

Auditoría al Proceso de Facturación del Servicio de Hospitalización del
Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado, Antioquia

Maritza Corrales Gallego
Margarita María Corrales Rodríguez
Isabel Cristina Gómez Rodríguez
Luisa Fernanda Hincapié Díaz

Universidad CES
Grupo de Investigación Observatorio de la Salud Pública
Línea Auditoría y Calidad en Salud
Especialización en Auditoría en Salud
Medellín
2013

Auditoría al Proceso de Facturación del Servicio de Hospitalización del
Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado, Antioquia

Isabel Cristina Gómez Rodríguez
Luisa Fernanda Hincapie Díaz
Maritza Corrales Gallego
Margarita María Corrales Rodríguez

Trabajo de grado para optar al título de
Especialistas en Auditoría en Salud

Docente Asesor
Dr. Abelardo Guzmán Hurtado

Universidad CES
Grupo de Investigación Observatorio de la Salud Pública
Línea Auditoría y Calidad en Salud
Especialización en Auditoría en Salud
Medellín
2013

Nota de aceptación

Presidente:

Jurado 1:

Jurado 2:

Jurado 3:

Medellín, 14 de noviembre de 2013

Tabla de contenido

	Pág.
Lista de tablas	6
Lista de Anexos	7
Glosario	8
Introducción	10
1. Problema de investigación	11
1.1 Situación problema	11
1.2 Planteamiento del problema	12
1.3 Justificación del problema	12
1.4 Limitaciones previsibles	12
1.5 Factibilidad	13
1.6 Alcance	13
2. Objetivos	14
2.1 Objetivo general	14
2.2 Objetivos específicos	14
3. Marco referencial	15
3.1 Marco teórico	15
3.1.1 Sector salud en Colombia	15
3.1.2 Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)	16
3.1.3 Estructura del SGSSS:	18
3.2 Marco conceptual	19
3.2.1 Facturación en los Servicios de Salud	19
3.2.2 Procesos administrativos que sirven de apoyo a una correcta Facturación:	19
3.2.4 Modalidades de las Contrataciones	21

3.2.5 Requerimientos de la factura	21
3.2.6 Cuentas médicas	21
3.2.7 Soportes de la factura	21
3.2.8 Proceso de revisión a la factura	23
3.2.9 Tipos de auditoria	23
3.2.10 Glosas	24
3.3 Marco Normativo	28
3.4 Marco situacional	28
4. Auditoría al proceso de facturación del HMUA	32
4.1 Universo	32
4.2 Delimitación del estudio	32
4.3 Tipo de auditoria	32
4.4 Planeación	32
4.5 Recopilación de datos	33
4.5.1 Entrevista	33
4.5.2 Encuesta	34
4.6 Hallazgos:	35
4.7 Propuesta de proceso conforme a las oportunidades de mejora encontradas	36
4.8 Recomendaciones	40
5. Conclusiones	45
Bibliografía	46
Anexo	48

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Cronograma de actividades	33
Tabla 2. Evaluación al servicio de facturación	35
Tabla 4. Actividades a implementar y sus responsables	42

Lista de Anexos

	pág
Anexo A. Matriz Dofa	48

Glosario

Beneficiario: persona cubierta por el seguro de salud de un familiar

Capitación: modalidad de contratación en la cual se pagan por anticipado un número de servicios.

Código De Procedimientos: un sistema de codificación utilizado para describir los tratamientos realizados.

Copago: cuota que paga el usuario del régimen subsidiado para ayudar a financiar el sistema

Cuota Moderadora: valor que debe pagar el usuario por una atención a su EPS.

CUPS: código único de procedimientos en salud

Diagnóstico: código que se utiliza para la facturación y que describe su enfermedad.

EAPB: entidades administradoras de planes de beneficios permitidos en el SGSSS.

EPS: empresas promotoras de salud

EPS-S: empresas promotoras de salud subsidiada

ESE: empresas sociales del estado.

FOSYGA: fondo de solidaridad y garantía

Glosa: valor que el asegurador objeta por carencia de soportes, falta de pertinencia, diferente tarifa pactada, servicio no contratado, etc.

IPS: institución prestadora de servicios de salud

Mapipos: manual de intervenciones y procedimientos

Número De Historia Clínica: el número asignado por IPS que identifica su historia clínica individual.

Plan De Beneficios: actividades procedimientos e intervenciones que cubre el asegurador POS, POS-S

Red De Servicios: IPS contratadas por el asegurador para garantizar la atención de salud.

Responsable de Pago: la(s) persona(s) responsable de pagar su factura se le denomina garante.

Servicios no Cubiertos: cargos por servicios médicos denegados o excluidos por su seguro.

SOAT: seguro obligatorio de accidentes de tránsito

UPC: unidad de pago por capitación

UPS-S: unidad de pago por capitación subsidiada

Vinculado: persona que no tiene seguridad social

Introducción

En la actualidad las entidades prestadoras de servicios de salud, se han visto enfrentadas a nuevos retos y esquemas de administración tendientes a desarrollar modelos eficientes que permitan ser autosuficientes y que les den la oportunidad de interactuar en el mercado ofreciendo buenos servicios, cumpliendo con los principios que deben regir las Empresas Sociales del Estado y que al mismo tiempo faciliten y demuestren su viabilidad financiera.

Para ello es necesario fijar la atención en procesos tan importantes como el de la facturación, el cual comprende temas como la contratación hospitalaria, admisiones y atención al usuario, calidad del servicio, manejo de manuales, tarifas y guías integrales; gestión de cartera, indicadores de gestión, centros de costos, auditoría médica de cuentas; RIPS y sistema de información y software de facturación.

Por lo anteriormente descrito el trabajo de grado presentado a los directivos del Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado, busca brindar herramientas que ofrezcan correctivos oportunos que permitan a la entidad, en el servicio de hospitalización, mejores posibilidades de competitividad en el sector y la posibilidad de unificar criterios para un eficiente manejo de la facturación, con base en lo estipulado en normas como la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011 (por la cual se reforma el sistema de Salud); Ley 1608 de 2013 (por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar liquidez), Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Resolución 5261 de 1998, Acuerdo 029 de 2011, Manuales Tarifarios utilizados en la contratación con las empresas a las que se les prestan los servicios o cartas de solicitud de prestación de servicios; entre otras.

1. Problema de investigación

1.1 Situación problema

Al inicio del estudio se encuentra que la información existente de las causas de las glosas no había sido estudiada en años anteriores y se desconocía cuáles eran las de mayor incidencia, situación que no permitía tomar correctivos tendientes a disminuir las glosas y optimizar los recursos con que cuenta el Hospital para su buen funcionamiento.

Se encontró entonces que la auditoría no se toma como una oportunidad de mejora, se cometen los mismos errores y por tanto las glosas siempre son por falta de documentación de los procesos sobre la gestión de glosas en el área de facturación.

Las glosas por concepto de tarifas se describen como aquellas facturas que presentan diferencias entre el valor cobrado y el contratado, es decir mayor o menor valor cobrado según el Manual Tarifario. Se evidencia en el Hospital la falta de un proceso estructurado al momento de responder las glosas ante las devoluciones de las facturas por las entidades responsables de pago y desconocimiento tanto de la norma como de los contratos con las EPS.

Las glosas por facturación se entienden como aquellas facturas mal elaboradas, que no cumplen con todos los requisitos exigidos por la norma y por las EPS que contratan. La falta de soportes en las facturas y de autorizaciones para prestación de algunos servicios, también son motivos de glosa; se le dicen soportes a los documentos que respaldan la factura, anexos, copia de historia clínica, fotocopias de documentos, resultados de ayudas diagnósticas, etc.

En términos generales, el Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado, tiene un valor en glosas y devoluciones hasta el año 2012 de \$3.388.76.043.

1.2 Planteamiento del problema

En la actualidad, la E.S.E. Hospital Manuel Uribe Ángel de Enviado, en el servicio de hospitalización, no cuenta con un proceso de facturación organizado y documentado, por lo que no se detectan a tiempo las falencias en la elaboración de las facturas y sus respectivos soportes, conllevando al aumento de glosas y por ende al deterioro paulatino de las finanzas de la institución.

1.3 Justificación del problema

Teniendo en cuenta que el proceso de facturación del Hospital Manuel Uribe Ángel de Enviado, constituye su principal fuente de ingresos e información, factores ambos necesarios y representativos para la viabilidad de la Institución, se elabora el presente trabajo con el propósito de analizar las principales causas de glosas, devoluciones y el porcentaje en dinero glosado en la facturación en el servicio de hospitalización, con el fin de realizar un plan de mejoramiento que permita depurar las inconsistencias y la disminución de las mismas, obteniendo así un óptimo resultado en la facturación.

El propósito de este proyecto es entonces, disminuir el impacto negativo que tienen las glosas en el presupuesto de la E.S.E. Hospital Manuel Uribe Ángel, a través de la auditoría al proceso y la documentación de una correcta gestión de glosas, aplicados al servicio de hospitalización.

1.4 Limitaciones previsibles

En cuanto al recurso humano:

- La falta de disposición o recelo para entregar la información.
- La dispersión de la información.

1.5 Factibilidad

Dentro del presupuesto para realizar este trabajo se contarán con unos gastos que sumados estarán dentro del \$1000.000, los cuales se distribuirán en papelería, transporte y alimentación.

1.6 Alcance

La auditoría se va a realizar al proceso de facturación del servicio de hospitalización del Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado, desde el momento en que es generada la factura, hasta que se presenta la glosa por parte de la entidad responsable de pago y consecuentemente se requiere una respuesta por parte de la institución.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Realizar una auditoría al proceso de facturación del servicio de hospitalización del Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado, con el fin de detectar los principales errores causantes de glosas y documentar el proceso de gestión de las mismas, para la optimización de los recursos.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar y analizar las diferentes fases del proceso de facturación del servicio de hospitalización del HMUA.
- Identificar las fallas o brechas que se presentan durante el proceso de facturación que repercutan en la generación de la glosa.
- Documentar y estructurar el proceso de facturación del servicio de hospitalización con base en la normatividad vigente, teniendo en cuenta las oportunidades de mejora detectadas.

3. Marco referencial

3.1 Marco teórico

3.1.1 Sector salud en Colombia

El Decreto 1011 de 2006 establece un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuya base son los sistemas de información, convirtiéndose la historia clínica en el instrumento vital; ésta, de manera objetiva, refleja los cuidados prestados y los resultados obtenidos; de esta manera, el registro clínico es la principal fuente de información y vínculo de comunicación entre el paciente y los miembros del equipo de salud, convirtiéndose en una herramienta importante para la evaluación y medición de la calidad de los servicios de salud.

En la actualidad las instituciones prestadoras de servicios de salud se enfrentan a nuevos retos, por el gran cambio y desarrollo que ha tenido el sistema general de seguridad social en salud, siendo el principal la profundización de la descentralización y que traen como parte del cambio una integración indirecta entre la administración de las instituciones prestadoras de servicios salud y las entidades promotoras de servicios de salud, de esta manera, los hospitales y clínicas están obligados a prestar los servicios con oportunidad, calidad y eficiencia para tener un diagnóstico integral hacia el paciente, pero así mismo, las EPS están obligadas a administrar bien los recursos financieros y participar en la evaluación de calidad de los servicios ofrecidos por las IPS.

Con lo anterior se entiende que se ha implementado un modelo de auto sostenimiento financiero, es decir, se abre un país con posibilidad de mercado enmarcado por una estructura capitalista, que ayuda al Estado a subsidiar un sistema de salud con mayor accesibilidad de la población.

Bajo este modelo, el sistema de salud está dividido en tres regímenes: contributivo, subsidiado y vinculado, con dos modalidades principales de pago, por capitación y los aportes por compensación o evento; ambos mediados por las EPS, quienes pagan a las IPS por sus servicios.

La Resolución 3047 del 2008 tiene como objetivo estandarizar la normas para estos cobros y es allí donde se ha detectado una crisis que afecta cada día a más hospitales y que radica en la falta de procesos para los servicios de facturación; dando lugar a las glosas por parte de las entidades compradoras de servicios de salud sobre la instituciones prestadoras del servicio convirtiéndose en un factor que afecta la liquidez y estabilidad financiera.

3.1.2 Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

Es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una mejor calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollan para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Sirve para regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

El SGSSS está integrado por:

- Los Organismos de Dirección:
Ministerio de la Protección Social
Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS)
- Vigilancia Y Control:
Superintendencia Nacional de Salud
- Los Organismos de Administración Y Financiación:
Entidades Promotoras de Salud (EPS-S, EPS-C)
Direcciones Seccionales (DSS), Distritales y Locales (DLS)
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)
- Las Instituciones Prestadoras De Servicios De Salud:
Instituciones prestadoras de servicios privadas (IPS)
Empresas Sociales del Estado (ESE)
Instituciones Prestadoras de Servicios mixtas

- Componentes del Sector Laboral:
Empleadores
Trabajadores y sus organizaciones
Pensionados
- Usuarios sin Capacidad de Pago
Afiliados al régimen subsidiado
Personal vinculado
- Los Comités De Participación Comunitaria
Organizaciones que constituyen la red de apoyo social en salud
- Características Básicas Del SGSSS:
La salud es un servicio público esencial y es responsabilidad del Gobierno Nacional, dirigirlo, orientarlo, regularlo, controlarlo y vigilarlo. Todos los habitantes de Colombia deberán estar afiliados al sistema.

Todos los afiliados recibirán un plan integral de salud que se denomina Plan Obligatorio de Salud.

El recaudo de las cotizaciones lo hace el FOSYGA y delega esta responsabilidad en las EPS.

Las EPS tienen a cargo la afiliación de los usuarios y tienen que garantizar la atención en salud de sus afiliados a través de las IPS o ESE.

Por cada afiliado que tenga la EPS o la EPS-S recibirá una unidad de pago por capitación cada año (UPC).

Los afiliados podrán elegir libremente la EPS o EPS-S a la cual quieran pertenecer, la IPS de la red de la EPS o EPS-S donde quieran ser atendidos y los profesionales de esa IPS que sean de su agrado.

Los afiliados podrán conformar asociaciones o alianzas de usuarios y mediante ellas harán valer sus derechos ante las EPS y las IPS.

Las IPS son las instituciones encargadas de prestar los servicios de salud a los afiliados. Pueden ser oficiales, privadas, mixtas comunitarias y solidarias.

El régimen subsidiado se creó para garantizar la afiliación de la población más pobre y vulnerable al SGSSS.

El FOSYGA tiene por objeto garantizar a compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos de régimen contributivo, garantizar la solidaridad al interior del régimen subsidiado en el sistema, cubrir los riesgos catastróficos, los accidentes de tránsito y contribuir a financiar las actividades de promoción de la salud.

El CNSSS es el máximo organismo de dirección del Sistema, sus disposiciones deberán ser adoptadas por el Gobierno Nacional.

Las EPS no podrán aplicar preexistencias a sus afiliados. Para servicios de alto costo y niveles II y III de atención se requiere un mínimo de semanas de cotización nunca mayor de 26.

3.1.3 Estructura del SGSSS:

- En Cuanto al Ámbito Nacional:

En él están contenidas todas las estructuras del SGSSS. Su máximo organismo de dirección es el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y se manifiesta a través de acuerdos.

- En Cuanto Al Ámbito Seccional O Departamental:

Recibe las normas del ámbito central y las adapta a las condiciones de su departamento. Contienen el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y la Dirección Seccional de Salud.

- En Cuanto Al Ámbito Local (Municipal):

Es quizás el más importante porque allí es donde opera finalmente la relación entre el usuario y el sistema. Contiene como componente un Consejo Local de Seguridad Social en Salud y una Dirección Local o Secretaría de Salud. Es aquí donde las normas del sistema finalmente se convierten en servicios a través del funcionamiento de las diferentes instituciones operativas.

3.2 Marco conceptual

3.2.1 Facturación en los Servicios de Salud

La factura es un documento legal que refleja la operación de un servicio que se le presta a los usuarios o personas siendo esta un 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 extra institucional (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.

3.2.2 Procesos administrativos que sirven de apoyo a una correcta Facturación:

El proceso de facturación en una IPS, definido como aquella actividad en la cual intervienen personas jurídicas o naturales, que mediante una negociación se contrata un producto o un servicio, valorizándolo con el objeto de convertirlo en dinero, debe activarse al momento de un usuario solicitar un servicio, seguir con su atención y finalizar con el egreso de la institución.

Para una correcta facturación se tiene como apoyo la norma y los servicios que se pactan en la contratación y acuerdo con la entidad responsable de pago y la institución.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, los manuales tarifarios se han basado según el decreto 2423 de 1996, el cual cada año se van actualizando y son los llamados manuales tarifarios SOAT; por su parte, el Instituto de Seguros Sociales en el año 1999 creó el Manual Tarifario ISS el cual también ha servido de referencia para las relaciones contractuales entre Prestadores de Servicios y Entidades Responsables de Pago.

Para facturar según la norma y como está pactado en cada uno de los contratos de la institución son:

- Manual tarifario ISS 2000 acuerdo número 209 de 1999 (28 de abril) por el cual se aprueba el (manual de tarifas), para la compra y venta de servicios de salud. Con el manual tarifario ISS 2000 se factura teniendo en cuenta las respectivas UVR (unidad de valor relativo), mediante las cuales se obtienen los valores de los servicios profesionales del cirujano, el anestesiólogo y el ayudante, y los demás ítems a tener en cuenta en un servicio hospitalario o ambulatorio.
- Manual tarifario SOAT (decreto 2923 de 1996), por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del manual tarifario y se dictan otras disposiciones. El manual tarifario SOAT es una clasificación en donde se contemplan el factor de cotización de distintas prestaciones derivadas de acciones y procedimientos. Se utiliza con fines para ver procedimientos y actividades que se necesitan liquidar en el área de facturación de acuerdo al SMDLV.

3.2.3 Clasificación por tipo de afiliación al SGSSS

A. POBLACION AL REGIMEN CONTRIBUTIVO:

Población cotizante o beneficiaria

Población en regímenes especiales de excepción entidades excluidas

Población usuaria planes adicionales en Salud (PAS)

B. POBLACION ASEGURADA AL REGIMEN SUBSIDIADO

Población del régimen subsidiado usuaria de servicios no POS-S

Población del régimen subsidiado, usuaria de POS-S

C. POBLACION NO ASEGURADA EN CONDICIONES DE POBREZA O VINCULADOS.

Población pobre-vinculada sisben 1-2-3

Población pobre- vinculada sin clasificación del sisben

Población pobre-vinculada usuaria de programas especiales: desplazados, IVA social.

D. POBLACION NO ASEGURADA CON CAPACIDAD DE PAGO

Población particular o privada que se hace responsable por su atención.

3.2.4 Modalidades de las Contrataciones

- **EVENTO:** Es decir hay un pago por servicio o actividad que presta la IPS
- **CAPITACION:** Es un pago que se realiza anticipado y que corresponde a una suma fija por persona durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecidos. La unidad de pago tiene una tarifa antes pactada empleada en función de las personas que necesitan la atención.
- **P.F.G.P.A.:** Pago fijo global prospectivo por paciente atendido en actividades finales.

3.2.5 Requerimientos de la factura

- Información de la entidad o institución que expide la factura.
Razón social; NIT, dirección, teléfono, fecha, número del consecutivo.
- Información del paciente.
- Descripción detallada de servicios prestados
- Firmas

3.2.6 Cuentas médicas

Proceso enfocado a realizar una evaluación sistemática, continua e integral de las cuentas médicas, desde el punto de vista administrativo, financiero y de pertinencia médica, según la normatividad vigente y los parámetros contractuales definidos por las partes.

3.2.7 Soportes de la factura

Según el procedimiento ejecutado por el prestador, se debe anexar: Remisión, Referencia, Autorización de Servicios, fotocopia del carnet y cedula, Epicrisis, RIPS, hojas de descripción de procedimientos quirúrgicos, hojas de medicamentos, hojas de administración de líquidos, hoja de evolución de Enfermería, informe de procedimientos de apoyo diagnóstico como imagenología, laboratorios; entre otros.

Listados Estándares de Soportes de Facturas (Anexo Técnico No.5, Resolución 3047 De 2008):

Listado Estándar De Soportes De Las Facturas Para El Mecanismo De Pago Por Caso, Conjunto Integral De Atenciones, Paquete O Grupo Relacionado Por Diagnóstico:

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Autorización.
- c. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- d. Resumen de atención o epicrisis.
- e. Descripción quirúrgica. Si aplica.
- f. Registro de anestesia. Si aplica.
- g. Comprobante de recibido del usuario.
- h. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.
- i. Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.

Listado Estándar de soportes de las facturas para el mecanismo de pago por capitación:

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Evidencia del cumplimiento de las metas de cobertura, resolutivez y Oportunidad definida en el acuerdo de voluntades.

En El Caso De Recobros Por Parte De Las Entidades Promotoras De Salud Del Régimen Contributivo, Los Soportes de Las Facturas Por Parte Del Prestador De Servicios Serán:

1. Medicamentos no POS autorizados por Comité técnico científico:
 - a. Factura o documento equivalente.
 - b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
 - c. Comprobante de recibido del usuario, si se trata de medicamentos ambulatorios.
 - d. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos, si se trata de medicamentos hospitalarios.
 - e. Original de la orden y/o fórmula médica.
 - f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.
 - g. Autorización del Comité Técnico Científico.
 - h. En el caso de medicamentos para pacientes hospitalizados cuando el prestador no haya recibido respuesta de la solicitud antes del egreso del

paciente, debe anexar la copia de la solicitud y la prueba de envío de la misma a la entidad responsable del pago.

3.2.8 Proceso de revisión a la factura

- **ASPECTOS TÉCNICO CIENTÍFICOS**

HISTORIA CLÍNICA:

Completa: entendida como la que refleja claramente el proceso de atención.

Incompleta: aquella que no cumple con todos los parámetros de atención.

Inadecuada: es la que presenta inconsistencias en la atención, incoherencia, no hay letra legible, y al final no deja llegar a un proceso claro de atención.

- **ASPECTOS DE AUDITORÍA MÉDICA**

ADMISIÓN: Necesaria, De urgencia, Por remisión

ESTANCIA: Adecuada, Insuficiente, Excesiva

TRATAMIENTO: Adecuado, Inadecuado, Insuficiente, Excesivo, Inapropiado.

APOYO DE IMAGENOLOGÍA Y LABORATORIO: Adecuados, Insuficientes, Excesivos; Inapropiados.

3.2.9 Tipos de auditoria

- **Auditoria Medica:** Es un proceso para el análisis crítico de la práctica médica, cuyo propósito es mejorar la calidad de la atención medica de rutina que se ofrece a los pacientes. Está directamente relacionada con la evaluación y cambios de la práctica médica de rutina para mejorar los estándares.
- **Auditoria Clínica:** Es un proceso de evaluación retrospectivo que cubre la totalidad de la prestación de un servicio de salud en sus tres componentes: estructura, proceso y resultado.
- **Auditoría de Cuentas Médicas:** Es el proceso enfocado a realizar una evaluación sistemática, continua e integral de las cuentas médicas, desde el punto de vista administrativo, financiero y de pertinencia médica, según la normatividad vigente y los parámetros contractuales definidos por las partes.

- Auditoría Administrativa: Esta auditoría puede pertenecer al nivel estratégico o de generación de políticas, del nivel táctico o de definición de los métodos, o a nivel operacional o de aplicación de recursos.
- Auditoría Operativa: Determina la eficiencia de controles de operación, emite informes diagnósticos, presenta recomendaciones a la administración, preferiblemente conformada por un equipo multidisciplinario, presenta informes con hallazgos, problemas y recomendaciones. Puede ser interna o externa.
- Auditoría Financiera: Es el examen objetivo sistemático de los estados financieros básicos tales como: 1. Balance general. 2. Estado de resultados 3. Estado de utilidades 4. Estado por flujo efectivo.
- AUDITORIA INTERNA: Es aquella realizada por el personal que tiene dependencia laboral con la institución o empresa (hospital, EPS, ARS, Municipios).
- AUDITORIA EXTERNA: Es la efectuada por profesionales independientes de la empresa o entidad.

3.2.10 Glosas

Según el anexo técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008, una glosa es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud; mientras que una devolución es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado.

Las causas de mayor presentación de glosas ante una factura son:

- ✓ Documentos sin diligenciar o mal diligenciados
- ✓ Documentos enmendados

- ✓ Inconsistencias en los soportes anexos
- ✓ Cobros sin la comprobación de los derechos de usuario, como lo son los documentos tarjeta, cédula
- ✓ Errores en los cobros facturados ante lo pactado en el contrato como tarifas mal aplicadas, sumas mal realizadas
- ✓ Falta de la relación de pacientes
- ✓ Falta de documentos
- ✓ Prestación de servicios por fuera del POS sin realizaciones de CTC.
- ✓ Falta de pertinencia técnico científica entre diagnóstico y procedimientos realizados y/o servicios prestados.

3.2.10.1 Presentación de glosas:

Ante la presentación de una glosa se debe tener una adecuada gestión y manejo de las glosas, por lo tanto es necesario que en el contrato que se haya estipulado con la empresa contratante de prestación de servicios se establezcan, claramente, los requisitos y plazos para su presentación, por parte de la entidad contratante. En caso de no pactarse el plazo, se adopta el estipulado en la normatividad vigente como lo está en el Decreto 4747 del 2007.

La glosa debe contener la relación de facturas o documentos equivalentes glosados, donde se especifique: número del documento, nombre del usuario, concepto glosado y causa de la glosa. Adicionalmente, debe traer anexas las facturas o documentos equivalentes y los soportes presentados por dichos servicios.

La empresa prestadora del servicio debe presentar un adecuado procedimiento para la recepción y trámite de las glosas, en el que se considere la verificación del cumplimiento de los requisitos acordados para su presentación y las acciones a seguir, en caso de incumplimiento. Para establecer claramente la fecha de recepción de la glosa por parte de la IPS, el funcionario encargado de esta labor, debe dejar constancia en el original, consignando su nombre, firma, fecha y hora de recibo. El proceso de este debe ser complementario y llevar un registro consecutivo de cuentas de cobro presentadas.

3.2.10.2 Corrección o aclaración de glosas:

En el momento que se reciben las glosas y son registradas, se procede a hacer un análisis para verificar las causas, con el fin de determinar a qué áreas, unidades o funcionarios deben remitirse para su solución y

corrección o si se puede realizar la corrección dentro de la misma área de cartera. La distribución de la documentación aportada en la glosa, debe realizarse de manera inmediata, para que los diferentes responsables, cuenten con el tiempo necesario para el análisis y la realización del trámite requerido, garantizando el oportuno recaudo de la cartera. Estos deben ser reportados a la oficina de contabilidad quien efectuara su registro.

Las glosas deben registrarse en cuentas de orden deudora de control, en el momento en que se presentan, independientemente que sean o no, subsanable.

3.2.10.3. Evaluación de las glosas:

Los funcionarios que se estipulen para el análisis y la realización del trámite de las glosas, deben evaluar si la glosa es o no pertinente.

Glosa pertinente: Corresponde a aquélla que es adecuadamente justificada por la entidad contratante. En este evento se procede a verificar si la causa de la glosa es o no subsanable.

Subsanable: Se enmienda completando la documentación o información requerida por parte de la entidad contratante, realizando las correcciones necesarias o formulando las aclaraciones del caso.

No subsanable: Se informa a la entidad contratante, su aceptación.

Glosa no pertinente: Corresponde a aquélla que no se encuentra adecuadamente justificada por la entidad contratante.

En este evento, se formula la respuesta sustentando el rechazo.

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

Siempre hay que tener en cuenta llevar un registro minucioso de las causas de glosas y hacer evaluaciones periódicas del mismo, con su respectivo plan de mejora y hacer partícipe de estos a todo el equipo de

trabajo. Esto nos permite identificar: la calidad o deficiencia, 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.

Registro contable de las glosas no pertinentes y subsanables:

Cuando la entidad contratante acepta la respuesta de rechazo de la glosa por no ser pertinente o, siendo pertinente, la IPS da respuesta oportuna a las objeciones u observaciones.

Omisión en la facturación de servicios.

Cuando la institución omite facturar servicios prestados que se encuentren dentro de lo establecido en el contrato, debe proceder a hacer el reconocimiento y cobro correspondientes. Por tratarse de un reconocimiento, el registro afecta el ingreso por la prestación de servicios de salud, independientemente del período contable en que se haya presentado la omisión.

3.2.10.4 Respuesta a glosas:

Todas las glosas generadas por las entidades contratantes, deben ser respondidas por la IPS, independientemente que sean o no subsanables.

La omisión en la respuesta a las glosas presentadas, además de causar las sanciones previstas legalmente, evidencian una deficiencia administrativa que puede ocasionar detrimento del equilibrio económico y de la gestión de la institución. Ante las respuestas realizadas a las diferentes glosas debe relacionarse, las glosas aceptadas, el número de la factura o documento equivalente afectado, el valor y la denominación del servicio descontado; cuando haya lugar a correcciones o aclaraciones, deben anexarse los soportes pertinentes. Las glosas no aceptadas deben detallarse con sus respectivas explicaciones.

Es necesario dejar constancia de la fecha de entrega de la respuesta a las glosas, para certificar su presentación dentro de los términos establecidos.

3.3 Marco Normativo

El Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia se encuentra sustentado en un marco normativo; dentro de las normas más importantes que reglamentan el tema de la calidad, se citan las siguientes:

- Resolución 1995 de 1999
- Decreto 1011 de 2006
- Ley 1122 de 2007
- Ley 1164 de 2007
- Decreto 4747 del 2007
- Resolución 3047 del 2008
- Sentencia T-760 de 2008
- Decreto 4975 de 2009
- Circular 02 de 2009
- Manual Único de Procedimientos de Facturación

3.4 Marco situacional

La Empresa Social del Estado, Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado, Antioquia, es una institución prestadora de servicios de salud, caracterizada por su calidad técnica y servicio personalizado. Cuenta con un capital humano comprometido con el bienestar físico y mental de los pacientes y la rentabilidad económica y social de la organización.

Tiene como visión ser reconocida como una de las mejores opciones en servicios de salud en permanente crecimiento y conquista de nuevos mercados, buscando satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios que asisten a ella.

La ESE HOSPITAL MANUEL URIBE ÁNGEL nació a la vida jurídica como resultado del proceso de transformación de los hospitales públicos en empresas sociales del estado, prevista en la Ley 100 de 1993 y mediante la cual se creó el SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

El Honorable Concejo Municipal del municipio de Envigado, más de medio siglo antes y en desarrollo de la política estatal de beneficencia pública como se concebían los servicios de salud a cargo del Estado, expidió el Acuerdo Municipal número 18 fechado el 17 de junio de 1943 con el cual se creó el Hospital municipal ÍManuel Uribe ÁngelÍ. El

Gobernador de Antioquia reconoció personería jurídica al Hospital Municipal con la Expedición de la Resolución 090 de 1964.

Con la creación del Sistema Nacional de Salud se puso en marcha un programa de regionalización de los servicios de salud para lo cual se crearon las Unidades Intermedias de Salud en todo el Valle de Aburra al aprobarse la Ordenanza 063 de 1978 expedida por la Asamblea Departamental de Antioquia.

Desde entonces el Departamento de Antioquia asumió la administración y dirección de la Unidad Hospitalaria Manuel Uribe Ángel como una dependencia técnica del Departamento. El Concejo Municipal, en razón a tal expropiación, expidió el Acuerdo 016 de 3 de febrero de 1985 por medio del cual se derogó el Acuerdo 18 de junio 17 de 1943 liquidando de forma definitiva el Hospital Municipal.

En diciembre 12 de 1985 la Asamblea Departamental de Antioquia expidió la ordenanza 014 y dispuso que el Hospital Municipal de Envigado llevara el nombre del médico MANUEL URIBE ÁNGEL.

En cumplimiento a lo ordenado por la Ley 100 de 1993, la Asamblea Departamental de Antioquia aprobó la Ordenanza 32 de 1995 con la cual se facultó al Gobernador para entregar el Hospital Manuel Uribe Ángel, que venía siendo administrado por el Departamento, al Municipio de Envigado, previa suscripción de un convenio. Los términos de ese convenio propuesto por el Departamento nunca fueron aceptados por el Municipio.

No obstante el Concejo Municipal expidió el Acuerdo Municipal 032 del 3 de noviembre de 1995 por medio del cual se creó la ESE HOSPITAL MANUEL URIBE ANGEL de Envigado, dando vida jurídica a una nueva entidad pública sin haberse suscrito convenio alguno con el Departamento.

El primer gerente de la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel fue la doctora María del Carmen Coutín Castro quien prestó sus servicios hasta el 20 de noviembre de 1997; la sucedió el doctor Juan Guillermo Tamayo Maya quien ha dirigido los destinos de la nueva Institución hasta la fecha y a quien le había correspondido desde la Secretaría Municipal de Salud liderar el proceso de certificación del Municipio en salud para recibir del Departamento de Antioquia el Hospital Manuel Uribe Ángel a fin de ser transformado en Empresa Social del Estado.

Desde el mismo momento de su creación, la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel emprendió un proceso de crecimiento constante hasta convertirla en lo que hoy es, un modelo de entidad pública a nivel local, seccional y nacional con diversos galardones y reconocimientos por la gestión administrativa, la calidad, integralidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud.

A partir de la concepción del servicio público de salud como un derecho fundamental y en armonía con lo previsto en la Constitución Política de Colombia, se emprendió el proceso de transformación y modernización de la Institución bajo el modelo de las alianzas estratégicas y con la participación de la inversión privada, pero sin llegar a la privatización de la ESE ni del servicio que allí se presta.

Es así como se han materializado grandes proyectos como los referidos a la construcción y dotación de una unidad renal, una unidad neuro cardiovascular, una unidad de oncología, un moderno y bien dotado laboratorio, erigido las unidades de cuidados intensivos para adultos y de pediatría. Se han edificado modernas y humanizadas instalaciones para hospitalización y servicios de urgencias las 24 horas.

No sólo se encuentra habilitada en todos los servicios ofrecidos en su portafolio sino acreditada en dos años consecutivos (2010 y 2011); así la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel continúa creciendo con la visión de convertirse en un hospital universitario de tercer nivel que garantice a los habitantes del Municipio y de todo el sur del Área Metropolitana del Valle de Aburra el acceso a los servicios de salud con calidad técnico científica y en forma oportuna y humanizada.

El portafolio de servicios cuenta con:

- UCI adultos.
- UCI neonatal.
- Urgencia.
- Hospitalización.
- Consulta externa.
- Cirugía.
- Ayudas diagnósticas
- Servicios complementarios.

El servicio de hospitalización cuenta con un trato amable, cordial y respetuoso hace más confortable el servicio, lo que garantiza confort y

comodidad al paciente y a su familia y brinda un ambiente campestre lejos de la contaminación.

El servicio cuenta con 159 camas entre bipersonales y de hospitalización para planes complementarios de salud y de esta forma brindar atención integral y especializada al paciente.

Cuentan con un Modelo de Gestión Clínica innovador, que integra a todo el equipo de trabajo a través de un proceso terapéutico compartido bajo la coordinación de un médico de enlace en pro de la mejora de los procesos asistenciales y administrativos, fortaleciendo la seguridad del paciente y la tranquilidad de su familia.

Misión

Somos una institución prestadora de servicios de salud, caracterizada por su calidad técnica y servicio personalizado. Contamos con un capital humano comprometido con el bienestar físico y mental de nuestros pacientes y la rentabilidad económica y social de la organización.

Visión

Seremos reconocidos como una de las mejores opciones en servicios de salud en permanente crecimiento y conquista de nuevos mercados, buscando satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

4. Auditoría al proceso de facturación del HMUA

4.1 Universo

Proceso de facturación del servicio de hospitalización, del Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado Antioquia.

4.2 Delimitación del estudio

La auditoría se aplicará al servicio de facturación a cargo de las salas de hospitalización del hospital Manuel Uribe Ángel, durante el segundo semestre del año 2013.

4.3 Tipo de auditoria

La auditoría que realizaremos para este trabajo de grado es Operativa Externa mediante la cual se quiere determinar la eficiencia de controles de operación, emitir un diagnóstico, presentar recomendaciones a la administración del Hospital, con hallazgos y análisis de problemas.

4.4 Planeación

Se realizó una visita al servicio de hospitalización del HMUA y por medio de una entrevista no dirigida al personal de facturación que se encontraba en el servicio, se les pidió que describieran cómo realizaban el proceso.

Para tal fin es necesario encontrar las Debilidades y Fortalezas en dicho proceso, para lo cual se realizó una entrevista no programada y una encuesta de donde se estructuró la matriz DOFA sobre la cual se construyeron las oportunidades de mejora y se diseñó el proceso.

Tabla 1. Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	MES 2	MES 3	MES 4	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11
PLANEACION DIAGNOSTICO	X	X							
RECOPIACION DE DATOS			X	X					
ANALISIS DE LA INFORMACION					X	X	X		
INFORME								X	X

4.5 Recopilación de datos

- Auditoria al proceso de Facturación utilizando herramientas como la encuesta y la entrevista.
- Recolección de información en el servicio de hospitalización, a través de auditoría al proceso que realizan los facturadores en la elaboración de las diferentes facturas y listas, para enviar a las entidades responsables de pago, con el fin de establecer un diagnóstico sobre el cual se pueda aplicar el plan de intervención, implementando los procesos de gestión de servicios.
- Análisis y tabulación de resultados obtenidos para identificar las falencias o brechas entre lo observado y lo esperado, en el desarrollo del proceso de facturación.
- Elaboración de un plan de mejoramiento que incluya la estandarización del proceso de facturación.

4.5.1 Entrevista

Se realizó una visita al servicio de hospitalización del HMUA; allí se entrevistaron cinco (5) facturadoras a las que se les pidió que describieran cómo realizaban el proceso de facturación:

El proceso para generar la factura inicia con el alta del paciente, que se refleja en el sistema por medio de un icono de color azul, en algunas ocasiones el enfermero del servicio informa cuales pacientes están de alta después de la ronda médica.

El paso siguiente es recibir la papelería que se diligenció al ingreso la cual debe contener:

1. Fotocopia de la cédula
2. Verificación en la red de usuarios; si es del SISBEN se debe sacar impreso un pantallazo donde aparece el nombre del paciente.
3. Autorización de la EPS en físico o código
4. Formato de Recaudos o cuotas moderadoras
5. Anexo 2 si el ingreso es por urgencias
6. Anexo 3 para autorización de la Hospitalización
7. Certificado de Atención si el paciente no firma.

La facturadora procede a confirmar en el sistema qué contrato existe con la EPS a la que pertenece el paciente y qué tipo de convenio se le aplica; qué es facturable y qué no es facturable. Seguidamente se genera el detalle de los cargos y se adiciona la Epicrisis, notas médicas, exámenes de laboratorio, ayudas diagnósticas y por último las hojas de administración de medicamentos que incluye las glucometrías, oxigenoterapia y transfusiones de sangre.

Con todo lo anterior se construye la factura que se entrega a la oficina de Gestores de auditoria, previo a este paso, son las mismas facturadoras las que verifican nuevamente el conteo de medicamentos y la historia clínica del paciente para verificar que no falta facturar ningún procedimiento.

4.5.2 Encuesta

Se aplicó igualmente a las cinco (5) facturadoras entrevistadas, con el fin de obtener un diagnóstico preciso de las falencias durante el proceso de facturación y conocer la opinión que cada una tiene de dicho proceso, para establecer las oportunidades de mejora:

Tabla 2. Evaluación al servicio de facturación

EVALUACIÓN AL SERVICIO DE FACTURACIÓN			
	PREGUNTA	SI	NO
1	Tiene claro el proceso de facturación	5	0
2	Cree usted que falta socializar algunos procedimientos dentro de dicho proceso	3	2
3	El programa de computación actual (software) ayuda a reducir el riesgo de error en la factura	4	1
4	Existen mecanismos que permitan detectar deficiencias en el proceso antes de entregar la factura	2	3
5	Usted cuenta con las herramientas suficientes para generar una factura	3	2
6	Encuentra difícil reunir los soportes de la factura al momento del alta	1	4
7	Cree que falta un soporte del area asistencial para el correcto diligenciamiento de la factura	4	1
8	Existe una revisión sistemática y objetiva de estos soportes antes de entregar a la facturadora	0	5
9	Existen líneas de responsabilidad claramente definidas	1	4
10	Se realiza un control interno a la factura antes de ser entregada	0	5
11	Existen mecanismos que los ayuden a detectar errores en la facturación	0	5
12	Conoce cuáles son las 5 principales causas de glosa en el hospital	5	0
	Total encuestados	5	

4.6 Hallazgos:

- Hay algunos procedimientos dentro del proceso que necesitan ser socializados a todo el personal encargado.
- Los mecanismos para detectar deficiencias en el proceso antes de entregar la factura no son suficientes.
- Al momento de generar la factura no siempre se cuenta con las herramientas suficientes.

- Por lo regular faltan soportes del área asistencial para el correcto diligenciamiento de la factura, es decir, no se realiza una revisión sistemática y objetiva de cada uno de los soportes que debe llevar la factura, ni se lleva a cabo un control de cada factura antes de ser entregada.
- No existen líneas de responsabilidad claramente definidas para cada uno de los involucrados en el proceso.
- Se encontró durante el trabajo de campo la necesidad de realizar un análisis por medio de la matriz DOFA y caracterizar el proceso de acuerdo con los procedimientos ejecutados en él, mediante la matriz 5W1H.

4.7 Propuesta de proceso conforme a las oportunidades de mejora encontradas

MACROPROCESO: Gestión de Servicios.

PROCESO: Facturación

PROCEDIMIENTO: Previsado de facturas

QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	CÓMO	DÓNDE	PARA QUÉ
Pre auditoría administrativa de las Facturas	Gestor de servicios de las ERP	Una vez se entreguen las facturas correspondientes dependiendo de la Entidad Responsable del Pago	De acuerdo con el procedimiento	En el área de gestión de auditoría dependiendo de la entidad a la cual esta facturado	Realizar la verificación exhaustiva de la pertinencia administrativa de lo cobrado en las facturas
Pre auditoría médica de las facturas	Auditor Médico de Facturación	Una vez se entreguen facturas objetadas por pertinencia médica	De acuerdo con el procedimiento	En el área de gestión de auditoría	Realizar la verificación exhaustiva de la pertinencia médica de lo cobrado en las facturas

QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	CÓMO	DÓNDE	PARA QUÉ
Gestión de Auditoría a otras entidades con las que no se tiene contrato (terceros)	Gestor y Auxiliar de Auditoría de terceros	Una vez entreguen facturas de terceros	De acuerdo con el procedimiento	En el área de gestión de auditoría a terceros	Realizar la verificación exhaustiva de la pertinencia administrativa y médica de lo cobrado en las facturas a terceros
Envío de la facturación	Auxiliar administrativo de Gestión de RIPS	Una vez se haya realizado la auditoría a la factura	De acuerdo con el procedimiento	En el área de gestión de RIPS	Controlar el envío oportuno de las facturas a las entidades antes de la fecha de cierre o de acuerdo con la fecha pactada con las ERP

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Auditoría de Facturación

OBJETO: Realizar la verificación exhaustiva de la pertinencia administrativa de lo cobrado en las facturas.

RESPONSABLE: Gestor y Auxiliar de Servicios.

ACTIVIDADES ESENCIALES

Para el Gestor de Auditoría:

1. Reciba del Auxiliar de gestor de procesos las facturas organizadas por entidad con su respectiva relación
2. Verifique que el consolidado impreso corresponde con las facturas entregadas
3. Verifique que la factura tenga los soportes requeridos, dependiendo de la entidad a facturar y la normatividad vigente.

4. Realice la pre auditoria de la cuenta verificando: factura completa, datos básicos, soportes, topes, actividades facturadas; notas de evolución, órdenes médicas, hoja de aplicación de medicamentos, ayudas diagnósticas, hemoderivados, y oxígeno, si aplica.
5. Solicite al archivo clínico la Historia Clínica cuando se requiera más información médica para validar los soportes.
6. Revise que las tarifas copagos, cuotas moderadoras o franquicias, estén de acuerdo con la Normatividad Vigente y el contrato con la Entidades Responsables del Pago.
7. Verifique que la estancia, medicamentos, insumos, ayudas diagnósticas, procedimientos quirúrgicos, atenciones médicas o de otro profesional correspondan a lo cobrado en la factura y si encuentra alguna inconsistencia en el cobro o cargo o no cumple con los requisitos, genere la nota crédito o devuelva la factura al Auxiliar de gestión de procesos.
8. Verifique que los medicamentos y procedimientos no POS posean su respectiva justificación para CTC completa y correctamente diligenciada con firma, sello del médico y que tengan el radicado de la Entidad Responsable del Pago.
9. Solicite al auditor médico, de ser necesaria, la verificación de la pertinencia de las actividades requeridas en la atención.
10. Entregue al auditor externo concurrente las facturas previsadas y registre dicha entrega en el formato base de datos consolidado de entrega de facturas
11. Reciba del auditor externo las cuentas revisadas con las objeciones antes de radicación, ya sean administrativas o de pertinencia médica y actualice la base de datos para los casos en los que se realice auditoria concurrente.
12. Clasifique las facturas y entregue al auxiliar administrativo de RIPS las facturas sin objeciones que se pueden enviar a las Entidades Responsables del Pago.
13. Entregue las facturas con objeciones al Gestor de auditoria encargado de ingresarlas y clasificarlas en la base de datos, según el manual único de glosas, devoluciones y respuestas (Anexo técnico #6 de la Resolución 3047/2008). Una vez ingresadas en la base de datos, reciba nuevamente las objeciones.
14. Resuelva las objeciones administrativas, de acuerdo con los criterios descritos en la codificación de glosas, de acuerdo a la normatividad vigente utilizando como apoyo la historia clínica, manuales tarifarios, contratos, soportes generales por servicios prestados y Normatividad.

15. Reciba las facturas del auditor médico, actualice la base de datos y verifique que las facturas tengan la respuesta de las objeciones de pertinencia médica.
16. Verifique que se haya realizado la conciliación de las facturas con objeciones de pertinencia médica para poder realizar la nota crédito, si el auditor médico acepta la objeción y en caso de no existir conciliación se envían sin el acuerdo.
17. Entregue al RIPS la relación de las facturas ya auditadas, que tengan el acuerdo o no, Independiente de la causa de objeción.
18. Genere los informes de auditoría de facturación al final de cada mes, en el cual reporta la distribución de las facturas tramitadas en el mes, facturas pendientes por auditorías externas e internas, además incluya las novedades más relevantes presentadas en la ejecución del procedimiento de auditoria de facturas.

Para el Gestor y Auxiliar de Auditoria (objeciones previsado):

1. Reciba de los Gestores de servicios de entidades, las facturas objetadas por los auditores externos.
2. Ingrese en la base de datos las objeciones, clasificándolas según el manual único de glosas, devoluciones y respuestas (Anexo técnico #6).
3. Entregue nuevamente las facturas ya clasificadas a los diferentes Gestores de entidades, para que procedan a dar su debida justificación.
4. Reciba las facturas glosadas por las entidades, ingréselas en la base de datos y entregue al Gestor de auditoria encargado de glosas.

Materiales Necesarios.

- Útiles de escritorio
- Software (SERVINTE) y Hardware
- Software sistema de información institucional
- Manual del usuario para el software (ayudas en línea)
- Contratos vigentes
- Normatividad Vigente
- Manual tarifario

Para Tener En Cuenta:

- Responda las objeciones con justificación y argumentos claros de la no aceptación de éstas y la documentación que soporte dicha respuesta.
- Mantenga el control de la factura por medio del formato de base de datos de entidades por mes.
- Si encuentra que falta alguna documentación o alguna inconsistencia en la factura inmediatamente se debe hacer su respectiva devolución al área de gestión de procesos para que el facturador solucione dicha inconsistencia.
- Si encuentra alguna factura a la cual le falte algún soporte, diferente de la HC, entregue al área gestión de procesos para que sea entregado con la documentación necesaria.
- Garantice la respuesta oportuna a glosas antes de radicación de la ERP asignada
- Realice seguimiento a las glosas que entrega el auditor médico u otra área para que den respuesta oportuna
- Programe semanalmente la respuesta a glosas de la aseguradora asignada para garantizar su oportuna respuesta
- Realice seguimiento a las glosas que entrega al auditor médico u otra área para que den respuesta oportuna
- Si la inconsistencia del cobro o cargo excede según políticas de Jefe de Gestión de Servicios, debe solicitar autorización de dicha persona
- Las glosas no subsanables se deben comentar al jefe del área de Gestión de Servicios, para definir la conducta con la factura

4.8 Recomendaciones

A continuación se describen las recomendaciones a tener en cuenta por parte del personal encargado de la facturación del HMUA, para la estandarización del proceso:

- Se considera importante describir cada paso en las actividades que se desarrollan para cada uno de los procedimientos, ya que esto

garantiza la unificación en la ejecución de éstos y así lograr el cumplimiento del objetivo del proceso y la entrega del producto final conforme a los requerimientos del cliente.

- Se requiere identificar las entradas, salidas y los requerimientos de calidad del proceso.
- Se deben conocer los clientes y proveedores de los procedimientos, para lograr la articulación de los procesos institucionales contemplados en la cadena de valor.
- Conformar un equipo de trabajo con capacitación adecuada y analizar los objetivos y actividades de la organización.
- Identificar cada uno de los procedimientos y clasificarlos.
- Determinar los factores clave de éxito del servicio para la organización.
- Elaborar el diagrama de flujo de cada procedimiento.
- Establecer un panel de indicadores con el que se pueda medir la mejora del proceso.
- Implementar un modelo de auditoría interna que ayude a la institución en el cumplimiento de objetivos y metas, basado en un enfoque sistemático y disciplinado con el fin de evaluar y garantizar la eficacia de los procesos.
- Definir claramente las líneas de responsabilidad del proceso que involucren a todo el personal encargado, generando así mayor sentido de pertenencia y mejor calidad en las actividades desarrolladas.
- Realizar anualmente un cronograma de capacitaciones, en donde se socialicen cada uno de los procedimientos y se detecten errores para la mejora continua del proceso.

En la tabla 4, se ilustran algunas actividades a implementar con los respectivos responsables:

Tabla 3. Actividades a implementar y sus responsables

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO
1	Socializar todos los contratos pactados con las entidades pagadoras de los servicios de salud, a todas las personas que hacen parte de éste proceso.	Dirección administrativa, mercadeo y financiera	Contratos, normatividad, bases de datos de los contratos
2	Realizar inducción, seguimiento y evaluación a cada uno de los funcionarios que ingresan y que están en las diferentes áreas de admisiones, facturación y cartera.	Auditor de Cuentas Médicas	Manuales de inducción
3	Entregar al auditor de Cuentas médicas las facturas de los servicios prestados, cuatro días antes de la fecha límite de entrega de la facturación, con todos los soportes pertinentes, antes de ser enviadas a las entidades responsables del Pago de los servicios.	Auxiliar de Facturación de hospitalización	Facturas y Soportes, Manual del proceso
4	Revisar y validar que las facturas tengan los respectivos soportes y que los procedimientos realizados sean pertinentes y coincidan con lo facturado, cinco días antes del día del envío de la facturación a las EPS o a los auditores de las empresas pagadoras.	Auxiliar de Cuentas Médicas	Facturación, Manual del proceso
5	Entregar las facturas auditadas al área de facturación, para la corrección pertinente si es del	Auxiliar Cuentas Médicas	Facturación

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO
	caso o para el envío a las entidades responsables del pago.		
6	Recibir las glosas y las devoluciones de las entidades que se les presta el servicio, dentro de los veinte días (20) del envío de la facturación, clasificándolas según la causa y enviándolas a la persona encargada de la respuesta para que éste retroalimente y genere la respuesta pertinente.	Auxiliar de Cuentas Médicas	Manual de Glosas y Devoluciones
7	Tramitar la respuesta de las glosas y devoluciones presentadas por las entidades responsables del pago, recogiendo los soportes pertinentes según lo glosado para su trámite	Auditor Cuentas Médicas y Auxiliar Cuentas Médicas	Manual de Glosas y Devoluciones, normatividad y formato de respuesta de glosa
8	Enviar las respuestas de las glosas a las entidades responsables del pago, dentro de los quince (15) días hábiles después de su recibido.	Auditor Cuentas Médicas y Auxiliar Cuentas Médicas	Facturas, soportes, normatividad
9	Registrar en el sistema y controlar las glosas en el anexo técnico No 8, de la Resolución 3047 de 2008, para la trazabilidad de la factura.	Auditor Cuentas Médicas, Auxiliar Cuentas médicas, Auxiliar de Cartera y Auxiliar de Facturación.	Glosas, Anexo Técnico.

No.	ACTIVIDADES ESENCIALES	RESPONSABLE	DOCUMENTO
10	Conciliar las glosas no subsanables, con las empresas pagadoras de los servicios de salud.	Auditor Cuentas Médicas y Auxiliar Cuentas Médicas	Glosas y Actas de Conciliación
11	Llevar un control a las glosas, dentro de los diez (10) días hábiles de enviada la respuesta al pagador; si la empresa pagadora del servicio la levanta total o parcialmente o se dejan definitivas, para su respectivo pago o conciliación.	Auxiliar de Cuentas Médicas y Auxiliar de cartera.	Formato de respuesta y control a Glosa.
12	Realizar un informe de gestión mensual, sobre la auditoría realizada a la facturación y respuesta a glosas.	Auxiliar de cuentas Médicas	Informe de auditoría
13	Reunir en las fechas pactadas al comité de glosas, para tomar decisiones con respecto a éstas y asesorar y sugerir a las directivas de la institución que hacer con ellas (Negociar cobro total, parcial, conciliar o someter al comité de Sostenibilidad contable para castigo de cartera).	Comité de Glosas, Personal directivo de la institución	No aplica

5. Conclusiones

Más allá de estandarizar un proceso de facturación, pensar que el control de la efectividad de los procesos debe ser interno y considerarse como un instrumento esencial para el sistema de facturación, ya que de manera continua se identifican fortalezas y debilidades evitando así el riesgo de glosa.

El objetivo principal para estandarizar procesos, es asegurar el buen desempeño de los empleados y el mejoramiento de los procesos, además de garantizar seguridad y confiabilidad en su ejecución.

En la medida en que se garantiza que hay unificación de criterios en el desarrollo de la factura, de manera directa se garantiza la disminución del riesgo a cometer un error en la generación de ésta.

La estandarización vista dentro del ciclo PHVA, busca las mejores formas de conseguir los resultados, en la medida que se ejecuta un proceso de una misma manera y se hace consciente, se puede mejorar más fácilmente.

Se considera la estandarización como motor de la innovación y como incentivo para la creatividad de las personas que están al frente del proceso. Un buen estándar es aquel que es modificado por lo menos una vez cada seis meses. Esta premisa obliga a estar buscando mejores maneras de hacer las cosas con el desarrollo de las personas.

Bibliografía

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

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Anexo Técnico No. 6. Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas, Unificación. Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009.

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006.

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3047 de 2008. <http://new.paho.org/saludenlasamericas/index.php?lang=es>. La Salud en las Américas. OPS/OMS.

Colombia. Congreso de la Republica. Ley 100 de 1993. por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747 de 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones

Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1231 de 2008. julio 17. Diario Oficial No. 47.053 de 17 de julio de 2008. Por la cual se unifica la factura como título valor como mecanismo de financiación para el micro, pequeño y mediano empresario, y se dictan otras disposiciones.

Colombia. El presidente de la república de Colombia. Decreto 2423 de 1996. Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario

y se dictan otras disposiciones.

Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado Ë Antioquia. Disponible en:
<http://www.hospitalmanueuribeangel.com>.

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

Otero J. Estado de glosas al 31 de octubre de 2012, E.S.E. Hospital Manuel Uribe Ángel. 2012.

Página Web:

<http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Anexo%20T%C3%A9cnico%20No%205304708.pdf>

Anexo

Anexo A. Matriz Dofa

DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS
No se cuenta con un proceso escrito de facturación que estandarice los conceptos de entrega de la factura	Más integración de los demás servicios al proceso.	Existe un alto nivel de trabajo en equipo	Cambio de plan estratégico, debido a una reestructuración en la alta gerencia.
No hay una integración del personal asistencial al proceso de facturación	Socialización de manera periódica al personal sobre cómo se realiza correctamente el proceso, además de conocer cada uno de los contratos pactados con las entidades pagadoras de servicios de salud, con las que se tiene convenio.	El personal involucrado tiene claro el proceso de facturación	Cambio anual de contratos con las aseguradoras.
Falta un doble chequeo a la factura antes de ser entregada a los gestores de auditoría	Implementación de mecanismos para la detección oportuna de errores en la facturación.	Se cuenta con el software adecuado que ayuda a reducir el riesgo de error en la factura	Deserción laboral y recortes de personal
No existen líneas de responsabilidad claramente definidas	Delegar funciones a cada uno de los responsables del proceso	Se les hace fácil reunir los soportes de la factura al momento del alta de los	

		pacientes	
	Revisar y validar que las facturas tengan los soportes pertinentes y que los procedimientos realizados coincidan con lo facturado.	El personal conoce las principales causas de glosa que se presentan	