

**AUDITORIA DEL PROCESO DE FACTURACION DE SERVICIOS
QUIRURGICOS HOSPITALARIOS, PRESTADOS A LOS AFILIADOS Y
BENEFICIARIOS DEL I.S.S. EN LA IPS - CLINICA LOS COMUNEROS DE
BUCARAMANGA, MES DE ENERO DEL 2000.**

CIRO ALFONSO CACERES SARMIENTO

CLARA INES PRADA FORERO

MARCELA PATRICIA PINZON SANCHEZ

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

ESPECIALIZARON EN AUDITORIA EN SALUD II

BUCARAMANGA

2000

**AUDITORIA DEL PROCESO DE FACTURACION DE SERVICIOS
QUIRURGICOS HOSPITALARIOS, PRESTADOS A LOS AFILIADOS Y
BENEFICIARIOS DEL I.S.S. EN LA IPS - CLINICA LOS COMUNEROS DE
BUCARAMANGA, MES DE ENERO DEL 2000.**

CIRO ALFONSO CACERES SARMIENTO

CLARA INES PRADA FORERO

MARCELA PATRICIA PINZON SANCHEZ

**Trabajo de grado para optar el título de
Especialistas en Auditoria en Salud**

Directora de Investigación

Dra. Isabel Cristina Baena Botero

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD II

BUCARAMANGA

2000

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Bucaramanga, 28 de Abril del 2000

*A JURG y nuestro
pequeño NICOLÁS,
por su apoyo y
demostraciones de
cariño que han
motivado mi desarrollo
personal y profesional.*

MARCELA PATRICIA

*A mis PADRES y
HERMANOS, de todo
corazón, por su cariño
e incondicional apoyo*

CIRO ALFONSO

*A mis PADRES y
HERMANOS, de todo
corazón, por su
permanente apoyo.*

*Un agradecimiento
especial a Marcela
Patricia y Ciro
Alfonso, por su
colaboración y trabajo
en equipo.*

CLARA INÉS

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento a:

La Clínica Los Comuneros del ISS, sus Directivos, Funcionarios del área de hospitalización, Funcionarios de Archivo y Facturación; por su confianza e importante ayuda para el desarrollo del Proyecto.

La Universidad Autónoma de Bucaramanga, Directivos y Profesores de la Especialización en Auditoría en Salud II.

El Ministerio de Salud, Dirección General de Seguridad Social, Subdirección de EPS, por la importante colaboración para la obtención de información.

Luz Marina Corso Morales, Coordinadora de Postgrados de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, por su dedicación y entrega en la dirección académica de la Especialización.

Isabel Cristina Baena Botero, Directora de Investigación, por su evaluación y recomendaciones para la culminación del trabajo de grado.

Nuestras queridas familias, por su permanente apoyo para el logro de los objetivos académicos como estrategia de superación profesional.

CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
3. JUSTIFICACIÓN	5
4. OBJETIVOS	8
4.1 GENERAL	8
4.2 ESPECIFICOS	8
4. MARCO REFERENCIAL	10
4.1 DESCRIPCION ORGANIZACIONAL DE LA IPS CLINICA LOS COMUNEROS	10
4.1.1 Reseña Histórica	10
4.1.2 Visión	11
4.1.3 Misión	12
4.1.4 Valores	12
4.1.5 Estrategias Empresariales	13
4.1.6 Objetivos Corporativos	14
4.1.7 Estructura Orgánica	15
4.1.8 Características de la Estructura Interna del ISS	16
4.1.9 Servicios ofrecidos	19
4.2 ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	22
4.2.1 Entidades Promotoras de Salud	23
4.2.2 Funciones de las EPS	23

4.2.3	Régimen de Libre escogencia	24
4.2.4	Afiliación y Prestación del Servicio	24
4.2.5	Carnet de Afiliación	26
4.3	CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA EPS	27
4.4	INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS - IPS	27
4.4.1	Normas de Funcionamiento de IPS	31
4.4.2	Requisitos generales para ser IPS	34
4.4.3	Relaciones contractuales entre las Entidades Promotoras de Salud y las Prestadoras de Servicios de Salud	36
4.4.4	Requerimiento de Información para IPS de parte de la Superintendencia Nacional de Salud	40
4.4.5	Sistema Obligatorio de Garantía de calidad para prestadoras de servicios de salud IPS	41
4.4.6	Declaración de Cumplimiento de Requisitos esenciales	42
4.4.7	Acreditación de los Prestadores	46
4.4.8	Auditoria Médica	47
4.4.9	Sanciones	48
4.5	FACTURACION DE SERVICIOS EN LA IPS CLINICA COMUNEROS	48
4.5.1	Proceso de facturación de servicios hospitalarios en la IPS - Clínica los Comuneros de Bucaramanga	54
4.6	OBJETIVOS DEL PROCESO DE FACTURACION PARA EL SERVICIO CLÍNICAS QUIRÚRGICAS EN LA IPS CLÍNICA LOS COMUNEROS	56
4.7	MODELO GENERAL DEL PROCESO DE FACTURACION	56
4.7.1	Entradas	57
4.7.2	Salidas	58
4.8	CONCEPTOS TRIBUTARIOS Y CONTABLES RELACIONADOS CON LA FACTURACION	59

4.8.1	Documento equivalente a la factura	59
4.8.2	Documento equivalente a la factura como elemento esencial de la transacción económica	60
4.8.3	La factura o documento equivalente, fuente principal del registro contable de las transacciones	61
4.8.4	Obligados a expedir factura o documento equivalente	62
4.8.5	Características tributarias de las Empresas Sociales del Estado o IPS públicas que inciden en el manejo del proceso de facturación	60
4.9	CARACTERÍSTICAS DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO (IPS)	67
4.10	OBLIGACION DE EMITIR DOCUMENTO EQUIVALENTE POR PARTE DE LAS ESE - IPS	68
4.11	CONTENIDOS MINIMOS DE LOS DOCUMENTOS EQUIVALENTES	69
4.12	EXPEDICION DE LA FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE	69
4.12.1	Numeración Consecutiva	70
4.12.2	Autorización de la Numeración	70
4.12.3	Sanción por expedir facturas y documentos equivalentes sin requisitos	71
4.12.4	Inscripción del Software de facturación ante la DIAN	72
4.13	VALOR TOTAL DE LA OPERACIÓN DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA	74
4.14	PERIODO QUE SE DEBE CONSERVAR LA FACTURA	74
4.15	RECIBO DE CAJA	75
4.16	REQUERIMIENTOS DE INFORMACION PARA LA FACTURACIÓN	75
4.16.1	Información General	76

4.16.2	Información específica	78
4.17	PROCESO DE RECAUDO	80
4.18	ADMITIR AL USUARIO A LA HOSPITALIZACION O A LA OBSERVACION, URGENCIAS Y APERTURA DE CUENTA, “ADMISIONES”	82
4.19	RECEPCIONAR EL USUARIO EN LOS CENTROS DE PRODUCCIÓN	83
4.20	TRAMITAR SALIDA Y ORIENTAR AL USUARIO Y SU FAMILIA	83
4.21	ATENCION AL USUARIO EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACION	84
4.21.1	Admitir a los usuarios en un servicio de hospitalización	87
4.21.2	Entregar información solicitada por el usuario	87
4.21.3	Ingresar el usuario al servicio de hospitalización y apertura de la cuenta - “Admisiones”.	88
4.21.4	Recibir al usuario en el servicio de hospitalización	89
4.21.5	Prestar los servicios de salud específicos	90
4.21.6	Trasladar el usuario a un nuevo servicio	90
4.21.7	Registrar los servicios prestados al usuario durante la hospitalización	91
4.21.8	Egresar el usuario del servicio de hospitalización	91
4.21.9	Facturar y cobrar los servicios prestados por atención del usuario	92
4.21.10	Tramitar la salida del paciente	93
4.21.11	Orientar al usuario y a su familia	94
4.22	COMO REALIZAR UNA LIQUIDACION ADECUADA PARA EXPEDIR UN DOCUMENTO EQUIVALENTE DE LA FACTURA	95
4.22.1	Ayudas para realizar adecuadamente la liquidación de servicios	95

4.22.2	Ayudas para realizar adecuadamente el archivo de documentos	98
4.22.3	Ayudas para realizar adecuadamente la revisión y corrección de cuentas	99
4.22.4	Ayuda para hacer la corrección de errores posteriores <a la entrega	102
5.	IDENTIFICACION DE VARIABLES	104
5.1	CLASIFICACION Y MEDICION DE VARIABLES	104
5.1.1.	Indicadores de Resultado	105
5.1.2	Indicadores Financieros	109
6.	DISEÑO METODOLOGICO	110
6.1	TIPO DE ESTUDIO	110
6.2	UNIVERSO	110
6.3	UNIDAD DE ANALISIS	111
6.4	INFORMACION REQUERIDA PARA SELECCIÓN DE LA MUESTRA	111
6.5	TAMAÑO DE LA MUESTRA	112
6.6	SELECCIÓN DE LA MUESTRA	112
6.7	ORGANIZACIÓN DE LA MUESTRA SELECCIONADA	112
6.8	METODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACIÓN	113
6.9	PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACIÓN	114
7.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	117
7.1	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECOLECTADA	117
7.1.1	Análisis de la muestra seleccionada	117
7.1.2	Adopción de instrumentos para la revisión de cuentas	120
7.1.3	Resultados obtenidos con la aplicación del instrumento de evaluación	120

7.1.4	Elaboración y desarrollo de indicadores de gestión	127
7.1.5	Indicadores de eficacia	127
7.1.5.1	Porcentaje de cuentas glosadas por la EPS	127
7.1.5.2	Porcentaje del valor facturado que es glosado	127
7.1.5.3	Porcentaje de cuentas glosadas por tipo de error	128
7.1.6	Indicadores de eficiencia	129
7.1.6.1	Rendimiento del área de facturación	129
7.1.6.2	Eficiencia del área	130
7.1.7	Indicadores financieros	130
7.1.7.1	Participación de facturación en egresos totales	130
7.1.7.2	Rentabilidad por servicio	131
8.	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	135
9.	SUGERENCIAS PARA EL MEJORAMIENTO CONTÍNUO	139
10.	CONCLUSIONES	143
11.	RECOMENDACIONES	145
	BIBLIOGRAFÍA	119
	ANEXOS	151

LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexo A. Descripción de la muestra para auditoría del proceso de facturación de servicios quirúrgicos hospitalarios en la IPS Clínica Los Comuneros de Bucaramanga, mes de enero del 2000 152

Anexo B. Formato para la revisión y auditoría efectuada a la facturación de servicios quirúrgicos hospitalarios en la IPS Clínica Los Comuneros de Bucaramanga, mes de enero del 2000 154

Anexo C. Tabulación de la información recolectada en el proceso de auditoría a la facturación de servicios quirúrgicos hospitalarios en la IPS Clínica Los Comuneros de Bucaramanga, mes de enero del 2000 155

Anexo D. Resultados auditoría efectuada a facturación de servicios quirúrgicos hospitalarios en la IPS Clínica Los Comuneros de Bucaramanga, mes de enero del 2000	157
Anexo E. Resumen de facturación y glosas efectuadas por la EPS a la IPS Clínica Los Comuneros de Bucaramanga, mes de enero del 2000	158
Anexo F. Cronograma de etapas y actividades desarrolladas durante la ejecución del estudio	159

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Estructura Orgánica del Instituto de Seguro Social	17
Figura 2. Estructura Orgánica de la IPS - Clínica Los Comuneros	18
Figura 3. Flujograma del proceso de facturación para los servicios de hospitalización, en la IPS - Clínica Los Comuneros de Bucaramanga	51
Figura 4. Representación gráfica de los componentes del proceso de facturación	57
Figura 5. Efectos comerciales de la facturación	61
Figura 6. La factura, fuente principal de registro contable de las transacciones	62
Figura 7. Análisis de la muestra seleccionada, distribución por tipo de usuario	118
Figura 8. Análisis de la muestra seleccionada, distribución por edad	118

Figura 9. Análisis de la muestra seleccionada, distribución por sexo	119
Figura 10. Análisis de la muestra seleccionada, distribución por especialidad	119
Figura 11. Glosas efectuadas al total de la muestra objeto de estudio	121
Figura 12. Causas de glosas efectuadas al total de la muestra objeto de estudio	122
Figura 13. Causas de glosas por soportes administrativos	124
Figura 14. Causas de glosas por errores en la codificación	124
Figura 15. Causas de glosas por soportes médicos	125
Figura 16. Causas de glosas por pertinencia médica	126

INTRODUCCION

Con la reforma producida por el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, en el panorama de la atención en salud a la Población Colombiana, y para responder entre otros a las reglas y objetivos relacionados con la protección integral, libre escogencia, autonomía administrativa, calidad y participación social, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS se encuentran realizando una profunda revisión de la estructura y funcionalidad con la que venían operando en sus procesos administrativos, gerenciales, logísticos y asistenciales en el antiguo Sistema Nacional de Salud, con el fin de adaptarse a las exigencias del nuevo modelo de prestación de servicios de salud, ordenado por la Constitución Política de 1991 y desarrollado legislativamente por la Ley 100 de 1993 y sus reglamentaciones.

Esto condujo a que las IPS iniciaran un proceso de modernización con especial énfasis en el desarrollo y control de los procesos relacionados con la planeación y organización de la oferta Institucional de Servicios de Salud, sobre la base de estudios de demanda por parte de la Aseguradora, capacidad

de Oferta Institucional, calidad, eficiencia, satisfacción del usuario; y al desarrollo de una cultura de calidad y servicio, entre otras transformaciones.

El concepto antiguo de la atención en salud como la capacidad final de restablecer la salud de los pacientes, “es ampliado con el concepto de Integralidad de la atención y calidad total, aplicado a los procesos Gerenciales de planeación y control empresarial, y a las relaciones comerciales y operativas de la Aseguradora (ISS), Prestadora (IPS Clínica Los Comuneros) y Usuarios (Afiliados y Beneficiarios), al igual que los procedimientos empleados para garantizar la cobertura de atención a la población afiliada”¹.

En el marco del SGSSS, las Instituciones Prestadoras de Servicios, IPS, como cualquier empresa productora de bienes y servicios, debe garantizar su subsistencia mediante la producción y venta de servicios asistenciales por un monto igual ó superior a sus gastos.

El proceso de facturación representa el conjunto de actividades que permiten liquidar la prestación de servicios de salud generada por la atención del usuario en la IPS. Este proceso se activa cuando el usuario solicita el servicio, es atendido y se registra su egreso de la institución.

¹ REPUBLICA DE COLOMBIA La reforma a la Seguridad Social en Salud, Antecedentes y resultados. Santafé de Bogotá, Col.: Ministerio de Salud, Oficina de Comunicaciones, 1994. 3 Tomo 1,

En tal virtud, la IPS Clínica Los Comuneros, realizó un registro sistemático e individual de los procedimientos realizados y servicios prestados a cada usuario, liquidando estos servicios a las tarifas establecidas por el ISS y efectuando el respectivo cobro ante la instancia pertinente (EPS, ARP, Otros).

El actual trabajo presenta los resultados de la auditoría efectuada al proceso de facturación de servicios quirúrgicos hospitalarios, que la IPS - Clínica Los Comuneros de Bucaramanga, prestó a los afiliados y beneficiarios del I.S.S. en el mes de enero del año 2000.

Con los resultados de la auditoria practicada a este proceso de facturación, el equipo investigador sugiere a la IPS, las estrategias de mejoramiento que pueden ser utilizadas como herramienta técnica para el desarrollo y control de los procesos relacionados con el registro de atenciones y posterior cobro de los mismos a las aseguradoras.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ En que forma se podría evaluar la gestión del proceso de Facturación de servicios quirúrgicos hospitalarios prestados por la IPS Clínica los Comuneros a los afiliados y beneficiarios del I.S.S. durante el mes de enero del 2000 ?

2. JUSTIFICACION

La reforma colombiana de la seguridad social en salud es implantada a partir de 1993 teniendo en cuenta tres situaciones principales presentes en los años anteriores tales como la baja cobertura del 21% en el acceso a los servicios de salud; la ineficiencia de las instituciones prestadoras de servicios y el déficit financiero del sistema existente, entre otras.

La Ley 100 de 1993, establece que las administradoras del Sistema (EPS, ARS y EAS) son las encargadas de afiliación de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de los regímenes contributivo y subsidiado y tienen la misión de garantizar la prestación de servicios de salud con calidad, disponiendo para ello de una red prestadora de servicios de salud propia o contratada.

La EPS Instituto de Seguro Social (ISS) cuenta con una red de servicios propia dentro de la cual la IPS Clínica Los Comuneros de Bucaramanga es parte integral como la única IPS que presta servicios de segundo y tercer nivel de

complejidad en el Departamento de Santander y sirve como centro de referencia para el Ñor -Oriente Colombiano.

“Teniendo en cuenta que el SGSSS se desarrolla bajo los principios de la calidad, libre escogencia y eficiencia; “las instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS, se enmarcan en la libre competencia donde su permanencia en el sector estará supeditada a la eficiente prestación de los servicios de salud con la mejor calidad reflejada en un usuario satisfecho”².

En tal virtud, para el funcionamiento de las IPS se combinan dos aspectos empresariales importantes como son la Administración de Costos y la Atención en Salud, cuyos resultados reflejarán la productividad o la quiebra, dependiendo del equilibrio financiero existente donde procesos como el de facturación son parte fundamental.

Las dificultades financieras observadas en el seguro social se ven reflejada en las instituciones propias de las cuales hace parte la IPS Clínica Los Comuneros; por esta razón el equipo investigador consideró la evaluación del proceso de facturación intrahospitalaria, como objeto del estudio.

² REPUBLICA DE COLOMBIA. La reforma a la Seguridad Social en Salud, Antecedentes y resultados. Santafé de Bogotá, Col.: Ministerio de Salud, Oficina de Comunicaciones, 1994. 3 Tomo 2.

Teniendo en cuenta que los servicios quirúrgicos hospitalarios representan la mayor causa de facturación de servicios prestados por la IPS Clínica Los Comuneros, la auditoria realizada permitió evaluar integralmente el proceso de facturación existente e identificar los puntos críticos a fin de formular estrategias de mejoramiento que fortalezcan la eficiencia financiera de la institución, haciéndola mas competitiva en el contexto actual del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Evaluar los resultados del proceso de facturación de servicios quirúrgicos hospitalarios, prestados a los afiliados y beneficiarios del I.S.S. en la IPS - Clínica los Comuneros de Bucaramanga, durante el mes de enero del 2000 con el fin de registrar las fallas del proceso y sugerir estrategias de Mejoramiento.

3.2 ESPECIFICOS

1. Elaborar un marco de referencia que sitúe al lector en el objeto del estudio.

2. Analizar una muestra de facturas y soportes relacionados con el proceso de atención quirúrgica hospitalaria en la IPS Clínica Los Comuneros, para evaluar la correspondencia entre los servicios facturados y las atenciones ofrecidas al usuario.

3. Establecer las causas o factores generadores de error en el proceso de facturación de los servicios objeto de evaluación.

4. Sugerir las estrategias de mejoramiento que permitan fortalecer el proceso de facturación de servicios quirúrgicos hospitalarios existente en la IPS - Clínica los Comuneros.

4. MARCO REFERENCIAL.

4.1 DESCRIPCIÓN ORGANIZACIONAL DE LA IPS CLÍNICA LOS COMUNEROS

4.1.1 Reseña Histórica: La Clínica Los Comuneros de la ciudad de Bucaramanga es una Institución Prestadora de Servicios de Salud perteneciente al Instituto de Seguro Social que tiene como responsabilidad la atención de afiliados y beneficiarios del departamento de Santander, Norte de Santander, Sur del Cesar, Arauca y las áreas geográficas del Magdalena Medio Antioqueño y Sur de Bolívar.

Fue fundada en el año de 1983 como unidad de atención materno infantil, la cual se organizó como unidad de atención intermedia para el año 1986, prestando los servicios de urgencias, cirugía general, ginecología,

medicina interna, pediatría y servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico. A partir del año 1989 se amplió la cobertura de atenciones incluyendo los servicios de rehabilitación física, terapia del lenguaje y terapia ocupacional.

Con la implantación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la ampliación de cobertura a la medicina familiar su capacidad de respuesta para la oferta de servicios, fue superada ampliamente por la creciente demanda de atenciones registradas en la IPS. Estos hechos generaron en la IPS un proceso de adaptación y reorganización institucional que implicó esfuerzos interdisciplinarios identificando los factores críticos de éxito y priorizando las acciones de desarrollo.

4.1.2 Visión: Constituirse para el nuevo milenio, en la mejor empresa de la red prestadora de servicios de salud del Instituto de Seguro Social, con solidez financiera, rentabilidad económica, social y desarrollo tecnológico de punta, con la mayor acreditación humana y organizacional, que genere el reconocimiento del usuario por la calidad e integralidad de la atención prestada, con base en el desarrollo de estándares altamente competitivos.

4.1.3 Misión: Ofrecer los más acreditados servicios en su nivel de complejidad, para la promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad que afecte el estado de salud de los Afiliados y Beneficiarios del Instituto de Seguro Social en el área geográfica de influencia de la IPS - Clínica Los Comuneros de Bucaramanga.

Los servicios ofrecidos por la Clínica, son el resultado de procesos de mejoramiento continuo que reflejan el logro de objetivos y metas Institucionales garantizando el cumplimiento de estándares de calidad, oportunidad, eficiencia, eficacia y calidez para su nivel de complejidad representado por la estructura física, administrativa, tecnología de punta y un talento humano calificado que genera la mayor capacidad de respuesta para la satisfacción integral en la demanda de atenciones de la población afiliada perteneciente al Instituto de Seguro Social.

4.1.4 Valores:

> Unidad de políticas y procedimientos.

- > La satisfacción del cliente a través del mejoramiento continuo de la calidad de los servicios.

- > Personal calificado con reconocimiento de méritos y en permanente superación.

- > Servicio con honestidad, ética y compromiso.

- > Capacidad de respuesta de servicios de salud optimizando la utilización de la información y las comunicaciones.

4.1.5 Estrategias empresariales:

- > La innovación en los procesos, productos y las relaciones estructurales.

- > El desarrollo empresarial y corporativo en cada una de sus unidades funcionales orientadas hacia la satisfacción del usuario.

- > La competitividad con base en el desarrollo de procesos automatizados..

- > La comercialización y la cooperación interinstitucional en un entorno de globalización.

- > La planeación organizacional que permite anticipar el futuro y avanzar con seguridad en el presente.

- > El desarrollo y mejoramiento continuo del talento humano.

4.1.6 Objetivos Corporativos:

- > Fortalecer estructural y financieramente la Institución, para superar los retos del SGSSS.

- > Obtener la acreditación, credibilidad, y prestigio necesarios para permanecer en el mercado de libre escogencia y competitividad con calidad en el nuevo milenio.

4.1.7 Estructura Orgánica: Con la expedición del decreto 1403 de 1994 emanado por el Consejo Directivo del Instituto de Seguro Social -ISS se adopta la estructura interna y se establecen las funciones de sus dependencias.

La estructura interna del ISS está configurada por unidades estratégicas de negocios, con base en los niveles de operación nacional, regional o seccional y local orientada a la satisfacción del usuario y al funcionamiento descentralizado de sus unidades operativas.

Las unidades estratégicas de negocios del ISS se organizan y funcionan en forma independiente y coordinada, constituyendo las unidades funcionales encargadas de llevar a cabo las actividades de la Empresa Promotora de Salud, EP\$, prestando los servicios de salud, pensiones, protección de riesgo laboral (ARP) y apoyo administrativo.

4.1.8 Características de la Estructura Interna del ISS:

■/ Cobertura nacional y especializada por unidades estratégicas de negocios.

J Centralización normativa.

J Descentralización y autonomía técnica, financiera y administrativa de sus unidades operativas de servicios.

J Responsabilidad por unidades operativas de servicios.

•/ Coordinación y apoyo entre las unidades estratégicas de negocios.

J Dependencia administrativa (Se establece al interior de cada área de acuerdo con el nivel de jerarquía).

J Dependencia funcional.

✓ Uniformidad de nomenclatura en todos los niveles de operación.

En las Figuras 1 y 2 se presenta la Estructura Orgánica del Instituto de Seguro Social y de la IPS Clínica los Comuneros respectivamente (Véase a continuación).

INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL

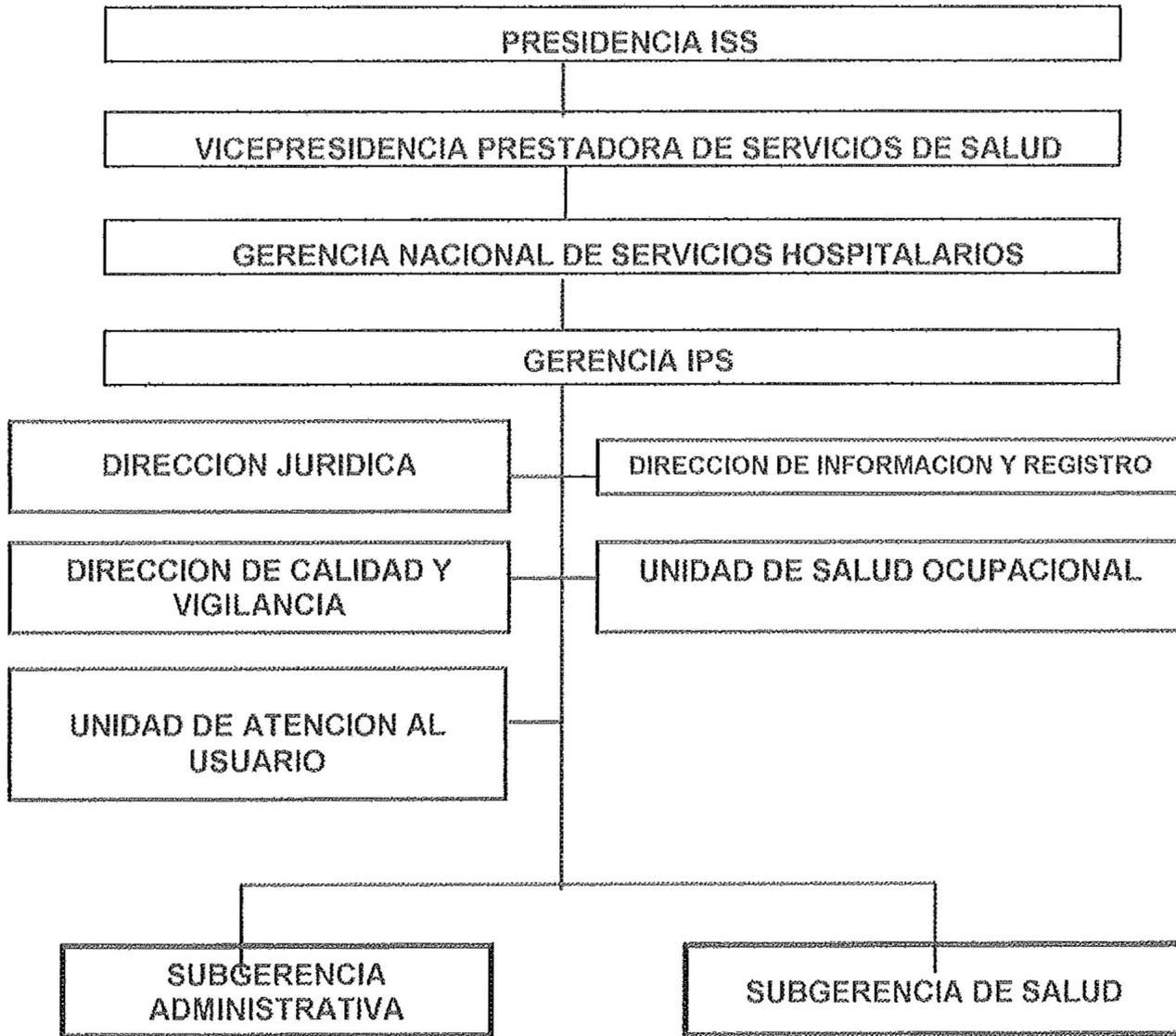


Figura 1. Estructura Orgánica del Instituto de Seguro Social.

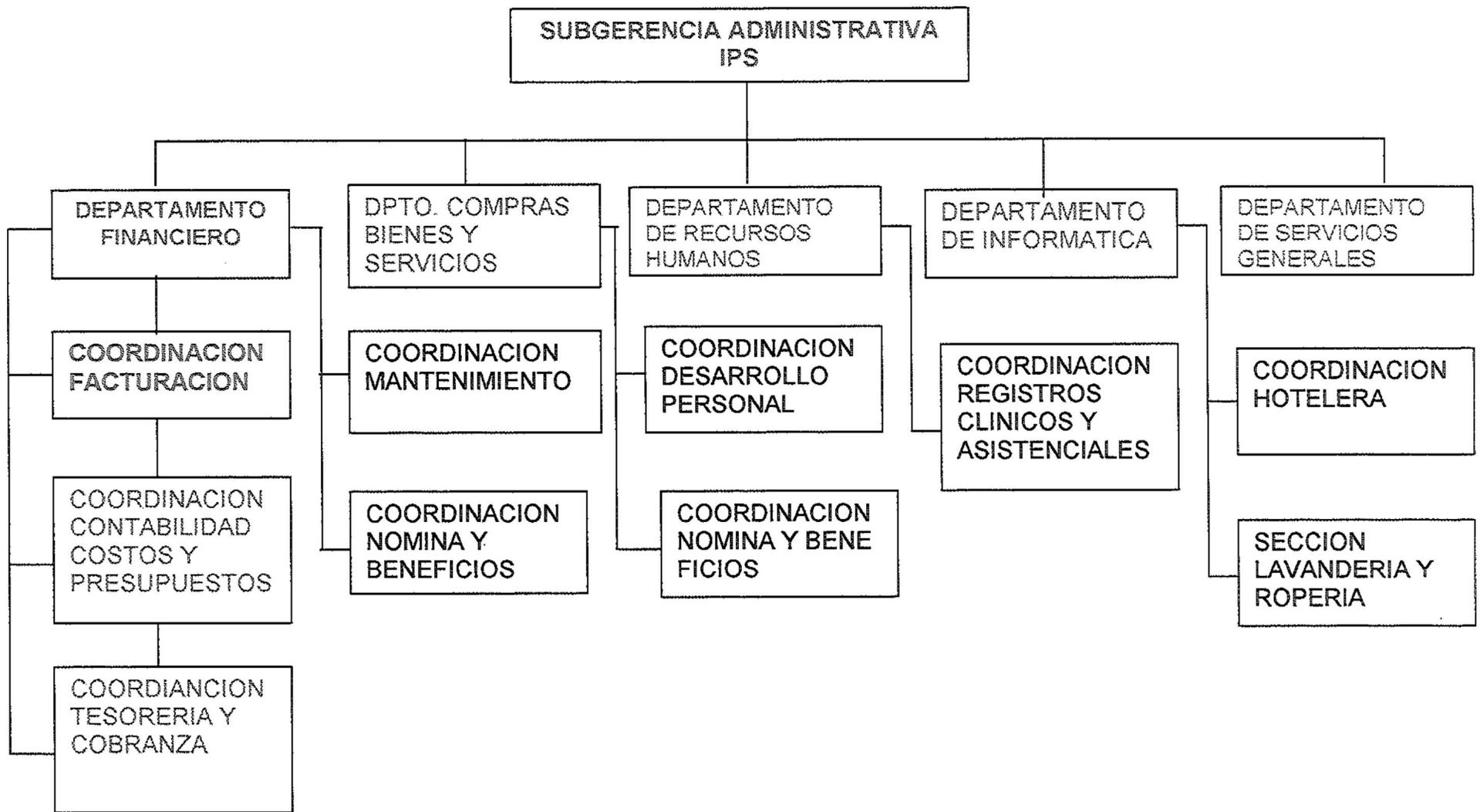


Figura 2. Estructura Orgánica de la IPS

- Clínica Los Comuneros

4.1.9 Servicios ofrecidos: La IPS Clínica Los Comuneros para la atención de sus afiliados y beneficiarios esta organizada de siguiente manera:

- > **Servicio de Pediatría:** 23 camas para pacientes de 1 mes a 12 años.

- > **Recién nacidos:** 17 camas y 8 incubadoras.

- > **Servicio de Medicina Interna:** 39 camas para la atención de adultos con patologías que afectan los diversos órganos y tratamiento no quirúrgico. Además cuenta con la sala con tres unidades para quimioterapia, una sala para procedimientos de neumología.

- > **Unidad de Diálisis:** Posee una capacidad de 10 pacientes.

- > **Servicios de ginecobstetricia:** Con una capacidad de 63 camas para la atención hospitalaria de pacientes con patologías que afectan el sistema genito urinario y obstetricia.

- > **Sala de partos:** Sala de trabajo de parto, 6 camas y sala de recuperación con 2 camillas, para atención a la mujer embarazada que presente situación de urgencias o que requiera atención del parto. Igualmente ofrecen servicios en casos de urgencias ginecológicas.

- > **Servicio clínicas quirúrgicas:** Número de camas instaladas 30, para la hospitalización de adultos con patologías quirúrgicas de las áreas de cirugía general y subespecialidades quirúrgicas.

- > **Servicio de Ortopedia:** Segundo piso, número de camas instaladas 27, para la hospitalización de adultos con patologías quirúrgicas de las áreas de ortopedia, neurocirugía.

- > **Quirófanos:** 6 quirófanos y una sala de recuperación para 6 pacientes para programas de cirugía electiva y de urgencias de niveles 1, 2 y 3 en cirugía general y subespecialidades quirúrgicas.

- > **Unidad de cuidados intensivos:** Con capacidad de 6 camas, para adultos en condiciones críticas recuperables con estricto control de su evolución clínica, mediante actividades de monitoreo y asistencia ventilatoria.

- > **Consulta Especializada:** Cuenta con 12 consultorios, una sala de electroencefalografía, una sala de electrocardiografía para la atención de afiliados y beneficiarios de todos los grupos de edad remitidos por médico general para definir tratamiento por médico especialista y para control.

- > **Apoyo diagnóstico y terapéutico:** La Clínica cuenta con un laboratorio clínico, donde se realizan procedimientos rutinarios y especializados de

diferentes muestras orgánicas con el fin de ayudar a establecer un diagnóstico médico para la atención oportuna y eficiente de los usuarios, dirigido a todos los usuarios.

- > **Imagenología:** Ayuda diagnóstica de morbilidad hospitalaria.

- > **Unidad de Endoscopia:** Ayudas diagnósticas con procedimientos endoscópicos de vías digestivas.

- > **Unidad Renal:** Atención al paciente con insuficiencia renal aguda o crónica mediante el procedimiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal y sus controles.

- > **Nutrición y dietética:** Servicios de dieta-terapia del paciente hospitalizado dirigido a: hombres y mujeres de todos los grupos étnicos hospitalizados y de programas especiales de VIH, Renal, lactancia materna, atención domiciliaria.

- > **Unidad de Medicina Transfusional:** Suministro de sangre y componentes sanguíneos para los pacientes hospitalizado y de urgencia de acuerdo a las ordenes del médico tratante y previo cumplimiento de los procedimientos establecidos para recepción de los donante voluntarios, pruebas serológicas, infecciosas y de clasificación. Este servicio va dirigido para

hombres y mujeres de todos los grupos étnicos hospitalizados en instituciones del ISS y adscritos.

- > **Farmacia:** Suministro de medicamentos según formulación médica de pacientes hospitalizados y ambulatorios atendidos en las instituciones del ISS o de contratistas.

- > **Trabajo Social:** Identifica y trata problemas sociales relacionados con la salud de los usuarios del ISS con el fin de contribuir a brindar una atención integral que les permita un rápido restablecimiento corporal emocional y social.

4.2 ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

4.2.1 Entidades Promotoras de Salud: Son las entidades responsables de la afiliación, registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones por

delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. (Decreto 1485, Acuerdos 07 de 1994, 10 de 1994 y 17 de 1995).

4.2.2 Funciones de las EPS:

- > Promover la afiliación al SGSS en cualquiera de los regímenes.
- > Administrar el riesgo en salud de sus afiliados procurando disminuir la ocurrencia de eventos prevenibles de enfermar.
- > Administrar los recursos para el funcionamiento del SGSS, mediante el recaudo y giro de los excedentes al Fondo de Solidaridad y Garantía.
- > Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud del POS estructurando la red de servicios.
- > Organizar la prestación del servicio derivado del sistema de riesgos profesionales.
- > Organizar la prestación de planes complementarios.

4.2.3 Régimen de Libre Escogencia: El régimen de Libre Escogencia está regido por las siguientes reglas:

- > Obligación de afiliación y deber de información.
- > Configuración familiar de la afiliación.
- > Garantía de atención.
- > Libre Escogencia de la EPS - IPS.

4.2.4 Afiliación y Prestación del Servicio: La afiliación inicial es por tres meses que pueden ser prolongados hasta un año si el trabajador no manifiesta en este período otra decisión.

Las EPS podrán utilizar para la promoción de la afiliación a vendedores, personas naturales, a instituciones financieras o intermediarias de seguros u otras entidades. Cualquier infracción, error u omisión que implique perjuicio a los intereses de los afiliados que incurran los promotores, compromete la responsabilidad de la EPS.

Todas la EPS deben asegurar los riesgos derivados de las enfermedades calificadas de alto costo, a través de pólizas de reaseguro

Todos los miembros de un mismo grupo familiar deben afiliarse a una misma EPS, salvo problemas legales o lugar de residencia de cada uno de los miembros.

Las EPS podrán rechazar afiliaciones por falta de recursos técnicos.

El ISS fue autorizado para continuar ofreciendo el POS del régimen contributivo a las madres comunitarias y desmovilizados, a los trabajadores independientes que venían cotizando entre uno y dos salarios mínimos mensuales vigentes hasta que se implemento el sistema de presunción de ingresos.

La EPS recibe del Sistema General de Seguridad Social por cada uno de sus afiliados una U.P.C siempre y cuando el grupo familiar haya pagado las cotizaciones correspondientes.

La EPS podrá prestar el POS a sus afiliados directamente o por medio de contratación con las IPS, con profesionales independientes o con grupos de prácticas privadas debidamente constituidas.

La afiliación a una EPS surtirá efectos a partir de la fecha que se efectuó el pago de la cotización.

Ninguna EPS podrá prestar planes complementarios a personas que no estén cubiertas previamente por el POS,

4.2.5 Carnet: Las EPS están en la obligación de expedir un carnet a cada uno de sus afiliados, documento por medio del cual éstos tendrán derecho a exigir los servicios de salud por ellos suministrados. (Resolución 9336, Ministerio de Salud),

El carnet de afiliación que expide la EPS a sus afiliados contendrá como mínimo la siguiente información (Resolución 2178/98):

- > Encabezamiento con el siguiente título: "República de Colombia Sistema de Seguridad Social en Salud".
- > Identificación de la entidad promotora, que puede ser la razón social o el logotipo de la misma.
- > Identificación del afiliado: Nombres, apellidos, número de cédula de ciudadanía, para el menor de edad, se debe incluir el número de la cédula del cotizante cabeza del grupo familiar.
- > Fecha de afiliación o suscripción según se trate de afiliado o beneficiario.
- > Indicar el plan o planes a los cuales tiene derecho el afiliado.
- > Explicación de usos y restricciones.

> Indicar que es una entidad vigilada por la Superintendencia nacional de salud, indicar las condiciones de discapacidad si es física, psíquica o sensorial.

4.3 CRITERIOS PARA SELECCIÓN DE LA EPS

Entre los criterios a tener en cuenta para seleccionar una EPS están: el respaldo financiero, la prestación de los servicios del POS, la red de servicios, los copagos y cuotas moderadoras, los períodos de carencia y el cubrimiento de las enfermedades catastróficas.

4.4 INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS - IPS

"Estas instituciones que prestarán los servicios de salud en su nivel de atención, tienen como principios la calidad, la eficiencia, tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera"³ .

Deberán contar con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos; esta determinación es de obligatorio cumplimiento para la contratación de servicios.

Las IPS no podrán discriminar la atención de los usuarios y participarán de la conformación de un sistema de acreditación para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promoción de su mejoramiento.

Es obligatoria la auditoría médica en las unidades hospitalarias. El Comité Técnico Científico analizará los hechos de naturaleza asistencial que afecte al afiliado.

Todas las instituciones que presten servicios de salud deberán acreditar la capacidad tecnológica, científica, la suficiencia patrimonial y la capacidad técnico administrativa.

³ PALACIO T. Luis F. Manual de Legislación en salud y Seguridad Social. Logros Litografía Ltda. Medellín, Colombia, 1999.

Los hospitales públicos y privados cuyos contratos con el estado representen mas de 30% de los ingresos totales deberán destinar como mínimo el 5% del total del presupuesto, en las actividades de mantenimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria. Anualmente se hará el plan de mantenimiento (Decreto 1769).

Los recursos anteriores solo podrán ser utilizados en la infraestructura y dotación propia del hospital, estos deberán ajustarse durante la vigencia de manera tal que al adicionarse los ingresos totales, simultáneamente se adicione los recursos destinados al mantenimiento.

Antes del 30 de enero de cada año se debe enviar a la Superintendencia Nacional de Salud la información relacionada con el valor y el porcentaje de recursos utilizados para el mantenimiento de la infraestructura hospitalaria en la vigencia anterior.

La estructura de los cargos de las entidades del subsector oficial del sector Salud, tendrán el nivel de cargo directivo, asesor, ejecutivo, profesional, técnico, tecnológico y auxiliar (Ley 443 de 1999 y Decreto 1926).

Cada código de cargo tendrá cuatro dígitos, el primero corresponde al nivel del cargo, el segundo al área funcional y el tercero y cuarto al la denominación del empleo.

El gobierno nacional establecerá el número de grado por niveles para cada cargo, así como los requisitos y procedimientos para ascender dentro del mismo cargo.

Corresponde a los organismos y entidades realizar asimilación de los cargos existentes en su planta de personal de acuerdo con las equivalencias establecidas.

El Ministerio de Salud establecerá un reglamento tarifario para la presentación de servicios de salud. Se unificarán el régimen de tarifas que aplicara las Instituciones públicas prestadoras de servicios de salud en la venta de sus servicios de acuerdo a la reglamentación expedida.

Los empleados y contratistas de la IPS no podrán recibir más de una asignación, honorarios o salarios de las diferentes entidades públicas, fundaciones e instituciones de utilidad común que tengan contrato de prestación de servicios con el estado. Lo anterior no se aplica cuando las jornadas laborales no excedan de 8 horas diarias de trabajo; para investigación y docencia, se puede llegar hasta 12 horas diarias (Decreto 973 de mayo de 1994).

Las IPS deberán garantizar un adecuado sistema de información de sus servicios y la atención de usuarios mediante la implementación de una línea telefónica abierta con atención permanente 24 horas.

Las IPS deberán convocar a sus afiliados para la Constitución de la Alianza o Asociación de usuarios la cual tendrá un representante ante su junta directiva de la EPS e IPS, un representante en el Consejo Territorial de Seguridad Social, un representante por COPACO y dos representantes en el comité de ética hospitalaria.

El gobierno nacional mediante el Decreto 2174 de 1996, expidió las normas relativas a la organización del sistema obligatorio de Garantía de Calidad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la presentación de los servicios.

4.4.1 Normas de Funcionamiento para IPS: Tienen como base el Decreto 2753 de 1997, las Resoluciones 4445 y 5042 de 1996, 4252 de 1997 y 0238 de 1999.

Los prestadores de servicios de salud pueden prestar servicios de salud, bajo las modalidades hospitalaria y ambulatoria; esta última podrá ser intramural o extramural.

Los servicios de salud se clasifican en grados de complejidad bajo, mediano y alto (incluye nivel 3 y 4) de acuerdo con la tecnología y el personal responsable de cada actividad, intervención o procedimiento de salud.

Los prestadores pueden ofrecer uno o más servicios de distinto grado de complejidad y/o modalidad, para lo cual debe cumplir los requisitos esenciales de prestación de servicios establecidos en las normas sobre garantía de calidad; la clasificación de los establecimientos dependerá de la complejidad predominante en sus servicios.

Igualmente pueden incorporar los diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos de medicina alopática y alternativa pero solo pueden ser ejercidos por personal médico.

Las IPS cuyo patrimonio exceda de 200 SMLMV y que presten los servicios de urgencias, hospitalización o cirugía en cualquier grado de complejidad, deben constituirse como persona jurídica cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud, igualmente deben establecer un sistema de costo y facturación.

El personal responsable de la prestación directa de servicios de salud debe acreditar el título profesional universitario, de especialista, tecnólogo, técnico o auxiliar en el área de salud que los acredite como tales. Cada institución debe tener un archivo en el cual reposen la historia laboral y contractual con las certificaciones antes mencionadas. Los prestadores deben contar con el recurso humano necesario en cantidad e idoneidad acorde con los servicios que ofrece, de tal manera que puedan prestarlos oportuna y eficazmente.

Los prestadores de servicios de salud pueden ofrecer sus servicios prestándolos de manera autónoma, contratando o asociándose con otras IPS, grupos de práctica profesional o profesionales independientes, sin perjuicio de la responsabilidad que le corresponda a la respectiva EPS o ARS. Por razón de la prestación de los servicios de salud a los usuarios, los correspondientes prestadores de servicio de salud o terceros que intervengan en la prestación de estos servicios, concurrirán a responder por los perjuicios que ocasionen a los usuarios en los términos establecidos por la Ley.

Las instituciones prestadoras de salud están vigiladas y controladas por las Direcciones de Salud departamentales, distritales y municipales sin perjuicio de la vigilancia que ejerza la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Direcciones Territoriales de Salud establecerán un plan de visita y supervisión de los prestadores de servicios de salud de su jurisdicción a fin de garantizar el cumplimiento de los requisitos establecidos por ella.

Los prestadores de servicios de salud a partir del 13 de noviembre de 1997 han debido efectuar la inscripción y declaración de cumplimiento de requisitos esenciales ante la Dirección de Salud correspondiente.

Los prestadores de servicios que no cumplan con los requisitos o no hayan adelantado los trámites dentro de los plazos establecidos, no podrá contratar sus servicios dentro del SGSS.

4.4.2 Requisitos Generales para ser IPS: Tienen como base las Resoluciones 4445 y 5042 de 1996, la Resolución 4252 de 1997, el Decreto 2753 de 1997 y la Resolución 0238 de 1999. Las IPS deben cumplir con los siguientes requisitos:

> Requisitos Administrativos:

o Declaración de requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud.

o Estructura orgánica y funcional.

o Autonomía administrativa que podrá acreditarse mediante la certificación de las facultades administrativas otorgadas o asignadas al responsable de la Dirección de la respectiva IPS.

e Manual de Procesos, Procedimientos y Funciones.

© Reglamento interno de trabajo o su equivalente.

o Revisor Fiscal.

> Requisitos técnico científicos:

® Manejo sistemático de historias clínicas individualizadas.

0 Un sistema de garantía de calidad que incluya un Plan de Mejoramiento de la calidad.

® Programa de Salud Ocupacional.

e Plan de urgencias y desastres.

© De los requisitos de información:

Las IPS deben contar con un sistema de información de acuerdo a la normas del Ministerio de Salud en referencia a:

- ® Registro de las actividades de salud desarrolladas diariamente y consolidados mensuales.
- « Sistema de Vigilancia epidemiológica, notificación obligatoria.
- ® Reporte a la dirección Territorial de Salud, a las EPS y a la Superintendencia Nacional de Salud de la información que estas requieran.
- © Sistema de información financiera que incluya: Presupuesto, contabilidad de costos de conformidad con lo establecido en el parágrafo del artículo 185 de la Ley 100.
- ® Están excluidos de tener Revisor Fiscal las IPS que no requieran personería jurídica. El revisor Fiscal debe posesionarse ante la junta Directiva en la institución o quien haga sus veces, este acto debe ser notificado a la Superintendencia Nacional de Salud.

4.4.3 Relaciones Contractuales entre las Entidades Promotoras de salud y las Prestadoras de Servicios de Salud: Tienen como base los Decretos 2753, 723 de 1997 y 046 del 2000.

Las Entidades Promotoras de Salud y las Prestadoras de Servicios de Salud podrán convenir la forma de contratación y pago que más se ajuste a sus necesidades e intereses, tales como: por capitación, por protocolos, por

actividad o la combinación de cualquier forma de estos. Deberá establecerse la forma de presentación de facturas y los términos para el pago de servicios y un procedimiento para la resolución de objeciones a las cuentas.

Los procedimientos para el pago de actividades o por conjuntos de atención establece que las EPS deberán comunicar a las IPS el periodo del mes en el cual recibirán las cuentas de cobro; este periodo será de 10 días calendario.

Las EPS tienen un plazo de 20 días calendario, contados a partir del vencimiento del periodo anterior, para revisar integralmente la cuenta y aceptarla o glosarla.

En caso de no glosa la EPS, deberán cancelar la cuenta dentro de los 10 días calendario siguientes al vencimiento del plazo estipulado en el numeral precedente.

Las entidades que administren recursos de la seguridad social, deberán cancelar íntegramente la parte de las cuentas que no hubieran sido glosadas, en los términos contractuales, como condición necesaria para que la institución prestadora de servicios de salud esté obligada a tramitar y dar respuesta a las respectivas glosas formuladas de la cuenta, siempre que la factura cumpla con las normas establecidas por la Dirección de Impuestos Nacionales.

Se considera práctica no autorizada la devolución de una cuenta de cobro o factura de servicios sin el correspondiente pago de la parte no glosada, en los términos contractuales. La fecha de radicación de la factura debe corresponder a la fecha en la que esta se presentó por primera vez, ajustada a los requisitos formales antes mencionados; a partir de esta fecha correrán los términos establecidos en el Decreto 723 de 1997 y 046 del 2000 para aceptar o glosar las facturas; la radicación de la factura no implica la aceptación de la misma.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud tienen la obligación de aclarar ante las entidades promotoras de salud y demás a que alude el párrafo anterior, las glosas debidamente fundamentadas, dentro de los veinte (20) días siguientes a su comunicación formal; el saldo frente a las correspondientes glosas será cancelado en la medida en que estas sean aclaradas.

A partir de la fecha en que la Institución Prestadora de Servicios de Salud responda formalmente a la glosa ante la EPS o ARS, esta tendrá un plazo máximo de 30 días para informar a la institución prestadora de servicios de salud si acepta o no las explicaciones dadas a la glosa, con independencia de la fecha establecida para el pago. En el evento en que la entidad promotora o administradora no se pronuncie dentro del plazo mencionado, está obligada a constituir la correspondiente provisión para el pago de la cuenta dentro del mes siguiente.

El procedimiento de pago también se aplica a la IPS que subcontrate la prestación de servicios con otras entidades, grupos de práctica profesional o profesionales independientes.

La contratación y pago por capitación debe ajustarse a las siguientes reglas:

En ningún caso los contratos por capitación implican el traslado de las responsabilidades que les corresponden a las EPS tales como, el control de la atención integral, la eficiencia y oportunidad, la calidad de los servicios, la garantía de libre acceso y la escogencia de los afiliados a las distintas prestadoras de servicios.

Las EPS no deben contratar con IPS que no certifiquen su capacidad real de resolución en la que se haga siempre efectiva la oportunidad y calidad de la atención brindada al usuario.

En el contrato debe especificarse cuáles son los servicios, programas, metas y coberturas pactadas.

Las EPS deben disponer de instrumentos permanentes para atender las quejas y reclamos de los afiliados en el municipio sede de la IPS contratada y en los municipios donde residan los afiliados involucrados en el contrato por capitación; igualmente, las IPS deben disponer de un mecanismo de atención

al usuario con el mismo propósito y los contratos deben sujetarse a los criterios de calidad y oportunidad.

Las EPS debe reconocer a las prestadoras de servicios de salud cuando a ello haya lugar, los intereses de mora consagrados en las disposiciones legales; de igual forma las IPS reconocerán estos intereses en los casos de las restituciones.

4.4.4 Requerimiento de Información para Prestadoras de Parte de la

Superintendencia Nacional de Salud: Estas instituciones deberán enviar la información a más tardar a los 40 días calendario siguientes a la fecha de corte de información (Circular Externa Supersalud 73 /1998).

La siguiente información deberá entregarse semestralmente: Información básica, ejecución presupuestal de ingresos y egresos, facturación y cuentas por cobrar del régimen contributivo, subsidiado, de ECAT, SOAT, de otras IPS, entidades y de vinculados.

La información que deberá entregar anualmente es la siguiente: Balance, Estado de Pérdida y Ganancias, análisis de cambios en el capital de trabajo, estado de flujo de efectivo, estado de cambios en la situación financiera y

patrimonio, mantenimiento hospitalario, servicios con que cuentan las instituciones, actividades de auditoría, convenios docentes, contratos y estadísticas hospitalarias.

4.4.S Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para Prestadoras de

Servicios de Salud: El SOGC para prestadoras de servicios de salud, debe incluir los siguientes componentes:

/ El cumplimiento de los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud.

< El diseño y ejecución de un plan para el mejoramiento de la calidad.

J El desarrollo de un sistema de información que incluya componentes de oferta de servicios y uso por parte de los usuarios, perfil epidemiológico y situación de salud de los usuarios atendidos.

V Los procesos de auditoría médica.

J El desarrollo de procesos que permita conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y atender las reclamaciones y sugerencias que se presenten.

4.4.6 Declaración de cumplimiento de Requisitos Esenciales: Tienen como base las Resoluciones 4252 de 1997 y 0238 de 1999.

Los requisitos esenciales son las condiciones mínimas de personal, infraestructura física, dotación, procedimientos técnico - administrativos, sistema de información, transporte y comunicación y auditoría de servicios que deben cumplir todos los prestadores de servicios de salud para garantizar que la atención de los usuarios sean prestados en condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad y racionalidad técnica y científica.

La declaración de requisitos esenciales es el procedimiento según el cual todos los prestadores de servicios de salud, cada dos años en forma obligatoria, deben presentar ante las Direcciones Territoriales de Salud certificadas y autorizadas, un documento en el cual declaran cumplir con los requisitos esenciales para la prestación de cada uno de los servicios de salud que ofrezcan y se comprometen a cumplirlos por el tiempo que dure la prestación de los servicios.

Para la declaración de los requisitos esenciales se adopta el formato respectivo; con base en este formato se mantendrá actualizado el registro especial de instituciones de salud.

Las Direcciones seccionales, distritales y las municipales certificadas, de acuerdo con la jurisdicción respectiva, son las autoridades competentes para registrar las declaraciones de requisitos esenciales.

Las fichas de requisitos esenciales para la prestación de los servicios de salud relacionadas a continuación, fueron modificadas por la resolución 0238 de 1999.

Z Consulta Externa: Generalidades, oftalmología, otorrinolaringología, optometría y odontología.

Z Urgencias de baja y alta complejidad.

Z Hospitalización generalidades: Cuidado intermedio e intensivo del adulto, unidad de cuidado básico intermedio e intensivo neonatal.

/ Salud Mental: Unidades de cuidados generales y especiales.

■/ Cirugía: de baja, mediana y alta complejidad.

■/ Esterilización.

/ Sala de Partos.

Z Fonoaudiología y terapia del lenguaje.

Z Terapia ocupacional.

Z Terapia física,

Z Terapia respiratoria.

Z Prótesis y Ortesis.

Para la declaración de requisitos esenciales por grupos de práctica profesional que ofrezcan servicios en salud y no posean infraestructura propia, se adopta un formato específico, el cual servirá para mantener actualizado el registro especial de instituciones de salud.

Las Direcciones de Salud deberán incluir la información de la declaración de requisitos esenciales en el registro especial de instituciones.

Cuando se presenten modificaciones en la prestación de servicios que impliquen cambios en lo declarado, los prestadores de servicios de salud están obligados a informarlo inmediatamente a las Direcciones de Salud correspondientes para la actualización del registro.

Las Direcciones de Salud deben adecuar el servicio especial de instituciones de manera que incorporen en una base de datos todas las variables que se establecen en el formato para la declaración de requisitos esenciales.

Las entidades promotoras de salud y la que se asimile solo pueden prestar directamente o contratar los servicios con prestadoras de servicios de salud que cumplan con los requisitos esenciales.

Corresponde a las Direcciones Territoriales competentes de manera total o parcial y con la periodicidad que lo determinen, verificar el cumplimiento real y

efectivo de los requisitos esenciales vigentes. Para este propósito deben elaborar y ejecutar un plan de visitas, de las cuales se levantará el acta respectiva suscrita por quienes participaron en ella.

Cuando se verifique que un prestador de servicios de salud, incumple total o parcialmente con uno o varios requisitos, en uno o varios servicios considerados críticos por la dirección de salud, en el mantenimiento de la oferta existente, en la jurisdicción, el prestador de servicios debe establecer, en coordinación con la dirección de salud competente, un plan de cumplimiento de dichos requisitos, cuyo plazo no podrá exceder de 18 meses.

Las direcciones de salud competentes deberán, mediante acto administrativo, definir los servicios que son críticos para mantener una adecuada oferta de servicios de salud dentro de su jurisdicción a fin de garantizar la atención a la población. La definición de servicios críticos debe ser actualizada anualmente.

El incumplimiento parcial o total de los requisitos esenciales relacionados con los servicios no considerados como críticos por la Dirección de Salud, conllevará a la imposición de las sanciones correspondientes, sin perjuicio del cumplimiento de las disposiciones legales.

Para el cumplimiento de los requisitos establecidos en el decreto 2240 de 1996, sobre condiciones sanitarias para prestadores de servicios de salud, la

Dirección de Salud debe solicitar a los prestadores de servicios la elaboración de un plan de cumplimiento.

Toda nueva construcción destinada a cumplir las funciones de IPS, debe cumplir en su totalidad con los requisitos establecidos en las resoluciones 4445 y 5042 de 1996.

4.4.7 Acreditación de los prestadores: La acreditación es un procedimiento sistemático voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos esenciales establecidos para la prestación de servicios de salud.

Mediante la acreditación, los prestadores de servicios de salud, pueden solicitar ante las instancias competentes, la verificación y certificación de los servicios que han superado los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud.

El procedimiento de acreditación se realizará bajo parámetros únicos acordes con la reglamentación del Ministerio de Salud.

4.4.8 Auditoría Médica:

Las EPS y entidades que se asimilen y las prestadoras de servicios de salud deben establecer procesos de auditoría médica.

La auditoría médica es 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.

Las EPS y similares deben aplicar procedimientos y técnicas de auditoría para la evaluación y el mejoramiento de calidad de la atención en salud; igualmente las prestadoras de servicios de salud debe realizar procedimientos de auditoría médica, destinados a la autoevaluación permanente de los servicios que presta.

Los documentos de trabajo generados durante las labores de auditoría, hacen parte de los informes de calidad y deberán ser presentados ante las autoridades competentes del manejo de las investigaciones y de las acciones de vigilancia y control cuando así lo requieran.

4.4.9 Sanciones: Las direcciones territoriales de salud certificadas y autorizadas pueden, imponer las siguientes sanciones, según la naturaleza y la gravedad del incumplimiento por parte de la IPS o de las prestadoras de servicios de salud, de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras que expide el Ministerio de Salud y en especial de los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud, imponer las siguientes sanciones:

J Multas en cuantías hasta (200) SMMLV.

J Intervención de la gestión administrativa y/o técnica hasta por seis meses,

z Suspensión o pérdida definitiva de la personería jurídica de las personas privadas que prestan servicios de salud.

La Superintendencia Nacional de Salud podrá aplicar las sanciones de su competencia a las EPS y similares, en relación con el cumplimiento de los requisitos esenciales.

4.5 FACTURACIÓN DE SERVICIOS EN LA IPS CLÍNICA LOS COMUNEROS

Con base en lo establecido por la Ley 100 de 1993, artículo 275 parágrafo 1, le compete al Consejo Directivo del Instituto de Seguro Social, determinar las tarifas que el Instituto aplicará en la venta de servicios de salud. En tal virtud, para el pago de los servicios que el ISS compra a las Instituciones de Salud, IPS, y a personas naturales, así como los que ofrezcan a sus beneficiarios sus propias IPS, y los que estén en capacidad de vender, es indispensable fijar las correspondientes tarifas y definir el contenido de las mismas.

Para este efecto, mediante Acuerdo 228 de marzo 14 del 2000 el Instituto de Seguro Social, aprobó el manual de tarifas para la compra y venta de servicios de salud en la actual vigencia.

Este Manual (Acuerdo 228 del 2000), fijó las tarifas para el pago de los siguientes servicios:

- > Servicios de salud electivos de tipo extrainstitucional que contrate el ISS a través de la EPS con Instituciones de Salud Privadas y Personas Naturales.

- > El pago de los servicios de salud de tipo Intrainstitucional que contrate el ISS a través de las Propias IPS a Instituciones de Salud y Personas Naturales.

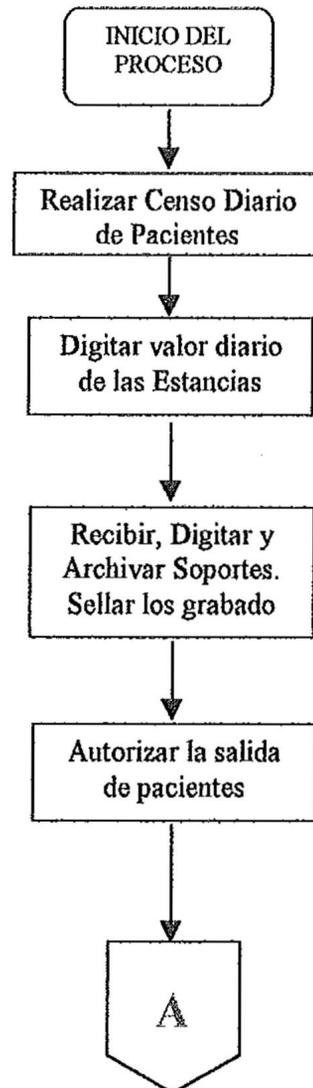
- > El reconocimiento de los servicios de salud que otorguen sus propias Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Programados y de Urgencias a los beneficiarios de la IPS-ISS.

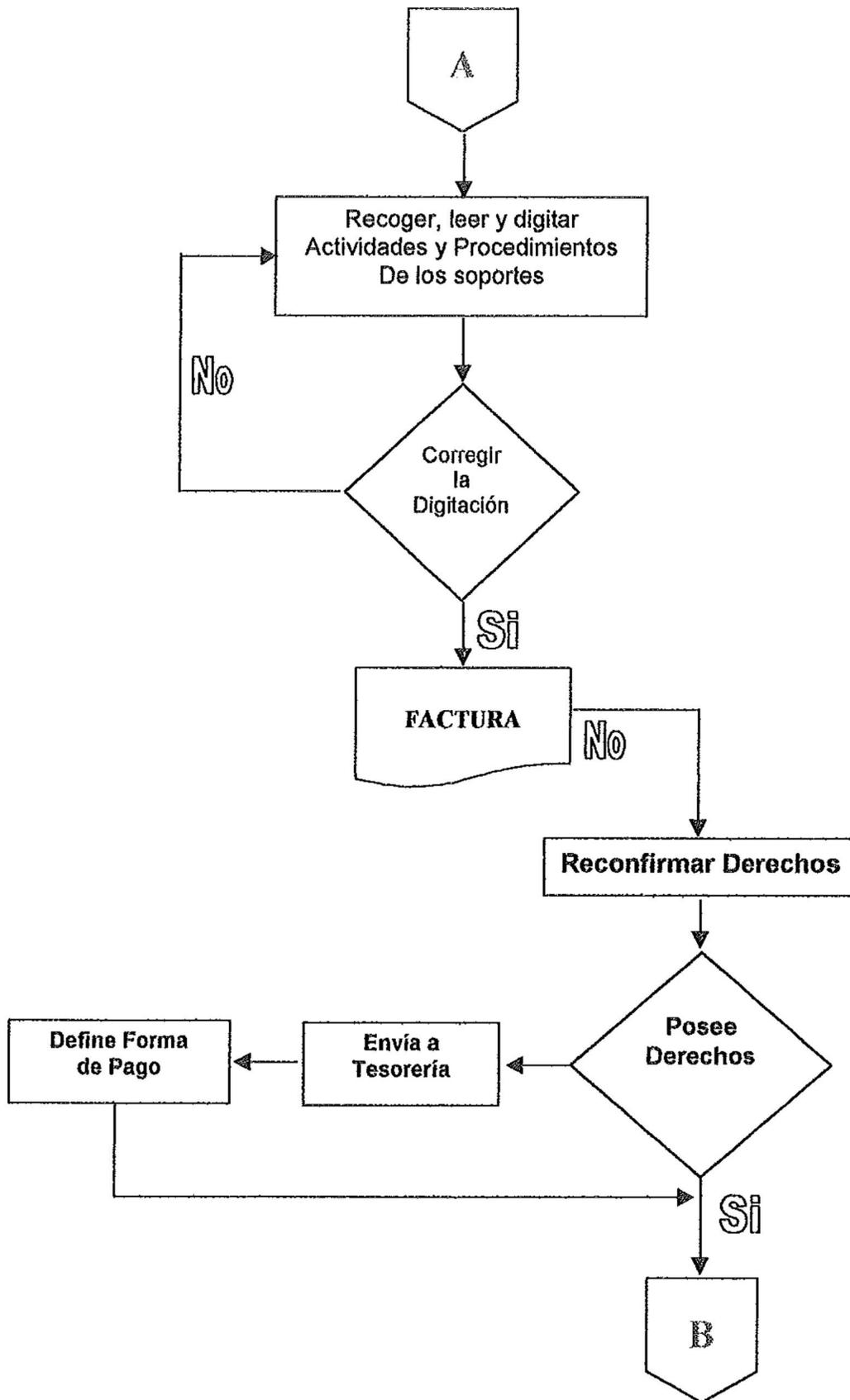
- > El cobro de los servicios de salud que las propias IPS vendan.

- > El cobro de los servicios de salud que las propias IPS presten a las Administradoras de Riesgos Profesionales por Accidentes de Trabajo, Enfermedad Profesional, etc.

La figura 3, presenta el flujograma correspondiente al proceso de facturación que debe aplicar la IPS Clínica Los Comuneros de Bucaramanga, para los servicios de hospitalización que son prestados (Véase a continuación).

FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE FACTURACION





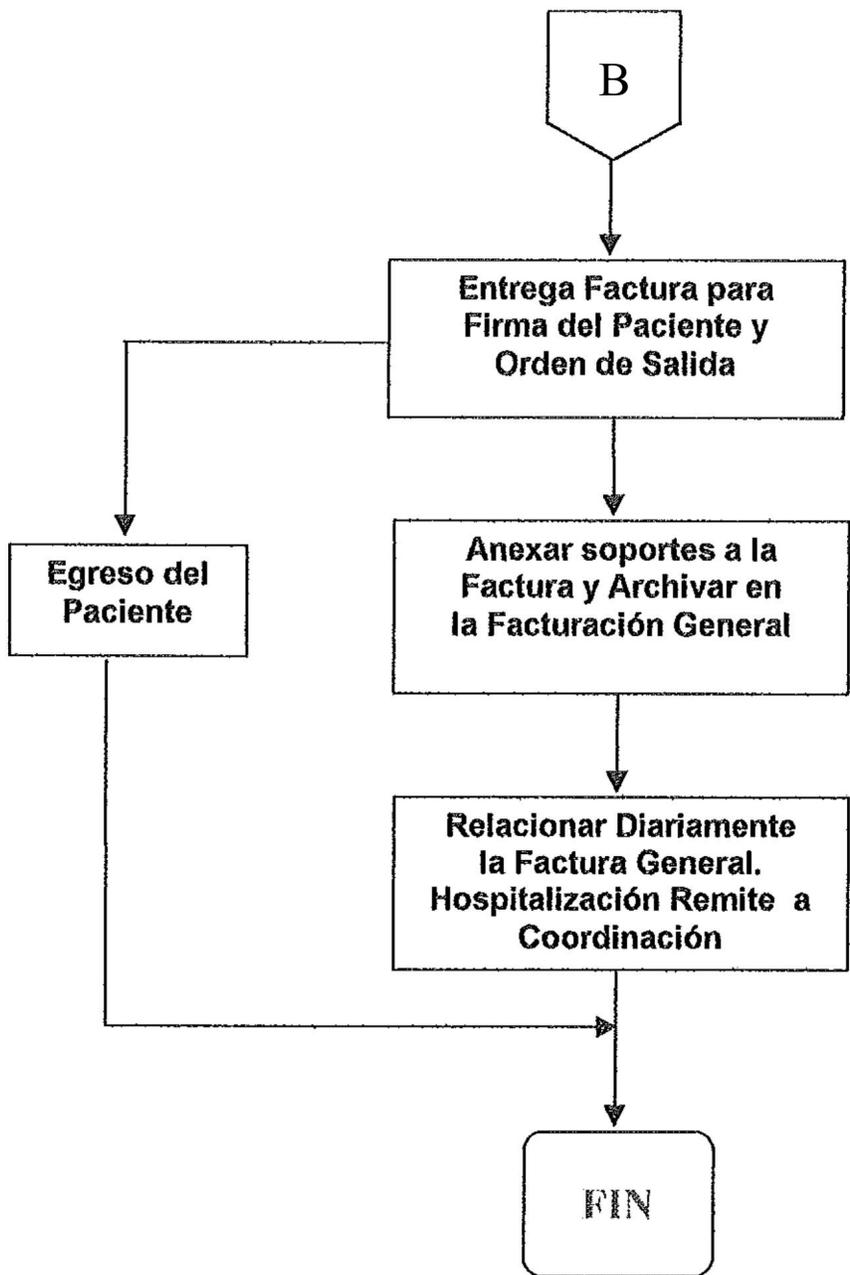


Figura 3. Flujograma del proceso de facturación para los servicios de Hospitalización, en la IPS ~ Clínica los Comuneros de Bucaramanga.

4.5.1 Proceso de facturación de servicios Hospitalarios en la IPS -

Clínica los Comuneros de Bucaramanga:

Z **PROCEDIMIENTO:** FACTURACION DE HOSPITALIZACION.

Z **PROPOSITO:** Garantizar un procedimiento oportuno, confiable en la facturación de Hospitalización.

□ **FRECUENCIA:** Diario.

Z **AREA RESPONSABLE:** Coordinación de Facturación y Facturadores del servicio de Hospitalización.

RESPONSABLE	ACTIVIDAD
FACTURADOR	<ol style="list-style-type: none">1. Realiza el censo diario de pacientes hospitalizados, cama a cama, soportado en el kardex de hospitalización y la historia clínica.2. Dígita el valor correspondiente a la estancia ocupada por el paciente en la cuenta por servicios prestados.3. Recibe los soportes por servicios de Laboratorio, Imagenología, Cirugía, Almacén y lo dígita en al cuenta del paciente, sella una vez digitado y lo archiva con la documentación de cada paciente.
MEDICO TRATANTE	<ol style="list-style-type: none">4. Diligencia la EPICRISIS y autoriza la salida del paciente.
ENFERMERA	<ol style="list-style-type: none">5. Comunica a facturación de hospitalización el egreso del paciente.6. Reclama la historia clínica, revisa epicrisis, hoja de procedimientos hospitalarios.

FACTURADOR	<ol style="list-style-type: none">7. Dígita y revisa la factura y si la encuentra correcta ordena la impresión de la factura. De no ser así efectúa las correcciones y ordena impresión.8. Requiere nuevamente al paciente el Carnet de afiliación. Último recibo de pago y cédula de ciudadanía y procede a verificar sus derechos de atención.9. Si cumple con la comprobación de derechos autoriza la entrega de la factura para firma del paciente y entrega orden de salida.10. De no cumplir con los requisitos exigidos, envía al paciente a la Coordinación de Tesorería y Cobranzas. Para establecer plan de pagos.11. Anexa a la factura los soportes, y archiva la factura.12. Al finalizar el turno relaciona y comprueba el estado de facturación y remite a la Coordinación de Facturación las cuentas procesadas durante el día.
------------	--

4.6 OBJETIVOS DEL PROCESO DE FACTURACIÓN PARA EL SERVICIO

CLINICAS QUIRÚRGICAS EN LA IPS CLÍNICA LOS COMUNEROS

- > Recopilar y organizar la información que genera la hospitalización en el servicio Clínicas Quirúrgicas de la IPS - Clínica Los Comuneros por la atención prestada a un paciente.

- > Reproducir un documento equivalente a la factura para generar la respectiva cuenta de cobro al paciente atendido o a la entidad aseguradora (EPS, ARS), con la cual se tiene una relación contractual o como producto de un evento independiente (accidente de transito, evento catastrófico, etc.).

4.7 MODELO GENERAL DEL PROCESO DE FACTURACIÓN

A continuación se describe en forma práctica el proceso de facturación con los componentes que lo integran (Véase la Figura 4).

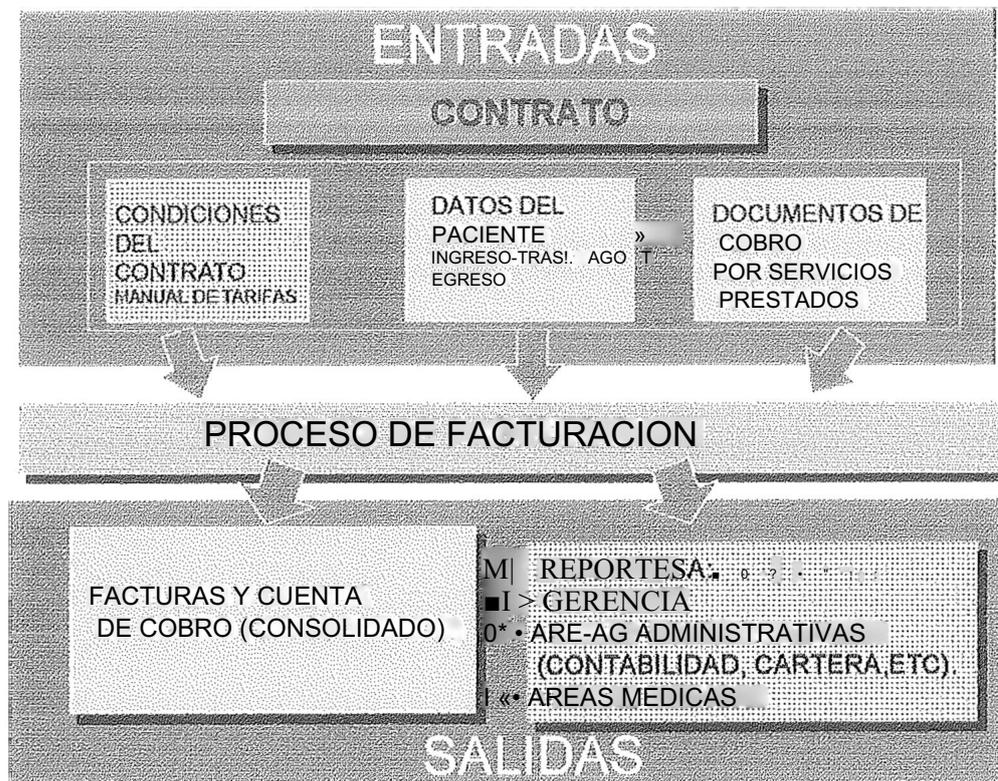


Figura 4. Representación gráfica de los Componentes del Proceso de Facturación.

Los componentes de este esquema son:

4.7.1 Entradas:

- > Un contrato o convenio y un manual de tarifas, en los cuales se fundamenta la liquidación de las cuentas de cobro de los servicios prestados a un

paciente; varios contratos pueden utilizar el mismo manual de tarifa u otros (Manual del ISS o del SOAT).

- > Soportes o documentos que deben llegar del área de admisiones de la Clínica, donde indiquen los ingresos (Hoja de Admisión) de los pacientes, los traslados de camas o pisos y los egresos de los mismos (salidas).

- > Otros soportes o documentos de apoyo que envían los distintos servicios médicos de la IPS informando los procedimientos, exámenes y suministros que fueron realizados o aplicados a un paciente.

4.7.2 Salidas:

- > *La principal salida del área de facturación es la factura individual por paciente por concepto de los servicios prestados. Esta debe cumplir estrictamente los requisitos que exige el contratante en cuanto a presentación, soportes, fechas, liquidación, formatos, etc.*

- > También la Clínica requiere internamente información muy valiosa que se genera en facturación y que debe ser distribuida bajo unos requisitos

precisos; esta información está compuesta de reportes a la gerencia, a las áreas administrativas y a las áreas medicas.

4.8 CONCEPTOS TRIBUTARIOS Y CONTABLES RELACIONADOS CON LA FACTURACIÓN

4.8.1 Documento equivalente a la factura: Se entiende como el documento que soporta una transacción de compraventa de bienes o prestación de servicios.

De conformidad con el artículo 17 del Decreto 1001 de 1996, se precisan las razones por las cuales no están obligadas ciertas instituciones, a expedir factura de venta, sino documento equivalente.

Constituyen documento equivalente a la factura, los expedidos por entidades de derecho público incluida las Empresas Industriales y Comerciales del Estado y sociedades de Economía mixta donde el Estado posea más del 50 % de su capital, los expedidos por empresa o entidades que presten servicios públicos domiciliarios, Cámara de Comercio, Notarías, y en general los

expedidos por los no responsable del impuesto sobre las ventas que simultáneamente no sean contribuyentes del impuesto sobre las ventas. Los *Hospitales públicos no son responsables del impuesto sobre las ventas.*

4.8.2 Documento equivalente a la factura como elemento esencial de la transacción económica: El Artículo 76 de la Reforma Tributaria (Ley 488 de 1998) estipula el derecho que tiene todo comprador de exigir al vendedor la entrega de una factura o DOCUMENTO EQUIVALENTE de los bienes o servicios vendidos con indicación del precio y su pago.

Comercialmente la factura o el documento equivalente, identifica la realización de un contrato de compraventa o prestación de servicios; la Facturación tiene efectos comerciales, por las obligaciones contraídas tanto para el vendedor en su garantía como para el comprador en su pago, ya que son documentos principales sobre el cual gira la operación comercial (Véase la Figura 5).

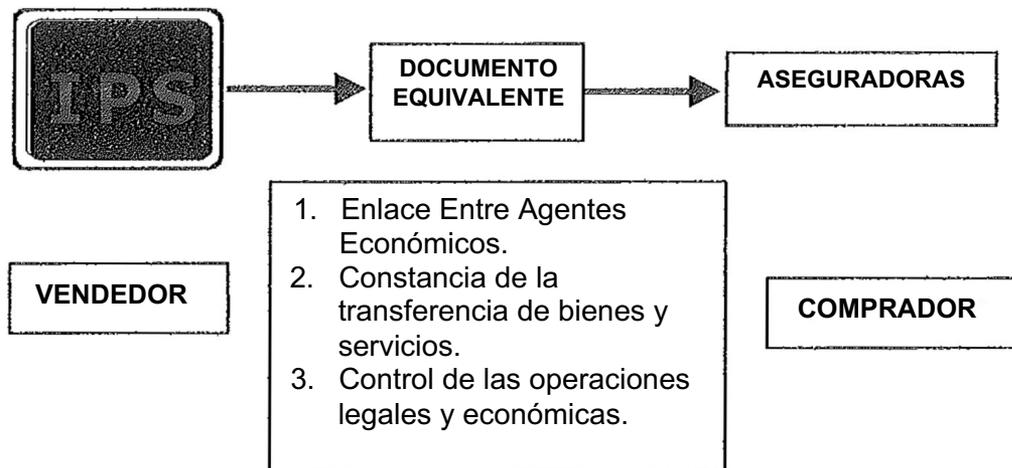


Figura 5. Efectos comerciales de la facturación.

4.8.3 La factura o documento equivalente, fuente principal del registro contable de las transacciones: Toda actividad empresarial gira en torno al cumplimiento de su objeto social, la que se refleja en las transacciones que se realizan con terceros, documentándose en la factura y soportada en los comprobante diarios que originan el movimiento de las cuentas de resultado y el crecimiento del patrimonio por efecto de los valores agregados generados, constituyéndose en el eje central de la contabilidad, afectando no sólo las cuentas de ingreso, sino también las cuentas por cobrar, por pagar, efectivo, bancos e inventarios (Véase la figura 6).

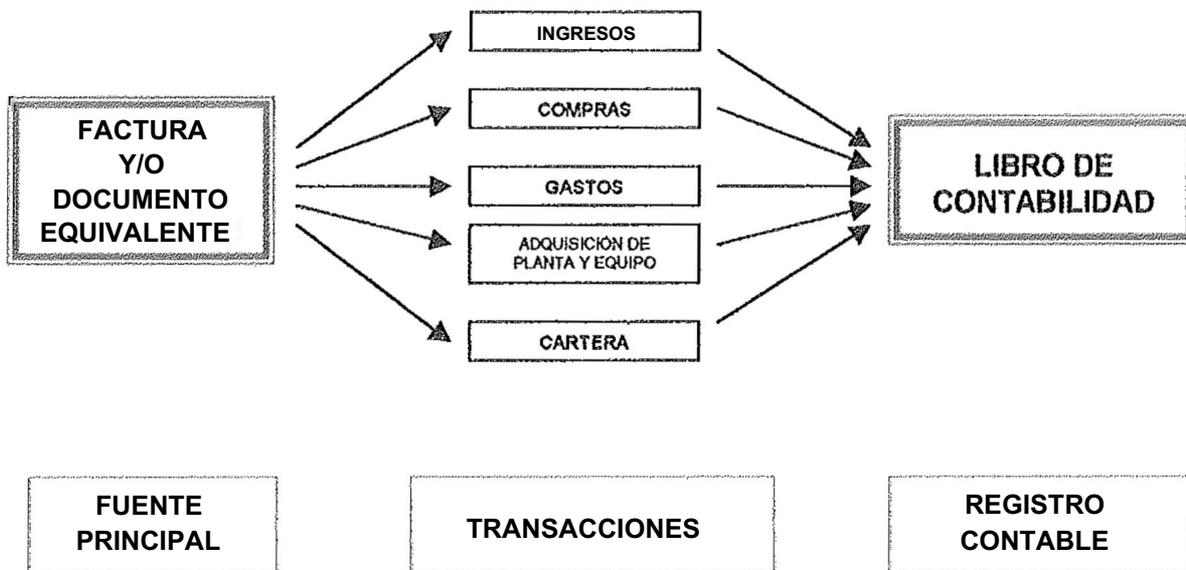


Figura 6. La Factura, fuente principal de registro contable de las transacciones.

4.8.4 Obligados a expedir Factura o Documento Equivalente:

Salvo las excepciones consagradas en los artículos 616-2 del Estatuto Tributario y el 10 del Decreto 1165/96, para efectos tributarios, se encuentran obligados a expedir factura o documento equivalente, independientemente de que sean o no contribuyentes de los impuestos administrativos por la Dirección de Impuesto y Aduanas Nacionales, por cada una de las operaciones de venta o prestación de servicios que realicen, los siguientes sujetos:

> Las personas que tengan la calidad de comerciantes

- > Las personas que ejerzan profesiones liberales o presten servicios inherentes a éstas.
- > Las personas que enajenan productos agropecuarios.
- > Los responsables del impuesto sobre las ventas.
- > Los importadores.
- > Los prestadores de servicios.
- > Los responsables del Impuesto sobre las ventas que pertenezcan al Régimen Común, se encuentren inscritos en este régimen o no.
- > En general quienes realicen habitualmente ventas a consumidores finales.

4.8.5 Características tributarias de las Empresas Sociales del Estado o IPS públicas que inciden en el manejo del proceso de facturación: El Decreto 841 de 1998 establece el manejo tributario que se dan a las instituciones de Seguridad Social, entre ellas las de salud, en lo que tiene que ver con los Impuestos Nacionales administrados por la DIAN. Estos impuestos son: Impuesto a la renta, Impuestos a las ventas, Impuesto de timbre y la Retención en la Fuente.

> Del impuesto a la Renta:

El Decreto 841 de 1998, en sus artículos 6 y 7, establece dos categorías de Instituciones Prestadoras de Salud para efectos del manejo tributario del Impuesto sobre la Renta:

Artículo 6°. Entidades de Salud no Contribuyentes: “No son contribuyentes del Impuesto sobre la Renta, los hospitales que estén constituidos como personas jurídicas sin ánimo de lucro, y las *entidades sin ánimo de lucro* cuyo objeto principal sea la prestación de los servicios de salud, siempre y cuando obtengan el permiso de funcionamiento del Ministerio de Salud y destinen la totalidad de los excedentes que obtengan a programas de salud conforme lo establece el presente decreto.”

En esta categoría se encuentran tanto las ESE así como los hospitales no transformados en ESE. Las ESE son personas jurídicas sin ánimo de lucro, cuyo objeto principal es la prestación de los servicios de salud.

Artículo 7°. Entidades de salud contribuyentes con Régimen Especial: “Sin perjuicio de lo que establece el artículo anterior, las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud que tengan el carácter de Corporación, fundación, asociación sin ánimo de lucro, caja de compensación familiar o cooperativa, se someten al Impuesto de Renta y Complementarios conforme al Régimen Tributario especial, contemplado en el Título VI del Libro Primero del Estatuto Tributario.”.

> Del Impuesto sobre las ventas:

En la Reforma Tributaria, Ley 488 de diciembre 24 de 1998 se hace referencia a los servicios excluidos del Impuesto sobre las ventas, de la siguiente forma:

“Artículo 476. Servicios excluidos del impuesto sobre las ventas: Se exceptúan del impuesto los siguientes servicios: Los servicios médicos, odontológicos, hospitalarios, clínicos y de laboratorio, para la salud humana”.

También hace referencia a los bienes que no causan el impuesto sobre las ventas, en el artículo 424.

“Artículo 424. Bienes que no causan el impuesto: Los siguientes bienes se hallan excluidos del impuesto y por consiguiente su venta o importación no causa el impuesto a las ventas.

S Antibióticos

V Sangre humana; sangre animal preparada para usos terapéuticos, profilácticos; antisueros (sueros con anticuerpos), demás fracciones de la sangre y productos inmunológicos modificados, incluso obtenidos por proceso biotecnológico; vacunas, toxinas, cultivos de microorganismos.

•/ Medicamentos constituidos por productos mezclados entre si o sin mezclar, preparados para usos terapéuticos o profilácticos, sin dosificar ni acondicionar para la venta al por menor.

J Guatas, gasas, vendas y artículos análogos (por ejemplo: apósitos, esparadrapos, sinapismos), impregnados o recubiertos de sustancias farmacéuticas o acondicionados para la venta al por menor con fines médicos, quirúrgicos, odontológicos o veterinarios.

J Preparaciones y artículos farmacéuticos a que se refiere la Nota 4, Capítulo 2 de la Reforma Tributaria (Ley 488 de 1998).

/ Compresas y toallas higiénicas, pañales para bebés y artículos higiénicos similares.

S Compresas y lampones higiénicos, pañales para bebés y artículos higiénicos similares, de guata.

J Lentes de contacto.

J Lentes de vidrios para gafas.

✓ Lentes de otras materias.

J Aparatos de ortopedia y para discapacitados.

También está excluidos los aparatos de ortopedia, prótesis, artículos y aparatos de prótesis; todos para uso de personas, audífonos y demás aparatos que lleve la propia persona, o se le implanten para compensar un defecto o una incapacidad y bastones para ciegos aunque estén dotados de tecnología, contenidos en la respectiva partida arancelaria; igualmente están excluidos los dispositivos anticonceptivos para uso femenino.

En conclusión, de acuerdo a los referentes legales expuestos, los Hospitales y *Clínicas de empresas industriales y comerciales del estado como el ISS*, son entidades no responsables del impuesto sobre las ventas porque los servicios y los productos vendidos por éstas están excepto del impuesto sobre las ventas.

4.9 CARACTERISTICAS DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO (IPS)

Las empresas Sociales del Estado son:

- > Entidades de Derecho público
- > Empresas Industriales y Comerciales del estado donde el estado posee más del 50% de su capital.
- > Entidades de Salud no contribuyentes del Impuesto sobre la Renta.
- > Entidades no responsables del Impuesto sobre las Ventas.

4.10 OBLIGACION DE EMITIR DOCUMENTO EQUIVALENTE POR PARTE DE LAS ESE - IPS.

Los hospitales públicos y clínicas de empresas industriales y comerciales del estado como el ISS, no están obligados a emitir factura de venta sino DOCUMENTO EQUIVALENTE, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 1001 del 8 de Abril de 1997 Artículo 17, el cual dice:

Artículo 17. Otros documentos equivalentes a la factura: Constituyen documentos equivalentes a la factura, los expedidos por Entidades de derecho público incluidas las empresas industriales y comerciales del Estado y Sociedades de Economía Mixta donde el Estado posea más del 50% de su capital, los expedidos por empresas o entidades que presten servicios públicos domiciliarios, cámaras de comercio, notarías y en general los expedidos por los

no responsables del impuesto sobre las ventas que simultáneamente no sean contribuyentes del impuesto sobre la renta.

4.11 CONTENIDOS MINIMOS DE LOS DOCUMENTOS EQUIVALENTES

El Decreto 1001 de 1997, Artículo 17 establece los contenidos mínimos de los documentos equivalentes; estos documentos deberán contener como mínimo los siguientes requisitos:

- > Nombre o razón Social y NIT de la persona o entidad a quien se efectúa el pago.
- > Numeración consecutiva.
- > Descripción específica o genérica de bienes o servicios.
- > Fecha.
- > Valor.
- > Formato de documento equivalente.

4.12 EXPEDICION DE LA FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE

La expedición de la factura o documento equivalente, consiste en la entrega del original con el lleno de los requisitos legales, conservando la copia de los mismos (Artículo 617 Estatuto Tributario).

4.12,1 Numeración Consecutiva: El documento equivalente debe llevar un numero que corresponda a un Sistema de numeración consecutiva, como sistema técnico de control; esta numeración consecutiva tratándose de tiquetes expedidos por maquina registradora podrán llevar prefijo alfanuméricos, alfabéticos o numéricos, sin que sea necesario solicitar autorización de la numeración.

4.12.2 Autorización de la Numeración: Como los hospitales públicos emiten DOCUMENTOS EQUIVALENTES A LA FACTURA, *no es necesario la autorización de numeración*; el artículo 3 de la Resolución 3878 de 1996 hace referencia de la siguiente manera:

Artículo 3°. Casos en los que no se requiere autorización de la numeración.

"No será necesaria la autorización de la numeración en la expedición de documentos equivalentes a la factura, en las facturas expedidas por entidades

de derecho público incluidas las empresas industriales y comerciales del Estado y sociedades de economía mixta donde el estado posea más del (50%) del capital, así como las que expidan las entidades que presten servicios públicos domiciliarios, las cámaras de comercio, las notarías y en general los no contribuyentes del impuesto sobre la renta señalados en el Estatuto Tributario".

4.12.3 Sanción por expedir facturas y documentos equivalentes sin

requisitos: Las siguientes actuaciones u omisiones por parte de los obligados a expedir factura o documento equivalente o por quienes la elaboran, son objeto de sanción de clausura o cierre del establecimiento de comercio, oficina, consultorio o sitio donde se ejerza la actividad, profesión u oficio, la cual se impondrá previo traslado de pliego de cargos para responder y se aplicará clausurando por un día el sitio o sede respectiva.

- > No expedir facturas o documento equivalente.
- > Expedir facturas sin requisitos
- > Elaborar facturas con doble numeración o sin el cumplimiento de los requisitos exigidos legalmente
- > Obtener o utilizar facturas con doble numeración por parte de los obligados a expedirlas.

- > Llevar doble facturación
- > Llevar doble contabilidad
- > No registrar en la contabilidad una factura o documento equivalente
- > No presentar a las autoridades de Impuestos el Libro Fiscal de Registro de Operaciones Diarias (Artículo 657 del E.T.)
- > Para efectos fiscales, los obligados a expedir factura o documento equivalente o sustitutivo, no podrán suplir la expedición de ellos con documentos tales como: Escrituras públicas de compraventa, cuentas de cobro, órdenes de trabajo, recibos de pago y otros documentos diferentes a los señalados anteriormente, en la Ley 488 de 1998 en el artículo 74 hace referencia a este aspecto.

En estos eventos cuando se trate de entes que prestan servicios públicos, o cuando a juicio de la dirección de Impuesto y Aduanas Nacionales no exista un perjuicio grave, la entidad podrá abstenerse de decretar la clausura, aplicando la sanción prevista en el artículo 652 del Estatuto Tributario.

4.12.4 Inscripción del Software de Facturación ante la DIAN: A partir de la Resolución 8998 del 24 de diciembre de 1998 expedida por la DIAN es optativa la utilización de los mecanismos de facturación por computador o

máquina registradora POS con la autorización del software por parte de la OIAN o no.

“ARTICULO 1. Utilización optativa del sistema aplicativo de facturación. Las personas que utilicen el mecanismo de facturación por computador o máquina registradora POS, tendrán las siguientes opciones, a partir del 1º de enero de 1999:

- > Continuar aplicando los mecanismos de facturación por computador o máquina registradora POS, que venían utilizando, sin que requieran para ello de autorización del software por parte de la DIAN, y
- > Utilizar el software aplicativo de facturación debidamente aprobado por la DIAN.”

Esta Resolución modifica las resoluciones 3878 de 199, 2002 de 1997, 3316 de 1997, 4022 de 1998 y 6305 de 1998.

La Clínica Comuneros de Bucaramanga, al expedir documento equivalente de venta NO está obligada a solicitar ninguna autorización del software de facturación ante la DIAN.

4.13 VALOR TOTAL DE LA OPERACION DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA

Debe incluirse en el monto total de la operación, independientemente de la forma de pago; en el evento de expedirse la factura en varias hojas, el valor de la operación deberá constar en la última y podrá subtotalizarse en cada una de ellas.

Cuando haya lugar a hacer ajustes por mayor valor a la transacción efectuada deberá constar en una factura nueva.

Cuando se realicen ventas o prestación de servicios las facturas deberán expedirse en idioma español y en pesos colombianos.

4.14 PERIODO QUE DEBE CONSERVARSE LA FACTURA

Por disposiciones del artículo 632 del Estatuto Tributario, para efectos de control de los impuestos, las personas y entidades contribuyentes o no contribuyentes, deberán conservar por un período mínimo de cinco años

contados a partir del 01 de enero del año siguiente al de su elaboración, expedición o recibo.

4.15 RECIBO DE CAJA

Es un documento soporte con el cual se recauda el dinero por la venta de un bien o servicio y sirve de soporte tanto para Tesorería como para Contabilidad; en ningún caso reemplaza la factura y debe contener como mínimo:

- > Fecha de expedición
- > Nombre del Cliente
- > Concepto el cual debe ser abonando o cancelando por factura
- > Valor recibido
- > Forma de Pago

4.16 REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN PARA LA FACTURACIÓN

La facturación de los servicios prestados por la institución a los usuarios es un proceso que consume esencialmente información y produce información; *de la calidad de la información que se le suministre depende la calidad de los informes que genere*. Por esta razón es de suprema importancia garantizar que esta unidad cuente con este insumo en la cantidad, veracidad y oportunidad que permita su buen desempeño.

La información requerida para el proceso se puede clasificar en general e individual.

4.16.1 Información General: se denomina información general, aquella que es necesaria para el manejo global del proceso de facturación en la empresa y tiene que ver con:

- > **Identificación de la IPS:** Dado que todo documento equivalente debe contener, razón social y NIT de la empresa.

- > **Portafolio de Servicios:** Denominación y clasificación única de los procedimientos y servicios que la institución brinda, acorde con lo establecido en la resolución 365 de 1.999.

> **Denominación y/o código del centro de costos ejecutor o generador**

del procedimiento: Esta información es necesaria para la implantación del sistema de costos en la empresa pues *permite conocer cuanto factura*, es decir cuanto produce efectivamente, cada centro de costos del área asistencial; dado que existen diferencias en los servicios que cubren los planes de beneficios de los regímenes, subsidiado y contributivo y que algunos procedimientos son cubiertos mediante convenios, es necesario establecer a que planes corresponden los procedimientos y/o servicios.

> **Tarifas:** Las Tarifas que deben aplicar las IPS del ISS son las establecidas por el Acuerdo 228 del 14 de marzo del 2000 por el cual se modificó y adicionó el Acuerdo 209 de 1999 expedido por el ISS. Adicionalmente se debe aplicar lo dispuesto por el Decreto 2423 de 1.996 ajustado según el incremento del IPC para cada año; para el efecto, debe conocerse la homologación de la denominación de los procedimientos que aparecen en dicho Decreto con la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) definida el Ministerio de Salud mediante la Resolución 0365 del 4 de Febrero de 1999.

> **Contratos vigentes:** Se debe tener conocimiento preciso de los contratos de prestación de servicios con A.R.P., E.P.S., u otros que se encuentre vigentes, y las condiciones establecidas en ellos, tales como: objeto,

servicios contratados, requisitos exigidos para [a prestación de servicios, manejo de Copagos o cuotas de recuperación, etc.

- > **Usuarios:** La información sobre los usuarios involucra listado de afiliados a las diferentes aseguradoras. Aunque en la mayor parte de las IPS se tiene esta información parcialmente, en la medida que esta se complete, la eficacia del proceso de facturación mejorará (*la eficacia de la facturación esta dada por el valor facturado en relación con los recaudo efectuados*).

- > **Marco legal:** Los funcionarios involucrado en el proceso de facturación deben tener un amplio conocimiento del sistema general de seguridad social, y debe estar siendo informado y actualizado de los cambios y novedades legales.

4.16.2 Información específica: La información específica, es la que se solicita en el momento de realizar la facturación de servicios a cada usuario y está relacionada con:

- > **Usuario:** El proceso de facturación requiere de la *identificación plena del usuario*, que incluye nombre, identificación, edad, sexo, domicilio, régimen al que pertenece, empresa aseguradora si es el caso,

> **Servicios:** *Denominación y cantidad de procedimientos realizados;* denominación, especificaciones técnicas (forma y presentación) de los medicamentos e insumos medico quirúrgicos suministrados.

> **Ejecución del Proceso:** En el proceso de facturación mediante el registro sistemático de todos los servicios prestados por la I.P.S. y con base en unas tarifas establecidas para cada una de ellos, se generan los informes legales y administrativos requeridos para el cobro respectivo.

El proceso de facturación conlleva tres pasos, que en su secuencia, duración y oportunidad, dependiendo del servicio asistencial donde sea brindada la atención y de los procedimientos establecidos en cada institución, pueden ser desarrollados en forma manual o automatizada; previo, "simultanea", o posterior a la prestación de los servicios o egreso del paciente hospitalizado. La facturación existente en la IPS Clínica Los Comuneros es de tipo simultáneo; los tres pasos son:

> **Identificación y registro de información del usuario:** En este paso se precisa quien es el beneficiario o demandante de atención en los diferentes servicios de la I.P.S., se establece o trata de establecer el régimen al que pertenece, y la entidad aseguradora, y si se del caso e procede, se solicitan los documentos y requisitos exigidos para la atención.

> **Registro de información de procedimientos:** Una vez establecida la identificación del usuario, se registra la denominación, código y cantidad de los procedimientos realizados o solicitados, denominación, y especificaciones técnicas de los medicamentos y suministros solicitados o suministrado.

> **Liquidación de los servicios prestados:** A las tarifas establecidas se realiza la liquidación de los servicios prestados o solicitados, y se procede a la elaboración, expedición y entrega del documento equivalente a factura que soporta los servicios en mención.

En el caso de usuarios que no responden directamente por el pago de la atención, se requiere de la recolección de soportes de atención y elaboración de los documentos equivalentes debidamente firmados por el usuario beneficiario de la atención para proceder a realizar el cobro.

4.17 PROCESO DE RECAUDO

Este proceso se activa cuando en la atención al usuario para la prestación de un servicio de salud exista un copago, cuota de recuperación o cuota moderadora.

El cobro efectivo y oportuno de los servicios ofrecidos le permite a las IPS su supervivencia, oportunidad para la adquisición de los recursos requeridos para brindar servicios con altos estándares de calidad, la posibilidad de ampliar la oferta de servicios y ofrecer más y mejores servicios para el beneficio de los usuarios, objeto fundamental del que hacer cotidiano de las IPS.

En este proceso, el recaudo directo que proviene del usuario corresponde según sea el caso al pago de cuotas moderadoras y copagos, a cuotas de recuperación y a pagos totales en el caso de los particulares.

Para realizar el proceso de recaudo se debe contar con los siguientes insumos de información.

Documento equivalente a factura, donde esté liquidado el valor de la atención, y se establezca el valor de la cuota de recuperación, moderadora o copago.

4.18 ADMITIR AL USUARIO PARA LA HOSPITALIZACIÓN O PARA LA OBSERVACIÓN EN URGENCIAS Y APERTURA DE CUENTA, "ADMISIONES"

Es el proceso mediante el cual la IPS realiza actividades conducentes a recibir y admitir al usuario a un servicio de hospitalización o de observación en urgencias; es usualmente conocida como el servicio de "ADMISIONES" de las IPS.

En este proceso se debe realizar la identificación del usuario y la de comprobación de derechos para proceder a realizar la apertura de su cuenta de forma manual o automatizada y a partir de la cual se contabilizan los días de estancia del usuario.

En esta "cuenta" se seguirán registrando posteriormente todos los servicios que se le presten al usuario y que deberán quedar consignados en las respectivas notas de cargo de cada servicio prestado o insumo consumido.

Esta "ADMISIÓN" debe realizarse siempre al ingreso del paciente y no al momento del egreso del mismo; por ello debe ser implantado, según el diseño organizacional de la IPS, como parte de la Unidad de Atención al Usuario,

como función de la Dependencia de Facturación y en otros casos "Centrales de Admisión".

4.19 RECEPCIONAR EL USUARIO EN LOS CENTROS DE PRODUCCIÓN

Es un punto de control del proceso de admisión y permite verificar el cumplimiento de los procedimientos establecidos en él. La recepción del usuario para la prestación del servicio tiene dos finalidades una administrativa y una técnica; la administrativa es verificar la identidad del paciente el pleno cumplimiento de los requisitos administrativos exigidos para la prestación del servicio. La técnica tiene por objeto tranquilizar al usuario, prepararlo psicológicamente para recibir el servicio requerido, garantizar el éxito del procedimiento y evitar complicaciones.

4.20 TRAMITAR SALIDA Y ORIENTAR AL USUARIO Y SU FAMILIA

Luego de que se le ha prestado el servicio de salud y se le ha definido al usuario su plan terapéutico y la conducta a seguir, se debe proceder a apoyar el retiro del usuario de la entidad, verificando el cumplimiento de los trámites administrativos y de acuerdo con las pautas asistenciales trazadas.

De esta forma, el usuario podrá ser remitido a otra entidad o IPS, trasladado de servicio, enviado al domicilio o citado nuevamente a control; la labor de la IPS en estos casos, es garantizar que el usuario llegue a su destino final, con la debida información sobre los requisitos a seguir y sobre la aplicación del plan terapéutico trazado.

4.21 ATENCIÓN AL USUARIO EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

“En un servicio de hospitalización se identifican tres momentos en el cual el usuario permanece en la Institución, como es el de ser Admitido, Prestarle el Servicio y Egresarlo de la Institución, a su vez cada momento tiene sus

procesos o procedimientos muy particulares para cada uno de los estados definidos⁴.

Su característica principal es la de prestarles servicios asistenciales y después realizar el cobro de los servicios.

A continuación se presenta un resumen del proceso de atención al usuario en los Servicios de Hospitalización (Véase el Cuadro 1).

⁴ MINISTERIO DE SALUD. PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD. RE-CREAR, La Prestación de Servicios de Salud en las Empresas Sociales del Estado en el Sistema de Seguridad Social en Salud. Guías de Capacitación y Consulta, Módulo 3. Santa fe de Bogotá, Col., 1999.

Cuadro 1. Resumen del proceso de atención al usuario en los Servicios de Hospitalización.

ADMITIR	<i>Proveniente de servicios ambulatorios.</i>
	ENTREGAR la INFORMACIÓN solicitada por el Usuario.
	INGRESAR el Usuario al Servicio de Hospitalización y apertura de la cuenta.
	<i>Proveniente de servicios de observación/hospitalización urgencias ó de otros servicios de hospitalización.</i>
	TRASLADAR al paciente.
	<i>Proveniente de servicios de consulta/procedimientos urgencias.</i>
INGRESAR el Usuario al Servicio de Hospitalización y apertura de la cuenta.	
PRESTAR	RECIBIR al usuario en el Servicio de Hospitalización.
	PRESTAR EL SERVICIO DE SALUD específico.
	Trasladar un usuario hacia quirófanos o hacia otro servicio
	REGISTRAR los SERVICIOS PRESTADOS al Usuario durante la Hospitalización.
EGRESAR	SALIDA hacia Domicilio:
	FACTURAR los servicios prestados por el Usuario.
	TRAMITAR la salida del paciente.
	ORIENTAR al Usuario y la familia.
	REMISION hacia otra IPS:
	FACTURAR Y COBRAR los servicios prestados al Usuario.
	TRAMITAR la salida del Usuario.
	ORIENTAR al Usuario y la familia
	EGRESO por defunción:
	FACTURAR Y COBRAR los servicios prestados al Usuario.
	TRAMITAR la salida del Usuario.
	ORIENTAR al Usuario y la familia.

4.21.1 Admitir a los usuarios en un servicio de hospitalización; Es el proceso o procedimiento mediante el cual el usuario ingresa a la institución para la prestación de un servicio asistencial. En el proceso de Admitir al usuario en un servicio de hospitalización se identifican varios procedimientos como son los de Entregar información solicitada por el Usuario, Ingresar al Usuario a la institución y realizarle la apertura de su cuenta.

4.21.2 Entregar información solicitada por el usuario: La Unidad de Atención al Usuario (UAU) debe documentarse e informar a los usuarios y familiares en:

- > Cuales son los deberes y derechos de los usuarios
- > Cuál es el servicio al que el usuario va a ingresar.
- > Cuáles son las instrucciones para procedimientos especiales.
- > Cuáles son los requisitos exigidos para la prestación del servicio.
- > Cómo se presta este servicio.
- > Con qué recursos cuenta la Institución para prestar el servicio.
- > Cuáles son los riesgos y beneficios de los servicios requeridos.
- > Horarios de atención de visitas.
- > Cuál cama fue asignada para el paciente.
- > Cuál es el médico responsable del paciente y su equipo de trabajo.

- > Cuál es el estado del familiar hospitalizado.
- > Qué es un plan de beneficios.
- > Costo de servicios y monto de copagos o cuotas de recuperación.
- > La UAU, debe realizar diariamente o dos veces al día el censo diario de paciente, con base en las novedades de traslado y egreso de pacientes.

4.21.3 Ingresar el usuario al servicio de hospitalización y apertura de la cuenta, “admisiones”: Es el proceso mediante el cual la UAU realiza actividades de identificación del usuario y la de comprobación de derechos, esto con el objeto de efectuar la apertura de la cuenta existiendo para ello dos alternativas, cuando la actividad es realizada por la UAU o cuando es realizada por la dependencia de Facturación.

Cuando un usuario ingresa a la institución se pueden presentar dos (2) Situaciones a saber:

- > **Viene de un servicio ambulatorio o de un servicio de urgencias:** Se caracteriza por una orden médica que debe venir refrendada o autorizada por una aseguradora, lo cual es un ingreso a la Institución.

> Proveniente de servicios de observación/hospitalización urgencias:

Se caracteriza por una orden de traslado; la enfermera jefe o encargada debe verificar, la orden de hospitalización firmada por el médico y los registros clínicos generados en urgencias o en el servicio origen de la atención, con el objeto de disponer de los recursos básicos necesarios como es el de una cama disponible entre otros.

El formato de traslado debe ser enviado a la dependencia de facturación para el respectivo registro de la novedad, en caso de que el proceso de facturación se encuentre automatizado y descentralizado, esta actividad debe ser realizada por el encargado de la transcripción en el servicio.

En caso de que el usuario no se encuentre asegurado, la institución debe focalizar y clasificar al usuario con el objeto de determinar una fuente de pago doliente de la cuenta del paciente.

4.21.4 Recibir al usuario en el Servicio de Hospitalización: Son actividades de recibir al usuario con el objeto de ofrecerle tranquilidad y confianza, se debe realizar los siguientes eventos:

- > Verificar que los recursos definidos para la atención del usuario estén dispuestos.
- > Recibir y acoger al usuario en el servicio, ubicarlo en la cama asignada y presentar al equipo de trabajo.
- > Realizar un inventario de recursos que se le entregan al usuario.
- > Abrir las respectivas notas de cargo de procedimientos e insumos.

4.21.5 Prestar los servicios de salud específicos: Son actividades de prestar los servicios de salud de acuerdo con los protocolos definidos para cada una de las situaciones de la atención.

4.21.6 Trasladar el usuario a un nuevo servicio: La jefe de enfermería o encargado, debe generar la orden de traslado, con base en la orden impartida por el médico tratante, teniendo en cuenta la disponibilidad de cama y demás recursos básicos necesarios para llevar a cabo el traslado. Una vez generada la orden debe ser enviada a la oficina de facturación para su respectiva actualización.

En caso de una cirugía, la jefe de enfermería o encargado debe enviar la orden médica a la UAU para que realice la programación y genere el contacto con los acompañantes o familiares del paciente para realizar una serie de actividades de información.

4.21.7 Registrar los servicios prestados al Usuario durante la Hospitalización: Es la actividad en la cual se registran los servicios prestados y consumos al paciente, se recomienda que tan pronto como suceda un evento se registre en las diferentes NOTAS DE CARGOS de PROCEDIMIENTOS E INSUMOS establecidos y reportar al servicio de facturación según los turnos de envío en el manual de procesos y procedimientos..

4.21.8 Egresar el usuario del servicio de Hospitalización: Es el proceso o procedimiento mediante el cual el usuario termina su estadía en la institución, el médico tratante genera una orden de salida, ya sea para el domicilio del usuario por el restablecimiento de su salud, para otra IPS por considerarlo paciente crítico o por defunción.

4.21.9 Facturar y cobrar los servicios prestados por atención del usuario:

- > **Hacia el Domicilio:** El procedimiento de liquidar es una actividad continua y es activado por una nota de cargo o de consumo, esto con el fin de no generar cuellos de botella en el momento de salida del paciente o subregistros en la cuenta.

El procedimiento de emitir una factura es activado por una orden de salida emitida por el médico tratante del usuario; antes de proceder a emitir la factura se debe verificar la identificación del paciente, la fuente de pago, y la certeza de que todos los servicios prestados hayan sido liquidados según el manual de procedimientos y tarifas.

Una vez el paciente o acompañante se acerque a la oficina de facturación, se debe tener la factura lista, realizar el cobro de copagos, cuotas de recuperación o el cobro total de la factura y una vez el recaudador reciba el pago, genere y entregue al usuario o acompañante su respectivo paz y salvo.

- > **Por remisión a otras IPS o por Defunción:** La actividad de facturar y cobrar los servicios prestados a un paciente que termina en remisión o defunción es similar a los eventos de egreso anteriores dirigida a sus acompañantes o familiares.

4.21.10 Tramitar la salida del paciente:

- > **Hacia el Domicilio:** Este procedimiento se activa con el paz y salvo emitido por el servicio de facturación, la oficina de Facturación, debe realizar actividades de cierre de cuentas y archivo de la misma en su respectiva fuente de pago de acuerdo al procedimiento de archivo establecido en el manual. La UAU debe diligenciar el formato resumen de atención según resolución 3905 de 1994, debidamente firmada por las personas responsables de la información.

- > **Remitido a otra IPS:** Se debe preparar los recursos básicos para realizar la remisión del paciente como es la disposición de transporte, personal médico o paramédico y recursos de apoyo asistencial.

Este procedimiento se activa con el paz y salvo emitido por el servicio de facturación, la oficina de Facturación, debe realizar actividades de cierre de cuentas y archivo de la misma en su respectiva fuente de pago de acuerdo al procedimiento de archivo establecido en el manual.

La UAU debe diligenciar el formato resumen de atención según resolución 3905 de 1994, debidamente firmada por las personas responsables de la información.

Diligenciar formato de remisión o autorización de acuerdo con el Decreto 2759/91 Ley 10 de 1990, Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

- > **Por Defunción:** Este procedimiento se activa con el paz y salvo emitido por el servicio de facturación, la oficina de Facturación, debe realizar actividades de cierre de cuentas y archivo de la misma en su respectiva fuente de pago de acuerdo al procedimiento de archivo establecido en el manual.

El médico tratante debe diligenciar el formato de defunción; diligenciar formato de resumen de atención según resolución 3905 de 1994, debidamente firmadas por las personas responsables de la información.

4.21.11 Orientar al usuario y su familia:

- > **Hacia el Domicilio:** Son actividades de información al usuario o a su familia acerca de las recomendaciones definidas por el médico tratante y prestación de servicios para Control Médico o inquietudes por parte del usuario.

- > Remitido hacia otra IPS:** Son actividades informativas sobre recomendaciones definidos por el médico tratante, perfil de la IPS a donde será trasladado el paciente, condiciones en que será trasladado el paciente y el porque será trasladado el paciente.
- > Por Defunción:** Son actividades de guiar a los familiares o acompañantes en el manejo de esta situación, como es la de disponer de los recursos para tramitar los requerimientos exigidos por la ley.

4.22 COMO REALIZAR UNA LIQUIDACION ADECUADA PARA EXPEDIR UN DOCUMENTO EQUIVALENTE DE LA FACTURA

4.22.1 Ayudas para realizar adecuadamente la liquidación de servicios:

La base de este trabajo es la comprensión adecuada de los contratos y manuales de tarifas ya comentados, y el proceso de liquidación misma, que describe a continuación:

Cada área de la IPS que presta un servicio debe ser la responsable de dar la información completa y correcta a facturación, para permitir la elaboración de la

liquidación individual por paciente y por ende su cobro. Cuando la facturación es automatizada, esta responsabilidad puede llenarse de dos maneras: o bien el área misma dígitas en el computador la información sobre los servicios prestados y entrega a facturación la información digitada y los soportes para el cobro, o bien entregan los soportes para el cobro y un grupo que llamaremos digitación, se encarga de alimentar el computador con la información sobre los servicios prestados.

Las ventajas de que cada área digite la información sobre los servicios que prestó son las siguientes:

- > Las áreas conocen mejor los servicios prestados y pueden detectar errores o incoherencia en los soportes de cobro, que no serían detectados por los digitadores de facturación o de sistemas

- > Como los soportes son la base para la correcta facturación, esta solución de problemas en los soportes para poder digitar la información correctamente, sirve de capacitación y refuerzo al personal del área para mejorar y completar la información de los soportes : nombres poco claros, identificación inadecuada del servicio, etc.

- > Si la información fuera utilizada también para beneficio interno del área, ésta debe controlar que sea correcta y por lo tanto debe encargarse de su digitación.

Un ejemplo claro de esto es el área de suministros; cuando se tiene un sistema integrado, los suministros entregados a un paciente, una vez digitado, afectan tanto a facturación como a los inventarios. Quienes responden por los inventarios deben manejar su información para asegurarse de que está correcta, y evitar errores que falseen sus existencias.

Bajo cualquiera de las dos modalidades, o si el documento equivalente a la factura es manual, el trabajo de digitación debe hacerse diario, por las siguientes razones :

- > En cualquier momento se debe conocer el estado de cuentas de un paciente
- > De antemano se prevén posibles problemas para el cobro de algún servicio pudiendo así remediarse. Se disminuye la subfacturación por requisitos incompletos y por problemas insolubles, una vez el paciente haya salido del hospital.

> El trabajo se hace mas regular durante todo el mes y se evitan sobrecostos por horas extras, dominicales o festivos, productos de una acumulación innecesaria.

> Se agiliza la salida del paciente.

4.22.2 Ayudas para realizar adecuadamente el archivo de documentos: El

objetivo del archivo es almacenar todos los soportes de cobro que hayan sido radicados en facturación hasta que termine el servicio y se gene una cuenta de cobro consolidado; esto implica organizar eficientemente los documentos para que en cualquier momento puedan ser encontrados y consultados. El proceso para el archivo adecuado es el siguiente:

> **Etapa 1:** Obtener la radicación de los documentos recibidos y liquidados

> **Etapa 2:** Clasificación según la organización del archivo; algunos ejemplos de clasificación de archivos son:

- Por paciente ambulatorio y hospitalizados

- ® Por empresas contratantes

o Por pacientes activos y egresados (pasivos)

o Por nombre (alfabético) o por código (numérico)

© Combinaciones de las anteriores

- > **Etapa 3:** Para los pacientes admitidos (ambulatorios y Hospitalizados), y utilizando las hojas de admisión o las órdenes del contratante, abrir nuevas carpetas o haga cambios en el archivo, colocando rótulos con los nombres de los pacientes.

- > **Etapa 4:** Con el paquete de documentos o soportes recibidos de radicación y liquidación, se debe ubicar cada paciente en el archivo, procurando ordenarlos de acuerdo con la clasificación enunciada .

- > **Etapa 5:** Reclamar a los responsables de facturación la lista de los paquetes y entregar en forma ordenada al responsable de la elaboración del consolidado o cuenta de cobro.

4.22.3 Ayudas para realizar adecuadamente la revisión y corrección de

cuentas: El objetivo de esta actividad es garantizar la calidad de la facturación de los pacientes ingresados a la IPS, revisando que estén bien registrados todos

los servicios prestados y la liquidación según el manual de tarifas correspondiente a la empresa contratante; así como producir la liquidación individual o cuenta de cobro respectiva facilitando la salida del paciente. El proceso de revisión es el siguiente :

- > **Etapa 1:** Solicitar a archivo los soportes correspondiente a los pacientes que tienen salida en el día y de los ambulatorios cubiertos por un contrato, a los cuales se les haya terminado de prestar servicios.

- > **Etapa 2:** Solicitar a las áreas soportes de servicios prestados a estos pacientes recientemente y que no han llegado a facturación.

- > **Etapa 3:** Revisar si cada soporte está anotado correctamente en el computador y si todos los existentes son los únicos registrados o si sobran en cuyo caso buscar el soporte o anular el registro. Si por lo contrario, falta anotar algún soporte, lo registra.

- > **Etapa 4:** Imprimir la liquidación individual por paciente.

- > **Etapa 5:** Asignar a la liquidación individual el numero consecutivo respectivo y enviarse a contabilidad.

> **Etapa 6:** Reunir cada paquete de soportes de un paciente con su liquidación individual impresa. Si esta área es la responsable de la elaboración de la cuenta de cobro o consolidado se procede a realizar la cuenta de cobro de acuerdo al periodo respectivo.

> **Etapa 7:** Organizar físicamente la cuenta y sus soportes según los requisitos particulares del contratante como :

o Cartas de presentación de la cuenta

e Ganchos, sobres, bolsa, carpetas, etc.

> **Etapa 8:** Registrar los datos básicos de las cuentas de cobro. Es muy importante hacer un control del trabajo de facturación conjuntamente con cartera, si este proceso es realizado por el área de facturación se debe realizar un seguimiento de las cuentas producidas hasta que se paguen.

Igualmente se debe llevar un control sobre la rapidez del trabajo de facturación y su precisión. Esto puede hacerse registrando en un libro de seguimiento de cuentas, los datos básicos de cada liquidación individual producida, nombre del paciente, nombre del contratante, valor facturado, numero cuenta, fecha y hora de salida del paciente, fecha y hora de entrega.

> **Etapa 9:** Entregar la cuenta al paciente (paciente particular), o si el paciente esta cubierto por un contrato, entregar estas cuentas a cartera si es esta la responsable de realizar la entrega al contratante, o por el contrario el proceso termina hasta la radicación de la cuenta de cobro con sus soporte a la entidad contratante realizando la radicación respectiva en los plazos establecido.

4.22.4 Ayuda para hacer la corrección de errores posteriores a la entrega:

Si los errores en las cuentas muestran fallas en procedimiento desde el punto de vista administrativo o clínico por parte de la IPS, se tiene la oportunidad de corregirlas, pero es muy importante hacer el seguimiento para entender los problemas corrigiendo el error en el menor tiempo posible, para lo cual se propone el siguiente proceso:

> **Etapa 1:** Cada vez que se reciba una cuenta devuelta por parte del Gestor de cartera, buscar en el libro de seguimiento de cuentas y registre los datos mas importantes como:

- Fecha de devolución de la cuenta (recepción en facturación),
- Fecha de entrega de la cuenta (Cartera).
- Valor del error.

o Tipo o tipos de errores

> **Etapa 2:** El responsable del área analiza el motivo de la devolución, identificando el tipo de error que existió para que pueda dar las instrucciones pertinentes al liquidador y revisor de cuentas, que permitan evitar nuevamente los errores cometidos. Los errores mas frecuentes son :

© Mala interpretación del Manual de tarifas al liquidar algún servicio.

« Información incompleta en la cuenta de cobro o en los soportes en cuanto a los datos del paciente, o a los servicios cobrados

® Errores de mecanografía, letras o números o repisados.

® Cuentas enviadas en el periodo que no corresponde según la fecha de atención al paciente

® Falta de firmas o sellos que las empresas contratante exigen, etc.

> **Etapa 3:** El responsable de la cuenta revisa y corrige el error.

> **Etapa 4:** El responsable de la cuenta entrega al área de cartera los documentos con los soportes corregidos, para que se de respuesta en los plazos establecidos al contratante, para su cobro.

5. IDENTIFICACION DE VARIABLES

Teniendo en cuenta el objeto del estudio, las variables identificadas correspondieron a las etapas que conforman el proceso de facturación de servicios hospitalarios quirúrgicos de la IPS - Clínica los Comuneros de Bucaramanga.

5.1 CLASIFICACION Y MEDICION DE VARIABLES

Las variables seleccionadas se clasificaron como cuantitativas y su escala de medición fue de tipo nominal (conteo y aplicación de técnicas estadísticas). “Para efectos de auditoría se elaboraron indicadores de resultado con el fin de medir la eficiencia, eficacia y calidad del proceso de facturación”⁵ de servicios hospitalarios quirúrgicos prestados por la IPS Clínica los Comuneros (Véase a continuación).

⁵ PABÓN LASSO, Hipólito. Evaluación de los Servicios de Salud. Método PRIDES. Universidad del Valle. Cali. 1985

5.1J INDICADORES DE RESULTADO: Permitieron medir si el proceso de producción del área de facturación fue adecuado. - Cumplimiento contractual

INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL — FORMULA	INTERPRETACIÓN
EFICIENCIA	$\text{Tiempo de la entrega de las cuentas individuales} = \frac{\text{Fecha establecida de entrega de las cuentas a cartera} - \text{Fecha de entrega a cartera}}$	Rapidez en la entrega de las cuentas individuales a Cartera.
	$\text{Tiempo de entrega de la factura al paciente hospitalizado} = \text{Hora en que la factura esta lista para su pago} - \text{Hora en que se autorizo la salida del paciente}$	Rapidez en la entrega de la factura al paciente hospitalizado. Muestra la eficiencia del Dpto. de facturación para recoger la información restante sobre los últimos servicios prestados al paciente, liquidar su valor y entregar la factura. Si el proceso esta automatizado indica la organización y coordinación que se tiene con los centros de costos asistenciales para la captura directa de los servicios particulares prestados por cada centro.
	$\text{Tiempo de preparación de una cuenta individual} = \frac{\text{Fecha de terminada la atención de! paciente} - \text{Fecha de terminación de la preparación de la cuenta individual}}$	Tiempo de duración del proceso de preparación de una cuenta individual
	$\text{Tiempo promedio en corregir y enviar una cuenta individual a cartera} = \frac{\text{Fecha en la que se envía la cuenta corregida} - \text{Fecha de llegada de la cuenta para su corrección}}$	Días de mora en el proceso de corrección y devolución
	$\text{Subfacturación por centro de Costo} = \frac{\text{Valor de los servicios registrados en cada Centro de costos} - \text{Valor facturado por cada Centro de Costos}}$	Permite conocer el valor de las pérdidas por causa de la subfacturación. Este caso se puede dar cuando el proceso es automatizado y no existen terminales en cada centro de costos para que se capture directamente allí las órdenes correspondientes al Centro de costos.

INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL- FORMULA	INTERPRETACIÓN
	<p>Otra forma:</p> <p>Pérdidas por servicios prestados y no cobrados a pacientes por Centro de Costo = Valor del total de las órdenes no incluidas en las facturas</p>	<p>sino que las órdenes llegan a una central de facturación y allí se digitan. Al comparar el valor de las órdenes que reposan en los centros de costos con el registrado en la central de facturación pueden dar valores distintos por diversas razones: Porque los soportes no llegan a la central de facturación o porque los digitadores de la central no entienden los nombres de los procedimientos escritos en las órdenes, o por que simplemente se pasan de alto</p>

EFICIENCIA	<p>Rendimiento = $\frac{\text{No. de pacientes a quien se liquidó una cuenta}}{\text{Número de empleados del área}}$</p>	<p>Permite conocer el rendimiento individual promedio de los funcionarios del área No. de las cuentas liquidadas por 5 empleado.</p>
	<p>Eficiencia del área = $\frac{\text{Valor facturado}}{\text{Costo mensual del departamento}}$</p>	<p>Permite conocer la eficiencia del departamento de facturación.</p>
	<p>- Número total de pacientes facturados</p>	<p>Nos permite conocer la demanda real, j</p>
	<p>- Valor facturado en el mes por fuentes de pago</p>	<p>Permite conocer la participación en la venta total de la institución por cada una de las fuentes de pago.</p>
<p>- Valor facturado en el mes para pacientes ambulatorios y hospitalizados separadamente</p>	<p>1</p>	

EFICACIA	% de cuentas devueltas por errores = $\frac{\text{Número de cuentas devueltas} \times 100}{\text{Número de cuentas enviadas a cartera}}$	Mide el porcentaje de cuentas devueltas o glosadas por falta de control por parte Dpto. de Facturación.
	% del valor facturado devuelto por errores = $\frac{\text{Valor en pesos de cuentas devueltas} \times 100}{\text{Valor total de cuentas enviadas a cartera}}$	Permite conocer el porcentaje del valor total de facturación que fue devuelto por errores.
	% de cuentas devueltas por tipo de error = $\frac{\text{No. de cuentas devueltas por tipo de error}}{\text{No. de cuentas enviadas a cartera}}$	Mide el porcentaje de cuentas por tipo de error que fueron devueltas. Es importante clasificar los errores para poder priorizar los aspectos que en las capacitaciones se deben tener en cuenta para corregir y controlar.
	% de cuentas devueltas por tipo de error por fuente de pago = $\frac{\text{No. De cuentas devueltas por tipo de error por fuente de pago}}{\text{No. de cuentas enviadas a cartera por fuente de pago}}$	Permite conocer por cada fuente de pago o contrato los tipos de errores mas frecuentes.
	% de cuentas presentadas a cartera con errores = $\frac{\text{Número de cuentas individual, con reclamos válidos} \times 100}{\text{Número de cuentas devueltas por cartera}}$	Permite conocer el porcentaje de l cuentas individuales que fueron devueltas por cartera por justas razones.
	% del valor facturado con errores = $\frac{\text{Valor en pesos de errores reversados} \times 100}{\text{Valor total facturado a pacientes}}$	Valor de las cuentas que tñay que corregir por justas razones.
	% de cuentas devueltas por origen de! error = $\frac{\text{No. de cuentas devueltas por origen de! error}}{\text{No. de cuentas enviadas a cartera}}$	Registrar las causas más comunes que i generan la devolución de las cuentas individuales. Estas causas se pueden reunir en grupos que representen el} origen del error
	No. de pacientes atendidos sin facturar = No de facturas - No de egresos	Permite conocer el No. de pacientes atendidos y no facturtado. Representa pérdidas para la institución, f
	Pérdidas de servicios y no incluidos en la factura. = Valor total de soportes no incluidos en la factura	Permite medir las pérdidas de la institución por subfacturación.
$\frac{\text{Monto facturado en un contrato} \times 100}{\text{Monto de facturación esperado por el contrato}}$	Seguimiento a los montos de tos contratos y tipo de paciente	
$\frac{\text{Monto facturado por tipo de paciente} \times 100}{\text{Número de pacientes facturados por tipo de paciente}}$		

INDICADOR DE CALIDAD: Coordinación con otras áreas, permiten medir si el manejo de los soportes es adecuado y la satisfacción de las otras áreas

COORDINACION CON OTRAS AREAS	- Número de días de retraso en el envío de soportes del servicio médico a facturación	
	- Lista de servicios asistencias más demorados para enviar los soportes	
	- Número de soportes pendientes por falta de admisión del paciente	
	- Pérdidas por servicios efectuados y no cobrados al contratante o al paciente por culpa de las diferentes áreas por errores de archivo, liquidación o mal manejo del documento.	
	Fechas de entrega de informes requeridos por las áreas Número de correcciones que requieran los informes	

5.1.2 INDICADORES FINANCIEROS

FINANCIEROS	Participación de facturación = $\frac{\text{Total egresos facturados} \times 100}{\text{Total egresos de la IPS}}$ en egresos totales	Participación de los egresos de facturación frente a los egresos totales
	Rentabilidad Por servicio = $\frac{\text{Costos por servicio} \times 100}{\text{valor de Facturación por servicio}}$	Mide la rentabilidad de cada servicio con respecto a la producción del mismo
	Participación por servicio = $\frac{\text{Valor facturado por servicio} \times 100}{\text{Valor total facturado en la IPS}}$	Mide el porcentaje de participación de un servicio en la producción de la IPS.
	Participación Por = $\frac{\text{Valor facturado por responsables de pago} \times 100}{\text{Valor total facturado}}$ responsables de pago	Establece el porcentaje de pacientes atendidos en la IPS de acuerdo a los diferentes responsables del pago Analiza la demanda de cada contratista. Mide la concentración de los clientes, sirve para fijar estrategias de cobro y mercadeo.
	Rentabilidad de los = Valor del contrato - valor total facturado contratos por capitación.	Mide la rentabilidad de los contratos por capitación.

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo **transversal** (estudio simultáneo de variables en el mes de enero del 2000), **retrospectivo** (se indagó sobre hechos ya ocurridos) y **descriptivo** (cómo fue la situación de las variables estudiadas).

6.2 UNIVERSO

Total de facturas por concepto de hospitalizaciones quirúrgicas (totalidad de egresos) registradas en el área de facturación de la IPS Clínica los Comuneros de Bucaramanga durante el mes de enero del año 2000, equivalente a 184 facturas.

6.3 UNIDAD DE ANALISIS

Facturas, soportes e historias clínicas por concepto de hospitalizaciones quirúrgicas registradas en el área de facturación de la IPS Clínica los Comuneros de Bucaramanga, durante el mes de enero del año 2000.

6.4 INFORMACION REQUERIDA PARA SELECCIÓN DE LA MUESTRA

- > Total de facturas por servicios hospitalarios quirúrgicos prestados a los Afiliados y beneficiarios del ISS, durante el mes de enero del año 2000.

- > Historias clínicas de los pacientes atendidos y soportes de facturación específicos.

- > Datos estadísticos de egresos en el servicios de hospitalización clínicas quirúrgicas de la IPS Clínica los Comuneros durante el mes de enero del 2000.

- > Base de datos estadística del área de facturación de la IPS.

6.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se utilizó la información "College Outline Series - Tables for Statisticians" estableciendo como base un margen de error del 5% y un límite de confianza del 95%. Con estos criterios la muestra seleccionada fue de 35 facturas con sus correspondientes soportes de atención e historias clínicas, representando el 19% del universo aproximadamente.

6.6 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Muestreo aleatorio simple con inicio de selección de la muestra al azar, teniendo en cuenta el consecutivo del universo seleccionado; el intervalo para la escogencia de unidades fue igual a 5 ($184 / 35$).

6.7 ORGANIZACIÓN DE LA MUESTRA SELECCIONADA

> Clasificación de facturas y soportes por número y fecha de emisión de la factura, número de historia clínica y tipo de afiliados.

> Clasificación por edad del paciente, sexo y tipo de riesgo o contingencia .

> Clasificación por tiempo de estancia y tipo de especialidad.

Véase el Anexo A.

6.8 METODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACIÓN

La investigación se orientó a obtener información relacionada con la facturación de servicios hospitalarios quirúrgicos prestados a los afiliados y beneficiarios del ISS en la IPS Clínica los Comuneros de Bucaramanga durante el mes de enero del 2000.

Dadas las características y los objetivos del estudio se adoptó un formato para la recolección de información con las siguientes variables principales:

- > *Soportes Generales:* Soporte médicos y soportes administrativos.
- > *Pertinencia Médica,* desde el punto de vista administrativo
- > *Errores en la codificación.*

La definición de variables secundarias, constituyó la base para la evaluación de auditoría y revisoría de cuentas objeto del estudio. (Véase el Anexo B).

6.9 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACIÓN

El estudio se realizó en un período de seis meses partiendo de su planificación hasta la entrega de resultados ante las autoridades académicas pertenecientes a la Especialización en Auditoría en salud II, de la Universidad Autónoma de Bucaramanga.

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo en dos meses abarcando desde la fase de elaboración de los respectivos instrumentos de recolección de información, hasta la tabulación y análisis de resultados obtenidos.

Las etapas definidas para el desarrollo del proceso fueron:

1. **Selección de la Muestra:** Consulta directa de la Base de Datos y archivos del área de facturación de la IPS Clínica los Comuneros de Bucaramanga. Esta actividad se realizó durante 15 días con la ayuda y participación conjunta del equipo investigador y los funcionarios del área de facturación de la Clínica

2. **Recolección de datos:** La recolección de datos se realizó mediante la observación y revisión directa de las facturas que conforman la muestra seleccionada.

3. **Tabulación:** La tabulación de los datos recolectados, fue realizada por todos los integrantes del equipo investigador. El consolidado de la información se clasificó y se organizó teniendo en cuenta las variables e indicadores definidos para el estudio (véase el Anexo C).

4. **Recursos necesarios:** Para la recolección de datos fue necesario la participación activa de los tres investigadores y una auxiliar capacitada en sistemas de información y contabilidad. Adicionalmente se requirieron insumos de papelería, computador, teléfono y gastos de desplazamiento.

5. **Presentación de Resultados, análisis de la información y estrategias de mejoramiento:** Fueron consignados en forma escrita y se describen en los capítulos 7 a 9 del actual trabajo.

6. **Elaboración y sustentación del Informe de Auditoría:** Como resultado del estudio se elaboró el respectivo informe de auditoría el cuál es sustentado ante las autoridades académicas, niveles directivo y administrativo de la IPS, según el cronograma establecido para tal fin.

Véase en Anexo D.

7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

7.1 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECOLECTADA

La información obtenida durante el estudio de auditoria al proceso de facturación de servicios quirúrgicos hospitalarios de la IPS Clínica Los Comuneros de Bucaramanga se organizó de la siguiente forma:

7.1.1. Análisis de la muestra seleccionada: La información de la muestra seleccionada fue analizada teniendo en cuenta el número de facturas, fecha de emisión, número de historia, tipo de riesgo asegurado y tiempo de estancia. Igualmente se clasificaron las variables de edad, sexo, tipo de usuarios y especialidad (Véase el Anexo A).

En las figuras 7 a 10, se muestran gráficamente las variables, tipo de usuario, edad, sexo y especialidad.

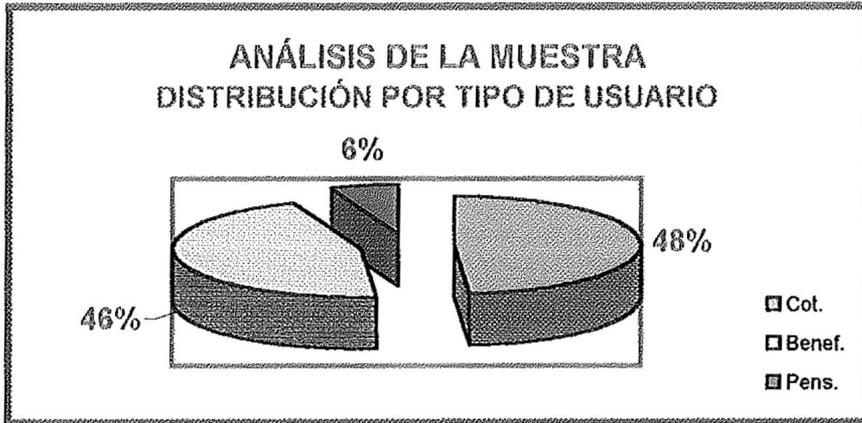


Figura 7. Análisis de la muestra seleccionada, distribución por tipo de usuario.

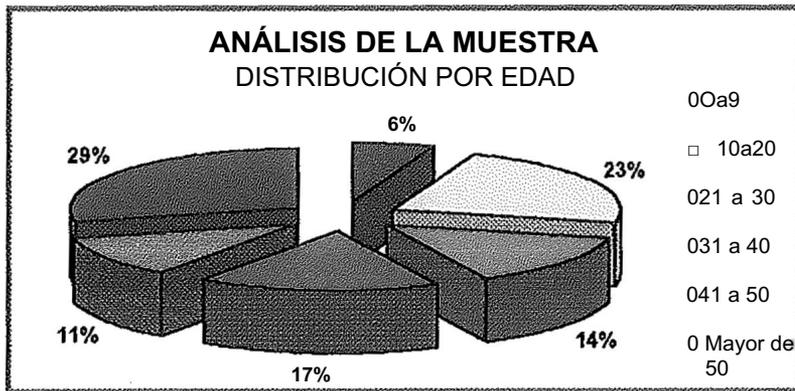


Figura 8. Análisis de la muestra seleccionada, distribución por edad.



Figura 9. Análisis de la muestra seleccionada, distribución por sexo.

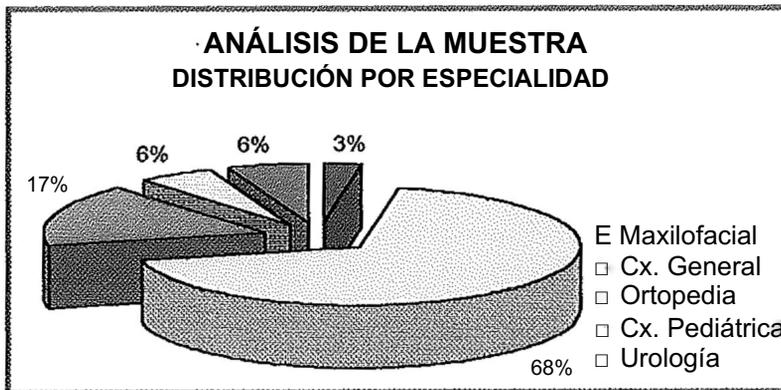


Figura 10. Análisis de la muestra seleccionada, distribución por especialidad.

7A.2 Adopción de instrumentos para la revisión de cuentas: Con base en algunos instrumentos elaborados por empresas acreditadas de consultoría local⁶, el equipo investigador modificó y adoptó un formato para la identificación de glosas (Véase el Anexo B); la información obtenida fue consignada en hoja de cálculo excell, donde se relacionaron y tabularon los motivos de glosas efectuadas a las cuentas objeto de estudio (Véase el Anexo C).

7.1.3 Resultados obtenidos con la aplicación del instrumento de evaluación:

- a. El 100 % de las facturas auditadas (35 facturas) con sus correspondientes soportes e historias clínicas presentaron causas de glosas (Véase la figura 11).

⁶ Colaboración de C & ES Ltda., Consultores y Especialistas en Salud Ltda. Bucaramanga.

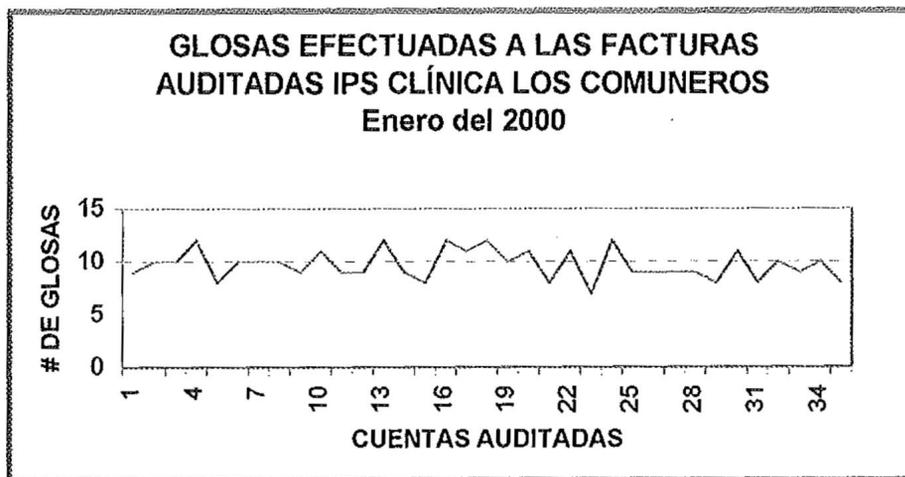


Figura 11. Glosas efectuadas al total de la muestra objeto de estudio.

b. Se presentaron 340 causas de glosas en las 35 facturas analizadas (Véase el Anexo C).

c. Los diferentes tipos de glosas presentaron las siguientes características:

J 31 % por soportes administrativos equivalente a 106 causas de glosa.

J 31 % por errores en codificación equivalente a 105 causas de glosa.

V 26% por soportes médicos equivalente a 90 causas de glosa.

•/ 11% por pertinencia médica (desde el punto de vista administrativo)

equivalente a 39 causas de glosa.

Véase la Figura 12.

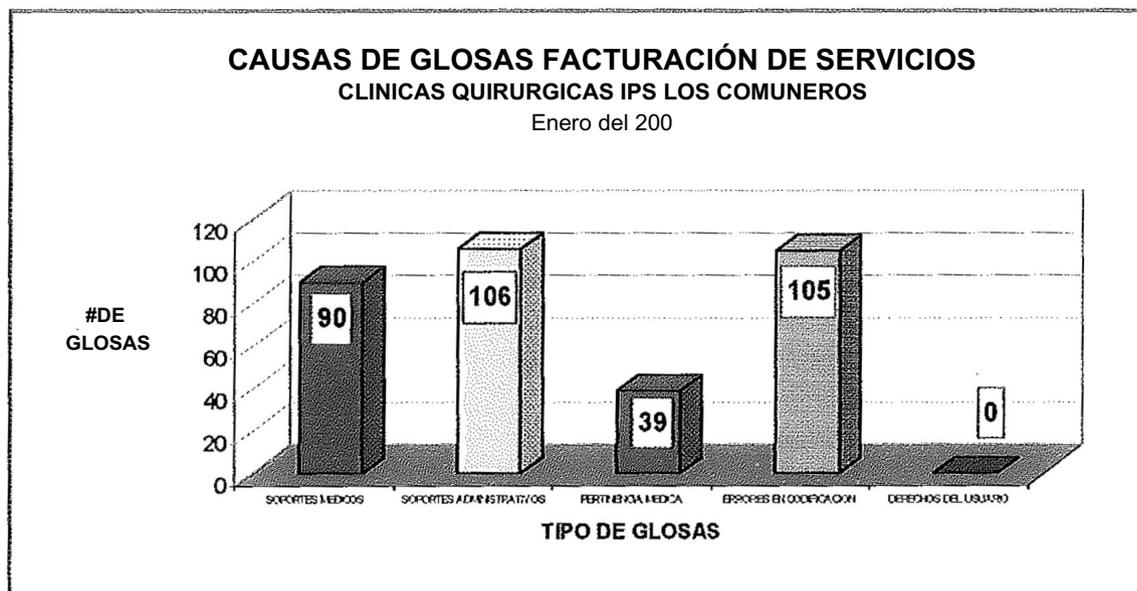


Figura 12. Causas de glosas efectuadas al total de la muestra objeto de estudio.

d. Según el literal anterior los motivos de glosa que más se presentaron obedecieron a soportes administrativos y errores en la codificación; el orden de frecuencia fue:

S Ausencia de soportes sobre documentos de identificación del afiliado en las 35 facturas analizadas (100% del total de la muestra).

J Ausencia de registro presupuesta! o autorización de la EPS en las 35 facturas analizadas (100% del total de la muestra).

/ Ausencia de registro presupuestal para las cirugías que no eran de urgencia en 19 facturas analizadas (54% del total de la muestra).

-/ No se anexó remisión en 17 facturas analizadas (48% del total de la muestra).

Z No se registra en la epicrisis los procedimientos solicitados por el médico que respalden la facturación de los mismos, en las 35 facturas analizadas (100% del total de la muestra).

J La fecha de ingreso y egreso en la factura no coincide con lo registrado en la epicrisis en las 35 facturas analizadas (100% de la muestra).

J No se facturan otros procedimientos realizados fuera del paquete quirúrgico en las 35 facturas analizadas (100% de la muestra).

Véanse las figuras 13 y 14.

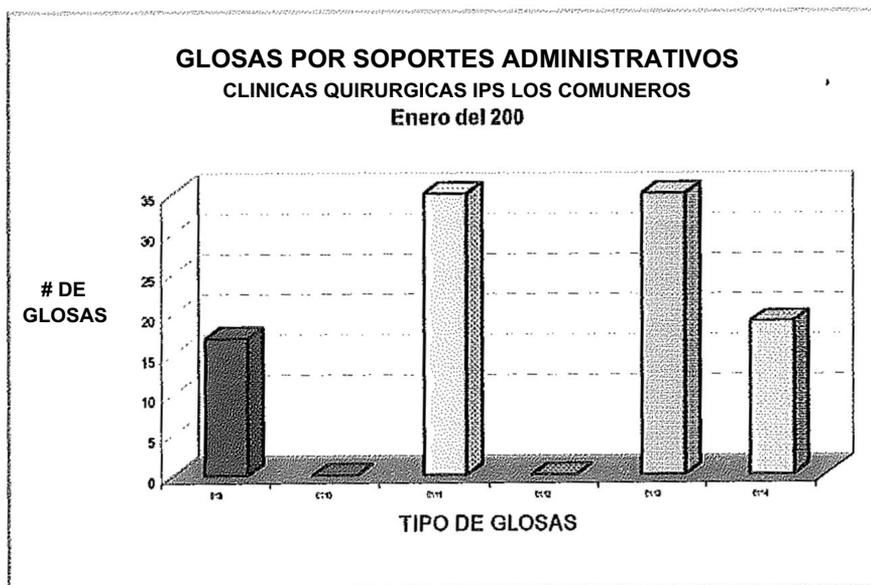


Figura 13. Causas de glosas por soportes administrativos.

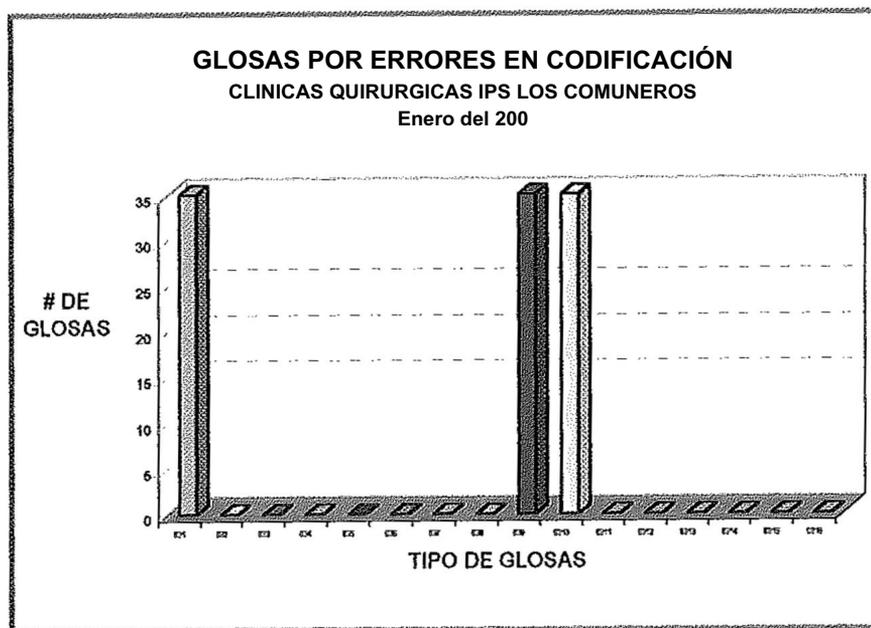


Figura 14. Causas de glosas por errores en la codificación.

e. Las causas de glosa por soportes médicos fueron las siguientes:

J Las epicrisis adjuntas están diligenciadas en forma incompleta en las 35 facturas analizadas (100% del total de la muestra).

J No hay registro en la epicrisis de toma o interpretación de exámenes diagnósticos en 17 facturas analizadas (49% del total de la muestra).

J No hay registro en la epicrisis de toma o interpretación de exámenes de laboratorio en 14 facturas analizadas (40% del total de la muestra).

Véase la figura 15.

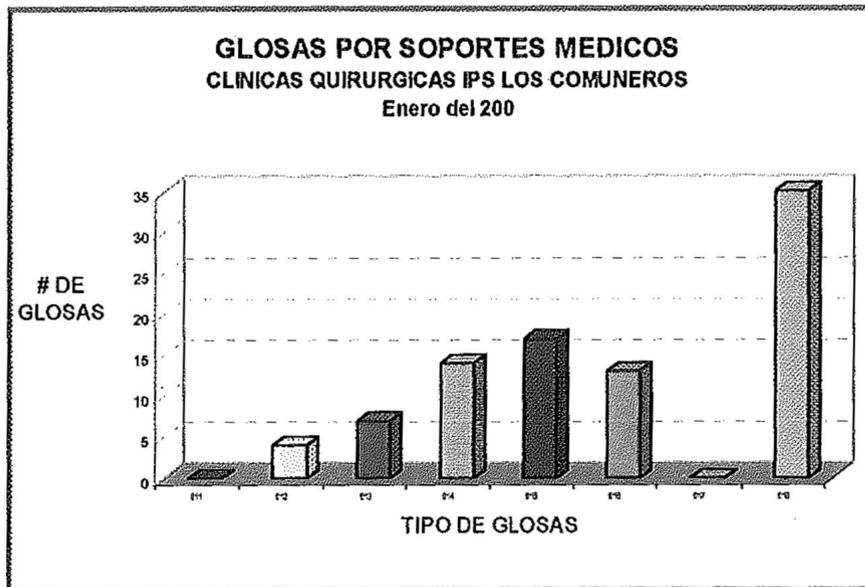


Figura 15. Causas de glosas por soportes médicos.

f. Las causas de glosa por pertinencia médica desde el punto de vista administrativo fueron las siguientes:

J No se registró en la historia clínica o en la epicrisis si el médico es general o especialista en 26 facturas analizadas (74% del total de la muestra).

J No se justificó la estancia hospitalaria prolongada en 13 facturas analizadas (37% del total de la muestra).

Véase la figura 16.

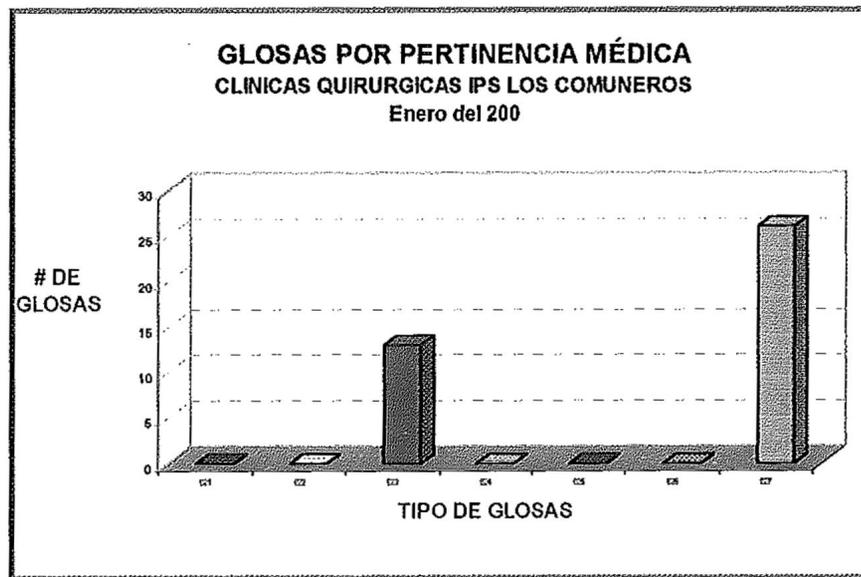


Figura 16. Causas de glosas por pertinencia médica.

7.1.4 Elaboración y desarrollo de indicadores de gestión: En este aspecto fue tenida en cuenta la información obtenida como resultado de la auditoría de cuentas objeto del estudio e igualmente la información suministrada por el departamento de facturación de la IPS, relacionada con el consolidado de facturación y glosas efectuadas por la EPS - ISS a la Clínica Los Comuneros en el mes de enero del 2000 (Véase el Anexo E).

7.1.5 Indicadores de eficacia.

7.1.5.1 Porcentaje de cuentas glosadas por la EPS = (# de cuentas glosadas por la EPS / # de cuentas facturadas a la EPS) x 100

$$= 98/1.127$$

$$= 8.6 \%$$

Interpretación: La EPS glosó el 8.6% de las cuentas enviadas por la IPS Clínica Los Comuneros en el área de hospitalización.

7.1.5.2 Porcentaje del valor facturado que es glosado = (Valor de cuentas glosadas por la EPS / Valor de cuentas facturadas a la EPS) x 100

= 51.397.430/531.899.735

= 9.6 %

Interpretación: El 9.6% de las cuentas de servicios quirúrgicos hospitalarios fue glosado por la EPS, por errores en la facturación.

7.1.5.3 Porcentaje de cuentas glosadas por tipo de error = # de cuentas glosadas por tipo de error / # de cuentas facturadas a la EPS

a. Por falta de firma del médico tratante = 58 /1.127

= 5.1 %

b. Estancias sin autorización de la EPS = 12 /1.127

= 1.1 %

c. Facturación de mayor estancia sin justificación = 11 /1.127

= 1 %

d. Sobrefacturación de Radiología, Materiales y Suministros = 7/1.127

= 0.6 %

e. Ausencia de Soportes = 5 /1.127

= 0.4 %

f. Número de pacientes atendidos sin facturar = # de facturas - # de egresos

= 1.127-1.127

= 0

Interpretación: De los 1.127 egresos se elaboraron 1.127 facturas.

7.1.6 Indicadores de eficiencia.

7.1.6.1 Rendimiento del área de facturación = # de pacientes del área de hospitalización a quien se liquidó la cuenta / # de empleados del área de facturación para hospitalización

= 1.127/ 7

= 161

Interpretación: Cada funcionario del servicio de facturación para hospitalización liquida 161 cuentas mensuales para el servicio de hospitalización.

7.1.6.2 Eficiencia del área = Valor facturado / Costo mensual del departamento

Nota: No se pudo evaluar por falta de información.

V Valor facturado para pacientes ambulatorios = \$ 933.826.116

J Valor facturado para pacientes hospitalizados = \$ 1.185.686.785

7.1.7 Indicadores Financieros.

7.1.7.1 Participación de facturación en egresos totales = (Total egresos

facturados / Total egresos de la IPS) x 100

$$= (1.127/1.127) \times 100$$

$$= 100\%$$

Interpretación: El 100% de los egresos participaron en la facturación de hospitalización.

7.1.7.2 Rentabilidad por Servicio = (Costos por servicio / Valor de la facturación por servicio) x 100

V Urgencias = (468.704.120/474.481.752

= 98 %

Interpretación: El 98% del valor facturado en el servicio de urgencias se necesita para cubrir los costos de funcionamiento produciéndose una rentabilidad del 2 %.

S Hospitalización = (1.029.030.896 / 468.473.194) x 100

= (2,196) x 100

= 219%

Interpretación: El 219% del valor facturado en el servicio de hospitalización se necesita para cubrir los costos de funcionamiento. Se presenta pérdida del 119%.

J Quirófanos " $(328.015.020 / 578.821.426) \times 100$

= 56%

Interpretación: El 56% del valor facturado en el servicio de hospitalización se necesita para cubrir los costos de funcionamiento produciéndose una rentabilidad del 44 %.

Z Consulta Externa = $(92.244.293/63.358.910) \times 100$

= 1.45

= 145 %

Interpretación: El 145% del valor facturado en el servicio de consulta externa se necesita para cubrir los costos de funcionamiento. Se presenta pérdida del 45%

J Apoyo Diagnóstico = $(248.972.947 / 292.302.903) \times 100$

= 85%

Interpretación: El 85% del valor facturado en el servicio de apoyo diagnóstico se necesita para cubrir los costos de funcionamiento. Se presenta una rentabilidad del 15%.

7.1.7.3 Participación por servicios = (Valor facturado por servicio / Valor total facturado por la IPS) x 100

$$J \text{ Urgencias} = (474.481.752 / 2.119.512.901) \times 100$$

$$= 22 \%$$

Interpretación: El servicio de urgencias facturó el 22% del total de la facturación de la institución.

$$Z \text{ Quirófanos} = (578.821.426 / 2.119.512.901) \times 100$$

$$= 27 \%$$

Interpretación: El servicio de Quirófanos facturó el 27% del total de la facturación de la institución.

$$Z \text{ Hospitalización} = (468.473.194 / 2.119.512.901) \times 100$$

$$= 22 \%$$

Interpretación: El servicio de Hospitalización facturó el 22% del total de la facturación de la institución.

$$Z \text{ Consulta Externa} = (63.358.910 / 2.119.512.901) \times 100$$

= 3%

Interpretación: El servicio de Consulta externa facturó el 3 % del total de la facturación de la institución

Z Apoyo Diagnostico = (2.923.029.03 / 2.119.512.901) x 100

= 13 %

Interpretación: El servicio de apoyo diagnóstico facturó el 13% del total de la facturación de la institución.

Z Apoyo Terapéutico - (50.760.860 / 2.119.512.9.01) x 100

= 2.6%

Interpretación: El servicio de apoyo terapéutico facturó el 2,6% del total de la facturación de la institución.

8. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El análisis de la información realizado con base en los resultados obtenidos,

Permitió identificar lo siguiente:

1. Comparando el número de cuentas que glosó la EPS en el mes de enero del 2000 a la IPS Clínica Los Comuneros (98) con la muestra analizada (35) se deduce que en la EPS no se está realizando una auditoría adecuada al proceso.
2. Analizando el mayor porcentaje de causas de glosas se observó que existen fallas en el registro del dato por parte de los profesionales médicos y paramédicos, lo cual ocasiona subfacturación cuando se trata de paquetes quirúrgicos.
3. Los paquetes quirúrgicos se facturan en sala de cirugía e incluyen la hospitalización; se observó la pérdida producida por el servicio de hospitalización en el mes de enero teniendo en cuenta que las estancias

prolongadas en el mismo no se han justificado, lo cual ocasiono grandes pérdidas.

4. Siendo el registro del dato fundamental para la facturación, en el estudio se comparó lo facturado con las atenciones prestadas observándose en el 100% de la muestra auditada, la existencia de fallas en el diligenciamiento de la epicrisis porque todas las facturas contenían epicrisis incompletas; esto demuestra que los médicos no son conscientes de la importancia de este aspecto, que representa pérdida financieras para la institución.

5. Se observó que no se puede saber cuanto le cuesta a la clínica cada uno de los procedimientos realizados porque no hay registro de las atenciones prestadas (no hay registro en la epicrisis de las solicitudes de los exámenes) en forma completa, lo cual impidió analizar lo Facturado Vs. Costos; además no se cuenta con un sistema de costos específicos por procedimiento en la institución.

6. Un aspecto que puede llegar a ser una principal causa de glosa es el hecho de que en las 35 facturas analizadas (100% de la muestra), la fecha de ingreso y egreso de la factura no coincide con la fecha de ingreso y egreso de la epicrisis, ya que en las facturas esta registrada la fecha de ingreso y egreso en un mismo día, lo cual refleja que el funcionario de facturación o

liquidador no conoce o no cumple con las normas para facturar de manera correcta.

7. Los servicios de hospitalización y quirófanos facturaron el 47% del total de lo facturado por la institución en el mes de enero del 2000, esto indica que casi el 50% de la facturación de la clínica depende de estos servicios por lo que es importante un eficiente desarrollo en el proceso.
8. Teniendo en cuenta el numeral 7, y observando los indicadores de rentabilidad se aprecia la pérdida que produce el servicio de hospitalización, lo cual amerita la evaluación cuidadosa del proceso de facturación ya que es necesario que este servicio sea eficiente teniendo en cuenta que el porcentaje de ocupación institucional fue del 96%.
9. Los servicios de apoyo (psicología, nutrición, trabajos social) son fuente de facturación que no fueron registrados en los soportes, por lo tanto se quedan sin facturar disminuyendo el rendimiento del servicio y a su vez ocasionando subfacturación.
10. En la institución todo el personal conoce si el médico es general o especialista y basados en este concepto no están registrando en los

soportes la firma legible con su código profesional donde se aclare si es general o especialista lo cual ocasionó glosas en la muestra analizada.

9. SUGERENCIAS PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO

Con base en los resultados obtenidos y el respectivo análisis de la información, el equipo investigador sugiere que las diferentes estrategias que desarrolle la institución para el mejoramiento continuo del proceso de facturación de servicios clínicos quirúrgicos en la IPS Clínica Los Comuneros de Bucaramanga, deberán orientarse a:

1. **USUARIOS EXTERNOS:** Son las personas naturales o jurídicas a las cuales se les genera una factura, con el propósito de cobro, que para la IPS Clínica Los Comuneros es la EPS Seguro Social, Las ARP, SOAT , según la contingencia que se presente.
2. **USUARIOS INTERNOS:** Los usuarios intemos son los que suministran la información y registran los procesos tales como personal asistencial médico y paramédico, personal del departamento financiero dentro del cual están los funcionarios responsables de la oficina de facturación.

3. FORTALECIMIENTO DEL COMPROMISO INSTITUCIONAL: A través de las reuniones de los grupos médicos , y paramédicos se deberá desarrollar en toda la institución una cultura de la facturación haciendo énfasis en la importancia del registro en la historia clínica de todos los procedimientos que se realicen a los pacientes, interconsultas, medicamentos, interpretación de exámenes etc, así como la legibilidad en la letra y el registro del nombre y la firma del médico tratante .

4. CAPACITACION CONTINUA AL USUARIO INTERNO: Los funcionarios del servicio de facturación deberán conocer las normatividad vigente y el Flujograma para el funcionamiento adecuado del proceso de facturación de servicios en la institución; así mismo se deberá capacitar al personal asistencial en cuanto al contenido de los conjuntos para que dicha información sea tomada en cuenta al momento de la atención y hospitalización en cada paciente.

5. FORTALECIMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE FACTURACIÓN: El departamento de facturación se debe fortalecer en su parte de estructura organizacional a través de la conformación de la unidad de admisiones como dependencia del departamento de facturación funcionando en coordinación con el área de atención al usuario, así mismo debe tener definidas las funciones, los procedimientos, responsabilidades, y debe

contar con una estructura sistematizada y oportuna que garantice la confiabilidad de los registros las 24 horas del día.

6. ESTABLECIMIENTO DE LA AUDITORIA MEDICA: Se hace necesaria la implantación de la auditoria médica como componente del sistema de garantía de calidad para garantizar el mejoramiento del proceso de facturación intrahospitalaria.
7. FORTALECIMIENTO DE CONTROLES DE GESTION: Los informes mensuales de facturación se deben difundir en el comité técnico de la institución con retroalimentación a cada uno de los servicios de la clínica, identificando a nivel general y por centros de costos el monto de la facturación , glosas por tipo de error, puntos críticos encontrados y alternativas de solución.
8. ANÁLISIS DEL SISTEMA DE COSTOS Vs. FACTURACIÓN: Establecer un sistema de costos específico por procesos, unido al sistema de costos actual con el fin de mostrar y analizar la Facturación Vs. Costos.
9. CUMPLIMIENTO NORMATIVO: Es importante que los funcionarios encargados de la liquidación y elaboración de las facturas cumplan con las normas en cuanto a su envío y respuesta a las glosas que se presenten.

10. **IMPLANTACION DE UN PLAN DE INCENTIVOS:** Es importante identificar periódicamente cual fue el mejor servicio en facturación y así mismo crear un plan de incentivos y reconocimiento a nivel institucional que motive al usuario interno a desarrollar adecuadamente el proceso.

11. **IMPLANTAR UN SISTEMA DE SATISFACCION DE USUARIOS:**

Introducir un esquema participativo de usuarios internos y externos a través de encuestas que nos muestren las fallas del proceso desde su punto de vista.

12. **FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE GARANTIA DE CALIDAD:**

Implantación de indicadores de calidad que demuestren eficacia, eficiencia y efectividad del proceso en la institución y por servicio, que sirvan como base para la elaboraciones de planes de mejoramiento continuo con sus responsables y periodos de cumplimiento respectivos.

13. **CONTAR CON LOS RECURSOS ADECUADOS:** Es indispensable contar con la totalidad de los formatos para el registro de los datos, y garantizar la sistematización oportuna y adecuada de los mismos.

10. CONCLUSIONES

1. El proceso de facturación de servicios quirúrgicos hospitalarios presentó subfacturación, debido a que no se registraron procedimientos realizados por fuera de los paquetes quirúrgicos, lo cual se refleja en la pérdida de los servicios hospitalarios.
2. La ausencia en el registro de las atenciones prestadas ocasionó la mayor causa de las glosas en los servicios quirúrgicos hospitalarios.
3. En el período objeto de evaluación, el porcentaje ocupacional del servicio de hospitalización fue del 96% y no se relaciona con la pérdida producida por este.
4. Siendo la epicrisis el principal soporte médico de las facturas del servicio, la totalidad de la muestra contiene epicrisis diligenciada en forma incompleta.
5. Las estancias hospitalarias no se relacionan teniendo en cuenta la epicrisis las facturas ocasionando glosas por tal fin.

6. A nivel general en la institución el proceso de facturación de servicios no se desarrolla eficientemente.

11. RECOMENDACIONES

1. Fortalecer en la institución la cultura de facturación.
2. Registrar todos los procedimientos realizados al paciente.
3. Soportar con la firma del médico tratante lo consignado en la historia.
4. Diligencian adecuadamente los soportes de las cuentas elaboradas especialmente la epicrisis.
5. Registrar de manera legible la información médica.
6. Capacitar a todos los funcionarios del área de hospitalización clínicas quirúrgicas sobre el diligenciamiento de los formatos y soportes.
7. Resaltar permanentemente la importancia de diligenciar completa y adecuadamente cada uno de los formatos y soportes de facturación.

8. Establecer el área de Admisiones en la IPS.
9. Fortalecer el departamento de facturación su estructura organizacional y funcional.
10. Implantar el sistema de garantía de calidad para los procesos y de auditoría médica.
11. Garantizar el desarrollo del proceso de facturación las 24 horas diarias.
12. Capacitar los funcionarios de facturación en cuanto a la totalidad de los soportes que debe contener una factura para evitar glosas.
13. capacitación del personal de facturación sobre el conocimiento de la facturación por conjuntos y su contenido.
14. Elaborar manuales de funciones para establecer responsabilidades por funcionario.
15. Implantar un control integrado de gestión para el proceso de facturación.

16. Implantar programa de educación continuada sobre la normatividad vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el proceso de facturación.
17. Implantar el sistemas de participación de usuarios para identificar las fallas desde su punto de vista.
18. Implantar mecanismos que eviten la duplicación de información y facturación doble.
19. Implantar un proceso de automatización adecuada para el proceso de facturación.

BIBLIOGRAFIA

1. BLANCO RESTREPO J. H. Y MAYA MEJIA JOSE MARIA. Fundamentos de Salud Pública, Tomo I, Primera Ed. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Col. 1997. 144 p.
2. CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Acuerdos Reglamentarios del Régimen Contributivo del S.G.S.S.S.
3. HERNANDEZ SAMPIERI R, FERNANDEZ COLLADO C. Y BAPTISTA LUCIO P. Metodología de la Investigación. McGraw-Hill. Santafé de Bogotá, Col. : Impreandes Presencia S.A., 1996.
4. INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. Normas Colombianas para la presentación de tesis de grado. Santa fé de Bogotá, Col.: ICONTEC., 1998. NTC. 1486.

5. MALAGON L., GALAN M. Y PONTON L. Auditoría en Salud, Para una Gestión Eficiente. Editorial Panamericana. Santa fe de Bogotá, 1998.
6. MEJIA G. Braulio. Auditoría Médica, Para la garantía de Calidad en Salud. ECOE Ediciones. Santa fe de Bogotá, Septiembre de 1998.
7. MENDEZ A. C. E. Metodología, Guía para elaborar diseños de investigación en ciencias económicas, contables y administrativas. McGraw-Hill. Santafé de Bogotá, Col.: Editorial Kimpres Ltda. 1996.
8. MINISTERIO DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD. PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD. RE-CREAR, La Prestación de Servicios de Salud en las Empresas Sociales del Estado en el Sistema de Seguridad Social en Salud. Guías de Capacitación y Consulta, Módulo 3. Santafé de Bogotá, Col., 1999.
9. MINISTERIO DE SALUD. Sistema de Consulta de Normas Jurídicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santa fe de Bogotá, Col., : Avance Jurídico Casa Editorial Ltda., actualización a julio 31 de 1998.
10. PABÓN LASSO, Hipólito. Evaluación de los Servicios de Salud. Método PRIDES. Universidad del Valle. Cali. 1985

11. PALACIO T. Luis F. Manual de Legislación en salud y Seguridad Social. Logros Litografía Ltda. Medellín, Colombia, 1999.
12. REPUBLICA DE COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Ley 100 de 1993, Decretos 2174 de 1996, Resoluciones 4445 y 5042 de 1996, Resoluciones 4252 de 1997 y 0238 de 1999, Decretos 806 de 1998 y 047 del 2000.
13. REPUBLICA DE COLOMBIA. La reforma a la Seguridad Social en Salud, Antecedentes y resultados. Santafé de Bogotá, Col. : Ministerio de Salud, Oficina de Comunicaciones, 1994. 3 Tomos.
14. REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 10 de 1990. Santafé de Bogotá, Col. : Ministerio de Salud, Dirección de Participación de la Comunidad, 1990.46 p.
15. REPUBLICA DE COLOMBIA. Organización de los Sistemas Territoriales de Seguridad Social en Salud en Colombia. Santa fe de Bogotá, Col. : Ministerio de Salud, Dirección General de Descentralización y Desarrollo Territorial, 1995.

Páginas WEB:

www.minsalud.gov.co

wwwz.saludcolombia.com

ANEXOS

Anexo A. Descripción de la Muestra para Auditoría del Proceso de Facturación de Servicios Quirúrgicos Hospitalarios, en la iPS - Clínica Los Comuneros de Bucaramanga, Mes de Enero del 2000.

No.	No. Factura	Fecha	No. H. Clínica	Tipo de Afiliado			Sexo		Edad	Riesgo	Estancia	Especialidad
				Cot.	Benef.	Pens.	H	M				
1	H029861	4-Ene	13821840	x			x		48	EGM	4	Maxilofacial
2	H029868	5-Ene	63319995		x			x	35	EGM	1	Cx. General
3	H029924	8-Ene	91488761	x			x		23	EGM	8	Cx. General
4	H029933	8-Ene	91262833		x		x		0	EGM	5	Cx. Pediátrica
5	H029972	11-Ene	2030401			x	x		74	EGM	11	Cx. General
6	H029996	12-Ene	2195720		x		x		84	EGM	10	Cx. General
7	H029998	12-Ene	91491492	x			x		23	EGM	1	Ortopedia
8	H030007	12-Ene	28253731		x			x	65	EGM	12	Ortopedia
9	FA093179	17-Ene	963368890	x				x	27	EGM	2	Cx. General
10	FA093125	19-Ene	963325134	x				x	34	EGM	2	Cx. General
11	FA093228	20-Ene	957927729		x			x	16	EGM	2	Cx. General
12	FA093231	20-Ene	928497128	x				x	65	EGM	6	Cx. General
13	FA093202	20-Ene	991296851		x			x	24	EGM	3	Cx. General
14	H030156	21-Ene	91091256720		x		x		10	EGM	2	Ortopedia
15	H030157	21-Ene	9516061	x			x		47	EGM	2	Ortopedia
16	FA093247	21-Ene	963345385	x				x	32	EGM	1	Cx. General
17	FA093248	21-Ene	937724335	x				x	20	EGM	1	Cx. General)
18	FA093309	21-Ene	902015433	x			x		73	EGM	5	Urología
19	FA093354	22-Ene	963274571		x		x		16	EGM	3	Cx. General
20	FA093358	22-Ene	991201208	x			x		40	EGM	2	Cx. General
21	FA093381	23-Ene	928404459	x				x	38	EGM	1	Ortopedia
22	FA093356	23-Ene	905947123		x		x		13	EGM	2	Cx. General
23	FA093437	24-Ene	937793815		x			x	17	EGM	2	Cx. General
24	FA093438	24-Ene	927959500		x			x	11	EGM	2	Cx. General
25	FA093393	24-Ene	904866014			x	x		71	EGM	1	Urología
26	FA093439	24-Ene	963488260		x		x		50	EGM	5	Cx. General
27	FA093490	25-Ene	44477		x			x	63	EGM	6	Cx. General
28	FA093506	25-Ene	937824066	x				x	45	EGM	2	Cx. General
29	FA093509	26-Ene	991247179		x		x		1	EGM	1	Cx. Pediátrica
30	FA093562	26-Ene	937838840		x		x		30	EGM	2	Cx. General
31	FA093563	26-Ene	90558429		x		x		16	EGM	2	Cx. General
32	FA093603	27-Ene	928473965	x				x	64	EGM	1	Cx. General

Anexo A. Descripción de la Muestra para Auditoría del Proceso de Facturación de Servicios Quirúrgicos Hospitalarios, en ja IPS - Clínica Los Comuneros de Bucaramanga, Mes de Enero del 2000.

33	FA093609	27-Ene	902207282	x			x		86	EGM	4	Ortopedia
34	FA093692	28-Ene	93887829	x				x	38	EGM	1	Cx. General
35	FA093670	28-Ene	928330894	x				x	55	EGM	9	Cx. General

FORMATO DE GLOSA AUDITORÍA DE CUENTAS CLÍNICAS MUWERSG - ISS

CDIGOS	DESCRIPCION
1	SOPORTES GENERALES
SOPORTES MEDICOS	
11	NO SE ANEXA HISTORIA CLINICA O EPICRISIS, A TRAVÉS DE LOS CUALES SE PUEDA EVALUAR PERTINENCIA MEDICA EN LAS ATENCIONES
12	NO PRESENTA HOJA DE DESCRIPCION QUIRURGICA, ESTA INCOMPLETA O ILEGIBLE
13	NO PRESENTAN SOPORTES DE ORDENES Y DESCRIPCIONES DE PROCEDIMIENTOS, MATERIALES Y MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS
14	NO HAY REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA O EN LA EPICRISIS DE TOMA O INTERPRETACION DE EXAMENES DE LABORATORIO, NO RELACIONADOS CON LA PATOLOGIA DESCRITA
15	NO HAY REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA O EN LA EPICRISIS DE TOMA O INTERPRETACION DE IMÁGENES DIANÓSTICAS, RELACIONADOS CON LA PATOLOGIA
16	NO HAY REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA O EN LA EPICRISIS DE TOMA O INTERPRETACION DE ELECTROCARDIOGRAMAS, ENDOSCOPIAS, MONITORIAS FETALES Y OTROS, RELACIONADOS CON LA PATOLOGIA
17	NO HAY REGISTROS DE SOLICITUD O REALIZACION DE INTERCONSULTA MEDICA
18	EPICRISIS INCOMPLETA, QUE DIFICULTA EVALUAR LA PERTINENCIA MÉDICA.
SOPORTES ADMINISTRATIVOS	
019	NO PRESENTA HOJA DE GASTOS DE SALAS DE CIRUGIA Y HOJAS DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
0110	NO SE ANEXA HOJA DE REMISION
0111	NO SE ANEXAN DOCUMENTOS DE IDENTIFICACION DEL AFILIADO O BENEFICIARIO (DOCUMENTOS DE IDENTIDAD, CARNET, AUTOLIQUIDACION, RECIBOS DE PAGO, HOJA DE AFILIACION Y CONVALIDACIONES SEGUN LAS REGIONALES)
0112	NO PRESENTA SOPORTE DEL TRASLADO DE AMBULANCIA
0113	NO PRESENTAN NOTIFICACION, REGISTRO PRESUPUESTAL O AUTORIZACION DE LA EPS
0114	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO NO URGENCIA, REQUIERE RP
02	PERTINENCIA MEDICA
021	AYUDA DIAGNOSTICA NO PERTINENTE
022	NO SE ESTIPULA EN LA EPICRISIS LA ESTANCIA HOSPITALARIA
023	ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA NO JUSTIFICADA
024	HOSPITALIZACION NO PERTINENTE
025	APOYO TERAPEUTICO NO PERTINENTE
026	APOYO TERAPEUTICO NO SOLICITADO POR EL MEDICO
027	NO SE REGISTRA SI EL MEDICO QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO ES MEDICO GENERAL O ESPECIALISTA
03	ERRORES EN CODIFICACION Y MAYOR VALOR COBRADO
031	ITEM FACTURADO PERO NO SOLICITADO POR EL MEDICO
032	DOBLE FACTURACION
033	ERROR EN LA LIQUIDACION POR CODIGOS DEL MANUAL DE TARIFAS
034	ATENCION INCLUIDA EN CONJUNTOS INTEGRALES
035	FECHA DE FACTURA NO COINCIDE CON EL PERIODO PRESENTADO
036	FACTURA DOBLEMENTE RELACIONADA EN EL CONSOLIDADO
037	FACTURA PRESENTA MAYOR VALOR COBRADO DE ACUERDO A TARIFAS PACTADAS
038	FACTURA PRESENTA MAYOR VALOR COBRADO POR DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA
039	FECHA DE INGRESO Y/O EGRESO NO COINCIDE CON EPICRISIS
0310	NO SE FACTURAN OTROS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS FUERA DEL PAQUETE QUIRÚRGICO
0311	COBRAN CONSULTA DE NUTRICION, PSICOLOGIA O TRABAJO SOCIAL COMO CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA
0312	COBRAN MATERIALES INCLUIDOS EN EL VALOR DEL EXAMEN O PROCEDIMIENTO
0313	COBRAN MATERIALES, MEDICAMENTOS Y/O SUTURAS INCLUIDOS EN LOS DERECHOS DE SALA DE SUTURAS O CURACIONES
0314	MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTOS, SUMINISTRADOS Y MATERIALES.
0315	COBRAN MEDICAMENTOS Y SUMINISTRADOS NO ORDENADOS NI UTILIZADOS POR EL MEDICO
0316	PROCEDIMIENTO O CONSULTA FACTURADO NO EFECTUADO
04	DERECHOS
041	PACIENTE AFILIADO O BENEFICIARIO NO APARECE EN BASE DE DATOS
042	DOCUMENTOS ANEXOS NO AVALAN DERECHO PARA PRESTACION DE SERVICIOS

CODIGO DE GLOSAS		GLOSAS EFECTUADAS A LAS FACTURAS AUDITADAS																																					
01 \$ S 1		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	Total		
bi>eORTES=GBNBRALES																																							
Soportes Médico R																																							
011																																						0	
012					1						1						1																				1		4
013									1					1					1	1								1								1		1	7
014		1		1	1			1			1			1			1				1			1		1		1			1	1				1	1	1	14
015		1		1	1			1			1	1	1	1			1	1			1	1			1		1	1		1					1			17	
016			1				1		1		1			1		1	1	1			1			1					1		1						1	13	
017																																						0	
018		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	35	
SUB TOTAL		3	2	3	4	1	2	3	3	1	4	2	2	5	2	2	3	3	4	2	3	2	3	1	3	2	3	3	2	2	4	2	2	2	2	2	3	90	
Soportes Administrativos																																							
019			1		1		1			1			1		1		1	1	1			1			1	1		1		1		1		1		1	17		
0110																																						0	
0111		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	35	
0112																																						0	
0113		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	35	
0114			1		1	1		1		1		1				1	1			1	1			1		1	1		1		1	1		1	1		19		
SUB TOTAL		2	4	2	4	3	3	3	2	4	2	3	3	3	3	2	4	4	3	3	4	2	3	3	4	3	3	3	3	3	4	2	4	3	3	2	106		
02																																							
PERTINENCIA MEDICA																																							
021																																						0	
022																																						0	
023				1			1		1		1			1			1	1	1				1		1			1					1			1	13		
024																																						0	
025																																						0	
026																																						0	
027		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	26		
SUB TOTAL		1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	0	2	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	2	0	39	
03SB®																																							

OT
CH

**Anexo E. Resumen de Facturación y Glosas Efectuadas por la EPS
a la IPS CLINICA LOS COMUNEROS DE BUCARAMANGA**

Enero del 2000

CENTRO DE COSTO	Vr. Facturado	%	Vr. Glosado	%
URGENCIAS				
Urgencias Adultos y Pediatría	446,778,252	21.1%	446,778,252	100.0%
Urgencias Ginecobstetricia	27,703,500	1.3%	27,703,500	100.0%
SUBTOTAL	474,481,752	22,4%	474,481,752	100.0%
HOSPITALIZACION				
Hospitalización	415,232,936	19.6%	41,461,401	10.0%
Pacientes egresados U.C.I. Directos	53,240,258	2.5%	11,026,158	20.7%
SUBTOTAL	468,473,194	22.1%	52,487,559	11.2%
CIRUGIA				
Cirugía Ambulatoria	46,921,691	2.2%	1,616,272	3.4%
Cirugía en conjuntos	531,899,735	25.1%	51,397,430	9.7%
SUBTOTAL	578,821,426	27.3%	53,013,702	9.2%
CONSULTA EXTERNA				
Procedimientos	2,980,765	0.1%		0.0%
Consulta Programada	45,751,850	2.2%	45,751,850	100.0%
Consulta Sicologo	1,091,580	0.1%	1,091,580	100.0%
Odontología	9,294,525	0.4%	2,987,580	32.1%
EKG+EEG	4,240,190	0.2%		0.0%
SUBTOTAL	63,358,910	3.0%	49,831,010	78.6%
APOYO DIAGNOSTICO				
Radiología	77,421,644	3.7%	2,281,818	2.9%
Banco de Sangre	31,344,855	1.5%	31,344,855	100.0%
Patología	18,839,565	0.9%		0.0%
Laboratorio Clínico	138,633,775	6.5%	138,633,775	100.0%
Quimioterapia	10,639,280	0.5%		0.0%
Endoscopia	15,423,784	0.7%		0.0%
SUBTOTAL	292,302,903	13.8%	192,023,294	65.7%
APOYO TERAPEUTICO				
Farmacia Ambulatoria	5,575,000	0.3%		0.0%
Rehabilitación	49,026,340	2.3%		0.0%
Trabajo Social	2,159,520	0.1%		0.0%
SUBTOTAL	56,760,860	2.7%	38,337,550	67.5%
ALTO COSTO				
Unidad Renal	104,764,910	4.9%		0.0%
Pacientes Catastróficos Hospitalarios	63,372,339	3.0%		0.0%
Pacientes Catastróficos Cirugía	15,766,672	0.7%		0.0%
Trabajo Social	1,409,935	0.1%		0.0%
SUBTOTAL	185,313,856	8.7%	24,501,887	13.2%
TOTAL	2,119,512,901	100%	884,676,754	41.7%

Anexo F. Cronograma de Etapas y Actividades desarrolladas durante la ejecución del Estudio.

Actividad	Ejecución y Desarrollo de Actividades												
	Año 1999				Año 2000								
	Nov/bre		Diciembre		Enero				Febrero				Marzo
					1	2	3	4	1	2	3	4	
1. Selección de la Muestra.													
2. Recolección de datos.													
3. Análisis de la información y ajuste de Instrumentos.													
4. Tabulación y Análisis.													
5. Presentación de Resultados.													
6. Elaboración, digitación y sustentación del informe de auditoría.													
7. Entrega del Documento Final													

