

**pMODELO DE ADMINISTRACIÓN DE GLOSAS EN LA IPS UNIVERSITARIA DE
LA CIUDAD DE MEDELLÍN**

**MARÍA CECILIA ARANGO QUINTERO
ALEXANDER FERNÁNDEZ LÓPEZ**

UNIVERSIDAD CES - UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

FACULTAD DE MEDICINA

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

MEDELLÍN

2011

**MODELO DE ADMINISTRACIÓN DE GLOSAS EN LA IPS UNIVERSITARIA DE
LA CIUDAD DE MEDELLÍN**

**MARÍA CECILIA ARANGO QUINTERO
ALEXANDER FERNÁNDEZ LÓPEZ**

Aspirantes al título de Magíster en Administración en Salud

**DIRECTOR DE TESIS:
CARLOS MARIO TAMAYO RENDÓN
ESPECIALISTA GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA
MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

UNIVERSIDAD CES - UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

FACULTAD DE MEDICINA

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

MEDELLÍN

2011

GLOSARIO

- **ACHC:** Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.
- **ALIADOS:** Terceros que prestan servicios al interior de la IPS UNIVERSITARIA.
- **ATEP:** Accidente de trabajo o enfermedad profesional.
- **CTC:** Comité Técnico Científico.
- **DEVOLUCIÓN:** “Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la ERP durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a faltas de competencia, autorización, epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, cumplimiento de requisitos legales en la factura o documento equivalente, servicio electivo no autorizado y servicio cancelado con anterioridad.
- **EPICRISIS:** Resumen de la atención prestada a un paciente, el cual es elaborado por el médico tratante al alta del paciente.
- **EPS:** Empresa Promotora de Salud.
- **ERP:** Entidad Responsable de Pago.
- **EXPERTOS:** Auditores Médicos y Técnicos de Cuentas que laboran en el área de cuentas médicas de la IPS UNIVERSITARIA, quienes tienen conocimiento y experiencia en el manejo de glosas y devoluciones.
- **FOSYGA:** Fondo de Solidaridad y Garantía.
- **GLOSA:** Es una no conformidad que afecta en forma parcial el valor de la factura por prestación de servicios de salud, formulada por la ERP durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte de la IPS.
- **IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- **ODONTOGRAMA:** Documento donde se registran los resultados de la exploración dental.
- **PREVISADO:** Mecanismo que permite la revisión y aprobación de las facturas, previa a la radicación, por parte de la ERP. Proceso que se realiza al interior de la IPS.
- **RADICAR:** Entregar la factura al responsable del pago.

- **REFACTURAR:** Emitir una nueva factura.
- **REGLOSA:** Glosar una factura que ya había sido glosada previamente.

TABLA DE CONTENIDO

1.	RESUMEN.....	10
2.	ABSTRACT	11
3.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
3.1.	INTRODUCCIÓN - JUSTIFICACIÓN.....	12
3.2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
4.	MARCO TEÓRICO	14
4.1.	PROCESO DE AUDITORÍA	14
4.2.	MARCO LEGAL.....	17
4.3.	ANTECEDENTES	22
5.	OBJETIVOS	29
5.1.	OBJETIVO GENERAL.....	29
5.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
6.	METODOLOGÍA.....	30
6.1.	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	30
6.2.	PRIORIZACIÓN DE CAUSAS	60
6.2.1.	Problemas Identificados	60
6.2.2.	Criterios de Valoración	61
6.2.3.	Ponderación	61
6.2.4.	Calificación	62
6.2.5.	Puntaje Total de Prioridad	62
6.3.	FOCALIZACIÓN	63
6.3.1.	Facturación.....	63
6.3.2.	Devoluciones.....	64
6.3.3.	Soportes.....	65
6.3.4.	Pertinencia	65
6.3.5.	Consecuencias Según Árbol de Problemas.....	66
7.	PROPUESTA DE MODELO DE ADMINISTRACIÓN DE GLOSAS	67
7.1.	OBJETIVO GENERAL.....	67
7.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	67

7.3.	ALCANCE	67
7.4.	DEFINICIONES	67
7.5.	DOCUMENTOS RELACIONADOS.....	68
7.6.	DISPOSICIONES GENERALES.....	69
7.7.	ETAPAS DEL MODELO	70
7.8.	METAS.....	73
7.9.	ACTIVIDADES DEL MODELO POR CARGOS.....	73
7.9.1.	IPS Universitaria.....	73
7.9.2.	Recursos	83
7.10.	SUPUESTOS.....	84
7.11.	SEGUIMIENTO AL MODELO	84
7.11.1.	PRESENTACIÓN DE INFORMES	84
7.12.	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS	84
8.	RECOMENDACIONES.....	87
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	88

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Trámite de Glosas (Decreto 4747 de 2007)	16
Tabla 2. Trámite de Glosas (Ley 1438 de 2011)	16
Tabla 3. Cuentas por Cobrar a Diciembre 31 de 2010	28
Tabla 4. Clasificación de Glosas y Devoluciones por Concepto General	60
Tabla 5. Matriz de Priorización de Causas.....	62
Tabla 6. Árbol de Problemas de Facturación	63
Tabla 7. Árbol de Problemas de Devoluciones	64
Tabla 8. Árbol de Problemas de Soportes	65
Tabla 9. Árbol de Problemas de Pertinencia	65
Tabla 10. Indicadores de Proceso y Gestión.....	85

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Consolidado de Glosas “IPS UDEA” (Semestre 2 de 2010).....	26
Gráfica 2. Consolidado por Concepto General “IPS UDEA” (Semestre 2 de 2010).....	31
Gráfica 3. Valor Glosado por Concepto General “IPS UDEA” (Semestre 2 de 2010).....	32
Gráfica 4. Glosas de Facturación por Conceptos Específicos.....	33
Gráfica 5. Proporción de Glosa por Concepto de Facturación	34
Gráfica 6. Glosas de Tarifas por Conceptos Específicos	35
Gráfica 7. Proporción de Glosa por Conceptos de Tarifas	35
Gráfica 8. Glosas de Soportes por Conceptos Específicos	36
Gráfica 9 Proporción de Glosa por Conceptos de Soportes.....	37
Gráfica 10. Glosas de Autorización por Conceptos Específicos.....	38
Gráfica 11. Proporción de Glosa por Conceptos de Autorización.....	38
Gráfica 12. Glosas de Cobertura por Conceptos Específicos	39
Gráfica 13. Proporción de Glosa por Conceptos de Cobertura	40
Gráfica 14. Glosas de Pertinencia por Conceptos Específicos.....	41
Gráfica 15. Proporción de Glosa por Conceptos de Pertinencia	41
Gráfica 16. Glosas de Devoluciones por Conceptos Específicos	42
Gráfica 17. Proporción de Glosa por Conceptos de Devoluciones.....	43
Gráfica 18. Consolidado por Entidad Responsable de Pago.....	44
Gráfica 19. Glosas por Entidad Responsable de Pago	44
Gráfica 20. Información general de Glosas de la NUEVA EPS	45
Gráfica 21. Glosas por Conceptos Generales de la NUEVA EPS	46

Gráfica 22. Información general de Glosas de CAPRECOM.....	47
Gráfica 23. Glosas por Conceptos Generales de CAPRECOM.....	47
Gráfica 24. Información general de Glosas de QBE SEGUROS	48
Gráfica 25. Glosas por Conceptos Generales de QBE SEGUROS	49
Gráfica 26. Información general de Glosas de la COOMEVA	50
Gráfica 27. Glosas por Conceptos Generales de COOMEVA.....	50
Gráfica 28. Información general de Glosas de COMFENALCO	51
Gráfica 29. Glosas por Conceptos Generales de COMFENALCO	52
Gráfica 30. Información general de Glosas del FIDUFOSYGA	53
Gráfica 31. Glosas por Conceptos Generales del FIDUFOSYGA	53
Gráfica 32. Información general de Glosas de la Dirección General de Sanidad Militar ...	54
Gráfica 33. Glosas por Conceptos Generales de la Dirección General de Sanidad Militar	55
Gráfica 34. Información general de Glosas de ECOOPSOS	56
Gráfica 35. Glosas por Conceptos Generales de ECOOPSOS.....	56
Gráfica 36. Información general de Glosas de la U DE A.....	57
Gráfica 37. Glosas por Conceptos Generales de la U DE A	58
Gráfica 38. Información general de Glosas de OTRAS ERP.....	59
Gráfica 39. Glosas por Conceptos Generales de OTRAS ERP.....	59
Gráfica 40. Interrelaciones del Área de Cuentas Médicas.....	69
Gráfica 41. Etapas del Modelo.....	72

1. RESUMEN

Introducción: La administración de las glosas y devoluciones en una Institución Prestadora de Servicios de Salud es un proceso prioritario por las implicaciones que la oportunidad y calidad de su gestión tienen sobre la información financiera de la misma. A pesar de esto, la IPS Universitaria no tiene definido un proceso que permita tener información precisa y objetiva del manejo de las glosas y devoluciones que aporte a una acertada toma de decisiones tanto para la parte administrativa como la asistencial.

Metodología: Se extractó del software AUDITA, la información de glosas y devoluciones del segundo semestre de 2010. Para el análisis de dicha información se utilizaron las técnicas de matriz de priorización de causas y árbol de problemas, la cuales permitieron seleccionar las causas y problemas más relevantes que afectan las facturas de la IPS Universitaria.

Resultados: Se realizó un proyecto de desarrollo en donde se propone un modelo de administración de glosas y devoluciones para la IPS Universitaria.

2. ABSTRACT

Introduction: The administration of the glosses and returns on an Institution of Health Service Provider is a process priority for the implications that the timing and quality of its management over financial reporting are the same. Despite this, the IPS Universitaria has defined a process to have accurate and objective management of the glosses and returns to provide a correct decision-making for both the administrative and the care.

Methodology: AUDITA software extract the information of glosses and returns the second half of 2010. For the analysis of this information is used the prioritization matrix techniques and tree causes problems, which detected the most important causes and issues that affect the University IPS bills.

Results: A development project which proposes a management model of glosses and returns to the IPS Universitaria.

3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

3.1. INTRODUCCIÓN - JUSTIFICACIÓN

Se requiere de un Modelo de Administración de Glosas que permita, no solamente gestionarlas, sino también identificar en donde se encuentran las fallas para establecer correctivos que se reviertan en el mejoramiento de los procesos de facturación, respuesta a glosas y recuperación de cartera, incrementar la liquidez, los excedentes y garantizar la razonabilidad de los estados financieros de la Institución.

El contar con un Modelo de Administración de Glosas que encaje dentro del modelo macro de administración de la IPS UNIVERSITARIA, garantizará un fortalecimiento administrativo integral porque generará aprendizaje en el recurso humano, permitirá garantizar procesos efectivos y eficiencia en las áreas involucradas, disminuir los errores en la facturación, incremento en la radicación de facturas que cumplan con requisitos de Ley, que a su vez redundará en una mejor rotación de cartera y aumento del flujo de caja.

Se espera que este proyecto de desarrollo se revierta entonces en mejoramiento de la imagen corporativa y en la recuperación financiera de la IPS Universitaria.

3.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el segundo semestre de 2010, se emitieron en la IPS UNIVERSITARIA un total de 112.917 facturas por un valor bruto de \$133.432.832.694.00, de las cuales 18.562 facturas, que representan el 16% de éstas, por un valor de \$85.024.943.092 fueron glosadas en al menos un ítem, lo que muestra, en términos de valor bruto de las facturas; que el 64% de la facturación es afectada por algún tipo de glosa generada ya sea en el proceso administrativo, asistencial o en los dos procesos. El valor glosado en el período de análisis fue de \$19.417.200.167.00, el cual representa el 14.55% del valor bruto de la facturación del mismo período.

Actualmente no hay un proceso claro y estructurado para el manejo de las glosas, se evidencia desarticulación entre las áreas, falta de oportunidad y veracidad en la información. Esta situación dificulta la gestión de cartera, afecta el flujo de caja y la razonabilidad de los estados financieros. Un punto porcentual de glosas le representa a la IPS UNIVERSITARIA una disminución en los ingresos

operacionales superior a \$2.380 millones de pesos al año, cifra que incide directamente en los excedentes de la Institución.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. PROCESO DE AUDITORÍA

Con el advenimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, emergió el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la prestación de los servicios de salud y por otro lado aparece un sistema de descentralización administrativa, técnica y financiera de las EPS e IPS, generándose la necesidad de la implementación de procesos de contratación de servicios de salud, facturación y auditoría de los mismos (1).

La auditoría médica (2) es la evaluación sistemática de la calidad, de la racionalidad técnica y científica y del uso racional de los recursos en salud, que tiene por objeto evaluar y mejorar la calidad en los servicios por medio del análisis de la aplicación del conocimiento del profesional en la prestación de los mismos. El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad plantea la auditoría médica para el proceso de atención en salud, pero la auditoría también debe estar enfocada a los resultados de la atención en salud, en donde en términos económicos, se implementa la venta de servicios, a tarifas definidas por manuales tarifarios, servicios que deben ser facturados y es aquí donde el auditor entra a jugar un papel relevante. Teniendo en cuenta que el servicio de salud es por naturaleza costoso, se busca una racionalidad económica que pueda alcanzarse a través de un control y dentro de este control es importante la actividad de Auditoría Médica.

Los auditores médicos del área de cuentas de una empresa de salud, deben tener especialidad en auditoría de la calidad o acreditar amplia experiencia en el campo, conocimiento de manuales tarifarios, de normatividad vigente, ser objetivos en la evaluación de la racionalidad técnico científica y contar con la garantía de actualización permanente de las tarifas de contratación.

Durante el proceso de la revisión y auditoría de las cuentas, pueden surgir no conformidades totales o parciales a la factura, generando respectivamente, devoluciones o glosas las cuales deben ser informadas por escrito al prestador dentro de los términos y bajo los parámetros definidos por la normatividad vigente.

El tema de glosas, respuestas y devoluciones ha sido un tema que ha generado grandes inconformidades entre prestadores y pagadores, a pesar de que el gobierno en cabeza del Ministerio de Protección Social ha modulado con suficiencia a través de la normatividad, el tema relacionado con la definición de los

términos del proceso, éstos nunca han sido acatados por las partes.

En el año de 1997 el decreto 723 (3) definió que la EPS debía cancelar el 60% de la factura glosada y la IPS contaba con 20 días a partir de la notificación para aclarar la objeción; si había lugar a restitución por parte de la IPS de dineros ya cancelados, la EPS podía descontárselos de futuras facturaciones, por el contrario, si el prestador no daba respuesta satisfactoria a las glosas realizadas por la ERP en tres oportunidades, perdía el derecho a que se le pagara el 60% de las facturas con glosa por un periodo de 3 meses.

(En el año 2000 el Decreto 046 (4), sostiene los 20 días a la IPS para dar respuesta a la glosa, otorga a la EPS, 30 días para decidir e informar a la IPS si levanta o ratifica la glosa y permite el pago de la glosa levantada al mes siguiente.

En el año 2004 el Decreto 3260 (5) aumenta a 30 días el plazo de la IPS para dar respuesta a las glosas, y disminuye a 5 días, posteriores a la recepción de respuesta a la glosa, el plazo que tiene la EPS para pagar lo que acepte y dejar en firme lo que no acepte.

Entre los años 2007 y 2008 se definió el proceso de glosas, respuestas y devoluciones en el decreto 4747 de 2007 (6) y la resolución 3047 de 2008 (7).

Esta normatividad define:

- Soportes de la facturación por tipo de servicio prestado.
- Causales de glosas y devoluciones.
- Tiempos para el trámite de glosas

Los tiempos definidos, para las glosas y devoluciones, por el decreto en mención, son:

Tabla 1. Trámite de Glosas (Decreto 4747 de 2007)

1. ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO	2. PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD	3. ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO	4. ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO
Formulación de glosa	Dar respuesta	Levantar total o parcialmente la glosa o ratificarla	Cancelar los valores por las glosas levantadas
30 días hábiles siguientes a la recepción de la factura	15 días hábiles siguientes a la recepción de la glosa. Devoluciones, subsanar el motivo y enviar respetando el período de recepción.	10 días hábiles siguientes a la recepción de respuesta de IPS	5 días hábiles siguientes al proceso de levantamiento de glosa debe informar al prestador

Fuente: Decreto 4747 de 2007

En el año 2011 con la Ley 1438 (8) se definió en el artículo 57 lo siguiente:

Tabla 2. Trámite de Glosas (Ley 1438 de 2011)

1. ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO	2. PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD	3. ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO	4. PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD	5. ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO	6. PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD
Formulación de glosa	Dar respuesta	Levantar total o parcialmente la glosa o ratificarla	Glosas subsanables	Cancelar los valores por las glosas levantadas	Conciliación
20 días hábiles siguientes a la recepción de la factura	15 días hábiles siguientes a la recepción de la glosa.	10 días hábiles siguientes a la recepción de respuesta de IPS	7 días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviarlas nuevamente a la entidad responsable de pago	5 días hábiles siguientes al proceso de levantamiento de glosa informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción que no fueron levantadas	Después de agotarse los términos previstos, acudirá a la SUPERSALUD para que sirva como garante conciliatorio..

Fuente: Ley 1438 de 2011

A la fecha, las IPS y EPS, no han implementado aun lo definido en esta Ley ni en las normas complementarias en lo que respecta al proceso de glosas y devoluciones.

4.2. MARCO LEGAL

Es preciso tener en cuenta que al interior del Sistema de Seguridad Social en Salud se han promulgado una serie de normas que reglamentan el tema de calidad, el proceso de auditoría de cuentas y la facturación de servicios de salud, de las cuales se citarán las más relevantes:

Anteriores a la ley 100 de 1993 (9), se expidieron algunas normas que apuntaban a la calidad de la prestación de los servicios de salud:

- Ley 14 DE 1962 (10) Por la cual se regula la profesión médica
- Ley 23 de 1981(11) Esta ley establece el código de ética médica.
- Ley 6 de 1991(12) Reglamenta la especialidad de Anestesiología.
- Constitución política de Colombia de 1991(13) La Constitución en sus artículos 48, 49 y 50 definió las características que deberían tener tanto la seguridad social como la atención en salud. Se habla de eficiencia, universalidad y solidaridad y se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social, además se ordena ampliar progresivamente la cobertura y se permite que el sector privado participe. El artículo 78 establece que la ley regulará el control de calidad de los servicios prestados a la comunidad.
- Ley 100 de 1993 (9) En sus artículos 153, 178, 225 y 227, aborda el tema de creación de un sistema de garantía de la calidad y define que las EPS deben establecer procedimientos que garanticen la atención en salud en forma integral, eficiente, oportuna y de calidad, al igual que deben establecer sistemas de costos y facturación.
- Decreto 1259 de 1994 (14) El cual reestructura la Superintendencia Nacional de Salud, crea la Dirección para el control de la calidad, que dentro de sus funciones tiene la de velar porque las entidades promotoras y prestadoras de servicios cumplan con el SOGC de la atención en salud, incluyendo la auditoría médica.
- Resolución 5261 de 1994 (15) Define el Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del plan obligatorio de salud y en su artículo 22 define los términos: calidad de servicios de salud y evaluación de calidad de la atención.
- Decreto 1094 de 1996 (16): Reglamenta la factura electrónica.

- Decreto 1165 de 1996 (17): El cual reglamenta el estatuto tributario y establece la obligación de facturar y los requisitos que debe contener una factura.
- Decreto 2174 de 1996 (18). Organiza el SOGC y en su artículo 14 define que las EPS e IPS deben establecer procesos de auditoría médica y la define así:
- “Entiéndase por Auditoría Médica la evaluación sistemática de la Atención en Salud, con el objetivo fundamental de mejorar la Calidad de los servicios. Significa la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con las normas técnico-científicas y administrativas previamente estipuladas para la atención en salud. Para tal efecto podrán ser utilizados diferentes procedimientos de seguimiento, evaluación e identificación de problemas y de soluciones en la prestación de los servicios.”
- Resolución 4252 de 1997(19) El cual establece la declaración de requisitos esenciales y define que las EPS solamente podrán contratar prestación de servicios de salud con IPS que hayan realizado la declaración de dichos requisitos.
- Decreto 723 de 1997 (3) Reglamenta algunos aspectos de relaciones entre IPS y EPS entre ellos, la facturación, la contratación y los pagos de cuentas.
- Decreto 46 de 2000 (4) Esta norma emite disposiciones acerca de la correcta disposición de los recursos de la Seguridad Social, modifica los términos para emisión y notificación de glosas entre prestadores y pagadores.
- Decreto 1281 de 2002 (20) Emite disposiciones sobre utilización de los recursos para la salud en forma oportuna y eficiente en la prestación. Define parámetros para trámite de cuentas.
- Decreto 2309 de 2002 (21) Define el SOGCS y el proceso de auditoría en salud.
- Decreto 1474 de 2002 (22) Define los estándares únicos de acreditación en salud.
- Decreto 3260 de 2004 (5) La norma formula disposiciones para optimizar el flujo financiero del Sistema, igualmente aborda la definición de plazos para el pago de facturas y define términos para el proceso de glosas.
- Decreto 1011 de 2006 (23) Crea el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) el cual vela por mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país mediante cuatro componentes: El

sistema único de habilitación, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, el sistema único de acreditación y el sistema de información para la calidad.

- Resolución 1446 de 2006 (24) Esta norma definió el sistema de información para la calidad y los indicadores para monitorizar el SOGCS.
- Ley 1122 de 2007 (25) Esta ley modificó el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, destacándose la creación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), incrementa la cotización en salud en un 0.5% para alcanzar la cobertura universal, define la contratación obligatoria del 60% de la UPC del régimen subsidiado con las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.) y le otorga nuevas funciones a la Superintendencia Nacional de Salud en aspectos de inspección, vigilancia y control.
- Decreto 4747 de 2007 (6) Norma que regula las relaciones entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Entidades Responsables de Pago. En lo que respecta a la facturación de servicios de salud, glosas y devoluciones define:
 - “Artículo 21. Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social.
 - Artículo 22. Manual Único de Glosas, Devoluciones y respuestas. El Ministerio de la Protección Social expedirá el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
 - Artículo 23. Trámite de glosas. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su

anotación y envío en el registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando éste sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

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

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

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

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

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

En el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a título de pago anticipado en cobros posteriores. De no presentarse cobros

posteriores, la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor glosado y al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha en la cual la entidad responsable del pago canceló al prestador”.

- Resolución 3047 de 2008 (7) la cual define los formatos, mecanismos de envío y términos que deben adoptar los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables de pago de los servicios. Esta resolución realiza precisiones en cuanto al tema de facturación, glosas y devoluciones, y define los anexos técnicos 5, 6 y 8, los cuales definen los soportes de las facturas, el manual único de glosas, devoluciones y respuestas respectivamente y el registro conjunto de trazabilidad de la factura; los artículos correspondientes son:

– “Artículo 12. Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los soportes de las facturas de que trata el artículo del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico 5, que hace parte integral de la presente resolución.

– Artículo 13. Revisión y visado previo a la presentación y/o radicación de facturas o cuentas. Entre las entidades responsables del pago de servicios de salud y los prestadores de servicios de salud se podrán acordar mecanismos de revisión y visado de las facturas o cuentas al interior de los prestadores, para que se realicen de manera previa a la presentación y/o radicación de las mismas. De no existir este acuerdo, la entidad responsable del pago no podrá exigir como requisito para la presentación y/o radicación de la factura o cuenta, la revisión o visado previo de las mismas.

– Artículo 14. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas. La denominación y codificación de las causas de glosa, devoluciones y respuestas de que trata el artículo 22 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán las establecidas en el Anexo Técnico No.6, el cual forma parte integral de la presente resolución.

Las entidades responsables de pago, no podrán crear nuevas causas de glosa o de devolución; las mismas, sólo podrán establecerse mediante resolución expedida por el Ministerio de la Protección Social.

– Artículo 15. Registro conjunto de trazabilidad de la factura. Para la implementación del Registro conjunto de trazabilidad de la factura de que

trata el artículo 25 del Decreto 4747 de 2007(6), se establece la estructura contenida en el Anexo Técnico No. 8, el cual forma parte integral de la presente resolución”.

- Ley 1231 de 2008 (26) Norma por la cual la factura es unificada como título valor, generando la posibilidad de obtención de recursos líquidos a través de la negociación de las facturas. Esta norma hace referencia a un comprador, quien se beneficia del servicio, y a un prestador que es quien realiza la venta de dicho servicio; esta condición no se cumple en el sector salud, en donde el afiliado es quien recibe el servicio, el vendedor es la Institución Prestadora del Servicio y el comprador es la Entidad Responsable de Pago. Esta norma no realiza ninguna aclaración en lo que respecta a la facturación de servicios de salud.
- Concepto 178001 de 2009 (27) Mediante este concepto la oficina jurídica del Ministerio de la Protección Social aclara que ante la falta de precisión de la Ley 1231 de 2008, la facturación de los servicios de salud se regirá por lo definido en la Ley 1122 de 2007 y el decreto 4747 de 2007.
- Resolución 416 de 2009 (28) La cual realiza modificaciones a la Resolución 3047 de 2008 (7). Modifica el Anexo Técnico 6, Manual único de glosas, devoluciones y respuestas.
- Acuerdo 008 de 2010 (29) Norma por la cual se aclararon las condiciones, definiciones y se actualizaron los planes obligatorios de salud para los Regímenes contributivo y subsidiado. Con esta modificación se busca que estos planes respondan a las necesidades de los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, teniendo en cuenta su financiación con la Unidad de Pago por Capacitación (UPC), la sostenibilidad financiera del mismo y los recursos existentes en el país.
- Ley 1438 de 2011(8), es la última reforma al sistema general de seguridad social en salud. Presenta semejanzas con la anterior reforma contenida en la Ley 1122 de 2007 (25). Es una reforma abierta a la reglamentación y al desarrollo por parte del Gobierno Nacional, en 71 artículos de los 145 que contiene la ley, se indica que la materia señalada será desarrollada o ejecutada por el Ministerio de la Protección Social.

4.3. ANTECEDENTES

La creación de la IPS UNIVERSITARIA, fue aprobada por el Consejo Superior del Alma Máter con la Resolución Superior 632 del 18 de agosto de 1998 (30), opera

como una corporación mixta sin ánimo de lucro, conformada por la Universidad de Antioquia y por la Fundación de Apoyo a la Universidad de Antioquia. Cuenta con personería jurídica otorgada por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia mediante Resolución 1566 del 4 de diciembre de 1998 (31) y en consecuencia tiene autonomía administrativa, técnica y financiera. En los actos administrativos se rige por el derecho privado. Inició operaciones el 1 de noviembre de 1998. El principal punto de servicio se encuentra situado en la Sede hospitalaria Clínica León XIII, además de una Sede Ambulatoria situada en la carrera 51 A N.62 – 42, otra en el Bloque 22 de la Ciudad Universitaria y otra en el primer piso de la Sede de Investigación Universitaria (SIU), en donde cuenta con instalaciones modernas y confortables para ofrecer servicios de salud a toda la población nacional e internacional.

La IPS ofrece en su sede hospitalaria los servicios de Atención inicial de Urgencias y Urgencias Especializadas Adultos, Pediátricas, Ginecobstétricas, Consulta Externa Especializada y Subespecializada, Hospitalización Adultos, Pediátrica, Obstétrica, UCI Neonatal, UCE Neonatal, UCI Adultos, UCE Adultos, Ayudas Diagnósticas (Hemodinamia, Nefrología - Diálisis Renal, Endoscopia Digestiva, Neumología, Laboratorio Clínico, Laboratorio de Patología, Banco de Sangre, Radiología e Imágenes Diagnósticas, Ultrasonido, Esterilización, Electrodiagnóstico y Cardiología), Cirugía (General, Cardiovascular, Ginecológica, Maxilofacial, Neurológica, Ortopédica, Oftalmológica, Otorrinolaringológica, Pediátrica, Plástica, Estética, Vascular, Angiológica, Urológica, Tórax, Endoscopia Digestiva y Trasplante Renal. En la sede ambulatoria se ofrecen los servicios de Salud Oral General y Especializada, Consulta Externa General y Especializada, Ayudas Diagnósticas (Ecografías, Rayos X, Laboratorio Clínico, Oftalmológicas, Endoscopias, Fonoaudiología y Alergología), Cirugía Ambulatoria (General, Plástica, Ortopédica, Otorrinolaringológica, Ginecológica, Urológica y Oftalmológica), Óptica, Promoción y Prevención, Complementación Terapéutica y Servicio Farmacéutico.

En el año 2007 firma un contrato con el Instituto de Seguro Social para la prestación de servicios del I al IV nivel de complejidad, a los afiliados de esta EPS. Posteriormente, inicia prestación de servicios a la Nueva EPS y abre su portafolio a las demás ERP de la ciudad, las cuales representan a diciembre de 2010 el 58% del volumen de su facturación.

Las cifras financieras más representativas de la IPS, al cierre del 2010, fueron las

siguientes:

- Ingresos Operacionales Netos \$238.643.198.000.oo
- Margen de Utilidad Neta 3.99%
- Porcentaje de Propiedad 32.34%
- Porcentaje de Endeudamiento 67.66%
- Razón corriente 1.56
- Ebitda 4.04%

En la IPS UNIVERSITARIA, las áreas financieras son unidades de apoyo transversales al proceso asistencial. El área de facturación es protagonista en el proceso asistencial, pues es allí, donde se materializa en datos económicos la prestación del servicio de salud.

El proceso de facturación de los servicios de salud prestados en la IPS, inicia con la admisión del paciente al servicio, donde se asigna un número de ingreso, posterior a esto, comienza la atención, la cual va generando unos cargos que son imputables al número de ingreso en cada una de las áreas que concurren en la prestación del servicio. Al momento del alta del paciente, se verifica que los cargos estén debidamente ingresados y se procede a cerrar el ingreso. El resultado de este proceso se refleja en un documento de valor.

Posterior a la emisión de la factura, se envían para radicación en la ERP, en donde ingresa al proceso de auditoría técnica y médica. Las ERP con mayor participación en los ingresos, realizan auditoria de las facturas, previa a la radicación, en las instalaciones de la IPS UNIVERSITARIA, en donde por auditoria de pares se propende por la solución de las no conformidades encontradas.

Si como resultado de la revisión técnica y de la auditoría médica realizada a las facturas presentadas por la IPS, se identifica una no conformidad, se pueden formular por parte de la ERP, glosas y/o devoluciones, las cuales son comunicadas a la IPS de forma escrita. Las glosas y devoluciones formuladas por la ERP debe ser analizada por parte de auditoría médica y/o técnica de la IPS, quienes deben dar respuesta a esta no conformidad, bien sea aceptándola, caso en el cual se emite una Nota Crédito, o soportando el derecho a su pago. La respuesta es entregada a la ERP Éstos pueden ratificar la glosa o levantarla total o parcialmente, para luego surtir el trámite de pago.

En las facturas que cuentan con auditoria previa al radicado, en el evento que las glosas o devoluciones no sean dirimidas con las respuestas del auditor de la IPS UNIVERSITARIA, éstas pasan a una segunda instancia en cabeza del Líder de Cuentas Médicas quien realiza una nueva revisión de las no conformidades sin solucionar en primera instancia. Cuando las glosas quedan en firme éstas serán presentadas por las partes, para un proceso de conciliación de las mismas con el concurso del Coordinador del área de Facturación y Cuentas Médicas de la IPS UNIVERSITARIA, un directivo de la IPS, un directivo de la ERP y el auditor de la ERP De este proceso de conciliación se genera un Acta en la cual se consignan los acuerdos pactados.

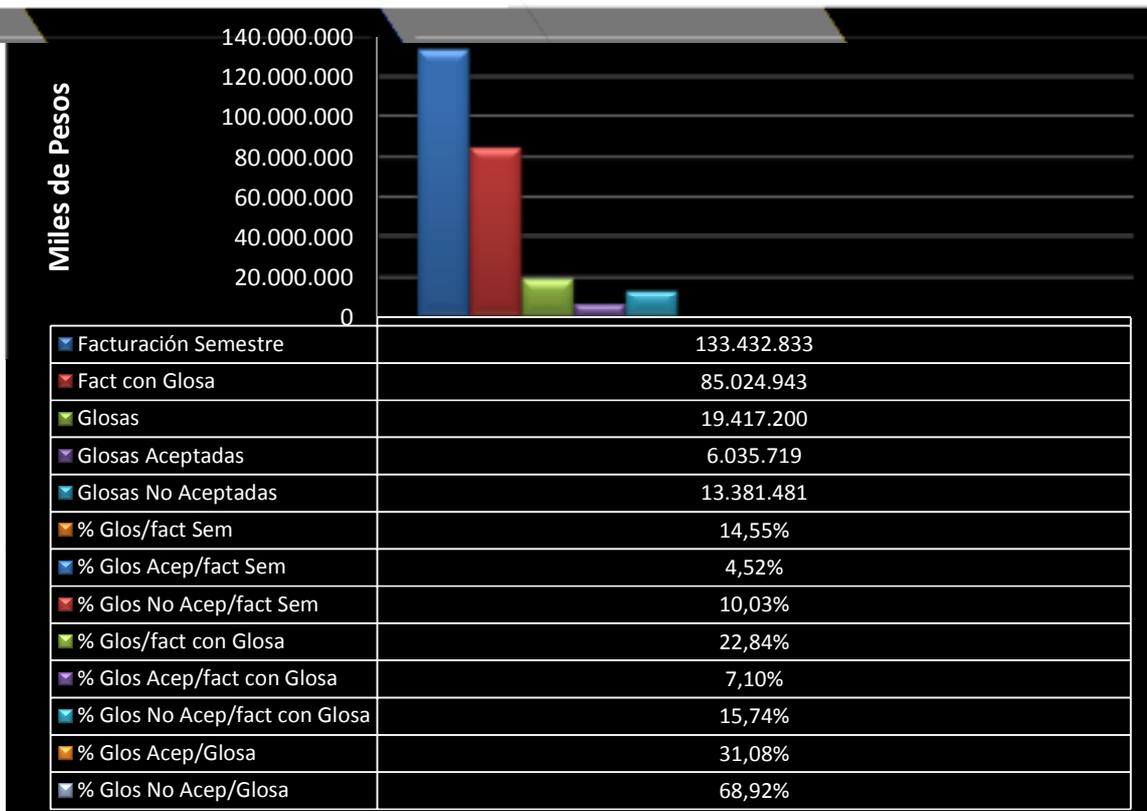
Todo el anterior proceso de generación y respuesta a las glosas y devoluciones es consignado en el módulo AUDITA, el cual permite realizar la trazabilidad de las facturas, glosas y devoluciones, gracias a su integración con el módulo financiero de la institución.

En la IPS UNIVERSITARIA, la trazabilidad de las glosas y devoluciones es un tema muy sensible, por el alto volumen de facturas, porcentaje de glosas y niveles de cartera que se ve reflejado en ellas, como se evidencia en la gráfica 1.

Según los datos reportados por el Módulo Audita, el 10% de la facturación del segundo semestre de 2009 fue glosada; de la cual se aceptó en primera instancia el 23% y el 77% pasó a conciliación. Para el primer semestre del 2010, la situación desmejoró, arrojando una glosa inicial del 11%, la cual fue aceptada en primera instancia el 61%, dejando el 39% para conciliación. El resultado de la conciliación no está consignado en el módulo, lo que impide determinar el porcentaje total aceptado en los semestres descritos.

El siguiente gráfico permite abordar las cifras del segundo semestre de 2010 de la IPS UNIVERSITARIA desde varias perspectivas, las cuales se describen a continuación.

Gráfica 1. Consolidado de Glosas "IPS UDEA" (Semestre 2 de 2010)



Fuente: Módulo AUDITA

El 15% de la facturación del semestre fue glosada; después de surtir todo el proceso de auditoría y radicación descrito anteriormente, se observa que la glosa aceptada por la IPS UNIVERSITARIA en primera instancia es del 5% respecto a los ingresos brutos del semestre, quedando un 10% como no aceptado. Lo no aceptado es levantado por la ERP o ratificado para que se defina en una conciliación, cifras que no fueron posibles obtener con certeza porque no se cuenta con el desarrollo en el sistema que permita capturar un dato fidedigno y razonable. Al conciliar la información del AUDITA con la información del software contable se encontró que las notas crédito del semestre ascendieron a \$14.403.802.695.00, por lo tanto, si se asume este valor como Glosa Aceptada, se infiere que el valor no aceptado por la IPS y a su vez levantado por la ERP ascendió a \$5.013.397.472, lo que arroja un porcentaje de glosa aceptada de 10.79%.

Otra mirada no menos importante que la anterior es la que permite relacionar directamente la cartera con las glosas de la institución, ésta se obtiene comparando la glosa inicial, aceptada y no aceptada con el valor de la facturación glosada. Según los datos arrojados por el AUDITA, se observa que del valor de las facturas glosadas en el segundo semestre del 2010 el 23% de éstas, es la que hace parte de la no conformidad pero las ERP evaden el pago de la diferencia hasta que se aclare la glosa inicial, lo que ocasiona un deterioro significativo en la cartera, dificultando la generación de un flujo de caja adecuado para la institución.

Lo anterior no se encuentra muy alejado de la realidad que viven otras IPS del país, como lo expresa la novena encuesta de percepción de IPS sobre EPS realizada por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), la cual fue aplicada a una muestra de 100 IPS afiliadas a la Asociación; en el instrumento se evaluaron varios aspectos de la relación de las IPS con 20 Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, a las que les prestaron servicios durante el año 2007. Los resultados de dicha encuesta demostraron que el área más crítica fue la de pagos, evidenciándose en el 98.4% de las respuestas que las EPS no pagan a los prestadores dentro de los tiempos establecidos por la Ley, el 47.71% revelan que las objeciones son formuladas dentro de los términos definidos, mientras el 52.29% afirman que se hace de forma extemporánea, lo cual afecta el proceso. Igualmente, al 99.68% de las IPS, después de ser aclaradas las glosas, las EPS les pagan extemporáneamente sin reconocer intereses de mora (32).

Según la décima encuesta, realizada en 2009, a 101 IPS afiliadas a la ACHC, por el grupo de investigación y proyectos de la misma, el área de pagos fue clasificada como deficiente para todas las EPS, según los resultados ninguna EPS cumple con los términos legales (33).

En lo que respecta al estado de cartera, la ACHC presentó 24° Informe de Seguimiento a Cartera con corte a 30 de junio de 2010, el cual analiza el estado de cartera de 122 IPS, de naturaleza privada, pública y mixta, encontrándose que el valor total de la cartera fue de tres billones ochocientos ochenta mil millones de pesos (\$ 3.9 billones). La deuda en mora (mayor a 60 días) representa el 48.6% de la cartera representada en \$1.8 billones

Al realizar el análisis de los deudores el informe evidenció que las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo participan en un mayor porcentaje

de la deuda con un 32.7%, seguidas del Estado (incluye Entidades Territoriales y el FOSYGA) con un 20.9% y por las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado con un 19.4% (34).

A 31 de diciembre de 2010, la cartera radicada de la IPS UNIVERSITARIA es de \$80.594.783.176; el 23.41% presenta un vencimiento mayor a 60 días, cifra que asciende a \$18.868.497.079. El 82% de la cartera está concentrada en 9 ERP, como se observa en la Tabla 3.

Tabla 3. Cuentas por Cobrar a Diciembre 31 de 2010

RAZÓN SOCIAL	POR VENCER	V 0-30	V 31-60	V 61-90	V 91-180	V181-360	V MAS DE 330	TOTAL	A.V.
NUEVA EPS	11.589.692	9.161.984	9.121.887	23.451	-	-	-	29.897.016	37,10%
DSSA	2.710.745	2.422.137	2.055.361	691.656	1.016.784	1.098.447	689.032	10.684.163	13,26%
CAPRECOM-ANTIOQUIA	1.514.329	2.333.441	1.512.756			-	-	5.360.525	6,65%
FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA	1.425.176	848.060	719.080	1.041.121	771.545			4.804.982	5,96%
C.C.F. COMFENALCO ANTIOQUIA	1.685.170	1.070.062	582.521	176.645	497.261	206.003	116.062	4.333.724	5,38%
U DE A - PSU	7.598	2.326.005	967.389	599.679	-	-	-	3.900.671	4,84%
CAPRECOM - CHOCÓ	78.293	238.686	2.207	169.421	403.235	841.255	727.459	2.460.556	3,05%
DASALUD CHOCÓ	207.584	101.640	26.871	94.411	443.173	872.362	533.308	2.279.349	2,83%
CONSORCIO FIDUFOSYGA	366.564	391.821	317.856	38.748	76.891	263.707	771.700	2.227.286	2,76%
OTRAS ERP	4.313.375	1.986.005	1.641.992	1.429.376	2.204.592	1.486.445	1.584.729	14.646.513	18,17%
TOTAL	23.898.526	20.879.841	16.947.920	4.264.508	5.413.480	4.768.219	4.422.290	80.594.783	100,00%
%	29,65%	25,91%	21,03%	5,29%	6,72%	5,92%	5,49%	100,00%	
	76,59%		23,41%						

Fuente: Módulo FINANCIERO

Para intervenir esta problemática, es prioritario para la IPS UNIVERSITARIA contar con un modelo que permita consignar en detalle las glosas y devoluciones, realizar la trazabilidad y facilitar el proceso de respuesta y conciliación de las mismas, disminuyendo los reprocesos y mejorando el flujo de caja de la Institución.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar un modelo de administración de glosas con las características necesarias que permita responder y conciliar oportunamente las glosas, propendiendo por una eficiente recuperación de la cartera y mayor razonabilidad de la información financiera.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las interrelaciones que existen entre las glosas recibidas y los procesos asistenciales y administrativos.
- Diseñar un modelo de manejo de glosas.
- Identificar las áreas o servicios en los cuales las glosas tienen un mayor peso.
- Entregar al área de facturación, la información oportuna y necesaria que permita mejorar el proceso.

6. METODOLOGÍA

Para el desarrollo del modelo, inicialmente, se realizó búsqueda en portales de internet y en publicaciones, sobre legislación relacionada con la administración de las glosas y revisión del sector estratégico. Posteriormente, se realizó un diagnóstico situacional, para lo cual se analizó la información arrojada por los módulos de cuentas médicas y de contabilidad de la IPS UNIVERSITARIA. Con la información encontrada se utilizó la técnica de matriz de priorización en la cual, un grupo de personas de la IPS UNIVERSITARIA involucradas en el área de estudio (Expertos), calificaron de forma autónoma los problemas identificados, éstos fueron analizados a través de un árbol de problemas, permitiendo identificar las principales causas y consecuencias. El resultado de lo anterior, permitió definir el modelo propuesto.

6.1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

La consecución de la información base para este trabajo, se obtuvo del software AUDITA y del módulo contable de la IPS UNIVERSITARIA, con la autorización expresa del Subdirector Administrativo y Financiero y del Director de la Institución. Para efecto de conocimiento de los procesos de auditoría, respuesta a glosa, admisiones y facturación y sus dificultades se contó con el apoyo del líder de las áreas de facturación, radicación y cuentas médicas.

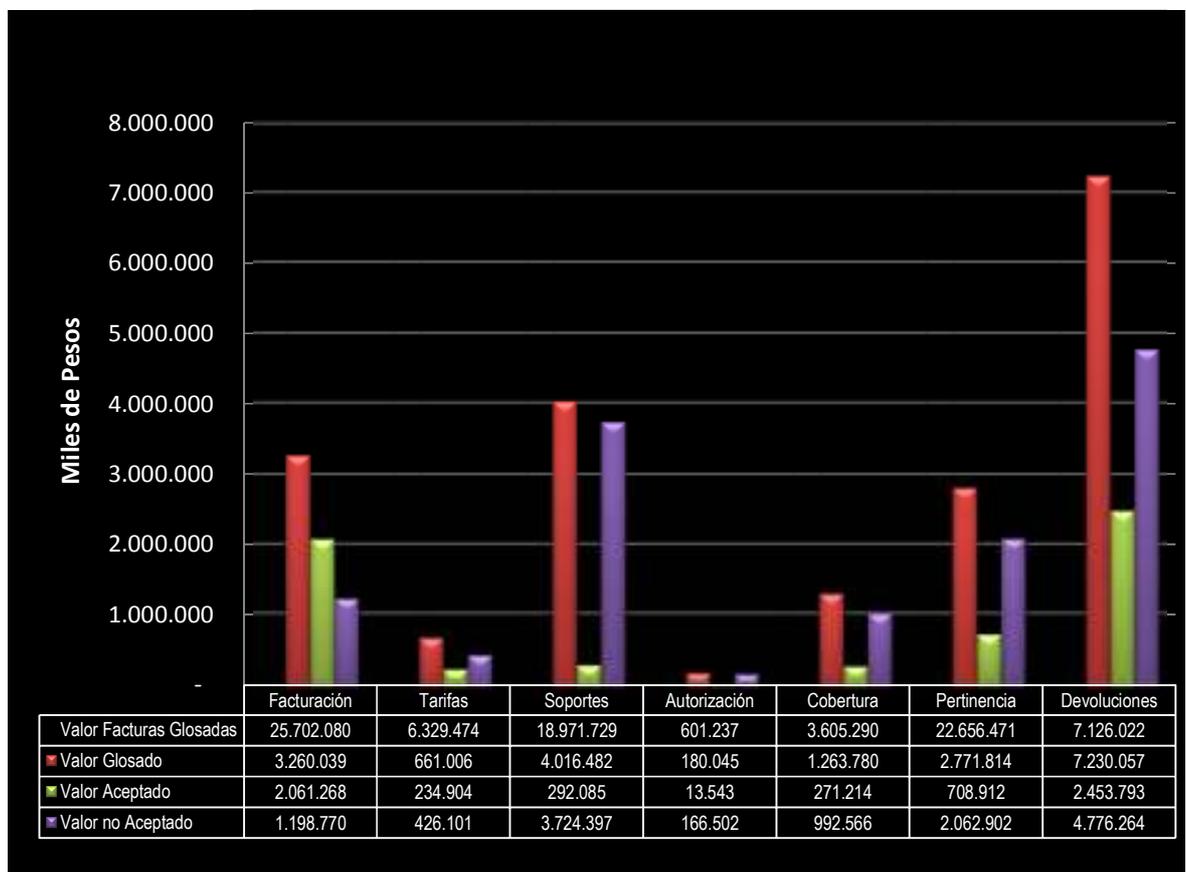
Para determinar el comportamiento de las glosas se consolidó y analizó la información del software AUDITA. Esta herramienta informática contiene las glosas codificadas según lo determinado por el Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas definido en la Resolución 3047 de 2008 (7). El análisis de esta información permitió identificar los problemas que se priorizaron en la matriz utilizada para ello.

Se entrevistaron cinco auditores y cinco auxiliares que participan en el proceso, quienes a su vez, calificaron la matriz de priorización de problemas. Posteriormente, se realizó un árbol de problemas para cada uno de los ítems identificados, donde se ubicaron las causas y efectos de los problemas priorizados para intervenir.

De los datos obtenidos del AUDITA se analizó la información de glosas por Concepto General y específico, y se detalló hasta llegar a las principales Entidades Responsables de Pago.

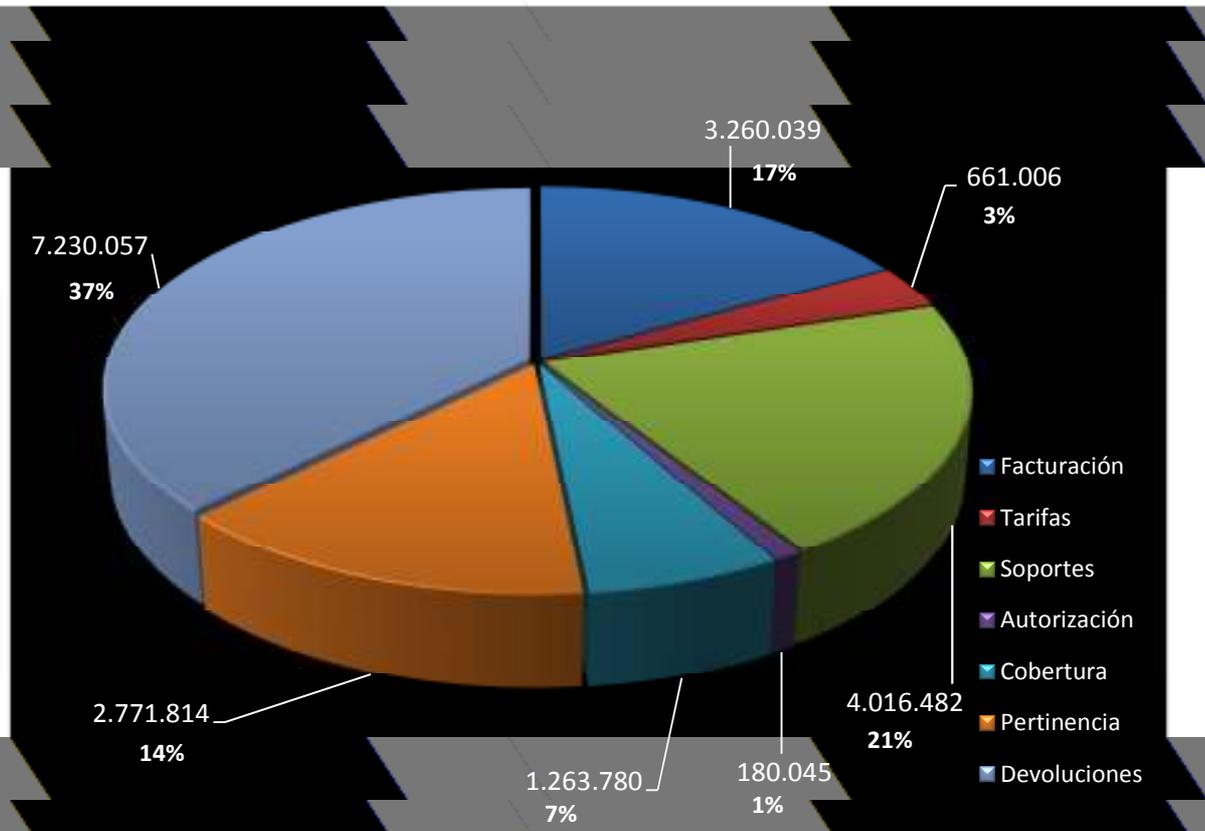
En las gráficas 2 y 3 se analiza por concepto general la información consolidada, lo que permite evidenciar que el principal concepto afectado en el segundo semestre del 2010 fue el de Devoluciones, representando éste el 37% del valor Glosado, seguido de Soportes con el 21%, Facturación con el 17%, Pertinencia 14%, Cobertura 7%, Tarifas 3% y Autorizaciones con el 1%. Asimismo, se observa que las no conformidades de los conceptos de Facturación, tarifas y devoluciones son las que más se aceptan por parte de la IPS en primera instancia, en su orden 63%, 36% y 34% respecto al valor glosado inicialmente.

Gráfica 2. Consolidado por Concepto General "IPS UDEA" (Semestre 2 de 2010)



Fuente: Módulo AUDITA

Gráfica 3. Valor Glosado por Concepto General "IPS UDEA" (Semestre 2 de 2010)



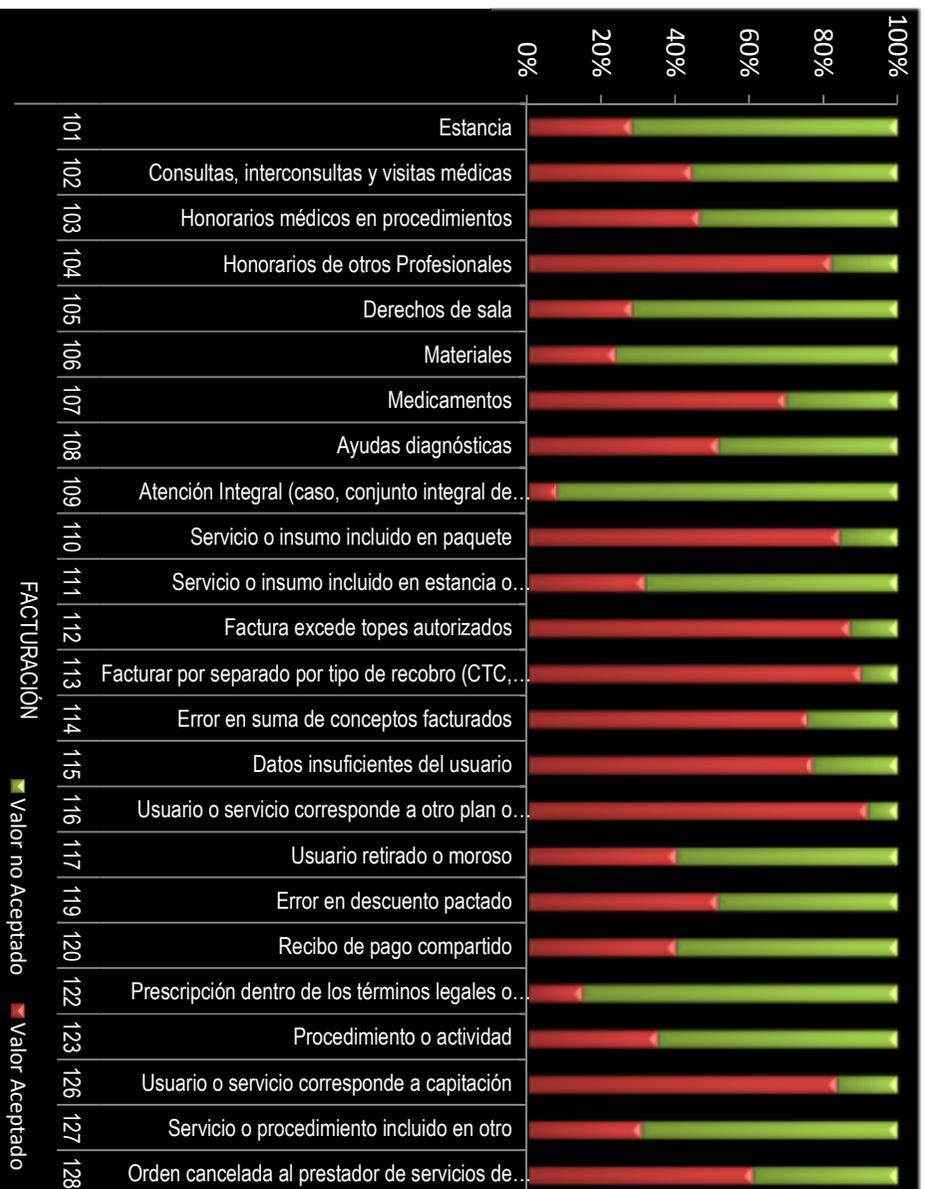
Fuente: Módulo AUDITA

Continuando con el análisis por concepto general, se abordó cada uno de éstos y se abrió la información por todos los conceptos específicos, según lo establecido en el Anexo Técnico 6 de la Resolución 3047 de 2008 (7). A través de las gráficas 4 y 5, es posible evidenciar que los conceptos que hacen relación a Facturación y que a su vez representan el Pareto, son los atribuibles a (116) Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable, con una participación del 27%, seguido de (106) Materiales, con una participación del 13%, (107) Medicamentos, con una participación del 10%, (123) Procedimiento o actividad, con una participación del 9%, (112) Factura excede topes autorizados, con una participación del 7%, (101) Estancia, con una participación del 6%, (126) Usuario o servicio corresponde a capitación, con una participación del 5%, (110) Servicio o insumo incluido en paquete, con una participación del 4% (113) Facturar por separado por tipo de

% y otros con una participación del 4% y otros con una participación del 1%

Las no conformidades atribuibles a los conceptos 104, 110, 112, 113, 116 y 126 son aceptadas por la IPS por un valor superior al 80% en primera instancia.

Grafica 4. Glosas de Facturación por Conceptos Específicos

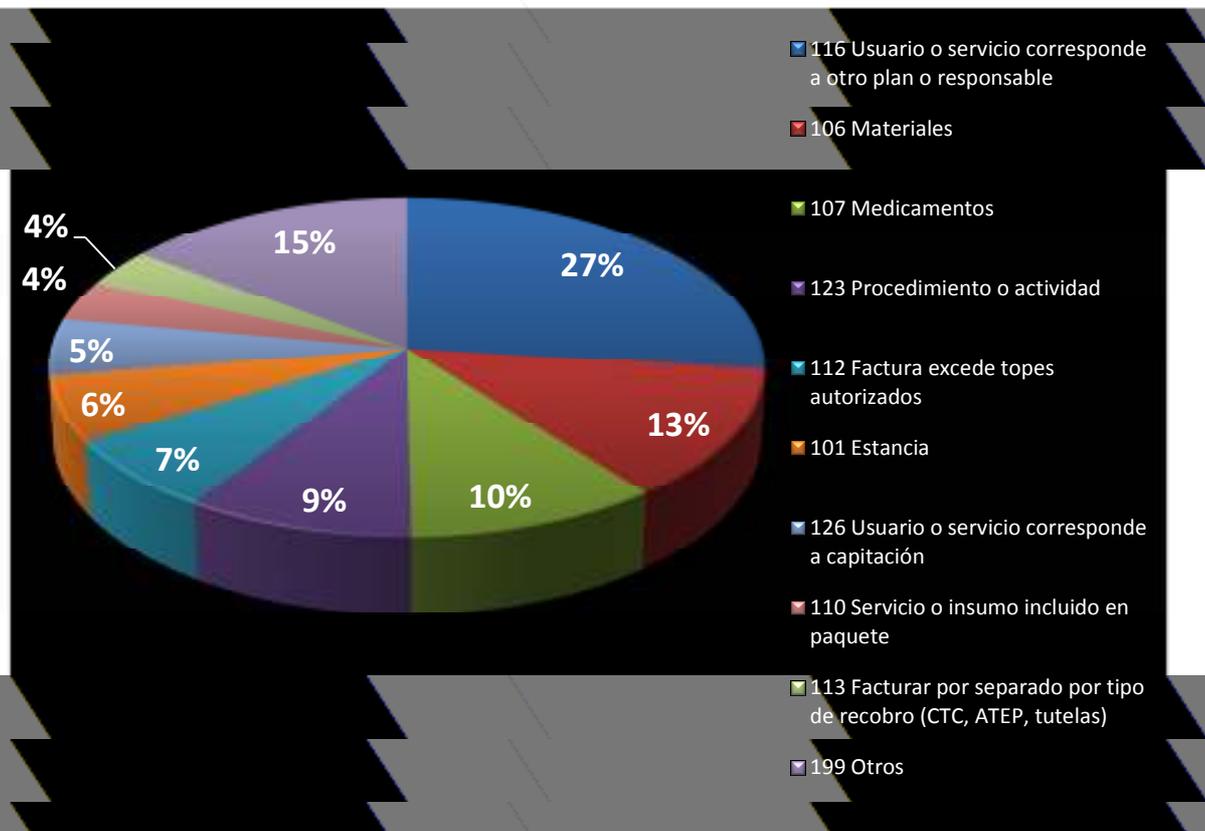


Fuente: Módulo AUDITA

35---

35---

Gráfica 5. Proporción de Glosa por Concepto de Facturación

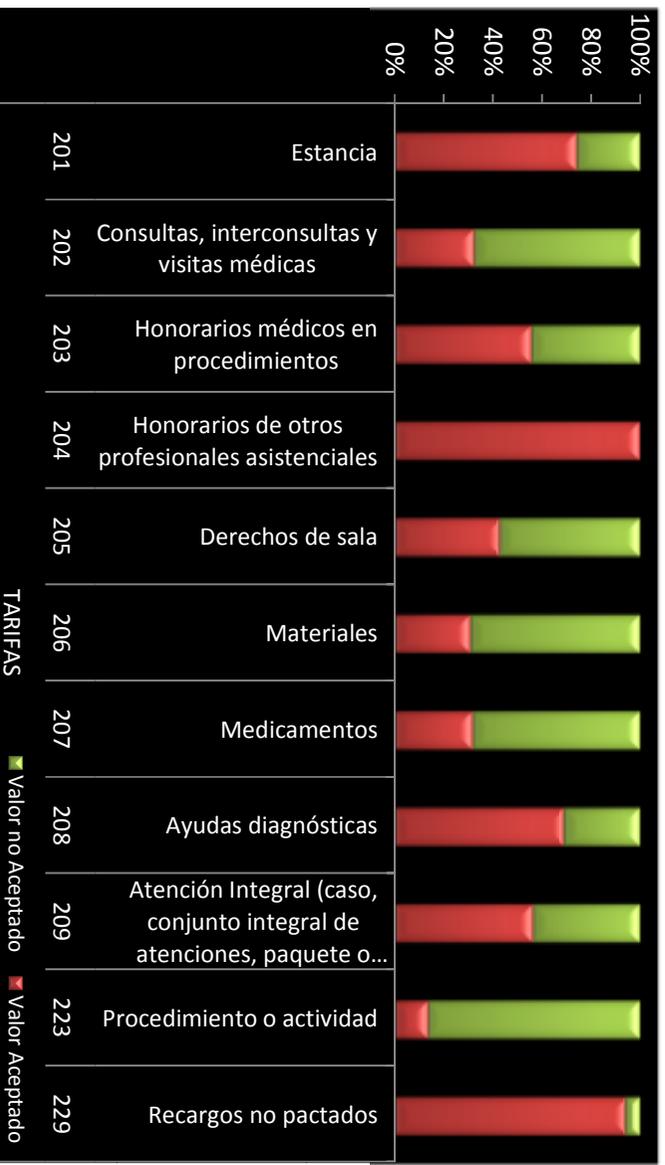


Fuente: Módulo AUDITA

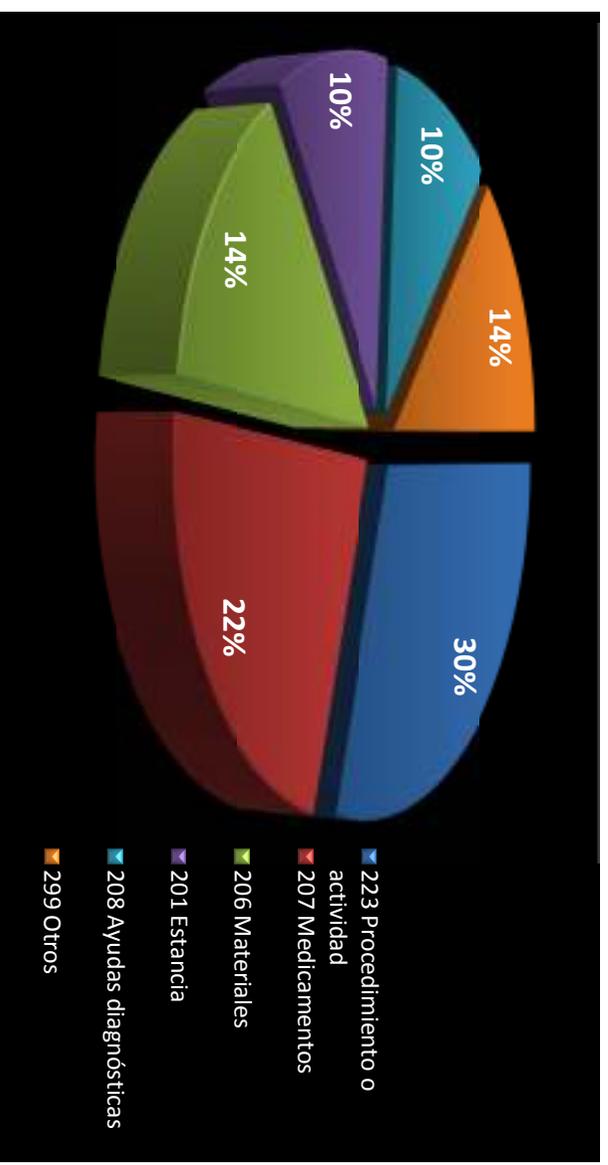
En las gráficas 6 y 7, se observa que los conceptos que hacen relación a Tarifas y que a su vez representan el Pareto, son los atribuibles a (223) Procedimiento o actividad, con una participación del 30%, seguido de (207) Medicamentos, con una participación del 22%, (206) Materiales, con una participación del 14%, (201) Estancia, con una participación del 10%, (208) Ayudas Diagnósticas, con una participación del 10%, y otros con una participación del 14%.

Las no conformidades atribuibles a los conceptos 204 y 229 son aceptadas por la IPS por un valor superior al 80% en primera instancia.

Gráfica 6. Glosas de Tarifas por Conceptos Específicos



Gráfica 7. Proporción de Glosa por Conceptos de Tarifas

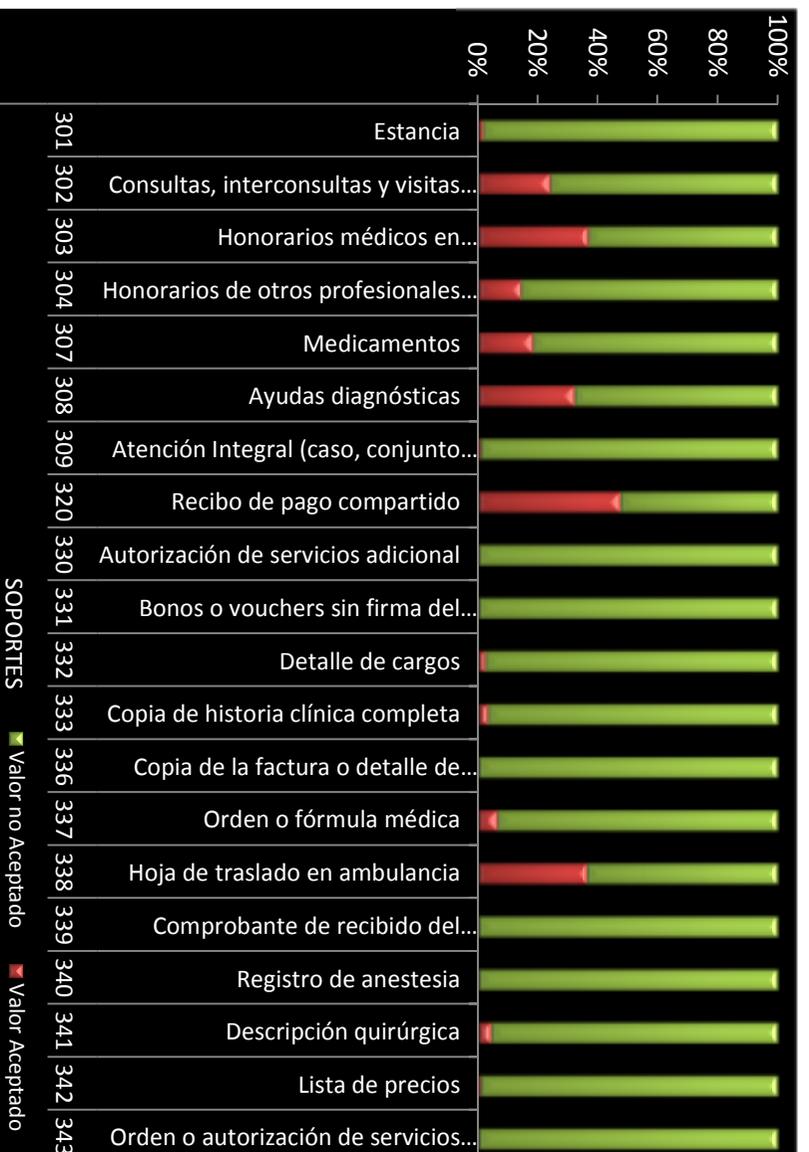


Fuente ambos gráficos: Módulo AUDITA

En las gráficas 8 y 9, se observa que los conceptos que hacen relación a Soportes y que a su vez representan el Pareto, son los atribuibles a (342) Lista de precios, con una participación del 18%, (332) Detalle de cargos, con una participación del 8%, (333) Copia de historia clínica completa, con una participación del 8%, (308) Ayudas Diagnósticas, con una participación del 8%, y otros con una participación del 12%.

Ninguna no conformidad atribuible a los conceptos de Soportes es aceptada por la IPS por un valor superior al 80% en primera instancia.

Gráfica 8. Glosas de Soportes por Conceptos Específicos

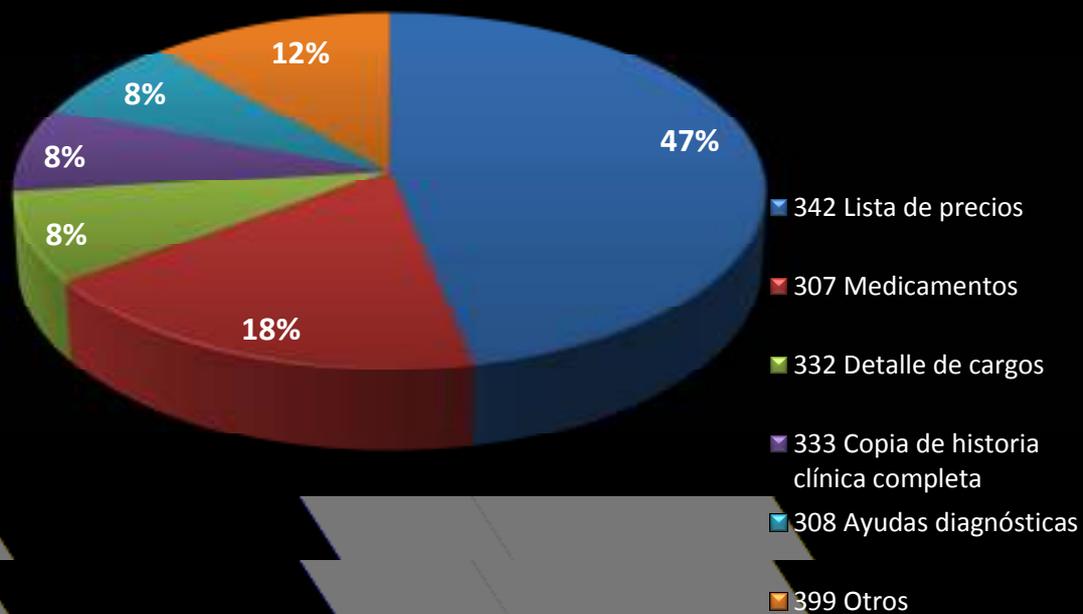


Fuente: Módulo AUDITA

300 ---

300 ---

Gráfica 9 Proporción de Glosa por Conceptos de Soportes

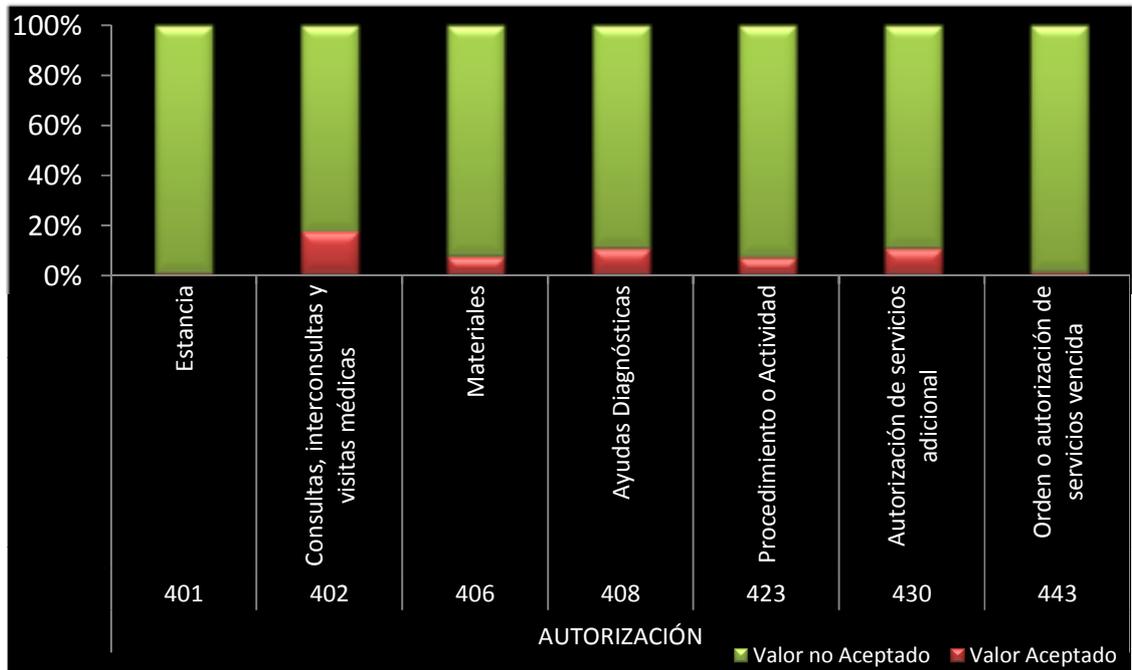


Fuente: Módulo AUDITA

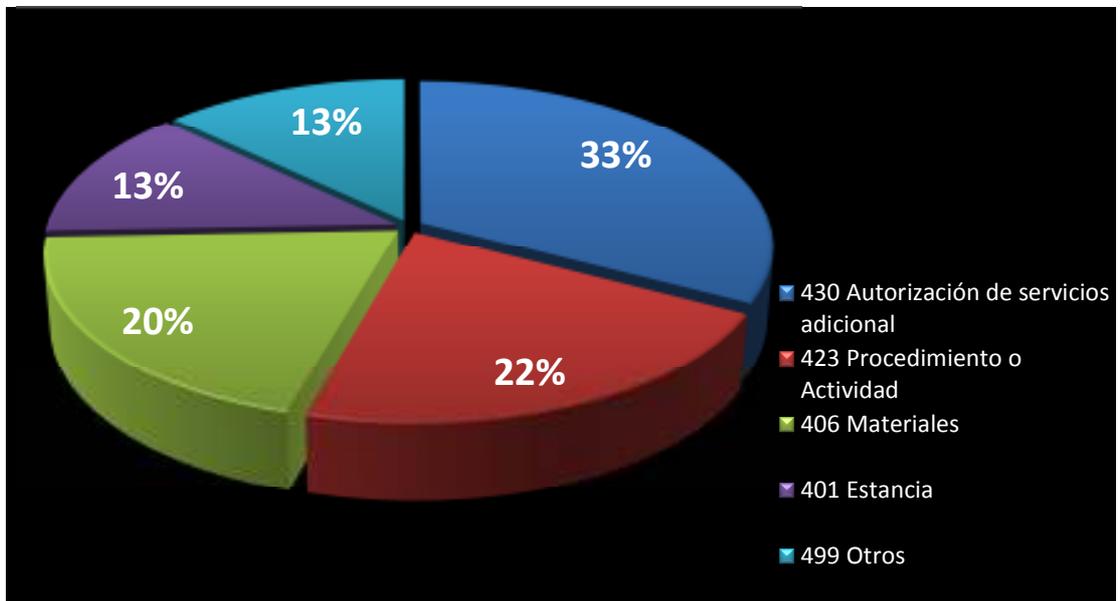
En las gráficas 10 y 11, se observa que los conceptos que hacen relación a Autorización y que a su vez representan el Pareto, son los atribuibles a (430) Autorización de servicios adicional, con una participación del 33%, seguido de (423) Procedimiento o actividad, con una participación del 22%, (406) Materiales, con una participación del 20%, (401) Estancia, con una participación del 13% y otros con una participación del 13%.

Ninguna no conformidad atribuible a los conceptos de Autorización es aceptada por la IPS por un valor superior al 80% en primera instancia.

Gráfica 10. Glosas de Autorización por Conceptos Específicos



Gráfica 11. Proporción de Glosa por Conceptos de Autorización

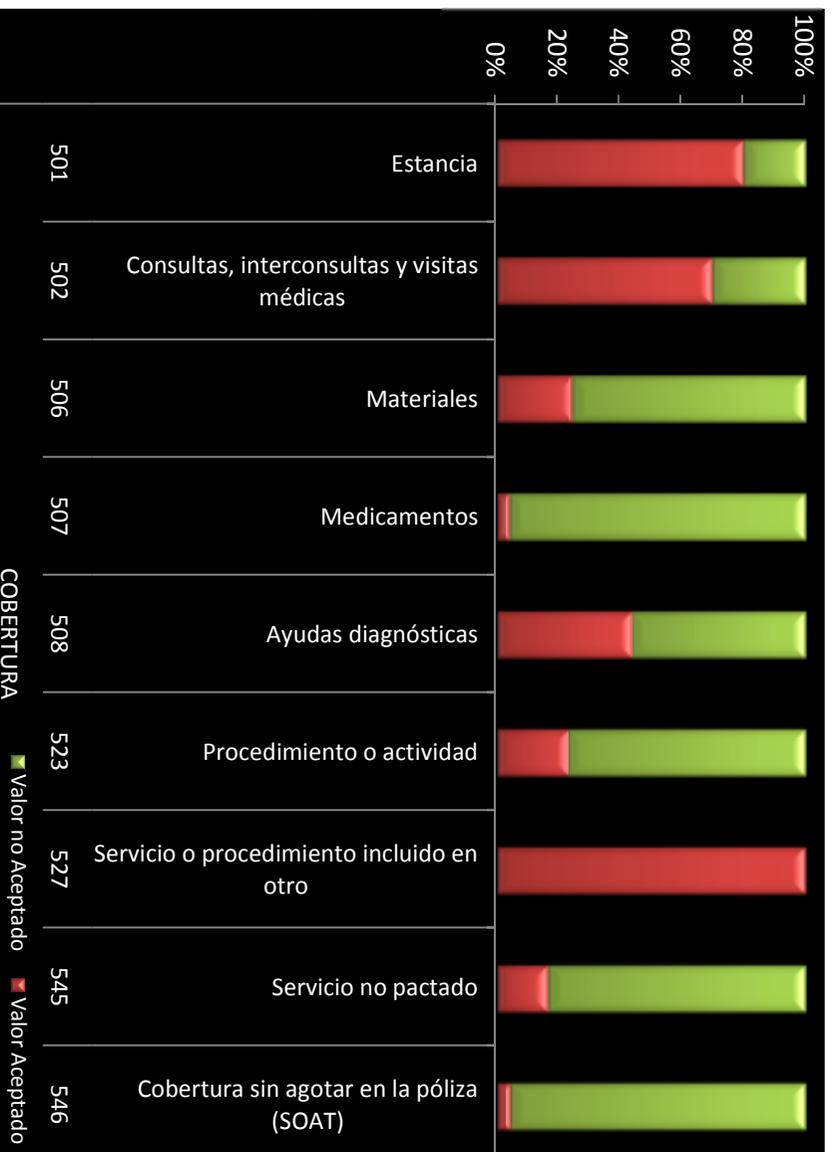


Fuente ambos gráficos: Módulo AUDITA

En las gráficas 12 y 13, se observa que los conceptos que hacen relación a Cobertura y que a su vez representan el Pareto, son los atribuibles a (507) Medicamentos, con una participación del 61%, seguido de (501) Estancia, con una participación del 15%, (506) Materiales, con una participación del 9% y otros con una participación del 14%.

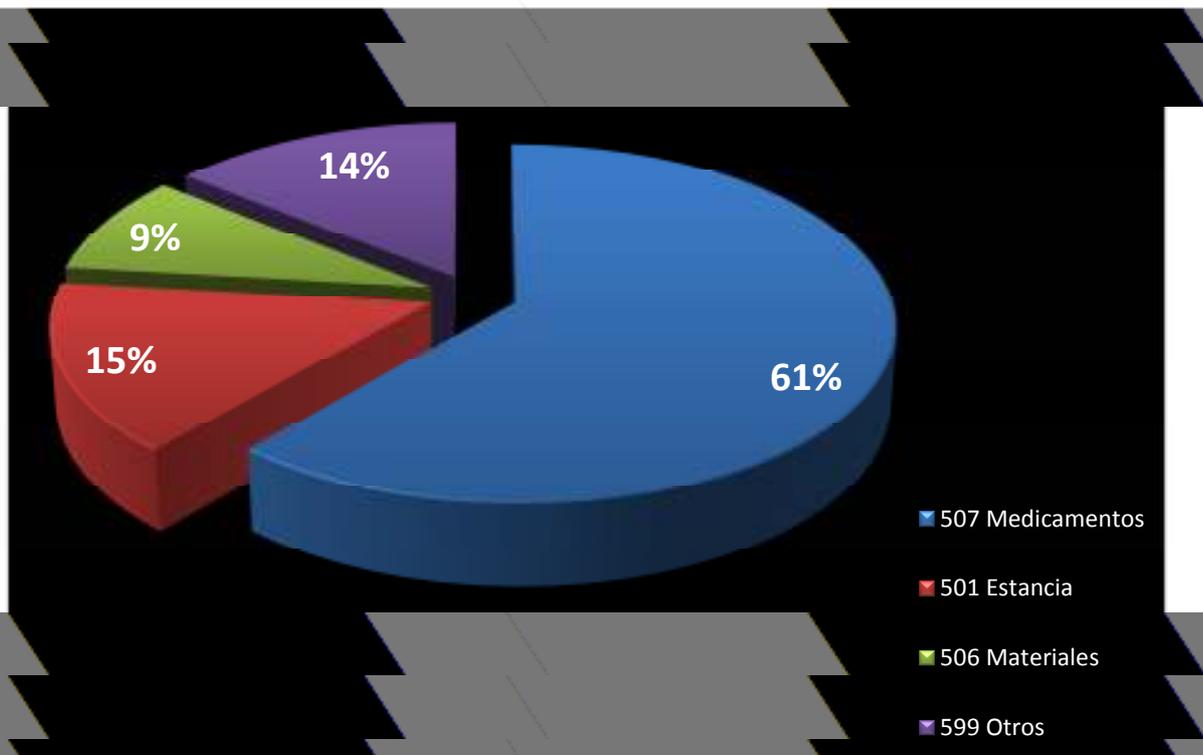
Las no conformidades atribuibles a los conceptos 501 y 527 son aceptadas por la IPS por un valor superior al 80% en primera instancia.

Gráfica 12. Glosas de Cobertura por Conceptos Específicos



Fuente: Módulo AUDITA

Gráfica 13. Proporción de Glosa por Conceptos de Cobertura

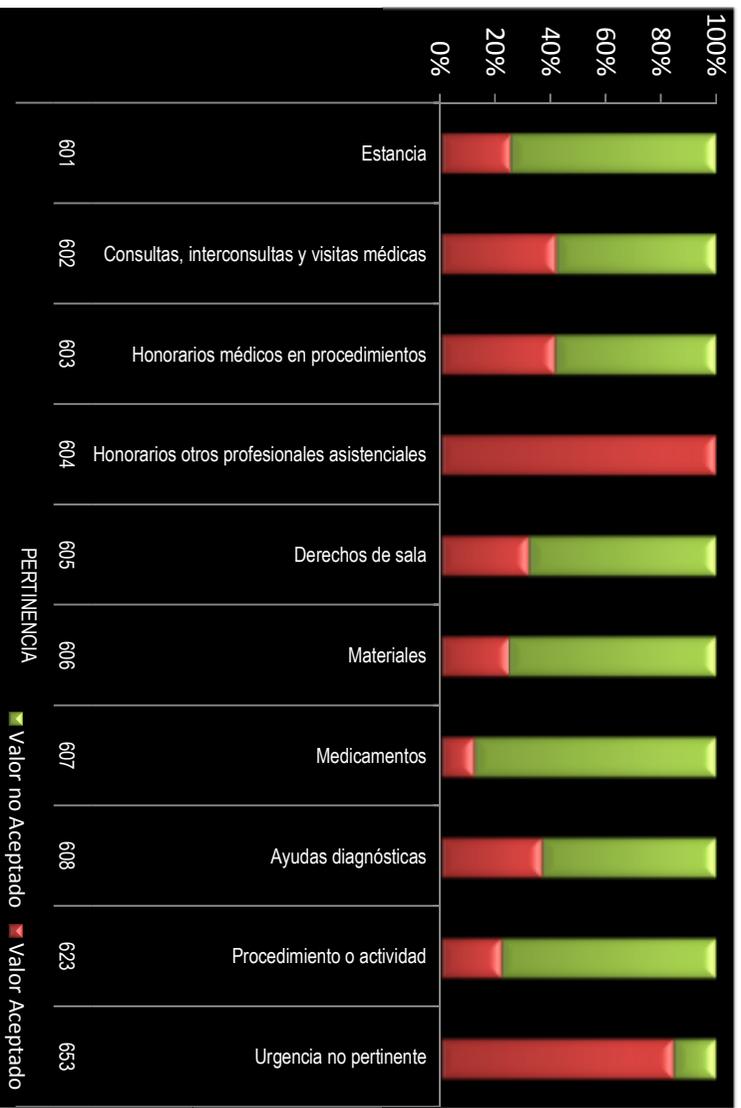


Fuente: Módulo AUDITA

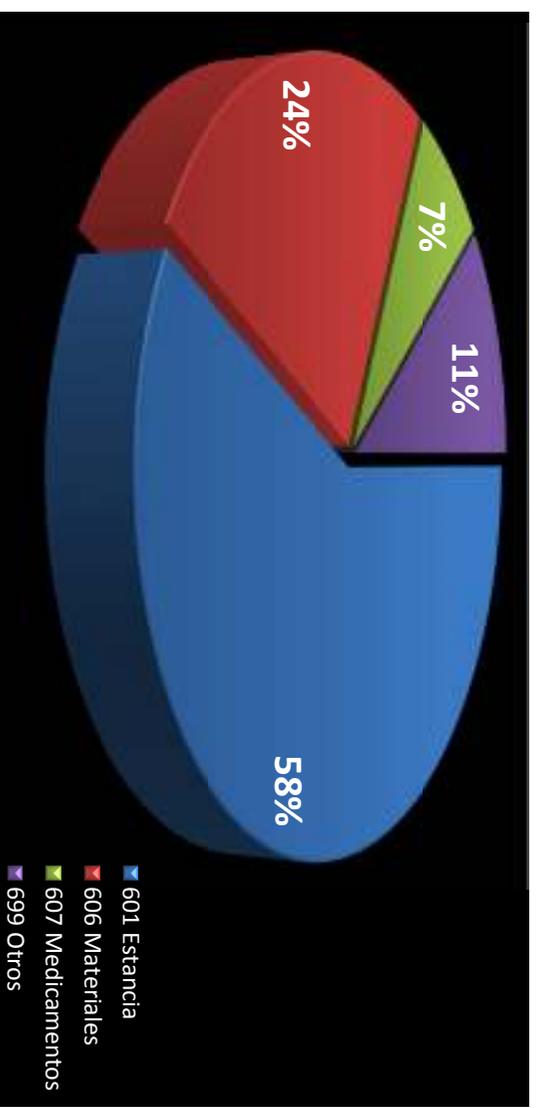
En las gráficas 14 y 15, se observa que los conceptos que hacen relación a Pertinencia y que a su vez representan el Pareto, son los atribuibles a (601) Estancia, con una participación del 58%, seguido de (606) Materiales, con una participación del 24%, (607) Medicamentos, con una participación del 7% y otros con una participación del 11%.

Las no conformidades atribuibles a los conceptos 604 y 653 son aceptadas por la IPS por un valor superior al 80% en primera instancia.

Gráfica 14. Glosas de Pertinencia por Conceptos Específicos



Gráfica 15. Proporción de Glosa por Conceptos de Pertinencia

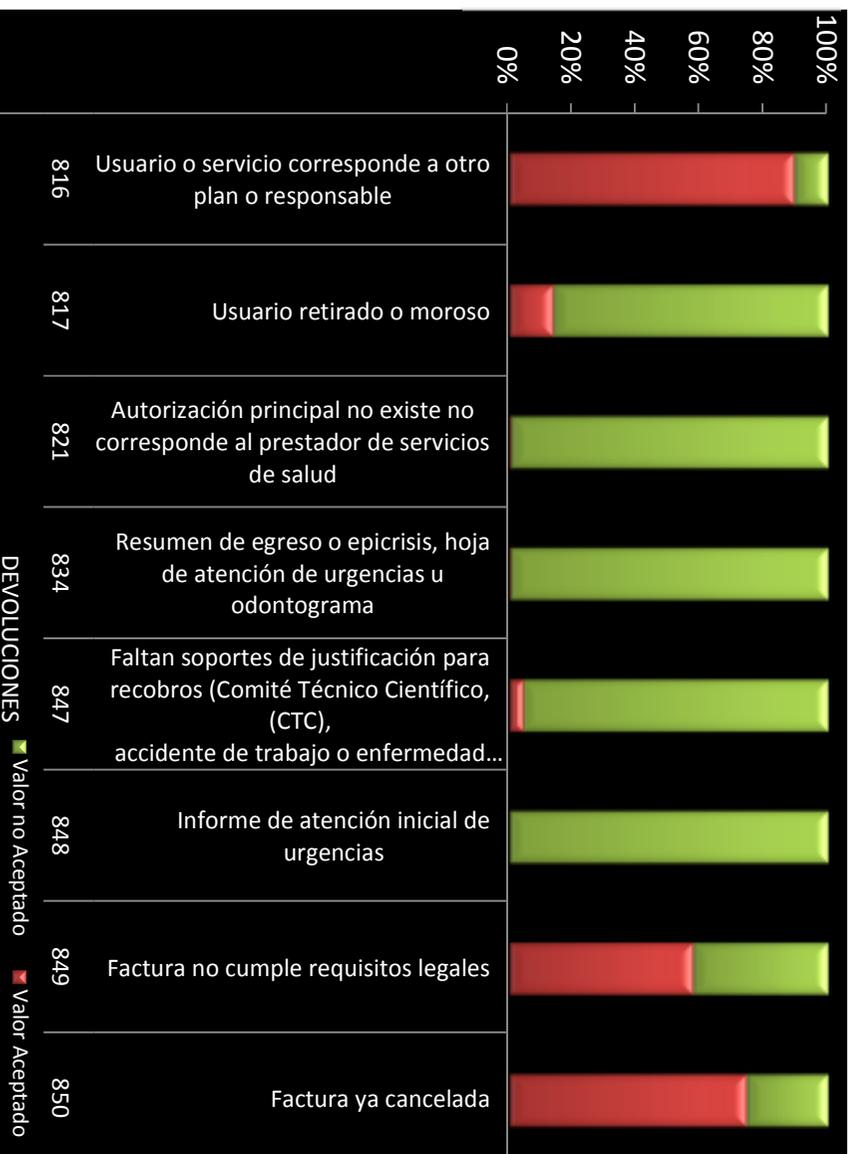


Fuente ambos gráficos: Módulo AUDITA

En las gráficas 16 y 17, se observa que los conceptos que hacen relación a Devoluciones y que a su vez representan el Pareto, son los atribuibles a (849) Factura no cumple requisitos legales, con una participación del 29%, seguido de (847) Faltan soportes de justificación para recobros CTC, ATEP y tuteladas, con una participación del 19%, (821) Autorización principal no existe no corresponde al prestador de servicios de salud, con una participación del 19%, (816) Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable, con una participación del 17% y otros con una participación del 15%.

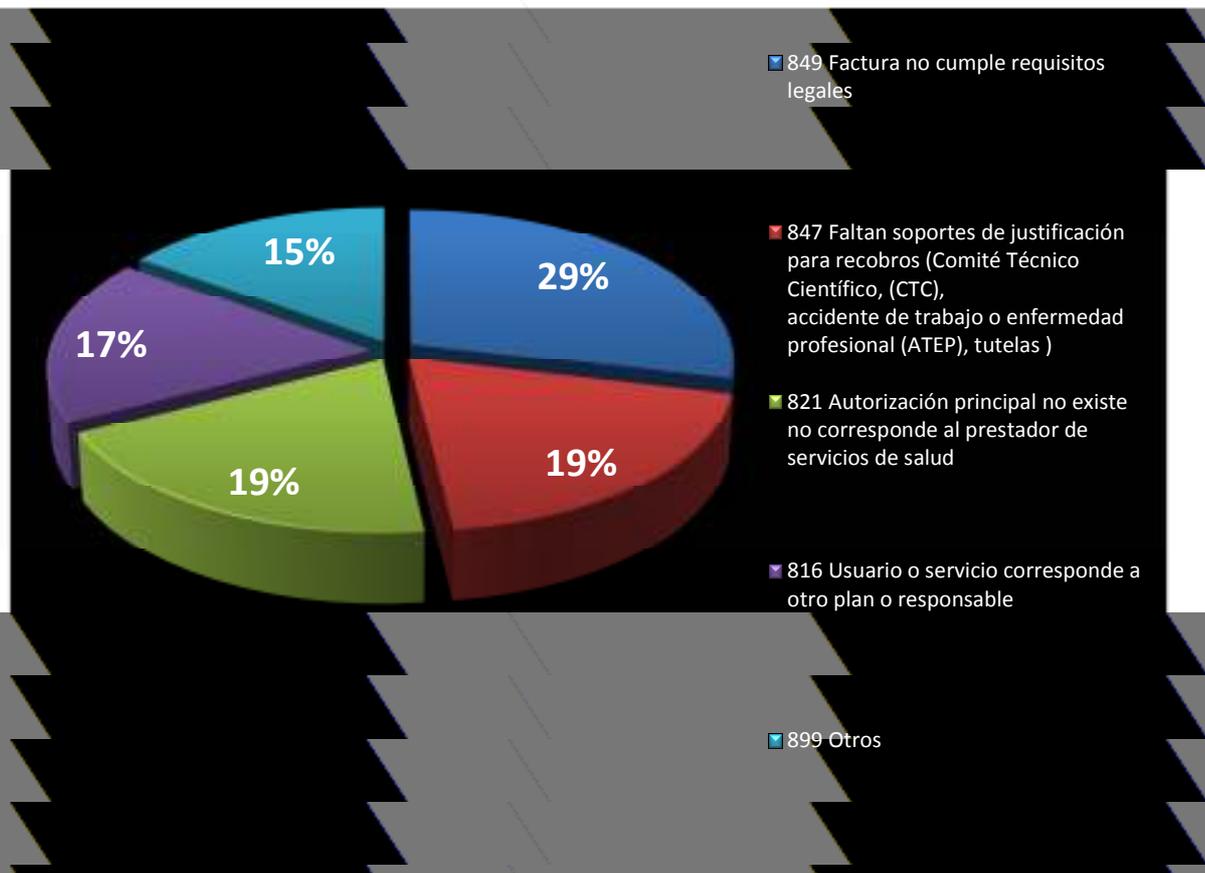
Las no conformidades atribuibles al concepto 816 son aceptadas por la IPS por un valor superior al 80% en primera instancia.

Gráfica 16. Glosas de Devoluciones por Conceptos Específicos



Fuente: Módulo AUDITA

Gráfica 17. Proporción de Glosa por Conceptos de Devoluciones

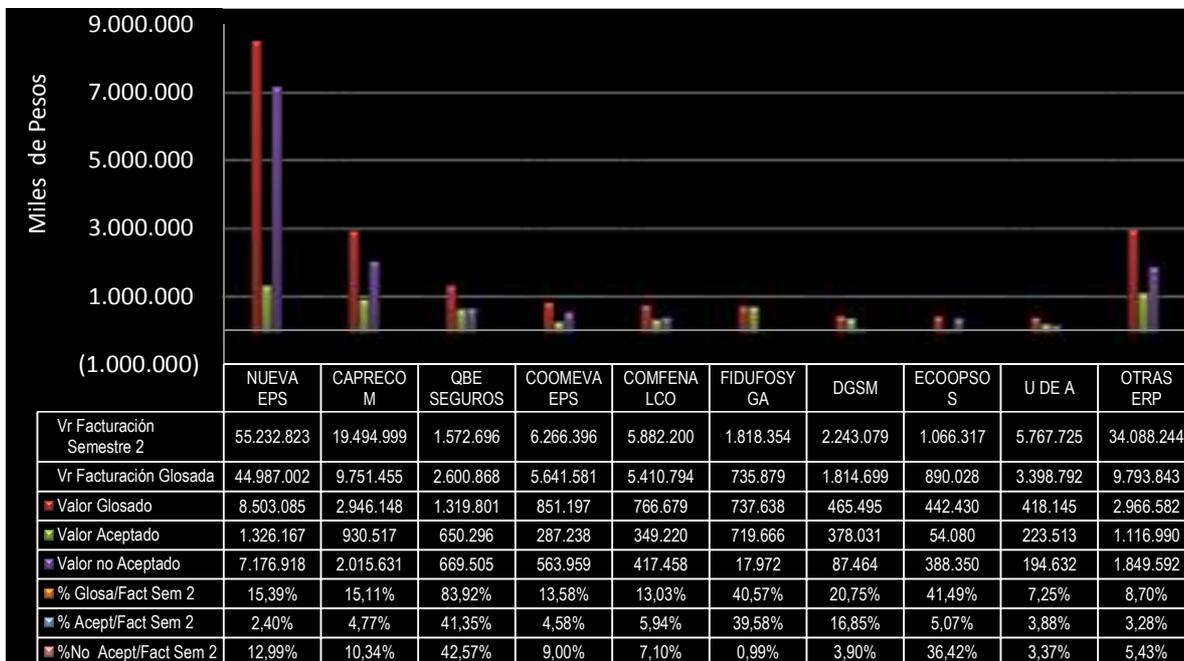


Fuente: Módulo AUDITA

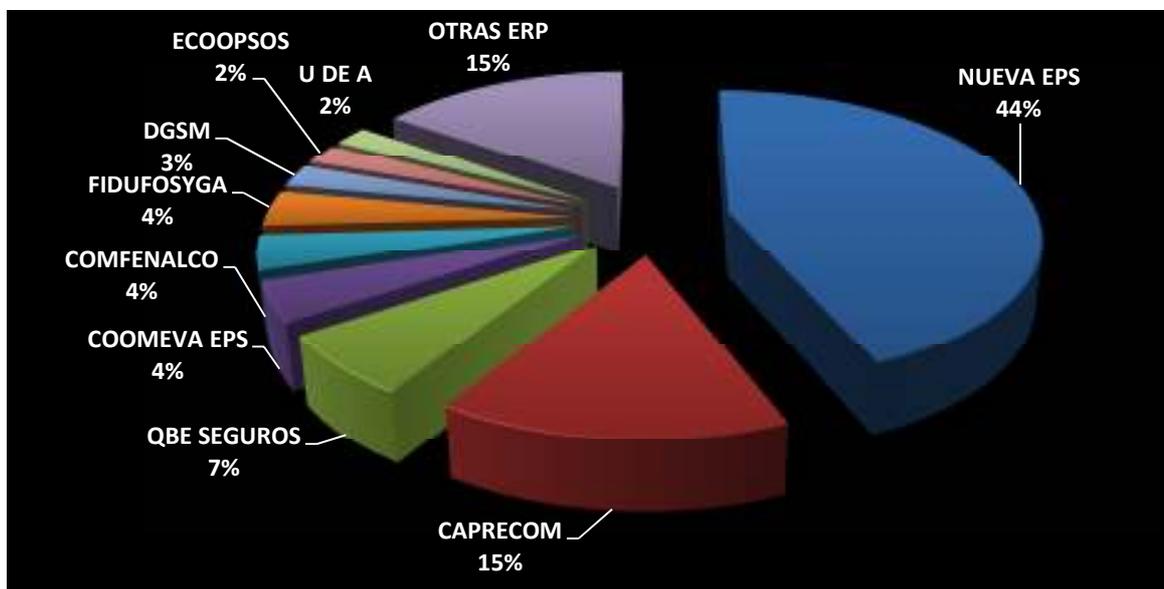
Las no conformidades que se presentan en la facturación emitida por la prestación de servicios de salud, son formuladas en el proceso de auditoría por las ERP. Las Gráficas 18 y 19 nos muestran las 9 ERP que emitieron el 85% de las Glosas radicadas en el segundo semestre de 2010 en la IPS UNIVERSITARIA. El 15% se agrupó en Otras ERP para facilitar su análisis.

El 44% de las no conformidades fueron realizadas por la NUEVA EPS, seguido de CAPRECOM con el 15%, QBE SEGUROS 7%, COOMEVA 4%, COMFENALCO 4%, FIDUFOSYGA 4%, DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR 3%, ECOOPSOS 2% y UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 2%.

Gráfica 18. Consolidado por Entidad Responsable de Pago

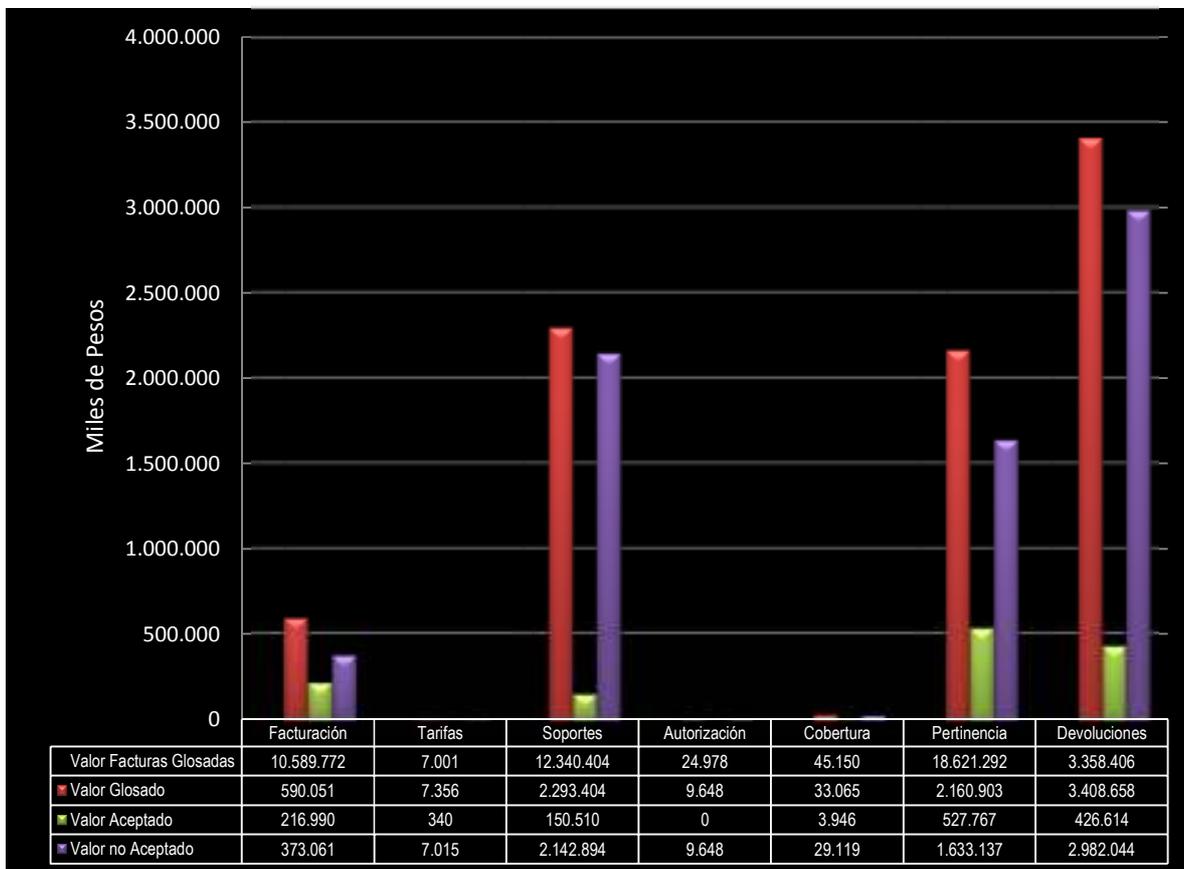


Gráfica 19. Glosas por Entidad Responsable de Pago



Fuente ambos gráficos: Módulo AUDITA

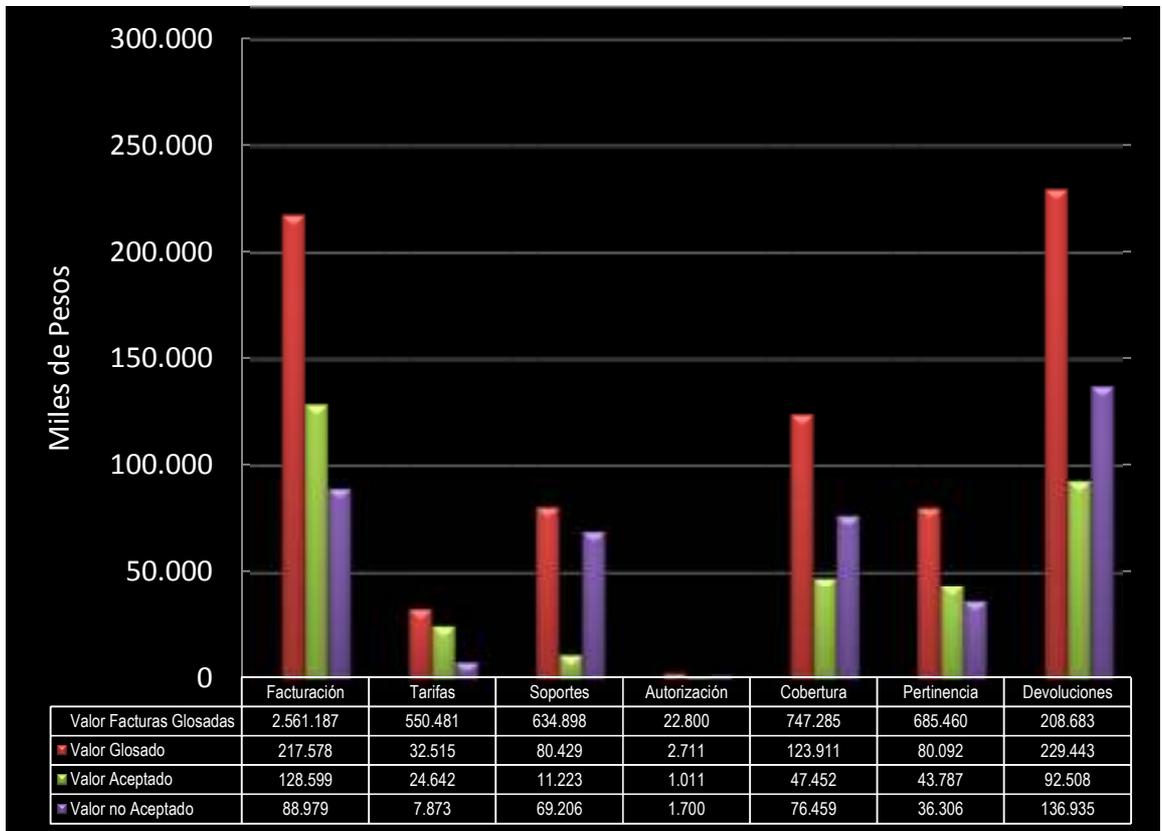
Gráfica 21. Glosas por Conceptos Generales de la NUEVA EPS



Fuente: Módulo AUDITA

En las Gráficas 22 y 23 se analiza a CAPRECOM, se resalta que la Glosa inicial es del 15.1% de la cual se acepta en primera instancia el 32% y el 68% pasa a conciliación, es decir, que el 4.8% de los ingresos totales brutos es la glosa aceptada en primera instancia por la IPS UNIVERSITARIA. Los conceptos que representan el Pareto de no conformidades son los atribuibles a Devoluciones 43%, Cobertura 25% y Facturación 18%.

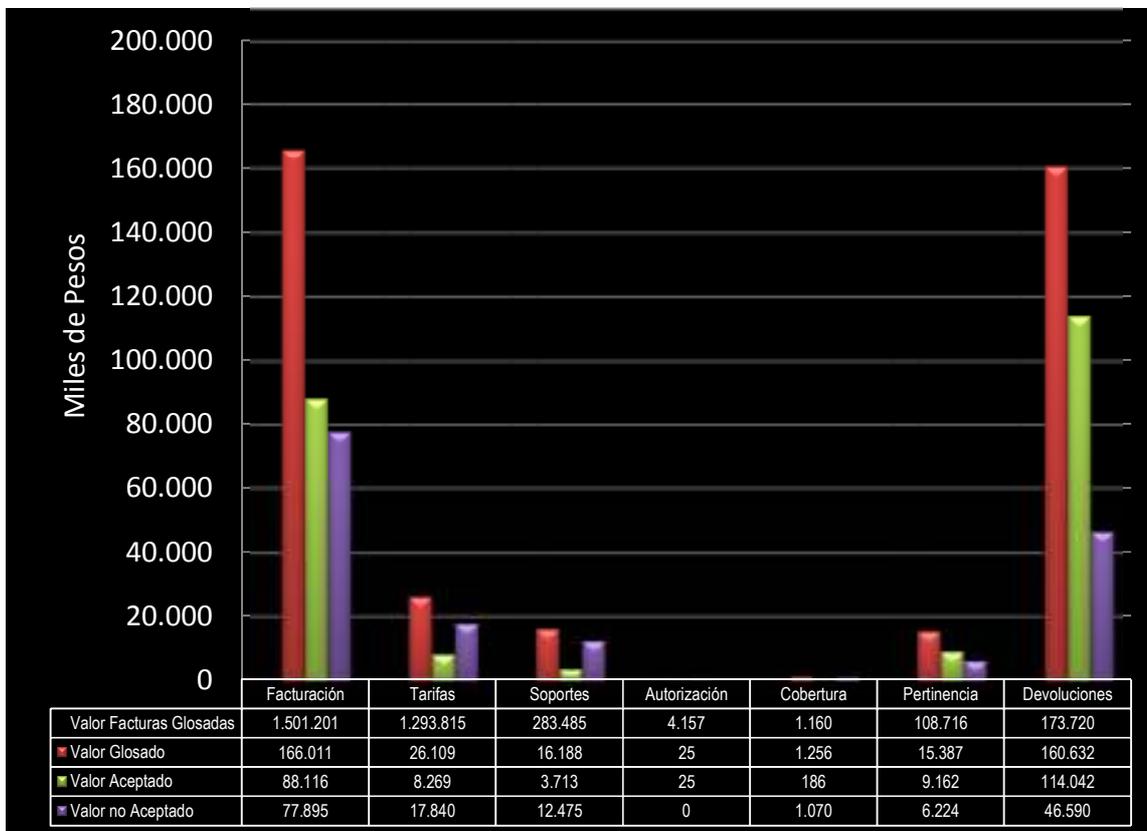
Gráfica 29. Glosas por Conceptos Generales de COMFENALCO



Fuente: Módulo AUDITA

En las Gráficas 30 y 31 se analiza a FIDUFOSYGA, se resalta que la Glosa inicial es del 40.6% de la cual se acepta en primera instancia el 98%% y el 2% pasa a conciliación, es decir, que el 40% de los ingresos totales brutos es la glosa aceptada en primera instancia por la IPS UNIVERSITARIA. El concepto que representa el Pareto de no conformidades es el atribuible a Devoluciones 93%.

Gráfica 37. Glosas por Conceptos Generales de la U DE A



Fuente: Módulo AUDITA

En las Gráficas 38 y 39 se analiza a las Otras ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO, se resalta que la Glosa inicial es del 8.7%% de la cual se acepta en primera instancia el 38% y el 62% pasa a conciliación, es decir, que el 3% de los ingresos totales brutos es la glosa aceptada en primera instancia por la IPS UNIVERSITARIA. Los conceptos que representan el Pareto de no conformidades son los atribuibles a Facturación 26%%, Devoluciones 23%, Soportes 21%, Tarifas 12% y Cobertura 12%.

6.2. PRIORIZACIÓN DE CAUSAS

Después de analizar la información disponible en el software AUDITA de la IPS UNIVERSITARIA, se decidió utilizar la técnica de matriz de priorización. Esta herramienta, ayuda a comparar y escoger racionalmente, entre varios problemas, con base en unos criterios que sirven para fijar las prioridades.

6.2.1. Problemas Identificados

Las causas de glosas se definieron en términos operativos, donde éstas son situaciones desfavorables que necesitan solucionarse. Se optó por clasificarlas según la codificación del concepto general de glosas y devoluciones definidas por la Resolución 3047 de 2008 (7), categorización que toma el software AUDITA para la gestión de las glosas de la IPS Universitaria, dando cumplimiento a lo definido por la Resolución mencionada.

Tabla 4. Clasificación de Glosas y Devoluciones por Concepto General

CODIGO	CONCEPTO GENERAL	APLICACIÓN
1	Facturación	Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o descuentos a los contratos de capitación por concepto de recobros por servicios prestados por otro prestador. Igualmente cuando se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el Manual único de glosas, devoluciones y respuestas de la Resolución 3047 de 2008.
2	Tarifas	Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.
3	Soportes	Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.
4	Autorización	Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la Resolución 3047 de 2008.
5	Cobertura	Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.

CODIGO	CONCEPTO GENERAL	APLICACIÓN
6	Pertinencia	Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.
8	Devoluciones	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 principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, falta de soportes para el recobro por CTC, tutela, ATEP y servicio ya cancelado. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma

Fuente: Anexo Técnico 6. Resolución 3047 de 2008

6.2.2. Criterios de Valoración

Se consideraron 5 criterios de valoración, a saber:

- Magnitud: Definida en términos de impacto económico.
- Necesidad de intervención futura: Como evolucionarían los problemas en el corto, mediano y largo plazo si no son intervenidos hoy.
- Impacto en el desarrollo organizacional: Como inciden en el desarrollo de la IPS cada uno de estos problemas.
- Viabilidad de la solución: Posibilidad de que el problema sea solucionado técnica y económicamente.
- Percepción del problema: Percepción acerca de la seriedad e importancia del problema que tienen los involucrados en los procesos.

6.2.3. Ponderación

Los problemas fueron ponderados por los desarrolladores del modelo, en forma subjetiva con base en el conocimiento que tienen en la materia. Esta ponderación

(P) tiene la siguiente escala cualitativa

1. Baja
2. Media
3. Alta

6.2.4. Calificación

La matriz de priorización fue presentada para evaluación a 10 expertos de la IPS UNIVERSITARIA, cinco auditores y cinco auxiliares que laboran en el área de cuentas médicas. Cada uno de éstos de forma autónoma, calificaron los criterios subjetivamente, según la escala cualitativa definida. La sumatoria de los resultados de la calificación fue promediada, quedando una única matriz.

6.2.5. Puntaje Total de Prioridad

Para obtener el puntaje total de prioridad se multiplicó la calificación asignada por cada experto (c) por el ponderado (P) se obtuvo un resultado para cada criterio de valoración, el cual fue denominado (p). El puntaje total para cada uno de los problemas fue el resultado de la suma de todos los (p) promediados.

Los problemas fueron ordenados según el puntaje total, obteniéndose como resultado los cuatro problemas a priorizar, así:

Tabla 5. Matriz de Priorización de Causas

CRITERIO PROBLEMA	P	Magnitud		Necesidad de intervención futura		Impacto en desarrollo organizacional		Viabilidad de solución		Percepción del problema		TOTALES
		c	p	c	p	c	p	c	p	c	p	
Facturación	3	3	9	3	9	3	9	3	9	3	9	45
Devoluciones	3	3	9	3	9	3	9	3	9	2	6	42
Soportes	3	3	9	3	9	3	9	3	9	2	6	42
Pertinencia	3	3	9	3	9	3	9	2	6	2	6	39
Autorización	2	1	2	2	4	2	4	3	6	2	4	20
Cobertura	2	2	4	2	4	2	4	3	6	1	2	20
Tarifas	2	1	2	2	4	2	4	3	6	1	2	18

Fuente: Auditores y Técnicos de Cuentas

6.3. FOCALIZACIÓN

Posterior a la evaluación de los problemas en la matriz de priorización, e identificar los ponderados con mayor calificación se focalizaron las causas de glosas y devoluciones más relevantes y se elaboró un árbol de problemas por cada una de las causas seleccionadas como prioritarias. A estas causas se les aplicó el principio de Pareto, y se encontró lo siguiente:

6.3.1. Facturación

Tabla 6. Árbol de Problemas de Facturación

CAUSA	PROBLEMA	CONSECUENCIAS
1. Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable.	F	1. Anulaciones. 2. Retraso de cartera. 3. Disminución de ingresos. 4. Desgaste administrativo. 5. Refacturación. 6. Disminución de flujo de caja.
2. Materiales.	A	
3. Medicamentos	C	
4. Procedimiento o actividad.	T	
5. Factura excede topes autorizados.	U	
6. Estancia.	R	
7. Usuario o servicio corresponde a capitación.	A	
8. Servicio o insumo incluido en paquete.	C	
	I	
	Ó	
	N	

Fuente: Matriz de Priorización de este informe

Al analizar el problema de glosas atribuibles a facturación a través del árbol, se encontró que las principales causas se dan por: Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable, facturación de materiales, medicamentos, procedimientos o actividades, factura que excede topes autorizados, glosas en la facturación de la estancia, usuarios que corresponden a pago por capitación y servicio o insumo incluido en el paquete.

Las consecuencias de este problema producen reprocesos administrativos, como es la refacturación de servicios, retrasos en el recaudo de cartera, lo que se ve reflejado en la disminución del ingreso y del flujo de caja.

6.3.2. Devoluciones

Tabla 7. Árbol de Problemas de Devoluciones

CAUSA	PROBLEMA	CONSECUENCIAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Factura no cumple con requisitos legales. 2. Faltan soportes de justificación para cobros. 3. Autorización principal no existe, o no corresponde al prestador de servicios de salud. 4. Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable. 	D E V O L U C I O N E S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anulaciones. 2. Retraso de cartera. 3. Disminución de ingresos. 4. Desgaste administrativo. 5. Refacturación. 6. Disminución de flujo de caja.

Fuente: Matriz de Priorización de este informe

El segundo problema son las devoluciones, representado en cuatro causas, donde la más relevante son las facturas que no cumplen con requisitos legales, es importante aclarar que por inconsistencias encontradas en la digitación de anulaciones en el software AUDITA, en este ítem se consolidaron conceptos de anulaciones tales como, anulaciones por mala homologación, cambio de fecha de la factura, subfacturación y sobrefacturación, mala parametrización de tarifas y error en tarifas.

Las causas restantes fueron la ausencia de autorización principal o autorización que no corresponde al prestador de servicios, falta de soportes de justificación para cobros y usuario o servicio que corresponde a otro plan o responsable.

Estas devoluciones traen como consecuencia reprocesos administrativos, los cuales se ven reflejados en anulaciones, refacturaciones, disminución de ingresos operacionales y afectación del flujo de caja.

6.3.3. Soportes

Tabla 8. Árbol de Problemas de Soportes

CAUSA	PROBLEMA	CONSECUENCIAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Lista de precios. 2. Medicamentos. 3. Detalle de cargos. 4. Copia de historias clínica completa. 	S O P O R T E S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anulaciones. 2. Retraso de cartera. 3. Disminución de ingresos. 4. Desgaste administrativo. 5. Refacturación. 6. Disminución de flujo de caja.

Fuente: Matriz de Priorización de este informe

La causa más relevante de glosas por soportes es la falta de lista de precios, esta causa aplica únicamente cuando no existe contrato entre el prestador y el pagador, otras causas identificadas fueron, inconsistencias en los soportes de los medicamentos, no conformidades en el detalle de cargos y falta de copia de historia clínica completa, este último ítem aplica únicamente para eventos de alto costo.

6.3.4. Pertinencia

Tabla 9. Árbol de Problemas de Pertinencia

CAUSA	PROBLEMA	CONSECUENCIAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Estancia. 2. Materiales. 	P E R T I N E N C I A	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reprocesos. 2. Retraso de cartera. 3. Disminución de ingresos. 4. Desgaste administrativo. 5. Refacturación. 6. Disminución de flujo de caja.

Fuente: Matriz de Priorización de este informe

En lo que respecta a pertinencia, las causas más relevantes son la falta de pertinencia en la estancia y materiales en los cuales no se encuentra coherencia entre lo facturado y lo soportado.

El anterior ejercicio permitió identificar las líneas de acción que dejaron vislumbrar alternativas de solución de las causas; en el diseño de estas líneas de acción, se definieron tareas, actividades, responsables, destinatarios y tiempos, los cuales fueron definidos en el Modelo de Administración de Glosas que a continuación se propone.

6.3.5. Consecuencias Según Árbol de Problemas

Las consecuencias identificadas en el árbol de problemas fueron las siguientes:

- Anulaciones: Anular una factura, es dejar sin validez un documento de cobro lo que implica para la IPS UNIVERSITARIA emitir una nota contable.
- Retraso de Cartera: Demora en el pago de los documentos de cobro por parte de la ERP de acuerdo a lo pactado contractualmente.
- Disminución de Ingreso: Declinación de la facturación en el tiempo.
- Desgaste Administrativo: Incremento de actividades administrativas innecesariamente.
- Refacturación: Emisión de un nuevo documento de cobro.
- Disminución del Flujo de Caja: Merma en las entradas de efectivo
- Reproceso: Repetición de un proceso

Después de analizada toda la información extractada de los software de cuentas médicas y contabilidad, correspondiente al segundo semestre de 2010, no se logró determinar las interrelaciones que existen entre las glosas recibidas y los procesos asistenciales y administrativos, debido a que el software no tiene definidas las variables de área o servicio en donde se genera la glosa.

Si se analiza de acuerdo a la clasificación de glosas definida en el anexo técnico 6 de la resolución 3047 de 2008 (7), se podría concluir que el 14% de las glosas que corresponden a pertinencia son generadas en procesos asistenciales, el 48% corresponden a procesos administrativos y el restante 37% se relaciona con devoluciones.

7. PROPUESTA DE MODELO DE ADMINISTRACIÓN DE GLOSAS

7.1. OBJETIVO GENERAL

Responder y conciliar oportunamente las Glosas y Devoluciones, propendiendo por una eficiente recuperación de cartera.

7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Disminuir refacturaciones.
- Disminuir el porcentaje de glosas y devoluciones.
- Mejoramiento de la imagen de la IPS Universitaria ante las ERP en lo relacionado con manejo de glosas, devoluciones, procesos de conciliación y manejo sistemático de la información de cartera.
- Mejorar el flujo de caja de la Institución.
- Mejorar el sistema de información de glosas y devoluciones.

7.3. ALCANCE

El modelo se desarrolla en todas las sedes de la IPS Universitaria desde la recepción de las facturas, glosas y devoluciones hasta la radicación de las respuestas a glosas y devoluciones en la ERP o conciliación de las mismas.

7.4. DEFINICIONES

- **AUDITORIA PREVIA AL RADICADO:** Es la revisión y visado previo de las facturas que realizan los equipos de auditoría de las ERP al interior de la IPS Universitaria, que se realiza previo a la presentación y/o radicación de los documentos, proceso que genera glosas y devoluciones.
- **AUDITORIA POSTERIOR AL RADICADO:** Es la revisión de las glosas y devoluciones generadas por ERP que no cuentan con auditoría previa a la radicación de las facturas y la cual es realizada a posteriori por parte del equipo de auditoría de la IPS Universitaria.
- **GLOSA:** Es una no conformidad, identificada por la ERP, que afecta la factura de prestación de servicios en forma parcial o total, la cual debe ser resuelta por la IPS.

- **DEVOLUCIÓN:** Es una no conformidad, identificada por la ERP, que afecta de forma total la factura de prestación de servicios y que impide la recepción de la misma.
- **RESPUESTA A GLOSA Y DEVOLUCIÓN:** Es la respuesta que la Institución Prestadora de Servicios da a la glosa o devolución que fue realizada por la ERP.
- **RADICACIÓN DE FACTURAS:** Presentación, por parte de la IPS, de facturas y los soportes correspondientes por prestación de servicios, ante una ERP. Este proceso se realiza entre el día primero de cada mes y el día 20 o el anterior hábil si este corresponde a día festivo, según lo definido por el decreto 3260 de 2004.
- **RADICACIÓN DE GLOSAS:** Presentación por parte de la ERP ante la IPS, de las no conformidades de las facturas recibidas.
- **RADICACIÓN DE RESPUESTAS A GLOSAS:** Presentación por parte de la IPS ante la ERP de las respuestas a las glosas y/o devoluciones realizadas a las facturas de prestación de servicios.
- **CONCILIACIÓN:** Revisión de los estados de cartera, por las partes, para solucionar en una segunda instancia las discrepancias encontradas.
- **COORDINADOR DE CUENTAS MÉDICAS Y RADICACIÓN:** Profesional del área de la salud con especialidad en auditoría médica, encargado de la auditoría que se realiza previa y/o posterior al radicado, las respuestas a glosas y devoluciones, y la radicación de las facturas.
- **AUDITOR MÉDICO DE CARTERA:** Profesional del área de la salud con especialidad en auditoría médica, encargado de las conciliaciones con las Entidades Responsables de Pago. Este profesional hace parte del área de cartera, depende directamente de la Subdirección Administrativa y Financiera de la IPS y realiza su labor articuladamente con la Coordinación de Cartera.

7.5. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Manuales tarifarios.
- Contratos.
- Manual de procesos.
- Estados de cartera.

7.7. ETAPAS DEL MODELO

El área de cuentas médicas realiza la recepción de las facturas cerradas, verificadas con lista de chequeo, que provienen del área de Facturación. Posterior a la recepción se realiza la clasificación de las facturas en:

- Facturas para auditoria previa al radicado
- Facturas no susceptibles de previsado.

A estas últimas se les realiza auditoria administrativa por muestreo aleatorio antes de ser remitidas al área de Administración Documental para su radicación en las ERP. Las facturas que no cumplan con todos los requisitos técnicos definidos por la legislación vigente para ser radicados, serán devueltas al área de facturación para que subsane la no conformidad identificada; una vez subsanada surtirá el trámite de radicación descrito.

Posterior a la radicación se pueden recibir devoluciones y/o glosas que deben ser solucionadas por el área técnica y/o médica dentro de los términos establecidos en la normatividad vigente.

Las facturas a las cuales se les va a realizar auditoria previa al radicado por parte de la ERP son clasificadas por:

- ERP
- Monto
- Servicio Prestado: Ambulatorio u Hospitalario

Estas facturas son entregadas al respectivo auditor, quien realiza al interior de la IPS la revisión de las mismas; si como resultado de dicha revisión se realizan glosas o devoluciones, éstas son clasificadas en:

- Glosas Administrativas
- Glosas Médicas
- Glosas Médico Administrativas
- Devoluciones

Posteriormente se debe dar solución a las glosas y/o devoluciones por parte del área técnica y/o médica, con la concurrencia de las áreas de la IPS que estén

involucradas en la no conformidad, incluyendo a los Aliados. Las respuestas a estas no conformidades deben ser solucionadas en primera instancia por los auditores de las partes, en la cual se debe generar, aplicar, imprimir y anexar a los documentos de cobro, las respectivas Notas Contables para todas las glosas aceptadas por la IPS. En el evento de no solucionarse parcial o totalmente las glosas y /o devoluciones en esta instancia, se consideran glosas no subsanadas, las cuales se notifican al Auditor de Conciliaciones del área de cartera a través del módulo AUDITA para ser solucionada con la ERP en un proceso conciliatorio. Las facturas afectadas por el evento descrito anteriormente, se envían a Administración Documental con oficio remisorio para que sean radicadas en la correspondiente ERP.

Las facturas con el lleno de todos los requisitos técnicos definidos por la legislación vigente y surtido todo el proceso anterior, son entregadas a Administración Documental, con oficio remisorio en donde se detallan todas las facturas con sus respectivos valores para ser radicadas en las diferentes ERP.

7.8. METAS

El modelo de gestión de glosas y devoluciones debe garantizar:

- Disminuir al 5% los reprocesos administrativos.
- Eficiencia en el proceso de respuesta a glosa y devoluciones.
- Que el 100% de las respuestas a glosas y devoluciones sean registradas en el Software AUDITA.
- Clasificación del 100% de las glosas con la codificación del Manual Único de Glosas y Devoluciones, definido por la Resolución 3047 de 2008 (7).
- Que el 100% de las glosas sean clasificadas por servicio de origen de las mismas.
- Oportunidad en la radicación del 100% de las facturas.
- Cierre mensual en las fechas definidas.
- Envío del 100% las glosas dejadas en firme por las partes, para conciliación con el Auditor Médico del área de Cartera.
- Cumplimiento de los indicadores.

7.9. ACTIVIDADES DEL MODELO POR CARGOS

El modelo de administración de glosas de la IPS UNIVERSITARIA tiene en cuenta, tanto para las ERP como para la I.P.S Universitaria, en sus líneas de gestión y respuesta a glosas y devoluciones, las siguientes actividades:

7.9.1. IPS Universitaria

7.9.1.1. Coordinador de Facturación

- Garantizar la entrega oportuna de la facturación del mes inmediatamente anterior a cuentas médicas.
- Garantizar que cada una de las facturas lleven anexos los soportes definidos por la legislación vigente.
- Emisión mensual de informe de facturas por servicio y por ERP
- Cumplir con el indicador de oportunidad de entrega de facturas a cuentas

médicas.

- Solucionar la totalidad de las glosas y devoluciones generadas por el área, dentro de los términos definidos por ley.
- Implementar una lista de chequeo de los soportes de facturación según lo definido en la Resolución 3047 de 2008 (7), Anexo Técnico 5.
- Implementar la emisión de facturas con código de barras.

7.9.1.2. Coordinador de Cuentas Médicas y Radicación

- Garantizar que los Auditores Médicos y los Auxiliares a su cargo respondan las glosas y devoluciones en concordancia con la normatividad vigente.
- Remitir al Auditor Médico de Cartera las glosas no subsanadas, para que surta el proceso de conciliación de las mismas.
- Articulación permanente con las áreas funcionales y los aliados, para dar solución oportuna a las no conformidades identificadas por las ERP.
- Realizar un informe ejecutivo mensual donde se registre:
 - Las glosas y devoluciones respondidas en el mes.
 - Las glosas y devoluciones que se encuentran pendientes por responder.
 - Porcentaje de glosas por ERP
 - Porcentaje de glosas por Servicio.
 - Brechas identificadas y acciones tomadas para el cierre de las mismas.
 - Avance de actividades relacionadas con iniciativas del proceso.
 - Medición de indicadores
- Garantizar un proceso de educación continuada a los funcionarios de su área.

7.9.1.3. Auditor de Cuentas Médicas

- Recibir del técnico de cuentas, las devoluciones y/o glosas que son medicas o medico administrativas para ser resueltas.
- Responder las glosas y devoluciones generadas por las ERP, cumpliendo con los términos definidos por la normatividad vigente.

- Solicitar las refacturaciones que sean necesarias, para lo cual le debe entregar al técnico de cuentas la factura, los soportes y detalle de cargos firmado por él (con los cargos a refacturar, resaltados y totalizados).
- Realizar a los servicios y/o a los aliados los requerimientos necesarios para dar respuesta a las glosas y/o devoluciones.
- Conciliar con el auditor de las ERP las glosas y devoluciones, teniendo como base el contrato vigente, las directrices de la Subdirección Administrativa y Financiera, los protocolos de manejo de la IPS Universitaria y la normatividad vigente. (Aplica para facturas con auditoria previa al radicado)
- Remitir a Coordinación de Cuentas Médicas las glosas que se encuentren en estado de no acuerdo, que corresponden a facturas con auditoria previa al radicado, para que éste, una vez las revise y de su visto bueno, las envíe al Auditor Médico del área de cartera para su conciliación con las ERP.

7.9.1.4. Técnico de Cuentas Médicas

- Recibir del área de Facturación, los documentos de cobro y sus soportes, para auditoria, verificados con lista de chequeo.
- Realizar por muestreo aleatorio, auditoría de las facturas no susceptibles de previsado, en sus componentes médicos y administrativos para verificar el cumplimiento de los requisitos de entrega a las ERP, lo anterior aplicando lista de chequeo.
- Devolver a facturación los documentos de cobro que no cumplan requisitos de la factura o que no cuenten con la totalidad de los soportes definidos en la lista de chequeo según el tipo de servicio prestado.
- Clasificar las facturas así:
 - Facturas para auditoria previa al radicado.
 - Facturas para auditoria posterior al radicado.

Para las Facturas con auditoria previa al radicado, debe:

- Realizar la clasificación de las facturas recibidas:
 - Por ERP
 - Por monto.

- Por atención prestada: Ambulatoria y Hospitalaria.
- Entregar al auditor de la ERP las facturas para auditoria, debidamente relacionadas.
- Clasificar las facturas previsadas así:
 - Las aprobadas por el médico auditor de la ERP
 - Las facturas que tienen glosas, clasificadas por:
 - Glosas Administrativas
 - Glosas Médicas
 - Glosas Médico-administrativas
- Entregar al auditor de la IPS Universitaria, las glosas médicas y médico-administrativas, debidamente relacionadas.
- Solucionar las glosas administrativas.
- Realizar a las áreas y aliados, los requerimientos necesarios para la gestión de las glosas y devoluciones.
- Gestionar a través del sistema la elaboración de las Notas Crédito de las glosas aceptadas por la IPS Universitaria.
- Aplicar las Notas Crédito a las facturas correspondientes.
- Imprimir las Notas Crédito y anexarlas a las facturas.
- Entregar a Administración Documental las facturas previsadas con los soportes, debidamente relacionadas y con oficio remisorio para ser radicadas en la respectiva ERP. Igualmente aplica para las facturas que no necesitan previsado, esta última actividad.

7.9.1.5. Aliados

- Responder en los términos definidos en la minuta contractual, a los requerimientos de la Coordinación de Cuentas Médicas de las glosas y devoluciones realizadas a la facturación.
- Emitir acta de respuesta a glosa para ser descontada del Aval emitido por el Interventor del contrato, en los casos en que aplique.

7.9.1.6. Auditor Médico de Cartera

La creación de este cargo es una propuesta innovadora en la gestión de cartera que se realiza en la IPS UNIVERSITARIA. La intención es que el área de cartera se apropie del proceso de conciliación de cuentas médicas, con personal de dedicación exclusiva, los cargos serían, Auditor Médico y Técnico de Conciliaciones. Para estos cargos no se precisaría nuevo personal, desaparecería el cargo de Coordinación de Radicación y este funcionario pasaría a realizar las conciliaciones, con las siguientes actividades definidas:

- Analizar los estados de cartera que han sido cruzados con la ERP
- Conciliar los saldos de cartera mayor a 90 días que las Entidades Responsables de Pago tienen con la IPS Universitaria.
- Revisar las tarifas y las minutas contractuales firmadas entre la IPS Universitaria y la ERP con la que se conciliará.
- Revisar la correspondencia emitida por las partes en el periodo a conciliar.
- Analizar los motivos de glosas más frecuentes para establecer propuestas de conciliación.
- Realizar un análisis global de la ERP teniendo en cuenta:
 - Verificar si los conciliadores vienen de otra ciudad, para agilizar el proceso por la limitación del tiempo.
 - Comprobar la oportunidad en los pagos, revisando el cumplimiento de términos pactados contractualmente y con el análisis de cartera en lo relacionado a tiempo entre la radicación de la factura y el vencimiento de cartera.
 - Análisis retrospectivo del valor glosado por la entidad en el período a conciliar versus el porcentaje de glosa levantada por la entidad y el porcentaje acreditado por la IPS Universitaria.
 - Revisión de los procesos de conciliación anteriores con la ERP respectiva.
- Realizar reunión de acercamiento con el auditor de la ERP para determinar:
 - Fecha de corte de la conciliación.

- Posibilidad de conciliación aplicando el Principio de Pareto, para lo cual se realizaría la revisión del 80% de las facturas y el porcentaje de glosas resultante se aplicaría al 20% de la facturación restante. (Esto se puede utilizar con Entidades que tengan un volumen alto de facturas para conciliar).
- Posibilidad de conciliación por temas, para esto se debe organizar la conciliación por los temas definidos previamente con el auditor de la ERP
- Aclarar sobre cual valor se va a realizar la conciliación médica, si es por el saldo actual de la factura, o por el valor glosado. (En algunos casos los valores no coinciden y algunos auditores no tienen la potestad de realizar la conciliación financiera).
- Levantar Acta de Preacuerdo aclarando que dicha acta solo es aplicable al período a conciliar.
- Si la conciliación se realiza aplicando el Principio de Pareto, el auditor debe generar la siguiente información:
 - Facturas que componen el 80% del valor a conciliar.
 - Histórico de los porcentajes de conciliación por año.
 - Si la conciliación se realiza por temas, se debe elaborar un cuadro en Excel que debe contener la siguiente información:
 - Valor total inicial de las facturas.
 - Valor total glosado.
 - Motivos de glosas.
 - Número de facturas que conforman ese motivo de glosa.
 - Valor total glosado por ese motivo.
 - Porcentaje histórico de conciliaciones.
 - Además, se debe realizar una propuesta del porcentaje de conciliación de acuerdo al valor que podría asumir la IPS Universitaria, en caso tal que se hiciera revisión una a una de las facturas.
- Si las partes deciden aplicar el porcentaje de conciliación histórico al total del valor a conciliar, se debe firmar en esa misma reunión el acta de conciliación en el formato.

- Si la conciliación se define por revisión de cada una de las facturas, las revisiones se deben realizar por mensualidad.
- En las glosas por pertinencia médica se debe confirmar con Coordinación de Cuentas Médicas si se solicitaron los conceptos a los médicos tratantes y requerirlos.
- En las glosas que involucran las Alianzas, se debe confirmar con Coordinación de Cuentas Médicas si se solicitaron los conceptos a los profesionales médicos y/o paramédicos y requerirlos.
- Concertar con el auditor de la Entidad Responsable de Pago, la periodicidad de las citas de conciliación, se debe realizar el cronograma y dejar constancia en el Acta de Preacuerdo.
- Las Actas de Conciliación deben firmarse en original y tres copias, una para el Auditor Médico de Cartera, una para radicar en la ERP, otra para el Auditor Médico de la ERP y la última para el archivo de conciliaciones.
- Realizar un informe ejecutivo mensual donde se registre:
 - Las conciliaciones finiquitadas en el mes.
 - Las conciliaciones que se encuentran en proceso.
 - Brechas identificadas y acciones tomadas para el cierre de las mismas.
 - Avance de actividades relacionadas con iniciativas de proceso.
 - Indicadores de Proceso y de Gestión.

7.9.1.7. Técnico de Conciliaciones de Cartera

- Generar después de cada cierre contable el estado de cartera de las entidades asignadas.
- Organizar el estado de cartera así:
 - Separar en una hoja de cálculo los anticipos y pagos.
 - Ordenar las facturas por número de factura en orden ascendente.
- Clasificar el estado de cartera así:
 - Facturas ya conciliadas: Se debe identificar el acta en la cual fue

conciliada, el valor aprobado para pago y el valor en no acuerdo si existiere.

- Facturas glosadas: Son las devoluciones y glosas. Se debe relacionar por separado aquellas facturas en las cuales la fecha de glosa es mayor de 20 días para enviar el listado a Coordinación de Cuentas Médicas.
- Facturas radicadas: Se debe verificar que las facturas que aún se encuentran en estado radicado, después de haber superado el tiempo de pago pactado o el acostumbrado por la Entidad, correspondan a una glosa.
- Facturas con respuesta a glosas.
- Facturas sin radicar: Se debe observar los promedios de tiempos transcurridos entre la emisión de la factura y su radicación. Se deben relacionar por separado las que superen el tiempo promedio y realizar envío del listado de facturas pendientes por radicar a la Coordinación de Cuentas Médicas.
- Revisar de las facturas conciliadas, las que hayan superado el tiempo pactado contractualmente para pago, deben ser relacionadas y enviadas a la Coordinación de Cartera.
- Identificar las facturas que superan los 90 días de haber sido generadas para iniciar el proceso de conciliación financiera con la entidad.
- Enviar oficio a la ERP anexando el estado de cartera analizado y solicitando el cruce financiero.
- Recibir y analizar el estado de cartera cruzado por la ERP:
 - Análisis del estado de cartera cruzado por la Entidad, enfocándose en:
 - Facturas radicadas vs Valor glosado.
 - Facturas radicadas Vs facturas pendientes de pago.
 - Facturas radicadas Vs facturas pagadas.
 - Facturas radicadas Vs facturas glosadas.
 - Facturas radicadas Vs facturas no radicadas según la ERP
 - Facturas con respuesta a glosa o devolución Vs facturas pendiente de pago.
 - Facturas con respuesta a glosa o devolución Vs facturas pagadas.

- Facturas con respuesta a glosa o devolución Vs facturas reglosadas.
- Solicitar a la ERP:
 - Comprobante de pago de las facturas que la ERP reporta como pagadas.
 - Glosas de las facturas radicadas que no están pendientes de pago.
 - Reglosas de las facturas glosadas, con respuesta a glosa y que no se encuentran pendientes de pago.
- Recibir los comprobantes de pago, glosas y reglosas enviados por la ERP
 - Verificación de la aplicación de pagos.
 - En el evento de que el pago no haya sido bien aplicado, si existe un saldo debe aplicarse, en caso de no existir saldo, verificar a cual factura fue aplicado el pago y realizar el cruce de información con la ERP
 - Si el valor que reporta la ERP ya fue aplicado se debe enviar un oficio ratificándoles que corresponde a un pago parcial el cual ya fue aplicado y solicitando la aclaración de la glosa del valor no pagado.
- Recolectar los oficios de glosas o reglosas enviadas por la ERP.
- Solicitar por escrito a la ERP, la conciliación médica de la cartera especificando el lugar donde se realizará y el nombre del Auditor Médico de la IPS Universitaria que la va a realizar.
- Entregar la cartera depurada al Auditor Médico de Cartera.
- Concretar la cita con el Auditor de la ERP
- Solicitar a Coordinación de Cuentas Médicas y a Gestión Documental, los oficios, respuestas a glosas y/o devoluciones que haya remitido la ERP, del período a conciliar. (cuando ya se tenga la cita con el auditor de la entidad).
- Recopilar todos los oficios de glosas o devoluciones enviados por la entidad.
- Organizar las glosas y devoluciones en orden ascendente y entregarla al Médico Auditor de Cartera que realizará la conciliación.
- Entregar los paquetes de las glosas o devoluciones pendientes por conciliar al Médico Auditor de Cartera que realizará la conciliación, aclarando los posibles pendientes que existan (glosas no encontradas en la IPS o aún no enviadas por

la ERP).

- Recibir el acta de conciliación firmada, los soportes anexos y las solicitudes de documentos que deben ser impresos y/o fotocopiados.
- Fotocopiar los documentos requeridos para soportar la conciliación.
- Realizar las notas crédito de las glosas aceptadas por la IPS UNIVERSITARIA y descritas en el acta de conciliación.
- Realizar la digitación de las facturas conciliadas en el software de cuentas médicas, indicando las glosas aceptadas por la IPS y las levantadas por la ERP.
- Organizar el paquete que conforma el acta de conciliación que se va a radicar en la ERP así:
 - Original del acta de conciliación.
 - Envío de las facturas conciliadas que están en estado devueltas.
 - Notas Crédito.
 - Glosas conciliadas en el orden en que aparecen en el acta dejando como primera hoja el impreso de la consulta de la factura en donde está la firma de ambos auditores y anexando los soportes solicitados por el auditor de la Entidad.
- Entregar el paquete de conciliación a Administración Documental para ser radicado en la ERP, con oficio remisorio en donde se relacionen los documentos anexos.
- Recibir de Administración documental el Acta de Conciliación, con sello de radicado por la ERP e ingresar esta información en el software de Cuentas Médicas.
- Fotocopiar el Acta de Conciliación con el sello de recibido de la ERP en 3 copias, 1 para entregar en la Coordinación de Cartera, 1 para la oficina de Cuentas Médicas, y la otra para soportar las notas crédito que se realizaron.
- Entidades Responsables de Pago
- Las Entidades Responsables de pago deben dar cumplimiento a lo definido en el Decreto 4747 de 2007 (6), la Resolución 3047 de 2008 (7), la resolución 416 de 2009 (28) y demás normas que los modifiquen o sustituyan.

- La IPS Universitaria debe incluir en el desarrollo de la minuta contractual una cláusula con el compromiso de las ERP con los términos y disposiciones de la legislación vigente en el tema de glosas, devoluciones y sus respuestas.

7.9.2. Recursos

7.9.2.1. Recurso Humano

- Suprimir el cargo de Coordinador de Facturación y Cuentas Médicas
- Suprimir el cargo de Líder de glosas.
- Suprimir el cargo de Líder de radicación.
- Suprimir el cargo de Líder de Facturación
- Creación del cargo de Coordinador de Facturación.
- Creación del cargo de Coordinador de Cuentas Médicas y Radicación.
- Creación del cargo de Auditor Médico de Conciliaciones en Cartera.
- Creación del cargo de Técnico de Conciliaciones en Cartera.

7.9.2.2. Sistema de Información

- Desarrollar dentro del documento de cobro una codificación por barras que permita leer el encabezado de la factura, en los siguientes ítems:
 - Número de ingreso.
 - Número de la factura.
 - Entidad Responsable de Pago.
 - Nombre del paciente
 - Identificación del paciente.
 - Valor de la factura.
 - Fecha de emisión del documento.
- Realizar un desarrollo que permita conocer el servicio en el cual se emite la factura, al igual que cada uno de los cargos de la misma.

- Desarrollar en el Módulo AUDITA la opción de remisión de las glosas a las diferentes áreas y a los Aliados, generando alertas de respuesta en congruencia con los términos definidos por la normatividad vigente.
- Dotación de los equipos lectores de código de barras a los técnicos de cuentas.

7.10. SUPUESTOS

Los factores ajenos a la influencia de los grupos destinatarios, que deben darse para que se pueda alcanzar el objetivo del proyecto de desarrollo.

- Liquidez de las ERP que permita la recuperación de la cartera antes de 90 días.
- Mantenimiento de la normatividad en lo que respecta a relaciones entre IPS y ERP.

7.11. SEGUIMIENTO AL MODELO

7.11.1. PRESENTACIÓN DE INFORMES

El coordinador de cuentas médicas y el auditor médico de cartera, deben presentar mensualmente a la Subdirección Financiera:

- Informe de cierre mensual.
- Informe Ejecutivo: El cual debe contener, logros, dificultades, intervenciones, indicadores y conclusiones.

7.12. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

La Subdirección Administrativa y Financiera revisará los informes de gestión y ejecutivo presentados por los Coordinadores de Cuentas Médicas y Auditor Médico de Cartera y retroalimenta a las áreas en su diligenciamiento y contenido a través de observaciones. Las áreas atienden las observaciones y devuelven la información corregida en el plazo definido por la Subdirección Administrativa y Financiera.

La Subdirección Administrativa y Financiera verificará el impacto del modelo en términos de indicadores.

Tabla 10. Indicadores de Proceso y Gestión

INDICADOR	FORMULA	METRICA	PERIODO	META	FUENTE	CARGO
Conciliación de ERP	ERP con Acta de conciliación firmada por las partes / Numero de ERP para conciliar	Proporción	Trimestral	Mayor del 90%	Registros propios	Auditor Médico de Cartera
Porcentaje de glosas remitidas a conciliación	Valor total de las glosas remitidas a conciliación de cartera / Valor total de las glosas respondidas en el mes	Proporción	Mensual	Menor del 10%	Software AUDITA	Coordinador de Cuentas Médicas y Radicación
Porcentaje de glosa aceptada en conciliación	Valor total de glosa aceptada por IPS en conciliación de cartera / Valor total conciliado en el periodo	Proporción	Mensual	Menor del 20%	Software de Cartera	Coordinador de Cartera
Porcentaje de glosas	Valor total de glosas recibidas en el mes/Valor total de la facturación mensual	Proporción	Mensual	Menor o igual al 5%	Software AUDITA	Coordinador de Cuentas Médicas y Radicación
Porcentaje de devoluciones	Valor total de devoluciones recibidas en el mes /Valor total de facturas radicadas	Proporción	Mensual	Menor o igual al 2%	Software AUDITA	Coordinador de Cuentas Médicas y Radicación
Calidad del dato	Número de inconsistencias encontradas en la digitación de las glosas, respuestas a glosas y devoluciones realizadas/total de glosas, respuestas a glosas y devoluciones realizadas	Proporción	Mensual	Menor o igual 3%	Software AUDITA	Coordinador de Cuentas Médicas y Radicación
Calidad de la facturación	Número de facturas devueltas a facturación por inconsistencias/Total de facturas recibidas de Facturación	Proporción	Mensual	Menor o igual al 3%	Software AUDITA	Coordinador de Cuentas Médicas y Radicación
Oportunidad de entrega radicación de facturas	Tiempo transcurrido entre la entrega de la facturación en cuentas Médicas y la fecha de radicación de la factura	Diferencia	Mensual	30 días	Software AUDITA	Coordinador de Cuentas Médicas y Radicación
Porcentaje de facturas radicadas	Numero de facturas radicadas/Total de facturas recibidas en el periodo	Proporción	Mensual	Mayor al 95%	Software AUDITA	Coordinador de Cuentas Médicas y Radicación
Porcentaje de respuestas a glosas cerradas por Técnico de Cuentas	Total de glosas respondidas por Técnico de Cuentas/Total de glosas recibidas Técnico de Cuentas	Proporción	Mensual	Responder el 95% de las glosas recibidas en el periodo	Software AUDITA	Coordinador de Cuentas Médicas y Radicación

INDICADOR	FORMULA	METRICA	PERIODO	META	FUENTE	CARGO
Porcentaje de respuestas a glosas cerradas por Auditor Médico	Total de glosas respondidas por Auditor Médico/Total de glosas recibidas Auditor Médico	Proporción	Mensual	Responder el 95% de las glosas recibidas en el periodo	Software AUDITA	Coordinador de Cuentas Médicas y Radicación
Cierre de Cuentas Médicas	Número de respuestas a glosas cerradas en el mes / Número de glosas ingresadas en el mes.	Proporción	Mensual	Cerrar el 95% de las respuestas glosas ingresadas en el periodo	Software AUDITA	Coordinador de Cuentas Médicas y Radicación

8. RECOMENDACIONES

- Adoptar el modelo de glosas y devoluciones propuesto.
- Levantar y documentar el proceso de respuesta a glosas y devoluciones.
- Levantar y documentar el proceso de conciliaciones de cartera con las ERP
- Definir los tiempos máximos de respuesta a glosas y devoluciones para cada uno de los funcionarios de su área, de las demás áreas de la IPS UNIVERSITARIA y de los Aliados, para ser programados en el software AUDITA.
- Diseñar el perfil profesional de los Técnicos de Cuentas Médicas.
- Diseñar el perfil profesional de los Auditores Médicos.
- Definición de un plan de trabajo diario a cada uno de los Técnicos y seguimiento al cumplimiento del mismo.
- Retroalimentación y actualización al personal por parte de la Coordinación del área de cuentas médicas.
- Realizar estudio de tiempos y movimientos del personal del área.
- Implementar un cierre mensual de cuentas médicas que permita evaluar la gestión del área.
- Crear un equipo especializado en manejo de SOAT y Partición de Cuentas.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Leuro, Mauricio. Auditoría de cuentas médicas. Segunda Ed. Bogotá. Grupo Ecomedios; 2007 Pág. 11-132.
2. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006.
3. Ministerio de Salud. Decreto 723, por el cual se dictan disposiciones que regulan algunos aspectos de las relaciones entre las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud. Bogotá Ministerio de Salud: 1997.
4. Ministerio de Salud. Decreto 46, por el cual se adiciona el decreto número 882 de 1998, sobre margen de solvencia, se modifica el artículo 4° del Decreto 723 de 1997, los artículos 2° y 19 del Decreto 1804 de 1999 y se dictan otras disposiciones para garantizar la correcta aplicación y destino de los recursos del sistema de seguridad social en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 2000.
5. Ministerio de Protección Social. Decreto 3260, por el cual se adoptan medidas para optimizar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2004.
6. Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747, 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. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007.
7. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3047, por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2008.

-
8. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 2011.
 9. Congreso de la República de Colombia. Ley 100, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Santafé de Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 1993.
 10. Congreso de Colombia. Ley 14, por la cual se dictan normas relativas al ejercicio de la medicina y la cirugía. Bogotá: Congreso de Colombia; 1962.
 11. Congreso de Colombia. Ley 23, por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Bogotá: Congreso de Colombia; 1981.
 12. Congreso de Colombia. Ley 6, por la cual se reglamenta la especialidad médica de anestesiología y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de Colombia; 1991.
 13. Constitución Política de Colombia. Bogotá: Legis Editores S.A.; 1991.
 14. Ministerio de Salud. Decreto 1259 de 1994, por el cual se reestructura Superintendencia Nacional de Salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1994.
 15. Ministerio de Salud. Resolución 5261, por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1994.
 16. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Decreto 1094, por medio del cual se reglamenta el artículo 616-1 del Estatuto Tributario. Bogotá: Ministerio de Hacienda y Crédito Público; 1996.
 17. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Decreto 1165, por el cual se reglamentan los artículos 437-2, 615,616, 616-1, 616-2, 617,618 y 618-2 del Estatuto Tributario. Bogotá: Ministerio de Hacienda y Crédito Público; 1996.
 18. Ministerio de Salud. Decreto 2174, por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1996.

19. Ministerio de Salud Pública. Resolución 4252, por la cual se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas que contienen los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud, se fija el procedimiento de registro de la Declaración de Requisitos Esenciales y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Ministerio de Salud Pública; 1997.

20. Ministerio de Salud. Decreto 1281, por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación. Bogotá: Ministerio de Salud; 2002.

21. Ministerio de Salud. Decreto 2309, por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 2002.

22. Ministerio de Salud. Resolución 1474, por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación. Bogotá: Ministerio de Salud; 2002.

23. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006.

24. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1446, por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006.

25. Congreso de la República. Ley 1122, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República; 2007.

26. Congreso de la República. Ley 1231, 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. Bogotá: Congreso de la República; 2008.

27. Ministerio de la Protección Social. Concepto 178001, por el cual se consulta sobre la aplicación de la Ley 1231 de 2008 a la facturación en salud. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2009.

28. Ministerio de la Protección Social. Resolución 416, por medio de la cual se realizan unas modificaciones a Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2009.

29. Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 008, por el cual se aclaran y actualizan integralmente los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado. Bogotá: Comisión de Regulación en Salud; 2009.

30. Consejo Superior de la Universidad de Antioquia. Resolución 632, por medio de la cual se autoriza la participación de la Universidad en la creación de la IPS Universitaria y se otorgan otras autorizaciones. Medellín: Consejo Superior Universitario; 1998.

31. Dirección Seccional de Salud. Resolución 1566, Por medio de la cual se concede una Personería Jurídica y se inscribe un Representante Legal de una institución perteneciente al subsector privado del sector salud. Medellín: Dirección Seccional de Salud; 1998.

32. Redacción. EPS no pagan a IPS en plazos legales, dice encuesta de ACHC. El Pulso No 123. Diciembre de 2008; Pág. 12

33. Grupo de Investigación y Proyectos de la ACHC. Decima encuesta de percepción de las IPS sobre las EPS. Semana [Revista en Internet]. Septiembre – Octubre 2009. [citada junio 2 de 2010]; 1441(4,24): [aprox. 20 p.]. Disponible en: http://www.semana.com/documents/Doc-1995_20091210.pdf

34. Asociación de Clínicas y Hospitales de Colombia. 24° Informe de seguimiento de cartera. Área de Investigación y Estudios Técnicos. Bogotá; 2010 Junio.