

**PLAN DE MEJORAMIENTO PARA DISMINUIR EL PORCENTAJE DE GLOSAS
EN UNA INSTITUCIÓN DE ALTO NIVEL DE COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE
BOGOTÁ**

**López Mora Fredy Lusiany
Marroquín Fuentes Angie Xiomara
Silva Carvajal Ivonne Alexandra**

**División de Posgrados y Formación Avanzada
Posgrado de Gerencia de la Calidad en Salud**

Universidad el Bosque

Bogotá D.C, Agosto de 2022

Hoja de identificación

| | |
|---------------------------------------|---|
| Universidad | El Bosque |
| División – postgrado | Posgrados – Posgrado Gerencia de la Calidad en Salud |
| Título de la investigación | Plan de mejoramiento para disminuir el porcentaje de glosas en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá. |
| Línea de investigación | Gestión de Servicios de Calidad en Salud |
| Instituciones participantes | Universidad del Bosque Institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá |
| Tipo de investigación | Posgrado |
| Investigadores | López Mora Fredy Lusiany Marroquín Fuentes Angie Xiomara Silva Carvajal Ivonne Alexandra |
| Director de trabajo de grado | Anny Bonilla Dueñas |
| Asesores variables de estudio | Lilian Núñez |
| Asesor para enfoque integrador | Álvaro Amaya Navas |

Página de aprobación

Notas de salvedad de Responsabilidad Institucional

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

Agradecimientos

En primer lugar, agradecemos a todo el cuerpo académico del programa de Especialización en Gerencia de la Calidad en Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad

El Bosque que nos brindaron sus conocimientos y herramientas para lograr la realización de este trabajo de grado a cabalidad.

A nuestras familias que fueron testigo de este proceso y nos acompañaron con sus palabras de ánimo.

Y en último lugar, pero no menos importante a nuestra docente directora de trabajo de grado por su paciencia y consejos.

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo a todos esos seres, principios y convicciones que nos motivan y nos convencen de que todo esto tiene sentido.

Guía de contenido

| | |
|--|----|
| Hoja de identificación | 2 |
| Página de aprobación | 3 |
| Notas de salvedad de Responsabilidad Institucional | 4 |
| Agradecimientos | 5 |
| Dedicatoria | 6 |
| Guía de contenido | 7 |
| Indicé de tablas, gráficas y figuras..... | 12 |
| Tablas | 12 |
| Graficas | 13 |
| Anexos | 14 |
| Anexo,1. Entrevista aplicada al personal auxiliar de facturación.....91..... | 14 |
| Anexo, 2. Flujograma de proceso de facturación en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.....96..... | 14 |
| Anexo, 3 Documento propuesta de plan de mejoramiento para disminuir el porcentaje de glosas en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá | |

| | |
|---|----|
| | 9 |
| 7..... | 14 |
| Resumen..... | 15 |
| Abstract..... | 17 |
| Introducción | 19 |
| Antecedentes | 20 |
| Facturación en salud. | 22 |
| Principales problemas del proceso de facturación en Colombia. | 24 |
| Consecuencias de una inadecuada facturación en el sistema de salud en Colombia..... | 25 |
| Qué es la factura y cómo se factura los servicios de salud en Colombia..... | 25 |
| Cómo contratan los servicios de salud en Colombia. | 26 |
| Pago por capitación..... | 26 |
| Pago por evento..... | 26 |
| Pago por caso | 26 |
| Glosas..... | 27 |
| Las causas de mayor presentación de glosas ante una factura..... | 27 |
| Elementos de codificación. | 28 |
| El manual tarifario | 33 |
| Marco normativo..... | 34 |

| | |
|---|----|
| Manual único de glosas, devoluciones y respuestas. | 36 |
| Marco institucional | 38 |
| Planteamiento del problema..... | 40 |
| Justificación | 43 |
| Pregunta problema | 44 |
| Objetivos | 44 |
| Objetivo General..... | 44 |
| Objetivos específicos | 44 |
| Propósito | 45 |
| Aspectos metodológicos | 46 |
| Tipo de Metodología..... | 46 |
| Población y muestra del estudio | 46 |
| Criterios de inclusión | 47 |
| Fase diagnóstica y análisis..... | 47 |
| Fase diseño..... | 47 |
| Criterios de exclusión | 47 |
| Fase diagnóstica y análisis..... | 47 |
| Fase de diseño de plan de mejora. | 48 |
| Técnicas e Instrumentos de recolección de información | 45 |

| | |
|--|----|
| Técnica utilizada | 45 |
| Instrumento | 46 |
| Materiales y métodos. | 46 |
| Recolección de información cuantitativa. | 46 |
| Recolección de información cualitativa..... | 47 |
| Caracterización de la información recolectada. | 48 |
| Plan de análisis..... | 48 |
| Diseño de propuesta de plan de mejora | 51 |
| Consideraciones y aspectos éticos | 51 |
| Estructura organizacional del proyecto..... | 52 |
| Cronograma..... | 53 |
| Presupuesto | 55 |
| Resultados | 56 |
| Caracterización del fenómeno de glosa en una institución de alta complejidad en la ciudad de Bogotá..... | 56 |
| Concepto por glosa | 57 |
| Concepto general | 57 |
| Concepto específico | 58 |
| Valor de glosa | 60 |

| | |
|--|----|
| Glosas conciliadas..... | 60 |
| Servicio generador de la glosa..... | 61 |
| Respuesta a la glosa..... | 61 |
| Tiempo de respuesta a la glosa..... | 61 |
| Tiempo de resolución de las facturas..... | 61 |
| Caracterización de proceso de facturación institucional..... | 62 |
| Caracterización del personal operativo a cargo del proceso de facturación en una institución de alta complejidad en la ciudad de Bogotá..... | 66 |
| Características del personal a cargo..... | 66 |
| Conocimiento y entendimiento del proceso de facturación institucional..... | 66 |
| Percepción de los colaboradores de la disposición logística por parte de la institución..... | 67 |
| Factores asociados..... | 67 |
| Proceso de facturación..... | 69 |
| Capacidad de liquidación acertada de las facturas en el personal operativo..... | 70 |
| Análisis modal de fallos y efectos..... | 73 |
| Discusión..... | 78 |
| Conclusiones y recomendaciones..... | 83 |
| Referencias..... | 87 |
| Anexos..... | 89 |

| | |
|---------------|----|
| Anexo.1 | 89 |
| Anexo.2..... | 95 |
| Anexo.3 | 97 |

Indicé de tablas, gráficas y figuras

Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Tipos de glosas por codificación concepto general..... | 27 |
| Tabla 2 Codificación Concepto Específico..... | 29 |
| Tabla 3. Normatividad Vigente..... | 36 |
| Tabla 4. Matriz de variable..... | 43 |
| Tabla 5. Cronograma..... | 53 |
| Tabla 6. presupuesto de proyecto..... | 55 |
| Tabla 7. tabulación de concepto específico de glosas en el año 2021 en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá..... | 58 |
| Tabla 8. Tabulación de valor de glosas por rangos en el año 2021 en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá..... | 60 |
| Tabla 9. Caracterización de proceso de facturación en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá..... | 62 |

Tabla 10. Riesgos asociados al proceso de facturación en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.....66

Tabla 11. Aplicación de Instrumento AMFE al proceso de facturación de una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.....74

Graficas

Gráfico. 1 estructura organizacional del proyecto.....52

Gráfico. 2 porcentaje de Glosas por concepto General año 2021 en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.....57

Gráfico. 3 percepción de factores que afectan el proceso de facturación según el personal operativo en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.....68

Gráfico. 4. Respuestas del personal operativo a casos cotidianos de facturación en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.....71

Gráfico. 5. Respuestas del personal operativo a casos cotidianos de facturación en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.....72

Anexos

Anexo,1. Entrevista aplicada al personal auxiliar de facturación.....91

Anexo, 2. Flujograma de proceso de facturación en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.....96

Anexo, 3 Documento propuesta de plan de mejoramiento para disminuir el porcentaje de glosas en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá97

Resumen

La generación de no conformidades o glosas en el proceso de cobro de servicios de salud es una amenaza para el rendimiento económico y operacional de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), estas condicionan la aceptación de la facturación entre la EAPB y la IPS, retrasando el flujo del recaudo de las IPS incrementando la cartera morosa, afectando la sostenibilidad de las entidades responsables de la atención y en consecuencia interfiriendo con la accesibilidad, calidad y oportunidad de los servicios de salud, a pesar de las medidas normativas respecto a los procesos de correspondencia en el cobro de servicios de salud es una problemática usual y apremiante de intervención. Esta anterior situación fue identificada en una IPS de alto nivel de complejidad en Bogotá, la cual evidenció un aumento ascendente y exacerbado por la contingencia sanitaria por la pandemia COVID 19 en el aumento de Glosas en su facturación para el año 2020, por lo tanto el objetivo de este trabajo de investigación fue diseñar un plan de mejoramiento para disminuir la presentación de no conformidades esta una IPS, partiendo de la caracterización y análisis del proceso de facturación, a partir un estudio cuantitativo descriptivo, de corte transversal retrospectivo; la

recolección de los datos se realizó a partir de la base de datos institucional para el año 2021 del área financiera de la institución participante, la aplicación de una encuesta dirigida a los trabajadores, seguido de esquematización del proceso de facturación en la IPS para un posterior análisis del procedimiento por medio de la aplicación de herramienta Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Dentro de los resultados se evidenció un de \$ 40.372.280.897 millones de pesos glosados en la IPS, dentro de la principal causa de glosa dentro de la IPS basado en el anexo técnico N°6 de la Resolución 3047 de 2008 se identificó falencias en los soportes de la atención, situación predispuesta por desconocimiento del personal que generan la atención (personal asistencial) y los que la liquidan (personal de facturación), comportándose en concordancia con lo reportado en estudios previos, los cuales proponen medidas de intervención como la implementación de auditoría, educación al personal e inclusión de herramientas ofimáticas dentro de los procesos de facturación, sin bien existen propuestas en este tipo de trabajos no se evidencia trazabilidad en la ejecución de estas. Como recomendaciones no se menosprecia la importancia de la generación de espacios de capacitación a todos los colaboradores para garantizar la calidad de atención en todos los ámbitos, el re afirmamiento de la necesidad de la auditoría dentro de los procesos institucionales y la estandarización de los procesos para garantizar un adecuado engranaje entre todas las áreas participantes en el proceso de generación y cobro de servicios de salud en la IPS.

Abstract

The generation of non-conformities or glosses in the process of collection of health services is a threat to the economic and operational performance of *Entidades Administradoras de Planes de Beneficios* (EAPB) and *Instituciones Prestadoras de Servicios de salud* (IPS), these condition the acceptance of billing between the EAPB and the IPS, delaying the flow of collection of the IPS, increasing the delinquent portfolio, despite the regulatory measures regarding the correspondence processes in the collection of health services, this is a common and urgent problem that requires intervention. This situation was identified in a high level of complexity IPS in Bogota, which showed a rising increase and exacerbated by the health contingency due to the COVID 19 pandemic in the increase of glosses in its billing for the year 2020, therefore the objective of this research work was to design an improvement plan to reduce the presentation of nonconformities in this IPS, based on the characterization and analysis of the billing process, from a descriptive quantitative study, retrospective cross-sectional; The data collection was carried out from the institutional database for the year 2021 of the financial area of the participating institution, the application of a survey addressed to the workers, followed by the schematization of the billing process in the IPS for a subsequent analysis of the procedure by means of the application of the Failure Mode and Effects Analysis (FMEA) tool. The results showed an amount of \$ 40.372.280.897

COP glossed in the IPS, within the main cause of glossing within the IPS based on the technical annex N° 6 of Resolution 3047 of 2008, failures were identified in the supports of the attention, a situation predisposed by lack of knowledge of the personnel that generate the attention (assistance personnel) and those that liquidate it (invoicing personnel), This is in accordance with what has been reported in previous studies, which propose intervention measures such as the implementation of audits, staff education and the inclusion of office automation tools in the billing processes, although there are proposals in this type of job, there is no evidence of traceability in the execution of these measures. As recommendations, the importance of generating training spaces for all collaborators to guarantee the quality of care in all areas, the reaffirmation of the need for auditing within the institutional processes and the standardization of the processes to guarantee an adequate interlocking between all the areas participating in the process of generation and collection of health services in the IPS is not underestimated.

Introducción

Desde la creación del Sistema General de Seguridad Social de Salud en Colombia, en sus siglas SGSSS, con la ley 100 de 1993, se contempló la prestación de servicios de salud con entes administrativos descentralizados, con autonomía, crecimiento y capacidad de sostenimiento financiero, por lo tanto el proceso de facturación y pago de servicios de salud es de interés de todos los actores (Entidades Responsables de pago e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) del sistema liquidar y cuantificar los servicios prestados a los usuarios de forma diligente y adecuada para garantizar la sostenibilidad del mismo. Si bien es un proceso que viene regulado con los entes correspondientes diariamente se presentan limitaciones en su ejecución representando una amenaza para la oferta de servicios de salud de calidad.

La presente investigación, tiene por objetivo realizar una propuesta de mejoramiento para los procesos de facturación en una Institución Prestadora de Servicios de salud (IPS) de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá, en respuesta de una creciente preocupación secundaria al aumento de generación de inconformidades en los procesos de recobro y liquidación (glosas) con las EAPB exacerbada en la sobredemanda de servicios de salud generados en la contingencia sanitaria por la pandemia del año 2020, comprometiendo de

cierta manera la producción, el flujo caja y rentabilidad que indiscutiblemente podría afectar la funcionalidad y sostenibilidad económica institucional.

Esto a través de la evaluación y análisis de las posibles causas a partir de datos del área financiera de dicha organización del año 2021, disponibles en sus sistemas de información. A partir de la caracterización del proceso de facturación de la IPS objeto de estudio e investigación, se realizará un diagnóstico de las posibles fallas relacionadas a la facturación en que se precipite la generación de no conformidades (Glosas) y posterior a ello se recolectaran todas aquellas situaciones susceptibles de mejora, esto con el fin de desarrollar una propuesta de mejoramiento en la se optimice el proceso de cobro y recaudación.

Todo lo anterior se desarrolla con el ánimo de garantizar la calidad, efectividad y eficiencia en la prestación de servicios; ya el recobro de servicios es reflejo de procesos ágiles, oportunos y completos contribuyendo al crecimiento y desarrollo de la IPS, a partir de la implementación de procesos de calidad.

Antecedentes

La Seguridad Social en Colombia, se entiende como el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, los cuales están conformados por los sistemas generales establecidos dentro de la Ley 100 de 1993, tales como, pensión, salud, riesgos laborales, además de subsidio familiar y los servicios sociales complementarios amparados desde la Constitución de 1991 de Colombia, la cual preceptúa en su Artículo 48 la seguridad social como “ un servicio público de carácter obligatorio garantizando el derecho

irrenunciable a la seguridad social” y el artículo 49 el cual atiene al concepto de la atención en salud y el saneamiento ambiental como “aquellos servicios públicos a cargo del Estado el cual debe garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación”. En los cuales puede haber participación de agentes públicos y privados. Dos años después de la promulgación de la Constitución Política de 1991 nació la Ley 100 de 1993, hito en la conformación de la política pública, esta nueva normatividad significó un cambio sustancial para el sector de la salud, en cuanto a la forma como se percibe la administración y prestación de servicios sanitarios, representó una modificación sin precedentes dentro del contexto económico y social para el país.

La Ley 100 de 1993, estableció una afiliación obligatoria a través de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) hoy en día las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) , las cuales administran los recursos de las cotizaciones, ofertando un paquete de servicios y/o Plan Obligatorio en Salud (POS), los cuales son ejecutados por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS); quienes propenden por la efectividad de los principios de calidad y eficiencia en sus servicios con autonomía administrativa, técnica y financiera; igualmente, por un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos.

De igual manera, fue un proyecto ambicioso con detractores que argumentaban la incapacidad fiscal del gobierno para asumir los retos del nuevo modelo, sumado a esto el manejo de los rubros del sector se vería intervenido por el sector privado y como consecuencia la privatización de esta (Nuñez & Zapata, 2012)

En virtud de lo anterior, la implementación del modelo de la Ley 100 de 1993 y descentralización de las instituciones de salud pública exigió la adaptación y ajuste constante del mismo, ejecutándose modificaciones y derogaciones normativas, no obstante, se han evidenciado resultados casi tres décadas después su expedición, logros como, cobertura por encima del noventa por ciento y resultados en la población, principalmente la más vulnerable.

Sin embargo, los logros se evidencian a un costo fiscal no despreciable, el cual pone en riesgo la sostenibilidad del sistema, encontrándose la necesidad de crear e implementar procesos de auditoría de cuentas médicas, estandarización, reglamentación en facturación y gestión de cartera dentro de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y demás actores que intervienen en el sistema propendiendo por el flujo continuo de cartera y sostenibilidad. (Leuro Martinez & Oviedo Salcedo, 2016)

Facturación en salud.

Dentro del régimen del sistema de salud en Colombia, es reciente el proceso de facturación por venta de servicios de salud, es un proceso el cual ha sido analizado y estudiado por parte de organizaciones de carácter privado a diferencia del ámbito público, esto sucedió sólo cuando se implementó el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) en 1988. (Leuro Martinez & Oviedo Salcedo, 2016)

Conforme a lo anterior, se analiza que la venta y oferta de servicios de salud en Colombia tiene como punto de origen la Constitución Política de 1991 y la (Ley 100, 1993) con los Artículos 153, Numeral 6: “la organización del Sistema General de Seguridad Social

en Salud será de forma descentralizada” y el artículo 185 establece que “las Instituciones Prestadoras de servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa” y por último el artículo 225 establece que:

Las entidades promotoras de salud, cualquiera sea su naturaleza deberán establecer sistemas de costos, facturaciones y publicidad (...). Los sistemas de facturación deberán permitir conocer al usuario, para que este conserve una factura que incorpore los servicios y los correspondientes costos, discriminando la cuantía subsidiada por el Sistema General de Seguridad.

La Facturación, se entiende como un proceso de registro, valorización y liquidación de los procedimientos, actividades y consumos prestados a un paciente o usuario ya sea en un ámbito hospitalario o ambulatorio, incluyendo suministros y medicamentos usados durante la atención. (Corrales Gallego, Corrales Rodriguez , Gomez Rodriguez, & Hincapie Diaz, 2013)

Además de los conceptos de registro y cobro, la facturación tiene como objetivo rendir cuenta de los ingresos, los cuales contribuyen a la financiación y funcionalidad de la institución y gestión de información necesaria para las diferentes áreas de la misma, así mismo a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, compañías aseguradoras, administradoras de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), entre otros, colaborando de esta forma a la supervivencia, crecimiento y rentabilidad del sistema en salud. (Passos Simancas , Arias Aragonés, Batista Castillo, Wuacari Villalba, & Florez Laiseca , 2020, págs. 40 -45)

Principales problemas del proceso de facturación en Colombia.

Con la entrada en vigor de la Ley 100 de 1993 y su implementación, los procesos administrativos no se hicieron esperar, el desarrollo práctico la implementación normativa presento una serie de situaciones que limitaron y dificultaron la liquidación de cuentas de calidad.

el común denominador en las falencias que se implementaron en el sector salud, han sido desconocidas por las normas legales respecto a la seguridad social y salud, así mismo como la aplicación de manuales tarifarios los cuales son abusivos en la implementación de contratación de servicios. (Leuro Martinez & Oviedo Salcedo, 2016)

del mismo modo, se encuentra el desgaste del personal administrativo y operativo por objeciones y altas glosas, la pérdida de control en cartera y flujo de dinero recaudado, la carencia de auditoría previa de cuentas, la poca apropiación de responsabilidades establecidas, la debilidad en la implementación y divulgación de procesos y/o procedimientos, el trabajar en contra del resultado (glosa) y no en pro de su minimización, la resistencia o baja presentación de reporte de la atención médica asistencial e implementación de auditoría médica de calidad y no de cuentas.

Adicionalmente, los instrumentos de facturación, cobranza y control no se han ejecutado de manera acuerdo al Sistema de Seguridad Social en Salud, presentándose

diferencias entre los flujos de información y los diferentes actores del sistema, convirtiendo la facturación de los servicios en un proceso dispendioso y voluminoso tanto en su estructura, cobro y pago. (Passos Simancas , Arias Aragonés, Batista Castillo, Wuacari Villalba, & Florez Laiseca , 2020)

Consecuencias de una inadecuada facturación en el sistema de salud en Colombia.

Como consecuencia a la inadecuada facturación, se asocia el detrimento monetario de las organizaciones que ofrecen servicios de salud, relacionado con carteras voluminosas entre las EAPB y las IPS, generando disminución del rendimiento económico de dichas organizaciones y con ello comprometiendo la sostenibilidad y la calidad de los servicios que prestan. (Passos Simancas , Arias Aragonés, Batista Castillo, Wuacari Villalba, & Florez Laiseca , 2020)

Qué es la factura y cómo se factura los servicios de salud en Colombia

Según el anexo 5 de la (Resolución 003047, 2008), se entiende por factura, aquel 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 por el prestador, estos deben cumplir los requisitos exigidos por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), los cuales incluyen Información de la entidad o institución que expide la factura, Razón social; número de identificación tributaria (NIT), dirección, teléfono, fecha, número del consecutivo, Información del paciente y descripción detallada de servicios prestados; dando cuenta de la transacción efectuada.

Los soportes de la cuenta de cobro son exigidos dependiendo del tipo de contrato ya sea captación, evento o caso y de la atención solicitada (atención por urgencias, atención por odontología, cirugía, atención por especialista, traslados, internación, consulta ambulatoria, etc.).

Cómo contratan los servicios de salud en Colombia.

Teniendo en cuenta el (Decreto 4747, 2007) donde se regulan aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicio de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo define los tipos de pago o contratación de los servicios de salud en tres modalidades:

Pago por capitación. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas;

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. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso,

conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

Glosas

Según el anexo técnico No. 6 de la (Resolución 003047, 2008), una glosa es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud, También existen las devoluciones que hacen alusión a 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.

Dentro del proceso de resolución de glosas es necesario conocer los manuales de la auditoría de cuentas médicas, al ser guías claras que establecen los requisitos, términos y condiciones que tienen las EPS y toda entidad responsable del pago de los servicios de salud, para la presentación de las cuentas, los manuales según la norma tienen como objetivo regular algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

Las causas de mayor presentación de glosas ante una factura

Para la presentación de una glosa se debe tener una oportuna gestión y utilización de estas, por lo tanto, es indispensable que en el contrato que se haya pactado con la empresa contratante de prestación de servicios se definan los requisitos y plazos para su presentación, conforme a lo definido dentro del Decreto 4747 del 2007. Las causas que se encuentran para la presentación de glosas son, la falta de pertinencia en los procedimientos, la doble facturación, la falta de documentos, la falta de soportes en las facturas, las facturas que exceden el tope máximo permitido en el contrato, los documentos sin diligenciar o diligenciados incorrectamente e inconsistencias en los soportes anexos.

Elementos de codificación.

El manual único de glosas en la resolución 3047 de 2008 modificada por la resolución 416 de 2009 contempla la siguiente codificación que está integrada por tres dígitos. El primero indica los conceptos generales. Los dos segundos indican los conceptos específicos que se pueden dar dentro de cada concepto General de seis (6) y específico de 53. Los conceptos generales hacen referencia a la agrupación de procesos en los que se puede presentar una situación motivo de glosa. Estos se agrupan en nueve categorías:

Tabla 1. Tipos de glosas por codificación concepto general Anexo 6 Resolución 3047 año 2008

| Código | Concepto general | Aplicación |
|--------|------------------|--|
| 1 | Facturación | Se presentan glosas por facturación cuando hay |

| | | |
|---|--------------|---|
| | | diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados |
| 2 | Tarifas | Diferencias al comparar los valores facturados con los pactados |
| 3 | Soportes | Aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles. |
| 4 | Autorización | Servicios NO autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago. 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 |
| 5 | Cobertura | Aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan. |
| 6 | Partencia | No existe 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 |

| | | |
|---|------------------------------------|---|
| 8 | Devoluciones | Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud |
| 9 | Respuestas a glosas o devoluciones | Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago |

Fuente: (Resolución 003047, 2008)

En relación con lo anterior, los dos dígitos siguientes al dígito del concepto general corresponden a los conceptos específicos relacionados con el concepto general, tales como la estancia, consulta, interconsulta, derechos de sala, materiales, medicamentos, procedimientos y ayudas diagnósticas, entre otros.

Tabla 2 Codificación Concepto Específico Anexo 6 Resolución 3047 de 2008

| Código | Concepto específico |
|--------|--|
| 01 | Estancia |
| 02 | Consultas, interconsultas y visitas médicas |
| 03 | Honorarios médicos en procedimientos |
| 04 | Honorarios otros profesionales asistenciales |

| | |
|----|--|
| 05 | Derechos de sala |
| 06 | Materiales |
| 07 | Medicamentos |
| 08 | Ayudas diagnósticas |
| 09 | Atención n integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico) |
| 10 | Servicio o insumo incluido en caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico |
| 11 | Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala |
| 12 | Factura excede topes autorizados |
| 13 | Facturar por separado por tipo de recobro (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas). |
| 14 | Error en suma de conceptos facturados |
| 15 | Datos insuficientes del usuario |
| 16 | Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable |
| 17 | Usuario retirado o moroso |
| 18 | Valor en letras diferentes a valor en números |
| 19 | Error en descuento pactado |
| 20 | Recibo de pago compartido |
| 21 | Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud |
| 22 | Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes |

| | |
|----|--|
| 23 | Procedimiento o actividad |
| 24 | Falta firma del prestador de servicios de salud |
| 25 | Examen o actividad pertenece a detección temprana y protección específica |
| 26 | Usuario o servicio corresponde a capitación |
| 27 | Servicio o procedimiento incluido en otro |
| 28 | Orden cancelada al prestador de servicios de salud |
| 29 | Recargos no pactados |
| 30 | Autorización de servicios adicionales |
| 31 | Bonos o Boucher sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones |
| 32 | Detalle de cargos |
| 33 | Copia de historia clínica completa |
| 34 | Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención n de urgencias u odontograma |
| 35 | Formato Accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP |
| 36 | Copia de factura o detalle de cargos de seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT |
| 37 | Orden o fórmula médica |
| 38 | Hoja de traslado en ambulancia |
| 39 | Comprobante de recibido del usuario |
| 40 | Registro de anestesia |
| 41 | Descripción quirúrgica |

| | |
|----|--|
| 42 | Lista de precios |
| 43 | Orden o autorización de servicios vencida |
| 44 | Profesional que ordena no adscrito Servicio no pactado |

Fuente: (Resolución 003047, 2008)

El manual tarifario

Los parámetros *tarifarios* (ISS) se utilizan para liquidar actividades, procedimientos e intervenciones en salud, se facturan teniendo en cuenta las UVR (unidad de valor real) las cuales se multiplican por el cirujano, el anestesiólogo, y el ayudante, sin embargo, los demás procedimientos tienen su propio precio. El manual tarifario ISS se divide en 5 capítulos a continuación se menciona:

Capítulo 1: lista de intervenciones y procedimientos médicos quirúrgicos, nomenclatura, clasificación UVR.

Capítulo 2: exámenes estudios y procedimientos clínicos diagnósticos tratamiento, nomenclatura clasificación

Capítulo 3: servicios hospitalarios y ambulatorios, e intervenciones servicios profesionales derechos de sala, materiales, suministros y equipos

Capítulo 4: atención por conjunto integral

Capítulo 5: actividades e intervenciones quirúrgicas procedimientos y atenciones

El manual tarifario SOAT es una clasificación en donde se contempla el factor de cotización de distintas prestaciones derivadas de acciones y procedimientos, es utilizado para

evidenciar procedimientos y actividades que se necesitan liquidar en el área de facturación de acuerdo con el SMDLV, en la actualidad es el que más se utiliza. (Decreto 2423 , 1996)

Marco normativo

El proceso de financiamiento y recobro en los servicios de salud en Colombia emana de fundamentos legales, este proceso inicia a partir de la descentralización de las instituciones de salud pública, antecedido por la Constitución Política de 1991, y a raíz del advenimiento de la Ley 100 de 1993, la cual lleva a la creación de procesos como la facturación, la gestión de cartera y la auditoría de cuentas médicas, procesos que se encuentran reglamentados pero que son susceptibles de ajustes y cambios.

La Ley 1281 de 2002 (Ley 1281, 2002), regula los flujos de caja, la implementación oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación, modificada posteriormente por el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011 incluyendo dentro de la Ley los principios de sostenibilidad, definido con un flujo ágil y expedito, eficiencia y calidad entre otros, los cuales hacen parte vinculante y de importancia dentro de la presente investigación.

Lo anterior aunado a la (Ley 1751 , 2015) *“Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*, el sistema de salud, a través de sus distintas instituciones, coordina, dirige, ejerce, inspecciona, vigila y controla las diferentes entidades que realizan actividades adscritas al mismo. Realizando un análisis normativo el derecho a la salud en Colombia es la materialización de un servicio público, a cargo del Estado y con connotación de Derecho Fundamental.

Para mayor especificidad dentro de la normatividad colombiana, es pertinente citar la (Ley 1122, 2007) cuya finalidad era el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud a los usuarios, con los criterios de racionalidad financiera en el sistema de salud, la obligatoriedad del pago oportuno, el aseguramiento del flujo ágil y efectivo de los recursos del sistema como está contemplado en su artículo 13, a través del cual se establece:

como medida de garantía y protección del flujo de los recursos, el pago los servicios a los Prestadores de Servicios, de forma anticipada en su totalidad, si los contratos son por capitación, o el caso de pago por evento global prospectivo o grupo diagnóstico de forma anticipada con 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. Es importante resaltar la responsabilidad del Ministerio de la Protección Social la reglamentación referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura.

Es decir, se constituye al Estado como actor activo en la forma de disposición de los recursos del sector salud, la contratación de servicios de salud y su ejecución, de acuerdo con la modalidad de pago seleccionado por los actores del Sistema General de Seguridad Social

en Salud incluso, en la parametrización de los procesos facturación y pago de la prestación de servicios de salud como es evidenciado en el párrafo anterior.

Para mayor especificidad normativa frente al proceso de facturación, recobro y conciliación de glosas es necesario analizar el (Decreto 4747, 2007) cómo se ha manifestado en los acápite anteriores, en el cual se establece la regulación de la relación contractual entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo. Adicionalmente , se articula en el proceso de correspondencia de entre entidades la (Resolucion 003047, 2008) la cual define los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007 (junto a sus modificaciones Resolución 416 de 2009), dirigidos a los prestadores de servicios de salud y a toda entidad responsable del pago de los servicios de salud, regímenes especiales y de excepción, que suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud.

Manual único de glosas, devoluciones y respuestas.

Para unificar y agilizar los procesos de facturación, (Decreto 4747, 2007) en el artículo 22 provee al personal de las áreas responsables de facturación y auditoría el Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas para las Reclamaciones por Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, con el de objetivo codificar, describir, interpretar y aplicar de cada una de los posibles motivos de glosas y devoluciones, así como las respuestas

que los reclamantes, personas jurídicas y naturales emitan, de esta manera agilizando los procesos de facturación, auditoría, respuesta a las glosas y flujo de recursos.

La denominación y codificación de las causas de glosa, devoluciones y respuestas de que trata el artículo 22 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, son las establecidas en el Anexo Técnico No. 6, el cual forma parte integral de la presente resolución. “Las entidades responsables del pago no podrán crear nuevas causas de glosa o de devolución; las mismas solo podrán establecerse mediante resolución expedida por el Ministerio de la Protección Social”. Es important esclarecer que solo se puede glosar una factura por los conceptos previstos en el Anexo Técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008, modificada por las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012.

Tabla 3. Resumen de normatividad Vigente en el proceso de pago y liquidación de servicios de salud en Colombia

| Norma | Fecha | Descripción |
|-----------------------------|----------------------|--|
| Ley 100 de 1993 | Diciembre 23 de 1993 | “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones” |
| Decreto número 4747 de 2007 | Diciembre 7 de 2007 | “Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.” |
| Ley 1122 de 2007 | Enero 9 2007 | “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” |
| Resolución 3047 de 2008 | Febrero 23 de 2009 | “Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007 y se dictan otras disposiciones” |

Ley 1438 de 2011. Enero 19 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.”

Fuente: Información recopilada por los autores año 2021.

Marco institucional

La institución prestadora de servicios de salud, nace de la unión de dos organizaciones, que al identificarse alrededor de sus misiones, buscan brindar a la sociedad una institución de salud que avance con un modelo de atención basado en el paciente y la familia, en búsqueda de una transformación social, creando impacto no solo en salud sino en el bienestar integral de los colombianos.

A partir del entendimiento y la generación de estrategias para afrontar la situación actual del sector salud, a partir de la atención humanizada a los pacientes y familiares, desarrolla modelos educativos innovadores que garantice la pertinencia y calidad de los procesos de educación e investigación, transnacional, clínica y de poblaciones, forjando mejores prácticas para el tratamiento de las enfermedades y creando un diferencial en la salud en sus usuarios, para rabajar en la promoción, prevención y rehabilitación de los pacientes.

El proyecto comenzó en el año 2009 generando un contrato marco de colaboración en el año 2011 con la ejecución de las actividades necesarias para alcanzar la construcción, dotación y operación de la clínica de alto nivel de complejidad.

En el año 2015 inició la construcción del edificio de aproximadamente 51.000 m² distribuidos en 15 pisos que constan principalmente de: 311 camas, 50 cubículos de cuidado

crítico, 42 cubículos de observación de urgencias, 11 salas de cirugía, servicio de imágenes diagnósticas, laboratorio clínico y patología, consulta externa, oncología y medicina nuclear.

La clínica fue diseñada como una construcción amigable con el medio ambiente, con luz natural en todos los espacios clínicos, reflejando el modelo de atención centrado en el paciente y la familia y su infraestructura permite generar flujos de atención seguros y eficientes.

Dentro su direccionamiento estratégico contempla en su misión institucional, proteger la vida a través la prestación de servicios de una forma segura y eficiente, garantizando la atención humanizada centrada en el paciente y en su familia, por medio de la aplicación del conocimiento científico, innovación y la formación del talento humano.

En su Visión se propone que para el 2023 será la institución de predilección de los usuarios de planes adicionales, talento humano, comunidad académica y aseguradores por entregar servicios integrales de salud a través de su modelo de atención humanizado que se centra en las preferencias y las necesidades del paciente y su familia.

Desarrollan su atención apuntando a ser reconocidos como una de las instituciones prestadoras de salud con los mejores resultados clínicos en aquellas situaciones de mayor prevalencia de la institución. Así mismo busca ser referente en el sector hospitalario por una cultura de seguridad al involucrar al paciente y su familia, el reconocimiento de la institución por la implementación del modelo de atención dirigido al paciente y la inclusión de su familia, partiendo de la educación e investigación buscando al mejoramiento de la calidad de vida de todos.; convirtiéndose en la institución preferida por los usuarios y aseguradoras con

planes adicionales, por nuestro modelo de trabajo articulado en redes. Todo lo anterior bajo la premisa de valores institucionales de :

- Respeto: reconociendo la dignidad humana y su diversidad.

- Servicio: Es comprender acertadamente las necesidades y expectativas de los pacientes y familia, adelantándose a ellas ofreciendo opciones y soluciones óptimas. Así mismo brindando apoyo a los demás (pares, subordinados, superiores), mostrando sensibilidad ante sus necesidades, así estas no sean explícitas.

- Transparencia: Con una actuación honesta, recta, ética y responsable.

- Compromiso: Actuando con entusiasmo, motivación y esmero, cumpliendo de Manera oportuna, generando satisfacción ante la contribución de realizar un trabajo bien hecho. Se busca ser mejores personas , cumpliendo con los deberes y actuando en consecuencia.

- Compasión: desde la perspectiva de la empatía se busca ofrecer una atención desde la comprensión del sufrimiento del otro ser en busca de su mejor atención y bienestar.

Planteamiento del problema

La organización objeto de estudio es relativamente nueva, inició a funcionar en diciembre del 2018, con los servicios de cirugía programada y consulta externa, en aquel entonces el porcentaje glosa para el año 2018 fue de 0% dado que la relación IPS y EAPB no llevo proceso de revisión de cuentas médicas, ya para el año 2019, se habilitaron los servicios de urgencias, de hospitalización, unidad de cuidados intensivos, se inició formalmente el programa de cirugía con un funcionamiento del 80%, la unidad de cuidados intensivos quirúrgica, médica, pediátrica y neonatal, alcanzando las metas proyectadas, reflejando un aumento variable en las no conformidades de las cuentas por cobrar a los diferentes clientes, razón por la cual para el año 2019 se evidenció un porcentaje del 2.9% de presentación de glosas del total de la facturación realizada con un consolidado mensual promedio de 12.500 millones, un desarrollo e inclusión y apertura de servicios de forma paulatina y contenido por pérdidas esperables, información consolidada y manejada por el area de cuentas medicas de la institución objeto de estudio.

A causa de lo anterior, para el año 2020 los sistemas de información y la areas encargadas evidenciaron una variabilidad en la proyección planteada inicialmente de crecimiento, a consecuencia de la contingencia sanitaria debida a la pandemia por COVID 19, lo cual reflejó una afectación en el funcionamiento y economía global; siendo una institución prestadora de servicios de salud que difícilmente podría quedar ajena a esta situación, se tuvieron que hacer cambios en la estrategia de funcionamiento, como activación y adecuación de Unidades de cuidado Intensivo Respiratorio para pacientes COVID, realizando un giro en el modelo de atención y funcionamiento proyectado. Siendo lo anterior causal significativa en el consolidado de facturación mensual, con un promedio de 18.000 millones

cada mes, a pesar del aumento de su facturación como efecto colateral se empezaron a evidenciar el aumento en porcentaje de glosas, generando un cambio significativo al balance financiero de la institución, disminuyendo la capacidad y los estándares de calidad a la hora de ser evaluados por los clientes (EPS).

Conforme a la anterior situación, se realizó una revisión exacta de cada uno de los informes de gestión del Área de Cuentas Médicas desde el año 2019 hasta el primer semestre del 2021, en donde se evidencian cambios significativos en los consolidados de Glosas realizadas por el cliente principal de la Institución (EPS).

El aumento en el porcentaje de las glosas interrumpió principalmente el estado financiero de la institución, permitiendo pérdidas económicas significativas en el recaudo de cartera, afectando el adecuado funcionamiento de la IPS, disminuyendo los estándares de Calidad en diferentes áreas y estructuras, lo cual no permitió la implementación procesos adecuados y coherentes planes de mejora continua y en el cumplimiento de las obligaciones contractuales, perjudicando un adecuado y posible reconocimiento, posicionamiento y competitividad en el sector Salud.

Desde la dirección Financiera, la cual es la principal responsable de la dependencia de cuentas Médicas y Recaudo de Cartera, se tiene conocimiento de lo mencionado en los párrafos anteriores, así como el impacto que conlleva y ha conllevado, éste aumento en el porcentaje de glosas principalmente en el área de Facturación, ha ocasionado la implementación de estrategias y compromisos por parte de la dirección de Facturación.

No obstante, no ha sido suficiente y persiste sistemáticamente esta problemática, lo que nos motiva a buscar posibles estrategias de solución e implementación de las mejoras que con urgencia se deben desarrollar, por tal motivo nace la inquietud de ¿Cuál es la alternativa de gestión de calidad que pueda contribuir a la disminución de pérdidas económicas por glosas derivadas del proceso de facturación de una IPS de la ciudad de Bogotá ?

Justificación

La IPS debe garantizar un estado financiero favorable, razón por la cual es muy importante la diligencia y responsabilidad de un recaudo de cartera ágil que involucre transacciones financieras y contables, relacionadas con clientes, proveedores, accionistas, entidades financieras, organismos de tributación y regulación del país donde opere, si existe un equilibrio financiero se garantiza el funcionamiento de forma óptima.

La institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá es una institución de servicios de salud integral, con un modelo de atención innovador, centrado en el paciente y su familia, donde la humanización del servicio, el conocimiento médico científico y académico se integran en una cohesión de protección y seguimiento de la salud de sus pacientes.

Este trabajo investigativo pretende indagar sobre el proceso de facturación que en él da el aumento de glosas y un impacto negativo en el recaudo de recursos económicos para la institución para esto se debe implementar desde la parte financiera estrategias que comprometan a todos los colaboradores y responsables de esta gestión en cada una de las

áreas. Todos estos procesos hacen que la IPS contribuya a la prestación de servicios de salud de óptima calidad, hacia pacientes, familiares, EPS y proveedores.

Pregunta problema

¿Cuál es la alternativa de gestión de calidad que pueda contribuir a la disminución de pérdidas económicas por glosas derivadas del proceso de facturación en una IPS de la ciudad de Bogotá?

Objetivos

Objetivo General

Diseñar un plan de mejora que contribuya a la disminución de las glosas secundarias a deficiencias en el proceso de facturación en una institución de alto nivel de complejidad en Bogotá para el año 2021.

Objetivos específicos

Caracterizar el comportamiento del proceso de facturación en el periodo de enero de 2021 a diciembre de 2021 en organización participante en este estudio

Realizar una evaluación en el proceso de facturación con el fin de identificar las fallas que den origen a glosas a partir de una medición y análisis estadístico.

Plantear medidas que corrijan las fallas en el proceso de facturación a partir de lo identificado

Propósito

A partir de la caracterización del proceso de facturación institucional se busca identificar las posibles falencias presentes en este, y de igual manera establecer la incidencia de glosas presentadas por fallas en el sistema de facturación, de tal manera, que los hallazgos obtenidos funcionen como soporte para el diseño de un plan de mejora que contribuyan eficientemente a la presentación de las facturas y así disminuir el volumen de glosas sin deteriorar la calidad de proceso, obteniéndose de forma oportuna, clara y concreta con el valor de los servicios prestados.

Lo anterior con el propósito de prevenir, minimizar y/o evitar la ocurrencia de situaciones que afecten el proceso de facturación y recaudo eficiente, promoviendo procesos estandarizados y de calidad en pro de la estabilidad financiera y continuidad funcional de la organización, conforme a la normatividad vigente, garantizando la aplicabilidad de las guías, protocolos y manuales médicos previamente establecidos.

Aspectos metodológicos

Tipo de Metodología

Para el presente trabajo de investigación se implementa el estudio cuantitativo, se implementan métodos y recursos de medición, utilizando la recopilación de datos y su respectivo análisis para desarrollar un conjunto de medidas que determine un resultado favorable, de tal manera que se enfoque en la medición de variables e instrumentos de investigación mediante el uso de la estadística.

También, se implementa el método de tipo descriptivo debido a que su finalidad es generar información a partir de la recolección de datos sobre las características determinadas, en este caso el objeto de estudio es las glosas por las no conformidades en el proceso de facturación, correspondientes a datos que nos reflejan información para la construcción de las variables. Este estudio corresponde a corte transversal retrospectivo, porque se unifica la información en un periodo de tiempo establecidos.

Población y muestra del estudio

En la presente investigación, se parte de la base de datos institucional, la recolección de documentos y Excel que proveen las variables a tener en cuenta para la obtención de información necesaria para identificar las falencias y a su vez lograr los objetivos propuestos.

Se realiza la recolección y estudio de información y datos a partir de guías y bases de datos institucionales, revistas indexadas internacionales, sistema de gestión institucional Armera y normatividad colombiana vigente, OMS/OPS, junto con la revisión literaria de

páginas web, artículos científicos, Scopus, Pubmed y Base de datos Biblioteca Juan Roa Vásquez.

Criterios de inclusión

Fase diagnóstica y análisis.

Glosas presentadas por el proceso de facturación del periodo de enero de 2021 a diciembre de 2021, dispuestas en las bases de datos institucionales en la IPS objeto de estudio.

Fase diseño

Literatura dispuesta en base de datos referentes a experiencias exitosas en intervención de glosas con tiempo de publicación de 2015 a la fecha.

Criterios de exclusión

Fase diagnóstica y análisis.

Glosas presentadas por el proceso de facturación fuera del periodo de enero a diciembre de 2021, dispuestas en las bases de datos institucionales, que no dispongan de los datos y/o información completa en la IPS objeto de estudio.

Glosas presentadas en servicios de consulta externa y oncología en la IPS objeto de estudio.

Fase de diseño de plan de mejora.

Literatura dispuesta en base de datos referentes a experiencias exitosas en intervención de glosas con tiempo de publicación mayor a 6 años.

Tabla 4. Matriz de variables, Fuente. Autores 2021.

MATRIZ DE VARIABLES

| Título Trabajo Grado | | Plan de mejoramiento para disminuir el porcentaje de glosas en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá para el año 2021 | | | | | |
|------------------------|--|--|--------------------------------|---|--|--|--|
| Objetivo General | | Diseñar un plan de mejora que contribuya a la disminución de glosas secundarias a deficiencias en el proceso de facturación en una institución de alto nivel de complejidad en Bogotá para el año 2021 | | | | | |
| Integrantes y semestre | | Marroquin Fuentes Angie Xiomara - Lopez Mora Fredy Lusiany - Silva Carvajar Ivonne Alexandra (SEMESTRE II) | | | | | |
| Fecha | | (08/09/2021) | | | | | |
| Asesores | | Dr: Anny Bonilla | | | | | |
| Objetivos Específicos | | Nombre Variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Escala de Medición e indicador resumen de información | Fuente de la variable (instrumentos, formatos, lista chequeo, etc) | |
| OBJETIVO 1 | Realizar una evaluación en el proceso de facturación con el fin de identificar las fallas que den origen a glosas a partir de una medición y análisis estadístico. | 1 | Concepto específico por glosa | Motivo general y específico de la glosa según lo definido en el anexo técnico N° 6 de la resolución 3047 de 2008 | Corresponden a los conceptos específicos clasificados en códigos según el Anexo Técnico 06 de la resolución 3047 e 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009, identificadas en la base de datos institucional. | Nominal | Base de datos institucional (documentos Excel) |
| | | 2 | Valor de glosa | Es el valor monetario sobre el cual se ha hecho la objeción y se glosa en la factura. | Rango de valor monetario así: menores 10 millones- 10 millones a 50 millones- mayores de 50 millones | Razon | Base de datos institucional (documentos Excel) |
| | | 3 | Servicio generador de la glosa | unidad organizacional donde se generó la glosa | urgencias, hospitalización, cirugía, cuidado crítico | Nominal | Base de datos institucional (documentos Excel) |
| | | 4 | Glosas conciliadas | La cantidad de glosas que no se aceptan por la IPS ni subsanadas por la entidad responsable de pago, con las cuales se decide conciliar. | Numero de glosas que a la fecha estén en estado de conciliación. | Razon | Base de datos institucional (documentos Excel) |
| | | 5 | Respuesta a glosa | Es la respuesta que da la IPS a las glosas presentadas por las Entidad Responsable de Pago, Definidas en el anexo técnico N° 6, resolución 3047 de 2008 | Se determina con: Glosa o devolución injustificada. No subsanada Subsanada parcial. Subsanada. | Nominal | Base de datos institucional (documentos Excel) |
| | | 6 | Tiempo de respuesta a glosa | Tiempo que transcurre entre la notificación de la glosa y la respuesta a la Entidad responsable de pago. | Tiempo: Número de Días identificados en la base de datos institucional. | Razon | Base de datos institucional (documentos Excel) |

| | | | | | | | |
|------------|--|----|---|--|---|---------|--|
| OBJETIVO 2 | Caracterizar el comportamiento del proceso de facturación para el periodo de estudio | 7 | Tiempo de resolución de las glosas | Tiempo que transcurre entre las respuestas de glosas entre la IPS y la EAPB el pago efectivo de las facturas. | Numero de días transcurridos para el pago de las facturas identificado en la base de datos de la institucional. | Razon | Base de datos institucional (documentos Excel) |
| | | 8 | Características del personal a cargo | describina las características de tiempo laborado en la institucion | *menos de un año *1 a 2 años *más de dos años | Nominal | Resultados de la aplicación de la encuesta, pregunta1 . |
| | | 9 | | Unidad organizacional donde pertenece | *urgencias *cirugía *cuidado intensivo *hospitalización | Nominal | Resultados de la aplicación de la encuesta, pregunta 2. |
| | | 10 | Conocimiento y entendimiento del proceso facturación institucional | describe el conocimiento y percepción de entendimiento del proceso de facturación institucional por parte del personal en cargado de este | Conocimiento del documento: *si *no Entendimiento *No lo conozco *Confuso *Entendible *Muy entendible | Nominal | respuestas obtenidas después de la aplicación de encuesta dirigida al personal auxiliar de facturación pregunta 3 y 4 |
| | | 11 | Percepción de los colaboradores de la disposición logística por parte de la institución . | describe percepción de los colaboradores en cuanto a la disposición logística por parte de la institución a actividades encaminadas a favorecer un adecuado proceso de facturación | Recibió capacitación: si - no Factores que afectan el proceso de facturación : *Carga laboral *El proceso no es claro totalmente, incluye: aplicación de tarifas, paquetes, convenios (AT). *El software es complejo (SAP) *Alta rotación del personal *Todas las anteriores Percepción del proceso *Entorpecido, difícil *No es difícil, pero se podría mejorar | Nominal | respuestas obtenidas después de la aplicación de encuesta dirigida al personal auxiliar de facturación preguntas 5,6 y 7 |
| | | 12 | Percepción de los colaboradores auditoria interna | describe percepción de los colaboradores en cuanto a las actividades de auditoria y seguimiento de los procesos llevados en la institución | Existencia de medidas para detectar deficiencias Si- no Proceso de retroalimentacion *ausente (nunca hay retroalimentación) *intermitente (mensual) +Permanente (auditoria concurrente) | Nominal | respuestas obtenidas después de la aplicación de encuesta dirigida al personal auxiliar de facturación preguntas 8 y 9 |
| | | 13 | Capacidad de liquidación acertada de las facturas en el personal operativo | numero total de personal auxiliar de facturación que contestó acertadamente los problemas planeados en la situaciones de las preguntas 10,11 y 12 de la encuesta aplicada. | Numero de preguntas contestadas correctamente por el colaborador sobre el numero total del cuestionario | Razon | respuestas obtenidas después de la aplicación de encuesta dirigida al personal auxiliar de facturación preguntas 10 ,11 y 12 |

Técnicas e Instrumentos de recolección de información

Inicialmente se recolectara información incorporada en la base de datos institucional, se analizaran las variables anteriormente expuestas, seguidamente se agrupará la información encontrada para facilitar la condensación y análisis de la información obtenida, con el fin de identificar situaciones críticas, de igual manera identificar la oportunidad de mejora que conlleve a caracterizar las falencias en el proceso de facturación, que en consecuencia incurran en generación de no conformidades.

Además de la dimensión cuantitativa de los documentos suministrados por la institución, se implementará la aplicación de una encuesta estructurada semi abierta donde se busca indagar la perspectiva de los operadores respecto al proceso de facturación, la cual será aplicada en la totalidad del personal auxiliar de facturación se incluirán temáticas como claridad del proceso, factores que afectan al adecuado proceso de facturación, conocimientos del proceso y opiniones respecto al proceso de facturación.

Técnica utilizada

se realizara una caracterización con su debida recolección y documentación de información sobre el funcionamiento del proceso de facturación de una manera precisa, clara, exacta y de fácil comprensión con el fin de unificar su ejecución, dirigido al análisis de identificación, evaluación y prevención de posibles deficiencias por medio del análisis de modos y efectos de fallos potenciales, adicionalmente se aplicará la encuesta estructurada, semi abierta de 12 preguntas dirigida al personal operacional (auxiliar de facturación) anteriormente relacionada. Ver Anexo 1.

Instrumento

se analizará el estudio bajo la matriz AMFE, o análisis modal de fallos y efectos, ya que permite documentar el conocimiento existente y las acciones de riesgos que deben ser utilizadas para lograr una mejora continua, objetivo de este trabajo.

Materiales y métodos.

Recolección de información cuantitativa.

Para la recolección de información cuantitativa, se tomará la información contenida en la base de datos Microsoft Office Excel institucional, la cual constituye la primera en donde el objetivo es unificar la información necesaria para establecer el estado actual del proceso de facturación, en donde se incluirá todo dato generado a partir de enero de 2021 hasta diciembre de 2021.

También se incluirán las variables, concepto específico por glosa, valor de glosa, glosas conciliadas, respuesta a glosa, tiempo de respuesta a glosa, tiempo de resolución de facturas para la caracterización del comportamiento tanto del proceso de facturación como de las glosas en la institución para el periodo de estudio, lo anterior será dispuesto en gráficos o tablas para facilitar su análisis e interpretación.

Recolección de información cualitativa

A partir de la aplicación de una encuesta estructurada y semi abierta electrónica, con el uso de aplicación Google Forms (software de administración de encuestas gratuito) al personal operativo, serán incluidas preguntas que pueden evidenciar situaciones que interfieren en el adecuado proceso de facturación como, conocimiento, claridad en el proceso de facturación institucional, perspectiva de los factores que afectan el adecuado proceso de facturación.

También, proceso de retroalimentación en el caso de presentación de no conformidades por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Servicios y contratantes , injerencia de los procesos asistenciales en un adecuada facturación, conocimiento de las principales causas de glosas en la institución en cada área, habilidad en el manejo de Software institucional, disponibilidad de herramientas para llevar a cabo su trabajo y socialización e instrucción de los procesos por parte de la institución.

De manera que se obtenga información necesaria y pertinente para el posterior análisis con la metodología AMFE ya que utiliza técnicas de investigación cualitativas como grupos focales, encuestas estructuradas y semiestructuradas para la recolección de la información en varias fases del proceso.

Caracterización de la información recolectada.

La caracterización de la información recolectada se evidencia en dos formas, en primera medida, la agrupación de datos y generación de información con base a la aplicación de las variables propuestas a la base de datos institucional con uso del programa Microsoft Office Excel, y en segunda medida, la descripción y presentación gráfica de los hallazgos tras la aplicación de la encuesta al personal operativo.

Plan de análisis

El plan de análisis se implementará con la metodología AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) de procesos, la cual busca analizar la situación expuesta en los resultados de los datos cuantitativos y cualitativos, esta metodología se basa en un paso a paso donde se abarca:

primero, determinar proceso a analizar de facturación y glosas. (caracterización y agrupación de la información recolectada de bases de datos y entrevista)

segundo, enumerar pasos del proceso de facturación, caracterización del proceso facturación dependiendo de los servicios a partir de documento institucional.

tercera, describir la función del paso dentro del proceso de facturación.

cuarta, determinar los posibles modos de falla en el proceso de facturación que da lugar a posibles no conformidades o glosas.

quinta, enlistar los efectos de cada potencial modo de cada falla identificada durante el proceso de facturación.

Sexta, asignar de un grado de severidad de cada efecto Severidad es la consecuencia de que la falla ocurra

Séptima, Asignación del grado de frecuencia de cada modo de falla Ocurrencia a la probabilidad de que la falla ocurra.

Octava, Describir controles actuales de prevención.

Noveno, Describir controles actuales de detección.

Decimo, asignar el grado de detección de cada modo de falla.

Decimoprimer, priorizar los modos de falla de mayor a menor.

Décimo segundo, implementar de actividades de mejora a partir de los resultados.
(plan de mejora)

Partiendo del objetivo general de este trabajo, en el cual se estipula como meta diseñar un plan de mejora que contribuya a la disminución de las glosas secundarias a deficiencias en el proceso de facturación en una institución de alto nivel de complejidad en Bogotá para el año 2021 es necesario un análisis estadístico simple, a partir de la base de datos dispuesta por parte de la institución, se categoriza en variables como, concepto específico por glosa, valor de glosa, servicio generador de la glosa, glosas conciliadas, respuesta a glosa y tiempo de respuesta a glosa en esta se expondrá en frecuencia para poder

determinar cuáles son las situaciones más concurrentes que caracteriza al procesos de facturación en la institución dando respuesta al primer objetivo específico.

De igual forma se aplicará este tipo de análisis a la información recolectada en la encuesta dirigida al personal operativo responsable de las actividades de facturación, en este caso la categorización será estructurada en tiempo de resolución de las facturas, características del personal a cargo, conocimiento y entendimiento del proceso facturación institucional, percepción de los colaboradores de la disposición logística por parte de la institución y capacidad de liquidación acertada de las facturas en el personal operativo en búsqueda de responder al segundo objetivo específico.

Se realizará un diagrama de flujo de cada uno de los procesos de facturación institucionales, para sintetizar e identificar objetivamente el paso a paso, en caso de identificarse una falla pueda ser esquematizada.

Finalmente se aplicará la metodología AMFE para evaluar la eficiencia de los procesos y así mismo proponer medidas correctivas viables, con el fin de identificar las partes del proceso de facturación que deben ser modificadas y con ello minimizar su impacto. describiendo los posibles efectos y causas para cada uno de ellos, posteriormente con acciones de mejora de los fallos se visualizará la disminución en el Número de Prioridad de Riesgo o índice prioritario de riesgo (NPR o IPR).

Diseño de propuesta de plan de mejora

Finalmente, para el desarrollo y construcción del plan de mejora enfocado a la disminución de las glosas secundarias a deficiencias en el proceso de facturación en una institución de alto nivel de complejidad, se tomará como referencia toda la caracterización del proceso con la base de datos Microsoft Office Excel institucional, implementando el análisis modal de fallos y efecto, en donde se realiza el ejercicio de análisis detallado de las fallas relacionadas y priorizadas después del resultado del análisis.

Consideraciones y aspectos éticos

En vigor de la (Resolución 8430, 1993), del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, Título 1 Disposiciones Generales, Artículo 4, el cual contempla que:

“La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social, la prevención y control de los problemas de salud; al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud; el estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud y la producción de insumos para la salud”.

Conforme a lo anterior, se establece que es una investigación sin riesgos dado que técnicas y métodos de investigación documental son de índole retrospectiva, no se realiza

modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales en las partes participantes del estudio, adicionalmente no se tratan aspectos sensitivos de su conducta con el instrumento de recolección de información, adicionalmente se cuenta con el consentimiento de la institución vinculada para el desarrollo de la presente investigación.

Estructura organizacional del proyecto

A continuación, se muestra la relación organizacional institucional inmersa en el desarrollo de este proyecto, acorde con los lineamientos institucionales establecidos por la División de posgrados: Especialización de Gerencia de la Calidad en Salud adscrita a la Facultad de Medicina de La Universidad El Bosque.

Gráfico. 1 estructura organizacional del proyecto



Fuente Autores año 2022

| | | | | |
|--|----|--|-----------|------------|
| Equipos de computo | 3 | Herramientas necesarias para búsqueda de información y construcción del proyecto | 3'500.000 | 10'500.000 |
| Recursos tecnológicos | | | | |
| Conexión servicio de internet Investigador | 36 | Factura mensual | 90.000 | 3'240.000 |
| Encuesta al personal | 22 | Google forms | 0 | 0 |
| TOTAL | | | | 13'740.000 |

Fuente: Autores 2022.

Resultados

Caracterización del fenómeno de glosa en una institución de alta complejidad en la ciudad de Bogotá

Los siguientes datos se obtuvieron de la base de datos institucional nutrida del mes de enero de 2021 a diciembre 2012, de las facturas ya glosadas, radicadas y conciliadas con un monto de \$ 40.372.280.897 sobre un recaudo total de \$ 210.769.866.998 de la institución objeto de estudio, esto en proporción porcentual es equivalente al 19% de lo facturado. Representado con un total de 2067 cuentas glosadas, dentro de este número se contienen un total 8761 de no conformidades, ya que una factura puede contener varias de estas.

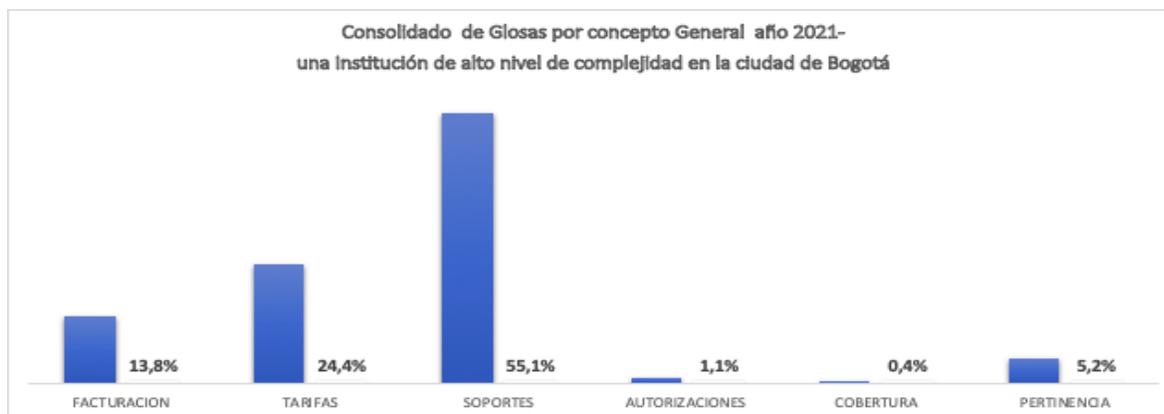
A continuación, se presentarán los datos a partir de las variables propuestas.

Concepto por glosa.

Tras la consolidación de los datos de forma anual se relacionan en los siguientes gráficos las características de las glosas generadas por concepto según el anexo técnico N°6 de la Resolución 3047 de 2008 modificada por la resolución 416 de 2009.

Concepto general

Gráfico. 2 porcentaje de Glosas por concepto General año 2021 en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.



Fuente: Base de datos institución objeto de estudio área financiera año 2021

Se concluye que el concepto de glosa predominante en el proceso de liquidación de cuentas está relacionado con falencias en los soportes como lo define el Anexo técnico N° 6 Resolución 416 del 2009 como aquellas que son generadas en razón de ausencia, enmendaduras o soportes ilegales o incompletos, con un 55,1% en contraste se presenta en mínima proporción aquellas glosas generadas por cobertura con un 0,4% las cuales se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan de beneficios contratado, pero que hacen parte integral del servicio en salud y se cobran de manera adicional, o que

están a cargo de otra entidad, sin embargo, no es despreciable la apreciación que se generan no conformidades de todos los tipos.

Concepto específico

Respecto al concepto específico de las glosas, predominan aquellas relacionadas con el soporte de medicamentos con 2926, seguido de insumos con 2043 e imágenes diagnósticas en menor proporción con 807. De igual forma se presentan no conformidades en todas las categorías, pero no tan representativamente cuánticamente.

Tabla 7. tabulación de concepto específico de glosas en el año 2021 en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.

| | Cod. | Concepto | Cantidad |
|-------------|------|---|----------|
| Facturación | 101 | Estancia | 56 |
| | 102 | Consultas, interconsultas y visitas médicas | 120 |
| | 103 | Honorarios médicos en procedimientos | 125 |
| | 104 | Honorarios de otros Profesionales | 24 |
| | 105 | Derechos de sala | 51 |
| | 106 | Materiales | 340 |
| | 107 | Medicamentos | 53 |
| | 108 | Ayudas diagnósticas | 215 |
| | 110 | Servicio o insumo incluido en paquete | 13 |
| | 111 | Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala | 236 |
| | 123 | Procedimiento o actividad | 30 |
| Tarifas | 201 | Estancia | 46 |

| | | | |
|----------------|-----|--|-------------|
| | 202 | Consultas, interconsultas y visitas médicas | 13 |
| | 203 | Honorarios médicos en procedimientos | 81 |
| | 204 | Honorarios de otros profesionales asistenciales | 3 |
| | 205 | Derechos de sala | 7 |
| | 206 | Materiales | 145 |
| | 207 | Medicamentos | 10 |
| | 208 | Ayudas diagnósticas | 25 |
| | 209 | Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico) | 116 |
| Soportes | 301 | Estancia | 22 |
| | 302 | Consultas, interconsultas y visitas médicas | 74 |
| | 303 | Honorarios médicos en procedimientos | 16 |
| | 304 | Honorarios de otros profesionales asistenciales | 56 |
| | 306 | Insumos | 2043 |
| | 307 | Medicamentos | 2926 |
| | 308 | Ayudas diagnosticas | 807 |
| Autorizaciones | 401 | Estancia | 8 |
| | 423 | Procedimiento o actividad | 33 |
| Cobertura | 507 | Medicamentos | 18 |
| Pertinacia | 601 | Estancia | 15 |
| | 602 | Consultas, interconsultas y visitas médicas | 8 |
| | 604 | Honorarios de otros profesionales asistenciales | 10 |
| | 607 | Medicamentos | 16 |
| | 608 | Ayudas diagnósticas | 480 |
| | 623 | Procedimiento o actividad | 84 |
| TOTAL | | | 8761 |

Fuente: Base de datos institucional 2021.

Valor de glosa

Conforme a la anterior tabla se relaciona que la mayoría de las facturas glosadas no superan los 10 millones de pesos, con un total de 1184 que suman un total de \$ 3.786.967.229; la menor proporción se representa en aquellas que superan los cincuenta millones de pesos, sin embargo, monetariamente con mayor significancia ya que suman un total de \$ 22.104.948.188.

Tabla 8. Tabulación de valor de glosas por rangos en el año 2021 en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.

| RANGO | CANTIDAD DE CUENTAS GLOSADAS | VALOR |
|---------------------------|------------------------------|-------------------|
| MENORES DE 10 MILLONES | 1184 | \$ 3.786.967.229 |
| 10 MILLONES A 50 MILLONES | 644 | \$ 14.480.365.480 |
| MAYORES DE 50 MILLONES | 239 | \$ 22.104.948.188 |
| Total | 2067 | \$ 40.372.280.897 |

Fuente: Base de datos institución objeto de estudio area financiera año 2021

Glosas conciliadas.

Dado que la base primaria de los datos fue construida a partir de facturas glosadas y radicadas ya conciliadas se encontró un total de 2067 cuentas.

Servicio generador de la glosa.

Ante la asimetría y diligenciamiento incompleto de los datos en la base primaria institucional no es posible determinar la proporción de glosa por servicios.

Respuesta a la glosa.

Ante la asimetría y diligenciamiento incompleto de los datos en la base primaria institucional no es posible determinar esta variable.

Tiempo de respuesta a la glosa.

Ante la asimetría y diligenciamiento incompleto de los datos en la base primaria institucional no es posible determinar los tiempos de respuesta a glosa como se propone en la variable.

Tiempo de resolución de las facturas.

Ante la asimetría y diligenciamiento incompleto de los datos en la base primaria institucional no es posible determinar el tiempo de resolución como se propone en la variable.

Caracterización de proceso de facturación institucional

La facturación en la institución objeto de estudio, la conforman una serie de subprocesos y actividades en trabajo mancomunado de diversas áreas como, administrativas (personal autorizaciones y cuentas médicas), asistenciales (personal médico, especializado, adscrito, personal de enfermería terapia, laboratorio clínico etc.) logísticas (farmacia y almacén) y extrainstitucionales (EPS).

Por tanto, su objetivo es garantizar la meta de facturación y radicación de los servicios de salud de manera oportuna minimizando los riesgos en la liquidación y objeciones administrativas, apoyando el ciclo financiero del recaudo, el área responsable del proceso es la coordinación de facturación (Gerencia Financiera y de Costos), cuyo alcance se realiza desde el inicio de la atención de paciente en los diferentes servicios, garantizando adecuada liquidación y generación de la factura hasta la entrega de radicación al área de cartera y apoyo al flujo de caja de la institución como se ha descrito anteriormente.

Dentro de los recursos necesarios para llevar a cabo el proceso se requiere de Personal capacitado, software ERP SAP, impresoras y equipos de cómputo, historia Clínica, autorizaciones de servicios, línea telefónica, correo Outlook, fichas de contratación y/o contratos, y normatividad legal vigente.

A continuación, se presenta la descripción de las actividades inmersas al proceso de facturación con sus respectivos responsables (descripción gráfica ver flujograma en anexos).

Tabla 9. Caracterización de proceso de facturación en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.

| Proveedor | Entrada | Actividades | Responsables | Salida | Cliente |
|--|---|--|--|--|--|
| <p>Usuario, Asegurador, Admisiones, Direcciones Generales, Comercial, Datos Maestros, Gestión de camas, Referencia y contrarreferencia, Atención Integral Urgencias, Atención Integral de Hospitalización, Programación de salas Cirugía, Atención Integral de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, Terceros (especialistas)</p> | <p>*Admisión y autorización Cargue de servicios por cada área y Censo Hospitalario *Prefactura y Cargue de servicios por cada área Programación salas de cirugía, urgencias *Prefactura Validada Episodio y Programación salas de cirugía, urgencias y hospitalización *Prefactura Usuario *Creación del Episodio Pre-Factura y Factura *Entrega de Factura</p> | <p>Facturación de Servicios (Urgencias Hospitalización-Atención Quirúrgica, apoyo diagnóstico)</p> | <p>Auxiliar de facturación (Gerencia Financiera y de Costos), Auxiliar integral de servicios (Gerencia Financiera y de Costos)</p> | <p>*Episodio y Número de Autorización *Prefactura *Factura Soportada *Episodio Factura soportada y recibo de caja *Prefactura validada *Creación Episodio Prefactura Autorizaciones físicas y web Eps *Factura Soportada Recibo de caja *Mesa de Control</p> | <p>Usuario, Entidades de control y vigilancia del SGSSS, Entidades Responsables de pago, Subproceso Cuentas médicas, Subproceso de Contabilidad, Subproceso de Cartera, Subproceso Tesorería</p> |
| <p>Usuario, Asegurador, Admisiones, Direcciones Generales, Comercial, Datos Maestros, Gestión de camas, Referencia y contrarreferencia, Atención Integral Urgencias, Atención Integral de Hospitalización, Programación de salas Cirugía, Atención Integral de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, Terceros (especialistas)</p> | <p>*Censo hospitalario *Cargue prestaciones Autorizaciones *Presupuestos o cotizaciones *Protocolo de bienvenida y acogida al ingreso del paciente *Censo hospitalario</p> | <p>Atención Visitantes, Generación de Autorizaciones y validación de prestaciones pendientes por liberar</p> | <p>Auxiliar Operativo de piso (Gerencia Financiera y de Costos)</p> | <p>*Censo y correo Prefactura *Anexo 3 y Anexo 4 Prefactura *Protocolo de bienvenida y acogida al ingreso del paciente *Reporte de novedades</p> | <p>Usuario, Entidades de control y vigilancia del SGSSS, Entidades Responsables de pago, Subproceso Cuentas médicas, Subproceso de Contabilidad, Subproceso de Cartera, Subproceso Tesorería</p> |
| <p>Usuario, Asegurador,</p> | <p>*Factura *Diligenciamiento</p> | <p>Seguimiento y Validación de</p> | <p>Analista de Facturación</p> | <p>*Reporte Sistema de Información</p> | <p>Usuario, Entidades de</p> |

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|
| Admisiones, Direcciones Generales, Comercial, Datos Maestros, Gestión de camas, Referencia y contrarreferencia, Atención Integral Urgencias, Atención Integral de Hospitalización, Programación de salas Cirugía, Atención Integral de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, Terceros (especialistas) | Matriz *Factura *Listado de facturas Prefactura | Facturas Realizadas por los Facturadores de Piso | (Gerencia Financiera y de Costos) | *Diligenciamiento de matriz *Relación facturas *CD Rips *Factura Global *Validaciones en sistema de información SAP | control y vigilancia del SGSSS, Entidades Responsables de pago, Subproceso Cuentas médicas, Subproceso de Contabilidad, Subproceso de Cartera, Subproceso Tesorería |
| Usuario, Asegurador, Admisiones, Direcciones Generales, Comercial, Datos Maestros, Gestión de camas, Referencia y contrarreferencia, Atención Integral Urgencias, Atención Integral de Hospitalización, Programación de salas Cirugía, Atención Integral de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, Terceros (especialistas) | *Listado de facturas *Factura Soporte radicados *Reuniones según necesidad o programadas *Aplicativo SAP con módulos respectivos *Facturas *Informes SAP | Generación de Informes | Coordinador de Facturación (Gerencia Financiera y de Costos) | *Informe SAP *Diligenciamiento Matriz *Agendamiento de reuniones *Informes facturación | Usuario, Entidades de control y vigilancia del SGSSS, Entidades Responsables de pago, Subproceso Cuentas médicas, Subproceso de Contabilidad, Subproceso de Cartera, Subproceso Tesorería |

Fuente: Base de datos institucional de institución objeto de estudio/ ALMERA

También, dentro de los riesgos asociados al proceso se evidencia, la siguiente

Tabla 10. *Riesgos asociados al proceso de facturación en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá*

| RIESGO | MANEJO |
|--|--|
| Fallas en el sistema de información. | Reporte de las dificultades presentadas, del funcionario que detecte la inconsistencia de forma inmediata al Área de Sistemas. |
| Subregistro en Historia Clínica de servicios prestados. | Reporte oportuno a las áreas involucradas en el proceso, fecha en que ocurrió, responsables y registro de los casos, de Subregistro en Historia Clínica de servicios prestados. |
| Objeciones y glosas. | Llevar y hacer seguimiento de indicadores (área cartera o auditorías cuentas médicas) de glosas y objeciones detallados, para retroalimentar a las áreas responsables y formular estrategias para reducción de porcentaje de glosas. |
| Inoportunidad en entrega de facturas. | Realizar control y seguimiento constante de las facturas emitidas por parte de urgencias adultos y pediátricas, admisiones. |
| Inoportunidad en epicrisis | Reporte oportuno de los casos identificados que no se le realizó de manera adecuada sus seguimientos “carencia en epicrisis”. Por parte del médico tratante y los profesionales involucrados en la curación de su enfermedad. |
| Inoportunidad en cierre de historias clínicas. | Aviso eficiente de los casos identificados que no tuvieron un cierre satisfactorio de la historia clínica. |
| Inoportunidad en la revisión y conciliación de glosas por auditoría interna y/o externa. | Realizar control, seguimiento y reporte eficiente, frente a la oportunidad de la revisión y conciliación de glosas por auditoría interna y/o externa. |
| Pérdida de documentos o soportes. | Organización y control general de la recepción y archivo de los documentos y soportes de los pacientes. |

Fuente: *Base de datos institucional de institución objeto de estudio/ ALMERA*

Caracterización del personal operativo a cargo del proceso de facturación en una institución de alta complejidad en la ciudad de Bogotá.

Tras la aplicación del instrumento de recolección dentro de las características abordadas fueron tiempo de vinculación laboral, unidad organizativa dónde pertenece.

Características del personal a cargo

Se evalúa un grupo de 22 colaboradores, los cuales se encuentran con una vinculación a la organización menor de un año con 8 casos, de uno a dos años con 6 casos, y finalmente más de dos años con 8 casos, distribuidos en las siguientes unidades organizacionales; hospitalización con 13, urgencias 3, unidad de Cuidado Intensivo 2 y cirugía 4 colaboradores respectivamente.

Conocimiento y entendimiento del proceso de facturación institucional.

En las preguntas de conocimiento y percepción del proceso, se plantearon situaciones que adentran a un contexto institucional, para poder identificar el posible origen de falencias secundarias a los procesos donde se evidencia, que los colaboradores manifiestan un desconocimiento del documento dónde describe el proceso de facturación institucional en un 54,4% con 13 casos. En cuanto a los 9 casos restantes que refirieron conocerlos la totalidad lo califican como “entendible”.

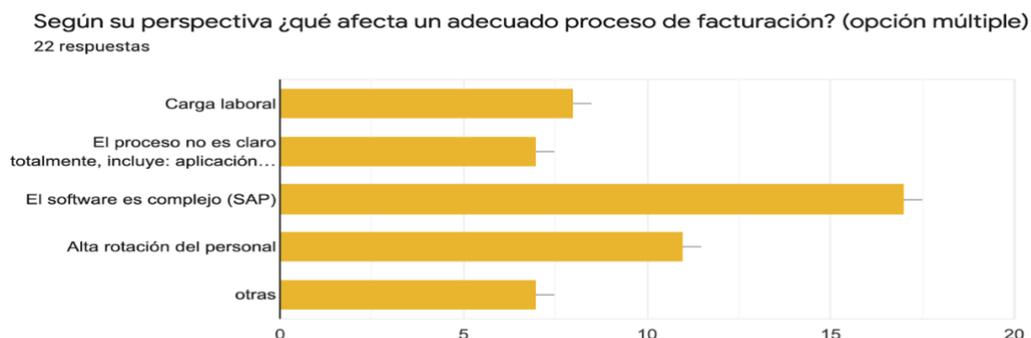
Según lo recolectado con el instrumento, 13 de los colaboradores indican que recibieron capacitación sobre los procesos específicos de facturación en la IPS al vincularse a su área de trabajo.

Percepción de los colaboradores de la disposición logística por parte de la institución.

Factores asociados

Respecto al desarrollo organizacional, y los factores que influyen en un adecuado proceso de facturación, los colaboradores atribuyen dificultades con software para desempeñarse adecuadamente con 17 casos de 22, seguidamente de la alta rotación del personal con 11 casos, y en menor proporción dificultades como en el conocimiento de aplicación de tarifas, perfiles de cada convenio y/o paquetes de servicios ofertados, como lo evidencia el siguiente gráfico.

Gráfico. 3 percepción de factores que afectan el proceso de facturación según el personal operativo en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.



Fuente: Aplicación de encuesta a personal operativo de la institución febrero de 2022.

En la opción de (Otras) se dio la oportunidad a la población encuestada de expresarse libremente al colaborador en una pregunta abierta donde manifestaban situaciones como, ambiente laboral, la demora en las altas por parte de enfermería y las liberaciones de procedimiento e insumos que impiden que el médico tratante firme el egreso dando así una salida manual, reprocesos debido a las anteriores respuestas, datos, la falta de comunicación entre las diferentes áreas que hacen parte del proceso de facturación, desconocimiento de los procesos por parte de todas las áreas.

También, no hay comunicación asertiva, ni engranaje entre procesos, falta que cada área asuma su responsabilidad. hay mucha sensibilidad. lo cual afecta el proceso de facturación, errores en el cargue de insumos especiales, dificultad con el adecuado recaudo de copagos por liberación de gestoras, falta de trabajo en equipo para solución de problemas,

ausencia de espacio de reunión y capacitación periódica (1 reunión/mes) donde se actualicen temas específicos y se traten problemáticas nuevas, falta de adecuada articulación de las bases de datos contrastado con los datos arrojados por sap, ausencia de herramienta que permita el seguimiento diario de los pendientes y su respectiva gestión.

Proceso de facturación

Con relación al proceso de facturación, respecto a la recolección de los datos de soportes y conformación de la factura en la institución los colaboradores refieren que No es difícil, pero se podría mejorar en un 63,6% (15 respuestas), seguido de Entorpecido, difícil con 22, 7% (5 respuestas) y finalmente en menor cantidad con un 13, 6% (3 respuestas) lo califican como práctico fácil.

Con referencia al conocimiento de existencia de mecanismos definidos por la empresa para detectar deficiencias en el proceso de facturación antes de generar y entregar la factura al cliente, lo colaboradores refieren desconocimiento de este tipo de práctica con 13 respuestas, frente a 9 respuestas quienes sin manifiestan el conocimiento de este tipo de medidas previas a la emisión de una factura.

En cuanto a los procesos de retroalimentación en la institución 9 de los colaboradores contestaron en la encuesta que es Ausente (nunca hay retroalimentación), en un segundo lugar refiere que es Permanente (auditoria concurrente) con 7 respuestas y en tercer lugar Intermitente (mensual) con 6 respuestas.

Capacidad de liquidación acertada de las facturas en el personal operativo

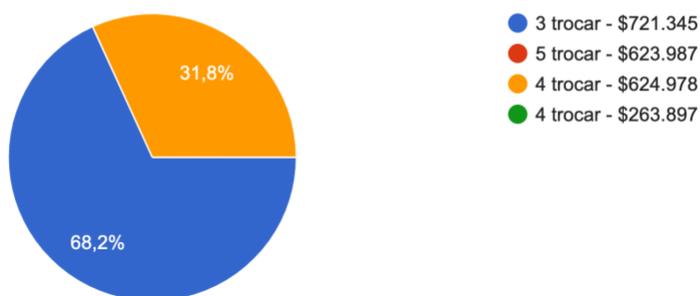
Por medio de la aplicación de casos hipotéticos, y de acuerdo con la dinámica Organizacional, se les realizaron a los participantes a tres preguntas para evidenciar la ejecución del proceso de facturación, fueron preguntas de selección múltiple única y respuesta.; en este apartado los participantes contestaron adecuadamente la mayoría solo en la primera situación, evidenciando falencias en una parte del grupo encuestado.

En la primera pregunta (Paciente masculino 32 años edad, EPS XXX plan complementario, se realiza procedimiento quirúrgico laparoscópico, en informe quirúrgico se describe: “ingreso por portal umbilical, trocar de 12mm, neumo insuflación, visualización de hallazgos, bajo visión directa se adiciona trocares en flancos de 5mm, trocar adicional en flanco izquierdo de 12mm, trocar de 5 mm en hipocondrio derecho” Precio total de los trocar \$3.124.893, según convenio AT cuantos trocares se deben facturar a éste paciente? si se realizó inicialmente el cobro total de los trocares y se necesita realizar nota crédito de cuanto es el valor de la misma? con un abanico de respuestas de trocar a. \$721.3455 trocar b.\$623.9874 trocar c.\$624.9784 trocar d. \$263.897 con respuesta correcta de a. **\$721.3455**) la pregunta se realizó a 15 participantes.

El grupo se comportó dentro de lo esperado sin embargo un 31,8% (7 participantes) respondió de forma errada, evidenciando confusión en la aplicación de tarifas por parte de los colaboradores. Como se puede evidenciar en el siguiente gráfico.

Gráfico. 4. *Respuestas del personal operativo a casos cotidianos de facturación en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.*

Paciente masculino 32 años edad, EPS compensar plan complementario, se realiza procedimiento quirúrgico laparoscópico, en informe quirúrgico se...ar nota crédito de cuanto es el valor de la misma?
22 respuestas



Fuente: *Aplicación de encuesta a personal operativo de la institución.*

En la segunda pregunta (Ingresa paciente de 3 años al servicio de urgencias, clasificación de triaje consulta prioritaria paciente cuenta con plan Compensar Complementario CM, El valor a pagar de cuota moderadora en este caso es de” con opción de respuesta de a. \$12.700 b. El total de la consulta por especialista en pediatría c. \$56.262No paga cuota moderadora, siendo la correcta **a. \$12.700**).

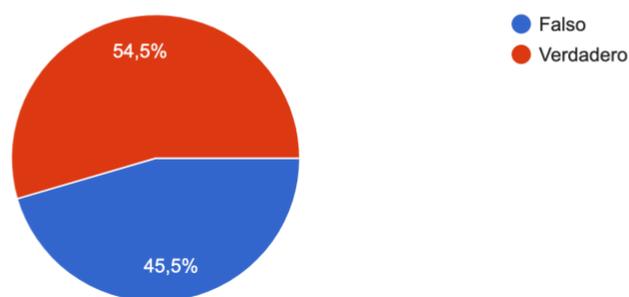
En este caso, el grupo encuestado responde equivocadamente en un 77,3% (14 respuestas) frente a un 18,2% (8).

Finalmente, en la tercera pregunta (Paciente de 45 años en manejo UCI prolongado con soporte ventilatorio por COVID, se realiza en su respectiva unidad traqueostomía por Cirugía de Tórax, la tarifa a cobrar respecto a derechos de salas de cirugía en este caso se

realiza mediante manual ISS teniendo en cuenta el valor de las UVR + % de incremento para este año” con opción de respuesta Falso o verdadero, con respuesta correcta Falso).

Gráfico. 5. *Respuestas del personal operativo a casos cotidianos de facturación en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.*

Paciente de 45 años en manejo UCI prolongado con soporte ventilatorio por Covid, se realiza en su respectiva unidad traqueostomía por Cirugía de Tó...alor de las UVR + % de incremento para este año.
22 respuestas



Fuente: *Aplicación de encuesta a personal operativo de la institución.*

En la anterior gráfica se muestra que solo el 45,5% (10 de los colaboradores) contestaron debidamente, frente a un 54,5% (12 de los colaboradores). evidenciándose la tendencia del desarrollo de la actividad evidenciando la disparidad en los criterios de liquidación de cuentas en el grupo de colaboradores, suscitando la necesidad de difundir el proceso institucional.

Análisis modal de fallos y efectos

Dentro del desarrollo de este proyecto, se propuso analizar el fenómeno de glosas a través de la metodología de gestión Análisis modal de fallos y efectos (AMFE), la cual permite la valoración sistemática de las fallas potenciales en el diseño y la prestación de servicios, ya sea de un producto, instrumento o proceso, previniendo su aparición, y cuantificando los efectos de las posibles fallas de variables significativas, de forma tal que nos permite evitar productos o procesos defectuosos o inadecuados, antes de que estos lleguen al cliente, con ello se logra priorizar las acciones correctoras encaminadas a prevenir, detectar, minimizar o eliminar los problemas, preocupaciones, desafíos, así como buscar respuesta para su mejora (Napoles Villa, Silva Ricardo, & Marrero, 2016).

Tras su implementación se evidencia índices prioritarios con puntuación máxima de 567 en la actividad de confrontación de los procedimientos realizados con lo registrado en historia clínica de paciente, perteneciente al subproceso de Verificación cruzada de la información, se evidencian situaciones relacionadas con el soporte como lo son las descripciones quirúrgicas incompletas y la aplicación inadecuada de CUPS (Clasificación única de procedimientos).

Adicionalmente se evidencia situaciones prioritarias de intervención, el no registro y/o cobro inoportuno de medicamentos, insumos y procedimientos con puntuación de 432, en consecuencia, afectando al proceso de soporte de la cuenta médica, reiterando lo evidenciado en el comportamiento de glosas instruccional.

A continuación, se presenta la aplicación de instrumento a la totalidad del proceso de facturación,

Tabla 11. Aplicación de Instrumento AMFE al proceso de facturación de una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá

| ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|--|--|--|-----------|----------|------------|----------------|-----|
| Fecha | 07 /03/22 | Proceso: | Facturación institución de alto nivel en la ciudad de bogotá | | | | | | | |
| Versión n° | 1 | Responsable: | Personal de cuentas médicas, personal de facturación, personal externo | | | | | | | |
| SUBPROCESO | ACTIVIDAD | FUNCIÓN | FALLOS | EFECTO | CAUSAS | CONTROLES | GRAVEDAD | OCURRENCIA | DETECTABILIDAD | NPR |
| SALIDA DE PACIENTE | Revisar censo de alta de pacientes | Permite identificar pacientes con indicación egreso, remisión o fallecimiento para inicio de gestión de egreso hospitalario por parte del facturador | Falsas salidas en sistema | Inicio de procesos de salida inválidos | Error de digitación del médico tratante | Ninguno | 3 | 2 | 3 | 18 |
| | | | | | No comunicación entre personal asistencial y personal de facturación | Ninguno | 3 | 2 | 3 | 18 |
| | | | | | Cambios en condiciones clínicas o administrativas para un egreso seguro del paciente | Ninguno | 3 | 4 | 3 | 36 |
| | | | Información errada en el censo | Liquidación incorrecta de paciente | Desactualización de la base de datos | Ninguno | 8 | 2 | 3 | 48 |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|---------|---|---|-----|-----|
| | Salida de paciente | Cierre de evento de atención de paciente el cual permite el inicio del proceso de facturación | No registro de alta médica por médico responsable del egreso | Demora en el proceso de facturación. | Desconocimiento del proceso de alta médica por parte del médico tratante | Ninguno | 8 | 1 | 1 | 8 |
| | | | Prestaciones pendientes para poder cerrar el evento | Omisión y no cobro de servicios prestados, insumos y medicamentos usados. Demora en el proceso de facturación | Negligencia en registro en el cargue y descargue de medicamentos por parte del personal de enfermería | Ninguno | 8 | 9 | 6 | 432 |
| | | | | | Insumos pendientes de entrega por parte de farmacia y no anulación de solicitud por parte del personal asistencial | Ninguno | 8 | 4 | 6 | 192 |
| | | | | | No cobro de prestaciones por especialistas o servicios | Ninguno | 8 | 4 | 6 | 192 |
| | | | | | Duplicidad en solicitud de prestaciones y no anulación de estas | Ninguno | 8 | 3 | 6 | 144 |
| | | | | | Demora en el cargue de prestaciones para análisis de muestras por parte de patología | Ninguno | 8 | 9 | 6 | 432 |
| | | | | | | | | | | |
| Verificación en carpeta compartida derechos de paciente de autorizaciones | Permite identificar cobertura de servicios del usuario para aplicar posteriormente al proceso de liquidación | Datos errados | Liquidación de la cuenta errónea | Ingreso de datos que no corresponden a las características del paciente | Verificación derechos en base de datos EIME de compensar | 10 | 2 | 6 | 120 | |

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|---|--|---|---|---|----|-----|
| | Generación de paz y salvo | Documento en el cual se notifica al paciente y personal se ha culminado su proceso de atención y se le permite la salida de la institución sin ninguna restricción | Discordancia entre fecha de emisión de la salida y la fecha real. | Demora en el proceso de egreso del paciente ya que requiere reversión en el sistema | Cambios en condiciones clínicas o administrativas para un egreso seguro del paciente | ninguno | 4 | 4 | 3 | 48 |
| | Diligenciamiento de anexo número 5 institucional | Documento en el que el paciente certifica que recibió la atención y estuvo conforme con la calidad de esta | No diligenciamiento del documento | Construcción incompleta de cuenta de cobro | Paciente se rehúsa a firmar. | ninguno | 2 | 2 | 6 | 24 |
| | | | | | Paciente no se encuentra en condiciones para firmar y se posterga actividad | ninguno | 2 | 2 | 6 | 24 |
| ALIMENTACIÓN DE BASE DE DATOS | Ingreso información del paciente a carpeta compartida "SALIDA" | Sistema de información propio que contribuye a la comunicación entre áreas inmersas en el proceso de liquidación de cuentas | Pérdida de la integridad de los datos consignados en la base | Demora en el proceso de facturación y cobro. | Número amplio de usuarios que puede modificar la base de datos o carpeta compartida | ninguno | 9 | 2 | 10 | 180 |
| | | | | | Problemas del servidor de la base de datos o carpeta compartida | ninguno | 9 | 2 | 1 | 18 |
| | Reporte de salidas a farmacia, para liquidación de insumos y medicamentos | Proceso en el cual farmacia relaciona en sistema SAP y hoja de gastos física los insumos y medicamentos usados | No diligenciamiento del base de datos | Demora en el proceso de facturación y cobro. | Retrasos en la revisión de historias clínicas por parte del personal de farmacia | Revisión diaria de personal de farmacia de hojas físicas de gastos | 9 | 7 | 6 | 378 |
| | Reporte de medicamentos o insumos NO POS y alimentación de carpeta compartida con encargado Mipres | Base de datos que permite la información la comunicación entre facturación y autorización de PBS para su inclusión en el proceso de facturación | Error en la facturación de medicamentos, procedimientos fuera de PBS | Generación de glosas en facturación, demora en la liquidación de cuenta | No relación de diagnósticos relacionados con los medicamentos PBS del paciente para el proceso de facturación. | Revisión de Resolución 2292 2021 y uso de aplicación Pos pópuli Min salud | 8 | 5 | 6 | 240 |
| | | | | | No registro en carpeta compartida MIPRES | auditorías cuentas medicas | 8 | 5 | 6 | 240 |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|---|---|---|---|-----|
| VERIFICACIÓN CRUZADA DE LA INFORMACIÓN | Confrontación de los procedimientos realizados con lo registrado en historia clínica de paciente | Permite relacionar los procedimientos realizados con lo reportado en la historia clínica | Ausencia de soportes de atención | Generación de glosas en facturación, demora en la liquidación de cuenta | Descripciones quirúrgicas incompletas. | auditorías cuentas medicas | 9 | 9 | 7 | 567 |
| | | | | | Aplicación inadecuada de código CUPS | auditorías cuentas medicas | 9 | 9 | 7 | 567 |
| | Verificación de tarifas y convenios según características del paciente | Permite aplicar la liquidación según la tarifa que corresponda según las características de la afiliación y derechos de usuario | Aplicación de tarifa incorrecta | Generación de glosas en facturación, demora en la liquidación de cuenta | Existencia de múltiples convenios y variaciones de estos. | Consulta directa de los acuerdos tarifarios | 8 | 6 | 6 | 288 |
| | | | | | Desconocimiento por parte del personal. | ninguno | 8 | 5 | 6 | 240 |
| | | | | | Alta rotación del personal | ninguno | 8 | 5 | 6 | 240 |
| | Confrontación de lo realizado en historia clínica con lo cargado en SAP. | Permite relacionar los procedimientos reportados en la historia clínica y los cargados en sistema SAP (liberación de prestaciones) | Pobre gestión correspondencia de prestaciones reportadas en sistema SAP | Generación de glosas en facturación, demora en la liquidación de cuenta | No liberación de prestaciones | ninguno | 8 | 4 | 1 | 32 |
| | | | | | Omisión en solicitud de prestaciones | ninguno | 8 | 4 | 1 | 32 |
| | | | | | Duplicidad en solicitud de prestaciones y no anulación de estas | ninguno | 8 | 4 | 1 | 32 |
| | Verificación en base de datos compensar (EIME) | Base de datos extrainstitucional que permite la verificación de las características de la afiliación y derechos de usuario | Datos errados del paciente | Aplicación de liquidación incorrecta | Error de digitación | ninguno | 6 | 1 | 5 | 30 |
| | | | | | Inobservancia por parte del facturador | ninguno | 6 | 1 | 5 | 30 |
| AUTORIZACIÓN | Realización de autorización de la atención | Documento digital que certifica la autorización de los servicios prestados por parte de la EPS | Autorización errada de servicios | Generación de glosas en facturación, demora en la liquidación de cuenta | Ingreso de códigos errados. | Auditoría de autorizaciones | 9 | 4 | 6 | 216 |
| | | | | | Solicitud de estancia errada. | | 9 | 4 | 6 | 216 |
| REALIZACIÓN | Recopilación de documentos | Soporte documental | No cumplimi | Devolución de | Documentos incompletos | ninguno | 9 | 1 | 3 | 27 |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------|--------------------------------------|--|------------------------------------|---|---|---|-----|
| para conformación de cuenta de cobro | de los servicios, procedimientos y medicamentos usados en la atención del paciente con sus respectivas autorizaciones y aceptación de servicio más anexos según servicio donde fue atendido el usuario | ento de los requisitos | cuenta de cobro y glosa de la cuenta | Documentos erróneos | ninguno | 9 | 1 | 3 | 27 |
| Envío de cuenta de cobro a EPS | Proceso donde se envía paquete con los documentos requeridos a la EPS para el proceso de pago | Correspondencia errónea | No pago o demora de pago de cuenta | Entrega de cuentas en fechas no establecidas | Fijación fecha límite (fin de mes) | 9 | 2 | 2 | 36 |
| | | | | Validación de RIPS errónea | auditorias cuentas medicas | 9 | 2 | 6 | 108 |
| | | | | Liquidación errónea | auditorias cuentas medicas | 9 | 2 | 6 | 108 |

Fuente: Elaboración de los autores, 2022

Conforme a lo anterior, es menester aclarar que el instrumento tiene la facilidad de ser modificado para dar continuidad al proceso de mejora pertinente, adicionando pasos como actividades de mejora y un cálculo del índice de riesgo posterior a la implementación de estos, el cual permite el pleno desarrollo del objetivo general de la presente investigación.

Discusión

El proceso de facturación de los servicios de salud en Colombia, es una interacción entre IPS, entidades Responsables Del Pago, el cual resulta representa una dispendiosa tarea, ya que la construcción del proceso de facturación resulta demorado, requiere un protocolo y una serie de actividades que deben ser revisados por diferente personal, lo que

puede predisponer a la presentación de errores frecuentes, y con ello la aparición figuras de glosa o no conformidades entre las partes comprometidas en este tipo de transacción.

Adicionalmente, el proceso de facturación depende de un compendio de soportes que pueden llegar a ser inadecuados, insuficientes o ausentes dejando procesos de facturación incompletos. Las organizaciones dentro de sus planes de garantía de calidad deben incluir medidas que garanticen un óptimo desempeño en la realización de procesos de liquidación y cobro.

Es inherente desarrollar métodos de facturación ágiles que crezcan y se transformen a medida en que se implementa cada una de las políticas incursas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, debido a que las necesidades y demandas de los usuarios o pacientes exigen implementaciones más rápidas y efectivas, la prestación del servicio de salud en Colombia, no puede ser limitado o ausente debido a la claras deficiencias de los procesos de facturación, por lo anterior con la evolución de la bioética surge la necesidad de incluir sistemas y procesos que automaticen cargas dentro del equipo operativo y tiempos de construcción de la factura.

Ahora bien, la literatura, investigación y doctrina relacionada al proceso de facturación y generación de no conformidades es limitada, dado a las características propias de cómo se concibe nuestro sistema de salud, y la falta de interés para darle solución a un conflicto que es inminente.

extrapolar este tipo procesos a un ámbito internacional resulta algo infructuoso, desde un contexto nacional, los trabajos emergentes desarrollados en el país confluyen en los resultados y hallazgos a un grupo homogéneo de carencias, esto se ocasiona

independientemente de las diversas formas en que se ejecutan procesos de facturación en las instituciones que han sido sujetos de investigación.

Las situaciones que generalmente conllevan a fallos en la adecuada facturación dentro de las instituciones son, el carente control en las actividades y subprocesos engranados a la facturación, el desconocimiento u omisión de reportes de las actividades ejecutadas por parte del personal operativo en la prestación de la atención, la omisión de la verificación de las tarifas contractuales por parte del personal que realiza la facturación, el uso de tarifas desactualizadas o múltiples tarifas institucionales.

Así como, la tercerización de servicios, la ausencia de sistemas de información eficientes, la incoherencia dentro de los servicios prestados y lo registrado en la historia clínica, la liquidación de las cuentas morosas por la pobre gestión de las áreas responsables, y los programas de capacitación o recapacitación débiles o ausentes.

Las anteriores fallas en el proceso de facturación generan la necesidad de adicionar pasos, o procesos emergentes de contingencia en la revisión de cuentas médicas en la fase de cobro, generando no conformidades entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Servicios de Salud, interrumpiendo y/o enlenteciendo el recaudo afectando la sostenibilidad financiera institucional. (Passos Simancas , Arias Aragonés, Batista Castillo, Wuacari Villalba, & Florez Laiseca , 2020)

Es decir, se encuentra la necesidad de adelantar dentro los procesos de facturación actividades que contribuyan a la optimización de la misma facturación dentro un esquema de proceso donde los colaboradores puedan identificar el paso a paso, así mismo hacer del

proceso de facturación un proceso oportuno y eficiente por medio del uso y optimización de herramientas de recolección de información para la construcción de las cuentas de cobro.

También, contemplar la instauración de mecanismos de control en las diferentes etapas del proceso de prestación de los servicios, y cruces de información entre las áreas de las instituciones y por último facilitar comunicación entre el personal administrativo y asistencial (Gonzalez Jimenez & Novoa Vargas, 2020)

Dentro de la literatura investigada en la presente investigación, se ofrecen planes de mejora medidas tales como, capacitación al personal responsable del proceso de facturación, potenciar las habilidades comunicativas de los equipos de trabajo, la adopción de herramientas ofimáticas dentro sus procesos de facturación, la inclusión de la figura de auditoría que contribuyan a la trazabilidad y calidad de los procesos de soporte y facturación. (Benitez, Ramos, & Rengifo, 2020)

Contraponiendo los hallazgos previos a esta investigación, se observa y analiza que el contexto de **la institución** objeto de estudio no es ajena a los escenarios anteriormente referenciados en la información recolectada, las deficiencias en el registro, la interrumpida comunicación entre las diferentes áreas responsables del proceso, la aplicación errónea de las tarifas según lo acordado nutren el fenómeno de presentación de no conformidades, teniendo un número representativo en la proporción y monto económico de la facturación general como fue anteriormente expuesto.

Respecto a la metodología aplicada en el proyecto, se implementan encuestas al personal operativo para la obtención de información, en la cual logramos obtener

información valiosa sobre la caracterización del proceso de facturación, la cual se puede constatar en el flujograma del proceso de facturación, definiendo la magnitud económica del problema, a través del cruce de información en la base de datos institucional, se logró evidenciar la percepción de los colaboradores directos del proceso, lo cual se prueba con el desarrollo de entrevistas realizadas.

El abordaje del proceso de facturación, con la implementación de metodologías y enfoques cualitativos y cuantitativos, permitió la construcción de un diagnóstico y análisis objetivo, aunando cada actividad con su objetivo, las principales fallas, los efectos negativos dentro del proceso y frecuencia de ocurrencia, generando una estadística numérica que nos permite una categorización a partir del índice prioritario del riesgo, permitiendo una medición previa y posterior a las intervenciones propuestas.

Por otro lado, la metodología implementada permite dar respuesta a la pregunta de investigación, dado que la aplicación del análisis modal de efectos y fallos constituye una buena alternativa de gestión de calidad, la cual contribuye a la disminución de pérdidas económicas por glosas derivadas del proceso de facturación en una IPS de la ciudad de Bogotá, es una herramienta de evaluación prospectiva que apunta a la prevención de fallos, con fácil aplicabilidad que brinda resultados cuantitativos que permiten una estadística de las intervenciones.

Dentro de las principales dificultades identificadas para el desarrollo del proyecto, se encuentra la caracterización del fenómeno de glosas, debido a que la base de datos suministrada por la institución en algunas de sus variables presentaba una heterogeneidad en

los criterios para el registro de la información, siendo contraproducente en el proceso recolección y análisis de los datos anulando algunas de las variables propuestas;

En efecto, de manera prospectiva acota la posibilidad de hacer seguimiento de la variabilidad de los procesos, o respuesta a intervenciones en los procesos con oportunidad de mejoramiento prioritarios.

Conclusiones y recomendaciones

Tras el desarrollo de este trabajo de investigación, encontramos que el fenómeno objeto de estudio, viene supeditado a la configuración de nuestro sistema de salud, el cual no es comparable a una escala internacional, lo cual limita el espacio de investigación y comparación para la generación de conclusiones, en un contexto nacional la información disponible aplicable al tema objeto de la presente investigación es amplia; son desarrollados por diferentes áreas de conocimiento lo que permite el análisis desde diferentes perspectivas.

Existen parámetros legales que regulan los procesos de liquidación y recaudo entre Instituciones Prestadoras De Salud, Entidades Prestadoras de Servicios de Salud y otro tipo de entidades, esto en aras de garantizar el cumplimiento de organizaciones y dinamizando la economía del sector sanitario. Sin embargo, esto puede resultar insuficiente, si los manuales tarifarios provistos por los entes gubernamentales son obsoletos, en Colombia el sistema de salud anterior presenta vacíos en el proceso de facturación y liquidación en aquellos eventos de salud que implementan el uso de nuevas técnicas y tecnologías.

Adicionalmente, dentro del proceso de facturación evidenciamos falencias de las instituciones en su gestión financiera y de costos, que afectan a una adecuada facturación y liquidación, a esto se le puede asociar, cobros retrospectivos en la instituciones, fallas en el sistema de información en la organización, subregistro u omisión en Historia Clínica de servicios prestados, pobre gestión en la construcción de soportes de la atención, pérdida de documentos o soportes, la existencia de múltiples acuerdos tarifarios, desconocimiento o poca claridad en los acuerdos secundando a una liquidación errada y en consecuencia presentación de no conformidades .

Así mismo, es importante adelantar medidas que garanticen la calidad de los soportes de atención médica para la eficiencia del proceso de facturación, en vista de que una correcta liquidación depende de la correlación de lo realizado con lo registrado, con el fin de demostrarlo, es necesario proveer a los colaboradores herramientas que faciliten su trabajo para que lo realicen acertadamente, implementando en ellos la integración y sensibilización de la institución, ya que las fallas según lo analizado y desarrollado se dan en primera medida con la ausencia o el inadecuado soporte de la atención en la historia clínica.

En cuanto a la gestión de los procesos de facturación, evidenciamos la falta de adecuación al tratamiento de los datos que se compila dentro de las organizaciones, desde su construcción, fijación del objetivo para su implementación, la estandarización que se va a consignar en las bases de datos por los diferentes actores que intervienen en la alimentación de estos, y la adecuada categorización y delimitación de las variables, con la finalidad que estas permitan hacer mediciones y seguimientos objetivos en los casos que se presenten variaciones.

Análogamente permite hacer una elección juiciosa y acertada de diversas herramientas, metodologías o instrumentos que vayan en concordancia con los objetivos y metas fijados por las organizaciones, de igual manera, deja en evidencia situaciones que son susceptibles de mejora, promoviendo la calidad continua como lo es la reestructuración de la cultura organizacional y de los procesos, afianzamiento de los conocimientos técnicos y cotidianos del personal operativo, reforzamiento, inclusión de pasos adicionales con enfoque preventivo de las fallas más comunes y reforzamiento o reestructuración de los sistemas de información ya existentes.

Por último y no menos importante, cabe anotar la necesidad de desarrollar habilidades para la rápida reacción en situaciones coyunturales como la que se presentó hace dos años con la pandemia por COVID, las cuales exigen una alta planeación y previsión del riesgo desde la gestión gerencial de las instituciones, ya que de no ser abordada adecuadamente puede precipitar a grandes pérdidas económicas poniendo en riesgo la estabilidad financiera organizacional, además de ello, teniendo en cuenta que la salud en Colombia, es preventiva.

En suma, dentro de las recomendaciones que se pueden ofrecer a la institución participante en este trabajo son las siguientes,

Primero, sensibilización de la importancia sobre buenas prácticas en el quehacer para favorecer un óptimo proceso de facturación, dirigido desde la perspectiva de cada rol dentro de la institución, haciendo inclusión de todos los colaboradores.

Segundo, implementación de la figura de auditoría interna en el proceso de facturación para lograr estandarización y garantía de la calidad del soporte en historia clínica para una óptima facturación.

Tercero, promover y crear una cultura de comunicación asertiva entre los colaboradores.

Cuarto, comunicar adecuadamente los procesos de facturación paso a paso.

Quinto, creación o adopción de aplicaciones tecnológicas que faciliten la identificación de la tarifa más adecuada en cada factura realizada.

Sexto, actualización de manuales tarifarios acorde a los avances tecnológicos y científicos adoptados por la comunidad médica y las instituciones.

Séptimo, buscar en otras instituciones experiencias exitosas para abordar desde diferentes perspectivas el eficiente proceso de facturación y recaudo.

Octavo, unificación de parámetros para la alimentación de las bases de datos institucionales.

Noveno, tomar como lección aprendida todas aquellas situaciones que requirieron medidas de contingencia que se presentaron en la emergencia sanitaria causada por la pandemia de COVID 19.

Convirtiéndose en puntos de partida para la formulación del plan de mejora objetivo principal de este trabajo.

Referencias

- Benitez, Y., Ramos, F., & Rengifo, I. (2020). Propuesta de metodología para la auditoria de cuentas medicas en la unidad prestadora de servicios de salud de la Policia Nacional Tolima. *Universidad del Tolima - Especializacion en auditoria y garantia de calidad en salud*.
- Corrales Gallego, M., Corrales Rodriguez , M. M., Gomez Rodriguez, I. C., & Hincapie Diaz, L. F. (2013). *Auditoria al proceso de facturacion del servicio de hospitalizacion del Hospital Manuel Uribe Angel de Envigado. Antioquia*. Medellin: Universidad CES.
- Decreto 2423 , Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones. (Presidente de la Republica de Colombia 31 de Diciembre de 1996).
- Decreto 4747, Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicio de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. (Ministerio de la Proteccion Social 7 de Diciembre de 2007).
- Gonzalez Jimenez, S. M., & Novoa Vargas, R. A. (2020). Reestructuración del modelo de facturación en salud para una IPS de servicios domiciliarios en colombia . *Universidad del Rosario- Maestria en Administracion* .
- Leuro Martinez, M., & Oviedo Salcedo, I. T. (2016). *Facturacion y auditoria de cuentas en salud*. Ecoe ediciones.
- Ley 100. (23 de Diciembre de 1993). *por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Congreso de la Republica de Colombia .

Ley 1122, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones (El Congreso de la Republica 9 de Enero de 2007).

Ley 1281, Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación (Ministerio de Salud 20 de Junio de 2002).

Ley 1751 , por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones (El Congreso de la Republica 16 de Febrero de 2015).

Napoles Villa, A. V., Silva Ricardo, Y. D., & Marrero, C. (2016). Analisis modal de fallo y sus efectos de las normas de competencias . *Ciencias Holguin*.

Núñez, J., & Zapata, J. G. (2012). *La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano* . Fedesarrollo - Centro de investigacion economica y social .

Passos Simancas , E. S., Arias Aragonés, F. J., Batista Castillo, A., Wuacari Villalba, W., & Florez Laiseca , A. M. (2020). Facturacion y cuentas medicas en el sector publico: informacion contable en un hospital publico. *Panorama economico, Vol 28.*, 40-45.

Resolucion 003047, Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 (Ministerio de la Proteccion Social 14 de Agosto de 2008).

Resolucion 1479 . (Mayo de 6 de 2015). *por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologias sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados al Regimen Subsidiado*. Ministerio de Salud y Proteccion Social .

Anexos

Anexo.1

Entrevista aplicada al personal auxiliar de facturación.

Universidad El Bosque

Facultad de Medicina- Especialización Gerencia de la Calidad en Salud

enfoque gestión de la calidad

Instrumento de Recolección de Trabajo de Investigación: “Plan de mejoramiento para disminuir el porcentaje de glosas en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.”

La siguiente información que usted nos va a proveer es muy valiosa para identificar aquellos factores susceptibles de mejora, no es un proceso punitivo, al contrario, contribuirá a la mejoría de los procesos que se llevan a cabo en la institución. Por favor sea lo más honesto posible, no se limite en sus respuestas de las preguntas abiertas. Si tiene alguna duda manifieste esto al responsable de la actividad.

1 ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la institución?

- a. menos de un año
- b. 1 a 2 años

c. más de dos años

2. Unidad organizacional donde pertenece:

a. urgencias

b. cirugía

c. cuidado intensivo

d. hospitalización

3. ¿Conoce el documento donde describe el proceso de facturación institucional?

a. si

b. no

4. ¿Cómo considera el documento del proceso de facturación institucional?

a. No lo conozco

b. Confuso

c. Entendible

d. Muy entendible

En caso de que la respuesta sea “Confuso” por favor describa qué le dificulta su entendimiento.

5. ¿Recibió capacitación sobre los procesos específicos de facturación en la IPS al vincularse a su área de trabajo?

- a. si
- b. no

6. Según su perspectiva ¿qué afecta un adecuado proceso de facturación?

- a. Carga laboral
- b. El proceso no es claro totalmente, incluye: aplicación de tarifas, paquetes, convenios (AT).
- c. El software es complejo (SAP)
- d. Alta rotación del personal
- e. Todas las anteriores

7 el proceso de facturación (recolección de los datos de soportes y conformación de la factura) en la institución es:

- a. Entorpecido, difícil

b. No es difícil, pero se podría mejorar

c. Práctico, fácil

8. ¿Conoce si existen mecanismos definidos por la empresa para detectar deficiencias en el proceso de facturación antes de generar y entregar la factura al cliente?

a. si

b. no

9. ¿Cómo es el proceso de retroalimentación en caso de no conformidades en facturación en la institución?

a. ausente (nunca hay retroalimentación)

b. intermitente (mensual)

c. Permanente (auditoria concurrente)

Aplicación en casos hipotéticos, lea atentamente la situación, responda según su experiencia

10. Paciente masculino 32 años edad, EPS compensar plan complementario, se realiza procedimiento quirúrgico laparoscópico, en informe quirúrgico se describe: “ingreso por portal umbilical, trocar de 12mm, neumo insuflación, visualización de hallazgos, bajo visión directa se adiciona trocares en flancos de 5mm, trocar adicional en flanco izquierdo de 12mm, trocar de 5 mm en hipocondrio derecho” Precio total de los trocar \$3.124.893, según convenio AT cuantos trocares se deben facturar a éste paciente? si se realizó inicialmente el

cobro total de los trocares y se necesita realizar nota crédito de cuanto es el valor de la misma?

- a. 3 trocar - \$721.345
- b. 5 trocar - \$623.987
- c. 4 trocar - \$624.978
- d. 4 trocar - \$263.897

11. Ingresar paciente de 3 años de edad al servicio de urgencias, clasificación de triage “CONSULTA PRIORITARIA” paciente cuenta con plan Compensar Complementario CM,

El valor a pagar de cuota moderadora en este caso es de:

- a. \$12.700
- b. El total de la consulta por especialista en pediatría \$56.262
- c. No paga cuota moderadora

12. Paciente de 45 años en manejo UCI prolongado con soporte ventilatorio por Covid, se realiza en su respectiva unidad traqueostomía por Cirugía de Tórax, la tarifa a cobrar respecto a derechos de salas de cirugía en este caso se realiza mediante manual ISS teniendo en cuenta el valor de las UVR + % de incremento para este año.

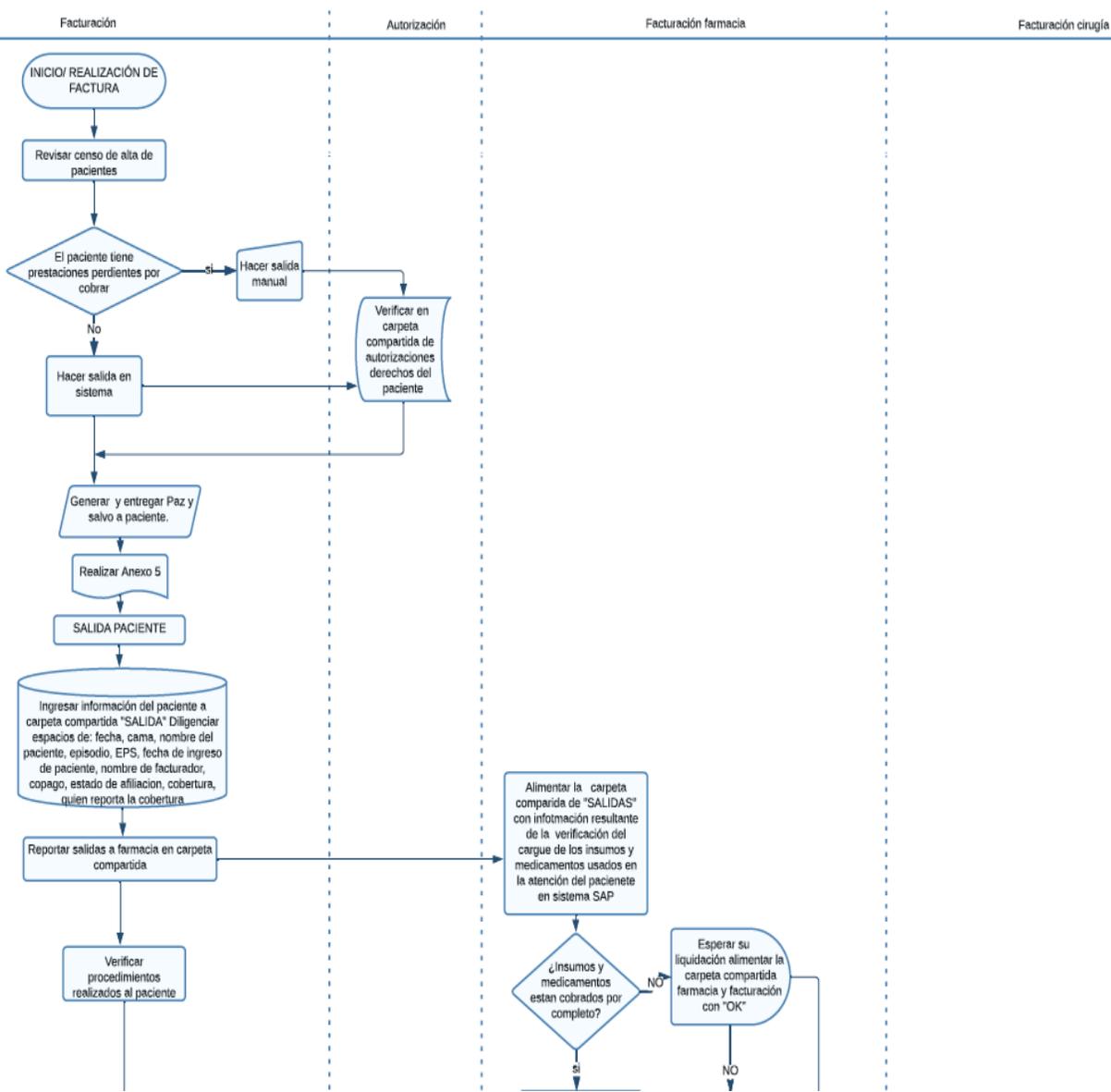
- a. Falso
- b. Verdadero

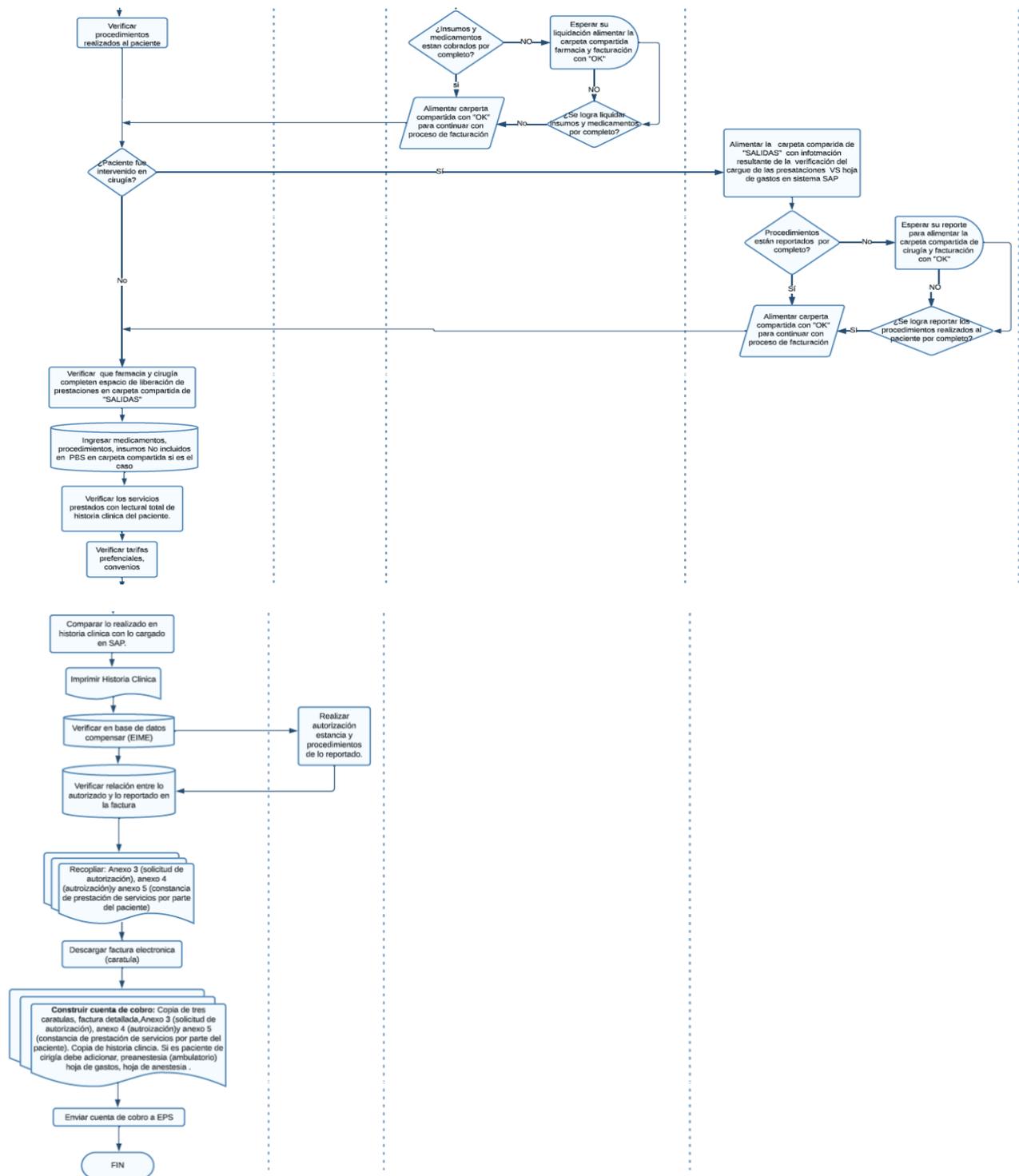
si lo cree pertinente escriba alguna propuesta para mejorar el proceso de facturación.

! ¡Muchas gracias por su colaboración!

URL GOOGLE FORMS <https://forms.gle/G7jMCqWqadH5nNLT8>

Anexo.2 *Flujograma de proceso de facturación en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.*





Anexo, 3 Documento propuesta de plan de mejoramiento para disminuir el porcentaje de glosas en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá

Plan de mejoramiento para disminuir el porcentaje de glosas en una Institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá

**División de Posgrados y Formación
Avanzada**

AÑO 2022 |

“Hoy mejor que ayer, mañana mejor que hoy”

Filosofía KAISEN

Desarrollo de un plan de mejoramiento para disminuir el porcentaje de glosas en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá

López Mora Fredy Lusiany

Marroquín Fuentes Angie Xiomara

Silva Carvajal Ivonne Alexandra

División de posgrados y formación avanzada

Indice

| | |
|---|---------|
| 1. Contexto | Pág. 4 |
| 2. Objetivo | Pág. 6 |
| 2.1 Objetivo específicos | |
| 3. Planteamiento del problema | Pág. 7 |
| 4. Proceso de facturación institucional | Pág. 10 |
| 5. Análisis Modal de Fallos y efectos | Pág. 14 |
| 6. Propuesta de plan de mejoramiento | Pág. 18 |
| 6.1 Diagrama de Ishikawa | |
| 6.25WH2 | |

1. CONTEXTO

Este plan de mejoramiento surge en cumplimiento del objetivo general del trabajo de investigación “Plan de mejoramiento para disminuir el porcentaje de glosas en una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.” de un grupo de estudiantes de la especialidad Gerencia de la Calidad en servicio de Salud de la Universidad El Bosque, este trabajo está enfocado en la Gestión de Servicios de Calidad en Salud, amparado en los atributos de calidad de Pertinencia, Legitimidad, Racionalidad Técnico científica, Eficiencia , Suficiencia y Seguridad, dado que la calidad del proceso de facturación, liquidación y recaudo es directamente proporcional a toda atención ofrecida al paciente durante la adquisición de los servicios de salud. Este proceso es evaluado y analizado por Auditoría de Calidad y Cuentas Médicas por parte de las EPS, se verifican todos los aspectos de calidad en la atención, pertinencia y soportes de forma precisa.

Este plan está basado en hallazgos obtenidos a partir del análisis de la base de datos institucional y la información obtenida después de la aplicación de una encuesta en el área de facturación que permitió caracterizar el proceso y su comportamiento.

Dentro de los resultados se encontró una institución debutante en el mercado de servicios de salud en la ciudad de Bogotá , que tuvo que enfrentar una contexto coyuntural como lo fue la pandemia por COVID 19, exigiendo una respuesta contingente dentro sus procesos de gestión y atención a pesar de ser una IPS en proceso de estructuración y consolidación, este contexto emergente, exacerbó y dejó en evidencia algunas situaciones con oportunidad de mejora que afectan de forma significativa su proceso de facturación y recaudo; es importante aclarar que ya algunos procesos están en mejoramiento, adaptación, construcción y estabilización.

Dentro de las principales situaciones que afectan un adecuado proceso de facturación y da lugar a la presentación de no conformidades en la institución se enumeran: liquidación retrospectiva de las prestaciones secundarias al cobro inoportuno de prestaciones, soportes insuficientes o inadecuados de la atención que son necesarios para la construcción de la cuenta de cobro dirigida a la EAPB, existencia de múltiples tarifas, unas acordes a la necesidades de la dinámica de la institución y otras obsoletas; bases de datos con mora en su alimentación y por último ausencia de procesos de auditoría interna de calidad, ya que no tienen un área específica de estandarización de procesos que cumplan con ciclos de mejoramiento continuo en lo que corresponde a medir, comparar, analizar y corregir los procesos de auditoria concurrente que puede identificar las fallas actuales y potenciales de la atención en salud para alimentar los procesos para el mejoramiento continuo y el aseguramiento de la calidad.

En este plan de mejoramiento se van a desarrollar unas medidas encaminadas a la disminución de presentación de no conformidades o glosas durante el proceso de facturación con el objetivo de la optimización de la facturación y el recaudo.

2. OBJETIVO

Construir un plan de mejoramiento que contribuya a la disminución de glosas (no conformidades) en una Institución Prestadora de Servicios de salud de alta complejidad en la ciudad de Bogotá.

2.1 Objetivos específicos.

- Identificar las fallas actuales y potenciales de las actividades inmersas en el proceso de facturación en la institución, para construir los necesarios para su mejoramiento continuo y aseguramiento de la calidad de este.
- Proponer actividades eficientes dentro de un plan de mejora para optimizar la construcción de la cuenta de cobro o factura, contribuyendo a la disminución de glosas.
- Formular indicadores que permitan hacer seguimiento del impacto de las actividades propuestas dentro del plan de mejora.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para dar contexto es importante denotar que la siguiente información parte de la base de datos institucional de cartera y facturación de la IPS objeto de intervención, los datos presentados a continuación corresponden del mes de enero de 2021 a diciembre 2021, de las facturas ya glosadas, radicadas y conciliadas, esto monetariamente corresponde a un monto de \$40.372.280.897 sobre un recaudo total de \$ 210.769.866.998 de dicho año, esto en una proporción porcentual es equivalente al 19% de lo facturado. Representado con un total de 2067 cuentas glosadas, dentro de este número se contienen un total 8761 de no conformidades, ya que una factura puede contener diferentes glosas.

El concepto de glosa predominante en el proceso de liquidación de estas cuentas está relacionado con falencias en los soportes como lo define la norma “ *todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles*” con un 55,1%, en mínima proporción se relacionan glosas generadas por cobertura con un 0,4%, las cuales 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. Sin embargo, no es despreciable la apreciación que se generan no conformidades de todos los tipos. Respecto al concepto específico de las glosas predominan aquellas relacionadas con el soporte en especial de medicamentos con 2926, seguido de insumos con 2043 e imágenes diagnósticas en menor proporción con 807.

En cuanto al valor de la glosa se relacionan que la mayoría de las facturas glosadas no superan los 10 millones de pesos con un total de 1184 que suman un total de \$ 3.786.967.229; la menor proporción son aquellas que superan los cincuenta millones de pesos sin embargo monetariamente con mayor significancia ya que suman un total de \$ 22.104.948.188.

En cuanto al grupo humano que ejecuta el proceso se evidencia tras la aplicación de una encuesta situacional a 22 de ellos, muestra que los colaboradores manifiestan un desconocimiento del documento dónde describe el proceso de facturación institucional en un 54,4% con 13 casos. En cuanto a los 9 casos restantes que refirieron conocerlos la totalidad lo califican como “entendible”.

Según lo recolectado con el instrumento, 13 de los colaboradores indican que recibieron capacitación sobre los procesos específicos de facturación en la IPS al vincularse a su área de trabajo. Adicionalmente refieren que los factores asociados en cuanto al desarrollo organizacional y los factores que influyen en un adecuado proceso de facturación, ellos atribuyen principalmente las dificultades con software para desempeñarse adecuadamente con 17 casos de 22, seguidamente de la alta rotación del personal con 11 casos y en menor proporción dificultades como en el conocimiento de aplicación de tarifas, perfiles de cada convenio y/o paquetes de servicios ofertados.

En cuanto al proceso de facturación refieren que respecto a la recolección de los datos de soportes y conformación de la factura en la institución los colaboradores refieren que *“No es difícil, pero se podría mejorar”* en un 63,6% (15 respuestas), seguido de *“Entorpecido, difícil”* con 22, 7% (5 respuestas) y finalmente en menor cantidad con un 13, 6% (3 respuestas) lo califican como *“práctico fácil”*.

A lo relacionado con el conocimiento de existencia de mecanismos definidos por la empresa para detectar deficiencias en el proceso de facturación antes de generar y entregar la factura al cliente,

lo colaboradores refieren desconocimiento de este tipo de práctica con 13 respuestas, frente a 9 respuestas quienes sin manifiestan el conocimiento de este tipo de medidas previas a la emisión de una factura, y que los procesos de retroalimentación en la institución lo perciben como *“Ausente (nunca hay retroalimentación)”* en 13 casos, *“Permanente (auditoria concurrente)”* en 7 casos y/o *“Intermitente (mensual)”* con 6 casos.

4. PROCESO DE FACTURACIÓN INSTITUCIONAL

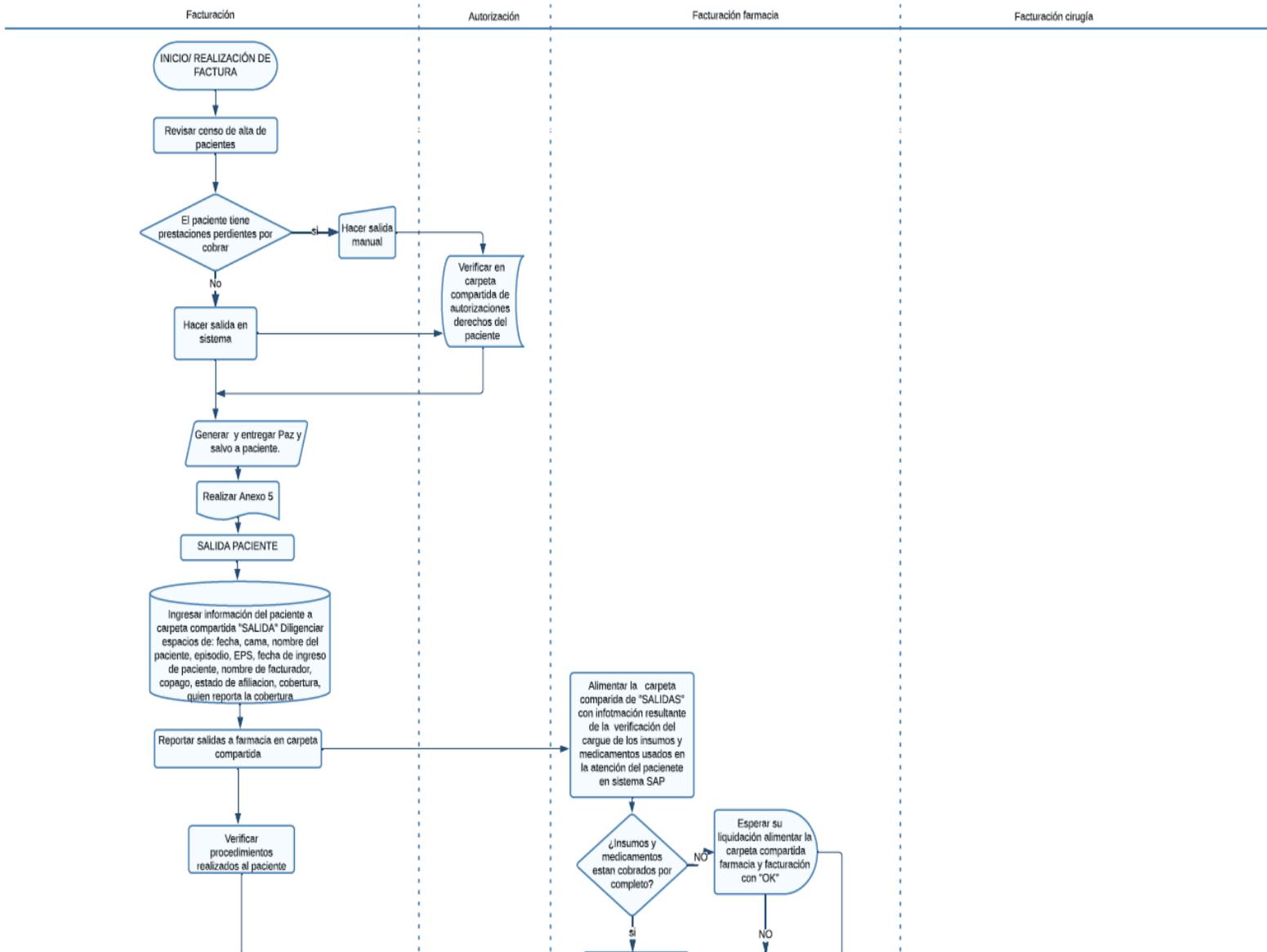
Es importante aclarar que el proceso de facturación en la institución inicia con cierre de historia clínica y el alta del paciente esto se verifica en el censo de alta de pacientes en el aplicativo SAP®, partiendo de este punto podemos definir un paso a paso:

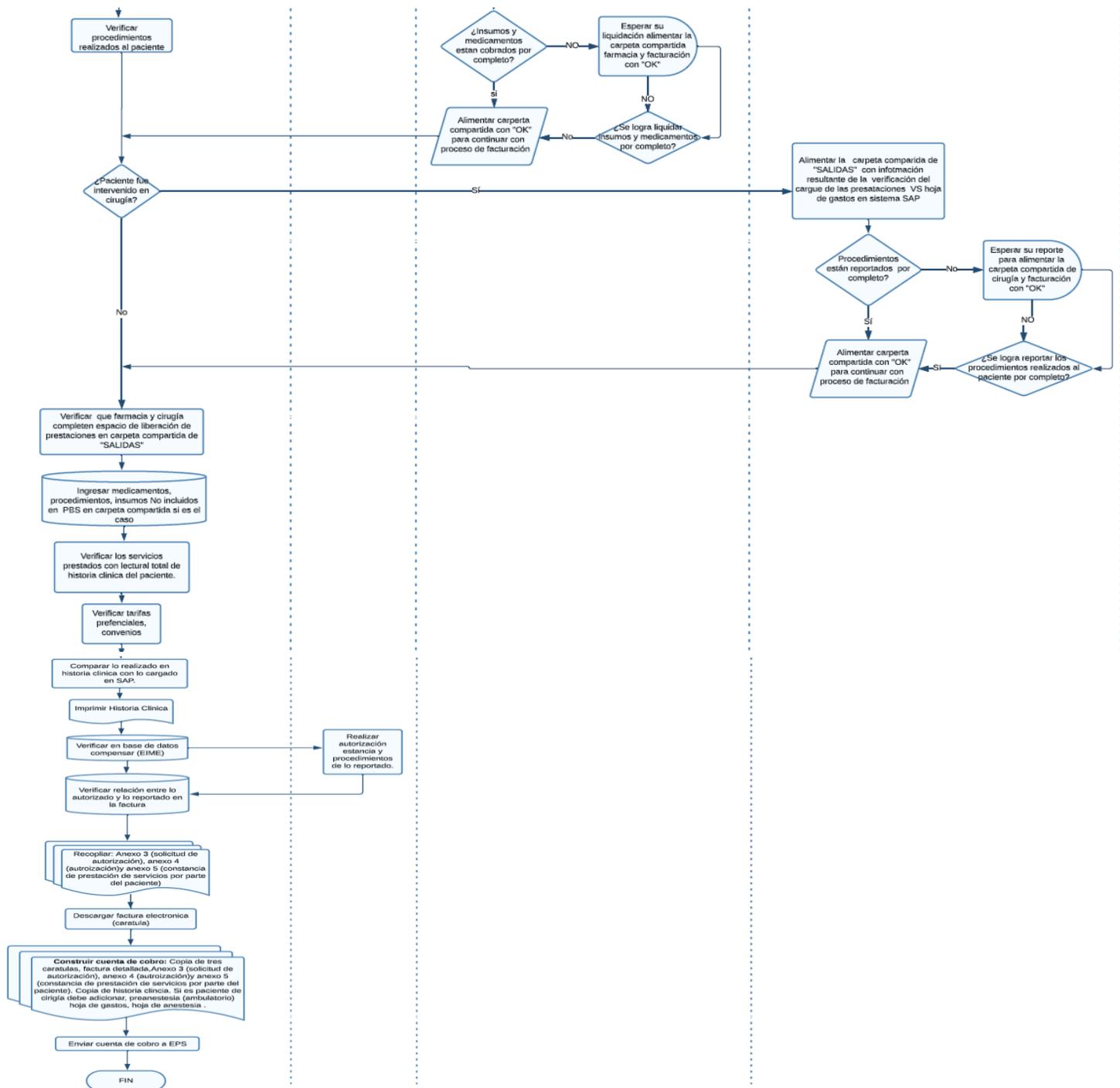
1. Verificar correspondencia entre el egreso médico del paciente y su situación clínica actual, ya que en puede diferir y hay necesidad de revertir el proceso. **(Facturación)**
2. Verificar prestaciones o solicitudes de atención pendientes por cobrar o anular en caso que no tenga se puede hacer cierre del evento, de lo contrario se debe hacer salida manual; sin embargo, para ambos casos previa a la salida se debe verificar en la *“carpeta compartida de autorizaciones derecho del paciente”* (Drive), se verifican los derechos del paciente y se hace la salida en sistema. **(Facturación y autorizaciones)**
3. Ya aceptada la salida se genera y se entrega *“Paz y salvo”* al paciente, en conjunto se hace diligenciamiento del *“Anexo 5”* por parte del facturador. **(Facturación)**
4. EGRESA FÍSICAMENTE EL PACIENTE. **(Facturación)**
5. Ingreso de la información del paciente a la *“carpeta compartida SALIDA”* y diligenciar los espacios de: fecha, cama, nombre del paciente, episodio, EPS, fecha de ingreso de paciente, nombre del facturador, copago, estado de afiliación, cobertura, responsable. **(Facturación)**

6. Realizar reporte de la salida en la *“carpeta compartida de farmacia”* para la alimentación de dicho documento se realiza después de la verificación del cargue de insumos y medicamentos usados durante la atención en el sistema SAP. **(Farmacia)**
7. Si el paciente fue atendido en el servicio de cirugía de debe reportar para que se realice la retroalimentación de la *“carpeta compartida de salidas”* con información resultante de la verificación del cargue de las prestaciones VS hoja de gastos en sistema SAP. **(Farmacia cirugía)**
8. Después de completar cada uno de los requisitos propuestos en la *“carpeta compartida SALIDA”* **(Facturación, Autorizaciones, Farmacia, Farmacia cirugía)**
9. Se debe ingresar medicamentos, procedimientos, insumos no incluidos en el Plan de Beneficios de Salud, si es el caso. **(Facturación)**
10. Seguidamente se procede a verificar los servicios prestados con la lectura total de la historia clínica del paciente. **(Facturación)**
11. Verificar tarifas preferenciales y convenios **(Facturación)**
12. Se debe comparar lo registrado en historia clínica con lo cargado en sistema SAP.
13. Se procede a imprimir la Historia Clínica **(Facturación)**
14. Se verifica en la base de datos Compensar (EIME) **(Facturación)**
15. Se espera a la realización de la autorización de estancia y procedimientos según lo reportado. **(Autorización)**
16. Se realiza verificación entre lo autorizado y lo reportado en la factura **(Facturación)**
17. Se debe recopilar Anexo 3(solicitud de la autorización), Anexo 4 (Autorización) Anexo 5 Constancia de prestación de servicios por parte del paciente **(Facturación)**
18. Descargue de factura electrónica **(Facturación)**

19. Construcción de cuenta de cobro: Copia de tres carátulas, factura detallada, Anexo 3 (solicitud de autorización), anexo 4 (autorización) y anexo 5 (constancia de prestación de servicios por parte del paciente). Copia de historia clínica. Si es paciente de cirugía debe adicionar, pre anestesia (ambulatorio), hoja de gastos, hoja de anestesia (**Facturación**)
20. Envío de cuenta de cobro a EPS (**Facturación**).

Ver diagrama de flujo.





Fuente: indagación de proceso con persona operativo mayo 2022 en una IPS en Bogotá de alta complejidad

5. ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE) Y ACTIVIDADES PRIORITARIAS.

Para lograr identificar situaciones de sensibles de mejora dentro del proceso de facturación se propuso analizar el fenómeno de facturación y la generación de glosas a través de la metodología de gestión Análisis modal de fallos y efectos (AMFE) esta permite la valoración sistemática de las fallas potenciales en el diseño y la prestación de servicios ya sea de un producto, instrumento o proceso, previniendo su aparición, cuantificando los efectos de las posibles fallas de variables significativas, de forma tal que nos permita evitar procesos defectuosos o inadecuados, antes de que estos lleguen al cliente o la disposición final, además permite priorizar las acciones correctoras encaminadas a prevenir, detectar, minimizar o eliminar los problemas, preocupaciones, desafíos, así como buscar respuesta para su mejora.

Para lograrlo se realiza un diagrama de flujo del proceso general de facturación y posteriormente se logró describir el proceso en un paso a paso, se determinaron Tras su implementación se evidencia índices prioritarios con puntuación diferenciando subprocesos y actividades de cada subproceso, seguidamente de haber discriminado cada actividad, se determinó su función, sus fallos, los efectos de los fallos dentro proceso, que lo causaba y su posibilidad de ser controlado; para puntuar cada actividad se tiene en cuenta la Gravedad, Ocurrencia y Detectabilidad en una escala numérica de 1 a 10, 1 siendo lo mínimo y 10 la puntuación máxima, estos valores se multiplican con la finalidad de determinar un Número prioritario, este es un valor que puede ir en un rango de 1 a 1,000, esto permite priorizar los modos de fallos y sus causas, que fueron identificados y asentados en la aplicación del instrumento de análisis.

Tabla N 1. Criterios de puntuación de Análisis modal de fallos y efectos (AMFE)

| Gravedad | Puntuación | Ocurrencia | Puntuación | Detección | Puntuación |
|--------------|------------|-------------|------------|-----------|------------|
| Menor | 1-2 | Remota | 1-2 | Alta | 1-2 |
| Moderada | 3-4 | Infrecuente | 3-4 | Moderada | 3-4 |
| Mayor | 5-8 | Ocasional | 5-8 | ocasional | 5-8 |
| Catastrófica | 9-10 | Frecuente | 9-10 | Baja | 9-10 |

Tras la elaboración y puntuación por cada actividad identificada se pudo hallar que la actividad dentro del proceso de mayor riesgo con una puntuación de 567 fue *“confrontación de los procedimientos realizados con lo registrado en historia clínica de paciente”* perteneciente al subproceso de *“Verificación cruzada de la información”* situaciones relacionadas con el soporte como lo son las descripciones quirúrgicas incompletas y la aplicación inadecuada de CUPS (Clasificación única de procedimientos), adicionalmente se evidencia situaciones prioritarias de intervención el NO registro y/o cobro inoportuno de medicamentos, insumos y procedimientos con puntuación de 432, en consecuencia, afectando al proceso de soporte de la cuenta médica, reiterando lo evidenciado en el comportamiento de glosas institucional. A continuación se muestra una tabla con las actividades más prioritarias.

Tabla N 2. Actividades prioritarias después de aplicar la Escala AMFE en el proceso de facturación en una IPS de alto nivel de complejidad.

| SUBPROCESO | ACTIVIDAD | FUNCIÓN | FALLOS | EFFECTOS | CAUSAS | CONTROLES | GRAVEDAD | OCURRENCIA | DETECTABILIDAD | NPR |
|--------------------|--------------------|---|---|---|--|-----------|----------|------------|----------------|-----|
| SALIDA DE PACIENTE | Salida de paciente | Cierre de evento de atención de paciente el cual permite el inicio del proceso de facturación | Prestaciones pendientes para poder cerrar el evento | Omisión y no cobro de servicios prestados, insumos y medicamentos usados. Demora en el proceso de facturación | Negligencia en registro en el cargue y descargue de medicamentos por parte del personal de enfermería | Ninguno | 8 | 9 | 6 | 432 |
| | | | | | Insumos pendientes de entrega por parte de farmacia y no anulación de solicitud por parte del personal asistencial | Ninguno | 8 | 4 | 6 | 192 |
| | | | | | No cobro de prestaciones por especialistas o servicios | Ninguno | 8 | 4 | 6 | 192 |
| | | | | | Duplicidad en solicitud de prestaciones y no anulación de estas | Ninguno | 8 | 3 | 6 | 144 |
| | | | | | Demora en el cargue de prestaciones para análisis de muestras por parte de patología | Ninguno | 8 | 9 | 6 | 432 |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|---|--|---|---|---|---|-----|
| ALIMENTACIÓN DE BASES DE DATOS | Reporte de salidas a farmacia, para liquidación de insumos y medicamentos | Proceso en el cual farmacia relaciona en sistema SAP y hoja de gastos física los insumos y medicamentos usados | No diligenciamiento del base de datos | Demora en el proceso de facturación y cobro. | Retrasos en la revisión de historias clínicas por parte del personal de farmacia | Revisión diaria de personal de farmacia de hojas físicas de hojas de gastos | 9 | 7 | 6 | 378 |
| VERIFICACIÓN CRUZADA DE LA INFORMACIÓN | Confrontación de los procedimientos realizados con lo registrado en historia clínica de paciente | Permite relacionar los procedimientos realizados con lo reportado en la historia clínica | Ausencia de soportes de atención | Generación de glosas en facturación, demora en la liquidación de cuenta | Descripciones quirúrgicas incompletas. | auditoria cuentas medicas | 9 | 9 | 7 | 567 |
| | | | | | Aplicación inadecuada de código CUPS | auditoria cuentas medicas | 9 | 9 | 7 | 567 |
| | Verificación de tarifas y convenios según características del paciente | Permite aplicar la liquidación según la tarifa que corresponda según las características de la afiliación y derechos de usuario | Aplicación de tarifa incorrecta | Generación de glosas en facturación, demora en la liquidación de cuenta | Existencia de múltiples convenios y variaciones de estos. | Consulta directa de los acuerdos tarifarios | 8 | 6 | 6 | 288 |
| | | | | | Desconocimiento por parte del personal. | ninguno | 8 | 5 | 6 | 240 |
| | | | | | Alta rotación del personal | ninguno | 8 | 5 | 6 | 240 |

6. PROPUESTA DE PLAN DE MEJORAMIENTO

Situaciones susceptibles de mejora prioritarias

Posterior a la aplicación de la herramienta de la Escala Modal de Efectos y Fallos ya expuesta, se seleccionaron aquellas actividades con puntuación de mayor de 200 a 1000 puntos, en la tabla anterior pueden notar la inclusión de puntuaciones de 144 y 192 que no cumplen el criterio; sin embargo se incluyen dado que hacen parte en el proceso de "AUSENCIA DE SOPORTE" se decidió su inclusión ya que son actividades inherentes y su intervención se puede abordar de manera sinérgica o simultánea ya que son naturaleza similar por lo tanto pueden ser incluidas. Adicionalmente a esto se desarrollan tres actividades más como son: "SOLICITUDES PENDIENTES", "NO DILIGENCIAMIENTO DE BASE DE DATOS" y "APLICACIÓN DE TARIFA INCORRECTA", que serán desglosadas a continuación por medio de la herramienta espina de pescado o diagrama de Ishikawa, lo consideramos pertinente para profundizar en las posibles causas que se pueden asociar a la presentación de la falla.

Se propone un plan con tiempo de ejecución de 24 semanas desde su propuesta y socialización hasta su verificación e intervención de actividades susceptibles de mejora basado en la herramienta 5W2 H y ciclo PHVA.

6.1 Desarrollo de cada una de las fallas bajo la perspectiva de Ishikawa:

Figura N 1 Esquema espina de pescado “Solicitudes pendientes para cerrar evento”

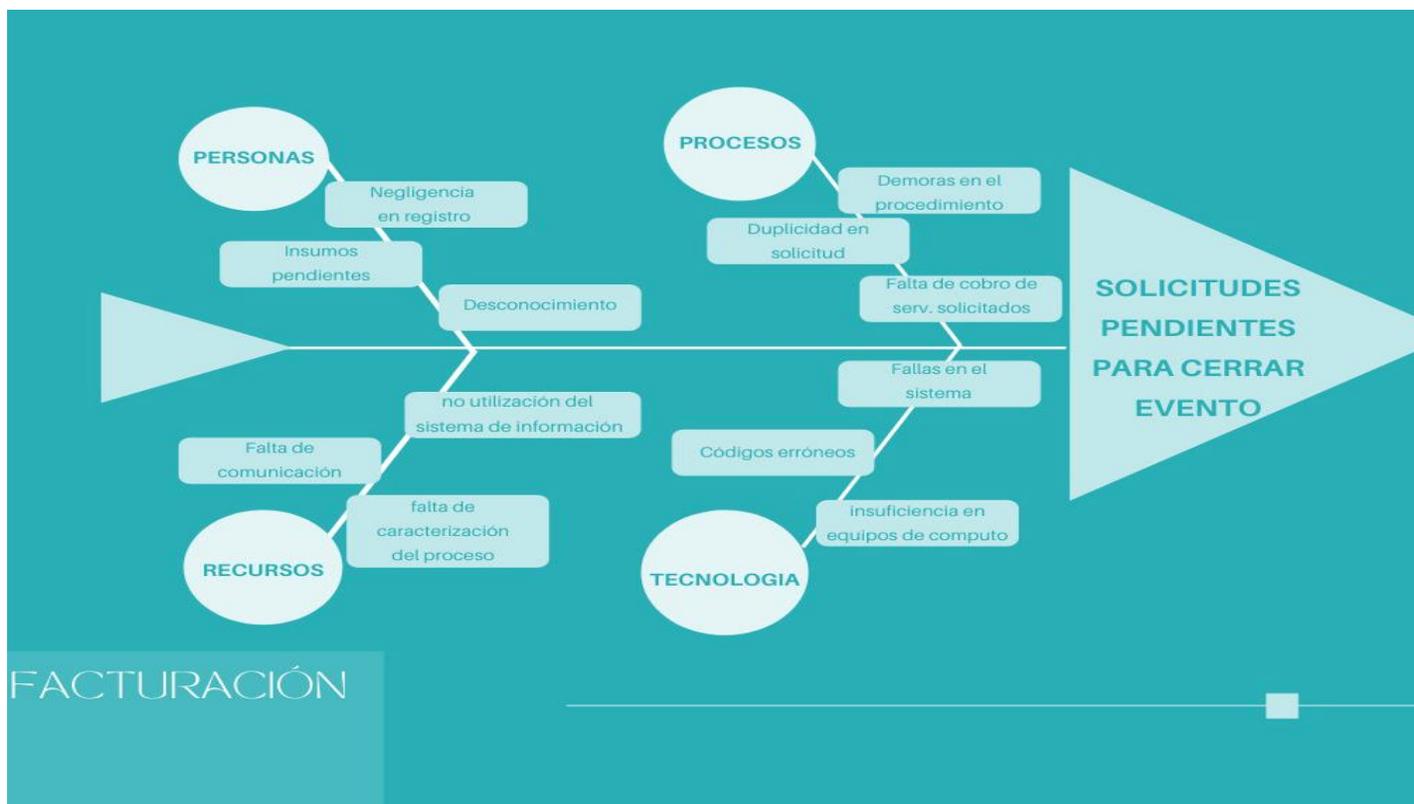


Figura N 2 Esquema espina de pescado “No diligenciamiento base de datos”

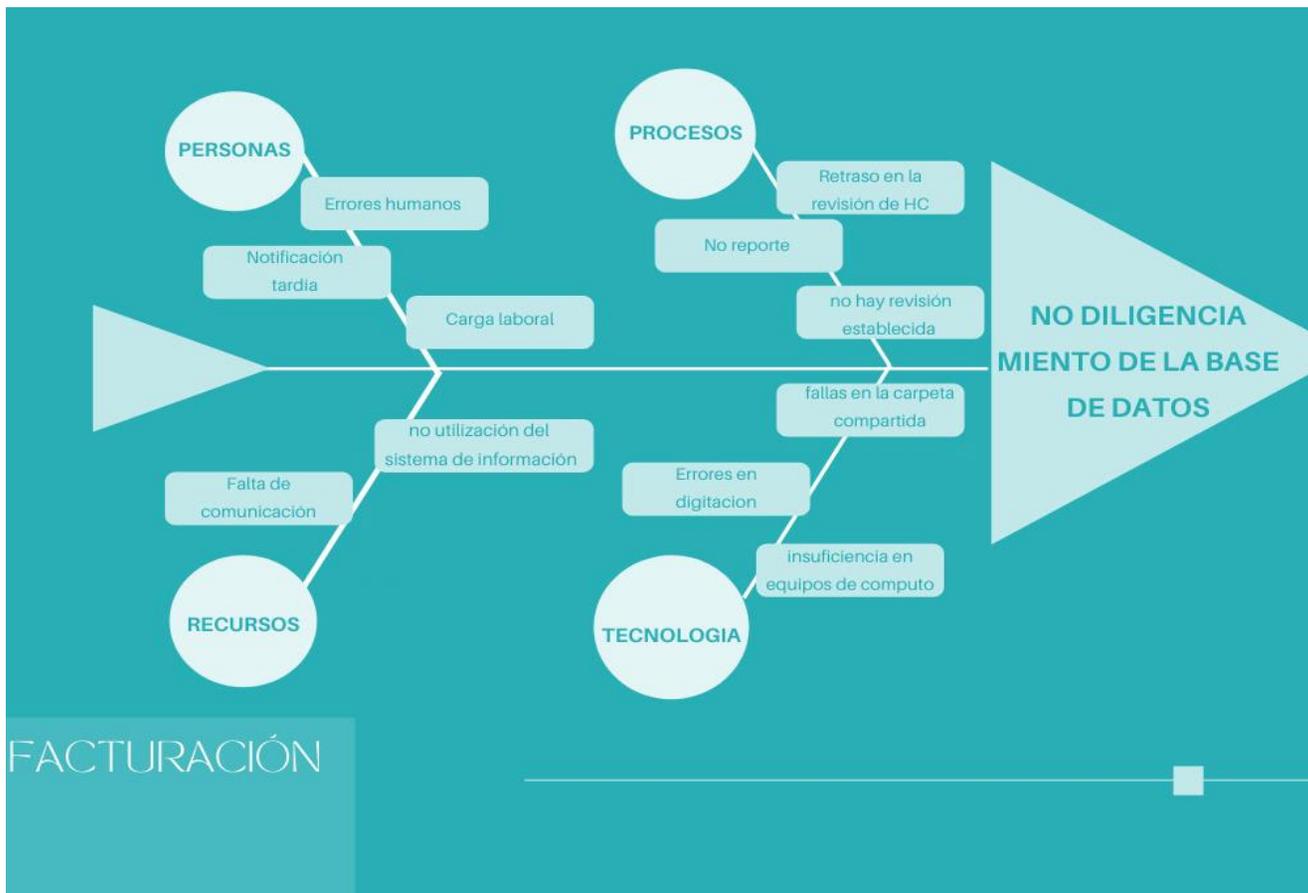
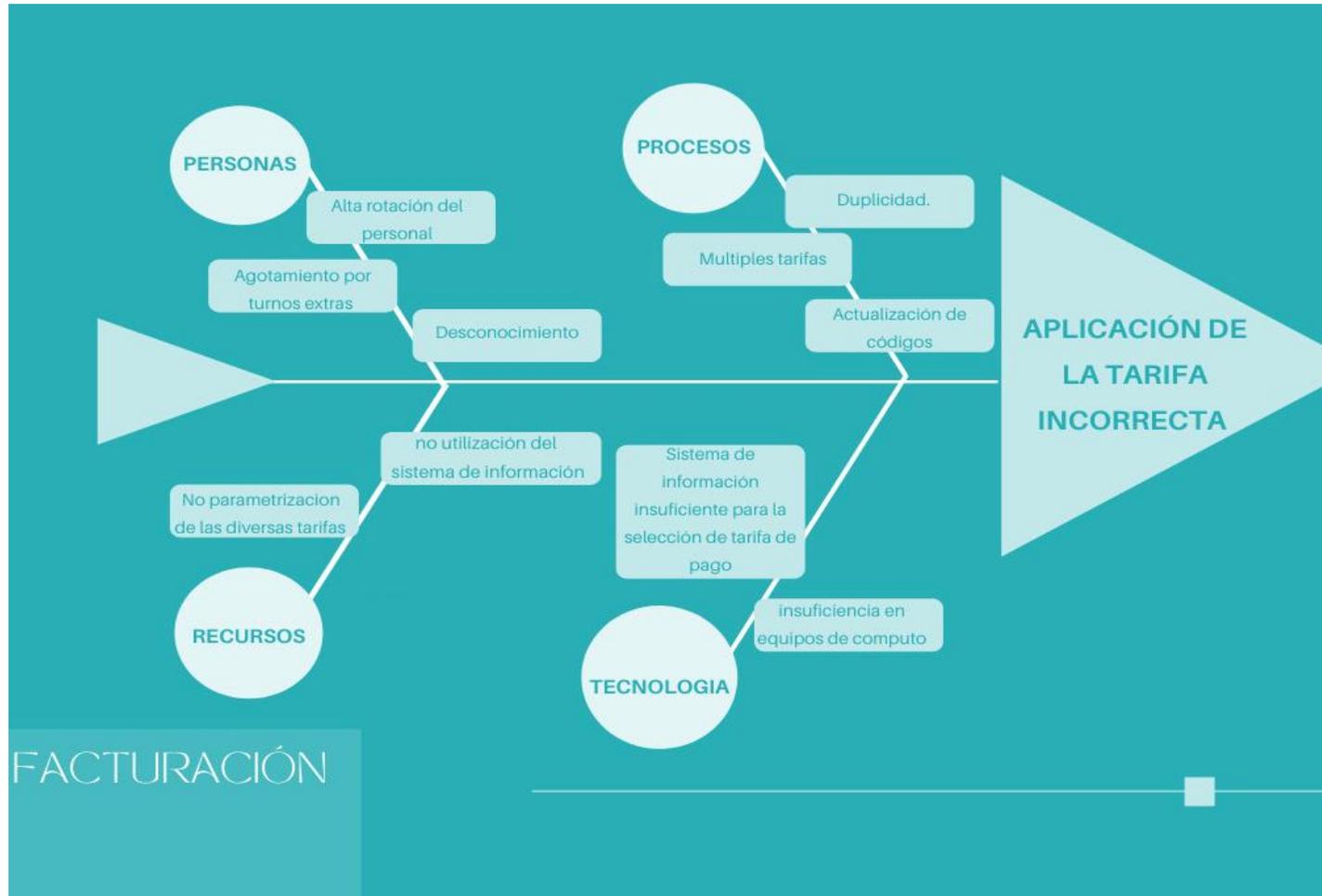


Figura N 3 Esquema espina de pescado “Ausencia de soporte de atención médica”



Figura N 4 Esquema espina de pescado “Aplicación de la tarifa incorrecta”



6.2 Estructura del plan 5W2H

Tabla N 3. Plan de mejoramiento con la metodología 5W2H- HACER

| ¿QUÉ? | ¿PARA QUÉ? | ¿QUIÉN? | ¿DÓNDE? ¿CUÁNDO? | ¿CÓMO? | ¿CUÁNTO? | Indicador (es) para el seguimiento |
|--|--|--|---|--|------------------------|---|
| Ejecución de actividades de sensibilización para el cobro transversal en la IPS | Limitar la presentación de errores, o doble facturación de las prestaciones. | Dirección financiera, dirección de educación, coordinación médica, coordinación de enfermería | IPS de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá en todas sus unidades generadoras de costo Semana 12/24 | Se dará la indicación de cambio de cobro prospectivo a transversal por medio de jornadas de comunicación y educación respecto a la nueva modalidad de cobro para que los colabores realicen los ajustes pertinentes en su proceso de atención. Se hará el cobro de cada prestación realizada por los diferentes profesionales, de forma inmediata después de su realización. Así mismo el profesional de enfermería deberá verificar el cobro total de las prestaciones cuando ha recibido un nuevo usuario en su servicio de no ser así gestionará su realización o su debida cancelación | No genera ningún costo | N° de colaboradores responsables de cobro de prestación de servicios capacitados en cobro transversal de prestaciones / N° Total de colaboradores responsables de cobro de prestación de servicios x100 |
| Implementar divulgación tecnológica con el objetivo de informar a los colaboradores acerca del diligenciamiento oportuno de base de datos para una facturación óptima. | Socializar y retroalimentar a los colaboradores de facturación y demás responsable en la construcción de "base de datos facturación", respecto a instauración de plazo de 7 para la construcción de la base de datos de facturación ante cada nueva cuenta médica ingresada en la base de datos. Esto permite agilizar el proceso de facturación y el recaudo. | Dirección financiera, dirección de educación, coordinación médica, coordinación de enfermería, cuentas Médicas | IPS en la ciudad de Bogotá en todas sus unidades generadoras de costo Semana 6/24 | Por medio de divulgación virtual, apoyado en herramientas tecnológicas y de fácil acceso, con posterior firma virtual de estar en conocimiento el colaborador de la nueva medida: diligenciamiento de tiempo máximo de construcción de lista de chequeo de base de datos de facturación con las variables de 7 días. Se establece que el líder de facturación será el encargado de llevar el seguimiento de las cuentas próximas a cumplir el plazo y promoverá su pronta gestión | No genera ningún costo | N° de formularios firmas de las digitales de personal responsable de facturación, farmacia y cirugía / N° personal responsable de facturación, farmacia y cirugía* 100 |

| | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|---|
| <p>Implementar e iniciar la propuesta de actividad de capacitación dirigida a todo el personal asistencial y administrativo respecto a calidad de soportes de atención médica en historia clínica según anexo técnico número 6, mediante la coordinación de cada líder de área.</p> | <p>Para disminuir las no conformidades generadas por el mal diligenciamiento y falta de soportes en cada procedimiento y actividad realizada.</p> | <p>Cuentas Médicas, jefes de área, todo el personal involucrado en realización de procedimientos, área operativa y administrativa.</p> | <p>IPS alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá, en cada área operativa y administrativa. Semana 12/24</p> | <p>Se realizará por áreas operativas, en horarios no laborales, con la coordinación de cada jefe o líder de área, con una participación del 100% de los colaboradores, mediante presentación de informes por parte de cuentas médicas respecto a la cantidad de no conformidades establecidas por auditoría externa, luego se debe dar charlas magistrales y participativas con cada grupo de colaboradores para retroalimentar los procesos y demostrar en que se ha estado fallando. Se deben dejar constancia de las actividades realizadas, compromisos de mejora por cada participante, se les debe dar a conocer la integralidad del proceso en donde de los puntos anteriores.</p> | <p>Costo de horas extras destinadas por cada colaborador en el tiempo extra laboral que se realiza cada charla y capacitación de acuerdo a lo establecido en cada contrato lo cual se define por parte de Talento Humano.</p> | <p>N° de colaboradores que capacitados sobre soportes de la atención de calidad según anexo 6/ Total de Colaboradores de la IPS X 100</p> |
| <p>Iniciar el proceso de implementación y ajuste de la aplicación APP que facilita el proceso de facturación en todos los colaboradores de ésta área.</p> | <p>Para mejorar el proceso y la agilidad de la facturación, disminuir tiempos de entrega de las facturas, mejorar procesos de recuperación de cartera y radicación de facturas.</p> | <p>Egresados GESCAL, con el apoyo de área de tecnología de la IPS y Con cada uno de los colaboradores en el área de facturación.</p> | <p>IPS de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá, en área de facturación. Semana 6/24</p> | <p>Se realiza inicio del proceso de implementación de la APP en cada área de facturación de forma gradual teniendo en cuenta que en la medida que se vaya implementando se pueden ir generando cambios y ajustes propuestos por los mismos colaboradores.</p> | <p>No genera costo.</p> | <p>N° de colaboradores que utilizan la APP en el área de facturación / Número total de los colaboradores del área de facturación. X 100</p> |
| <p>Contratación del equipo de auditoría Interna por parte del área financiera y posterior inicio de labores por parte de los mismos.</p> | <p>Para iniciar el proceso destinado se adopten medidas de seguimiento y corrección en las actividades. La auditoría representa una herramienta que promueve la calidad al hacer seguimiento y comparación entre la calidad deseada y la calidad observada; así mismo promueve procesos dignos y transparentes, la buena práctica profesional. Contribuyendo al fortalecimiento y la viabilidad de la institución y del sistema dentro un contexto de efectividad, eficiencia y ética.</p> | <p>Talento humano en coordinación con Gerencia de Calidad de la IPS de alta complejidad.</p> | <p>IPS de alto nivel de complejidad de la ciudad de Bogotá Semana 12/24</p> | <p>Mediante proceso de selección instaurado por talento humano y gerencia de Calidad de la IPS, debe primero instaurarse las funciones a cumplir por parte de éste equipo teniendo como referencia otras instituciones que ya tengan implementado en el proceso de auditoría concurrente y auditoría interna, completarse en 1 semanas este proceso, posteriormente se debe realizar el proceso de contratación en al menos 2 semanas para luego implementar las funciones de cada colaborador de éste equipo.</p> | <p>Costo establecido en el punto de PLANEAR.</p> | <p>N° de colaboradores contratados para conformar el equipo de Auditoría interna y concurrente en 2 semanas / En total de colaboradores a contratar. x 100.</p> |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|--|
| <p>Inicio de los procesos de incentivo educativo y de formación a cada trabajador de la IPS.</p> | <p>Para dar cumplimiento a lo propuesto en el incentivo educativo y a la vez realizar procesos de mejora continua en el Talento Humano de la IPS, para mejora de los estándares de calidad, en los resultados, en la fidelización de los trabajadores.</p> | <p>Área de talento Humano en coordinación de dirección de educación continuada de la IPS.</p> | <p>IPS de alto nivel de complejidad de la ciudad de Bogotá en cada área comprometida. Semana 8/24</p> | <p>Se realizará contratación con las instituciones acreditadas y autorizadas que cumplen con los cursos, diplomados, y programas necesarios para cada colaborador dependiendo el área y función que desempeñe, luego se realiza la selección de los colaboradores por curso necesarios, se dará inicio a cada curso con el compromiso de los trabajadores de completar y cumplir con los estándares y actividades con evaluación final y respectivo certificado. Esto se debe ir realizando escalonadamente teniendo en cuenta priorización de cada área.</p> | <p>A establecer por parte de área financiera y las instituciones que realicen los cursos, diplomados y actualizaciones.</p> | <p>N° de colaboradores de facturación que requieren cursos de actualización / total de colaboradores de facturación. X 100</p> |
|--|--|---|---|---|---|--|

Bibliografía

Base de datos Institucional de una Institución Prestadora de Servicios de alta Complejidades, Bogotá año 2021

Chavarría Chavarría, T. (2018). Desarrollo e implementación de una herramienta para la validación de cuentas médicas y gestión de glosas en el sector salud en Colombia. *Medicina UPB*, 37(2), 131-141. <https://doi.org/10.18566/medupb.v37n2.a07>

Cortes Parra. Galeano González. (2020). *Importancia de la auditoría en salud en el área hospitalaria para la prevención de eventos adversos revisión sistemática 2010-2019* [Universidad Santiago de Cali]. <https://repository.usc.edu.co/bitstream/handle/20.500.12421/5123/IMPORTANCIA%20DE%20LA%20AUDITOR%3%8DA.pdf?sequence=4&isAllowed=y#:~:text=La%20finalidad%20principal%20de%20este,actuaci%C3%B3n%20del%20m%C3%A9dico%20como%20tal.>

Cuentas por pagar: 5 grandes ventajas que obtendrás al automatizarlas. (2021). *SAP Concur*. <https://www.concur.co/news-center/automatizar-cuentas-por-pagar-ventajas>

Martínez, J. C. L. J. (2017). La capacitación como herramienta efectiva para mejorar el desempeño de los empleados. *Ciencia y Técnica administrativa*, 16(2). <http://www.cyta.com.ar/ta1602/v16n2a3.htm#ficha>

Nápoles-Villa, Ana Victoria; Silva-Ricardo, Yunia Damaris; Marrero-Fornaris, Clara Análisis Modal de Fallo y sus Efectos de las Normas de Competencias Ciencias Holguín, vol. 22, núm. 2, abril-junio, 2016, pp. 1-15 Centro de Información y Gestión Tecnológica de Holguín Holguín, Cuba

Protección Social, M. P. de A. a. la R. de S. A. C. de G. H. (2007). *Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud*. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>

Ricardo, W., & Olarte, R. (s/f). *LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO POR APTITUDES, UN BENEFICIO PARA LAS ORGANIZACIONES AUTOR*. Edu.co. Recuperado el 27 de abril de 2022, de <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/36801/RicaurteOlarteWilsonRicardo2020.pdf?sequence=>