es por conveniencia, el servicio de Hospitalización en el Hospital Regional José David Padilla Villafañe E.S.E. del municipio de Aguachica (Cesar), en el primer semestre de 2009.

5.4. VARIABLES PRELIMINARES

La investigación que se lleva a cabo en el Hospital Regional José David Padilla Villafañe E.S.E. del municipio de Aguachica (Cesar), tendrá las siguientes variables preliminares:

Tipo cualitativas nominal:

- ✓ Causas de la devolución de las facturas generadas en el primer semestre de 2009 en el servicio de Hospitalización.

Tipo cuantitativa discreta:

- ✓ Número de facturas devueltas que han sido generadas en el primer semestre de 2009 del servicio de Hospitalización.

5.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

5.5.1 Fuentes de recolección de información:

- Información primaria: Normatividad vigente del SGSSS (Decreto 4747 del 2007 y resolución 3047 del 2008, Informe Externos por diferentes Empresas).
- Información secundaria: Recurso humano de la entidad, Datos de los sistemas de información de la ESE, Informes presentados por los auditores de cuentas.

TABLA No. 2: Facturas generadas en la E.S.E. José David padilla Villafañe, primer semestre de 2009.

SERVICIOS	No. FACTURAS
HOSPITALIZACIÓN	7.392
OTROS SERVICIOS	36.186
TOTAL FACTURAS GENERADAS	43.578

GRÁFICO No. 2: Facturas generadas en la E.S.E. José David Padilla Villafañe, primer semestre de 2009.

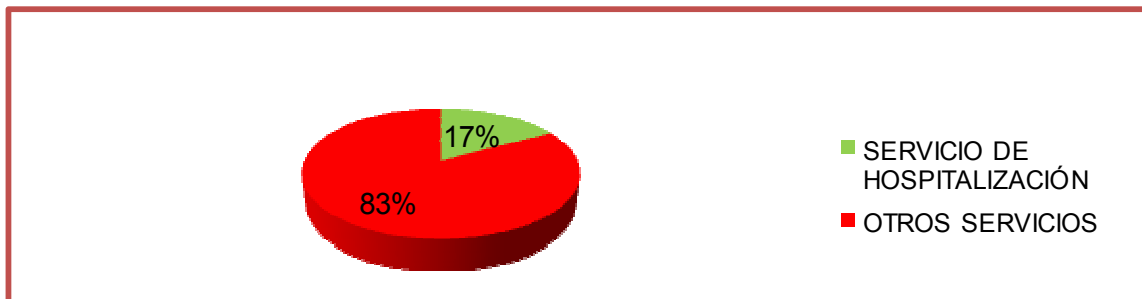
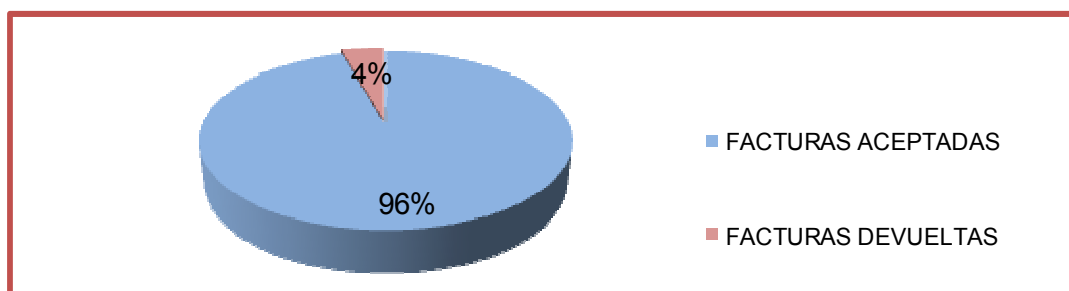


TABLA No. 3: Facturas generadas en el Servicio de Hospitalización de la E.S.E. José David padilla Villafañe, en el primer semestre de 2009

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	No. FACTURAS
TOTAL FACTURAS ACEPTADAS	7.066
TOTAL FACTURAS DEVUELTAS	326

GRÁFICO No. 3: Facturas generadas en el Servicio de Hospitalización de la E.S.E. José David padilla Villafañe, en el primer semestre de 2009.



5.5.2 Recolección de datos:

Se diseñó el instrumento de recolección de los datos teniendo en cuenta las causas de devolución de las facturas establecidas en la Resolución 3047 de 2008.

TABLA No. 4: Total de facturas devueltas por las diferentes Entidades responsables del Pago:

CAUSAS	APLICA CUANDO	CAUSAS DEL PROBLEMA	FACTURAS DEVUELTAS
1. Usuario o servicios corresponden a otro plan o entidad responsable del pago (E.R.P.).	1.1. La factura corresponde a un usuario que pertenece a otra entidad responsable del pago.	1.1.1. No se tiene claro cuando el servicio es POS y NO POS.	3
		1.1.2. No se tiene claro cuando el servicio se convierte y/o termina en POS y NO POS.	5
		1.1.3. Cuando el paciente presenta multifiliación o problemas de afiliación, la cuenta puede dirigirse a cualquiera de las dos o más entidades a que aparezca afiliado el paciente.	8
		1.1.4. Cuando los accidentes de trabajo son facturados a la ARP.	5
SUBTOTAL FACTURAS DEVUELTAS			21
1. Usuario o servicios corresponden a otro plan o responsable del pago. (E.R.P.).	1.2. La factura corresponde a un usuario o servicio que pertenece a otro plan de la misma entidad responsable del pago.	1.2.1. Cuando la entidad presta los servicios al paciente como contributivo, perteneciendo éste al régimen subsidiado.	3
		1.2.2. Cuando a la EPS que se factura maneja los dos regímenes y la IPS no tiene en cuenta a cual régimen facturar y lo realiza a la entidad en general.	5
SUBTOTAL FACTURAS DEVUELTAS			8

No. DE FACTURAS DEVUELTAS POR LAS DIFERENTES EMPRESAS RESPONSABLES DEL PAGO.			
CAUSAS	APLICA CUANDO	CAUSAS DEL PROBLEMA	FACTURAS DEVUELTAS
1. Usuario o servicios corresponden a otro plan o responsable del pago.	1.3. La factura corresponde a un servicio que debe ser pagado por otra entidad responsable del pago.	1.3.1. Cuando se facturan los servicios como POS y sean éstos servicios NO POS. La entidad no logra identificar hasta donde los servicios van cubierto por el POS y donde comienza la prestación del servicio NO POS.	44
SUBTOTAL FACTURAS DEVUELTAS			44
2. Usuario retirado o moroso.	2.1. La factura corresponde a un usuario que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la E.R.P. o se encuentra moroso en el pago.	2.1.1. Cuando se presentan pacientes con afiliaciones recientes de cuatro semanas. Solo debe prestarse el servicio de urgencias.	3
		2.1.2 Cuando el paciente se encuentra en períodos de carencia y está inscrito al SISBEN, se debe facturar al Ente Territorial.	2
		2.1.3. Cuando el usuario se encuentra en protección laboral. Debe ser facturado a la EPS-C.	3
SUBTOTAL FACTURAS DEVUELTAS			8
2. Usuario retirado o moroso.	2.1. La factura corresponde a un usuario que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la E.R.P. o se encuentra moroso en el pago.	2.1.4. Cuando el usuario de régimen subsidiado se encuentra suspendido por multifiliación.	4
		2.1.5. Cuando el usuario se encuentra en mora y está inactivo en la EPS por falta de datos.	8
SUBTOTAL FACTURAS DEVUELTAS			12

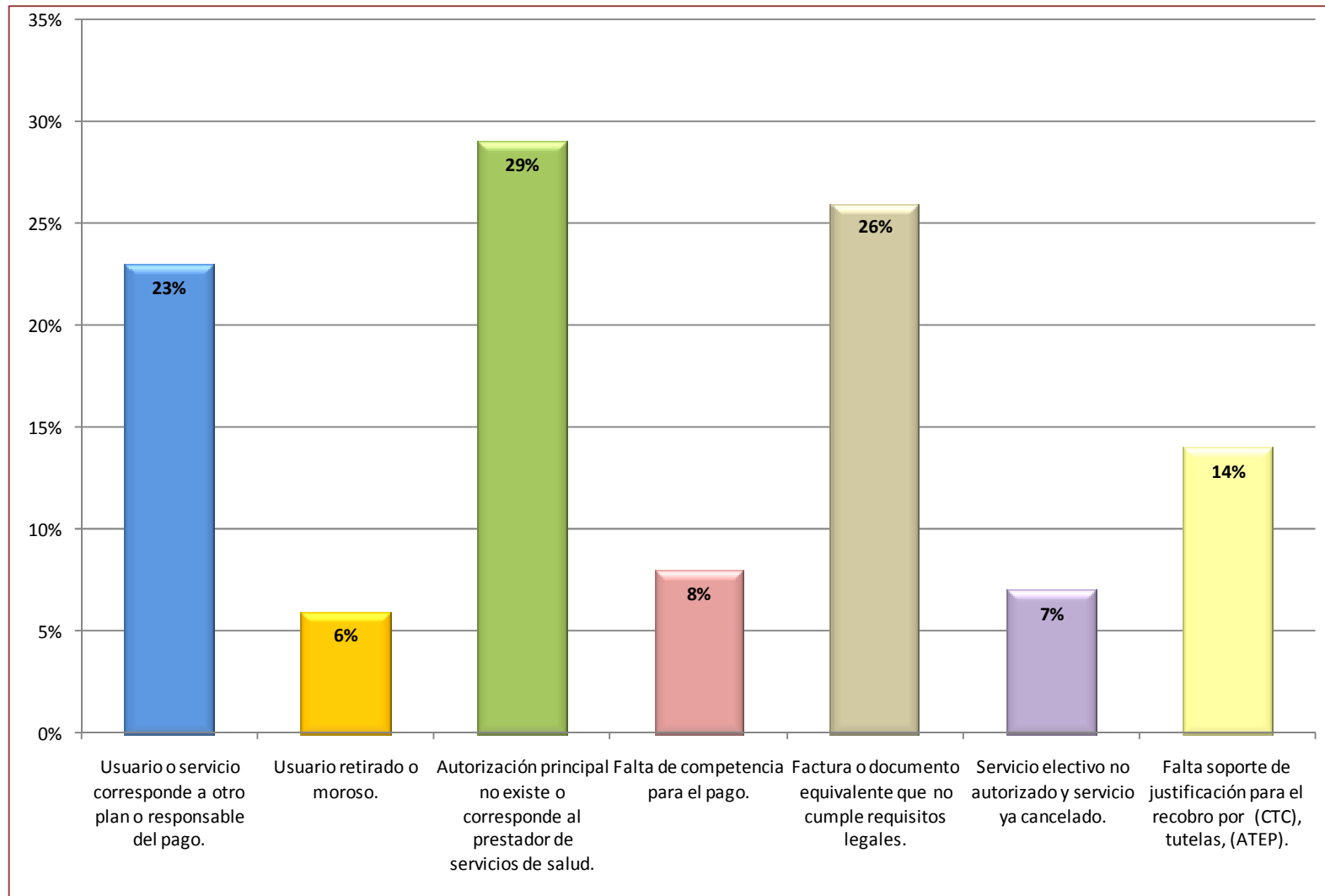
No. DE FACTURAS DEVUELTAS POR LAS DIFERENTES EMPRESAS RESPONSABLES DEL PAGO.			
CAUSAS	APLICA CUANDO	CAUSAS DEL PROBLEMA	FACTURAS DEVUELTAS
3. Autorización principal no existe o corresponde al prestador de servicios de salud.	3.1. Se carece de autorización principal o ésta no corresponde al prestador de servicios de salud.	3.1.1. Autorización del servicio NO POS.	43
		3.1.2. El usuario se direccionó a otra IPS de la red y la autorización fue dada a otra IPS.	40
SUBTOTAL FACTURAS DEVUELTAS			83
3. Autorización principal no existe o corresponde al prestador de servicios de salud.	3.2. Cuando 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 E.R.P., o a la dirección departamental o distrital de salud y en tal caso no aplicará esta causa de devolución.	3.2.1. Cuando los intentos de comunicación no se utilizan en el lapso de tiempo estipulado por la norma entre uno y el otro intento.	10
SUBTOTAL FACTURAS DEVUELTAS			10

No. DE FACTURAS DEVUELTAS POR LAS DIFERENTES EMPRESAS RESPONSABLES DEL PAGO.			
CAUSAS	APLICA CUANDO	CAUSAS DEL PROBLEMA	FACTURAS DEVUELTAS
4. Falta de competencia para el pago.	4.1. Falta de competencia para el pago.	4.1.1. Cuando el servicio prestado era NO POS y se cobro como POS.	5
		4.1.2. Cuando el usuario se encuentra retirado de la EPS.	7
		4.1.3. Cuando el usuario está sin carnetizar en el caso del régimen subsidiado.	8
		4.1.4. Cuando es un accidente de tránsito y la póliza está agotada, los servicios cuando pasan de 500 SMLVM se facturan al FOSYGA.	2
		4.1.4. Cuando la póliza de accidente de tránsito es falsa.	2
SUBTOTAL FACTURAS DEVUELTAS			24
5. Factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales.	5.1. La factura o documento equivalente no cumple con algunos de los requisitos legales.	5.1.1. NIT de la entidad responsable del pago (E.R.P.) no está en la factura.	7
		5.1.2. Número de la factura ilegible.	12
		5.1.3. Factura sin firma del paciente.	9
		5.1.4. Nombre de la E.R.P. mal escrito.	8
		5.1.5. Documentos de la Historia Clínica diligenciados incorrectamente.	45

SUBTOTAL FACTURAS DEVUELTAS	81
-----------------------------	----

No. DE FACTURAS DEVUELTAS POR LAS DIFERENTES EMPRESAS RESPONSABLES DEL PAGO.			
CAUSAS	APLICA CUANDO	CAUSAS DEL PROBLEMA	FACTURAS DEVUELTAS
6. Servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado.	6.1. La factura corresponde a servicios ya cancelados por la entidad responsable del pago.	6.1.1 Doble facturación del mismo servicio.	23
SUBTOTAL DE FACTURAS DEVUELTAS			23
7. Falta soporte de justificación para el recobro por Comité Técnico Científico (C.T.C.), tutelas, Accidente de trabajo y enfermedad profesional (ATEP).	7.1. No se incluye en la factura los soportes de justificación para recobros de C.T.C., tutelas o ATEP de conformidad con la normatividad vigente.	7.1.1. No diligenciamiento del formato para solicitud de medicamentos NO POS.	5
		7.1.2. No diligenciamiento del formato para el reporte de ATEP.	7
SUBTOTAL DE FACTURAS DEVUELTAS			12
TOTAL FACTURAS DEVUELTAS			326

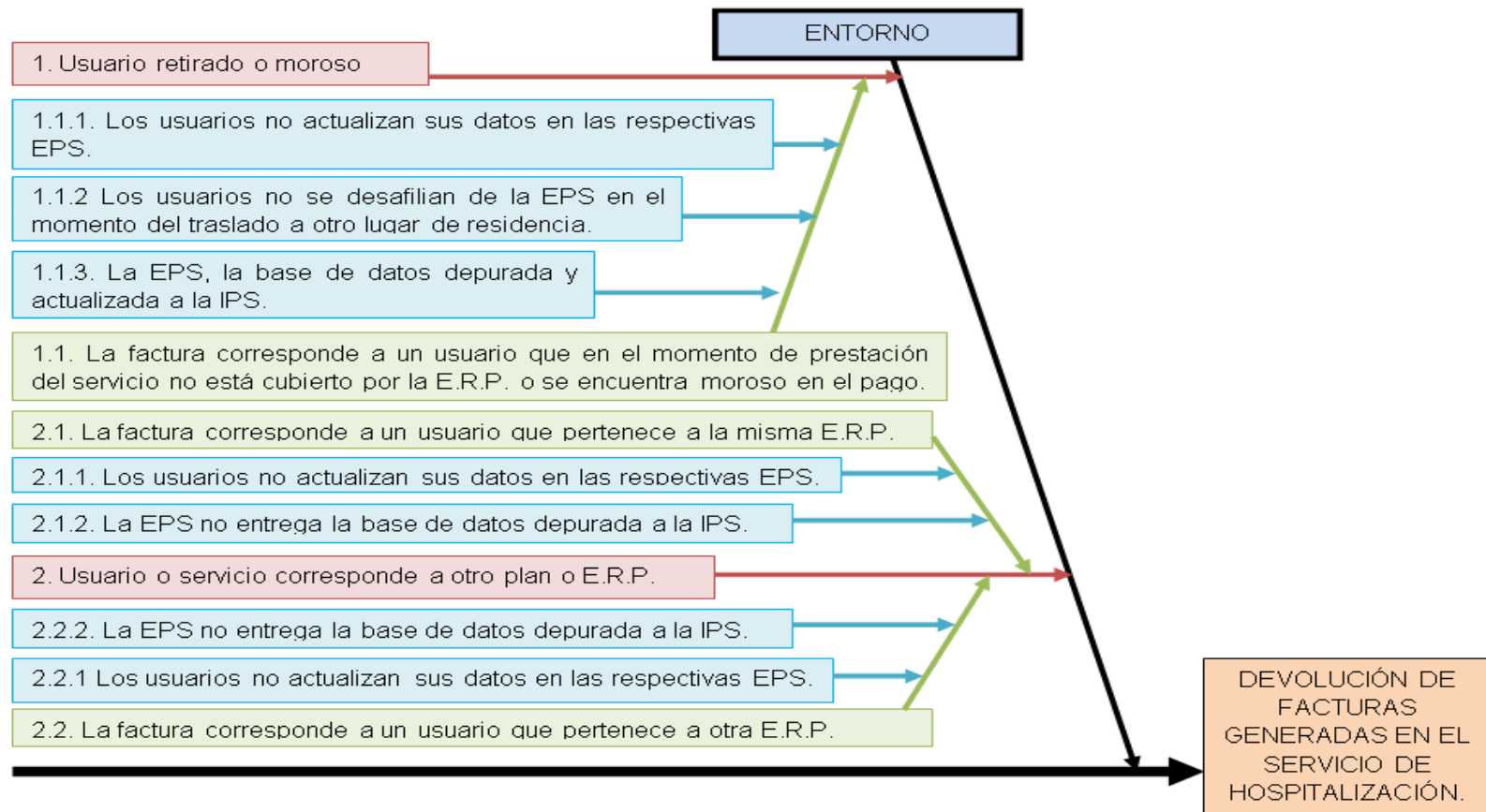
GRÁFICO No. 4: Total de facturas devueltas en el servicio de hospitalización de la E.S.E. José David Padilla Villafañe en el primer semestre de 2009:

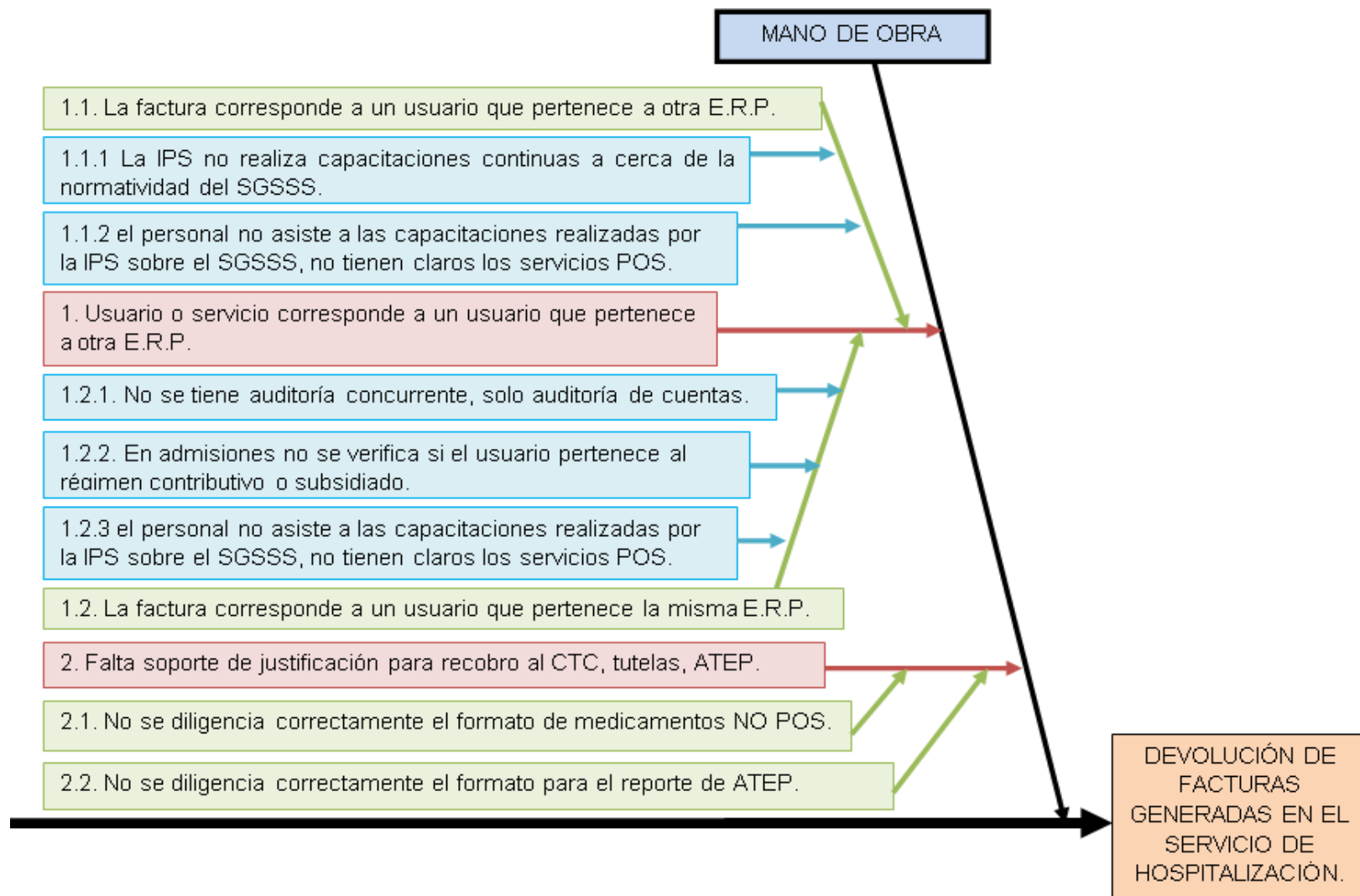


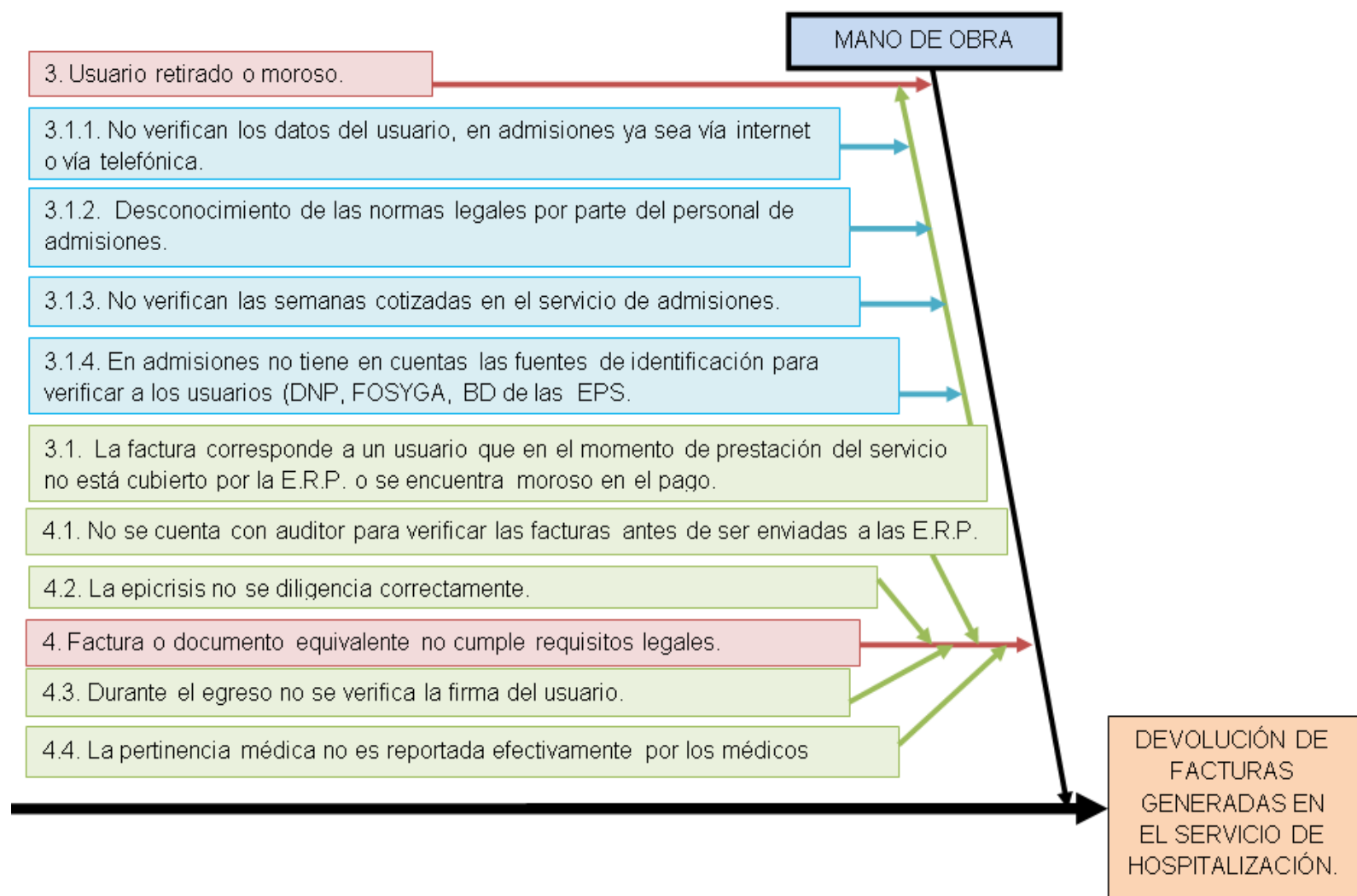
5.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos:

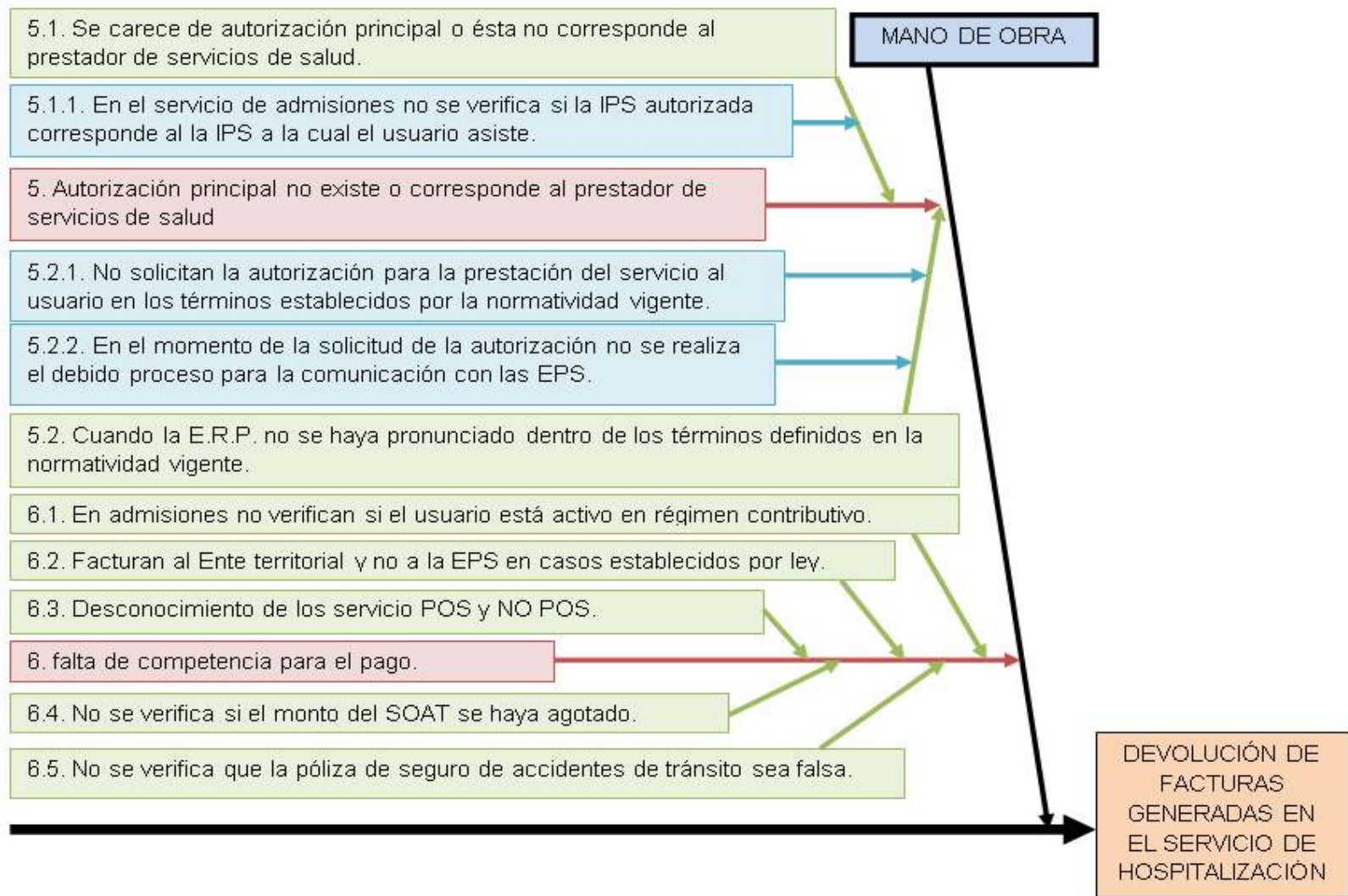
Se implementó la Herramienta de Causa y Efecto del Método de Análisis y Solución de Problemas (MASP) con el fin de identificar las múltiples debilidades que impiden que el proceso de facturación se realice correctamente y se presenten devoluciones de las facturas que son generadas en el servicio de hospitalización.

DIAGRAMA DE CAUSA Y EFECTO









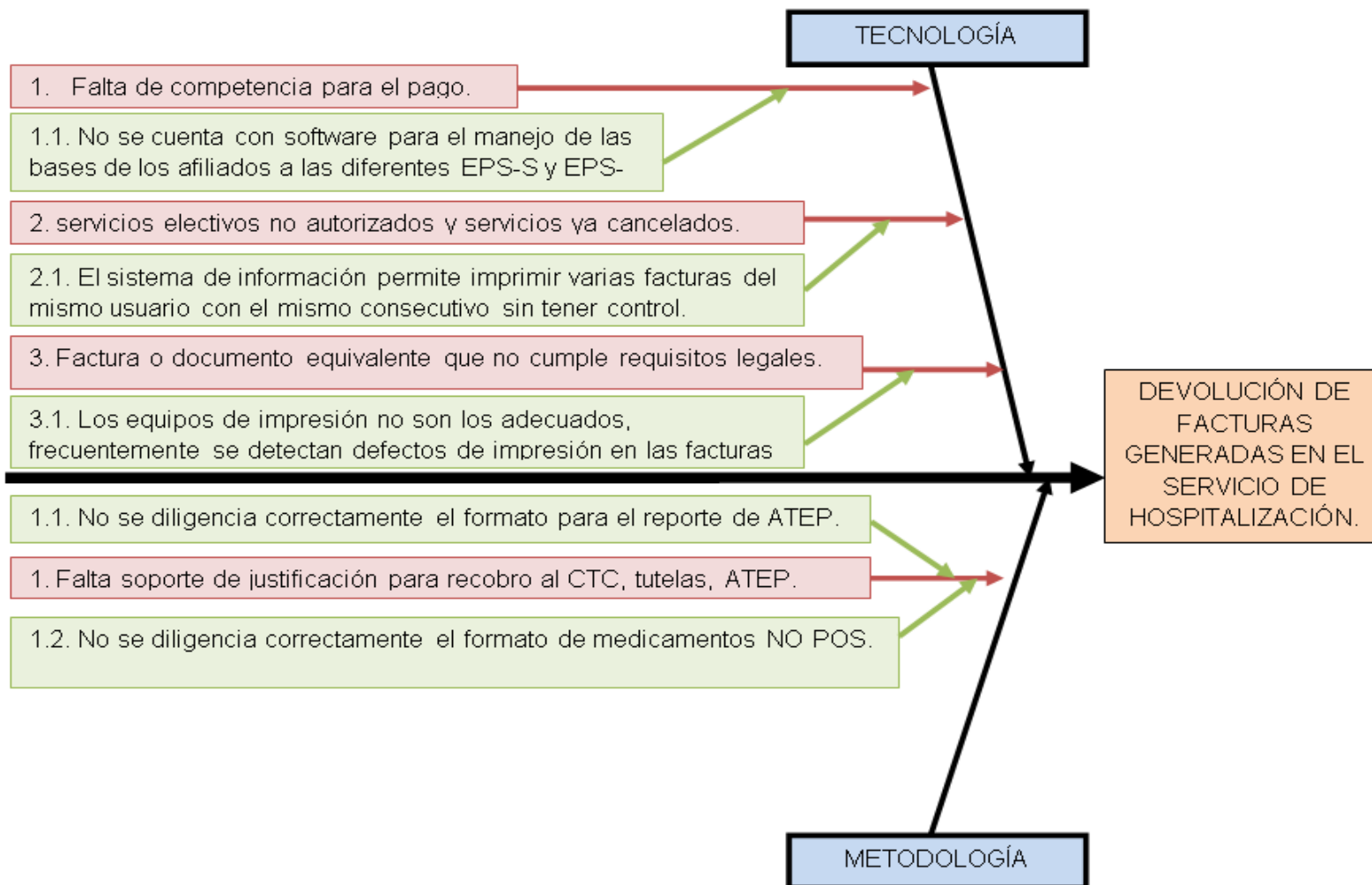


TABLA No. 5: Fallas identificadas en el proceso de facturación del servicio de hospitalización de la E.S.E. José David padilla Villafañe del municipio de Aguachica (Cesar).

HOSPITAL REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFañE, AGUACHICA (CESAR) SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2009 No. DE FACTURAS DEVUELTAS POR LAS DIFERENTES EMPRESAS RESPONSABLES DEL PAGO (E.R.P.).				
CAUSAS	APLICA CUANDO	CAUSAS DEL PROBLEMA	FACTURAS DEVUELTAS	DEBILIDADES
1. Usuario o servicio corresponde a otro plan o entidad responsable del pago (E.R.P.).	1.1. La factura corresponde a un usuario que pertenece a otra entidad responsable del pago.	1.1.1. No se tiene claro cuando el servicio es POS y no POS.	3	1.1.1.1. La no asistencia por parte del personal administrativo y asistencia a las capacitaciones de actualización y aprendizaje de las normas del SGSSS
		1.1.2. No se tiene claro cuando el servicio se convierte y/o termina en POS y NO POS.	5	1.1.2.1. La IPS no realiza capacitaciones continuas sobre actualización de las normas del SGSSS.
				1.1.2.2 La actitud del personal a no querer documentarse con las nuevas normas que entran en vigencia.
				1.1.2.3. La no asistencia por parte del personal administrativo y asistencia a las capacitaciones de actualización y aprendizaje de las normas del SGSSS.
		1.1.3. Cuando el paciente presenta multifiliación o problemas de afiliación, la cuenta puede dirigirse a cualquiera de las dos o más entidades a que aparezca afiliado el paciente.	8	1.1.3.1. No utilización adecuad de las fuentes de identificación por parte del personal de admisión, como son el DNP, FOSYGA, y Base de Datos de las EPS.
1.1.3.2. Falla por parte del Ente Territorial por no entregar a tiempo la base de datos depurada y actualizada a la EPS.				
1.1.4. Cuando los accidentes de trabajo no son facturados a la ARP.	5	1.1.4.1. Falla en la identificación de la fuente de pago por parte del personal de admisión.		
		1.1.4.2. Falla por parte del personal que admite al usuario puesto que no verifica si éste pertenece al régimen contributivo o al régimen subsidiado.		
SUBTOTAL FACTURAS DEVUELTAS			21	

HOSPITAL REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFañE, AGUACHICA (CESAR) SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2009 No. DE FACTURAS DEVUELTAS POR LAS DIFERENTES EMPRESAS RESPONSABLES DEL PAGO (E.R.P.).				
CAUSAS	APLICA CUANDO	CAUSAS DEL PROBLEMA	FACTURAS DEVUELTAS	DEBILIDADES
1. Usuario o servicios corresponden a otro plan o responsable del pago.	1.3. La factura corresponde a un servicio que debe ser pagado por otra entidad responsable del pago.	1.3.1. Cuando se facturan los servicios como POS y sean éstos servicios NO POS. La entidad no logra identificar hasta donde los servicios van cubierto por el POS y donde comienza la prestación del servicio NO POS.	44	1.3.1.1. Falla por parte del personal que factura puesto que no tiene claro si el servicio es POS o NO POS.
				1.3.1.2. Falta de conocimiento por parte del personal asistencial en la aplicación del POS para la prestación de los servicios de salud a los usuarios.
				1.3.1.3. No existe la auditoría concurrente en los diferentes servicios asistenciales de la IPS.
SUBTOTAL FACTURAS DEVUELTAS			44	
2. Usuario retirado o moroso.	2.1. La factura corresponde a un usuario que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la E.R.P. o se encuentra moroso en el pago.	2.1.1. Cuando se presentan pacientes con afiliaciones recientes de cuatro semanas. Solo debe prestarse el servicio de urgencias.	3	2.1.1.1. Falla en el momento de admitir al usuario puesto que no se verifica las semanas cotizadas por el usuario.
		2.1.2 Cuando el paciente se encuentra en períodos de carencia y está inscrito al SISBEN, se debe facturar al Ente Territorial.	2	2.1.2.1. Falla en el momento de admitir al usuario puesto que no verifican los datos del usuario ya sea a través de la base de datos, internet o vía telefónica.
		2.1.3. Cuando el usuario se encuentra en protección laboral. Debe ser facturado a la EPS-C.	3	2.1.3.1. Desconocimiento de las normas legales vigentes por parte del personal de admisión y facturación.
SUBTOTAL FACTURAS DEVUELTAS			8	

HOSPITAL REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFANE, AGUACHICA (CESAR) SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2009 No. DE FACTURAS DEVUELTAS POR LAS DIFERENTES EMPRESAS RESPONSABLES DEL PAGO (E.R.P.).				
CAUSAS	APLICA CUANDO	CAUSAS DEL PROBLEMA	FACTURAS DEVUELTAS	DEBILIDADES
2. Usuario retirado o moroso.	2.1. La factura corresponde a un usuario que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la E.R.P. o se encuentra moroso en el pago.	2.1.4. Cuando el usuario de régimen subsidiado se encuentra suspendido por multifiliación.	4	2.1.4.1. Falla externa: El Ente Territorial no envía la base de datos actualizada a la EPS, y por consiguiente la EPS no envía la base de datos actualizada a la IPS.
				2.1.4.2. No utilización de las fuentes de identificación por parte del personal de admisión, como son el DNP, FOSYGA y la base de datos de las EPS.
				2.1.4.3. Falla externa: Los usuarios no se desafilian de la EPS, al cambiar de lugar de residencia.
		2.1.5. Cuando el usuario se encuentra en mora y está inactivo en la EPS por falta de datos.	8	2.1.5.1. Falla externa: Los usuarios no actualizan sus datos en las respectivas EPS.
SUBTOTAL FACTURAS DEVUELTAS			12	
3. Autorización principal no existe o corresponde al prestador de servicios de salud.	3.1. Se carece de autorización principal o ésta no corresponde al prestador de servicios de salud.	3.1.1. Carece de autorización para servicio POS.	43	3.1.1.1. No se tiene en cuenta la normatividad vigente para facturar el servicio como POS o NO POS.
		3.1.2. El usuario se direccionó a otra IPS de la red y la autorización fue dada a otra IPS.	40	3.1.2.1. Falla en el momento de admitir al usuario puesto que no corresponde a la IPS a la cual el usuario acudió.
SUBTOTAL FACTURAS DEVUELTAS			83	

HOSPITAL REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFañE, AGUACHICA (CESAR)				
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2009				
No. DE FACTURAS DEVUELTAS POR LAS DIFERENTES EMPRESAS RESPONSABLES DEL PAGO (E.R.P.).				
CAUSAS	APLICA CUANDO	CAUSAS DEL PROBLEMA	FACTURAS DEVUELTAS	DEBILIDADES
3. Autorización principal no existe o corresponde al prestador de servicios de salud.	3.2. Cuando 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 E.R.P., o a la dirección departamental o distrital de salud y en tal caso no aplicará esta causa de devolución.	3.2.1. Cuando los intentos de comunicación no se utilizan en el lapso de tiempo estipulado por la norma entre uno y el otro intento.	10	3.2.1.1. No se tiene en cuenta la normatividad vigente para solicitar la autorización del servicio a la EPS correspondiente.
SUBTOTAL FACTURAS DEVUELTAS			10	

HOSPITAL REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFANE, AGUACHICA (CESAR) SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2009				
HOSPITAL REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFANE, AGUACHICA (CESAR) SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2009 No. DE FACTURAS DEVUELTAS POR LAS DIFERENTES EMPRESAS RESPONSABLES DEL PAGO (E.R.P.).				
CAUSAS	APLICA CUANDO	CAUSAS DEL PROBLEMA	FACTURAS DEVUELTAS	DEBILIDADES
5. Factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales.	5.1. La factura o documento equivalente no cumple con algunos de los requisitos legales.	5.1.1. NIT de la entidad responsable del pago (E.R.P.) no está en la factura.	7	5.1.1.1. No se verifica la factura antes de ser enviada a la E.R.P.
				5.1.1.2. Falla externa: Los cambios en los datos de las EPS no son conocidos por parte de la IPS.
		5.1.2. Número de la factura ilegible.	12	5.1.2.1. No se verifica la factura antes de ser enviada a la E.R.P.
				5.1.2.2. La factura no es clara por falla del equipo de impresión.
		5.1.3. Factura sin firma del paciente.	9	5.1.3.1. Falla por parte del personal que realiza la factura puesto que no verifica si el usuario firmó.
		5.1.4. Nombre de la E.R.P. mal escrito.	8	5.1.4.1. No se verifica la factura antes de ser enviada a la E.R.P.
5.1.5. Documentos de la Historia Clínica diligenciados incorrectamente.	45	5.1.5.1. Notas evolutivas y epicrisis diligenciadas incorrectamente.		
		5.1.5.2. Los médicos no justifican efectivamente la pertinencia médica.		
SUBTOTAL DE FACTURAS DEVUELTAS			81	

HOSPITAL REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFañE, AGUACHICA (CESAR) SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2009 No. DE FACTURAS DEVUELTAS POR LAS DIFERENTES EMPRESAS RESPONSABLES DEL PAGO (E.R.P.).				
CAUSAS	APLICA CUANDO	CAUSAS DEL PROBLEMA	FACTURAS DEVUELTAS	DEBILIDADES
6. Servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado.	6.1. La factura corresponda a servicios ya cancelados por la entidad responsable del pago.	6.1.1 Doble facturación del mismo servicio.	23	6.1.1.1 Se imprime dos veces la misma factura la cual es enviada nuevamente a la EPS.
				6.1.1.2. El sistema de gestión de información con que cuenta la entidad permite realizar dos facturas al tiempo con diferente número, al mismo usuario y con el mismo registro del servicio prestado.
SUBTOTAL DE FACTURAS DEVUELTAS			23	
7. Falta soporte de justificación para el recobro por Comité Técnico Científico (C.T.C.), tutelas, Accidente de trabajo y enfermedad profesional (ATEP).	7.1. No se incluye en la factura los soportes de justificación para recobros de C.T.C., tutelas o ATEP de conformidad con la normatividad vigente.	7.1.1. No diligenciamiento del formato para solicitud de medicamentos NO POS.	5	7.1.1.1 No se diligencia correctamente el formato de medicamentos NO POS.
		7.1.2. No diligenciamiento del formato para el reporte de ATEP.	7	7.1.2.1. No se diligencia correctamente el formato para el reporte de ATEP
SUBTOTAL DE FACTURAS DEVUELTAS			12	
TOTAL FACTURAS DEVUELTAS			326	

TABLA No. 6: Plan de Mejoramiento al proceso de facturación del servicio de hospitalización de la E.S.E. José David Padilla Villafañe del municipio de Aguachica (Cesar).

CAUSA IDENTIFICADA	QUÉ HACER	CUANDO	QUIÉN	DONDE	POR QUÉ	CÓMO
No se tiene claro cuando el servicio se convierte y/o termina en POS o NO POS.	Realizar capacitaciones constantes para que todo el personal esté actualizado acerca de las normas del SGSSS.	Capacitaciones Bimensuales	Recurso Humano	En el Auditorio de la Institución	Con el fin de que el personal administrativo y asistencial comprenda las normas vigentes y se actualice a cerca del SGSSS.	Brindando al personal los mecanismos e instrumentos necesarios para capacitarse.
Cuando el paciente presenta multifiliación o problemas de afiliación, la cuenta puede dirigirse a cualquiera de las dos o más entidades a que aparezca afiliado el paciente.	Solicitar a las diferentes entidades responsables del pago la depuración y actualización de la Base de Datos.	Mensualmente	Gerencia	En el Auditorio de la Institución	Porque se debe mantener actualizada la base de datos para no facturar erróneamente.	A través de oficios.

CAUSA IDENTIFICADA	QUÉ HACER	CUANDO	QUIÉN	DONDE	POR QUÉ	CÓMO
<p>Cuando los accidentes de trabajo son facturados a la ARP.</p>	<p>Capacitación y seguimiento al personal a cerca del conducto regular que se debe tener cuando se presentan accidentes de trabajo.</p>	<p>Capacitaciones Bimensuales</p>	<p>Recurso Humano</p>	<p>En el Auditorio de la Institución</p>	<p>Porque hay fallas en la identificación de la fuente de pago por parte del personal de admisiones.</p>	<p>A través de charlas y talleres participativos.</p>
<p>Cuando a la EPS que se factura maneja los dos regímenes y el hospital no tiene en cuenta a cual régimen facturar. Lo realiza a la entidad en General.</p>	<p>Capacitar al personal de Admisiones y realizar seguimiento al proceso de admisión del usuario.</p>	<p>Capacitar en el momento de ingreso del nuevo personal y realizar seguimiento al proceso de admisión.</p>	<p>Recurso Humano</p>	<p>En el servicio de admisiones de la institución.</p>	<p>Por que se están presentando fallas en el momento de ingresar al paciente al servicio de hospitalización puesto que no verifica a qué tipo de régimen pertenece.</p>	<p>A través de charlas y talleres participativos.</p>

CAUSA IDENTIFICADA	QUÉ HACER	CUANDO	QUIÉN	DONDE	POR QUÉ	CÓMO
<p>Cuando se presentan pacientes con afiliaciones recientes de 4 semanas. Solo debe prestarse el servicio de urgencias.</p>	<p>Capacitación y seguimiento al personal de admisiones a cerca de los derechos y deberes que tienen los usuarios de los diferentes regímenes.</p>	<p>Capacitaciones bimensuales y seguimiento trimestral.</p>	<p>Recurso Humano</p>	<p>En el Auditorio de la Institución</p>	<p>Por que se presentan falla en el momento del ingreso puesto que no se verifican las semanas cotizadas por el usuario.</p>	<p>A través de charlas y talleres participativos.</p>
<p>Cuando el paciente se encuentra en periodos de carencia y es vinculado, se debe facturar a subsidio a la oferta y no a la EPS.</p>	<p>Capacitación y al personal de admisiones a cerca de los derechos y deberes que tienen los usuarios de los diferentes regímenes.</p>	<p>Capacitaciones semestrales y seguimiento trimestral.</p>	<p>Recurso Humano</p>	<p>En el Auditorio de la Institución</p>	<p>Por que se presentan falla en el momento de ingreso del paciente puesto que no verifican los datos del usuario ya sea a través del sistema (base de datos) o por vía línea telefónica.</p>	<p>A través de charlas y talleres participativos.</p>

CAUSA IDENTIFICADA	QUÉ HACER	CUANDO	QUIÉN	DONDE	POR QUÉ	CÓMO
<p>Cuando es un Accidente de Tránsito y la póliza está agotada. Los servicios de ahí en adelante deben ser facturados al FOSYGA.</p>	<p>Instalación de software que tenga el control cuando la póliza del seguro obligatorio se agota (500 SMLVM).</p>	<p>De forma inmediata</p>	<p>Ingeniero de sistemas</p>	<p>en la institución</p>	<p>por que se presentan facturas que pasan de los 500 SMLVM</p>	<p>comprando el software con el respectivo programa de instalación</p>
<p>La Historia Clínica es diligenciada erróneamente, por el personal asistencial.</p>	<p>capacitación y seguimiento al personal asistencial a cerca del diligenciamiento de la historia clínica</p>	<p>capacitación al ingreso del nuevo personal médico o rotación del mismo</p>	<p>Jefe de enfermería</p>	<p>en el área de hospitalización</p>	<p>por que se están presentado fallas en el diligenciamiento de la historia clínica</p>	<p>Brindando al personal los mecanismos e instrumentos necesarios para capacitarse</p>
<p>El número de la factura, el NIT y el Nombre de la Entidad responsable del pago están mal diligenciados.</p>	<p>Verificar la factura antes de ser enviada al Entidad responsable del pago.</p>	<p>Cuando se genera la factura</p>	<p>Auditor de cuentas</p>	<p>En el área de facturación</p>	<p>para que no se presenten devoluciones por mal diligenciamiento por no cumplir con los requisitos legales</p>	<p>Verificando que la factura cumpla con todos los requisitos legales.</p>

CAUSA IDENTIFICADA	QUÉ HACER	CUANDO	QUIÉN	DONDE	POR QUÉ	CÓMO
Factura sin firma del paciente.	Verificar que la factura se encuentre firmada por el paciente.	Cuando se genera la factura	La persona encargada de generar la factura.	En el área de facturación	para que no se presenten devoluciones por mal diligenciamiento por no cumplir con los requisitos legales	Verificando que la factura cumpla con todos los requisitos legales.
Doble facturación del mismo servicio.	instalar el software que no permita la duplicidad de la factura	Cuando se cuente con los recursos	Ingeniero de sistemas	En el área de facturación	para que no se presenten devoluciones por mal diligenciamiento por no cumplir con los requisitos legales	Verificando que la factura cumpla con todos los requisitos legales.
No diligenciamiento del formato para solicitud de medicamentos NO POS.	Capacitación y seguimiento al personal asistencial sobre el diligenciamiento del formato de medicamentos NO POS.	semestral	Recurso Humano	En el Auditorio de la Institución	Para que no se presenten devoluciones por no tener los soportes de justificación para recobros.	Verificando que se presenten todos los soportes de justificación para recobros.

CAUSA IDENTIFICADA	QUÉ HACER	CUANDO	QUIÉN	DONDE	POR QUÉ	CÓMO
No diligenciamiento del formato para el reporte de accidentes de Trabajo.	Capacitación y seguimiento al personal asistencial sobre el diligenciamiento del formato de accidentes de trabajo.	semestral	Recurso Humano	En el Auditorio de la Institución	Para que no se presenten devoluciones por no tener los soportes de justificación para recobros.	Verificando que se presenten todos los soportes de justificación para recobros.

6. CONCLUSIONES

Con la culminación de la auditoría del proceso de facturación del servicio de hospitalización de la E.S.E. José David Padilla Villafañe, del municipio de Aguachica (Cesar), en el primer semestre de 2009, se concluye que existen constantes devoluciones que afectan el equilibrio económico del hospital.

Al implementar la herramienta de causa y efecto del método de análisis y solución de problemas (MASP) se lograron identificar las múltiples debilidades que impiden que el proceso de facturación se realice correctamente y esto hace que se presente la devolución de las facturas generadas en el servicio de hospitalización y así mismo la demora en el pago de las mismas. Las debilidades identificadas en el proceso de Facturación fueron:

- La no asistencia por parte del personal administrativo y asistencial a las capacitaciones de actualización y aprendizaje de las normas del SGSSS.
- La no utilización adecuada de las fuentes de identificación por parte del personal de admisiones como son el DNP, FOSYGA, y las Bases de Datos de las diferentes Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.
- No existe la auditoría concurrente en los diferentes servicios asistenciales de la IPS.
- No se verifica la factura antes de ser enviada a las diferentes Entidades responsables de pago.

Teniendo las fallas identificadas, se realizó el plan de acción a través de la herramienta 5W1H del método de análisis y solución de problemas (MASP), con el fin de bloquear las causas identificadas y sugerir posibles soluciones para conseguir que no se presenten devoluciones de facturas generadas en el servicio de hospitalización.

7. RECOMENDACIONES

1. Facilitar a los funcionarios que lideran en el Hospital los procesos, la oportunidad de recibir constantemente capacitaciones de la normatividad vigente pertinentes a la facturación de los servicios de salud. Éstas pueden suministrarse a nivel interno o externo, con el apoyo tanto de los funcionarios vinculados a la entidad, como de aquellas empresas dedicadas a ofrecer en el mercado capacitaciones como seminarios, congresos y demás, con el fin de actualizar y reforzar los conocimientos ya adquiridos.
2. Procurar estabilidad del personal que lidera los procesos de facturación y de las demás áreas vinculadas al proceso. Además de ser informados al momento de conocer los cambios o rotaciones que se van a realizar en los diferentes cargos de las áreas, a fin que se vayan integrando con la realización del nuevo proceso.
3. Mantener constante comunicación entre el área de admisión y los servicios de hospitalización, con el fin de conocer las decisiones o cambios que se generan en el transcurso de la prestación de los servicios de salud al usuario.
4. Garantizar pertinencia médica en los procedimientos o actividades solicitados por el personal asistencial, específicamente cuando a los procedimientos cobijados por el POS y los que resultan NO POS en el mismo tiempo de la atención y prestación de los servicios de salud.
5. Mantener comunicación interna entre el personal asistencial – administrativa (profesional – admisiones - facturación), con el fin de no realizar procedimientos que no estén autorizados por la EPS, en caso que sean procedimientos NO POS, éstos deben ser comunicados a la secretaria de salud del departamento.

6. Revisar previamente las facturas por parte del auditor de cuentas antes de ser enviadas a las diferentes EPS, en aras de garantizar el cobro total de las cuentas realizadas por la entidad.
7. Implementar la auditoria concurrente. Sirve para verificar día a día la calidad de la prestación de los Servicios de salud realizada por la entidad, haciendo énfasis en la normatividad, pertinencia y racionalidad de los Servicios, sirviendo de gran apoyo para Auditoria Documental.
8. Socializar la contratación a todo el personal vinculado a la prestación de los servicios de salud, con el fin de brindar los servicios únicamente estipulados en el contrato, evitando el no pago de aquellos procedimientos que no fueron contratados.
9. Establecer una contratación clara y coherente con el portafolio de servicios de la entidad, teniendo en cuenta su infraestructura, tecnología y recurso humano.
10. Realizar una adecuada identificación del responsable del pago por parte del área de admisión, con el fin de prestar apropiadamente los servicios de salud, cumpliendo toda la normatividad vigente para garantizar el pago total de la factura.
11. Notificar tanto a la EPS como a la Secretaría de Salud la prestación del servicio al usuario desde el momento del ingreso a la entidad. Esto aplica en caso de que la atención del paciente ingrese como servicio NO POS, y luego se convierta en servicio POS o viceversa. (teniendo en cuenta la solicitud del anexo).
12. Solicitar las autorizaciones pertinentes para la prestación del servicio adicionales a las autorizadas al ingreso (anexo técnico).

8. BIBLIOGRAFÍA

AFFON, Jimmy Bravo. Documento Mercantiles. [En línea] Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos14/documentosmercantiles.shtml> [citado agosto 25 de 2009].

BLANCO, Sergio. Auditoria Médica. [En línea] disponible en <http://auditoria-medica.blogspot.com>. [Citado marzo 21 de 2010].

CELIS, Domingo Hernando. Manual de Auditoría Financiera I. [En línea] Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos60/manual-auditoria-financiera-i/manual-auditoria-financiera-i.shtml>. [Citado marzo 21 de 2010].

JIMÉNEZ, Yolanda. Auditoría. [En línea]. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos14/auditoria/auditoria.shtml#AUDIT>. [Citado marzo 21 de 2010].

NOLASCO, Juan. Auditorías. En línea]. Disponible en <http://www.soloeconomia.com/presupuesto/contable-auditoria.html>. [Citado marzo 21 de 2010].

SÁNCHEZ, Adelys. Auditoría y control interno. Definición de auditoría. Importancia de auditoría [En línea] Disponible en <http://www.gestiopolis.com/canales5/fin/defigaud.html> [citado agosto 25 de 2009].

ZEBALLOS, Omar. Auditoría Financiera. [En línea]. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos12/aufi/aufi.shtml>. [Citado marzo 21 de 2010].

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Normatividad [En línea] disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=14774&IDCompany=3> [citado agosto 25 de 2009].

ISS, Normas [En línea] disponible en http://www.iss.gov.co/portal/index.jsp?cargaHome=3&id_categoria=47&id_subcategoria=165 [citado marzo 21 de 2010].

COLOMBIA, EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 100 de 1993, Diciembre 23, Por el cual se crea el Sistema de Seguridad social Integral y se dictan otras disposiciones. Santa Fe de Bogotá, D.C. Diario oficial No. 41148, 1993.

COLOMBIA, EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 1122 de 2007, Enero 9, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C. 2007.

COLOMBIA, EL MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 3047 de 2008, Agosto 14. Por medio de la cual 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, definidos en el Decreto 4747 de 2007

COLOMBIA, EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA, Decreto 4747 de 2007, Diciembre 7, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las regulaciones entre los prestadores de servicios y entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C. 2007.

COLOMBIA, CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN, Circular 035 de 2000, 27 de diciembre. Instrucciones para el tratamiento administrativo y contable que deben dar a los procesos de facturación, costos, donaciones, y glosas, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS públicas. Santa Fe de Bogotá. 2000.

COLOMBIA, EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA, Decreto 3374 de 2000. Por lo cual 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. Santa Fe de Bogotá. 2000.