

**DISEÑO DE UN MODELO DE AUDITORIA AL PROCESO DE FACTURACION
DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL LA
CANDELARIA RIOVIEJO, BOLIVAR**

WLDY MARUM REYES
OSCAR MARTINEZ ROCA
MIGUEL VALBUENA VENCE
ANGEL JAVIER SERNA PINTO

**CONVENIO INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD CES Y UNIVERSIDAD
AUTONOMA DE BUCARAMANGA**

**POSTGRADO EN AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA-SANTANDER
2008**

INTRODUCCION

En los últimos años, los países han tenido importantes transformaciones en la organización de su Sistema Nacional de Salud, que han involucrado la calidad de la atención como uno de los pilares fundamentales de la prestación de los servicios de salud.

En Colombia la ley 10 de 1990, declara la salud como un servicio público esencial y obligatorio, que podrá ser prestado directamente por el estado o a través de particulares, determinando en uno de sus artículos *“establecer un sistema de fijación de normas de calidad de los servicios de salud y los mecanismos para controlar y vigilar su cumplimiento”*.

La Seguridad Social consagrada en la Constitución Política de Colombia de 1991, en su artículo 48, manifiesta que la atención en salud es un servicio público obligatorio a cargo del estado, el cual se encargará de dirigir, orientar, regular, vigilar y controlar la prestación de los servicios públicos esenciales; complementando en el artículo 49 que los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con la participación de la comunidad. Se basará en principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

En la ley 100 de 1993, en el artículo 225 se describe: Las EPS de salud, cualquiera que sea su naturaleza, deberán establecer Sistemas de costos, Facturación, y Publicidad. Los sistemas de Facturación deberán permitir conocer al usuario por medio de una factura u otro mecanismo, los servicios y los correspondientes costos, discriminando la cuantía subsidiada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Así mismo en el parágrafo del artículo 185 dice que Toda IPS contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos.

Uno de los servicios que genera más conflictos financieros dentro de una IPS, pública o privada, es el de URGENCIAS, en el que se realizan procesos y actividades que buscan la estabilización de los pacientes en estado crítico y

disminuir secuelas o complicaciones posteriores que sin ella se pueden derivar; y que se convierte en un descalabro para la mayoría de instituciones en muchas ocasiones por diferentes causales, destacando el desconocimiento de las normas vigentes, la debilidad en el levantamiento de procesos, procedimientos y flujos de información, resistencia al cambio por el personal asistencial que diligencia deficientemente los reportes, las codificaciones, entre otros.

En la resolución 5261 del 5 de agosto de 1994 emanada del antiguo ministerio de salud, hoy Ministerio de la Protección Social, en su artículo número 10, y la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, establecen que la atención inicial de urgencias *debe ser prestada en forma obligatoria por todas la entidades públicas o privadas que presten servicios de salud a todas las personas, independientemente de su capacidad socioeconómica y del régimen al cual se encuentren afiliados. No se requiere convenio o autorización previa de la Entidad Promotora de Salud respectiva o de cualquier otra entidad responsable o remisión de profesional médico, o pago de cuotas moderadoras. Esta atención, no podrá estar condicionada por garantía alguna de pago posterior, ni afiliación previa al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

Sin embargo, dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social (SGSS) y basados en el nuevo modelo de prestación de servicios que cambia el concepto de subsidio a la oferta por subsidio a la demanda, las IPS, como cualquier empresa productora de bienes o servicios, debe garantizar su autosuficiencia y subsistencia, por medio de la producción y venta de servicios asistenciales por un monto igual o superior a sus gastos, y en este proceso no puede ser ajeno el servicio de urgencias.

La facturación por venta de servicios de salud es un proceso antiguo dentro del sector salud, considerándose años atrás en uno de los procesos únicos y de avance para las instituciones privadas. La venta de servicios en urgencias en muchas ocasiones se convierte en el talón de Aquiles de la mayoría de las instituciones de salud, en especial las públicas, debido a que en una gran parte no se cuenta con esquemas de Facturación de Servicios Asistenciales, por medio del

cual se generen recursos necesarios y suficientes que ayuden a brindar una atención óptima a los usuarios dentro del marco de mejoramiento continuo y generen aprecio por la institución así como cultura de evaluación.

El proceso de facturación se puede definir como el conjunto de actividades que permite liquidar la prestación de servicios de salud que genera la atención de un usuario en una institución; iniciando desde que él solicita un servicio, pasando por su atención y finalizando con su egreso. Este proceso se basa fundamentalmente en recibir y producir información; de la calidad de la misma depende la calidad de los informes generados.

Teniendo como base la normatividad vigente y expuesta en líneas anteriores, dentro del entorno actual de Seguridad Social, se deduce que la calidad de la atención es un requisito fundamental de la prestación de los servicios de salud en el país, y que además es imperiosamente necesario desarrollar y estandarizar procesos de facturación, dentro de todas las áreas de las entidades, que garanticen ingresos que de una u otra forma fortalezcan los mecanismos usados en la sostenibilidad, el crecimiento y el desarrollo de las IPS, y que además sean fácilmente auditables y evaluables dentro de los Planes de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, para detectar las fallas y tomar los correctivos oportunamente.

Este trabajo se realizará con el ánimo de unificar criterios dentro del proceso de facturación de una IPS de primer nivel de complejidad, de la red pública, localizada en el municipio de Río Viejo, departamento de Bolívar.

OBJETIVO GENERAL

Realizar, dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social, las acciones de auditoría al proceso de facturación de venta de servicios prestados en el área de Urgencias de la E.S.E. HOSPITAL LOCAL LA CANDELARIA DE RIOVIEJO, BOLIVAR, con el fin de identificar los puntos críticos del mismo, tomar acciones correctivas que mejoren el flujo de información necesario que evite la fuga de recursos indispensables para el sostenimiento del servicio, así como para el desarrollo de la institución, y que además promueva la participación activa de los usuarios, encausándola hacia el mejoramiento continuo, y fortaleciéndola como modelo empresarial competitivo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar el proceso de facturación y sus etapas, en el servicio de Urgencias de la E.S.E. HOSPITAL LOCAL LA CANDELARIA DE RIOVIEJO, BOLIVAR

2. Definir los responsables y sus funciones dentro del proceso de facturación en el servicio de urgencias de la E.S.E. HOSPITAL LOCAL LA CANDELARIA DE RIOVIEJO, BOLIVAR
3. Evaluar, auditar y posteriormente organizar, teniendo como base la racionalización y optimización del proceso de facturación en el servicio de urgencias de la E.S.E. HOSPITAL LOCAL LA CANDELARIA DE RIOVIEJO, BOLIVAR
4. Implementar y socializar a los clientes internos y externos el proceso de facturación en el servicio de urgencias y crear un punto de partida para la adopción de mejoras del proceso en otros servicios de la E.S.E. HOSPITAL LOCAL LA CANDELARIA DE RIOVIEJO, BOLIVAR

MARCO TEORICO

RESEÑA: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (E.S.E.) HOSPITAL LOCAL LA CANDELARIA, RIO VIEJO BOLIVAR.

La Empresa Social del Estado (ESE) Hospital Local La Candelaria es una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de primer nivel de atención creada como Empresa Social del Estado por Decreto No.086 del 9 de septiembre de 1999 dentro del sistema de Seguridad Social en Salud. Localizada al sur del departamento de Bolívar.

La ESE ha identificado como objetivo principal ofrecer a sus clientes servicios con excelente calidad, en virtud de la cual se han desarrollado diferentes acciones para alcanzar este propósito.

Con el advenimiento de la CIRCULAR 023 de Diciembre de 2005 y posteriormente la Circular 030 de 2006, se crean actos administrativos para direccionar y desarrollar un proceso que se venia ejecutando de forma espontánea sin

conocimiento de los procesos pero que de una u otra manera alcanzaban estándares que no cumplían en lo referente al sistema de salud. Es por ello que de ahí en adelante el compromiso es concebir lo que hoy denominamos SERVICIO CON CALIDAD.

El proceso de calidad debe ser un proceso continuo, no improvisado, es hacer las cosas bien fundamentadas desde un principio, mantener un equipo de salud bien motivado e informado, con sentido de pertenencia, para que los resultados con calidad sean el pilar fundamental del futuro de la empresa y los clientes.

En este contexto se formula el plan de calidad dentro de la normatividad vigente, el programa de Garantía de Calidad en cumplimiento al Decreto 1110 de 2006.

Por ser una institución prestadora de servicios de salud, con gran experiencia y compromiso social con la región del Sur de Bolívar. Concientes de que toda institución es un fiel reflejo de quienes la conforman y administran, todos nuestros clientes internos son escogidos dentro de los mas altos niveles morales, con la comprobada idoneidad, lealtad y pertinencia y con el mayor sentido de servicio a la comunidad. Por eso nuestra mayor fortaleza la representa el recurso humano que día a día entrega lo mejor de si en procura de brindar la mejor atención a nuestros usuarios y el ejercicio ético, humano y digno de la profesión.

La E.S.E cuenta con los servicios relacionados a continuación:

1. SERVICIO DE URGENCIAS:

Contamos con un servicio de urgencias permanente las 24 horas del día, con profesionales calificados, Enfermera jefe, Auxiliares de Enfermería y Médico General, dotada con equipos indispensables y necesarios para la atención que el paciente requiera, logrando su estabilización.

2. SERVICIOS AMBULATORIOS
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL
CONSULTA DE ENFERMERIA

CONSULTA DE ODONTOLOGIA

SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO A LOS SERVICIOS

ASISTENCIALES

LABORATORIO CLINICO

SERVICIO DE IMAGENOLOGIA

SERVICIO DE APOYO TERAPEUTICO

ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION

ACTIVIDADES DE CONSULTA ESPECIALIZADA Y OTRAS

- Consulta Ginecología
- Consulta Pediatría
- Consulta Optometría
- Consulta Urología
- Consulta Dermatología

HOSPITALIZACION

1. Obstetricia y Ginecología de baja complejidad
2. Adultos
3. Pediatría

2.11. QUIROFANO

En un futuro no muy lejano, enmarcado dentro de la visión de la institución, previa dotación del área destinado para ello, se realizarán:

- Cirugías Programadas Cirugía General
- Cirugías Programadas Ginecología
- Cirugías Programadas Ortopedia
- Cirugías de Urgencias

Todos los servicios prestados se enmarcan dentro de una imagen corporativa soportada en la misión, la visión y los siguientes valores:

- MISION

La Empresa Social del Estado ESE Hospital La Candelaria tiene como objetivo brindar atención en salud del primer nivel de complejidad al servicio de la comunidad, enfocando nuestro propósito en alcanzar la plena eficiencia, calidad, humanismo y mejoramiento continuo de los servicios ofertados, permitiendo así a nuestros colaboradores su desarrollo integral, y a nuestros usuarios, reconocernos como opción de vida.

- VISION

La Empresa Social de Estado ESE Hospital La Candelaria será modelo de gerencia en servicios de salud y en el desarrollo de actividades de promoción, prevención, tratamiento de la enfermedad y rehabilitación del paciente, mejorando la calidad de vida de la población.

- VALORES
 -  Solidaridad
 -  Honestidad
 -  Respeto
 -  Lealtad
 -  Responsabilidad

- ✚ Amistad
- ✚ Paz
- ✚ Justicia
- ✚ Laboriosidad
- ✚ Pertinencia

- PRINCIPIOS

- ✚ Compromisos
- ✚ Trabajo en equipo
- ✚ Creatividad
- ✚ Vocación de servicios
- ✚ Puntualidad
- ✚ Innovación
- ✚ Proactividad

AUDITORIA DE FACTURACION

Ante los cambios implementados en el sector salud por las políticas de globalización se hace urgente plantear cambios radicales en la manera como se prestan los servicios de salud para competir en el libre mercado, estos cambios deben ir enfocados a garantizar servicios de calidad que satisfagan las necesidades y expectativas de las instituciones de salud y la sostenibilidad de la misma.

La calidad en la atención en salud siempre se ha enfatizado en dos dimensiones: una dimensión técnico científica y una dimensión administrativa referida a las relaciones prestadores- consumidores.

Dentro de la dimensión administrativa, y a raíz del advenimiento de la ley 100 de 1993, en Colombia nace la descentralización de las instituciones públicas, y como consecuencia la creación de procesos como la *facturación*, la gestión de cartera y la auditoría de cuentas médicas, que aún hoy, casi catorce años después están en constante desarrollo y ajustes.

La facturación como tal, se puede resumir como el registro, valorización y liquidación de los procedimientos, actividades y consumos (suministros y medicamentos) prestados a un paciente hospitalario o ambulatorio, para efectos de cobro, que generen ingresos con los cuales se financiará la entidad. De igual forma es importante en tanto es medio de información intra y extrainstitucional (Entidades Promotoras de Salud-subsidiado y contributivo-Compañías aseguradoras, Fondo de Solidaridad y Garantía, etc.) que favorece de esta forma la supervivencia o sostenibilidad, el crecimiento y la rentabilidad del prestador de servicios.

El proceso de facturación en una IPS, definido como aquella actividad en la cual intervienen como mínimo dos sujetos (*personas jurídicas o naturales*), que mediante una relación contractual se negocia un producto ya sea un bien o un servicio, valorizándolo con el objeto de convertirlo en dinero, debe activarse al

momento de un usuario solicitar un servicio, seguir con su atención y finalizar con su egreso de la institución.

El objetivo general del proceso de facturación es facturar las actividades y procedimientos realizados a cada paciente de la institución prestadora de servicios de salud, tomando en cuenta los suministros y medicamentos utilizados en cada uno de los servicios, informar los ingresos con los cuales se financia la institución y enviar la información necesaria para las diferentes áreas de la misma, entidades promotoras de salud, compañías aseguradoras, fondo de solidaridad y garantía, etc, colaborando de esa forma a la supervivencia, crecimiento y rentabilidad de la empresa social del estado.

En el proceso de facturación se identifican cuatro pasos:

1. Identificación y registro de información del usuario
2. Registro de información de procedimientos.
3. Liquidación de los servicios prestados.
4. Proceso de recaudar

La cartera y el recaudo, son las actividades que la empresa realiza para recuperar los dineros que le adeudan tanto en plazos "corrientes" como en periodos vencidos, mediante el monitoreo de las cuentas presentadas y del comportamiento en cuanto a cumplimiento en el pago por parte de los clientes y el comportamiento global de la institución.

La preocupación naciente de ofrecer servicios sin errores que proporcione de una u otra forma la satisfacción total del cliente interno y externo, disminuyendo costos y aumentando resultados, ha obligado a las entidades a realizar acciones de auditoría médica de cuentas. Siendo el proceso que permite conocer los diversos actores de los procesos asistenciales y ejercer un control al cumplimiento de los objetivos, normas y procedimientos establecidos.

Podemos definir la auditoría como la evaluación sistemática de la calidad, de la racionalidad técnico-científica y de la racionalización de los recursos de la atención en salud, orientada principalmente en su proceso y resultado, con el objetivo fundamental de evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud, por medio

del análisis de la aplicación del conocimiento profesional en la prestación de los servicios de salud. En síntesis significa la comparación de la calidad observada y la calidad deseada según las normas técnico-científicas y administrativas previamente establecidas para la atención en salud.

DIAGNOSTICO

De esta manera para el desarrollo e implementación de un sistema de auditoría en facturación se deben tener en cuenta:

- Análisis del estado actual del proceso de facturación y admisiones.
- Revisión de formatos de captura de información actuales.
- Revisión del flujo de información.
- Verificación de funciones del personal involucrado en los procesos.
- Determinación de procedimientos actuales del área.

El mecanismo utilizado para la recolección de datos y estudio de los procesos fue el siguiente:

1. Se cursaron notas a los jefes de la Unidad Facturación, Departamento Contable, Servicio de Estadística, Directora de Administración, solicitando información atinente al funcionamiento de la unidad de facturación.
2. Se llevó a cabo actividad presencial que permitió conocer y evaluar el mecanismo de facturación, in situ.
3. Se realizaron entrevistas con el Jefe del Departamento Contable, con el Jefe de la Unidad de Facturación, con el personal de Estadística, con el Personal de la Unidad de Facturación y con el gerente de la institución.

De ese modo, se tomó contacto con los responsables de la confección y procesamiento de las facturaciones del Hospital en todos los niveles. Simultáneamente se realizaron consultas con Entidades Prestatarias y otros centros de facturación a fines de realizar comparaciones (benchmarking).

Un primer análisis de los datos recibidos nos permitió intuir que el Hospital no facturaba lo que correspondía acorde a su actividad. Teniendo una cantidad de prestadores que superaba los cincuenta (en un promedio de corte transversal contemplando licencias) y listas de turnos llenas (con el agregado de atención de urgencias, interconsultas y pacientes citados).

Tampoco resultaba concordante la facturación (cada facturación debe 'salir' normalmente para su presentación en los primeros días del mes siguiente al que fueron prestados los servicios, salvo que se adopte el mecanismo de corte al día 25 del mes, en cuyo caso se hacen presentaciones de 25 a 25). Ante éste panorama pensamos que el problema que aquejaba a la Unidad de Facturación del Hospital no era uno sólo, ni tampoco atribuible a una sólo persona sino que era más profundo y complejo.

Así pudimos constatar que en el transcurso del último año, el sector había sufrido una disminución en la cantidad y grado de capacitación del personal afectado al área, como también una carencia parcial de herramientas de trabajos que hacía que la tarea fuese más artesanal que metodológica.

CONCEPTOS PRELIMINARES: Se describen primeramente conceptos atinentes a la metodología aplicable, tales como el modo de identificación y el recorrido de los eventos facturables desde que se generan, hasta que se produce su cobro. La finalidad de explicitar éstos conceptos es el deseo de lograr un mejor ordenamiento y comprensión del tema.

La Empresa Hospital (en tanto maneja dineros, lo es), desde su Unidad Facturación, tiene que asumir que cada dato que ingresa a su sistema es un capital que requirió mano de obra especializada y que utilizó para ello un tiempo determinado y valioso (horas).

Además tiene que asumir que dicho capital tiene valor y sentido, en la medida que permite brindar un mejor servicio al paciente que requiere atención y también permite tomar decisiones orientadas a mejorar el servicio en el futuro.

Éste concepto es tan importante que cada dato que es ingresado en un punto del Sistema, debe ser utilizado ahorrando tiempo o mejorando la eficacia y eficiencia del sistema en cualquier otro punto del mismo.

Aquí comenzaba uno de los problemas que aquejaban a la Unidad. Pudimos observar un divorcio funcional entre áreas como estadística, compras, internación, farmacia, servicios médicos, y niveles de conducción.

Era fácilmente creíble que existieran problemas ya que la información del HOSPITAL estaba fraccionada en compartimientos casi estancos, y el nivel de intercambio e interacción entre los mismos era muy bajo.

PLANEACION DEL PROCESO

Entrando en un análisis técnico, entenderemos por eventos facturables a todos los hechos y acontecimientos factibles de ser utilizados para originar una rendición presentable al cobro ante los entes prestatarios. En éste ítem hay que considerar:

- Las áreas o sectores donde se producen;
- Los individuos (agentes) que generan y toman contacto con dichos eventos;
- La cobertura asistencial;
- Los mecanismos de detección de eventos facturables.
- Los documentos donde se registran los eventos facturables.

Las Áreas o Sectores donde se originan los eventos facturables son:

- Consultorios Externos.- Centros Periféricos de Salud.
- Servicios domiciliarios.
- Urgencias.
- Quirófano

Los clientes externos o internos del área o departamento de facturación que generan eventos facturables son:

- Médicos.
- Odontología
- Enfermeros y Auxiliares de enfermería.
- Técnicos.
- Choferes y camilleros (Traslados)

Cobertura asistencial: Se refiere al mecanismo de pago que dispone cada usuario del Sistema para compensar el costo prestacional. Se pueden reconocer:

- Régimen subsidiado.
- Régimen contributivo.
- Prepagadas.
- Convenios con Instituciones del Medio local.

- Acción Social.

Mecanismo de detección de Eventos:

Cuando un agente presta un servicio asistencial, para poder disparar y permitir el desencadenamiento del mecanismo de facturación debe necesariamente:

Registrarlo adecuadamente en bases de datos interrelacionadas que permitan desarrollar funciones estadísticas, de vigilancia epidemiológica y de absorción de eventos facturables desde el centro de procesamiento (Unidad de Facturación).

Se propenderá a bases únicas, es decir no duplicadas. Las mismas deberán estar encriptados, tener niveles de acceso y pases de seguridad. Copias de las mismas deberán situarse a resguardo, y estarán actualizadas periódicamente.

Se deberá requerir la orden de cobertura antes del acto (excepto urgencias que no lo permitan en forma inmediata). Dicha tarea la realizará el administrativo, quién además deberá estar a cargo del acceso del usuario al sector donde se producirá el evento.

El administrativo completará según la formalidad que corresponda, la orden de cobertura, teniendo responsabilidad en la consignación de datos identificatorios.

En cambio estará a cargo del profesional el informe, diagnóstico/s, firma y sello y la tarea de colaborar con el personal de la Unidad Facturación aclarando aquellos eventos que no se hallasen contemplados en el nomenclador de prestaciones del Servicio al cual pertenece el efector.

De esto se desprende que hay tareas técnicas y administrativas en cada acto asistencial.

Atento a un mejor aprovechamiento del recurso substantivo (técnico profesional) habitualmente escaso, se deberá propender a que las tareas administrativas estén ineludiblemente a cargo del personal administrativo, el cual deberá tener destino único en cada área prestacional.

El destino único es fundamental a los fines de que dicho personal gane en experiencia en el sector en que se desempeña lo cual redundará en una mayor eficiencia prestacional.

Se entenderá por área prestacional al sector físico de la Institución en la cual se desarrollan las prestaciones (eventos facturables) y que estén conectadas con la circulación a través de una puerta de entrada común.

De acuerdo con esas consideraciones existen dos tipos de áreas de atención bien delimitadas por sus características físicas y de circulación:

- Áreas con circulación libre: pueden acceder a ella usuarios del sistema sin ninguna orientación ni requerimiento. Respecto de la orientación, se refiere a la posibilidad de un usuario de acceder a un segundo nivel de atención sin haber sido atendido por el primer nivel de atención. Respecto del requerimiento, se refiere a la factibilidad de que un usuario pueda ingresar al área sin ser atendido por el personal administrativo con la finalidad de requerirle cobertura para la prestación.
- Áreas con circulación controlada: por sus características, están diseñadas para permitir el acceso a ellas de usuarios previa indicación médica y con el debido requerimiento de cobertura (Radiología, Quirófano, Laboratorio, Odontología).

Desde el punto de vista de la circulación y de la detección de eventos facturables, es factible transformar las áreas de circulación libre en áreas de circulación controlada, asignando a las mismas una sola puerta de entrada y la presencia de un administrativo en el acceso, (Ejemplo: asignar un administrativo con su correspondiente escritorio, terminal informática, teléfono, etc.).

Se recalca que esto es posible siempre y cuando el administrativo pueda especializarse efectivamente en las tareas a desempeñar para todos los prestadores a los que asistirá.

No obstante las potenciales bondades de éste mecanismo, no constituye una solución por sí mismo y aplicado aisladamente puede muy fácilmente transformarse en un elemento nocivo y perjudicial.

Debe ser un eslabón más de un Sistema de Puerta de Entrada al Sistema y normativa de circulación dentro del mismo con referencias claras. Si bien lo mencionado parece alejado del tema de base que es la Facturación del Hospital, no consideramos que sea así, ya que ineludiblemente modificaciones de parte del Sistema Hospital tienen que ir acompañadas por modificaciones en otras partes del mismo, de lo contrario sucederá que las modificaciones aisladas en un sector traerán consecuencias negativas en otro, interactuando.

Se propenderá a agrupar en un mismo sector físico del Hospital a los servicios funcionalmente relacionados, así por ejemplo, aquellos que actúan sobre el área principal debiesen estar físicamente próximos.

Los agrupamientos deberán surgir de una discusión de todos los sectores para producir un proceso de reingeniería del Hospital que a la vez enriquecerá el funcionamiento de los servicios y en lo que toca al presente tema, favorecerá notablemente la conducta de captación de eventos facturables particularmente por evitarse la dispersión de circulación de los pacientes.

Cabe señalar aquí que la palabra circulación si bien está usada en su estricto sentido semántico, tiene una significación que le trasciende en tanto que los mecanismos de circulación dentro de un sistema son esenciales para eficientizarlo y evitar pérdidas de tiempo o doble ejecución de tareas y otros eventos indeseables.

Respecto del registro de eventos facturables, se deberán consignar los mismos en bases de datos interrelacionadas que permitan desarrollar funciones estadísticas, de vigilancia epidemiológica, de absorción de eventos facturables desde el centro de procesamiento de los mismos.

Como corolario final y destacable se menciona que de no disponer de un mecanismo adecuado y eficaz, muchos eventos pueden suceder sin que sean registrados o detectados y por ende no facturados.

Se considera que sólo la voluntad de registrar y elaborar las formas facturables no es suficiente para poder llevar a cabo la tarea completamente.

Debe existir una base de datos en la cual se pueda recabar la cantidad y calidad de prestaciones realizadas efectivamente por prestador (independientemente de la cobertura asistencial) y que pueda ser utilizada para medir y premiar la eficiencia (de muy diversas maneras y no necesariamente económica).

De no existir éste considerando, se colocará a todos los prestadores en un mismo nivel y se eliminará el interés natural de superación de cada uno de ellos.

A los fines de implementar un sistema de puntaje será necesario que se tenga presente lo siguiente:

- Todos y cada uno de los prestadores deben tener en claro que la misión de facturar está entroncada totalmente con el sostenimiento del sistema y con una justicia distributiva, ya que la recolección de fondos de aquellas coberturas que los disponen permitirá asistir mejor a quienes no poseen cobertura. La falta de ésta Misión y Objetivo dará por resultados Esfuerzos Dispersos.
- Si no se generan las instancias correspondientes para cumplir con todos los puntos arriba mencionados tendientes a lograr el objetivo, tendremos por resultado Ansiedad y Frustración.
- Si no existen incentivos para que las personas busquen superación, se logrará como resultado un cambio lento o nulo.
- Si no se realiza un proceso de reingeniería y de reorganización simultánea tendiente al logro del objetivo único se tendrá por resultado una responsabilidad dispersa.
- Si no se basa todo lo anterior en una adecuada planificación, se tendrá como resultado un falso comienzo.

Documentos asistenciales que se requieren para el proceso de facturación y que por lo tanto deben registrar todos los eventos facturables:

La Historia Clínica es el documento único donde deben estar consignados todos los eventos prestacionales y por ende facturables.

Se ha encontrado que la hoja caratulada como 'IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO' no siempre se encuentra actualizada.

Se ha observado además que en dicha hoja se han registrado evoluciones u otros registros que no corresponden estén asentados en la misma.

Éste grado de desorganización, es una parte de la desorganización global del Sistema Hospital. Si bien la Historia Clínica es atinente al sector profesional, no está desvinculada de la Unidad Facturación.

Se hace un primer señalamiento concreto, cual es que ninguno de los Sistemas está desvinculado de los demás, lo cual se puede ilustrar en un gráfico de conjuntos de la siguiente manera:

No siempre los datos identificatorios de los pacientes en la Historia Clínica están actualizados. También se pudo observar que existen dificultades a la hora de buscar los datos de atenciones ambulatorias ya que se hallan intercalados entre las atenciones en internaciones. Esto dificulta las tareas del personal de Secretaría de Sala innecesariamente.

También se pudo observar que no siempre la intervención de los profesionales está refrendada con fecha, firma y sello, a la vez que no todas las intervenciones son consignadas adecuadamente. También se ha hallado que no siempre existe una cronología secuencial debido a que la consignación de datos está francamente traspuesta.

No existe una hoja de protocolo quirúrgico, encontrándose de éste modo una variabilidad de registros, debiendo propender a la unicidad de criterios. En menor grado, también las evoluciones carecen de sistematización.

Esta secuencia de hechos dificulta al personal administrativo la recolección de todos los eventos médicos facturables, y quedan aún por analizar de que manera se puede ejercer el control sobre dicho personal para asegurarse que lo facturado alcance en el mayor grado posible a lo prestado.

Es necesario ejercer acciones sobre quien toma decisiones en relación a la atención de los pacientes para que documente cada una de esas decisiones en

forma fehaciente y luego, que al realizarlas también documente resultados e informes.

Se considera que es más aconsejable hacerlo desde la postura de una auditoría de calidad de prestaciones, que desde una auditoría de policía.

Es necesario que una Institución intrahospitalaria sea creada, o se anexasen funciones a una ya preexistente, a los fines que se contemplen modificaciones de procedimientos relativo a las Historias Clínicas, prescripción de prácticas, metodología de prescripción, informes y todo otro asiento de datos que se practique.

HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

Se pudo constatar que los agentes directamente afectados a la Unidad Facturación son seis (6).

En tanto en el proceso de recolección de órdenes y registro de eventos facturables se contabilizaron veintitrés (23) agentes, algunos de los cuales además de recibir las órdenes y verificar su llenado o completarlo llevan a cabo tareas de atención al público (secretaría del área correspondiente, entrega de turnos etc.). En total el proceso administrativo de facturación involucra a treinta (30) personas.

De las personas que llevan a cabo el proceso sólo dos (2) manifestaron conocer el funcionamiento del Sistema de Facturación.

El conocimiento del Sistema de facturación no es requisito suficiente para producir una facturación correcta, sino más bien es una herramienta complementaria y hoy en día necesaria. Sólo una de los agentes de la Unidad Facturación manifestó conocimientos de facturación y simultáneamente de manejo operativo del Sistema. El resto del personal no cuenta con capacitación adecuada para un desempeño que brinde un rendimiento eficiente.

No se halló un Manual de Procedimientos ni Normas de funcionamiento. Esto surgió luego del análisis presencial y de la lectura de notas en respuesta a solicitudes realizadas en dicho sentido.

No se han registrado por lo menos en los últimos doce meses, tareas de docencia que permitan superar la incompetencia técnica parcial del resto del personal. Es dable pensar que la persona que está en condiciones de capacitar a las demás está absorbida por el proceso técnico de facturación no disponiendo de tiempo para la tarea docente. A su vez la falta de personal capacitado recarga la tarea técnica de la persona capacitada y que es numéricamente insuficiente. Esto crea un feed-back negativo, retroalimentando perniciosamente el mecanismo.

Se ha constatado un grado importante de movilidad del personal, teniendo como consecuencia que personal con algún grado de capacitación para la Unidad Facturación se halla fuera de ella.

Falta un nexo entre los Profesionales prestadores y el personal que factura. No se cuenta con nomenclador por cada una de las áreas debidamente adecuado al proceso de facturación. Actualmente en forma periódica (generalmente en forma anual) se hace un relevamiento de las prestaciones que llevan a cabo cada uno de los servicios. Sin embargo los registros no están adecuadamente codificados, lo cual dificulta la tarea del personal que procesa los datos.

No existe un médico que ejerza las funciones de auditoría, y por ende sirva de nexo entre el prestador y el facturador. La Unidad Facturación no tiene a quien recurrir ante los débitos de las Obras Sociales.

Tampoco existe un Nomenclador Hospitalario, que sirva de modelo a la hora de negociar contrataciones y que esté basado en una estructura de costos por prestación.

Se resalta que el Sistema Informático cumple con el objetivo propuesto, pero lo puede hacer de modo más eficiente. Se sugiere la corrección de los siguientes aspectos:

- El nivel de conocimientos de facturación por parte del operador hace crítico el recurso humano. Ésto puede ser evitado permitiendo el acceso a la rendición de facturas a niveles más bajos de capacitación de operadores mediante un Sistema más automatizado. Esto tiene una connotación directa con permitir que mayor cantidad de personal pueda desempeñarse ejecutivamente en el área.

Éste punto implica una agilización real de la rendición de cuentas. Visto las dificultades del sector se considera que la solución a los mismos aportaría ventajas multiplicadoras.

Relacionado con el Sistema Informático y además con el aspecto administrativo se mencionan los siguientes elementos que deben ser solucionados a la brevedad:

1. Emitir Facturas por triplicado: Una copia debe ser enviada al cobro a la Obra Social, otra debe quedar archivada a debido resguardo (crear área de seguridad específica de acceso restringido para resguardo de documentación) con el recibido con fecha y sello por parte del responsable de la filial o central, y la tercera debe quedar en poder del Contador previo asiento de la misma en la base de datos correspondiente.
2. Realizar Copias de Seguridad de bases de datos: Se recomienda que se conserve en diskettes, y de ser posible en discos tipo Zip o en el disco duro de otra máquina que sólo sirva para resguardo de datos (no debe ser usada para realizar procesos y debe desconectarse de la red una vez actualizada la información)
3. Consignar todos los datos de la Factura en la Base de Datos: La base de datos debe permitir rehacer una rendición sin tener que procesar la misma. Asimismo al contener los importes, los trabajos de auditoría y estadísticos serán más efectivos. Debido a la falta de importes en los registros de disco duro, no se puede llevar a cabo un análisis correcto y completo de lo facturado. A falta de dichos importes se debería poder recurrir a las copias de facturas según se menciona en el punto 1 pero que no se disponen pues dicho mecanismo no se instrumentó. Si se hubiera instrumentado la emisión de copias en papel pero no la consignación de importes en el disco duro estaríamos ante otro déficit: la dificultad para auditar las rendiciones por la voluminosa cantidad de las mismas. Se considera que ante grandes volúmenes de información, los análisis se deben hacer consultando las bases de datos, reservando las copias en papel debidamente recibidas por la Obra Social, como resguardo en caso de reclamos, pérdidas por parte de la obra social o para hacer muestreos de control de la base de datos en cuestión.

- Análisis de producción Vs facturación actual.
- Estado de cartera antigua, objeciones pendientes, glosas y auditoría de cuentas, re facturación.

PLANEACION:

- Descripción del proceso adecuado y estructurado de admisiones y facturación.
- Elaboración de manuales de procesos y procedimientos.
- Elaboración de flujogramas de los procesos.
- Establecer los formatos de captura de información adecuados.
- Elaboración de indicadores de gestión de cada área.
- Elaborar proceso de levantamiento de objeciones, glosas y auditoria de campo.

ORGANIZACIÓN Y EJECUCION:

- Establecer los grupos de trabajo para organización de las áreas.
- Capacitar a los grupos de trabajo.
- Fomentar el compromiso de las diferentes áreas involucradas en los procesos, capacitación institucional.
- Implementar los procesos en cada una de las áreas de trabajo.
- Actualizar permanente al personal.

EVALUACION:

- Verificar el desarrollo del proceso implementado.
- Evaluar los resultados obtenidos.
- Realizar el análisis financiero de resultados.
- Realizar la respectiva retroalimentación de los procesos y la posterior implementación de ajustes.

METODOLOGIA

La facturación por venta de servicios de salud es un proceso antiguo dentro del sector de la salud, a raíz del advenimiento de la ley 100 de 1993, nace la descentralización de las instituciones de salud pública, la cual conlleva a la creación e implementación de procesos como la facturación, la gestión de cartera y la Auditoría de cuentas médicas, los que aún hoy en día, después de casi quince años están en crecimiento y distintos ajustes.

La constitución política de 1991 fue la primera gestora de este proceso de facturación para la salud en su artículo 153 expresa que “la organización del sistema general de seguridad social en salud será en forma descentralizada” y en el 155 “ las IPS deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera”. Como se puede observar este sistema de seguridad social en salud nos obliga a que todas las entidades de salud sean independientes, autónomas y tengan un crecimiento y sostenimiento a partir de la venta de servicios de salud. Por lo tanto se hace necesario la implementación de un buen programa de auditoría en el área de facturación con el

fin de cumplir con lo anteriormente dicho, y disminuir así las falencias en el área, trabajando en el mejoramiento continuo de dicha problemática.

El desarrollo e implementación del sistema de auditoría en facturación tiene una naturaleza práctica, en donde los servidores públicos y/o contratistas del área reciben capacitación y la entidad se beneficia con la asesoría y la transferencia de tecnología, al organizar, dirigir y ejecutar su propio proceso mediante la integración del equipo auditor con sus funcionarios, garantizando con el análisis de los documentos y las herramientas recibidas, junto con la capacitación y el acompañamiento del personal, el cumplimiento de las disposiciones constitucionales y legales vigentes en materia de gestión de la calidad en las entidades públicas, enfocadas al área de facturación en el servicio de urgencias.

Para tal fin se hace necesario inicialmente identificar las debilidades encontradas en el proceso de facturación, dentro de las cuales se destaca el desconocimiento de las normas vigentes, desconocimiento de la contratación, la resistencia al cambio especialmente por el personal asistencial, que lleva a la deficiencia de reportes, carencia de auditoría previa de cuentas, el reprocesamiento de cuentas por objeciones y glosas altas, y el no uso de protocolos o guías de manejo.

Previa a la planeación, implementación y mejoramiento de la puesta en funcionamiento de un adecuado proceso de facturación, es necesario que se tenga un conocimiento amplio y actualizado de las normas y la contratación realizada en la IPS, “si no se conocen los contratos antes de facturar, la facturación tiene las mayores posibilidades de ser devuelta”, el personal operativo de la institución, tanto asistencial como administrativo, dentro del cual se encuentra admisiones, facturación y cartera son los que deben saber: ¿a quién atender?, ¿cuándo atender?, ¿a que tarifas?, ¿bajo cual modalidad? (capitación, evento, por caso, etc.), ¿cuáles son los soportes contemplados?, ¿quién es el responsable de pago?, ¿cuándo y cómo presentar las cuentas?, y ¿cuándo pagan la cuenta?. Una vez aclarado todos estos conceptos, el proceso de facturación consta de los siguientes pasos:

1. **Admisión del usuario:** identificar, verificar los derechos y clasificar.

2. **Recolección de documentos:** recopilar toda la información de las actividades, procedimientos y consumos por paciente.
3. **Clasificación y digitación:** se clasifica en grupos de acuerdo a entidades responsables de pago.
4. **Liquidación y elaboración de la factura:** se debe tener presente los manuales de tarifas vigentes.
5. **Ajustes finales y envío de la cuenta:** se realiza la auditoria previa, se da el visto bueno y se arma cada cuenta por ente responsable y por periodo, se envía a cartera para la radicación y gestionar el cobro al ente o persona responsable.
6. **Elaboración de informes:** importante para la retroalimentación de la información.

CRONOGRAMA

▪ Actividad	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11
FASE I DIAGNOSTICO											
FASE II PLANEACION											
FASE III ORGANIZACIÓN Y EJECUCION											
INFORME FINAL											

CONCLUSIONES

1. No se dispone de una masa crítica de personal capacitado adecuadamente para llevar a cabo la gestión;
2. Se ha observado una movilidad importante de personal en la Unidad Facturación, habiéndose detectado asimismo presencia de personal capacitado para dicha área fuera de la Unidad de Facturación.
3. No se ha privilegiado la formación y capacitación del recurso humano, tendiente a favorecer un mejor funcionamiento del Sistema.
4. No se disponen de datos suficientes para poder cruzar cantidad de pacientes (mediante planillas) con cantidad de facturas efectivamente emitidas a las entidades prestatarias (debido a falla en éste último ítem). Sólo se dispone de bases de datos incompletas y que no acreditan fehacientemente si las facturas en papel fueron entregadas a las entidades prestatarias.
5. No se dispone de un Nomenclador de prestaciones del Hospital, si bien existen aproximaciones parciales y fragmentadas como lo constituyen aranceles para ser aplicados a entidades del medio y a particulares que requieran servicios.
6. No se dispone de módulos de costos operativos ni de una metodología de estructura de costos por prestación que permita elaborar un Nomenclador de prestaciones a los fines de hacerlo adecuadamente, estableciendo costos operativos.
7. No existen Manuales que contengan Normas de Procedimientos para que los agentes afectados al sector puedan asumir sus funciones. Tampoco existen en la Unidad de Facturación planillas de Descripción de Tareas por agente, por lo cual la actividad de los mismos está limitada a instrucciones verbales.
8. No se entregan facturaciones con copia a fines de que la entidad prestataria otorgue el recibido pertinente, el cual obra como documento de lo entregado al cobro y

además como elemento estadístico válido de un procedimiento cumplido efectivamente.

9. El sistema de Facturación ocasiona pérdidas evitables de tiempo por parte de los operarios del mismo, y no guarda en su base de datos todos los elementos de lo facturado (valores facturados por ejemplo).
10. El quehacer de la facturación pasa por una persona, el Jefe de Facturación, debido a que el resto del personal no se halla suficientemente capacitado, por lo que se produce un cuello de botella a ese nivel. Oportunamente debieron haberse desarrollado jornadas de capacitación que permitan a la Jefe de la Unidad delegar funciones en sus subordinados.
11. No se dispone de un relevamiento de las prestaciones de los profesionales que se halle codificado. Esto es necesario a fines de que el agente que va a facturar pueda con el diagnóstico asentado en la historia clínica correlacionar un código sin tener que recurrir periódicamente al profesional prestador.
12. No se dispone de una Auditoría Médica que viabilice la relación entre el profesional efector y el agente facturador.
13. No se tiene conocimiento de que se hayan llevado a cabo reuniones que cuenten con la presencia de prestadores y personal de facturación para subsanar los déficits que surgen de la falta de comunicación y de la carencia de un auditor médico.

PLANEACION

La administración de los servicios de salud prevé que los recursos financieros requeridos por los Hospitales, sean obtenidos con base en los ingresos generados por la venta de servicios.

Si bien es cierto que la carencia de recursos económicos y de mecanismos claros de financiación de las IPS, son causas del déficit crónico de las mismas, no es menos cierto que gran parte de los problemas tienen que ver con las dificultades de orden administrativo que impiden un adecuado flujo de caja, por lo que se deben desarrollar acciones encaminadas a mejorar este proceso. El no recaudo efectivo de los dineros generados en la prestación de los servicios de salud, pueden ocasionar serios problemas financieros para la empresa y atentar contra su sostenibilidad y el logro de su misión. Es importante entonces fijar lineamientos y políticas en el manejo de ésta área que permitan establecer su filosofía, visión, funciones y unos adecuados mecanismos de control, con la aplicación de principios de calidad oportunidad, eficiencia, eficacia. etc.

En esta etapa del proceso de facturación se busca evitar las glosas, retardo en la presentación de las cuentas, etc., por motivos imputables a la institución, que causan retardo en los pagos, además de generar mejoramiento continuo.

Considerando que el personal de una Institución es el recurso más valioso y que su aquilatación reditúa en beneficios directos para la Institución, se indican las siguientes sugerencias:

- Se debe nuclear en la Unidad de Facturación a todos los agentes que cuenten con conocimiento de las tareas substantivas y que actualmente prestan revista en otras áreas.
- Se debe propender asimismo a evitar la movilidad de dichos agentes, a fines de que ganen en experiencia y se consoliden los algoritmos de funcionamiento.
- Con personal calificado y destino fijo se podrán elaborar y enriquecer manuales de procedimiento y planillas de descripción de tareas. De ese modo en ausencia de parte del personal (licencias, etc.), será más fácil poder llevar a cabo eficientemente los reemplazos.

- Los sentimientos de pertenencia, superación y trascendencia son elementos claves a considerar a la hora de analizar una Institución con inconvenientes en su funcionamiento en todas o en cualquiera de sus áreas.
- Consideramos que dichos sentimientos se encuentran vulnerados en la Unidad de Facturación, constituyendo ésta situación el elemento subyacente de gran parte de los problemas estructurales que se han detectado.

A los fines de una comprensión más analítica y profunda del párrafo precedente se invita a la consulta de textos específicos sobre Relaciones Humanas (RRHH) (David Bangs, Jorge Aquino, entre otros).

Se deben planificar y programar jornadas de entrenamiento para el personal no suficientemente capacitado que se halle afectado a la Unidad, a ser dictado por sus superiores.

Dichas Jornadas deberían ser planificadas meticulosamente de acuerdo con las necesidades a satisfacer en lo inmediato, dejando para más adelante otras jornadas de formación complementaria.

En dichas Jornadas se deberá evaluar al personal al final de las mismas, con el objetivo de medir el grado de aprendizaje logrado y por ende conocer el beneficio potencial que se incorpora al sistema mediante las mismas.

También se deberán identificar las actividades en las cuales el personal en general cuenta con escasa experiencia y sean de reciente desarrollo (como sucede con las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo) a fines de realizar cursos de capacitación.

SISTEMAS INFORMÁTICOS

Debido a que los convenios son cambiantes, el grado de inteligencia (en el procesamiento de datos) que ejerce un sistema informático debe ser también actualizable.

Existen por lo menos dos clases de Sistemas Informáticos de Facturación, según si el operador debe tener conocimientos plenos de facturación para alimentar al

sistema o en un segundo caso si el operador simplemente carga los datos dejando al sistema las bifurcaciones lógicas incorporadas ante cada cambio de convenios.

Nos inclinamos por la segunda opción, es decir un sistema que contemple por cada obra social las variantes contractuales a fines de automatizar la carga y procesamiento de datos (más allá de la simple asignación de aranceles a cada honorario o gasto correspondiente).

Esto es debido a que permite un ahorro de tiempo y de procesos importante, además de evitar de modo importante la posibilidad de errores u omisiones humanas.

Los algoritmos de un sistema informático deberán tender a eliminar los factores de distracción y maniobras superfluas como las consignadas en los ítems respectivos de la presente.

Todo procedimiento o maniobra que pueda ser evitada debe reemplazarse o anularse a fines de disminuir la cantidad de horas-operario empleadas, los márgenes de error humano, el desgaste innecesario del/los operarios y el poder permitir al personal de la Unidad disponer de momentos libres que les permitan repensar mejoras de funcionamiento.

Se hace particular hincapié en el último punto, es necesario brindarle a los agentes de una Unidad –cualquiera que sea-, tiempo libre de actividad para que puedan repensar la misma. Parte de dicho tiempo se debe permitir para integrarse con el resto del personal de la Institución, caso por ejemplo los prestadores a fines de suplir con la integración e interacción toda falta de fluidez en los procedimientos.

Nadie puede saber quién será el observador de la Institución que podrá proponer un cambio que modifique substancialmente el funcionamiento de la misma. De

modo que si existe el deseo de que la Institución progrese, es menester permitir a los agentes de la misma que se transformen en actores y motores de los cambios. Se deberá propender a un funcionamiento de toda la Institución en Red con almacenamiento de datos en bases de datos relacionadas con privilegios de acceso, encriptamiento de datos, claves y copias de seguridad. Para ello una adecuada planificación en la cual participarán todos los sectores y mandos podrán elaborar el Sistema adecuadamente.

También elaborarán los campos de cada registro según una discusión que necesariamente deberá ser participativa, y a la cual asistirán la mayor cantidad posible de efectores finales, no sólo con el objetivo de elaborar los lineamientos y consignar los detalles operativos sino fundamentalmente para constituirse en los artífices del cambio, requisito éste necesario para obtener espíritu de colaboración inagotable.

Se considera que los cambios, necesariamente para ser posibles deben imbuirse de la participación del sector operativo. Los sectores de conducción establecerán los lineamientos según las estrategias de los planificadores y los cambios los deberán llevar a cabo los efectores finales, por ello se asigna tanta importancia a su participación real y efectiva.

MECANISMOS DE CAPTACIÓN DE EVENTOS FACTURABLES:

Se deberán asentar en cada área operativa las intervenciones llevadas a cabo por los prestadores finales, las cuales quedarán asentadas en una base de datos que será factible de ser consultada a través de la red por la Unidad Facturación. Ésto no reemplaza a la recepción de la orden prestacional y su llenado correcto, como así también la confección del informe respectivo.

Debido a que éste es el punto débil más común a todos los sistemas de facturación, se debe recurrir necesariamente a la única herramienta que ha demostrado siempre ser eficaz, cual es otorgar un premio a la eficiencia prestacional (medida de modo opinable por cada institución en tanto sea justa,

pero siempre en el caso de un Hospital Público, llevarla a cabo sin tener en cuenta el tipo de cobertura que tenga el usuario al que se le realizó la prestación).

Se menciona deliberadamente la palabra eficiencia y no cantidad de casos atendidos porque una cosa bien diferente es atender pacientes y otra es resolver sus problemas.

En esto se sugiere un mecanismo de detección de primeras consultas y consultas ulteriores por determinada patología con cierre anual de dicha tipificación. A tal fin se remite a la lectura del proyecto de Historia Clínica Informática oportunamente presentado, en donde se menciona la estructura de despistaje de las diferentes clases de consultas u otras prácticas.

Así como un médico no puede pasar fácilmente a ejercer otra especialidad periódicamente (además de ser ello algo poco común), del mismo modo se debe propender a la especialización de los administrativos y no a su traslado habitual. Así se propone una estructura física especializada (reingeniería Hospitalaria) en donde en un determinado lugar físico del hospital se desenvuelvan especialidades afines y se facilite a los administrativos el poder ejercer una sola tarea (especialidad).

Se propone fuertemente eliminar las posibilidades de rotación de los agentes entre los sectores, para ello se deberá propender a elaborar currículos y planes de estudio que deberán cumplir los administrativos para aquilatar su función como ocurre con cualquier otro personal del hospital.

No sólo las áreas técnico-profesionales deben mantener su nivel de conocimiento sino que también las áreas administrativas deben tener sus manuales de procedimiento, sus niveles de conocimiento bien establecidos y si no existen incentivos de superación jerárquica, no obtendremos nunca un plantel con una masa crítica de agentes que acompañe los cambios permanentes que se necesitan para adaptarse al contexto.

MANUAL DE ATENCIÓN AL USUARIO EN SERVICIOS DE URGENCIAS

En un Hospital la ATENCIÓN AL USUARIO está dada por un conjunto de procesos íntimamente interrelacionados entre sí, que involucran no sólo el proceso específico de prestación del servicio de salud, sino que abarcan también una serie de procesos “no clínicos o asistenciales”, sin los cuales no sería posible atender de maneras adecuada y oportuna las necesidades de los usuarios.

En la atención asistencial se concreta la finalidad del Hospital, puesto que con él se logra recuperar, conservar o desarrollar la condición de salud del usuario, es decir, se satisface una de las necesidades básicas de subsistencia de la persona. Atender bien o no, depende de múltiples factores que condicionan la CALIDAD de los servicios. Para ello, el hospital debe garantizar la idoneidad de los prestadores y de la tecnología, suficiente, adecuada y racionalmente utilizada, para lograr dicho propósito.

No obstante, a pesar de contar con el mejor personal especializado y la tecnología más sofisticada, e incluso lograr grandes éxitos en la recuperación de la salud de un enfermo, muchos hospitales no alcanzan un nivel adecuado de satisfacción en sus usuarios.

Esto podría resultar contradictorio, si se piensa que la misión institucional, en principio, está basada en la posibilidad de recuperar y mejorar las condiciones de salud de la población.

Es frecuente observar que los usuarios a pesar de egresar sanos del Hospital se retiran de la entidad con alguna insatisfacción manifiesta, lo cual es explicable, en

el ámbito del conjunto de procesos que se encuentran alrededor de las actividades propiamente asistenciales.

Generalmente hay más quejas por el mal trato del personal, las largas "colas", el incumplimiento y la impuntualidad en las citas, la poca o inadecuada información, la espera para la factura y el pago, que por la calidad de los servicios clínicos en sí mismos.

Estas actividades están ubicadas de diferente manera antes, durante y después del servicio asistencial y tienen que ver con procesos que hacen parte integral de la atención requeridos por el usuario (información, oportunidad en la atención, etc.) y por la institución (registrar, facturar, cobrar, etc.).

Además, deben estar dispuestas de tal manera que se conviertan en servicios capaces de agregar valor al servicio asistencial. Con ellas es posible satisfacer las demás necesidades del usuario, que no son sólo las de subsistencia (recuperar la salud.), sino que atañen con su condición humana y el estado de sufrimiento que traen consigo las enfermedades.

Aquí es posible mencionar las acciones propias que resultan de las interacciones humanas (en este caso entre el prestador y el usuario) y que llenan las expectativas de una persona: el respeto por su dignidad, el derecho a ser debida y suficientemente informado en todo sentido, estar ubicado en un ambiente agradable, recibir un trato amable y afectuoso, ser oportunamente atendido, etc.

Por ello, la adecuada disposición de los servicios de información, el correcto diligenciamiento de sus registros clínicos, la oportuna programación de la atención y la citación a los servicios, el fácil acceso a los sitios para facturación y pago, la celeridad en los procedimientos administrativos, el debido recibimiento y egreso, junto con la efectiva prestación del servicio asistencial, deben lograr en conjunto un nivel óptimo de satisfacción de los usuarios.

ADMITIR Y PRESTAR	1. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD de Consulta y/o procedimientos de urgencias.
	2. ABRIR LOS REGISTROS CLÍNICOS para la prestación del Servicio de Salud.
	3. REGISTRAR los SERVICIOS PRESTADOS durante la atención.
	4. PRESTACIÓN DE SERVICIOS en Observación u Hospitalización de Urgencias.
	5. INGRESAR al Usuario al Servicio de Observación/Hospitalización de Urgencias y apertura de la cuenta.
	6. REGISTRAR los SERVICIOS PRESTADOS durante la atención.
	7. ENTREGAR la INFORMACIÓN solicitada por el Usuario y/o la familia.
EGRESAR	1. SALIDA hacia Domicilio
	9. FACTURAR los servicios
	10. TRAMITAR la salida del paciente.
	11. ORIENTAR al Usuario y a la familia.
	2. TRASLADO hacia un servicio de Hospitalización o Quirófanos
	9. TRASLADAR el usuario a un nuevo servicio
	3. REMISION hacia otra IPS
	9. FACTURAR Y COBRAR los servicios
	10. TRAMITAR la salida
	11. ORIENTAR al Usuario y a la familia
	4. EGRESO por defunción
	9. FACTURAR Y COBRAR los servicios al Usuario.
	10. TRAMITAR la salida
11. ORIENTAR al Usuario y la familia.	

PRESTAR LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y ADMISIÓN AL HOSPITAL

La admisión y la prestación del servicio se realizan de manera simultánea y no necesariamente después de la admisión.

(A) PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA CONSULTA Y/O PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS

Un usuario con una urgencia es alguien que tiene una alteración de su integridad física y/o mental, causada por un trauma o una enfermedad de cualquier causa, genera una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.” De acuerdo con la anterior definición, si el servicio solicitado por el usuario es una URGENCIA PROPIAMENTE DICHA, el Hospital no debe realizar ningún trámite previo distinto de la atención asistencial misma. El servicio debe estar dispuesto entonces de tal manera que sea posible

atender de forma oportuna las necesidades del usuario, que generalmente atentan contra su condición vital.

Simultáneamente con la prestación del servicio de salud, se realizará en la medida de lo posible, el trámite de procesos administrativos requeridos que se describen a continuación.

(B) INFORMACIÓN QUE BRINDA Y RECIBE EL USUARIO

Este momento es fundamental para dar un correcto inicio al ciclo de atenciones que se le va a brindar al paciente en la Institución y el posterior cobro a las aseguradoras de los usuarios por los servicios recibidos.

Por urgencias ingresan la mayoría de los usuarios para la atención hospitalaria. Por ello, se debe controlar la identificación del paciente y en la verificación de sus derechos.

Identificación del paciente.
Verificación de derechos.

© ABRIR LOS REGISTROS CLÍNICOS

A todo paciente que ingrese por Urgencias debe abrírsele historia clínica, así la atención sea ambulatoria.

(D) REGISTRAR LOS SERVICIOS PRESTADOS

Este proceso consiste en anotar en los formatos establecidos para tal fin todos los procedimientos tanto médicos como de enfermería que se le practican al usuario y los insumos suministrados durante la atención asistencial.

Para el registro de los procedimientos se debe diseñar un formato, que contenga en forma preestablecida los más comunes y repetitivos con dos propósitos:

Que visualicen y, por lo tanto, les recuerde a los prestadores directos de la atención asistencial los procedimientos más comunes para que no se omitan en el registro.

Que señalen fácilmente los procedimientos y escriban los que no aparezcan en él.
Para el registro de los insumos también se debe diseñar una Nota de Cargos de Insumos en Urgencias.

PRESTAR LOS SERVICIOS EN OBSERVACIÓN U HOSPITALIZACIÓN DE URGENCIAS}

(A) INGRESAR AL USUARIO AL SERVICIO

El ingreso del paciente a observación urgencias genera un cobro adicional, una estancia hospitalaria que debe ser cobrada teniendo en cuenta si la persona permanece en el servicio menos de 6 horas o entre 6 y 24 horas.

El médico debe elaborar una orden de hospitalización en el servicio. La enfermera encargada del servicio ubicará una cama y se la asignará al paciente.

(B) REGISTRAR LOS SERVICIOS PRESTADOS DURANTE LA ATENCIÓN

Para tal fin se seguirán anotando todos los servicios prestados al paciente en las Notas de cargos tanto de procedimientos como de insumos.

Otra información muy importante es la fecha y hora del ingreso del paciente al servicio de observación para el posterior cobro de la estancia.

© ENTREGAR LA INFORMACIÓN AL USUARIO O AL RESPONSABLE.

La Institución debe estar en disposición de ofrecer información respecto al estado de salud del paciente, médico que lo atiende, horario de visitas a observación, condiciones especiales para hacer la visita de observación, estado de la cuenta.

SALIDA DEL PACIENTE DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Los procedimientos que se realizan al momento de la salida del paciente de los servicios de urgencia dependen de su destino: a) hacia el domicilio, b) traslado hacia quirófanos o un servicio del mismo hospital c) traslado a otra institución d) egreso por fallecimiento.

(a) SALIDA HACIA EL DOMICILIO

Antes de iniciar la facturación se deben garantizar los soportes y el control para que los registros lleguen a la dependencia de facturación:

El médico autoriza en el formato de Egreso la salida del paciente. Además, elabora la epicrisis de la atención brindada al usuario.

Si el usuario es víctima de accidente de tránsito, en este momento el médico hace el Certificado de Atención Médica para Accidentes de Tránsito con el propósito de

soportar y cobrar la cuenta de este paciente ante la aseguradora en forma oportuna.

El formato de egreso se envía a facturación junto con las notas de cargos de procedimientos e insumos en urgencias para que se inicie la liquidación definitiva de la cuenta del paciente.

Facturar y cobrar los servicios. Una vez realizados estos trámites se procede a la liquidación y al cobro de los servicios de acuerdo con el manual de procedimientos y tarifas establecido en la relación contractual y la legislación vigente.

TRAMITAR LA SALIDA DEL PACIENTE.

Garantizar que el usuario no se salga de la Institución Hospitalaria sin que haya cumplido con todas las obligaciones administrativas.

- Para que lo anterior se cumpla el cajero emite un paz y salvo cuando se ha garantizado que el usuario cumple con todos los requisitos administrativos del caso.
- La enfermera Jefe del Servicio o la Auxiliar debe evitar la salida del paciente sin su autorización. Para ello firma el paz y salvo respectivo.
- El portero de la institución también interviene en el control: verifica que el usuario tenga el paz y salvo vigente y firmado por la Enfermera Jefe o la Auxiliar.
- El portero recoge los paz y salvos para compararlos con el número de egresos y la cantidad de facturas. Así, lleva el control de las fugas.

ORIENTAR AL USUARIO Y/O RESPONSABLE.

Indicarle qué servicio ofrece el hospital para seguir su tratamiento y las recomendaciones para seguir el plan terapéutico.

(b) TRASLADO A UN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN O QUIRÓFANOS

Es importante diligenciar el formato de traslado con el propósito de llevar control sobre las fechas en que fueron realizados para liquidar correctamente las estancias de acuerdo con las tarifas establecidas.

Luego se debe contar con la disponibilidad de una cama en el servicio hacia donde se traslada el paciente: la enfermera hace los contactos pertinentes.

Las notas de cargos de procedimientos y consumos de urgencias se envían al Departamento de Facturación para que sean registrados en la cuenta del paciente.

© REMISIÓN A OTRA IPS

Es el proceso por medio del cual se envía a un paciente para su atención, de un nivel a otro, de una Institución a otra con mayores recursos para el diagnóstico y el tratamiento, o se devuelve de ésta a su nivel de origen, con una indicación clara del diagnóstico definitivo, tratamiento realizado y conducta para seguir.

Para la remisión se utilizarán el registros de Formulario de “Remisión de Solicitud y respuesta”

La responsabilidad de la Coordinación en las funciones de remisión de pacientes, incluye el manejo de los documentos relativos a la remisión.

Para la liquidación total de los servicios, el médico debió haber diligenciado el formato de egreso y la orden de remisión a otra IPS.

Facturar y Cobrar los Servicios Prestados.

Una vez realizados los trámites anteriores se procede a la liquidación y al cobro de los servicios de acuerdo con el manual de procedimientos y tarifas establecido en la relación contractual y la legislación vigente.

Tramitar La Salida del paciente.

El propósito es garantizar que el usuario no se salga de la Institución Hospitalaria si que haya cumplido con todas las obligaciones administrativas.

Para que lo anterior se cumpla se emite un paz y salvo por parte del cajero cuando se ha garantizado que el usuario cumple con todos los requisitos administrativos del caso.

(d) POR DEFUNCIÓN

FACTURAR Y COBRAR LOS SERVICIOS PRESTADOS.

Una vez realizados los trámites anteriores se procede a la liquidación y cobro de los servicios de acuerdo al manual de procedimientos y tarifas establecido en la relación contractual y la legislación vigente.

TRAMITAR LA SALIDA DEL PACIENTE.

En este caso, el propósito es garantizar que al momento de la salida del difunto de la institución, los familiares del difunto hayan cumplido con todas las obligaciones administrativas derivadas de la atención del paciente.

Para que lo anterior se cumpla se emite un paz y salvo por parte del cajero cuando se ha garantizado que ese ha cumplido con todos los requisitos administrativos del caso.

Para tramitar la salida del paciente de la Institución, el médico debe diligenciar el Registro de defunción.

En la morgue deben ejercer el control respecto de no permitir la salida del difunto sin el paz y salvo respectivo, lo cual lo confirma firmando el paz y salvo respectivo.

El paz y salvo firmado por el funcionario encargado de la morgue debe ser llevado a la Dependencia de Facturación para que se controlen los egresos por defunciones.

En este punto es importante resaltar que si el portero recoge los paz y salvo debe ser con un propósito, para que el conteo de estos paz y salvos se compare con el número de egresos por defunción y cantidad de facturas y de esta manera llevar el control de los cobros.

ORIENTAR AL USUARIO Y/O A LA FAMILIA

Orientar a los familiares respecto a los trámites para el retiro del cuerpo de la Institución y a los aspectos legales que se deben cumplir en estos casos.

MANUAL DE PROCESOS EN EL SERVICIOS DE URGENCIAS

El conjunto de servicios del portafolio que oferta un hospital E.S.E., puede identificarse y ordenarse de acuerdo con una lógica operativa dada por la naturaleza propia de los servicios de salud, de acuerdo con su funcionalidad, finalidad y el tipo de usuario que atienden.

Por ello, la totalidad de los servicios de un Hospital, se puede agrupar en dos grandes categorías que denotan su propósito básico y que son los productos que se prestan como servicios básicos y los que cumplen una finalidad complementaria de los anteriores.

Un servicio es básico cuando agrupa un conjunto de procesos cuya finalidad es atender de manera directa a los usuarios, y son “puertas de entrada” al Hospital sin requerir de otros intermediarios. Son primarios porque constituyen grupo de servicios fundamentales de un Hospital, donde se originan y alrededor de los cuales se ofrecen los demás productos del Hospital. El cliente directo es el propio usuario que los utiliza.

Estos servicios son: urgencias, ambulatorios y hospitalización.

Por otra parte, la definición de los servicios primarios, permite identificar los escenarios del Hospital en donde se prestan muchos de los servicios administrativos alrededor de los cuales se desarrollan sus procedimientos, como ocurre típicamente con la facturación, ubicado en principio, en los tres servicios primarios.

Un servicio es secundario o complementario, cuando es decir, apoya las labores de los servicios primarios, de estos y sus “clientes directos”. Un servicio

complementario, solo actúa en relación con las necesidades originadas en los servicios primarios.

Estos servicios complementarios son: apoyo diagnóstico, soporte terapéutico y apoyo quirúrgico (o de quirófanos).

Así, los servicios complementarios siempre tienen tres componentes dependiendo del servicio que los originan: ambulatorio, urgencias y hospitalario. Ejemplo: cirugía ambulatoria, cirugía de urgencias o cirugía electiva, etc.

MAPA DE SERVICIOS

Se aplica para las unidades de producción (Ambulatorio, Hospitalización y Urgencias), se desarrolla con base en los productos del manual vigente. Para ello, cada mapa presenta la siguiente estructura:

PROCESOS	Secuencia de actividades lógicamente relacionadas con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas. E: En el caso del Servicio Ambulatorio: Prestar servicios de Consulta Externa.
SUBPROCESOS	Son las descripciones pormenorizadas de una actividad. Esta se desprende del proceso de acuerdo con el servicio y el procedimiento descritos. Ej. Procedimiento de consulta Externa por médico general.
No.	Se enumera cada uno de los subprocesos en orden descendente. Ej.: Cx. Ex. por médico general, Cx. Ex. por Internista, Cx. Ex. por Médico Pediatra, etc.
CÓDIGO	En el Manual de Tarifas (Decreto 2423 de 1996), está determinado por una nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios. Este manual es de obligatorio cumplimiento para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Pública. Ej. Si buscamos en el Manual de tarifa encontramos en el artículo 48 : Reconocer en Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes para los servicios profesionales , por concepto de la atención científica medico y/o quirúrgica, cuándo la Institución Prestadora del Servicio aporta los recursos necesarios para la atención integral, Literal c Otros servicios Profesionales intrahospitalario y ambulatorios.
PRODUCTOS	Corresponde al nombre del bien o servicio (producto principal) o productos esenciales del proceso, que deben cumplir y lograr su propósito. A su vez, los productos de un proceso pueden ser insumos para otro proceso subsiguiente. Ej. Consulta Externa por Médico General.

SERVICIOS DE URGENCIAS

DEFINICIÓN. La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta de urgencias, atenderán obligatoriamente estos casos en su fase inicial, aun sin convenio o contrato, como tampoco pago de cuotas moderadoras o autorización de la E.P.S. respectiva o en el caso de personas no afiliadas al sistema.

Un usuario con una “urgencia” tiene alterada su integridad física y/o mental, causada por un trauma o una enfermedad, que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

El médico define la condición de urgencia y cuando el paciente utiliza estos servicios, sin ser una urgencia, deberá pagar el valor total de la atención.

ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. Se considera como tal, “todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tienen por objeto estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad del Hospital, al tenor de los principios éticos y de las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud”.

A continuación se plantean algunos elementos que permiten definir cuándo un paciente se encuentra en un cuadro clínico que requiere Atención inicial de Urgencias y que se relaciona directamente con el concepto de estabilización en los signos vitales, teniendo presente que estas aproximaciones son sólo criterios esenciales que tiene en cuenta el médico, para definir cada caso en particular.

1 Los signos vitales son: Presión Arterial, Frecuencias respiratoria y Frecuencia Cardíaca, Temperatura, Estado de Conciencia (aún cuando el dolor no es un signo

vital, su control dentro de los parámetros técnico - científicos, hace parte del carácter humanístico inherente al ejercicio de la Medicina).

2 La estabilización de los signos vitales implica llevarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicaciones. No necesariamente involucra la recuperación a estándares normales.

3 La atención inicial de urgencias no va más allá de la estabilización de los signos vitales, aun si esto se logra por medios mecánicos.

4 El diagnóstico de impresión, dentro de la atención inicial de urgencias, se refiere a la identificación de la causa de la inestabilidad de los signos vitales.

5 El concepto de atención inicial de urgencias es asimilable o sinónimo de los conceptos de urgencia vital y urgencias vital inmediata.

6 La atención inicial de urgencias va desde la observación, hasta el momento requerido para realizar el diagnóstico de impresión, la estabilización en los signos vitales y la definición del destino inmediato.

7 La atención inicial de urgencias no incluye ninguna actividad, intervención o procedimiento que se enmarque en la fase de rehabilitación, entendida como las actividades, procedimientos e intervenciones para restaurar la función física, psicológica o social resultante de una condición previa o crónica modificando, aminorando o desapareciendo las consecuencias de la enfermedad, que puedan reducir o alterar la capacidad del paciente para desempeñarse en su ambiente familiar, social y laboral.

8 La atención de urgencias no incluye ningún servicio que corresponda a una actividad, intervención o procedimiento programados (prostatectomías, titulación de hormonas, etc.).

9 La atención inicial de urgencias incorpora todas las acciones inmediatas y necesarias para controlar posibles secuelas.

10 Todas las acciones descritas deben estar enmarcadas en la capacidad técnico - científica, los recursos disponibles, el nivel de atención y el grado de complejidad institucional.

ALCANCE DE LA ATENCIÓN INICIAL, SEGÚN EL TIPO DE URGENCIAS: Las urgencias se clasifican en: Traumática y no traumática, y cada una de esas en quirúrgica y no quirúrgica, obstétricas y psiquiátricas.

Urgencia Traumática Quirúrgica: Incluye todas las actividades, intervenciones, y procedimientos tanto médicos como quirúrgicos, de realización inmediata para la estabilización de los signos vitales, según los criterios técnico científicos definidos sobre este aspecto y para minimizar el riesgo de secuelas.

Urgencia Traumática No Quirúrgica: La Atención inicial de urgencias incluye las actividades, intervenciones y procedimientos, inmediatos para minimizar las limitaciones funcionales y de complicaciones posteriores.

Urgencia Quirúrgica No Traumática: Incluye las actividades, intervenciones y procedimientos, tanto quirúrgicos como médicos, de cuya realización inmediata depende la vida del paciente (procedimiento quirúrgico vital) o la disminución del riesgo de complicaciones.

Comprende la realización de procedimientos médico - quirúrgicos cuyo tiempo de remisión, también incrementa el riesgo de muerte o complicaciones.

Urgencia No Traumática, No Quirúrgica: En este tipo de urgencias se debe tomar en cuenta, la estabilidad de los signos vitales y de los parámetros paraclínicos; al igual que para los signos vitales, implica la realización de acciones para llevarlos a parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicaciones, no necesariamente su recuperación a estándares normales.

La atención inicial de urgencias, abarca, el diagnóstico, la instauración de la terapéutica, de la causa de la inestabilidad en los signos vitales y la verificación de la respuesta clínica y paraclínica favorable al tratamiento instaurado.

Urgencias Psiquiátricas: Dependen de los riesgos que existan para la seguridad del paciente, la familia y la comunidad en general.

Urgencias Obstétricas: Aún cuando las pacientes obstétricas pueden presentar cualquiera de los tipos de urgencias antes mencionados, se considera un tipo de urgencia especial, ya que deberán tener en cuenta tanto el bienestar fetal como la vida materna, de acuerdo con criterios técnico - científicos y al tenor de los

principios éticos del profesional médico. Ello implica siempre la valoración de un profesional de la medicina y la clasificación del riesgo obstétrico.

MAPA DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

PROCESOS	SUBPROCESOS	CODIGO	PRODUCTOS
1. PRESTAR SERVICIOS DE CONSULTA O INTERCONSULTA DE URGENCIAS	1.1 Consulta urgencias MD general	1	Consulta de Urgencias por MD General
	1.2 Consulta o interconsulta Md especializada de urgencias	2	Consulta de Urgencias/ Interconsultas por MD Internista
		4	... etc.
	1.3 Consulta urgencias odontológicas		Cx Ur o Ix Ur odontológica
2. PRESTAR SERVICIOS DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS O TERAPEÚTICOS	2.1 Procedimientos diagnósticos y de tratamiento por auxiliar de enfermería		Curación Nebulización ...etc.
	2.2 Procedimientos diagnósticos y de tratamiento por enfermera		Curación Mayor Cambio Catéter
	2.3 Procedimientos diagnósticos y de tratamiento Md general		Suturas Inmovilizaciones
	2.4 Procedimientos diagnósticos y de tratamiento Md ortopedista		Reducción Cerrada Fractura Radio Artrocentesis
	2.5 Procedimientos diagnósticos y de tratamiento Md especialista... etc		...etc.
3. PRESTAR SERVICIOS DE ESTANCIA EN OBSERVACIÓN (MENOR DE 6 HORAS) O DE ESTANCIA EN HOSPITALIZACIÓN (MAYOR DE 6 HORAS)	3.1 Prestar servicios de estancia en urgencias		Estancia en Sala de Observación II nivel
	3.2 Prestar servicios de atención intrahospitalaria por Md general		Valoración INICIAL Intrahospitalaria por MD 'Gral. tratante, del pacto ingresado para Tratamiento NO Qx ni Obsx Atención diaria Intrahospitalaria por el Médico general tratante, de pacto Qx u Obstet
	3.3 Prestar servicios de atención intrahospitalaria por Md especialista		Atención diaria Intrahospitalaria por el MD Especialista tratante de pcte NO Qx ni Obsx ...etc.

VER UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS Y FLUJOGRAMAS

MANUAL DE PROCESO DE GESTION DE CARTERA

Las actividades del proceso de facturación de urgencias están encaminadas a garantizar que: las cuentas de cobro estén debidamente formuladas y soportadas, sean presentadas oportunamente con todos los requisitos exigidos y acordados, no se presenten glosas injustificadas, los servicios prestados hayan sido facturados correctamente, no se encuentren inconsistencias técnico científicas entre los servicios prestados y facturados y el diagnóstico del paciente y se cree una cultura de mejoramiento, con medición de indicadores para tal fin.

Las actividades a realizar son:

PREPARACION DE LA CUENTA DE COBRO: (CONSOLIDADO)

- Generar el consolidado de la cuenta de cobro
- Generar y Consolidar los RIPS
- Auditoría médica de cuentas.
- Auditoría administrativa,

PRESENTACION DE LA CUENTA DE COBRO.

Estas actividades que aquí están desglosadas con fines didácticos, en la realidad se superponen y son realizadas en muchos casos por un mismo grupo de personas.

Dado que el protagonista principal de éste capítulo es la cuenta de cobro, se hará un análisis de su estructura y posteriormente el de los procedimientos que se requieren para su preparación y presentación.

La preparación de una cuenta debe contar con los soportes definidos para realizar una óptima consolidación de los servicios prestados. Por cada soporte se debe verificar que su contenido sea legible, sin enmendaduras y oportuno. De igual forma se requiere que se establezcan filtros de control que permitan identificar la aseguradora, el régimen y su plan de beneficios.

El área de facturación debe garantizar que la Factura o documento equivalente y los soportes requeridos para el cobro de la cuenta por la respectiva Administradora, estén completos y debidamente diligenciados.

De igual forma se hace indispensable que se tenga disponible la base de datos de los afiliados por cada una de las Aseguradoras con que la institución tiene contrato de prestación de servicios, de tal manera que permita con mayor facilidad al momento de preparar la cuenta, identificar el tipo de usuario y el nombre de la aseguradora a la que éste corresponde. Para que los Prestadores de servicios de Salud dispongan de esta información se requiere que las Aseguradoras se hagan responsables de la entrega de la misma, tal como se establece en el acuerdo 77 del consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y la circular Única de la supersalud.

El proceso de facturación, el cual termina con la Preparación de las facturas o documento equivalente de acuerdo con la prestación de los servicios, anexando los documentos soportes requeridos para la preparación de la cuenta de cobro. Por ello, se inicia con la recepción de cada una de estas facturas o documento

equivalente y sus respectivos soportes para realizar la cuenta de cobro, lo cual conlleva los siguientes pasos: Primero, se deben verificar las cláusulas establecidos en el contrato, posteriormente se toma cada una de las facturas con sus respectivos soportes y se consolidan, luego se realiza una AUDITORIA PREVIA y por último se realiza la cuenta de cobro para ser presentada a la entidad Aseguradora en los plazos establecidos.

Se hace necesario que las E.S.E., cumplan los plazos establecidos por cada uno de sus Clientes (Aseguradoras y/o Responsables), de tal manera que no se generen incumplimientos contractuales y por ende demoras en la revisión y pago de las cuentas. ENVÍO DE CUENTAS: Es la actividad a través de la cual se elabora la remisión y entrega de cuentas a las Aseguradoras.

CONTABILIZAR CUENTAS: Es el registro contable de las cuentas de cobro que son enviadas a las aseguradoras dando origen a las cuentas por cobrar.

En materia tributaria, la cuenta de cobro, consolida el valor total de los servicios prestados y no se considera como factura ni documento equivalente o sustitutivo de la misma. (Legislación de Impuestos y Aduanas Nacionales).

SOPORTE DE LAS CUENTAS

Son todos los documentos que acompañan la cuenta de cobro, y que son exigidos por las Entidades Aseguradoras y/o Responsables, como soporte de la prestación de los servicios de salud, los cuales en términos generales son las FACTURAS – ver modelo de factura en el capítulo 3 Y LOS REGISTROS INDIVIDUALES DE ATENCIÓN. Adicionalmente pueden requerirse otros soportes administrativos, de acuerdo a lo que se haya negociado en la contratación respectiva.

Es importante que las facturas vayan anexadas en el orden en que se relacionan en los Registros individuales de atención.

Estos registros individuales de atención contienen la información mínima de datos sobre prestaciones de salud. Los contenidos mínimos son un conjunto de datos cuya denominación, estructura y características se han unificado y estandarizado para todos los integrantes del Sistema. Se refieren a la identificación de quien presta los servicios de salud, la identificación del usuario que recibe la atención, la atención propiamente dicha y el motivo (diagnóstico y causa externa) que generaron la atención.

PAUTAS MINIMAS PARA LA PRESENTACION DE LAS CUENTAS

Con el fin de generar las pautas mínimas a seguir en la elaboración y presentación de cuentas, por parte del hospital local, que tengan una relación contractual con cualquier Aseguradora y Responsable, para prestar servicios de salud de acuerdo con los regímenes existentes, se diseñó el formato de presentación de las cuentas y el instructivo de uso de acuerdo con las normas existentes, los cuales se debe manejar con los siguientes criterios:

- Las IPS sólo podrán facturar servicios a las diferentes Aseguradoras y responsables, cuando cuenten con una relación contractual formal. No se contempla en dicho requisito la prestación del Servicio de Urgencias, ni los servicios previamente autorizados por una aseguradora.
- Las entidades podrán prestar a los usuarios de las diferentes Aseguradoras, los servicios ofertados en su portafolio, declarados en los requisitos esenciales, y que hayan sido contemplados en el contrato suscrito. La atención inicial de urgencias que debe cobrarse a tarifas del decreto 2423/96 y con el lleno de los requisitos, no está sujeta a que se encuentre contemplada en el contrato, y debe prestarse en todos los casos en que sea requerida.
- Es fundamental que las áreas involucradas en el proceso de prestación de servicios, facturación y cartera, conozcan ante todo los contratos que

tenga el Hospital con las diferentes Aseguradoras y responsables, lo anterior permite ajustarse a las obligaciones contraídas en ellos, para evitar la devolución de los cobros por incumplimientos de los mismos.

- Las Aseguradoras deben entregar la base de datos de los afiliados de tal manera que se pueda verificar los derechos del usuario que lo identifiquen como afiliado. Los responsables de esta verificación de derechos son en primera instancia las Aseguradoras.
- Las condiciones para los cobros contemplados deben ser cumplidos por ambas partes, por el Hospital y por las Empresas contratantes, siempre y cuando quede explícito en el respectivo contrato cuando ha lugar. Es importante que el hospital cumpla con los tiempos estipulados para la entrega de las cuentas de cobro, con el fin de que las Aseguradoras y/o Responsables cumplan con todas las obligaciones que les corresponden.

Las Tarifas contempladas en el Decreto 2423 de 1996, son de obligatorio cumplimiento tanto para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas. En este punto vale la pena mencionar lo siguiente:

- Las Entidades Privadas deberán aplicar estas tarifas obligatoriamente cuando se trate de atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito, eventos catastróficos y la atención inicial de urgencias.
- Todos los servicios de urgencias que las entidades o establecimientos públicos o privados presten sin exigir condición previa al paciente para su atención, podrán ser cobrados a la respectiva aseguradora a la que pertenezca el paciente.

- En el cobro por los servicios de atención inicial de urgencias no se podrá incluir la atención programada; solo los servicios prestados inicialmente para la estabilización del paciente.
- Para efectuar los pagos, y para presentar las objeciones a las cuentas, las EPS, se deben regir por los plazos contemplados en la ley 1122 y el decreto 4747 y/o los fijados en el contrato firmado. Para las cuentas por la atención de víctimas de accidentes de tránsito, las aseguradoras que operan el ramo, deberán, en caso de devolución de las mismas a las Instituciones prestadoras, cancelarles el 50% del valor de la cuenta a título de anticipo. y el saldo, cancelarlo una vez se aclare por parte de las Instituciones, las observaciones efectuadas por la aseguradora.
- Los responsables de la gestión de cartera, deben conocer los contenidos de los Planes de Beneficios, el Manual de tarifas vigente, los procesos de autorizaciones, y en general la normatividad relativa a su gestión de cobro y recaudo de cartera.
- Los prestadores de servicios de salud en el Sistema Integral de Información deberán diligenciar, obligatoriamente, los registros individuales de atención. Todas las entidades aseguradoras, para el pago de los servicios a los respectivos prestadores, exigirán dichos soportes en forma sistemática y rutinaria.
- Las ASEGURADORAS solo podrán solicitar otros documentos soporte de la prestación del servicio de salud para autorizar su pago, cuando se encuentren inconsistencias en los registros individuales de atención, teniendo en cuenta las normas sobre derecho a la intimidad, secreto profesional y ética médica.

CONTENIDO DE LA CUENTA DE COBRO

Dado que la cuenta de cobro sin los soportes mencionados carece de valor se considerará la cuenta de cobro como conjunto de documentos esta conformado por:

- UN CONSOLIDADO O RELACIÓN DE LAS FACTURAS O DOCUMENTO EQUIVALENTE.
- DOCUMENTOS SOPORTES.

NOTA:

Existen dos opciones para realizar el cobro a las Aseguradoras (EPS, ARS), por los servicios de salud prestados:

- Elaborar las liquidaciones individuales por pacientes y un consolidado como factura.
- Facturas individuales por pacientes y un consolidado con relación de facturas (cuenta de cobro).

Consolidado o relación de Facturas o Documento Equivalente

La información consignada en este documento se puede clasificar en varios grupos que a continuación se describe:

IDENTIFICACION DEL PRESTADOR DE SERVICIOS:

- Código del prestador en le SGSSS: el cual es un código asignado al prestador de servicios para su identificación en el Sistema, esta identificado en una tabla que facilita el Ministerio de Salud y esta definido por dos dígitos para el departamento, tres dígitos para el municipio y cinco dígitos para el secuencial del prestador dentro del municipio.

- No. de la relación de las facturas o documento equivalente: llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva interna de la Institución para llevar un control de la relación de las facturas a las entidades territoriales.
- Nombre de la Entidad: Nombre de la I.P.S. que presta el servicio (si está reimpreso no repetir el nombre).
- Dirección y Teléfono del prestador: Dirección y número telefónico de la Institución.
- Ciudad: Ciudad donde esta ubicada la I.P.S.
- Nombre del cliente y código (EPS, ARS, OTRO): corresponde al responsable del pago de la cuenta, con su respectivo código.
- Responsable de la Entidad: Espacio para la firma del representante legal o el delegado para tal trámite (la persona responsable de la liquidación de los servicios).
- Fecha de presentación: Es la fecha elaboración de la relación de documentos equivalente a la factura.

IDENTIFICACION DEL ACTO DE COBRO:

- No. de la Cuenta de cobro: Como control interno de la I.P.S., se hace necesario que se lleve un consecutivo que les permita a las I.P.S, llevar la ruta de las cuentas de cobro entregadas a la Entidad Aseguradora. Este número es diferente al del documento equivalente a las facturas. El número del documento equivalente a las facturas debe ser el registrado en el plan de cuentas del Hospital y no el número de la cuenta por cobrar.

- Fecha de Expedición: Se registra la fecha de elaboración de la cuenta de cobro.
- No. del Contrato: Es el número del documento que ampara la relación contractual y por ende la prestación del servicio.
- Periodo Cobrado: Es el periodo en el cual se generó la prestación del Servicio.
- Documento equivalente No. Es la relación de los números de las liquidaciones individuales por usuario que se anexan a la cuenta de cobro. Es recomendable que las liquidaciones individuales por paciente estén adjuntos en el orden en que se relacionan.
- Valor Total: Es el valor de todos los servicios facturados, se debe totalizar en números.
- Valor en letras: Es el valor de todos los servicios facturados, se debe totalizar en letras.

RELACION DE SERVICIOS PRESTADOS.

- Apellidos y Nombre del usuario o paciente: Corresponde a los Apellidos y nombre del usuario o paciente de acuerdo al No. del documento equivalente de la factura relacionada.
- Valor: Costo de cada una de los documentos equivalentes a factura.
- Detalle: Es el nombre del servicio prestado de acuerdo a los tipos de servicios (consulta, urgencias, hospitalización, procedimientos, actividades de promoción y prevención), recibidos por el paciente.

OPCIONAL:

- Nro. de cuenta y Entidad bancaria: Datos sobre Número de la cuenta bancaria y Corporación donde la Administradora podrá hacer el pago de la cuenta.

SOPORTES:

Facturas o Documento equivalente.

Por cada paciente o por grupo de pacientes atendidos en un período determinado, acorde a lo establecido en el proceso de facturación, debe existir una factura o documento equivalente elaborado bajo los parámetros establecidos por la DIAN.

El documento equivalente a la factura se debe elaborar en original y dos copias así:

- La Original para la Administradora y/o Responsable
- Copia para la I.P.S. que prestó el Servicio
- Segunda copia para el paciente

El Documento Equivalente a la Factura debe expedirse a nombre de la Aseguradora y/o Responsable correspondiente.

Registros Individuales de Atención.

Los registros individuales de atención contienen la información mínima de datos sobre prestaciones de salud. Los contenidos mínimos son un conjunto de datos cuya denominación, estructura y características se han unificado y estandarizado para todos los integrantes del Sistema. Se refieren a la identificación de quien presta los servicios de salud, la identificación del usuario que recibe la atención, la atención propiamente dicha y el motivo (diagnóstico y causa externa) que generaron la atención.

Es el conjunto de datos relativos a las atenciones individuales de salud, de consulta, de laboratorio, procedimientos, hospitalización, atención de urgencias y acciones de promoción y prevención.

Los prestadores de servicios de salud deberán enviar los registros individuales de atención acompañando el Documento Equivalente a la factura, a las entidades aseguradoras, dentro de los plazos convenidos dentro de la contratación. Los registros individuales de atención, como soportes de la atención facturada, serán enviados, en medio magnético ó electrónico.

La prestadora deberá organizar los datos por tipo de atención: consulta, procedimientos, hospitalización, atención de urgencias, acciones de promoción y prevención. Las atenciones para vinculados o subsidiados por servicios no POS-S y que son cubiertas con recursos de oferta, deben ser enviadas por el prestador a la Dirección territorial de Salud respectiva.

Los prestadores que hayan realizado contratación por capitación están obligados, en igual forma, a registrar y enviar mensualmente los datos sobre las atenciones de salud, con la misma estructura definida en esta guía, para acceder a la cancelación de la cuenta correspondiente al mes anterior.

Los parámetros contemplados en estas resoluciones son de obligatorio cumplimiento para:

- Los organismos de dirección, vigilancia y control;
- Las direcciones departamentales, Distritales y locales de salud;
- Las entidades promotoras de salud y aseguradoras del régimen subsidiado;
- Los prestadores de servicios de salud;

- Las compañías aseguradoras para el seguro obligatorio de accidentes de tránsito;
- Y las demás instituciones de salud y seguridad social en salud.

LOS SOPORTES ADMINISTRATIVOS.

Son los documentos adicionales a los establecidos en las resoluciones 02546-2542 y 2390/98, 1832/99 Y 1958/99, que acorde a lo pactado en la negociación con las aseguradoras, o por características especiales del servicio prestado o del usuario (usuarios IVA social, Desplazados, Población carcelaria, etc.) deben ser presentados con la cuenta de cobro, o archivados en la I.P.S. Para posterior verificación por parte de la auditoría clínica de la aseguradora.

Los soportes adicionales más frecuentes son: remisión, autorización de prestación de servicios, orden médica, Constancia de información de atención de urgencia.

REMISIÓN

La remisión es el documento mediante el cual se transfiere un usuario de institución a otra generalmente de mayor complejidad, con el objeto de lograr una mejor y más completa atención y garantizar la continuidad e integralidad de la atención.

La remisión es un requisito establecido por la normatividad vigente para el acceso a los servicios ambulatorios y de hospitalización de los niveles de media y alta complejidad, y tiene por objeto hacer un uso racional de los servicios de salud.

El formato de la remisión debe ser diligenciado por el médico tratante, contener información sobre el estado clínico del paciente y el objeto y justificación de la remisión.

La norma vigente no contempla la remisión para acceder a la atención de primer nivel o baja complejidad ni para la atención en los servicios de urgencia cualquiera que sea su grado de complejidad

AUTORIZACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La autorización de prestación de servicios es un requisito administrativo establecido por las aseguradoras como mecanismo para llevar un control previo sobre el gasto y la demanda de servicios.

Si bien no existe reglamentación específica que soporte su aplicación tampoco la hay que la prohíba, sin embargo existen consideraciones que limitan su aplicación dado que esta puede convertirse en una barrera para el acceso a los servicios.

La legalidad de la aplicación de la autorización como requisito para prestar servicios de salud, es soportada por las estipulaciones acordadas en los contratos de prestación de servicios suscritos con las aseguradoras.

Se recomienda no condicionar la prestación de servicios de baja complejidad o primer nivel de complejidad, a la expedición de una remisión o autorización porque la exigencia de este requisito a los usuarios puede constituirse en una barrera para acceder a los servicios de salud.

Independientes del régimen y de la empresa ha la que este afiliado el usuario, la prestación de servicios de urgencia no requiere de autorización ni remisión. Pero la I.P.S. esta obligada a informar a la aseguradora sobre la atención dispensada en estos servicios a sus afiliados dentro de las 24 horas siguientes a la misma.

CERTIFICACION O CONSTANCIA DE INFORMACIÓN A E.P.S. DE ATENCION DE URGENCIAS.

Este es un documento o instrumento que la I.P.S. debe diseñar y aplicar para dejar constancia del informe presentado a la aseguradora relacionado con la atención de urgencias a sus afiliados.

Toda I.P.S. esta obligada a brindar la atención inicial de urgencias es obligatoria, e informar a las aseguradoras sobre la atención brindada a sus afiliados dentro de las 24 horas siguientes.

Dadas las normas vigentes, el cobro de los servicios de urgencias no requiere de autorización para su prestación, pero si eventualmente de pruebas para constatar que la I.P.S. cumplió con la obligación de informar a la aseguradora del ingreso y atención de sus afiliados por el servicio de urgencias.

Esta constancia puede ser copia del oficio enviado por fax con la colilla de envió del fax, relación de informes telefónicos dejando constancia de fecha, hora, nombre y cargo de persona con la que se comunica.

HISTORIA CLINICA, ORDENES MÉDICAS Y RESULTADOS DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS.

La historia clínica como se vio en capítulo 3, es un documento de obligatorio uso donde se deben registrar las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.

Las ordenes médicas, son los documentos emitidos por el médico o personal asistencial tratante, para solicitar la realización de un análisis o procedimiento diagnóstico o terapéutico, o la expedición y entrega de suministros o medicamentos con fines profilácticos, preventivos, diagnósticos y/o terapéuticos.

Los resultados de los exámenes y procedimientos son documentos privados que hacen parte de la historia clínica del paciente y como tal tienen carácter confidencial.

La exigencia de estos documentos como soporte para la presentación de cuentas no esta establecida en ninguna norma, y obedece solo a un acuerdo de las partes, par lo cual se debe tener en cuenta su carácter confidencial y la responsabilidad que tiene la I.P.S. de custodia de los mismos.

Para garantizar a sus usuarios la razonable privacidad y confidencialidad de la atención brindada y la información consignada en la historia clínica, las I.P.S. deben ser rigurosos en su manejo y el de los documentos que la integran, y definir pautas precisas para la expedición de copias de la misma a personal distinto al paciente.

Se recomienda a las I.P.S., que en los contratos de prestación de servicios quede establecida la no entrega de estos documentos como soporte de la prestación efectiva de los servicios facturados, porque al aceptar su entrega, además de los inconvenientes de tipo ético que plantea el entregar información confidencial indiscriminadamente, les implica una pesada carga administrativa por la magnitud de los documentos que hay que anexar a cuenta de cobro.

Las aseguradoras pueden y deben realizar la auditoría medica en las instalaciones de la I.P.S. donde el Auditor Medico como representante de la aseguradora puede consultar y conocer la información consignada en la historia clínica y constatar la efectiva prestación de los servicios facturados, sin desgaste administrativo para la empresa ni amenaza para la confidencialidad de los documentos custodiados por ella.

PREPARACIÓN DE LA CUENTA.

El proceso de preparación de la cuenta es vital para las finanzas de la empresa, puesto que es el que va a permitir el cobro efectivo de los servicios prestados y

facturados, para garantizar la eficacia y calidad de este proceso se recomienda implementar y ejecutar los procedimientos que a continuación se describen.

GENERAR CONSOLIDADO DE CUENTA DE COBRO.

Este paso lo realizan conjuntamente las áreas de facturación y cartera, y presenta diferentes opciones dependiendo de cómo este organizados los procesos en la I.P.S. y de si el proceso de facturación es manual o automatizado.

Si el proceso de facturación es manual, se debe hacer una relación de los servicios facturados, se aconseja que ésta sea diaria, esta relación debe tener la siguiente información: nombre del usuario identificación, código, denominación y valor de los servicios prestados.

Si el proceso es automatizado, el sistema realiza un informe de “cuenta de cobro” donde si es facturación individual, se relaciona: número de documentos equivalentes a facturas, nombre del usuario y el valor de los servicios prestados, En caso de facturación por grupo de usuarios el documento equivalente a la factura tendrá una relación de los usuarios con el código, denominación, cantidades y valor de los servicios prestados, y reemplazará a la cuenta de cobro en este primer paso.

Se recomienda realizar consolidados semanales, de esta manera se cuenta con tiempo para verificación de existencia de los soportes, realizar la auditoría administrativa y clínica de cuentas, se puede garantizar mayor oportunidad en la presentación de las cuentas, y se evita la congestión y sobrecarga de trabajo a final de mes, lo cual impide verificar la existencia de todos los soportes, impide la labor de auditoría y de control de calidad de la facturación, y muchas veces puede aumentar el trabajo al obligar a realizar una cuenta de cobro en forma manual porque al no estar verificadas todos los documentos equivalentes a facturas relacionados por el sistema, no se puede utilizar la cuenta de cobro generada por

el sistema ya que la cuenta de cobro presentada no incluye todos los servicios prestados en el periodo.

Una vez realizado corte y la "cuenta de cobro", el área de facturación entrega a l área de cartera, la relación de servicios facturados en el periodo, los documentos equivalentes a factura respectivos con los soportes debidos. En un primer tiempo se debe garantizar que se encuentren todos los documentos equivalentes a facturas y sus soportes administrativos, emitidos en el periodo de corte. En caso de que la documentación no reúna lo exigido, ésta deberá ser devuelta por el área de cartera junto con un formato de devolución en donde se relacionen las razones que motivaron dicha devolución para su respectiva corrección.

Con la "cuenta de cobro" o relación de los documentos equivalentes a facturas y sus soportes, correspondientes a los servicios prestados y liquidados en un determinado periodo, independiente de si es facturación individual o global. En caso de facturación de grupo de usuarios, el documento equivalente a factura del periodo debe contener la relación detallada de los servicios prestados a cada usuario y los soportes y las notas de cargo de los servicios prestados.

GENERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LOS RIAS.

A partir del mes de Julio de 1.999 el pago de los servicios prestados por las I.P.S. Estará supeditado a la presentación de los RIAS. Es decir que el pago de los servicios prestados esta condicionado a la entrega oportuna de los informes de estadística epidemiológica.

Esto representa un reto para las I.P.S., que deben además de lograr presentar oportunamente las cuentas de cobro, soportarlas con los RIAS, y que implica una articulación funcional de las unidades de facturación, cartera y estadística, para garantizar que todos los servicios facturados tengan su RIA correspondiente.

Las dependencias de estadística deben: modificar los instrumentos de recolección de información (SIS) y ajustarlos a los requerimientos establecidos en las Resoluciones 02546/98, 1832/99 Y 1958/99; diseñar aplicaciones que permitan su manejo y la entrega en medio magnético, definir con la unidad de facturación la información que cada una manejará, establecer procedimientos que permitan entregar oportunamente los informes requeridos.

Independiente del procedimiento adoptado para la recolección y procesamiento de los RIAS, se recomienda, hacer cortes semanales correspondientes a los cortes de facturación. Esto con el objeto de confrontar la relación de RIAS del periodo con la relación de servicios facturados en el mismo periodo y entrar a corregir los posibles y eventuales desfases.

Este procedimiento permitirá disminuir las diferencias existentes en las diferentes fuentes de información de las I.P.S.

AUDITORIA DE CUENTAS

Consiste en la verificación (Auditoría), del cumplimiento de los requisitos tanto administrativos como clínicos de las cuentas.

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

AUDITORIA ADMINISTRATIVA: Evaluación, análisis y recomendaciones de mejoramiento, de los aspectos técnicos- Administrativos y Financieros y de Apoyo logístico relacionados con los procesos de prestación de servicios de atención en salud y la correcta utilización por parte del usuario.

LA AUDITORIA MÉDICA DE CUENTAS

Auditoría Médica de Cuentas "AMC", es la evaluación sistemática de la facturación de servicios de salud que realizan los profesionales de la salud Auditores Médicos,

con el objetivo fundamental de identificar y solucionar irregularidades en el desarrollo de los contratos celebrados, de una parte, por las Aseguradoras responsables de la atención de los Usuarios (EPS, ARS, ARP, Min Salud, DTS, DLS, EM Prepagadas y Usuarios Vinculados con capacidad de pago), y por otra parte, los Prestadores de Servicios de salud, relacionadas con la prestación y facturación indebida de servicios en las siguientes situaciones:

- El Prestador no está autorizado para prestar un servicio facturado.
- El Usuario no tiene el derecho contractual para recibir un servicio facturado.
- El usuario no requirió o ameritó clínicamente que se le prestara un servicio de atención en salud.
- El Usuario no recibió un servicio facturado.
- La liquidación no corresponde a las normas tarifarias vigentes o a las cláusulas particulares que sobre dicho aspecto hayan acordado los contratantes.

CAMPO DE ACCIÓN:

La AMC compromete las funciones y actividades relacionadas con el Aseguramiento de los Usuarios y la Administración de los recursos en EPS y de la Prestación en las IPS, para que actúen eficaz y eficientemente en la organización de los procesos de contratación, prestación, facturación y cartera, a fin de lograr niveles satisfactorios de calidad, y que se estimule, el desarrollo de un sistema de información y control adecuado sobre los derechos y deberes de los Usuarios, y sobre las obligaciones contractuales del Asegurador y competencias del Prestador de acuerdo los contratos celebrados.

La AMC, responde a los requerimientos y problemas de EPS e IPS, que intentan dinamizar sus organizaciones con el propósito de obtener la máxima rentabilidad

económica, sobre la base de satisfacer las necesidades y expectativas del usuario de acuerdo con el régimen al que se encuentra afiliado y los servicios contenidos en el plan de beneficios correspondiente, en consonancia a sus necesidades clínicas reales y la expectativa del prestador de obtener unos ingresos por concepto de la prestación.

La necesidad de que EPS e IPS establezcan la AMC sobre la facturación y cartera, obedece no solo a la perentoriedad de la ley sobre el sistema de garantía de calidad y su componente de auditoría Médica. Fundamentalmente obedece a la urgente necesidad que tienen EPS e IPS de saber que está ocurriendo con la atención en salud y como se reflejan en las facturas:

- El uso de los servicios.
- La idoneidad y aplicación del conocimiento técnico-científico de los profesionales.
- La calidad de las historias y el acierto de sus diagnósticos y conductas.
- El uso y racionalidad de los medios de apoyo diagnósticos y terapéuticos.
- Los costos reales de los servicios facturados.

En fin, qué está ocurriendo con los procesos de admisión, prestación, facturación y cartera y los problemas en estas áreas que afectan el recaudo oportuno y pertinente, con el costo financiero que representa el atraso en el pago de una cuenta por uno o varios meses atribuible a una glosa causada por algún problema en los aspectos señalados.

Una factura de diez millones de pesos, cuyo pago se atrase un mes, representa para el Prestador una pérdida de aproximadamente trescientos a cuatrocientos mil pesos, de acuerdo al valor actual del dinero en el mercado de capitales.

LA AUDITORÍA DE CUENTAS Y SU RELACIÓN CON LA AUDITORIA MÉDICA

La auditoría Médica puede ser Clínica y Administrativa.

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

Auditoría Administrativa, es la evaluación, análisis y recomendaciones de mejoramiento, de los aspectos técnico-administrativos, financieros y de apoyo logístico, relacionados con los procesos de prestación de servicios de atención en salud, y la correcta utilización por parte de los usuarios.

La AMC efectúa una mirada sobre ambos campos de la Auditoría Médica, para los propósitos de la AMC descritos inicialmente, lo cual define el perfil de profesional de la salud del auditor que realiza la AMC.

INSUMOS DE INFORMACIÓN PARA LAS AMC

La AMC utiliza como insumos de información, la cuenta de cobro, Documento Equivalente a la Factura diligenciada de acuerdo a las normas de la DIAN, el registro individual de atención RIA, historia clínica del usuario, los planes de beneficios y los contratos. De acuerdo con la resolución Minsalud 2546 de 1998 sobre el Sistema Integral de Información en Salud, el Prestador no está legalmente obligado a soportar el cobro con copias o resúmenes de la Historia, únicamente presentar la Cuenta de cobro con la factura y el RIA. Por lo tanto si AMC de una EPS no considera suficiente la información contenida en estos documentos para realizar una AMC apropiada, debe remitirse a la Historia Clínica, dentro de los términos legales para el pago de la cuenta o para glosar la misma, siguiendo las disposiciones legales sobre reserva a que está sometida.

PERFIL Y RESPONSABILIDAD DEL AUDITOR MÉDICO DE CUENTAS:

Aunque la reglamentación de la actividad de la Auditoría Médica se encuentra en proceso, creemos que el Auditor Médico de Cuentas, debiera ser profesional médico con postgrado de Auditoría Médica o de servicios. Está obligado a guardar la debida reserva sobre la información que sobre la condición de salud del Usuario conozca. Lo anterior no es obstáculo para que, identificados problemas en la calidad de la prestación, y guardando la debida reserva sobre la identidad de los usuarios, informe a las Directivas de Aseguradores y Prestadores, con el fin de que dispongan las medidas necesarias para corregir las fallas detectadas, como parte de un proceso de mejoramiento continuo de la calidad de la atención.

PARÁMETROS DE COMPARACIÓN UTILIZADOS POR LA AMC:

EPS e IPS deben normalizar procesos y procedimientos. Definir, adaptar y/o adoptar criterios y atributos en procesos, productos y servicios que identifiquen su calidad, y disponer de estándares o patrones de referencia, contra los cuales pueda la AMC, comparar la atención prestada contra la atención esperada. Las características de la calidad de la atención en salud, son las definidas en el artículo 3°. del decreto 2174, y son la base para que EPS e IPS definan los criterios y atributos de calidad de sus servicios.

Respecto de la pertinencia técnico científica, los protocolos adoptados por la IPS deben preferiblemente ser conocidos por las EPS, y son los que dirimen las diferencias que se puedan presentar entre los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores. Si con éstos persiste la diferencia de conceptos, la Superintendencia Nacional de Salud como ente rector de la vigilancia y control en el SGSSS es quien resuelve los conflictos.

**ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PROCESO DE AUDITORÍA MÉDICA DE
CUENTAS:**

1. Comprobar que el Prestador está facultado para prestar el servicio facturado:

1. Evaluar cumplimiento de Requisitos Esenciales. Las EPS no pueden contratar prestadores de servicios que no cumplan los Requisitos Esenciales, o cancelar servicios prestados facturados que no cumplan estos requisitos.
2. Evaluar que los servicios prestados a los Usuarios estén amparados contractualmente, y que puedan ser cobrados al Asegurador. Que no se conviertan en motivo de glosa de la factura, con la probabilidad de no recuperar el valor del servicio. Recordar que los servicios prestados en estas condiciones a un Usuario Asegurado, en el propósito de recuperar cartera, no pueden ser facturados con cargo al subsidio a la oferta como si se tratase de un Usuario vinculado sin capacidad de pago. También recordemos la experiencia amarga de Hospitales Públicos que han perdido ingentes sumas de dinero por concepto de cartera generada en la prestación de servicios a Usuarios asegurados, no respaldada en contrato formal vigente o celebrado en la informalidad de la palabra, o por “pesar” con el Usuario en ausencia o suspensión de contrato anterior. Por ello, debe haber un control permanente sobre la ejecución contractual (Ver modelo de control, en módulo de cartera).

2. Comprobar que efectivamente el Usuario tiene el derecho contractual a recibir el servicio prestado:

1. Relacionar la identificación del usuario, con el régimen al que pertenece, el plan de beneficios a que tiene derecho, vigencia de la relación contractual,

disponibilidad presupuestal, y que los tipos de servicio objeto del cobro estén acordados y amparados en el contrato de prestación de servicios.

2. Se excluye la atención inicial de Urgencias a la cual están obligados todos los prestadores sin que medie relación contractual alguna.
3. En los Prestadores la comprobación de derechos del usuario, la realiza un auxiliar administrativo, previo a la prestación del servicio, o en su defecto cuando éste ya se ha prestado, un auxiliar de facturación adecuadamente informado sobre los tipos de aseguramiento, los planes de beneficios, los períodos de carencia y las exigencias de la EPS sobre expedición de autorizaciones de servicio. Cuando AMC efectúa la revisión de la facturación, visa lo que el Auxiliar de facturación en un primer momento relacionó.
4. Comprobar que los servicios que el Usuario recibió hayan sido los que efectivamente necesitaba, de acuerdo al estado clínico en que se encontraba y al diagnóstico que se le efectuó.
5. Evaluar desde la AMC la calidad del diligenciamiento de los registros de atención. Si un servicio o producto no está registrado, soportado y justificado en la historia clínica, el asegurador no lo paga.
6. Evaluación de la correlación del estado clínico del Usuario y los diagnósticos con el empleo de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, laboratorio clínico y de imágenes diagnósticas, otros recursos diagnósticos y terapéuticos. Si el estado clínico del Usuario no corresponde al diagnóstico que soportó las decisiones del profesional de la salud o con los protocolos internos de la IPS, o el diagnóstico no se correlaciona con los recursos utilizados, se considera el uso injustificado la utilización de estos, y las EPS no lo pagan.

7. Verificar que los servicios facturados hayan sido efectivamente prestados y recibidos por el Usuario.
8. Verificar en cantidad y calidad que los servicios y productos facturados hayan sido efectivamente suministrados al usuario, mediante comprobación en las notas de cargo de servicios e insumos (respaldadas en las consignaciones de hojas de cirugía, anestesia, droga, suministros, informes de pruebas diagnósticas, notas de interconsulta, etc.). Adicionalmente a la comprobación antedicha, se puede verificar mediante interrogatorio directo al Usuario o al equipo de salud tratante.
9. Verificar la calidad y suficiencia de los suministros proporcionados por los prestadores contratados, en cumplimiento de las obligaciones con los usuarios, definidas en la Integralidad de la atención y en la cobertura del Plan Obligatorio de Salud.
10. Verificar que el monto del servicio facturado esté de acuerdo a las tarifas acordadas.
11. Verificar la exactitud en el cobro a los afiliados y beneficiarios de las cuotas moderadoras y copagos reglamentados por el CNSSS, cuando contractualmente acuerdan que el prestador sea quien efectúe estos recaudos.
12. Verificar que las facturas de cobro presentadas por los Prestadores de Servicios de Salud correspondan a las normas tarifarias o a los acuerdos contractuales estipulados.
13. Liderar la consolidación de un programa permanente de mejoramiento continuo de los procesos de contratación, prestación, facturación y cartera, con base en los resultados de las actividades de AMC. Identificar los

problemas existentes, que motivan las glosas y el no pago de una factura, y asesorar el proceso de toma de decisiones para el mejoramiento.

14. Evaluar y concertar con las unidades funcionales, las normas técnicas, procedimientos y estándares definidos alrededor de estos procesos.
15. Recomendar a la Gerencia de la Institución la socialización de las normas, propiedades y atributos de calidad de los procesos relacionados con contratación, prestación, facturación y cartera.
16. Asesorar y apoyar la gestión de los Comités de Cartera, en las funciones relacionadas con la AMC.
17. Examinar con los responsables técnico-científicos y administrativos, los costos y consecuencias de la inadecuada facturación, sobre las finanzas de la Empresa.

¿Cuándo realizar la AMC?

Las IPS deben realizar el proceso antes de que la factura sea remitida para su cobro. En el caso de cuentas glosadas pues obviamente cuando se reciben para su revisión y corrección. En algunas oportunidades los Auditores médicos de las EPS, realizan el visado de la cuenta durante el proceso de generación de la factura, lo cual brinda la oportunidad de corregir los problemas antes de que sean recibidas y glosadas por la EPS.

¿Que cuentas deben ser evaluadas por AMC?

La siguiente es una relación aproximada de tipos de servicios facturados a los que conviene aplicar el procedimiento rutinariamente:

1. Facturas de alto costo. Los niveles los determina facturación y cartera de acuerdo a la experiencia.

2. Estancias prolongadas.
3. Actividades quirúrgicas de alta complejidad técnica.
4. Utilización repetitiva de pruebas e insumos.
5. Utilización inusual de materiales.
6. Reingresos, re intervenciones, complicaciones.
7. Multiplicidad de intervenciones a un mismo usuario.
8. Usuarios víctimas de eventos catastróficos o accidentes de tránsito.
9. Cuentas glosadas.
10. Muestreo de facturas de relativo bajo valor.
11. Otras, a juicio de las IPS.

AUDITORIA ADMINISTRATIVA DE CUENTAS.

La auditoría administrativa de las cuentas tiene por objeto evitar que las cuentas sean devueltas por parte de las Entidades Aseguradoras, para lo cual verifica que éstas cumplan con los requisitos contractuales exigidos y con las normas que sobre el particular existan al respecto.

Para ello se hace necesario contar con:

- 0 Conocimiento de la Legislación Vigente
- 1 Datos del ingreso del Paciente (RIA)
- 2 Datos de egreso del paciente (RIA).

- 3 Datos de la Atención (RIA).
- 4 Soporte de los servicios prestados (En caso de solicitud por las aseguradoras).
- 5 Cláusulas y Condiciones del Contrato:

En este último punto vale la pena mencionar que para cada uno de los sistemas contractuales que maneja una E.S.E, se establecen una serie de obligaciones y de acuerdos, los cuales se deben tomar como base en el momento de preparar la cuenta. Para ello la unidad funcional, oficina o grupo de Cartera debe contar con:

- 0 Una copia de todos los contratos que suscriba la Empresa.
- 1 Se debe construir un instrumento que le permita controlar por cada contrato, las fechas de presentación de las cuentas.
- 2 Los soportes de la prestación de los servicios completos, ordenados y diligenciados.
- 3 Una base de datos en la que se lleven estadísticas de las causas mas frecuentes de devolución de cuentas. Lo anterior le permite obtener un indicador de glosas para tomar los correctivos necesarios.
- 4 Realizar una ficha por cada Administradora y/o Responsable.

Con base en lo anterior el funcionario de cartera o de la dependencia que realice la auditoría administrativa de las cuentas, podrá y deberá:

- 0 Verificar que los documentos equivalentes estén debidamente diligenciados
- 1 Que los servicios facturados estén debidamente soportados y concuerden con los R.I.A.

2 Verificar el cumplimiento de los soportes administrativos adicionales que se requieran por particularidades del usuario, el evento atendido o por acuerdos establecidos en el contrato con las aseguradoras.

3 Organizar la cuenta de cobro con todos los soportes que permitan su presentación oportuna.

Vale la pena anotar que existen en este momento diferentes formas de presentación de las cuentas de cobro. Este hecho es causado en parte por los distintos requisitos exigidos por las entidades aseguradoras sobre los soportes que deben acompañar las mismas y por no dejar claramente estipuladas dichas condiciones en la contratación.

USUARIOS ESPECIALES.

Como se ha comentado en relación con los soportes administrativos, existen casos específicos donde por norma se han establecido los requisitos adicionales al documento equivalente a factura y el R.I.A. que deben ser presentados para el trámite y pago de los servicios prestados. Se hará una breve reseña de los eventos específicos y los requisitos exigidos en cada caso.

1. ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

La ley los define como todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, invalidez o la muerte.

Las entidades administradoras de riesgos profesionales reembolsarán a las Entidades Promotoras de Salud, las prestaciones asistenciales que hayan brindado a los afiliados al sistema general de riesgos profesionales, a las mismas tarifas convenidas entre la entidad promotora de salud y la institución prestadora de servicios de salud, con independencia de la naturaleza del riesgo. Sobre dichas tarifas se liquidará una comisión a favor de la entidad promotora que será

reglamentada por el Gobierno Nacional, y que en todo caso no excederá el 10% del valor de la tarifa, salvo pacto en contrario entre las partes.

La institución prestadora de servicios de salud que atienda a un afiliado al sistema general de riesgos profesionales, deber informar de la atención, dentro de los 2 días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente de trabajo o al diagnóstico de la enfermedad profesional, a la entidad promotora de salud y a la entidad administradora de riesgos profesionales a las cuales aquel se encuentre afiliado.

La declaración de enfermedad profesional es competencia de la Institución Prestadora del Servicio quien emite el certificado que acredita esta calidad. Copia de la certificación debe ser anexada a la cuenta para el cobro a la A.R.S.

La declaración de accidente de trabajo es realizada por el patrono, mediante el Informe patronal de accidente de trabajo, informe que debe ser anexado a los soportes básicos.

2. ACCIDENTES DE TRANSITO:

Las Cuentas de cobro que se presenten a las Compañías Aseguradoras que operan el ramo del seguro obligatorio de accidentes de tránsito, por concepto de los servicios prestados por accidentes de tránsito deben tener en cuenta lo contemplado en el decreto 1283 de 1.996, el cual establece los procedimientos y los soportes requeridos para la presentación de estas cuentas.

Se debe diligenciar correctamente el Formulario único de Reclamación adoptado por el Ministerio de Salud, para reclamación por accidentes de tránsito. (FUSOAT 01) y el formulario para el trámite de la cuenta de cobro. (FUSOAT 02)

Certificación del accidente de tránsito que se acredita con uno cualquiera de los siguientes documentos.

CERTIFICADO DE ATENCIÓN MEDICA que debe incluir nombres, documento de identificación, edad de la víctima, fecha y hora de atención, y descripción de los hallazgos clínicos o certificado de medicina legal. (Resolución 4746 de 1995)

CERTIFICACIÓN expedida por la autoridad de tránsito o policía competente o en su defecto fotocopia del croquis del accidente, expedida por la autoridad de tránsito.

DENUNCIA PENAL de ocurrencia del accidente presentada por cualquier persona ante autoridad competente, únicamente cuando el hecho haya sido ocasionado voluntariamente o por manipulación criminal y sea posible la identificación del responsable.

En la responsabilidad económica de las víctimas de accidentes de tránsito concurren diferentes actores dependiendo del monto al que asciendan los servicios prestados.

En primera instancia el responsable es la compañía expendedora de la póliza del SOAT, quien cubre los gastos de atención médica quirúrgica hasta por el equivalente a 500 Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes.

El segundo responsable es la subcuenta ECAT del **Fondo de Solidaridad Y Garantía**, quien cubre gastos hasta por 300 S.M.L.D.V. adicionales a los quinientos cubiertos por la póliza del SOAT.

A partir de los 800 S.M.L.D.V., la responsabilidad del costo de los servicios asistenciales depende del carácter de su afiliación al sistema general de seguridad social:

- Si pertenece al régimen contributivo, como afiliado o beneficiario, será su E.P.S. la que responda por el costo de los servicios adicionales.

- Si esta afiliado al régimen subsidiado la A.R.S. cubrirá los costos siempre y cuando los servicios estén incluidos en el plan de beneficios del régimen subsidiado.
- Si es vinculado sin capacidad de pago o afiliado al régimen subsidiado pero los servicios no están incluidos en el plan de beneficios del régimen subsidiado, el usuario cancelará las cuotas de recuperación acorde con su nivel socioeconómico y el saldo será facturado a la Dirección Territorial de Salud, o cargados a los recursos de oferta.

Plazos para cancelar las cuentas de cobro presentadas por las IPS

Las entidades aseguradoras pagarán dentro de los 30 días siguientes a la fecha de presentación de la reclamación debidamente diligenciada. Si transcurrido este plazo la Compañía Aseguradora no ha efectuado el pago, la Aseguradora reconocerá y pagará la tasa de interés de mora correspondiente.

3. IVA SOCIAL:

Por la prestación de servicios a pacientes que pertenecen al programa de IVA Social, las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que hayan suscrito convenios para ejecutar estos recursos, podrán presentar las respectivas cuentas de cobro.

0 Consolidado mensual de atención, de acuerdo con metodología establecida por el Ministerio de Salud.

1 En caso de pacientes hospitalizados, epicrisis o resumen de atención de acuerdo con el formato establecido por la resolución 3905/94.

2 Acreditación de calidad de beneficiario del programa: con alguno de los siguientes documentos:

3 Constancia de la trabajadora social que certifica que el paciente pertenece a la población vinculada, previa certificación de la Alcaldía.

4 Copia de clasificación de SISBEN.

5 Opcional, fotocopia del carnet entregado por la IPS, con el logotipo del Ministerio de Salud y de la Institución, donde conste que el paciente pertenece al programa de Iva Social.

Al igual que en Desplazados por la violencia se recomienda no incluir en una cuenta de cobro servicios prestados en meses diferentes. Para los pacientes hospitalizados se toma como fecha prestación de los servicios la fecha del día de egreso.

4. EVENTOS CATASTROFICOS Y TERRORISTAS

De igual manera, el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza el pago a las IPS por la atención en salud a las personas víctimas de eventos catastróficos como catástrofes naturales, tecnológicas, actos terroristas y otros eventos aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud- El monto máximo por servicios medico quirúrgicos es 800 SDMLV.

0 Se requiere ante todo la acreditación de condición de víctima de un evento catastrófico, se deberán tener en cuenta los siguientes procedimientos:

1 Diligenciar el formulario único de reclamación para eventos catastróficos expedido por el Ministerio de Salud mediante resolución 1591 de 1.995. Formato FOSGA -01

2 Diligenciar la Cuenta de cobro. Formato FOSGA -02. Este puede ser reemplazado por la factura que expide el sistema de GESTION.

- 3 Certificación de que el paciente está incluido en el censo de víctimas elaborado por las autoridades competentes. Esta certificación se tramitará de la siguiente forma según el decreto 1283 de 1.996:
- 4 Los Comités Locales y/o Regionales de Emergencias de que trata el Decreto 919 de 1989, certificarán la calidad de víctimas de las personas afectadas directamente por un evento, mediante la elaboración de un censo de las mismas durante los primeros ocho (8) días calendario contados a partir de la ocurrencia del evento. Con el fin de garantizar la real condición de víctimas, los comités mencionados deberán en todos los casos obtener la refrendación de los censos por la máxima autoridad de salud local de la zona de influencia del desastre. En los casos en los cuales exista en la Dirección Local, Seccional o Distrital de salud respectiva un Coordinador de Emergencias y Desastres debidamente posesionado deberá refrendar esta aprobación, previa delegación del respectivo Jefe de Dirección.
- 5 Cuando se trate de víctimas de eventos terroristas, el alcalde de la respectiva localidad, deberá informar del hecho de manera inmediata al FOSYGA y expedir el certificado de que trata el inciso anterior.

NOTA: No se requiere por parte de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, anexar facturas, recibos, ó fórmulas para el reconocimiento y pago de las cuentas por parte del FOSYGA. Lo anterior sin perjuicio de que dichos comprobantes se conserven en la Institución Prestadora de Servicios de Salud, para posibles verificaciones cuando así lo requieran la Dirección General de Gestión Financiera del Ministerio de salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

El responsable del pago es el administrador de los recursos del FOSYGA, que es el Consorcio fiduciario.

5. DESPLAZADOS POR LA VIOLENCIA.

El desplazamiento de la población civil, por causas de la violencia política a sido considerado por el CNSSS como un evento catastrófico, y el costo de la atención médica y quirúrgica que requiera esta población es asumida por la subcuenta de ECAT del FOSYGA, pero el procedimiento para el pago difiere del de las víctimas de otros eventos catastróficos.

Para garantizar la atención médico quirúrgica de éste grupo de población, el Ministerio de Salud, ha realizado convocatorias para la presentación de proyectos de inversión social para la prestación de servicios asistenciales, a partir de la aprobación de éstos se celebran los contratos con I.P.S. y Direcciones Territoriales de Salud.

La cuenta de cobro debe contener, consolidado de documentos equivalentes a facturas, los documentos equivalentes a factura, epicrisis en caso de hospitalización o atención de urgencias, y acreditación de la condición de desplazado de la violencia. Las cuentas de cobro deben relacionar solo los servicios de un periodo o mes determinado, si se tienen servicios de diferentes meses, es necesario realizar una cuenta de cobro por cada mes

6. TRAUMA MAYOR.

Acorde con lo establecido en el artículo 224 de la Ley 100, a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA, ingresan los recursos provenientes del impuesto social a las armas, el cual conforma un fondo para financiar la atención de eventos de trauma mayor ocasionados por la violencia, de la población afiliada al régimen subsidiado en los eventos no cubiertos por el POS-S y de los vinculados sin capacidad de pago.

El pago de servicios por este concepto requiere de la suscripción de convenio de prestación de con el Ministerio de Salud, el cual se realiza previa presentación,

estudio y aprobación de proyecto de inversión para atención de víctimas de trauma mayor.

Los traumas mayores ocasionados por la violencia, excluye las víctimas de eventos terroristas y catastróficos certificados por autoridad competente, y las víctimas de accidentes de tránsito las cuales tienen asegurada su atención por otros medios (SOAT, Y subcuenta ECAT del FOSYGA).

La cuenta de cobro solo requiere del consolidado, consolidado de equivalente a facturas de los pacientes atendidos en el mes, los equivalentes a facturas, los RIAs, y la epicrisis o resumen de atención acorde con resolución 3905. La acreditación de víctima de violencia se infiere del diagnóstico y los documentos presentados.

7. ATENCION DE URGENCIAS

Cuando se efectúe un cobro por la prestación de un servicio de urgencias a una Aseguradora, es requisito indispensable, resaltar en la cuenta, que los servicios prestados corresponden a este servicio.

Es importante tener en cuenta, que si el servicio se presta a una Aseguradora con la cual la Institución tiene contrato, la cuenta debe ser cargada al valor del citado contrato, en caso de que la atención haya sido prestada a un paciente afiliado a una aseguradora con la cual no se tenga una relación contractual, se debe elaborar una "cuenta por urgencias", y presentarla a la respectiva Aseguradora dentro de los plazos establecidos por ésta.

Algunas Administradoras como el ISS, tienen establecidos los plazos para la presentación de las cuentas, el cual es de dos meses contados a partir del egreso del paciente. Por lo anterior es necesario que para este tipo de cobro que es permanente en muchos hospitales, se cumplan las formas y plazos de

presentación que establezca la Administradora para evitar contratiempos con el pago de la cuenta.

8. POBLACION CARCELARIA

El Artículo 1 del Acuerdo No. 92 del CNSSS, declara como evento catastrófico las condiciones sanitarias y de salubridad de la Población Carcelaria del País. El Ministerio de Salud asignó una partida presupuestal para la atención de esta población y el INPEC, asumió la administración de la misma. Por lo cual se recomienda que las I.P.S. celebren convenios o contratos de prestación de servicios con las directivas de los penales de su área de influencia.

Las cuentas de cobro por concepto de servicios asistenciales prestados a la población carcelaria estará sujeta a los condiciones contractuales pactadas entre la I.P.S. y las directivas del penal, sea esta del INPEC o de carácter territorial.

PRESENTACION DE LA CUENTA DE COBRO

Una vez se ha preparado la cuenta de cobro se precisa su presentación a la entidad responsable del pago. Para ello es necesario tener en cuenta que esta se realice dentro de los términos pactado o establecidos y que de este hecho queden constancia para su alimentar los procedimientos para su seguimiento y control.

TÉRMINOS PARA LA PRESENTACIÓN.

Los términos para la presentación de las cuentas de cobro varían dependiendo lo acordado en los contratos de prestación de servicios con las E.P.S. y para la atención de eventos específico como accidente de transito, evento catastrófico, IVA Social, desplazados de la violencia etc.

Las E.P.S. deben informar o dejar claramente establecido en los contratos de prestación de venta de servicios el periodo del mes en que recibirán las cuentas

de cobro. El Hospital debe presentar las cuentas dentro de los términos acordados, en relación con los términos establecidos para el pago por parte de las aseguradoras al hospital y eventualmente se podrían presentar problemas adicionales por este incumplimiento, tal como la presentación de glosas por fuera del tiempo establecido en el contrato.

Las condiciones para los cobros contemplados deben ser cumplidos por ambas partes, por el Hospital y por las Empresas contratantes, siempre y cuando quede explícito en el respectivo contrato. Es importante que el hospital cumpla con los tiempos estipulados para la entrega de las cuentas de cobro, con el fin de que las Aseguradoras y/o Responsables cumplan con todas las obligaciones que les corresponden.

TERMINOS EN EVENTOS ESPECIFICOS

En general los términos para presentación de cuentas corresponde en general a los establecidos en los contratos o convenios de prestación de servicios.

- ACCIDENTE DE TRANSITO

Las cuentas de cobro por prestación de servicios a víctimas de accidentes de tránsito no tienen establecidos términos para la presentación de las mismas, de cualquier a manera la obligación de la aseguradora de cancelar los servicios prestados expira si a los dos años de la expedición del documento equivalente a factura, éste no le ha sido presentado.

Con el objeto de lograr una mayor liquidez y mejorar el flujo de caja, se recomienda no esperar el cierre de períodos para presentar las cuentas de cobro, y por el contrario hacer cuentas de cobro individuales por cada paciente atendido una vez se le liquiden los servicios prestados.

- EVENTOS CATASTROFICOS

Al igual que el accidente de tránsito no se tienen plazos establecidos para la entrega de las cuentas de cobro por lo que se recomienda entregar las cuentas de cobro en el menor tiempo posible.

- IVA SOCIAL Y TRAUMA MAYOR

Requiere para su prestación de convenio de prestación de servicios con el Ministerio de Salud en el cual se establece el plazo de entrega de las cuentas de cobro. Si las cuentas no se presentan en los plazos estipulados, se presentarán demoras en la revisión de las mismas y no se suspenden los plazos para realizar las glosas a las cuentas presentadas.

- DESPLAZADOS DE LA VIOLENCIA

El hospital y los entes territoriales que tienen contrato de prestación de servicios para atender este grupo de población, deberán cumplir con los términos establecidos en el contrato para la presentación de las cuentas de cobro, es decir que las cuentas deben ser presentadas en los cinco primeros días del mes siguiente a la atención.

Las Instituciones que no hayan suscrito convenio con para la atención de este tipo de víctimas, y por cualquier motivo reciban pacientes desplazados por la violencia, deberán informar de este hecho a la Secretaría de Salud de su Departamento o a la Institución más cercana a su localidad que tenga convenio para atender estos pacientes, para efectuar el cobro correspondiente y/o remitir el paciente en caso de ser necesario. Se recomienda a las instituciones que no tienen contratos, presentar las cuentas de cobro con todos los requisitos exigidos a la Dirección Territorial o a la I.P.S. que tenga convenio con la suficiente anticipación para que pueda ser incluida en la cuenta de cobro que ésta va a presentar al Ministerio de Salud.

RADICACIÓN.

La radicación de las cuentas de cobro es el último paso del proceso de preparación y presentación de cuentas de cobro,

Mediante este procedimiento se notifica a la empresa o entidad respecto a la deuda que por concepto de prestación de servicios, ésta tiene con la I.P.S., y pese a la simplicidad del procedimiento es necesario resalta que este no se limita a hacer entrega de unos documentos en una empresa, sino que es necesario:

- Asegurarse de la recepción de la documentación, dejar constancia escrita del recibido y aceptación de la cuenta de cobro.
- Obtener constancia de la fecha de entrega de la cuenta de cobro, esta dato es importante porque permite verificar el cumplimiento o incumplimiento de los plazos establecidos, Esta constancia con la de recibido se obtiene con la firma de la copia al momento de la entrega,
- Conocer el Numero de radicación o de identificación interna, en la aseguradora o entidad deudora, que corresponde a la cuenta de cobro. El número consecutivo de la cuenta de cobro sirve como identificación de la cuenta al interior de la I.P.S. pero en muchas aseguradoras, éste no es tenido en cuenta para la identificación de la cuenta a su interior, y por el contrario algunas adoptan una numeración o codificación diferente, la cual es necesario conocer por si se requiere hacer averiguaciones sobre los tramites realizados, o identificar posteriormente a que cuentas corresponden las consignaciones o pagos realizados.

Por último una vez presentada la cuenta de cobro se debe llenar el registro de cuentas de cobro, en el cual se consigna en forma ce consecutivo la información pertinente a cada cuenta de cobro formulada, presentada y radicada formalmente.

4.4. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA CUENTA.

Entregadas las cuentas de cobro a las aseguradoras es necesario hacer el seguimiento a las mismas, este seguimiento incluye los procesos relacionados con el manejo de las Glosas, recaudo de los pagos, y el control de la cartera.

4.4.1. GLOSAS

Las glosas a las cuentas de cobro presentadas por las Instituciones, son objeciones de las aseguradoras por las inconsistencias que han detectado en su revisión. Cuando en una cuenta se presentan inconsistencias en lo que respecta a su presentación, consolidación, aplicación de tarifas, cobertura de servicios, etc., la EPS devolverá la cuenta a la IPS para su corrección, y los prestadores de servicios de salud tendrán la obligación de aclarar o corregir las observaciones y dar respuesta a las mismas dentro de un plazo establecido. Entre las glosas más comunes tenemos:

- Documentos sin diligenciar o mal diligenciados
- documentos enmendados
- Inconsistencias en los soportes anexos
- Cobros sin la comprobación de los derechos de usuario, tarjeta, cédula
- Falta de información estadística
- Errores en los cobros, tarifas mal aplicadas, sumas mal realizadas
- Falta de la relación de pacientes
- Falta de documentos
- Prestación de servicios por fuera de los planes de beneficios.

➤ Falta de pertinencia técnico científica entre diagnóstico y procedimientos realizados y/o servicios prestados.

➤ Documentos sin firma del paciente.

Las glosas podrán ser objetadas total o parcialmente dependiendo de la causa de la glosa:

1. Totalmente si la causa de la glosa involucra a toda la cuenta e impide la aceptación parcial de los servicios prestados. V/gr. Falla en la identificación o acreditación de derechos del usuario, falta de firma de usuario, etc.
2. Parcialmente, cuando la glosa se realiza sobre unos servicios o procedimientos específicos, estando la E.P.S. o aseguradora en la obligación de aceptar y reconocer el pago de parte de los servicios facturados.

Este proceso ofrece la oportunidad de evaluar la calidad de los procesos técnico administrativos y técnico científicos y de los productos generados por en los mismos por parte de la institución.

4.4.1.1. PRESENTACIÓN DE GLOSAS.

Las glosas presentadas por las aseguradoras, es un punto crítico en el proceso control de cartera de las instituciones prestadoras de servicios por cuanto los procedimientos para su recepción y trámite no se ha estandarizado en la mayor parte de las instituciones, lo que impide un conocimiento certero del monto real de las servicios prestados.

Para un adecuado manejo de las glosas presentadas es necesario acordar con las aseguradoras los requisitos y plazos para su presentación, y la I.P.S. establecer los procedimientos para su recepción,

REQUISITOS

Así como para presentar una cuenta de cobro, esta debe cumplir un mínimo de requisitos que permitan garantizar su trámite, las glosas que presentan las aseguradoras deben presentar un mínimo de requisitos los cuales se recomienda queden establecidos en los contratos de prestación de servicios, por cuanto si no se cumplen estos requisitos no se puede dar trámite ni respuesta adecuada y oportuna a las glosas presentadas.

La comunicación de la glosa debe contener relación de documentos equivalentes a facturas glosados, donde se especifica: número de documento equivalente, nombre de usuario, servicio glosado y causa de la glosa. Y traer anexos los documentos equivalentes a facturas y soportes presentadas por esos servicios.

Se debe establecer el mecanismo o medio de comunicación válido y aceptado por las dos partes para la notificación de las glosas. Constancia de recibido de Correo certificado, Fax, correo electrónico, etc., (éste debe guardar correspondencia con el establecido para la entrega de las cuentas de cobro).

PLAZOS

En relación con los plazos, si en el contrato de prestación de servicios no está establecido el plazo para la presentación de glosas por parte de las aseguradoras, se adopta lo establecido en la normatividad vigente.

Las aseguradoras de SOAT, tienen 15 días calendario, contado a partir de la fecha de presentación de la cuenta de cobro, para presentar sus objeciones a las cuentas presentadas.

No está reglamentado el plazo para la presentación de glosas a las cuentas presentadas a FIDUSALUD, por atención de víctimas de accidentes de tránsito y eventos catastróficos.

RECEPCION.

El procedimiento de recepción de la comunicación de las glosas presentadas por las E.P.S. demás entidades con las que la I.P.S. tienen contrato de prestación de servicios, esta encaminado a garantizar que las entidades contratantes cumplan con los requisitos exigidos para la presentación de glosas, se establezca plenamente la fecha de entrega y recepción de dicha comunicación y se deje constancia de su realización.

Independiente del mecanismo establecido para la recepción de las glosas, se debe verificar el cumplimiento de los requisitos acordados para su presentación., y dependiendo del mecanismo acordado adoptar la conducta establecida en caso de no cumplir plenamente con los requisitos.

Para establecer plenamente la fecha de entrega y la recepción por parte de la I.P.S. de las glosas realizadas, la I.P.S. el funcionario que recibe debe dejar constancia en el original, la fecha y hora de su recepción, consignar su nombre y firma.

El proceso de recepción de glosas se termina con el registro de las glosas presentadas en un instrumento que debe ser diseñado para tal fin y que puede ser complementario o el mismo registro consecutivo de cuentas de cobro presentadas, al cual se le han adicionado las casillas necesarias para este fin.

TRAMITE DE GLOSAS

Recibidas y registradas las glosas se procede a su tramite que incluye los siguientes pasos:

- DISTRIBUCIÓN DE LAS GLOSAS,

Al recibir las glosas es necesario conocer las causas de las glosas, y acorde con éstas determinar a que áreas, unidades o funcionarios se debe remitir los documentos equivalentes a facturas glosados, para dar las respuestas pertinentes, o si por el contrario pueden ser resueltas en la misma unidad

receptora de glosas que se recomienda sea la de cartera. La distribución o remisión de la documentación aportada en la glosa y a la cual se solicita dar respuesta, debe ser realizada el mismo día de su recepción para que las diferentes unidades cuenten con el tiempo suficiente para el análisis y la realización del trámite (s) requeridos para su respuesta oportuna.

Es aconsejable que cada área ó unidad funcional tenga designado un responsable para el estudio y respuesta de las glosas, de tal manera que no haya demora para designar al funcionario que debe conocer la glosa, el cual debe conocer el tiempo que dispone para hacer el trámite pertinente.

- CORRECCION U ACLARACIÓN.

Los funcionarios designados para analizar y hacer el trámite pertinente a las glosas presentadas, deben evaluar si la glosa es o no pertinente, si no es pertinente se formula la respuesta sustentando la no pertinencia de la glosa; si es pertinente se procede a verificar si la causa de la glosa es subsanable o no, si lo es, se procede a su reparación (completar la documentación o información requerida, realizar las correcciones necesarias o formular las aclaraciones del caso, etc.), si no es subsanable se procede a informar la aceptación de la glosa. Se pueden presentar varias las opciones en diferentes servicios y un solo usuario con un documento equivalente.

Las correcciones, aclaraciones, complementaciones o aceptaciones realizadas deben ser informadas y documentadas y entregadas a la unidad encargada de dar respuesta a las aseguradoras, la cual consolida la información recibida de las diferentes unidades y formula la respuesta formal de la Institución.

- EVALUACION DE LAS GLOSAS

Es importante y recomendable llevar un registro minucioso de las causas de glosas y hacer evaluaciones periódicas del mismo, ya que nos puede permitir

identificar: la calidad o su déficit, en algunos de los productos del área asistencial y de las unidades de facturación, y cartera; fallas en los procesos técnico administrativos y técnico científicos que pueden ser susceptibles de mejoramiento; funcionarios, procesos y áreas críticas para la gestión de la empresa.

RESPUESTA DE GLOSAS

Todas las glosas presentadas por las aseguradoras deben ser respondidas por las I.P.S., la aceptación de la totalidad de las glosas presentadas por la aseguradora no exime a la I.P.S. de la obligación de responder aceptando las glosas presentadas.

CONTENIDO

La respuesta a las glosas presentadas debe relacionar, las glosas aceptadas, el número de documento equivalente afectado, el valor y la denominación del servicio descontado. En las glosas no aceptadas se debe relacionar las enmiendas, correcciones o adición de soportes realizada.

TERMINOS

La I.P.S. además de responder las glosas, debe responderlas oportunamente, los términos para la respuesta de las glosas pueden ser acordados por las partes en los contratos de prestación de servicios, cuando no existe especificación alguna al respecto se tomo lo establecido en las normas existentes.

En ausencia de estipulaciones al respecto, los términos vigentes para la respuesta a las glosas presentadas en los convenios de IVA Social, Desplazados y Trauma, es aconsejable que las cuentas y la respuesta a las glosas se realicen oportunamente pues de la aprobación de estas depende el desembolso de los pagos correspondientes,

REGISTRO

Igual que al presentar las cuentas de cobro es necesario, dejar constancia de la fecha y la entrega de las respuesta a las glosas, para certificar su presentación dentro de los términos establecidos.

Una vez presentada la respuesta a las glosas es necesario, registrar el monto de las glosas aceptadas y hacer las anotaciones pertinentes en el registro consecutivo de cuentas de cobro para establecer el valor de final de la cuenta de cobro descontadas las glosas, e informar a contabilidad sobre las modificaciones realizadas en los documentos equivalentes afectados.

REITERACION DE LAS GLOSAS.

Cuando la aseguradora, reitera las objeciones presentadas a la cuenta de cobro y no acepta la respuesta dada por la I.P.S, se recomienda solicitar concepto a alguna de las instancias de Dirección y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud con el objeto de determinar cual de las partes tiene razón, también se puede recurrir a lo establecido en las cláusulas contractuales para la solución de conflictos.

RECAUDO DE LOS PAGOS

El recaudo de pagos que hace el hospital por concepto de venta de servicios, es lo que le permite continuar cumpliendo con su objetivo social de prestar servicios asistenciales. Si los recaudos no se realizan oportunamente la empresa no tendrá liquidez para cumplir con el pago de sus obligaciones laborales, la adquisición de medicamentos y suministros, la inversión en planta, equipos, remodelación y mantenimiento de sus instalaciones.

En el momento del recaudo se concreta el beneficio o contraprestación que recibe la institución por los servicios prestados a sus usuarios, entre menor sea el lapso de tiempo transcurrido entre la prestación del servicio y el recaudo mayor es el beneficio que recibe la institución y a la inversa.

La importancia de este procedimiento es pues evidente, y por tal razón se deben establecer todas las estrategias posibles encaminadas a facilitar y motivar el cumplimiento en los plazos para el pago y desestimular las políticas de dilación y demora en los pagos que practican algunas empresas. El proceso tiene como objeto recibir los pagos que por concepto de prestación de servicios le hacen a las institución, es necesario conocer que cuentas de cobro se están cancelando y la fecha en que se realizo el pago para determinar si existe o no cumplimiento en los plazos establecidos.

Siempre que se reciba un pago se debe solicitar información relacionada con el numero de cuenta de cobro o documentos equivalentes a facturas que son canceladas con el pago o consignación realizada, sin esta información es supremamente difícil llevar un adecuado control de cartera y un sistema de información contable.

BIBLIOGRAFIA

Blanco Restrepo J., Maya Mejía J, Administración de servicios de salud Tomo II, segunda edición, 2005.

Mejía Garzón Braulio, Auditoria Medica Para la garantía de calidad en salud, Eco Ediciones, 2000.

Malango-Londoño, Galán Morera, Pontón Laverde, Administración Hospitalaria, segunda edición, Panamericana, 2000.

www.minproteccion.gov.co

Www-presidenciadelarepublica-go.co

MANUAL DE INDICADORES DE GESTIÓN

Indicadores: Son cocientes que comparan características determinadas de un proceso: Son útiles para analizar rendimientos y pueden expresar relaciones de causa – efecto entre los insumos que intervienen en un proceso o actividad y los resultados del mismo por lo general se expresan en %.

Indicadores de Gestión: Son coeficientes que permiten evaluar la eficiencia, eficacia, economía, equidad y entorno de las empresas. Se asocian con la capacidad administrativa o de gestión de la Gerencia.

Los indicadores de productividad + los indicadores de gestión = Desempeño institucional.

El proceso tiene definido dentro de su estructura orgánica la Unidad de Control Interno, la cual es la encargada de la evaluación y control de los procesos y establecimiento de estrategias para el mejoramiento continuo. La evaluación y el control se realiza a través de indicadores que permiten establecer objetivamente los diferentes puntos críticos de los procesos, priorizarlos e implementar estrategias de mejoramiento continuo que permita lograr la satisfacción del cliente interno y externo del área.

La evaluación se enfoca con la medición de indicadores de procesos levantados de acuerdo a la periodicidad establecida para cada uno de ellos. A continuación se relacionan dichos indicadores:

TIPOS DE INDICADORES

PERIODICIDAD

Capacitación – Inducción	Mensual
Estructura de proceso	Mensual
Dinámica de proceso	Quincenal
Resultado de proceso	Mensual
Satisfacción del cliente	Mensual

INDICADORES DE GESTIÓN

Definición de Indicadores de Gestión.

Expresión cuantitativa del comportamiento o desempeño de una organización o departamento, cuya magnitud, al ser comparada con algún nivel de referencia, podrá estar señalando una desviación sobre la cual se tomarán acciones correctivas o preventivas según el caso.

Los Indicadores de Gestión son expresiones cuantitativas que permiten analizar cuan bien se está administrando la Empresa o unidad, en áreas como uso de recursos (eficiencia) cumplimiento de las actividades programadas (eficacia) satisfacción del usuario (calidad), etc.

Características de los indicadores.

En la construcción de indicadores de Gestión se deben tener en cuenta los siguientes elementos:

- La denominación
- El propósito
- Los niveles de referencia
- La responsabilidad
- Los puntos de lectura
- La periodicidad
- El sistema de procesamiento y toma de decisiones

Cada vez que se tenga que establecer un indicador nuevo o revisar los existentes, se deben chequear los anteriores elementos para garantizar su uso adecuado.

Denominación del indicador:

Es la expresión matemática que cuantifica el estado de la característica o hecho que se quiere controlar.

La denominación debe ser expresada de la manera más específica posible, evitando incluir las causas y soluciones en la relación. La denominación debe

contemplar sólo la característica o hecho que se observará o medirá. Se puede medir cantidades de producción, proporciones, lapsos de tiempo, etc.

Algunos ejemplos de denominadores de indicadores serían:

- Porcentaje de ocupación de camas
- Gasto promedio por egreso
- Porcentaje de historias diligenciadas según lo establecido.
- Índice de mortalidad intrahospitalaria
- Índice de rentabilidad económica económica
- Índice de satisfacción del usuario.

Propósito de un indicador:

El propósito debe expresar el ¿para qué? Se quiere generar el indicador seleccionado. Expresa el lineamiento político, la mejora que se busca y el sentido de esa mejora (maximizar, minimizar, eliminar, etc).

El propósito permitirá tener claridad sobre lo que significa mantener un estándar en niveles de excelencia y adecuarlo permanentemente ante los diversos cambios, así como proponerse nuevos retos.

Atributos de una Buena Medición.

Las características o atributos de una buena medición son:

Pertinencia.

En cualquier departamento o sección del Hospital se pueden hacer mediciones sobre un sinnúmero de características, comportamientos o situaciones, pero ¿para qué se hacen cada una de esas cosas? ¿Cuál es realmente la utilización que se hace de la información obtenida?

El grado de pertinencia de una medición debe revisarse periódicamente ya que algo que sea muy importante en un momento determinado, puede dejar de serlo al transcurrir el tiempo.

Precisión.

Se refiere al grado en que la medida obtenida refleja fielmente la magnitud del hecho que se quiere analizar y corroborar.

Para lograr la precisión de una medición, deben darse los siguientes pasos:

- 1: Realizar una buena definición operativa, es decir, definir la característica o atributo a ser medido (ej: número de exámenes de laboratorio), las unidades de la escala de medición, (número de reportes), momento del registro (al terminar el reporte del examen), responsable del registro (Bacteriólogo), quien debe recibir capacitación acerca de lo que debe registrar y la importancia de esta actividad.
2. Elegir un instrumento de medición con el nivel de apreciación adecuado, por ejemplo, para medir el número de exámenes que se realizan por tipo de usuarios y procedencia se requiere un registro que contenga las dos variables.
3. Asegurar que el dato dado por el instrumento de medición, sea bien recogido por el funcionario encargado de hacerlo. Ello supone adiestrar al personal, pero también supone tener un buen clima organizacional donde todos estén interesados en la fidelidad de la lectura.

También para conocer la satisfacción de los usuarios ante un servicio, un producto, o ante la atención recibida, es necesario contar con medidas precisas y para ello se debe implantar el mismo procedimiento descrito, aunque en vez de número de actividades, se refiera a lapsos de espera, o a niveles de satisfacción y a encuestas como instrumento de medición.

Oportunidad.

La medición es una información que permite el conocimiento de los procesos y a su vez la toma de decisiones más adecuadas, bien sea para corregir restableciendo la estabilidad deseada del sistema, bien sea para prevenir y tomar decisiones antes que se produzca la anomalía indeseada o más aún, para enseñar incorporando elementos que impidan que las características deseadas se salgan fuera de los límites de tolerancia.

Por ello, la necesidad de contar oportunamente con la información, es un requisito al que deben atenderse quienes diseñan un sistema de medición.

Confiabilidad.

Si bien ésta característica no está desvinculada de las anteriores especialmente de la precisión. Se refiere fundamentalmente al hecho de que la medición en la empresa no es un acto que se haga una sola vez; por el contrario, es un acto repetitivo y de naturaleza generalmente periódica. Si se quiere estar seguro que lo que se mide sea la base adecuada para las decisiones que se toman, se debe revisar periódicamente todo el sistema de medición.

Para ello, se debe empezar por revisar la calibración de los instrumentos tanto mecánicos como de recolección primaria de información, es decir, validar la cantidad de la medida que está reportando y en segundo lugar se deben revisar el flujo de los datos y los puntos donde éstos son consolidados.

Una Auditoria periódica debe llevar a replantear la importancia de la característica o problemas que se quieren medir (¿Para qué medir?) o a introducir precisiones en las definiciones operativas.

Economía.

Aquí la justificación económica es sencilla y compleja a la vez. Sencilla, por que se refiere a la proporcionalidad que debe existir entre los costos incurridos en la medición de una característica o hecho determinado y los beneficios y relevancia de la decisión que se soporta de los datos obtenidos.

En todo caso es claro que la actividad de medición debe ajustarse también a los criterios de calidad y productividad, de tal manera que es fundamental adoptar los nuevos enfoques que propugnan porque el propio operativo tenga la capacidad y habilidad de realizar la medición. De esa manera se disminuyen los costos de medición y se agiliza la toma de decisiones ya que la retroalimentación es inmediata.

Puntos de Lectura e Instrumentos.

¿Cómo se obtienen y se conforman los datos?, ¿En qué sitio se hace las observaciones?, ¿Con qué instrumentos se harán las medidas?, ¿En qué formato se registran los datos?, ¿Quién los registra?.

Las respuestas a estas preguntas permiten establecer con claridad la manera de obtener precisión, oportunidad y confiabilidad en las medidas que hagamos. Es importante valorar la idoneidad de las encuestas, así como la claridad de los procedimientos, a fin de garantizar la exactitud del dato obtenido.

Periodicidad.

¿Cada cuanto se generará el indicador? , ¿Cómo se presenta, lecturas puntuales, promedios diarios, promedios mensuales?

Así como determinar el punto de lectura y la manera de obtenerlo, no menos importantes es ¿Cuándo hacer la medición?. La respuesta a ésta pregunta debe estar en correspondencia con la naturaleza del proceso que se requiere medir.

Entre los criterios que se deben tener en cuenta para la definición de la periodicidad de cada indicador están:

- Impacto de la medición en el logro de los factores críticos de éxito, por ejemplo los indicadores de calidad de la atención tales como el índice de mortalidad intrahospitalaria e infección intrahospitalaria deberán reportarse mensualmente.
- Indicadores tales como el flujo de caja o la ocupación de las camas hospitalarias que tiene relación con la gerencia del día a día deberán reportarse diariamente.
- Variabilidad del indicador en el tiempo, por ejemplo para algunos indicadores financieros la medición debe ser trimestralmente ya que se modifican en algunos casos en el mediano plazo.

En términos generales la periodicidad debe ser mensual para la mayoría de los indicadores.

Sistema de Información y Toma de Decisiones.

El sistema de información debe garantizar que los datos obtenidos en las lecturas se presentan en forma oportuna, confiable y precisa de tal forma que permitan la toma de decisiones racionales y efectivas. De ahí que el procesamiento debe ser lo suficientemente ágil y rápido para asegurar la retroalimentación adecuada a cada nivel de la organización.

Vale decir que en cada nivel debe organizarse la información de la mejor manera para la toma de decisiones. Es esa, y sólo esa, la información que debe suministrar el Sistema, pero haciéndolo de una manera ágil y oportuna.

Es necesario atender la racionalización del procesamiento de la información, desde el formato de recolección de datos hasta su presentación para la toma de decisiones. Un buen reporte para tomar decisiones, debe contener no sólo el valor actual del indicador, sino su nivel de referencia.

Es importante definir por cada indicador, quien lo reporta lo reporta y cada cuanto lo reporta.

Se incluyen cuadros de evaluación de proceso de facturación, cartera, indicadores de gestión de cada área funcional.

INDICADORES DE EFICIENCIA. Permiten medir si el proceso de producción del área de facturación es adecuado. – Cumplimiento de los contratos

INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIÓN – FORMULA	INTERPRETACIÓN
EFICIENCIA	$\frac{\text{Fecha de la entrega de las cuentas individuales} - \text{Fecha establecida de entrega de la cuentas a cartera}}{\text{Fecha de entrega a Cartera}}$	Rapidez en la entrega de las cuentas individuales a Cartera
	$\frac{\text{Tiempo de entrega de la factura al paciente hospitalario} - \text{Hora en que la factura está lista para su pago}}{\text{Hora en que se Autoriza la salida del paciente}}$	Rapidez en la entrega de la factura al paciente hospitalizado Muestra de eficiencia del Dpto. de facturación para

			recoger la información restante sobre los últimos servicios prestados al paciente, liquidar su valor y entregar la factura. Si el proceso esta automatizado indica la organización y coordinación que se tiene con los centros de costos asistenciales para la captura directa de los servicios particulares prestados por cada centro.	
	Tiempo de preparación de una cuenta individual	. Fecha de terminada la atención del paciente	Fecha de terminación preparación de la cuenta individual	Tiempo de duración del proceso de preparación de una cuenta individual
	Tiempo promedio en corregir y enviar una cuenta individual a cartera	. Fecha en la que se envía la cuenta corregida	. Fecha de llegada de la cuenta para su corrección	Días de mora en el proceso de corrección y devolución
	Subfacturación cada por centro de costo	. Valor de los servicios registrados en cada centro de costos	Valor facturado por Centro de Costos	Permite conocer el valor de la pérdidas por causa de la subfacturación. Este caso se puede dar cuando el proceso es automatizado y no existen terminales en cada centro de costos para que se capture directamente allí las órdenes

	<p>Otra forma:</p> <hr/> <p>Pérdida por servicios prestados . Valor del total de las órdenes no incluidas en y no cobrados a pa- las facturas cientes por Centro de Costo</p>	<p>correspondientes al Centro de Costos, sino que las órdenes llegan a una central de facturación y allí se digitan.</p> <hr/> <p>Al comparar el valor de las órdenes que reposan en los centros de costos contra lo registrado en la central de facturación pueden dar valores distintos por diversas razones. Porque los so- porte no llegan a la central de facturación o porque los digita- res de la central no entienden los nombres de los procedimientos escritos en las órdenes o por que simplemente se pasan de alto</p>
--	---	---

INDICADORES DE EFICIENCIA: Permiten medir si el proceso del área de facturación es adecuado. – Cumplimiento de los contratos

INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL - FORMULA	INTERPRETACIÓN
EFICIENCIA	$\text{Rendimiento} = \frac{\text{No. De pacientes a quien se liquidó una cuenta}}{\text{Número de empleados del área}}$	Permite conocer el rendimiento individual promedio de los funcionarios del área No. De las cuentas liquidadas por empleados.
		Permite conocer la eficiencia del

	$\text{Eficiencia del \u00e1rea} = \frac{\text{Valor facturado}}{\text{Costo mensual del Departamento}}$	departamento de facturaci\u00f3n.
	N\u00famero total de pacientes facturados	Nos permite conocer la demanda real
	Valor facturado en el mes por fuentes de pago	Permite conocer la participaci\u00f3n en la venta total de la instituci\u00f3n por cada una de las fuentes de pago
	Valor facturado en el mes para pacientes ambulatorios y hospitalizados separadamente	

INDICADORES DE EFICACIA: Mide la eficacia de una correcta facturaci\u00f3n y permite evaluar el buen entendimiento de los contratos

INDICADOR	DEFINICI\u00d3N OPERACIONAL - FORMULA	INTERPRETACI\u00d3N
EFICACIA	$\% \text{ de cuentas devueltas por errores} = \frac{\text{No. De cuentas devueltas} \times 100}{\text{No. De cuentas enviadas a cartera}}$	Mide el porcentaje de cuentas devueltas o glosadas por falta de control por parte del dpto. de facturaci\u00f3n
	$\% \text{ de valor facturado devuelto por errores} = \frac{\text{Valor en pesos de cuentas devueltas} \times 100}{\text{Valor total de cuentas enviadas a}}$	Permite conocer el porcentaje del valor total de facturaci\u00f3n que fue devuelto por errores.

	cartera	
	$\% \text{ de cuentas devueltas por tipo de error} = \frac{\text{No. De cuentas devueltas x tipo De error}}{\text{No. De cuentas enviadas a cartera}}$	<p>Mide el porcentaje de cuentas por tipo de error que fueron devueltas.</p> <p>Es importante clasificar los errores para poder priorizar los aspectos que en las capacitaciones se deben tener en cuenta para corregir y controlar.</p>
	$\% \text{ de cuentas devueltas por tipo de error por fuente de pago} = \frac{\text{No. De cuentas devueltas por tipo de error}}{\text{No. De cuentas enviadas a cartera por fuente de pago}}$	<p>Permite conocer por cada fuente de pago o contrato los tipos de errores más frecuentes.</p>
	$\% \text{ de cuentas presentadas a carteras con errores} = \frac{\text{No. De cuentas individual con reclamos válidos x 100}}{\text{No. De cuentas devueltas por cartera}}$	<p>Permite conocer el porcentaje de cuentas individuales que fueron devueltas por cartera por justas razones.</p>

INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL - FÓRMULA	INTERPRETACIÓN
	$\% \text{ del valor facturado con errores} = \frac{\text{Valor en pesos de errores reversados x 100}}{\text{Valor total facturado a pacientes}}$	<p>Valor de las cuentas que hay que corregir por justas razones</p>
	$\% \text{ de cuentas devueltas por origen del error}$	<p>Registrar las causas más comunes que</p>

	$\frac{= \text{No. De cuentas devueltas por origen del error}}{\text{No. De cuentas enviadas a carteras}}$	<p>generan la devolución de las cuentas individuales. Estas causas se pueden reunir en grupos que representen el origen del error.</p>
	<p>No. De pacientes atendidos sin facturar = No. De facturas – No. De egresos</p>	<p>Permite conocer el número de pacientes atendidos y no facturados. Representa pérdidas para la institución.</p>
	<p>Pérdida de servicios efectuados</p> <p>= Valor total de soportes No. Incluidos en la factura</p>	<p>Permite medir las pérdidas de la institución por su facturación.</p>
	$\frac{\text{Monto facturado en un contrato} \times 100}{\text{Monto de facturación esperando por el contrato}}$ $\frac{\text{Monto facturado por tipo de paciente} \times 100}{\text{No. De paciente facturado por tipo de paciente}}$	<p>Seguimiento a los montos de los contratos y tipo de paciente</p>

INDICADOR: coordinación con otras áreas, permite medir si el manejo de los soportes es adecuado y la satisfacción de las otras áreas

INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL - FORMULA	INTERPRETACION
	No de días de retraso en el envío de soportes del servicio médico a facturación.	

	Lista de servicios asistenciales más demorados para enviar los soportes	
	Número de soportes pendientes por falta de admisión del paciente.	
	Pérdidas por servicios efectuados y no cobrados al contratante o al paciente por culpa de las diferentes áreas por errores del archivo, liquidación o mal manejo del documento.	
	Fechas de entrega de informes requeridos por las áreas Número de correcciones que requieran los informes.	

INDICADORES FINANCIEROS

INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL - FORMULA	INTERPRETACIÓN
FINANCIEROS	<p>Participación de facturación en egresos totales</p> $= \frac{\text{Total egresos facturados} \times 100}{\text{Total egresos de la IPS}}$	Participación de los egresos de facturación frente a los egresos totales
	<p>Rentabilidad por servicio = $\frac{\text{Costos por servicio} \times 100}{\text{Valor por facturación por servicio}}$</p>	Mide la rentabilidad de cada servicio con respecto a la producción del mismo
	<p>Participación por servicio = $\frac{\text{Valor facturado por servicio} \times 100}{\text{Valor total facturado en la IPS}}$</p>	Mide el porcentaje de participación de un servicio en la producción de la IPS.

	$\frac{\text{Participación por Responsables de pago}}{\text{Valor total facturado}} = \text{Valor facturado por responsables de pago} \times 100$	<p>Establece el porcentaje de pacientes atendidos en la IPS de acuerdo a los deferentes responsables del pago. Analiza la demanda de cada contratista. Mide la concentración de los clientes, sirve para fijar estrategias de cobro y mercadeo.</p>
--	---	---

INDICADORES DE FACTURACIÓN PROPIAMENTE

INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL - FORMULA	INTERPRETACIÓN
Participación por Servicio	$\frac{\text{Valor facturado x Servicio}}{\text{Valor total facturado}} \times 100$	Mide el porcentaje de participación de un servicio en la producción de la institución
Participación por Tipo en Régimen	$\frac{\text{Valor facturado x Régimen}}{\text{Valor total facturado}} \times 100$	Establece el porcentaje de participación de un régimen en la población total de la IPS.
Participación por responsables de pago	$\frac{\text{Valor x responsable de pago}}{\text{Valor total facturado}} \times 100$	Establece el porcentaje de pacientes atendidos en el hospital de acuerdo a los

		diferentes entes responsables de pago. Mide la concentración de los clientes, sirve para fijar estrategias de cobro y mercadeo.
Rentabilidad por Servicio	$\frac{\text{Facturación} - \text{Costo x servicio}}{\text{costo x Servicio}} \times 100$	Mide la rentabilidad o pérdida de cada servicio con respecto a la producción y el costo del mismo
Rentabilidad Por procedimiento	$\frac{\text{Facturación} - \text{costo procedimiento}}{\text{Costo procedimiento}} \times 100$	Establece la rentabilidad del procedimiento. Permite conocer los procedimientos más rentables y adoptar medidas de mercadeo de los mismos.

INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL - FORMULA	INTERPRETACIÓN
Participación por Riesgos	$\frac{\text{Valor facturado x Riesgos}}{\text{Facturación total}} \times 100$	Establece porcentaje de participación en los ingresos de las IPS de acuerdo al tipo de riesgos en que se clasifica el usuario.
Participación por Tipo en Régimen	$\frac{\text{Cantidad de procedimiento}}{\text{Cantidad procedimiento totales}} \times 100$	Define la participación de un procedimiento determinado en la producción del hospital. Nos indica la

		demanda de las Actividades por servicios prestados.
Participación de facturación en egresos totales	$\frac{\text{Total egresos facturados}}{\text{Total egresos hospitalarios}} \times 100$	Mide la participación de los egresos de facturación frente a los egresos totales del hospital.
Índice de eficacia	$\frac{\text{No. De facturas objetadas.}}{\text{No. De facturas enviadas a cobro}} \times 100$	Mide la eficiencia de una correcta facturación. Nos permite conocer el grado de confiabilidad y oportunidad de la formación generada.
Rendimiento médico	$\frac{\text{Total actividades facturadas x M.D.}}{\text{Total esperado}} \times 100$	Mide el rendimiento laboral médico. Nos permite conocer el desempeño laboral de una determinada persona dentro de la institución.
Número de actividades promedio por paciente	$\frac{\text{Total actividades realizadas}}{\text{No. Pacientes atendidos}}$	Muestra el promedio de las actividades realizadas por cada paciente. Sirve para identificar la racionalización de la institución.
Efectividad del recaudo	$\frac{\text{Valor cancelado}}{\text{Valor reclamado}} \times 100$	Mide la gestión de recaudo obtenida por la IPS. Nos permite conocer el porcentaje

		recaudado por el hospital a particulares por atención a pacientes de otras EPS.
INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL - FORMULA	INTERPRETACIÓN
Rendimiento de capacidad por servicio	$\frac{\text{Total estancia facturada} \times 100}{\text{No. Camas (servicio)} \times \text{periodo}}$	Indica el porcentaje de facturación de estancia frente a la capacidad instalada en un determinado servicio. Dentro de un periodo de tiempo establecido del número de días (nos permite conocer la rotación de la cama en un servicio).
Eficacia de facturación	$\frac{\text{Total actividades facturada} \times 100}{\text{Total actividades realizadas}}$	Indica el porcentaje de actividades facturadas, frente a las que efectivamente establece el grado de participación del personal dentro del proceso de captura y procedimiento de la información. Nos permite identificar el porcentaje de sub. Registro de información.
Utilización de capacidad programada	$\frac{\text{Facturación total} \times 100}{\text{Capacidad programada}}$	Mide la eficacia de la utilización de capacidad instalada y

	Valor capac. Total programado	programada.
Porcentaje de objeciones	$\frac{\text{Facturación total} \times 100}{\text{Valor objetado}}$	Mide el porcentaje de objeciones generadas en el servicio y en la institución.

URGENCIAS	
Número de pacientes atendidos	Número de pacientes en el periodo
% de pacientes hospitalizados	$\frac{\text{Nro. De hospitalizaciones generadas por urgencias en el periodo}}{\text{Nro. Total de atenciones realizadas en el periodo}} \times 100$
Tiempo promedio de permanencia en urgencias.	$\frac{\text{Nro. Total de horas permanencia en urgencias en el periodo}}{\text{Nro. De pacientes en observación en el periodo}} \times 100$
Porcentaje de ocupación, camas de observación.	$\frac{\text{Nro. de camas ocupadas en el periodo}}{\text{Nro. de camas disponibles en el periodo}} \times 100$
% de mortalidad	$\frac{\text{Nro. de pacientes muertos en urgencias en el periodo}}{\text{Nro. de pacientes atendidos en el periodo}} \times 100$
Costo promedio de la atención	$\frac{\text{Costo total de servicio de urgencias en el periodo}}{\text{Nro. total de consultas realizadas en el periodo}}$

<p>% de rentabilidad</p>	$\frac{\text{Total ingresos por urgencias en el periodo}}{\text{Costo total de urgencias en el periodo}} \times 100$
<p>Índice de cumplimiento de protocolos de manejo</p>	$\frac{\text{Nro. de pacientes en quienes se cumplió el protocolo de manejo de una patología en el periodo}}{\text{Nro. total de pacientes que consultaron por ésta patología en el periodo}} \times 100$
<p>Tiempo de espera entre la demanda y la atención</p>	<p>Hora de atención – hora de ingreso al hospital</p>
<p>Índice de satisfacción del usuario</p>	$\frac{\text{Nro. de puntos obtenidos en la encuesta respecto a cada variable}}{\text{Nro. total de puntos posibles en la encuesta}} \times 100$

PROCESO DE LIQUIDACIÓN SERVICIO URGENCIAS

ADMISIONES

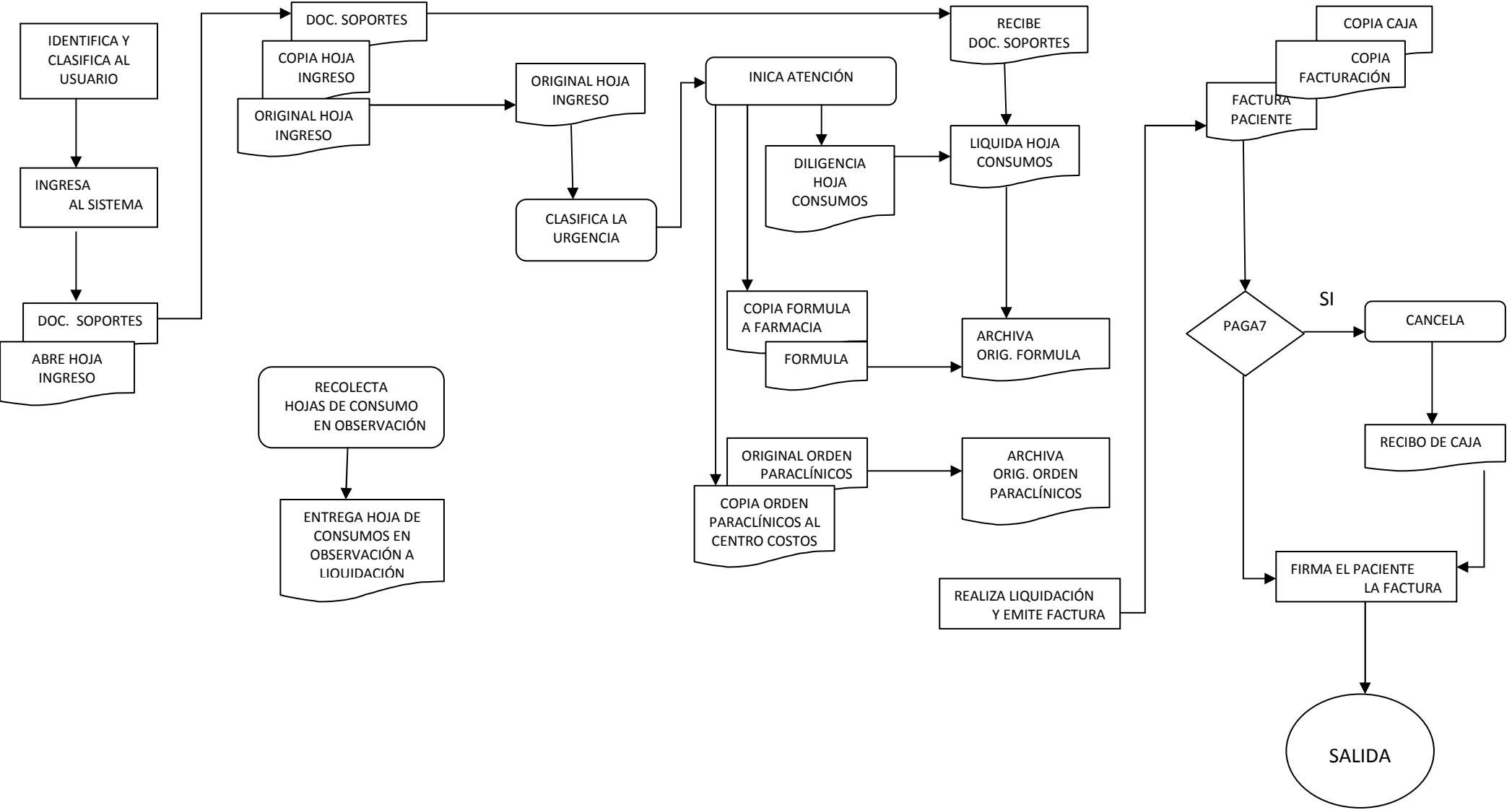
AUX. DOCUMENTOS

ENFERMERIA

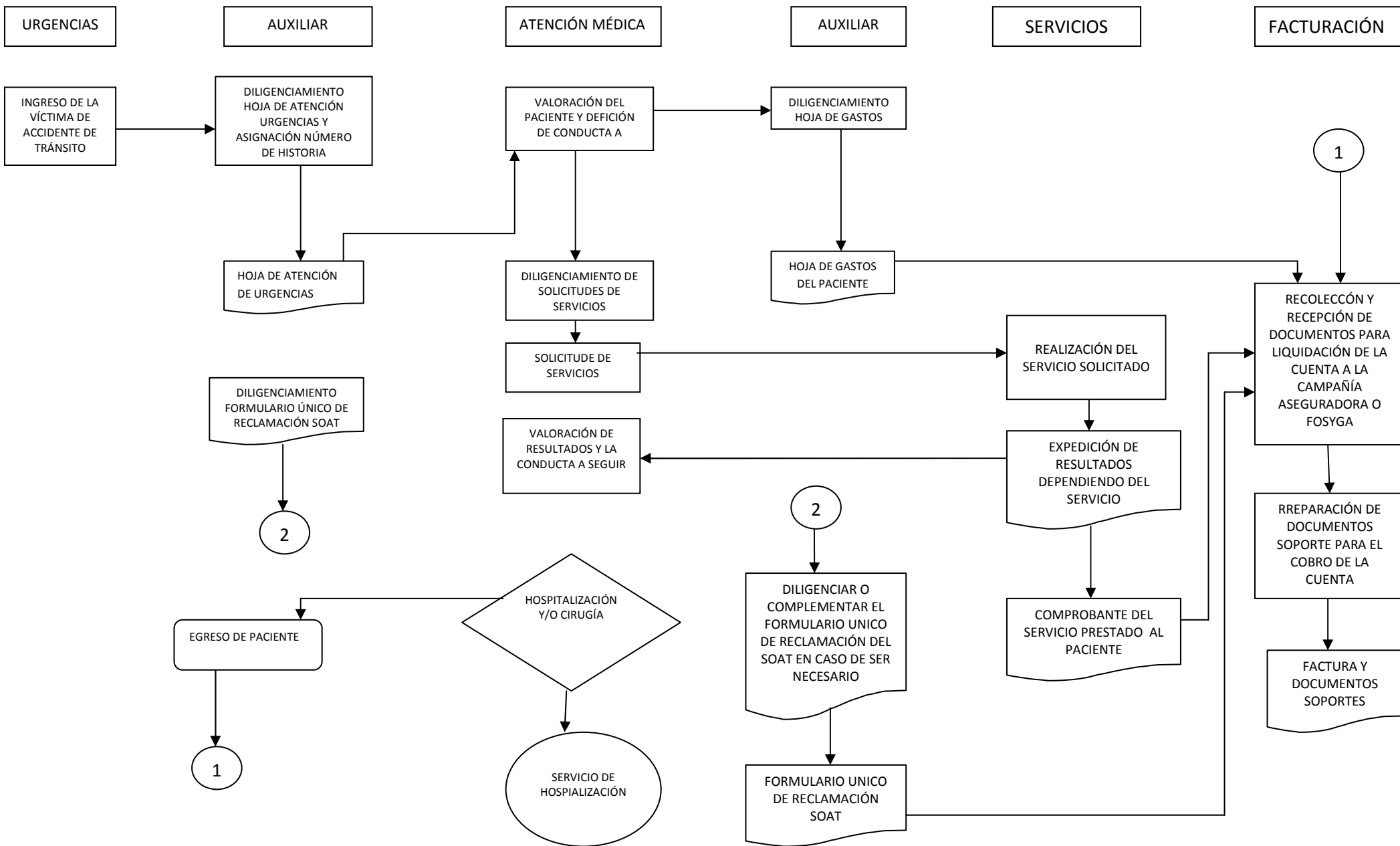
MEDICO

LIQUIDACIÓN

CAJA



FACTURACIÓN POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS



UNIDAD FUNCIONAL: URGENCIAS**ADMISIONES Y FACTURACIÓN**

Tiempo de atención: 24 horas

PASOS	DOCUMENTOS	OBSERVACIÓN	RESPONSABLE
1 Egresos del usuario al servicio de urgencias	Emite hoja de ingreso e historia clínica de urgencias	Documento proveniente de admisiones del servicio de urgencias. Notifica a la entidad responsable de apoyo y registra en libro de llamadas telefónicas, con los datos de: Nombre de entidad responsable de pago, Nombre del paciente, Identificación, diagnóstico de ingreso, Nombre de la personal que autoriza.	Auxiliar de facturación.
2. Realiza la atención de urgencias y registra hallazgos, diagnóstico y conducta a seguir.	Historia clínica	Este documento es privado y su contenido es estrictamente confidencial	Médico general de urgencias.
3. Registra consumos y actividades realizadas durante la atención.	Hoja de consumos Hoja de procedimientos	Estos soportes son enviados a la oficina de facturación para adicionarlos a la cuenta y digitación en el sistema.	Médico que presta la atención y la enfermera que los asiste.
4. Solicita exámenes de apoyo y diagnóstico	Orden de examen y copia	La orden es enviada al servicio de apoyo requerido, realización de la actividad, copia para digitación en el sistema de facturación y archivo de facturación.	Médico que ordena la prueba, auxiliar de facturación digita en el sistema y archiva copia de orden.
5. Solicita sala de observación	Orden médica de hospitalización en sala de observación. Hojas de consumo en observación.	Para a la sala de observación donde se procede a su atención en ésta sala, realización de actividades, procedimientos y consumos para el manejo indicado. Se diligencia los formatos de consumos para posteriormente ser diligenciados en el sistema de facturación.	Médico que ordena la sala de observación. Personal asistencial que diligencia las hojas de consumo. Facturador digitador.
6. Solicita hospitalización.	Orden de hospitalización.	Es enviada a la central de admisiones para registro de ingreso y asignación cama.	Médico que ordena la hospitalización.
7. Solicita quirófano urgente.	Solicitud quirófano u orden de cirugía.	Es enviada a sala de cirugía	Médico que solicita quirófano.
8. Prescribe medicamentos	Fórmula médico u orden de despacho y copia.	Es enviada a farmacia para su despacho y digitación en sistema de facturación. Copia para archivo de facturación.	Médico que prescribe al usuario auxiliar de facturación digita en el sistema y archiva copia de orden de despacho.
9. Autoriza salida del usuario.	Orden de salida, orden de remisión, certificado de defunción	Cualquiera de estos documentos se envía a la oficina de facturación para la digitación en el sistema y liquidación de la cuenta.	Médico que realizó la atención
10. Entrega cuentas soportadas a coordinación de área.	Cuentas soportadas y liquidadas.	Realiza la entrega de todos los documentos que conforman la cuenta, facturas firmadas, recibos de pago sellados de cancelado, letras de cambio firmadas, documentos soportes de comprobación de derechos, soportes de consumo y actividades realizadas.	Liquidación de urgencias