

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



Reestructuración del modelo de facturación en salud para una IPS de servicios
domiciliarios en Colombia

Problemática empresarial

Sandra Milena González Jiménez y Ricardo Alberto Novoa Vargas

Bogotá, D.C.

2020

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



Reestructuración del modelo de facturación en salud para una IPS de servicios
domiciliarios en Colombia

Problemática empresarial

Sandra Milena González Jiménez y Ricardo Alberto Novoa Vargas

Tutor: Javier Leonardo González Rodríguez

Maestría en Administración (MBA)

Escuela de Administración

18 de noviembre de 2020

Bogotá, D.C. Colombia

2020

Contenido

Contenido.....	i
Agradecimientos	ii
Declaración de originalidad y autonomía.....	iii
Lista de figuras	v
Lista de tablas	vi
Abreviaturas.....	vii
Glosario	viii
Resumen Ejecutivo	xiii
Palabras clave	xiv
Abstract	1
1. Introducción.....	2
2. Objetivo.....	4
3. Objetivos Específicos.....	5
4. Referencia a otros sistemas de salud y la relación entre Administradoras y Prestadores	6
5. Descripción de la situación organizacional.....	9
6. Descripción de la situación problemática empresarial	16
7. Descripción de las alternativas, estrategias y/o acciones que se toman en el análisis de la solución a la problemática empresarial	25
8. Plan y recomendaciones de implementación y aplicación	29
9. Conclusiones	33
Referencias bibliográficas.....	36

Agradecimientos

Primeramente, a Dios, por permitirnos culminar la ejecución de esta meta. A Michelle y Juan Diego por ser nuestro motor y a nuestras familias por creer en nosotros.

Sandra y Ricardo

Declaración de originalidad y autonomía

Declaro(amos) bajo la gravedad del juramento, que he(mos) escrito el presente Proyecto Aplicado Empresarial (PAE), en la propuesta de solución a una problemática en el campo de conocimientos del programa de Maestría por mi(nuestra) propia cuenta y que, por lo tanto, su contenido es original.

Declaro (amos) que he (mos) indicado clara y precisamente todas las fuentes directas e indirectas de información y que este PAE no ha sido entregado a ninguna otra institución con fines de calificación o publicación.

Sandra Milena Gonzalez Jimenez

Sandra Milena González Jimenez

RAN

Ricardo Alberto Novoa Vargas

Firmado en Bogotá, D.C. el 18 de noviembre de 2020

Declaración de exoneración de responsabilidad

Declaro (amos) que la responsabilidad intelectual del presente trabajo es exclusivamente de su(s) autor(es). La Universidad del Rosario no se hace responsable de contenidos, opiniones o ideologías expresadas total o parcialmente en él.

Sandra Milena Gonzalez Jimenez

Sandra Milena González Jiménez

RAN

Ricardo Alberto Novoa Vargas

Firmado en Bogotá, D.C. el 18 de noviembre de 2020

Lista de figuras

Figura 1. Organigrama de la IPS	13
Figura 2. Mapa de procesos de la IPS	14
Figura 3. Problemáticas del proceso de facturación de la IPS reflejadas en los procesos de auditorías concurrentes y conciliatorias ¹	15
Figura 4. Resultados auditorías de cuentas médicas realizadas en el último trimestre del 2019	17
Figura 5. Consecuencias de las debilidades del modelo de facturación actual.....	19
Figura 6. Flujo proceso para la facturación de los servicios domiciliarios	24
Figura 7. Trámite de respuestas a glosas y devoluciones ²	28

Lista de tablas

Tabla 1. Consolidado de glosas reportadas por las aseguradoras a la IPS	18
Tabla 2. Matriz DOFA de la IPS de servicios domiciliarios	21
Tabla 3. Proceso de facturación para una IPS de servicios domiciliarios	29

Abreviaturas

EPS: Entidad Promotora de Salud

IPS: Institución Prestadora de Salud

MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud

PAIS: Programa de Atención Integral en Salud

PGP: Pago Global Prospectivo

SGSS: Sistema General de Seguridad Social

RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud

Glosario

Acuerdo de voluntades: Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

Auditoria: la auditoria puede definirse como un proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con informes sobre actividades económicas y otros acontecimientos relacionados, cuyo fin consiste en determinar el grado de correspondencia del contenido informativo con las evidencias que le dieron origen, así como establecer si dichos informes se han elaborado observando los principios establecidos para el caso. ¹

Autorización: Es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soportar la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud. ²

Cuentas: es el nombre que se utiliza para registrar, en forma ordenada, las operaciones que diariamente realiza una empresa.

Devoluciones: Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura.

Entidades responsables de pago de servicios de salud: Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

Factura o documento equivalente: Es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada.

Factura electrónica: Es el documento que soporta transacciones de venta de bienes o servicios de salud de un prestador de servicios de salud (PSS) a una entidad responsable del pago de servicios de salud (ERP), que operativamente tiene lugar a través de sistemas computacionales y/o soluciones informáticas y que deben cumplir con las características y condiciones establecidas por el Gobierno Nacional o por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN). La factura electrónica incluirá el o los números de autorizaciones emitidas por las Entidades Responsables del Pago (ERP) y los de Mi Prescripción (Mipres) de los servicios de salud, cuando sean requeridos, así como el valor de los pagos compartidos cuando el prestador de servicios de salud los recaude, según el acuerdo de voluntades.³

Glosa: Las glosas son objeciones a las cuentas de cobro presentadas por las Instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS, originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de las facturas y sus respectivos soportes, las cuales pueden determinarse al interior

de la misma institución o por las entidades con las cuales se hayan celebrado contratos de prestación de servicios, tales como: Empresas promotoras de salud - EPS, Administradoras del régimen subsidiado – ARS, Compañías de seguros, Direcciones seccionales de salud y otras IPS.²

Cuando en una cuenta de cobro se presentan inconsistencias en lo que respecta a su presentación, consolidación, aplicación de tarifas, cobertura de servicios, entre otros, la entidad contratante devolverá la cuenta a la IPS para su corrección y los prestadores de servicios de salud, tendrán la obligación de aclarar o corregir las observaciones y dar respuesta a las mismas dentro de un plazo establecido.

Se presentan glosas por *facturación* cuando hay diferencias al comparar el tipo y volumen de los servicios prestados con el tipo y volumen de los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas, moderadoras, periodos de carencia u otros).²

Tarifas: Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.

Soportes: se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.

Autorización: aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas.

Cobertura: se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.

Pertinencia: Se considera glosa por pertinencia aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.

Modelo de atención: Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema.

Pago por evento: Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud.

Pago Global Prospectivo- PGP: Busca que el prestador adquiera incentivos para gestionar mejor el riesgo y generar mayor valor por cada peso utilizado⁴

Red de prestación de servicios: Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos

por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

Referencia y contrarreferencia: Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

Cuotas Moderadoras: tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS.⁵

Resumen Ejecutivo

Teniendo en cuenta que el sistema de seguridad social en salud en Colombia define que todas las entidades de salud deben ser independientes, autónomas y tener un crecimiento y sostenimiento a partir de la venta de sus servicios, como está descrito en la ley 100 de 1993, se busca entonces generar una optimización del modelo de facturación soportado normativamente que mantenga el flujo continuo de cartera. Con base en las especificaciones del modelo teórico actual se ha evidenciado un comportamiento del proceso de facturación de servicios de salud hacia el desarrollo de los procesos de la auditoría de cuentas.

Se quiere entonces revisar la problemática de una entidad particular del sistema de salud y proponer una alternativa de solución para construir un proceso de facturación eficiente. Para ello se partió de la revisión de unas facturas generadas en el último trimestre del 2019 cuyos resultados evidenciaron un 43% de facturas con errores, de los que posteriormente se puede subsanar el 24%; pero hay un 18 % que se suscita por errores en la facturación secundarios a la política establecida en la institución de liquidar la cuenta sobre las ordenes médicas y hay otro 1% generado por tarifas no claras.

Por lo anterior, se pretende mejorar el proceso de facturación estableciendo lineamientos y pasos necesarios para la optimización de esta área, en una IPS de servicios domiciliarios de atención de pacientes con patologías crónicas, lo cual generará un impacto secundario que es realizar de forma ágil, oportuna, clara y correcta la liquidación de las cuentas de cada uno de los usuarios de la entidad prestadora de servicios de salud, con el fin de cobrar y recaudar el valor de los servicios prestados y, de esta forma, garantizar los ingresos que permitan la supervivencia, crecimiento y desarrollo de la entidad.

Palabras clave

Modelo de facturación; Servicios de salud domiciliarios; Optimización; Cartera en salud.

Abstract

Taking into account that the health social security system in Colombia defines that all health entities must be independent, autonomous and have growth and sustainability from the sale of their services, as described in Law 100 of 1993, the aim is then to generate a billing model for the sale of services supported by regulations that maintains the continuous flow of the portfolio. Based on the specifications of this theoretical model, a behavior of the billing process for health services towards the development of the accounts audit processes has been evidenced. It is then wanted to review the problems of a particular entity of the health system and propose an alternative solution. To do this, we started with the review of some invoices generated in the last quarter of 2019, the results of which showed 43% of billing errors, of which 24% can subsequently be corrected; but there is an 18% that is caused by errors in billing secondary to the policy established in the institution to settle the account on medical orders and there is another 1% generated by unclear fees. Therefore, the aim is to improve the billing process by establishing guidelines and steps necessary to optimize this area in a home service IPS, which will generate a secondary impact that is to perform in an agile, timely, complete, clear and correct way the settlement of the accounts of each of the users of the entity providing health services, in order to collect the value of the services provided and, in this way, guarantee the income that allows the survival, growth and development of the entity.

1. Introducción

En Colombia la ley 100 de 1993 define que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia en sus servicios y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera; adicionalmente estas contarán con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos⁶. Con base en lo anterior, se trabajará en la reestructuración del modelo de facturación de una institución de servicios de salud domiciliarios, mediante el cual se facturen los servicios prestados con mayor eficiencia operacional.

La facturación, es el registro, valorización y liquidación de los procedimientos, actividades y consumos (suministros y medicamentos) prestados a un paciente hospitalario o ambulatorio, para efectos de cobro, que generen ingresos con los cuales se financiará la entidad¹. Un componente importante de la facturación son los registros médicos y de enfermería, que no sólo servirán como soporte para el cobro de los servicios de salud prestados, sino que además debe entenderse que la historia clínica es un documento que hace parte del acto médico, donde se registran todos los procedimientos y atenciones efectuadas por el equipo de salud⁷. Esa importante incidencia de la historia clínica dentro del proceso de facturación y en las relaciones de los actores de salud se evidencia en la Ley 2015 del año 2020, que establece para Colombia la Historia Clínica Electrónica Interoperable⁸.

El presente documento muestra entonces las dificultades del proceso de facturación que afecta el flujo de caja. Dicha problemática involucra tarifas, auditorías, devoluciones y glosas, desencadenando retrasos en los pagos de las aseguradoras; esto es lo que se conoce como cartera.

La cartera son las deudas que los clientes tienen con una empresa, y están originadas en las ventas que se hacen a crédito; la recuperación de las deudas a ser gestionadas es una problemática que tienen las empresas tanto públicas como privadas, puesto que la crisis económica mundial y local afectan los negocios sin importar cuál sea su objeto social, obligando a que las instituciones del sector salud diseñen nuevas propuestas para recuperar y organizar la morosidad existente.⁹

Adicionalmente, se encuentra un aumento de glosas y devoluciones injustificadas, que adolecen en muchos casos, de conocimientos claros o parten de interpretaciones erróneas de la norma, sin dejar a un lado el uso de glosas usadas como mecanismo de control del gasto médico de las aseguradoras. Así mismo, existen auditores de cuentas médicas de cara al asegurador, que adicionalmente, pretenden imponer sus condiciones a funcionarios de facturación que, por su desconocimiento aceptan la aplicación de conceptos basados en estas glosas como panacea para la aplicación en el proceso de facturación¹.

Como segunda parte, se pretende establecer lineamientos y pasos necesarios para el mejoramiento de los procesos de facturación y así poder desplegar las propuestas al modelo de facturación a través de una serie de actividades específicas que garanticen la optimización del modelo y que pueda ser aplicado en las distintas regionales. Por tal motivo, el proceso de facturación además de constituir un instrumento de referencia fundamental para el desempeño de rutinas de trabajo servirá de directriz para la capacitación, inducción y evaluación del personal.

Por otra parte, las posteriores modificaciones del sistema de salud obligan a las organizaciones a ajustarse a los cambios normativos para su subsistencia financiera, generando ideas e innovando en sus procesos. Es entonces, el objetivo de este estudio: “Reestructurar el modelo de facturación que se ajuste a los cambios normativos generados en el país y que garantice la sostenibilidad financiera de la compañía”.

2. Objetivo

Reestructurar el modelo de facturación de una IPS de servicios domiciliarios que atiende pacientes crónicos en Colombia.

3. Objetivos Específicos

- ✓ Identificar las causas principales de glosas y devoluciones en la IPS.
- ✓ Generar una guía que garantice la óptima operación y desarrollo de las diferentes actividades de facturación en la IPS.
- ✓ Establecer recomendaciones que optimicen la operación del área de facturación con las diferentes áreas que intervienen en el proceso.
- ✓ Reestructurar la dependencia de facturación.

4. Referencia a otros sistemas de salud y la relación entre Administradoras y Prestadores

La facturación de los servicios sanitarios en los diversos países está enmarcada sobre los modelos de atención definidos en cada uno de ellos, y puede llegar a ser exitosa o no de acuerdo con los principios establecidos para sus prestadores. Por ejemplo, en Colombia el Sistema General de Seguridad Social en Salud define como principios para los prestadores en salud la eficiencia y la calidad de la atención, otorgando autonomía financiera por lo que los modelos de facturación deben lograr ser eficientes en sus procesos.

A partir de la Circular Externa 046 de 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia, establece la facturación electrónica. Entendiéndose la facturación electrónica como el *“documento que soporta transacciones de venta, bienes y/o servicios y que operativamente tienen lugar a través de sistemas computacionales y/o soluciones informáticas que permiten el cumplimiento de las características y condiciones con la expedición, recibo, rechazo y conservación. Por lo anterior el sector salud está obligado a facturar de manera electrónica”*¹⁰.

Esta forma de facturar permite a los entes reguladores tener mayor control sobre los recursos públicos destinados a la atención de la población afiliada.

En Europa se ha venido trabajando en un modelo de facturación electrónica en el ámbito sanitario, que permita integrar los procesos de la facturación en los sistemas de planificación de recursos empresariales de las instituciones de salud pública, buscando aumentar la seguridad y optimización de los tiempos de cierre de los procesos de facturación electrónica, es decir, buscan una facturación por venta y compra de servicios mucho más rápida y segura entre los distintos agentes involucrados en el ámbito de la salud europea¹¹.

Los procesos de facturación también serán exitosos de acuerdo con los sistemas de pago definidos en cada uno de los modelos de atención en salud.

Los sistemas de pago son estrategias de gestión que permiten operar sobre el gasto en salud. Los modelos de pago y contratación han venido transformándose para dar respuesta a los desafíos de la gestión en salud, por lo que revisaremos en este capítulo la forma de facturar los servicios de salud en los diferentes modelos de países como Europa y Estados Unidos.

La definición de cuál es la manera más adecuada para pagar por los servicios de salud adquiere relevancia cuando se comienza a verificar que los costos de salud aumentan más rápidamente que el costo de vida en general.¹²

Es importante resaltar que los modelos de pago son los “incentivos más poderosos con que cuentan los gestores de salud. Se denomina incentivo a todo elemento introducido por un agente del sistema para modificar la conducta de otro agente. A través de la manipulación de los instrumentos de pago los gestores pueden incentivar conductas de los prestadores o entidades intermediarias que alteren: la productividad y calidad de las prestaciones, la composición y distribución de la oferta de servicios, la previsibilidad y el control de los costos globales de la atención médica.”¹²

Los sistemas de copago en Europa han venido generando un debate sobre la efectividad de esta estrategia para controlar el gasto sanitario. La crisis actual y el elevado gasto en servicios de salud generan preocupación sobre la sostenibilidad del sistema que ha alcanzado ya el 9,5% del PIB.¹³

Algunos modelos de atención tienen a incentivar una conducta abusiva por los usuarios que demandan servicios de manera exagerada.

Los sistemas de copago buscan controlar el consumo de servicios de salud por parte de los usuarios.

El gasto sanitario de los pacientes crónicos supone entre el 70 y el 80% de dicho gasto, por lo que gestionar bien los pacientes crónicos es fundamental para la solvencia de

los sistemas de salud.¹³ Por lo anterior, se puede sugerir un modelo de pago compartido del riesgo que consiste en dividir el riesgo financiero que involucra la enfermedad.¹³

El país que más se acerca a este modelo liberal puro son los Estados Unidos de Norteamérica donde 37 millones de personas se sitúan dentro de la faja de ingresos crítica que no los hace beneficiarios directos del Medicaid ni capaces de sustentar su propio seguro. La Ley Hill-Burton se aprobó con el propósito de brindar protección a los indigentes y a las personas sin seguro con un ingreso familiar neto inferior a los \$36.000 anuales) contra posibles calamidades, pero no lo consigue porque solo cubre la factura del hospital, pero no los servicios profesionales.¹²

5. Descripción de la situación organizacional

Colombia generó en el año de 1993 un marco normativo y de operación para el sector salud, orientado a crear el Sistema General de Seguridad Social -SGSS- a través de la ley 100 de 1993 y se generó una nueva institucionalidad para descentralizar la prestación de servicios de salud con enfoque al aseguramiento y gestión de los riesgos asociados. Se definieron planes de atención en salud y un esquema de aseguramiento y de prestación de servicios a cargo de las EPS (Empresas Promotoras de Salud) y las IPS (Instituciones Prestadoras de Salud), respectivamente.

Adicionalmente, por medio de la ley 100 de 1993 se le entregó a las IPS autonomía administrativa, técnica y financiera para que fueran sostenibles.

En el 2007 la mencionada ley, fue reformada por la ley 1122 con el objeto de realizar ajustes al SGSS, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud a los usuarios. Se crea la Comisión de Regulación en Salud -CRES- que entre otras funciones entraría a definir el listado de medicamentos esenciales que harán parte del Plan de Beneficios en Salud, definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación, definir los criterios para establecer los pagos moderadores, establecer y actualizar un sistema de tarifas que debe contener entre otros componentes, un manual de tarifas mínimas que será revisado cada año, incluyendo los honorarios profesionales.

El artículo 13 de la ley 1122 de 2007 describe los tiempos y actores responsables de la administración, flujo y protección de los recursos, estos deberán ser así:

“Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global

prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago”¹⁴.

El decreto 4747 de 2007 y la resolución 3047 de 2008 desarrollaron la ley 1122 en cuanto a regular la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de estos servicios, definiendo además los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados.

Posteriormente, en el 2011, se reforma nuevamente el SGSS por medio de la ley 1438 que buscó unificar el plan de beneficios en salud para todos los colombianos, sin discriminación de regímenes.¹⁵

También ajustó la periodicidad de actualización del plan de beneficios (antes cada año), ahora con la nueva reforma cada dos años se debe actualizar el plan de beneficios de acuerdo con las necesidades, estudios y adelantos científicos y tecnológicos, con el fin de garantizar la calidad en la prestación de los servicios.

Durante estos años, el sistema de salud en Colombia ha adquirido un grado de madurez, pero a la vez se comenzó a evidenciar la necesidad de hacer ajustes a su operación y supervisión. Estos ajustes generaron nuevas normatividades incluyendo una ley estatutaria (ley 1751 del 2015), buscando así garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.¹⁶

Es así como los resultados del modelo de salud derivado de la ley 100 de 1993 son discutidos entre los distintos actores, pero a la luz de los indicadores generales se podrían resumir en que se profundizó de manera importante la cobertura de afiliación de la población (superior al 95%) y se redujo el “gasto de bolsillo” por parte de la población asegurada. Lo anterior mediante el mecanismo de que “cada colombiano tenga una bolsa de dinero que

soporta sus servicios, una cápita, es decir (que) hay un dinero asignado a cada persona en Colombia para poder acceder a los servicios de salud”.¹⁷

Sin embargo, subsisten problemas de acceso oportuno a los servicios y en general no hay una calidad uniforme en la prestación de los servicios, prevaleciendo problemas de financiación del modelo o por lo menos del flujo eficiente de recursos entre los diversos actores. Así mismo se debe profundizar en los procesos de promoción y prevención de la salud lo cual redundará en mejores indicadores de bienestar y en ahorros para el sistema.

Como se puede observar, este sistema de seguridad social en salud conlleva a un esquema en el cual todas las entidades de salud sean independientes, autónomas y tengan un crecimiento y sostenimiento a partir de la venta de estos servicios¹⁵; pero por medio de los diversos procedimientos que se generan al interior de las EPS para hacer efectivo el pago de los servicios de salud de la atención prestada por las IPS, terminan generándose barreras para la entrega de las autorizaciones de pago. Un ejemplo de esto son las auditorías previas a la radicación de cuentas con enfoque al control del gasto en salud y no al seguimiento clínico de los pacientes, trayendo como consecuencia la dilatación en los tiempos de radicación de cuentas¹. Esto ha obligado a la compañía a adaptarse a los cambios normativos y a generar estrategias para lograr la sostenibilidad financiera.

En Colombia las condiciones en la facturación y autorización de servicios de salud se encuentran definidos en el Decreto 4747 de 2007 siendo los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud los siguientes:

- Pago por capitación
- Pago por evento
- Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico¹⁸

Adicionalmente, se evidencia desde el punto de vista del aseguramiento un aumento de las exigencias a las aseguradoras para su funcionamiento por parte del Ministerio de Protección Social; dichos requerimientos son enfocados al desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud – MIAS- y a la Política de Atención Integral en Salud -PAIS- y a su vez, algunas de estas responsabilidades son transferidas a los prestadores. Se observa una cambiante normatividad con diversidad en su interpretación.

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad plantea la auditoría médica para el proceso de atención en salud, pero esta actividad también debe estar enfocada a los resultados de la atención en temas económicos relacionados con la venta de servicios, a las tarifas definidas por los manuales tarifarios y los servicios a facturar.¹⁵

La empresa sujeta de este trabajo investigativo es una IPS que atiende pacientes pediátricos y adultos con patologías crónicas, con baja probabilidad de recuperación y se encuentra en la búsqueda constante de la excelencia en sus procesos clínicos y financieros para garantizar la eficiencia como principio definido desde el marco del aseguramiento.

Los usuarios que se atienden en la IPS estudiada son pacientes que requieren ventilación mecánica a largo plazo, después de recibir cuidados intensivos, adicionalmente se les ofrece asistencia de cuidados paliativos domiciliarios.

La IPS ofrece dos modalidades de servicios: intra y extramural y se encuentra habilitada como institución prestadora de servicios de salud de nivel II de complejidad. Esta IPS es una línea de negocio en Colombia de una multinacional que produce, comercializa y distribuye gases medicinales, por lo que su esquema de facturación viene enfocado a un modelo industrializado, dicho modelo no incluye un proceso de auditoría de la facturación dado que no integra la prestación de servicios asistenciales, sino, como se mencionó previamente, la organización se enfoca a una facturación de tipo industrial. Esto genera dificultades en la facturación eficiente de la prestación de servicios de salud, si no se cuenta con un trabajo articulado de las áreas de facturación y asistencial que generen los soportes necesarios para el cobro de los servicios, ya que en Colombia es necesario garantizar el

cumplimiento de los registros asistenciales y de pertinencia para garantizar una facturación limpia².

A continuación, se presentan el organigrama y mapa de procesos general de la organización:

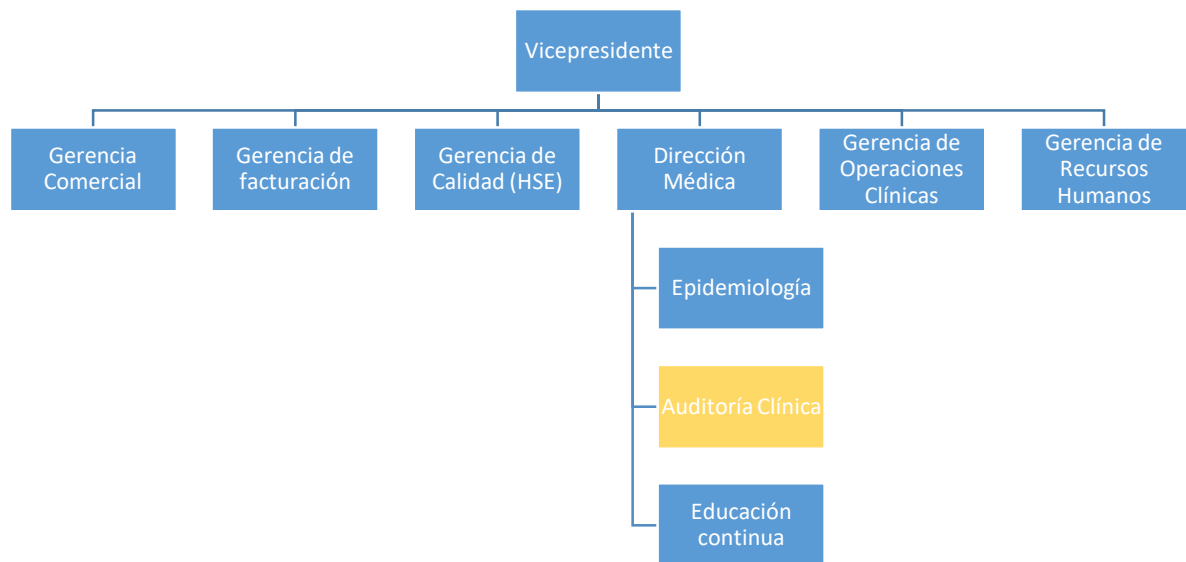


Figura 1. Organigrama de la IPS



Figura 2. Mapa de procesos de la IPS

Se deben resaltar las grandes oportunidades del Modelo de Facturación actualmente estructurado, dichas oportunidades son la eficiencia del proceso desde el punto de vista de tiempos definidos para la elaboración de la factura y disminución de los tiempos de cartera.

La facturación de los servicios de salud de la IPS se realiza de manera anticipada, es decir, los días 25 de cada mes se inicia la liquidación y elaboración de la factura proyectando los días faltantes del mes en curso, esto en base a que la población que se atiende presenta patologías crónicas y corresponde a pacientes clínicamente estables que no generan cambios adicionales en su plan de manejo. Si se llegase a presentar algún ajuste en su plan terapéutico, inmediatamente el área asistencial debe comunicar al facturador con el fin de realizar el respectivo ajuste.

El primer día calendario del siguiente mes se consolidan los soportes de registro para radicar máximo el quinto día hábil del mes. Esto representa una ventaja sobre el flujo de caja y la disminución en los tiempos de cartera.

Al tratar de generar de manera rápida la factura en muchas oportunidades se pierde la calidad en la elaboración de estas, generando la presencia de errores en la elaboración de la facturación como liquidación inexacta, es decir, factura no acorde con la atención prestada; valor cobrado diferente a lo pactado, lo cual genera ineficiencias en la operación. Por lo cual se propuso optimizar y reestructurar el modelo de facturación.

En la figura 2 se pueden observar las problemáticas evidenciadas del proceso actual. La siguiente figura presenta los mayores problemas de la facturación en la IPS, donde se destaca la debilidad en la implementación de procesos, procedimientos y flujos de información entre áreas, además, la resistencia al cambio, especialmente por el personal asistencial que lleva a la deficiencia de reportes.



Problemática de la Facturación

- Desgaste general administrativo y operativo por objeciones y glosas.
- Carencia de auditoría previa de cuentas.
- Se trabaja reactivamente a partir de la glosa.
- Resistencia frente a la mejora de los registros médicos.
- Omisión en registros de medicamentos y suministros.
- Pérdida de soportes administrativos y asistenciales.
- Auditoría médica de calidad y no de cuentas.

Figura 3. Problemáticas del proceso de facturación de la IPS reflejadas en los procesos de auditorías concurrentes y conciliatorias ¹

6. Descripción de la situación problemática empresarial

El esquema de la facturación de la IPS estudiada maneja un proceso de contratación con todas las aseguradoras financieramente estables que operan en el país. Estas contrataciones se realizan por paquetes de atención.

En el último trimestre del año 2019 se realizó una revisión de las auditorias de cuentas realizadas en este periodo por 4 aseguradores. Se evidencia que por errores en la facturación de acuerdo con la política institucional establecida de facturación sobre las órdenes médicas y no sobre lo realmente suministrado al paciente, suscita a que se genere un aumento en las glosas presentadas a la IPS por parte de las entidades responsables del pago.

La siguiente figura muestra los resultados de la revisión evidenciando que al momento de presentar la factura al asegurador el 57% de esta se encuentra sin errores; el 24% presenta alguna inconsistencia en los soportes clínicos, ya sea porque no se cuenta con el soporte o que el soporte se encuentra incompleto; el 18 % se suscita por errores en la facturación debido a la política establecida en la institución de liquidar la cuenta sobre las ordenes médicas y no sobre lo realmente suministrado al paciente, es decir, se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados y finalmente el 1% corresponde a tarifas no claras.

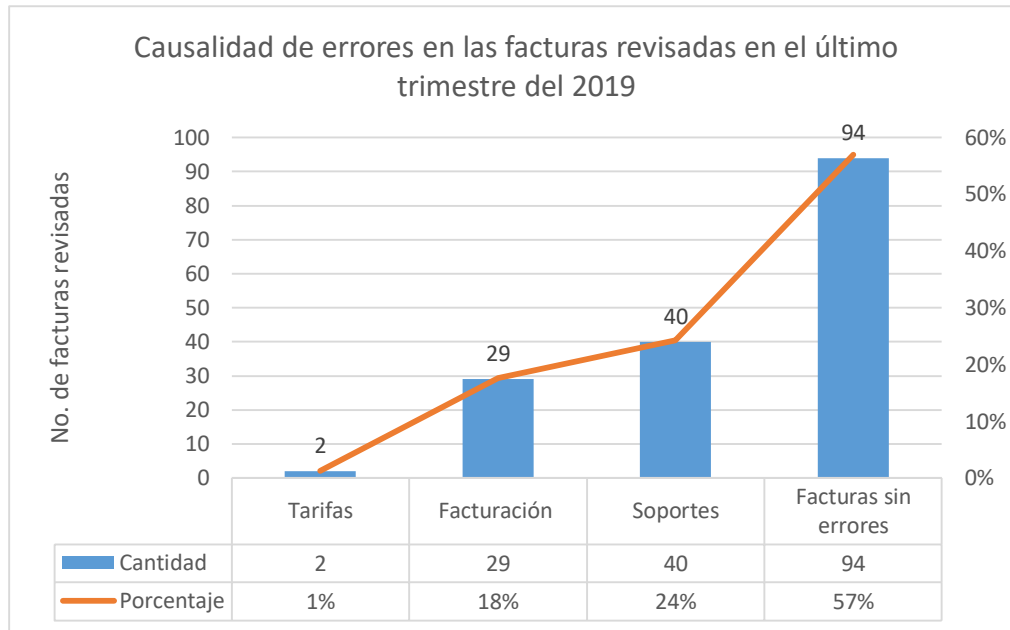


Figura 4. Resultados auditorías de cuentas médicas realizadas en el último trimestre del 2019

Se evidencia como la principal causa de devoluciones y glosas aquellas generadas por soportes y por facturación, por tanto, los esfuerzos en ajustar el modelo de facturación están encaminadas a subsanar estas dos principales oportunidades de mejora. Mejorar los resultados clínicos y de registro definitivamente impactaran positivamente en los resultados financieros, así mismo la adecuada estructuración del área de facturación hará mucho más eficiente el proceso.

Así mismo, cuando se realizan las auditorías de conciliación con los aseguradores se evidencian glosas injustificadas logrando soportarse por parte de la IPS durante la citación, pero ya se ha generado retraso en el pago de la factura por parte de las EPS.

La siguiente tabla muestra los valores importantes que a noviembre de 2019 se tenían represados y corresponde a la cartera de la institución:

Tabla 1. Consolidado de glosas reportadas por las aseguradoras a la IPS

ASEGURADORA	Glosa	Porcentaje
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS S.A.	447,500,893	51.5%
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	210,523,425	24.2%
GOBERNACION DEL ATLANTICO- SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD	54,503,802	6.3%
COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A	49,660,810	5.7%
COOMEVA EPS S.A.	25,709,865	3.0%
GOBERNACION DEL MAGDALENA - SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD	15,391,188	1.8%
CAJA DE COMPEACION FAMILIAR " COMFASUCRE" PROGRAMA EPS	13,189,830	1.5%
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.	12,995,571	1.5%
ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A.	7,411,264	0.9%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	5,642,451	0.6%
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A	4,959,040	0.6%
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA UNISALUD	4,867,521	0.6%
CRUZ BLANCA EPS S.A.	4,744,213	0.5%
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.	4,729,484	0.5%
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	3,679,210	0.4%
MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA S.A.	1,374,960	0.2%
CALIDAD MEDICA IPS SAS	798,170	0.1%
COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.	736,000	0.1%
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.	637,700	0.1%
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR	205,500	0.0%
COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.	29,300	0.0%
Total general	869,290,197	100%

Fuente: Informe de cartera de la IPS con corte a noviembre de 2019

A noviembre de 2019 encontramos un valor importante de \$869.290.197 en glosas reportadas por los aseguradores; un incremento en las devoluciones y glosas realizadas por las auditorías de cuentas de las EPS, presentan en muchos casos falta de conocimientos claros y parten de interpretaciones erróneas de las normas, sin dejar de lado el uso de glosas para evadir el pago de las obligaciones contraídas como mecanismo de control del gasto médico¹, lo que hizo imperativo la realización de una propuesta para ajustar el modelo de facturación actual por parte de la IPS.

En la siguiente figura se presentan las consecuencias del modelo de facturación actual. Esta forma de facturar sobre las órdenes médicas no maneja los controles necesarios y conlleva a un alto número de devoluciones y glosas por soportes. Como se evidenció en los

resultados de la auditoría del último trimestre del 2019, la falta de control ha generado reproceso y gastos adicionales para la operación, afectando el flujo de caja y también la rentabilidad de la IPS.

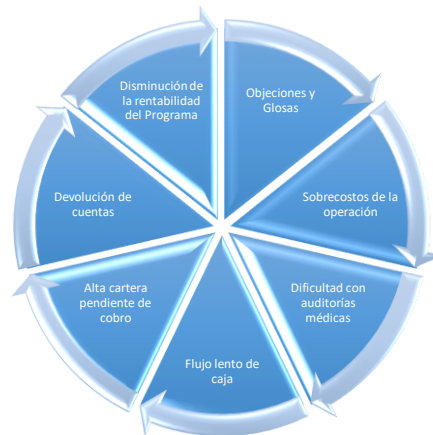


Figura 5. Consecuencias de las debilidades del modelo de facturación actual

Estas consecuencias previamente mencionadas nos llevan a repensar en el concepto de facturación, ya que el concepto institucional de facturación se enfoca en la elaboración de la cuenta, pero esta va más allá, correspondiente a la articulación de la información de las áreas asistencial y de facturación logrando plasmarla en la cuenta siendo este un reflejo de la cuantificación de los servicios prestados.

La Ley 1231 de 2008 unifica la factura como título valor, como mecanismo de financiación para el micro, pequeño y mediano empresario, y se dictan otras disposiciones, hace referencia a un comprador o beneficiario del servicio y a un vendedor o prestador del servicio¹⁶. En la relación que se establece en el sector salud el beneficiario del servicio es el afiliado y no la entidad obligada a asumir el pago por la prestación del servicio (EPS o Entidad Territorial, entre otros) Dentro del sistema de seguridad social en salud, implementado a raíz de la expedición de la Ley 100 de 1993, la Institución Prestadora de Servicios de Salud no está facultada para librar y entregar o remitir al beneficiario del servicio

en este caso el paciente²¹ la factura de que trata la Ley 1231 de 2008 en los términos allí definidos. La misma debe ser librada y entregada o remitida a la entidad obligada al pago (EPS o Entidad Territorial, entre otros) quien es la única que debe aceptarla de manera expresa¹⁸.

Es también la facturación un instrumento legal que manifiesta la operación de un servicio que se presta a usuarios o personas, siendo esta un reconocimiento, valorización y liquidación de los procedimientos, diligencias y consumos facilitados a un paciente hospitalario o ambulatorio, para efectos de cobro, que formen ingresos con los cuales se financiará la institución²¹.

La facturación de servicios de salud se refiere entonces, al conjunto de actividades que permiten identificar, registrar, clasificar, liquidar y cuantificar la prestación de servicios de salud que conlleva la atención de un usuario de una IPS con base a un manual de procedimientos y con base a las obligaciones contractuales definidas.⁷

Adicionalmente se realiza el análisis DOFA del proceso de facturación de servicios de salud de la IPS (ver tabla 2).

Tabla 2. Matriz DOFA de la IPS de servicios domiciliarios

	Positivos	Negativos
Internos (factores de la empresa)	Fortalezas: 1. Filial de una multinacional solida. 2. Facturación mes cumplido. 3 Buena imagen en el mercado. 4. Personal competente 5. Atención a pacientes crónicos ventilados	Debilidades: 1. Facturación centralizada. 2 Auditoría médica de calidad y no de cuentas. 3. Desgaste administrativo y operativo por objeciones y glosas. 4. Perdida de soportes administrativos y asistenciales. 5. Deficiencia en los registros clínicos 6. Software deficiente de Historia clínica
Externos (factores del ambiente)	Oportunidades: 1. Mercado en crecimiento, 2. Nuevas formas de contratación	Amenazas: 1. Numero creciente de competidores

Fuente: elaboración propia.

Como se detalla en la DOFA anterior, aunque la matriz de la IPS es una multinacional sólida (fuerte en su definición de procesos y que trabaja continuamente en la eficiencia operacional de sus actividades), la filial objeto de la revisión del modelo de facturación refleja un panorama un poco distinto. Presenta fortalezas en las competencias de sus trabajadores, pero evidencia deficiencias en los procesos establecidos.

Asimismo, la IPS debe contrarrestar las amenazas del creciente mercado ya que hay nuevos competidores entrantes. De la misma manera se encuentra que la matriz impulsa a la IPS a fortalecer sus procesos administrativos para apalancar la ventaja de poseer un nicho de mercado exclusivo (paciente ventilado) y para apoyar sus buenos resultados clínicos. Es así como debe entonces consolidar su área de facturación para continuar garantizando la sostenibilidad financiera de la compañía. Por lo tanto, proponemos un proceso de facturación establecido de acuerdo con las necesidades particulares de la IPS y de la matriz a la que pertenece.

En el capítulo 7 se proponen estrategias para dar respuesta al DOFA. A continuación, se plantea una propuesta para el proceso de facturación.

4.1 Proceso de facturación propuesto

En base a las oportunidades de mejora evidenciadas en el DOFA se proponen los siguientes pasos para el proceso de facturación:

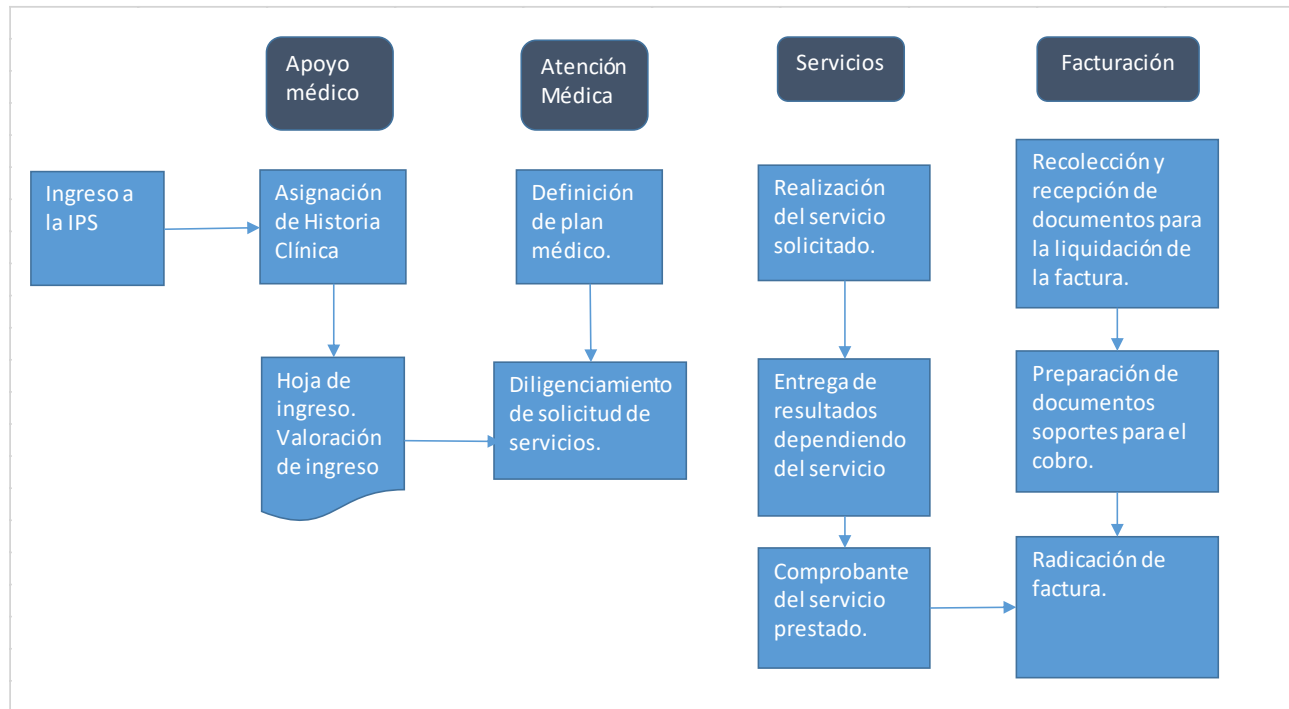
- ✓ Identificación y registro de información del usuario². En este paso se identifica quien es el beneficiario de la atención en las diferentes modalidades de atención: Home o Center de las 6 regionales. Se establece el régimen al que pertenece, la entidad responsable del pago, se solicitan documentos y requisitos para la atención.
- ✓ Registro de Información de procedimientos: el paciente ingresa en la modalidad home o center de acuerdo con su condición clínica y se genera un ordenamiento de los servicios que se prestarán; en este momento inicia el proceso de facturación de los procedimientos, medicamentos e insumos con los códigos CUPS o CUM, la descripción y la cantidad de estos por el equipo asistencial y culmina en la facturación o liquidación de estos mismos códigos con las cantidades respectivas¹, soportadas con ejecución de dicho ordenamiento.
- ✓ Facturación descentralizada: Actualmente la facturación es centralizada, es decir, los soportes de los registros de la atención en cada una de las regionales se envían a la regional principal -Bogotá-, por lo que, al no haber comunicación directa con el personal asistencial ni cruce de información con las diversas áreas, puede presentarse desviación o pérdida de información. Por tanto, se propone una facturación descentralizada, en donde exista comunicación directa entre los facturadores con el personal asistencial y farmacia.

- ✓ Liquidación de los servicios prestados: Con respecto a las tarifas convenidas, se realiza la liquidación de los servicios prestados y se procede a la elaboración y entrega de la factura que soporta los servicios prestados. Se realiza la facturación de los medicamentos con los soportes de administración y no sólo con las órdenes médicas.

Es de suma importancia tener conocimiento y tener a la mano el contrato sus acuerdos y anexos que se tiene con la IPS para así nosotros como institución realizar una buena liquidación de los servicios que se les prestaron a los pacientes²³. Adicionalmente, es necesario contar con un adecuado software de historia clínica con un eficiente módulo de facturación.

- ✓ Proceso de recaudar: Este se activa cuando en la atención al usuario para la prestación de los servicios de salud, exista un copago o una cuota moderadora²⁴.

Figura 6. Flujo proceso para la facturación de los servicios domiciliarios



Fuente: Adaptación del proceso de facturación de la IPS.

7. Descripción de las alternativas, estrategias y/o acciones que se toman en el análisis de la solución a la problemática empresarial

El área de facturación de la IPS recoge la información de todos los aspectos relacionados con la presentación de facturas, glosas, devoluciones, y respuestas de estas, pagos y decisiones adoptadas por las entidades responsables del pago frente a las respuestas de los prestadores de servicios de salud.

Los soportes que acompañan las facturas según el anexo técnico no. 5 de la resolución 3047 de 2008 son los siguientes:

1. Factura o documento equivalente
2. Detalle de cargos
3. Autorización
4. Resumen de atención o epicrisis
5. Resultados de exámenes de apoyo diagnóstico
6. Descripción quirúrgica, si aplica
7. Registro de anestesia, si aplica
8. Comprobante de recibido del usuario
9. Orden y/o fórmula médica
10. Lista de precios
11. Recibo de pago compartido (pago de cuotas moderadoras o copagos)
12. Historia clínica
13. Hoja de administración de medicamentos

Teniendo en cuenta lo anterior, el área de facturación debe alimentar su sistema de información para garantizar la gestión y transformación de la información, y consolidación de los soportes previamente mencionados para posterior liquidación de la cuenta. Es

indispensable poseer programas que permitan crear, almacenar, administrar, proteger y recuperar la información.

Para lograr cambios organizacionales frente a la problemática de la facturación se sugieren las siguientes estrategias:

- ❖ Realizar auditorías y/o revisión de las cuentas antes de presentarlas a los pagadores o entidades responsables del pago.
- ❖ Unificación de manuales tarifarios.
- ❖ Socialización de contratos.
- ❖ Facturar los servicios de salud frente al informe de entrega de medicamentos por farmacia, es decir realizar la liquidación de la factura sobre el suministro efectivo y no sobre las órdenes médicas. Lo anterior debido a que no todas las ordenes médicas que se generan a los usuarios en su totalidad se ejecutan.
- ❖ Realizar conciliación de cuentas con los aseguradores una vez al mes.
- ❖ Fortalecimiento del Software de Historia clínica.
- ❖ Se recomienda la siguiente estructura para el área de facturación⁷:
 - Coordinador del área
 - Profesional de la salud con especialización en auditoría médica
 - Grupo de análisis de cuentas o auditoría técnica previa, este grupo es el responsable de la revisión y entrega de las cuentas de cobro y facturas al área de radicación.
 - Facturadores de cuentas, quienes después de realizar las liquidaciones se encargan de armar las cuentas para entregarlas al grupo de análisis de cuentas.

Las anteriores recomendaciones se generan basadas en los tiempos de respuesta contemplados para la facturación de servicios de salud definidos en el Manual único de glosas y devoluciones (Resolución 3047 de 2008) y también referenciados en la Ley 1438 de 2011.¹⁵

Por otro parte, se propone organizar el proceso de conciliación que permita cobrar oportunamente los servicios prestados y que han recibido algún tipo de glosa por parte del pagador, esto con el fin de no sólo gestionar la glosa sino poder identificar las fallas y establecer correctivos que permitan una rápida recuperación de cartera, mejoramiento de los procesos y por ende el flujo de caja de la institución²¹.

A continuación, se presenta el proceso de trámite de glosas y devoluciones definido en la Resolución 3047 de 2008 donde se establecen los tiempos máximos a tener en cuenta en cada etapa, buscando la optimización de la facturación para cumplir con esos plazos, pero reduciendo al máximo posible la generación de devoluciones y glosas por parte del asegurador:

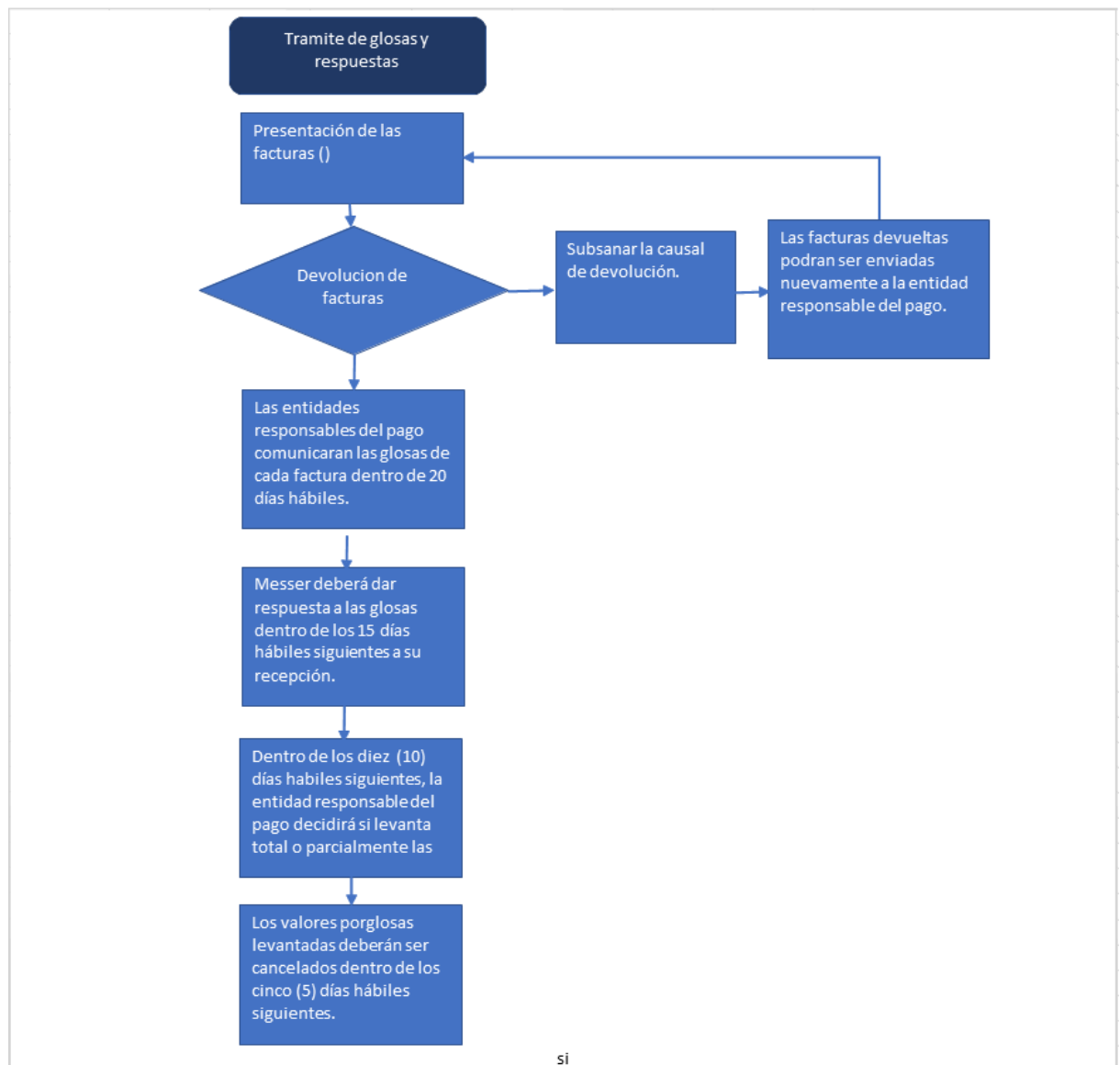


Figura 7. Trámite de respuestas a glosas y devoluciones²

8. Plan y recomendaciones de implementación y aplicación

En la siguiente tabla se sugiere un proceso para la adecuada facturación de la IPS:

Tabla 3. Proceso de facturación para una IPS de servicios domiciliarios

Actividad	Documentos	Observación	Responsable
1. Solicitud de autorización de servicios	Historia clínica	Se diligencia base de datos y se solicita autorización de servicios a la entidad responsable del pago.	Auxiliar de facturación
2. Registra actividades asistenciales, registra hallazgos, diagnóstico, conducta y procedimientos.	Historia clínica	El médico que presta la atención debe registrar los procedimientos realizados al usuario. Enfermería registra las actividades que le competen a su área.	Médico tratante. Enfermera jefa. Auxiliar de enfermería
3. Registra procedimientos y elementos utilizados en la atención.	Hoja de medicamentos y procedimientos.	Estos documentos son enviados a la oficina de facturación para agregarlos a la cuenta en archivo y digitación en sistema.	El médico registra los procedimientos. Enfermería registra los consumos.
4. Solicita exámenes de apoyo diagnóstico.	Orden de examen y copia.	La orden es enviada al respectivo servicio para realización y digitación en sistema de facturación. Copia para archivo de facturación.	Médico solicita el examen.

5. Solicita interconsultas.	Solicitud de interconsulta	Es enviada al servicio respectivo donde se diligencia el soporte de las actividades realizadas y se envía a facturación para digitación en sistema de facturación.	Médico solicita el examen.
6. Prescribe medicamentos.	Fórmula médica y copia. Unidosis y multidosis.	Se envía a farmacia para su despacho y digitación en el sistema de facturación, copia para archivo de facturación. Actividad que se realiza los últimos días del mes. Para los medicamentos No PBS, se realizarán los Mipres y se enviarán los primeros días del mes correspondiente.	Médico que prescribe medicamentos. Enfermera que solicita unidosis.
7. Solicitud de autorización tecnologías No PBS	Historia clínica Base de datos para Mipres.	Información enviada al servicio de farmacia para despacho de las solicitudes y se envía a facturación para consultar en línea los 10 días de cada mes el estado de la solicitud.	Médico solicita medicamentos. Apoyo médico genera la base. Facturación consulta estado de solicitudes.
8. Autoriza salida del usuario.	Orden de salida. Certificado de defunción.	El documento generado es enviado a la facturación para la liquidación de la cuenta y emisión de facturas.	Médico que prestó la atención.
9. Liquida cuenta.	Cuenta por paciente	Realiza la digitación mensual de la cuenta, de acuerdo con los consumos, actividades y procedimientos (los primeros 5 días del mes). Liquida la cuenta al egreso del paciente. Entrega	Liquidador de cuentas. Coordinación de área.

		cuentas al coordinador de área para verificación de estado del paquete por paciente: facturas, soportes, autorizaciones, etc.	
--	--	---	--

Este proceso pretende mejorar los canales de comunicación internos para garantizar el proceso de integración de la información relacionada a la prestación de servicios de salud ofertados para la adecuada facturación. Para ello se establecieron las siguientes tareas:

1. Mejorar el proceso de facturación estableciendo lineamientos y pasos necesarios para la optimización de esta área en una IPS de servicios domiciliarios.
2. Generar una factura por los servicios de salud prestados al paciente de manera eficiente.
3. Diseñar y proponer los instrumentos básicos para la captura de información de los diferentes servicios. (sugerencias al software de historia clínica)¹
4. Proponer mecanismos de control en las diferentes etapas del proceso de prestación de los servicios y cruces de información con las demás áreas de la institución.
5. Establecer responsables del suministro, captura y cruces de información, dentro del proceso de facturación.

6. Efectuar el análisis de la participación de cada una de las áreas dentro del proceso de facturación y por ende en el presupuesto de la IPS.
7. Suministrar información y herramientas para el proceso de cobro de los servicios prestados.
8. Permitir el enlace entre la parte administrativa, financiera y asistencial.
9. Se recomienda una facturación continua e inmediatamente finaliza la prestación de servicios de salud.

9. Conclusiones

El presente trabajo de grado se generó para dar solución a una necesidad identificada en una IPS de servicios de salud domiciliarios y cuyo alcance se definió hasta la elaboración de un manual de facturación que presentó pautas y lineamientos para un proceso de emisión y control de facturas basado en la normatividad legal vigente en Colombia.

Se definieron unos objetivos que dieran respuesta a la problemática identificada que corresponde a la facturación por venta de servicios de salud de la compañía.

Partiendo de esta problemática precisada como la de pérdida de soportes asistenciales, omisión de registros de medicamentos y suministros, carencia de auditoría previa de cuentas, debilidad en preparación y divulgación de procesos y procedimientos y resistencia frente a la mejora de los registros médicos; se suscita al desgaste operativo, al trabajo reactivo a partir de la glosa generando baja rentabilidad del programa, objeciones de glosas y alta cartera.

El presente estudio ayudó a establecer recomendaciones al modelo de facturación actualmente definido, ajustándose a los cambios normativos generados en el país. Es necesario recordar que todas las instituciones de salud son autónomas e independientes y deberán garantizar su sostenibilidad con eficiencia y calidad como principios del aseguramiento.

De acuerdo con lo anterior, la IPS de servicios domiciliarios debe facturar todos los servicios prestados y para ello se sugirió necesario organizar y estructurar la dependencia encargada de facturación, se incorporó el cargo de auditor clínico. Lo anterior en línea con lo analizado en el DOFA de la empresa respecto de consolidar esta área para garantizar la

eficiencia en la ejecución de los procesos de facturación y por ende la sostenibilidad financiera de la IPS.

Se resalta la labor de los facturadores, quienes después de realizar las liquidaciones se encargan de armar las cuentas para entregarlas al grupo de análisis de cuentas. Posterior, este grupo de auditores de cuentas realiza la respectiva verificación para disminuir el riesgo de presentar glosas y devoluciones.

Se evidenciaron dificultades relacionadas en la implementación de esta optimización del modelo de facturación, debido a que la IPS enfoca su producto en la prestación de servicios de salud domiciliarios y esta pertenece a una multinacional enfocada a facturar servicios tangibles y no servicios intangibles como es Salud en Colombia con un sistema fuertemente regulado para garantizar la calidad en la prestación de servicios.

De igual forma es importante propender por mejorar los registros médicos y de enfermería, que no sólo servirán como soporte para el cobro de los servicios de salud prestados, sino que conforman la historia clínica del usuario. La calidad del diligenciamiento de este documento reflejará la calidad de atención del paciente con canalización adecuada de los recursos humanos, tecnológicos, científicos y económicos. En ese sentido es importante el seguimiento al desarrollo de la reciente ley que define para Colombia la Historia Clínica Electrónica Única cuyo desarrollo estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social y del Ministerio de las TIC. Este nuevo instrumento modificará, para bien, las relaciones operativas entre EPSs e IPSs y tiene como plazo máximo para que entre en operación en enero de 2025.

En la misma línea de soportes tecnológicos podría ser importante hacia el futuro contar con una plataforma de gestión de cuentas médicas puesto que dicho instrumento ayuda a optimizar los procesos y la calidad de los documentos soporte. Cabe resaltar que actualmente el Ministerio de Salud y Protección Social ha publicado un proyecto de resolución que busca modificar parcialmente la resolución 3047 de 2008 en lo que corresponde al anexo técnico no. 5 soportes de las facturas y anexo técnico no. 6 manual único de glosas, devoluciones y

respuestas y así reformar los soportes que deben acompañar la facturación electrónica de los servicios de salud, incluyendo los requisitos asociados al Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud y, por lo tanto, algunas de las causas de glosas y devoluciones derivadas de los soportes de las facturas también serán reformadas.

Referencias bibliográficas

1. Oviedo Salcedo IT, Leuro Martinez M. *Facturación y Auditoría de Cuentas En Salud Irsa Tatiana Oviedo Salcedo, Mauricio Leuro Martínez*. 5ta ed. (ECOFE, ed.). ECOFE; 2010.
2. Minsalud M de S y PS. Resolución 3047 de 2008. *Minist Salud y Protección Soc.* 2008;2008(2).
3. Congreso de la República de Colombia. Ley 1966 de 2019, Gestión y Transparencia SGSSS. *D Of No 51011*. Published online 2019:1-9. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley 1966 de 2019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201966%20de%202019.pdf)
4. Gonzalez A. Comparación de sistemas de pago convenido en los costos de la prestación de servicios ambulatorios y hospitalarios. *Univ del Rosario*. Published online 2017:52.
5. Minsalud M de S y PS. *Acuerdo 030 de 1996*.; 1996:7.
6. Colombia el C de la R. LEy 100 DE 1993 (Diciembre 23). 2013;53(Diciembre 23):1689-1699.
7. Congreso. *Ley 23 de 1981*. Vol 1981.; 1981:24.
8. Congreso. *Ley 2015 de 2020*.; 2020:1-7.
9. Nuñez DMR, Mazuera LPC. Sistema de gestión de cartera en el Hospital Departamental San Rafael E.S.E. *Univ del Val*. 2013;53(9). doi:10.1017/CBO9781107415324.004
10. Minsalud M de S y PS. *Circular Externa 046 de 2018*.; 2018.
11. Cirera L. Los sistemas de copago en Europa, Estados Unidos y Canadá : Implicaciones

- para el caso Español. *Priv Sect Cent.* 2012;3:26.
12. Federico Tobar NR y AR. Modelos de pago en servicios de salud. *Cuad Médicos.* 1998;74.
 13. Johns Hopkins Bloomberg. *Chronic Care : Making the Case for Ongoing Care.*; 2010. www.rwjf.org/pr/product.jsp?id=50968
 14. El Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007. *El Abedul, D Of.* 2007;2007(Enero 9):1-18. [http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Ley 1122 de 2007.pdf](http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Ley%201122%20de%202007.pdf)
 15. Minsalud Mi de S y PS. *Ley 1438 de 2011.*; 2011.
 16. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley Estatutaria 1751 de 2015. *Minist Salud y Protección Soc.* Published online 2015:13. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
 17. Mesa G. Aprendamos con expertos/Tutoriales Sistema de Salud. Published 2018. <https://escuelasura.com/tutoriales/sistema-salud-gabriel-mesa/>
 18. Minsalud M de S y PS. *Decreto 4747 de 2007.* Vol 2007.; 2007.
 19. Chavarría TC. Desarrollo e implementación de una herramienta para la validación de cuentas médicas y gestión de glosas en el sector salud en Colombia. *Med UPB.* 2018;37(2):131-141. doi:10.18566/medupb.v37n2.a07
 20. Congreso de la República. *LEY 1231 DE 2008 (Julio 17).* Vol 2008.; 2008.
 21. Bello CA. Sistema de gestión de calidad para el área de facturación del Hospital Regional de Sogamoso. *Univ Pedagógica y tecnológica Colomb.* 2017;1(1). doi:10.1016/j.sbspro.2015.04.758
 22. Facturación en servicios de salud – Accounter. Facturación en servicios de salud. Published June 10, 2009. Accessed September 10, 2020.

<https://accounter.co/normatividad/conceptos/facturacion-en-servicios-de-salud.html>

23. Hernesley Montenegro. *Facturación y Liquidación de Cuentas Médicas.*; 2013. Accessed September 10, 2020. <https://prezi.com/wrj6gqc8oslw/facturacion-y-liquidacion-de-cuentas-medicas/>
24. Consejo Nacional de Seguridad Social. Acuerdo 260 De 2004. *D Of No 45474.* 2004;2004(45):1-7.
https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/A_CNSSS_0260_2004.pdf
25. Ruth Q. *Gestión de Glosas Para Prestadores de Servicios de Salud.*; 2016.