

**EVALUACION DEL SISTEMA DE FACTURACION DE UNA UCI DEL SECTOR
PRIVADO DE LA CIUDAD DE POPAYAN EN EL PERIODO COMPRENDIDO
ENTRE ENERO Y JUNIO DE 2.006**

**FEDERICO ANDRES BENITEZ PAZ
WILLIAM FERNANDO CASTRO VARGAS
HECTOR JAIME MOSQUERA CHAMORRO
CARMEN ADRIANA PARDO ROA
ISABELLA MARIA URRUTIA ILLERA
ANA MARIA VELASCO**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
ESCUELA DE ADMINISTRACION DE NEGOCIOS
POPAYAN
2006**

**EVALUACION DEL SISTEMA DE FACTURACION DE UNA UCI DEL SECTOR
PRIVADO DE LA CIUDAD DE POPAYAN EN EL PERIODO COMPRENDIDO
ENTRE ENERO Y JUNIO DE 2.006**

FEDERICO ANDRES BENITEZ PAZ

WILLIAM FERNANDO CASTRO VARGAS

HECTOR JAIME MOSQUERA CHAMORRO

CARMEN ADRIANA PARDO ROA

ISABELLA MARIA URRUTIA ILLERA

ANA MARIA VELASCO

**Asesor Metodológico
Dr. JOSE LUIS DIAGO**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
ESCUELA DE ADMINISTRACION DE NEGOCIOS
POPAYAN
2006**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
2. OBJETIVOS	4
2.1 OBJETIVO GENERAL	4
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
3. JUSTIFICACION	5
4. MARCO REFENCIAL	6
4.1 LA FACTURACION	6
4.2 PROBLEMAS COMUNMENTE ASOCIADOS A LA FACTURACION	7
4.3 ESQUEMA DEL PROCESO DE FACTURACION	8
4.3.1. Admisión	8
4.3.2. Atención del usuario	8
4.3.3. Liquidación de cuenta	8
4.3.4. Facturación	9
4.3.5. Cuenta de cobro	9

Pág.

4.3.6. Cartera	9
4.3.7 Cobro	
4.4 TERMINOLOGIA EMPLEADA EN FACTURACION	10
4.4.1. Glosas	10
4.4.2. Glosas aceptadas	10
4.4.3. Glosas objetadas	11
4.4.4. Pertinencia hacia la historia clínica	11
4.4.5. Soportes	11
4.4.6. Manual tarifario SOAT	12
4.4.7. Manual tarifario ISS.	12
4.4.8. Mapipos	13
4.4.9. Cuota moderadora	13
4.4.10. Copago	13
4.4.11. Autorización de orden de apoyo	13
4.4.12. Topes de contratación	13
5. ANTECEDENTES UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO DEL SECTOR PRIVADO DE LA CIUDAD DE POPAYAN	
5.1 PRESENTACION	14
5.2 MISION	15
5.3 VISION	15
6. PROCESO DE FACTURACION	16
6.1 INGRESO HOSPITALARIO	16
7. METODOLOGIA	20

	Pág.
7.1 TIPO DE ESTUDIO	20
7.2 PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO	20
8. RESULTADO Y ANALISIS	21
8.1 CARACTERIZAR LOS RESULTADOS DEL PROCESO DE FACTURACION Y HOSPITALIZACION	21
8.2 DIAS DE ESTANCIA	22
8.3 EGRESO DE PACIENTES	23
8.4 DIAGNOSTICOS EN EL PRIMER PERIODO DEL 2006	24
8.5 VALOR TOTAL FACTURADO EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2006	25
9. CARACTERIZACION DEL MOTIVO DE GLOSAS	26
9.1 CARACTERIZACION	26
9.2 GLOSAS ACEPTABLES Y GLOSAS INACEPTABLES	28
9.3 RELACION GLOSAS Y DIAGNOSTICOS	29
9.4 VALOR DE GLOSAS Y ACUMULADO EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2006	30
10. TOTAL DIAS DE RETRASO PARA PRESENTAR LA FACTURACION EN LA UCI POR MES Y ACUMULADO EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2006	31
10.1 TOTAL DIAS DE RETRASO PARA PRESENTAR LA FACTURACION EN LA UCI POR MES Y ACUMULADO EN EL PRIMER SEMESTRE	31
10.2 COMPORTAMIENTO DE LOS DIAS DE RETRASO DE LA FACTURACION	32
11. ANALISIS DEL PROCESO DE FACTURACION	33
12. RECOMENDACIONES	34
BIBLIOGRAFIA	36

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Frecuencias y porcentaje de glosas	21
Figura 2. Porcentaje egresos de pacientes por mes	23
Figura 3. Motivo glosa	27
Figura 4. Glosas aceptables e inaceptables primer semestre 2006	28
Figura 5. Días de retraso	32

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Total días estancia en la UCI por mes y acumulado en el primer Semestre – 2006	22
Tabla 2. Diagnósticos primer semestre 2006	24
Tabla 3. Acumulado en el primer semestre 2006	25
Tabla 4. Principal diagnóstico motivo de Glosa	29
Tabla 5. Valor Glosa del período	30
Tabla 6. Acumulado retraso en la presentación de la factura	31
Tabla 7. Facturas con retraso	32
Tabla 8. Anova	33

INTRODUCCION

A partir de la ley 100 de 1.993 las políticas en salud tomaron un nuevo rumbo, las instituciones de salud se convirtieron en empresas de salud y venta de servicios por lo cual se crearon unidades de facturación, que tienen como función la integración de procesos asistenciales y administrativos, constituyéndose en la base del funcionamiento financiero para el sostenimiento de las entidades de salud. Las empresas públicas y privadas en salud deben pensar en la producción y venta de servicios con el fin de obtener una autonomía financiera que le brinde estabilidad. EL artículo 225 de la Ley 100 de 1.993 genera la disposición por la cual las EPS deberán establecer sistemas de costos, facturación y publicidad independiente de su naturaleza¹.

existe en la ciudad de Popayán una UCI de adultos que ofrece sus servicios hace menos de un año, noviembre 01 de 2005, los procesos administrativos que se llevan a cabo requieren de una evaluación para determinar la eficiencia de los mismos; este trabajo realizado en la UCI centró su atención en el proceso de facturación, con el fin de identificar el porcentaje de cuentas glosadas y sus principales causas en un período determinado. Utilizó como metodología el estudio de caso empresarial almacenando la base de datos en el programa SPSS para facilitar el análisis de variables, encontrando como hallazgos importantes que las glosas corresponden al 32,6 % del total de cuentas procesadas y se encuentran asociadas al proceso de facturación y auditoria de la Unidad, existe

¹ Ley 100 de 1993, Diciembre 23, diario oficial No 41, 148, del 23 de diciembre de 1993, por lo cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

oportunidad en la generación de la factura y no se encontró relación directa entre cuentas glosadas con los días de estancia, valor de factura, ni diagnóstico.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una UCI del sector privado de la ciudad de Popayán cuenta con un área de facturación encargada de liquidar la prestación de servicios de salud; la revisión de la información contable ha permitido identificar cuentas glosadas de las cuales no se ha hecho un profundo análisis de las principales causas, lo que limita el desarrollo administrativo.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluación del sistema de facturación de una UCI del sector privado de la ciudad de Popayán.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Caracterizar los resultados del proceso de facturación y hospitalización.
2. Caracterizar el motivo de glosas.
3. Describir la oportunidad en la generación de las facturas por servicios prestados.
4. Analizar el comportamiento del proceso de facturación en el periodo estudiado.

3. JUSTIFICACION

La Unidad de Cuidado de Intensivo del sector privado de la ciudad de Popayán cuenta con un soporte administrativo del que se difieren actividades claves para un adecuado funcionamiento como el de la facturación, este proceso definido legalmente con la Ley 100/93 debe ser estructurado en toda IPS para registrar y liquidar los servicios de salud del cual se origina un soporte para el cobro y recaudo posterior.

De no existir un sistema de facturación adecuado, se vería obstaculizado el principio de eficiencia de la IPS; los malos manejos derivados de la facturación que pueden terminar en iliquidez y problemas administrativos y amenazar seriamente la sobrevivencia de la empresa.

Con un ejercicio académico se pretende hacer un análisis estadístico con diagnóstico y evaluación del sistema de facturación que permita identificar las inconsistencias del proceso de facturación de la Unidad de Cuidado Intensivo.

4. MARCO REFERENCIAL

La Constitución Política de Colombia de 1991 fue la primera gestora del proceso de facturación en salud en el artículo 49 dice: “Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada y por niveles de atención y con la participación de la comunidad”, la descentralización se retoma con la ley 100 de 1993, artículo 1953, numeral 6: “La organización del sistema general de Seguridad Social en Salud será de forma descentralizada”, el artículo 155 dice; “las IPS deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera y el artículo 185 parágrafo: “Toda IPS contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos”².

4.1 LA FACTURACIÓN

se define como un conjunto de actividades (registro-valorización-liquidación de procedimiento y consumos) que recibe un usuario en una IPS.

El objetivo general de la facturación es realizar la liquidación de cuentas de manera ágil, correcta y oportuna garantizando el cobro y recaudo del valor completo por los servicios prestados. El área de facturación debe entregar las facturas a los contratantes y suministrar copias de las facturas a cartera para

² Ley 100 de 1993, Diciembre 23, diario oficial No 41, 148, del 23 de diciembre de 1993, por lo cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

que se diligencie la radicación y cobro de la cuentas, a presupuesto para calcular los ingresos del siguiente mes y proyectar las ventas del servicio y a tesorería con el fin de determinar el flujo de caja de la IPS

La implementación de la facturación hospitalaria en las instituciones de salud ha requerido que se realicen capacitaciones y jornadas de sensibilización dirigidas para el personal administrativo y asistencial con el fin de crear conciencia sobre la importancia de conocer aspectos básicos del proceso de facturación y de la normatividad vigente y evitar complicaciones.

4.2 PROBLEMAS COMÚNMENTE ASOCIADOS A LA FACTURACIÓN

Son muchas las complicaciones asociadas a la facturación, tales como: la pérdida de soportes que garanticen la realización de determinados procedimientos, suministro de insumos y medicamentos, el desconocimiento de actividades, diagnósticos, patologías, contratación, manual tarifario y codificación por parte del personal de facturación, auditores de facturación sin conocimientos médico – administrativos o sin experiencia clínica que ajustan los proceso de facturación a su propia interpretación o incluso conveniencia, pero quizás el mayor obstáculo encontrado se encuentra en la resistencia ofrecida por parte del personal médico y asistencial a realizar el reporte de producción de manera correcta y ajustada a la ley.

La facturación deficiente ocasiona devolución de cuentas y glosas altas que colocan a la institución en una situación financiera crítica y la obliga a invertir

recursos, en la contratación de personal que labore tiempo extra para que realice el reprocesamiento de cuentas.

4.3 ESQUEMA DEL PROCESO DE FACTURACIÓN

4.3.1 Admisión: Se convierte en un etapa clave del proceso, en el cual se identifica y clasifica al usuario, el responsable de la cuenta (EPS); dentro de sus principales requisitos esta el tener un conocimiento de las normas y contratos vigentes para poder determinar cuales son los documentos con los que la facturación puede justificar el cobro.

4.3.2 Atención del Usuario: Una vez identifica el usuario se le asigna un código de ingreso y se empieza a suministrar todos los procedimientos, medicamentos e insumos solicitados para la atención del paciente.

4.3.3 Liquidación de cuenta: Recopilación y organización de la información que generan los servicios asistenciales y los consumos generados a un paciente.

4.3.4 Facturación: Una vez se cuenta con todos los soportes del servicio prestado se procede a la elaboración, expedición y ajuste a las tarifas establecidas para que pueda emitirse un documento de cobro a las Entidades responsables del pago.

4.3.5 Cuenta de Cobro: Cuando se ha elaborado la factura debe presentarse la cuenta de cobro a la Entidad responsable del pago y debe realizarse dentro de unos términos establecidos. El decreto 050 de 2003 en su artículo 40 hace referencia a que todas las cuentas de cobro y facturas de las ARS y EPS se deberán presentar dentro de los plazos contractuales, las EPS y ARS deben dejar establecido en los contratos de prestación de servicios el período en el que recibirá las cuentas de cobro, el decreto 723 de 1997 estableció un período de 10 días calendario cada mes, el decreto 046 de 2000 modificó en 20 calendario la fecha para la radicación de facturas.

4.3.6 Cartera: Generar los reportes del producto de facturación para clientes internos y externos.

4.3.7 Cobro: La gestión de cartera está entendida como la acción de cobrar y lograr el recaudo en efectivo de los dineros que se adeudan a la Institución. El plazo de pago está contemplado dentro del contrato establecido entre la Institución vendedora del servicio y el cliente (EPS).

²MD. MAURICIO LEURO MARTINEZ, Facturación y Cartera por Venta de Servicios de Salud. Editorial, Grupo de Comedios. Bogotá – Colombia 2005.

4.4 Terminología empleada en facturación

4.4.1 GLOSAS: Son las objeciones que se presentan por las facturas de cobro de las Instituciones Prestadoras de Servicios, IPS, a las Empresas Promotoras de Salud, EPS.

Para una empresa es determinante llevar un registro de las causas de glosas y hacer evaluaciones periódicas para identificar las falencias en la unidades de facturación y establecer si las fallas están relacionadas a los procesos técnico – administrativos o técnico – científicos. Pueden ser susceptibles de mejoramiento.

Todas las objeciones o glosas presentadas por las Aseguradoras deben ser respondidas por la IPS en un plazo de 30 días contados a partir de la fecha de presentación de las glosas, la no respuesta oportuna ocasiona sanciones acorde a los decretos 723/97, 046/00, 050/03, 3260/04, estas sanciones generalmente son aprovechadas por las aseguradoras para evadir pagos.

Las principales objeciones que se utilizan son: Pertinencia Médica, Soportes, Convenio Gerencial, Autorización, Diferencia en tarifas y Topes.

4.4.2 GLOSAS ACEPTADAS: es la factura que es devuelta a la IPS (UCI del sector privado), por presentar inconsistencias demostradas o justificadas y por lo tanto la EPS puede evadir el pago de la factura.

4.4.3 GLOSAS OBJETADAS: es la factura que es devuelta a la IPS (UCI del sector privado), en donde la EPS que recibe el servicio se niega a efectuar el pago de la factura generada, pero la IPS no acepta la devolución de la factura porque cuenta con los soportes y la justificación para todos los procedimientos y actividades realizadas al paciente.

4.4.4 PERTINENCIA HACIA LA HISTORIA CLÍNICA: Hace referencia al proceso de diligenciar adecuadamente y de manera oportuna la historia clínica (órdenes médicas, justificaciones, evoluciones, registro diario, etc.) y al cumplimiento con todos los requisitos establecidos por la normatividad de manera implícita u obligatoria.

Cuando los documentos se encuentran sin diligenciar, mal diligenciados, con inconsistencias en los soportes en relación con el paciente tratado o falta de documentos se habla de falta de pertinencia.

4.4.5 SOPORTES: Los soportes son los documentos que contiene la historia clínica que sirven de base para registrar los procedimientos realizados a cada paciente, es por ello que se debe tener un especial cuidado en el momento de elaborarlos.

Todos los procedimientos que realizan los médicos y personal de enfermería deben ser registrados en los documentos que harán parte de la historia clínica, pero a su vez para que cada uno de estos registros sean justificables deben soportarse con los documentos pertinentes para cada una de ellos. Todos los soportes deben contener la siguiente información general:

- Nombre del paciente.
- No. de identificación del paciente.
- Nombre de la EPS.
- Descripción del documento.

- Firmas de los responsables.

4.4.6 MANUAL TARIFARIO SOAT: MANUAL TARIFARIO SOAT o Decreto 2423 de 1996. Donde se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos, y hospitalarios. Las tarifas del manual SOAT están sometidas al salario mínimo acorde con el índice de inflación e incluye más de 3.000 procedimientos.

La fórmula utilizada para la actualización tarifaria es: $SMMLV/30 = \text{smdl}(\text{tomado por decimales}) \times \text{Puntaje asignado a cada procedimiento} = \text{Tarifa actualizada ajustada a la centena más próxima.}$

4.4.7 MANUAL TARIFARIO ISS: Donde se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos, y hospitalarios establecidos por el Consejo Directivo del Instituto de Seguros Sociales y regulados por el Acuerdo 228, del 14 de marzo de 2000. Acuerdo 256, del 19 de diciembre de 2001. Acuerdo 312, del 24 de febrero de 2004.

4.4.8 MAPIPOS: Manual que contiene los Procedimientos y Actividades del Plan Obligatorio de Salud.

4.4.9 CUOTA MODERADORA: Aportes en dinero hechos por usuarios afiliados al régimen contributivo que tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS.

4.4.10 COPAGO: Los copagos son los aportes en dinero hechos por usuarios afiliados al régimen subsidiado que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

4.4.11 AUTORIZACIÓN DE ORDEN DE APOYO: Es un documento que emiten las Empresas Prestadoras de Salud con la finalidad de dar un soporte legal y económico a sus afiliados para que estos sean atendidos y sean cubiertos todos los procedimientos, medicamentos y atención en las Instituciones Estatales y privadas de salud.

4.4.12 TOPES DE CONTRATACIÓN: Hace referencia a un concepto que va incluido en el contrato pactado y corresponde al rubro total por venta de servicios al que se puede disponer y que tiene derecho el paciente.

5. ANTECEDENTES UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO DEL SECTOR PRIVADO DE LA CIUDAD DE POPAYAN.

5.1 PRESENTACIÓN

La Unidad de Cuidado Intensivo, Se constituye desde Agosto de 2004, con la finalidad de prestar servicios profesionales en salud a pacientes que requieren cuidado crítico con una cobertura hacia el Suroccidente Colombiano. Cuenta con profesionales altamente capacitados en el manejo del paciente críticamente enfermo, y con tecnología de punta.

Se conforma como una Sociedad Anónima con autonomía administrativa que cree en la vocación, integridad e idoneidad de sus empleados y con la capacidad de respaldar un proyecto de dimensiones económicas y sociales tan importantes como brindar atención al enfermo que necesita de cuidados intensivos, bajo el lema **“UN COMPROMISO CON LA VIDA”**.

Se cuenta con un cupo de 10 camas con una capacidad utilizada del 100% mensual, con un promedio de ocupación de 7 días y con los más modernos equipos bajo la supervisión de personal de salud altamente calificado en especialidades como: Anestesia y Dolor, Cardiología, Cirugía, Medicina Interna, Fisioterapia, Traumología y Ortopedia, entre otras.

5.2 MISIÓN

Garantizar el mejor servicio calificado en cuidados intensivos, programado con recursos de excelencia humano, profesionales multidisciplinarios, con tecnología de avanzada a los pacientes críticos derivados de la comunidad y proveer academia a las Universidades de la región.

5.3 VISIÓN

Ser la Unidad de Cuidados Intensivos líder y de constante expansión como referente regional en el departamento del Cauca, ofreciendo servicios de alta eficiencia, y generar programas docente – asistenciales de academia continua.

6. PROCESO DE FACTURACIÓN

6.1 INGRESO HOSPITALARIO

Para que el paciente ingrese a la UCI debe ser evaluado inicialmente en urgencias en donde se realizan una serie de pasos:

1. Verificación de derechos: Al facturador le corresponde recibir la documentación del paciente, carné que lo acredite como afiliado a una EPS, documento de identidad, y se debe realizar una llamada a la Entidad Promotora de Salud para solicitar la autorización respectiva del ente asegurador responsable del costo de hospitalización.

El facturador registra el nombre de la persona que autoriza con la fecha, hora y el número de autorización. El tiempo estipulado en ejecutar un ingreso es de 10 a 15 minutos si el paciente es nuevo y de 2 minutos si el paciente ha sido atendido previamente.

Una vez el personal médico define si el paciente tiene criterios de ingreso el médico diligencia la solicitud de orden de apoyo y se la entrega al facturador quien se encarga de enviar una copia a la EPS. Los gastos generados por procedimientos y consumos en urgencias se deben anexar a la historia clínica.

2. Ingreso del paciente a la UCI: El paciente ingresa a UCI y el facturador vuelve a tener contacto con el paciente hasta la hora de la salida.
3. Estadía del paciente en UCI: Durante la estadía a los pacientes se les realiza procedimientos, se hacen pedidos diarios de insumos y

medicamentos a la farmacia, los cuales se anotan en la hoja de consumos y procedimientos provistos para cada paciente. Los descargos en farmacia se realizan al finalizar el mes cuando se hace el inventario.

4. Cuando se da de alta al paciente se hace entrega de la historia clínica al facturador, la entrega se realiza de manera informal, y en la medida que el facturador las encuentra sobre el escritorio las va diligenciando.
5. El facturador genera la prefactura y se organiza en carpetas. La historia clínica con la prefactura contiene: número de historia clínica, número de ingreso, diagnóstico del paciente, cobro de procedimientos, excepto los medicamentos los cuales se generan por almacén.
6. El facturador envía la prefactura a auditoría quien se encarga de realizar el comparativo, el tiempo mínimo empleado en realizar la auditoría es 1 hora y el tiempo máximo es de 1 día para entregar la historia auditada. Los problemas o las inconsistencias presentes en las historias clínicas las intenta solucionar el auditor. Los problemas identificados con la facturación se relacionan con el subregistro del médico especialista, personal de Enfermería y Fisioterapia.
7. Una vez la historia es auditada el facturador corrige la prefactura y verifica medicamentos e insumos.

8. Cuando la historia clínica se encuentra completa se manda a fotocopiar para el archivo de la Unidad y la EPS.
9. La factura nuevamente pasa a auditoria para visto bueno.
10. El fólder se entrega al departamento de Estadística radicado por escrito.

Después de la entrevista sostenida con el personal encargado de facturar y auditar las cuentas de la UCI, se sabía que el 100% de las historias tenían subregistros y que se convertía en el principal problema identificado hasta el momento en la unidad y que la auditora debía invertir un tiempo importante en corregir estas deficiencias antes de emitir la factura definitiva. Al grupo de trabajo le surgieron nuevas inquietudes y se quiso investigar si además de los subregistros y la falta de soportes, existían otras razones asociadas a las glosas y que no hubieran sido establecidas, se pensó que las glosas pudieran estar relacionadas con los días de estancia, con la oportunidad de la factura, con el monto de la misma entre otras.

7. METODOLOGIA

7.1 TIPO DE ESTUDIO:

Estudio de caso administrativo retrospectivo del área de facturación en el periodo comprendido entre enero 01 y junio 30 de 2.006.

7.2 Plan de análisis estadístico: Se desarrollo el trabajo bajo los parámetros de estudios descriptivos para explorar la incidencia y el comportamiento de las variables estudiadas; La información fue recolectada de las bases de datos manejados por el área de facturación, cartera y sistemas de una UCI del sector privado de la ciudad de Popayán y se analizo a través del paquete estadístico SPSS 10.4.

Para el análisis integral del proceso de facturación de la UCI se tomaron se utilizaron variables nominales y se analizaron las frecuencias de las variables analizadas, se utilizaron variables de escala para el análisis de la media, la moda, la desviación estándar, la sumatoria por meses.

8. RESULTADOS Y ANALISIS

8.1 CARACTERIZAR LOS RESULTADOS DEL PROCESO DE FACTURACIÓN Y HOSPITALIZACIÓN.

Después de efectuar la revisión del total de las facturas (273) se identificaron 184 facturas cobradas efectivamente equivalentes al 67.3% del total y 89 facturas glosadas equivalentes al 32.6% independiente de los motivos que la generaron en el periodo enero a junio de 2006.

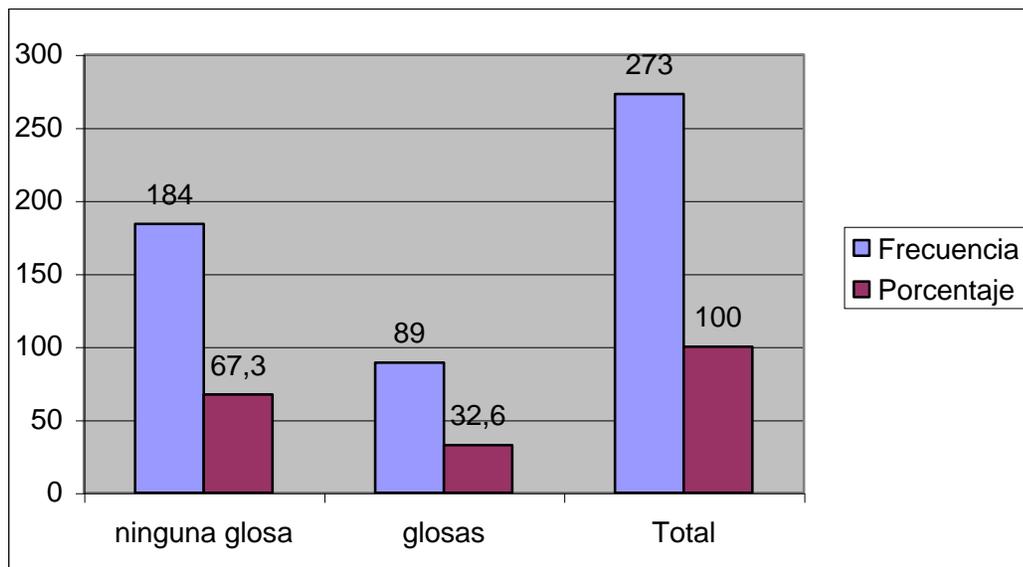


Fig. 1. Frecuencia y porcentaje de glosas.

8.2 DÍAS DE ESTANCIA

En el semestre de estudio se analizaron 273 pacientes hospitalizados, con 92 días la hospitalización máxima. El promedio de Hospitalización para el periodo fue de 7.2 días ($1DS_{\pm 10.5}$) y el total de días-cama utilizado fue de 1957. El mes que mas pacientes se atendió fue Abril con 53. El mes que mas promedio de días estancia tuvo fue Febrero con 8,3 y 367 días de ocupación y mayor ocupación de camas con un 117%. Los cálculos de estadísticos de las estancias en el periodo

analizado se ven claramente afectados por el rango máximo de 92 días, el cual se presentó en el mes de abril.

Tabla 1. Total días estancia en la UCI por mes y acumulado en el primer Semestre. 2006

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Semestre
N	42,0	44,0	41,0	53,0	51,0	42,0	273,0
Media	7,2	8,3	6,6	6,2	6,7	8,4	7,2
Desv. Típica.	6,7	13,9	8,9	13,3	7,6	10,2	10,5
Rango	25,0	71,0	38,0	91,0	41,0	40,0	92,0
Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Máximo	26,0	72,0	39,0	92,0	41,0	41,0	92,0
Suma	301,0	367,0	271,0	327,0	340,0	351,0	1.957,0
% Hospitalización	85,2%	117,0%	75,9%	93,8%	95,4%	104,5%	94,9%

8.3 EGRESO DE PACIENTES

El mes en que más se presentó egresos de pacientes fue durante el mes de abril con un 19,4%, mostrando además una homogeneidad durante los demás meses. Siendo el mes de marzo el de menores egresos con un 15% de pacientes por mes.

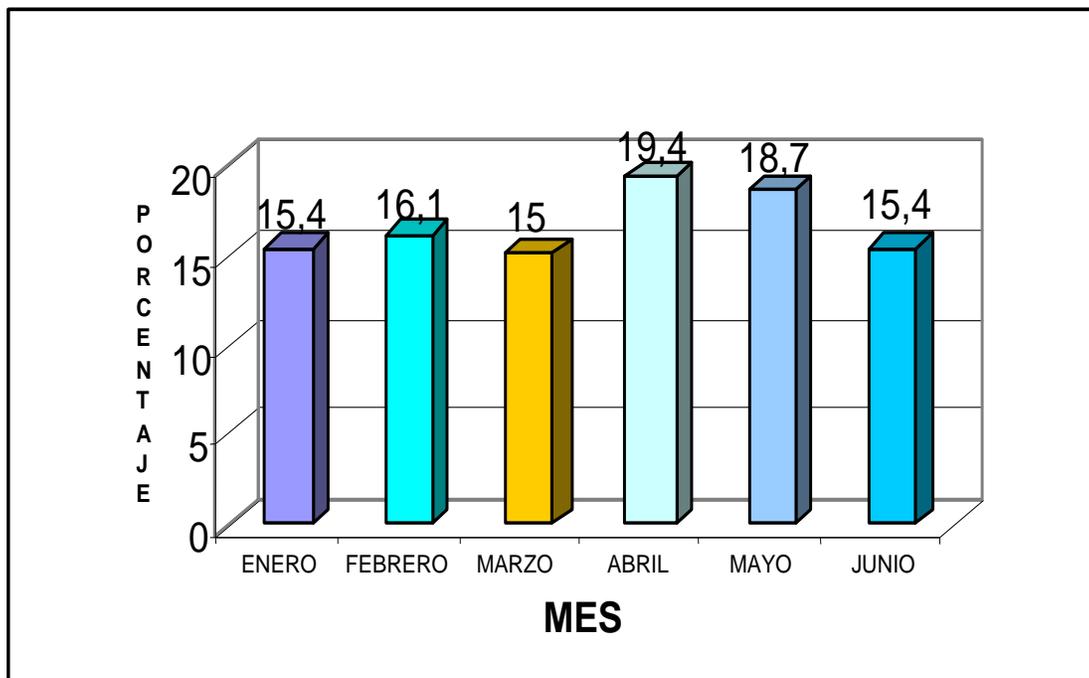


Figura 2. Porcentaje egresos de pacientes por mes

8.4 DIAGNÓSTICOS EN EL PRIMER PERIODO DEL 2006

En el periodo facturado se encuentra que los problemas cardiovasculares son la principal causa de ingreso a la UCI. Con un 34.07% de la población. Se encontraron que 39 diagnósticos son errados y corresponde al 14.29% del total de

facturas generadas en el periodo estudiado correspondiendo a patologías mal digitadas por parte del personal de facturación.

Tabla 2. Diagnósticos primer semestre 2006

	Frecuencia	Porcentaje
Problemas respiratorios	38	13.92
Problemas cardiovasculares	93	34.07
Problemas cerebro vasculares	16	5.86
Traumatismos	14	5.13
Infecciones	26	9.52
Intento suicida	8	2.93
Posquirúrgicos	21	7.69
Diagnostico errado	39	14.29
Otros	18	6.59
Total	273	100.00

8.5 VALOR TOTAL FACTURADO EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2006

El valor total facturado del periodo es de \$3.740.928.125. El promedio mensual por factura es de \$13.716.904. El mes de más alta facturación es abril con un total de \$705.460.415. La facturación más baja se presentó en el mes de junio con

\$470.560.859. La factura mas alta se consolidó en el mes de febrero por un valor de \$106.000.000.

Tabla 3. Acumulado en el primer semestre 2006

MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	SEMESTRE
Media	13,359,229	15,714,110	15,199,938	13,310,574	13,513,744	11,203,830	13,716,904
Desv. típ.	15,277,469	22,349,634	22,947,916	17,858,647	14,854,767	14,886,940	18,029,229
Mínimo	1,137,300	812,938	1,263,022	828,400	720,600	802,044	927,384
Máximo	80,006,335	106,000,000	95,467,982	75,316,510	72,799,267	80,278,779	84,978,146
Suma	561,087,623	691,420,850	623,197,445	705,460,415	689,200,933	470,560,859	623,488,021

9. CARACTERIZACION DEL MOTIVO DE GLOSAS

Se unificaron los valores de las facturas de acuerdo a su monto y los porcentajes de glosas fueron analizados y discutidos con la Gerencia de la Unidad de Cuidados Intensivos, estableciéndose: El porcentaje de glosa aceptable es hasta un 4%.

9.1 CARACTERIZACION

En promedio el 3.43% del valor total de las facturas fue glosado por diferentes razones. El principal motivo de glosa es la pertinencia médica con un 43% del total de las cuentas glosadas, seguido de la falta de soportes con un 24%.

(Ver Fig. N° 3)

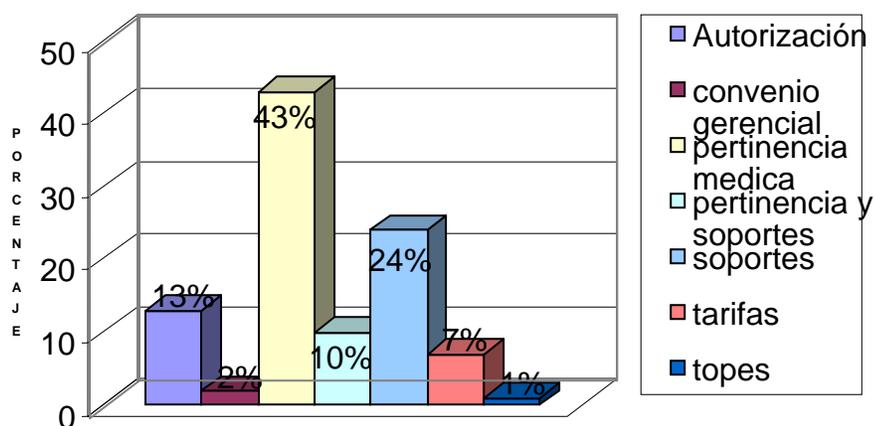


Figura 3. Motivo glosa

El análisis de medias demuestra que el porcentaje de glosas en el periodo se mantiene constante. Existe baja dispersión de los valores y por tanto mayor representatividad de la media de posición. Los valores facturados en el periodo se mantienen estables y no existen variaciones significativas. Lo anterior muestra que no existe una relación directa del valor de la factura con diagnósticos, estancias de los pacientes u otra variable.

9.2 GLOSAS ACEPTABLES Y GLOSAS INACEPTABLES

El 32.6% de las facturas del período fueron glosadas. El 20.81% representa glosas inaceptables y el 11.7% glosas aceptables- (Ver figura N° 4).

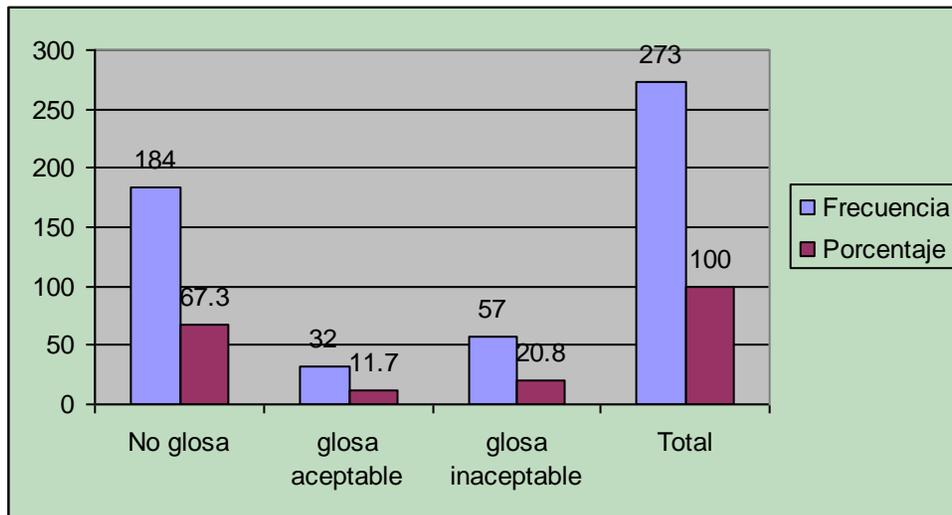


Fig Nº 4 Glosas aceptables e inaceptables primer semestre 2006

La desviación estándar demuestra que los datos se encuentran relativamente compactos alrededor de la media. El análisis de percentil demuestra menor dispersión y mayor representatividad de la media de posición. (Tabla 1-2)

9.3 RELACIÓN GLOSAS Y DIAGNÓSTICOS

El 38.2% % del total de glosas corresponde a problemas cardiovasculares, de los cuales el 15.7% tiene como causa principal la pertinencia medica y el 7.8% corresponde a falta de autorización. (Ver tabla Nº 4)

TABLA Nº 4 Principal diagnostico motivo de Glosa

Diagnostico		problemas cardiovasculares
Motivo glosa		
Autorización	Frecuencia	7
	Porcentaje	15.7%
pertinencia medica	Frecuencia	14
	Porcentaje	38,2%

9.4 VALOR DE GLOSAS Y ACUMULADO EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2006

El promedio de glosas del periodo es de \$470.698 por factura, el mayor valor glosado es de \$12.584.552 presentado en el mes de febrero. El valor total de glosas del periodo analizado es de \$128.598.353. (Ver tabla Nº 5)

TABLA N° 5 Valor Glosa del Periodo.

MES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	mayo	Junio	Semestre
Media	278,860	725,451	490,559	460,605	439,485	429,230	470,698
Desv. típ.	1,130,407	2,346,411	1,259,874	1,118,738	983,778	1,332,046	1,361,876
Máximo	6,967,757	12,584,552	6,394,147	5,112,048	5,047,855	7,119,334	7,204,282
Suma	11,712,126	31,919,825	20,112,925	24,412,089	22,413,742	18,027,646	128.598.353

10. OPORTUNIDAD

10.1 TOTAL DÍAS DE RETRASO PARA PRESENTAR LA FACTURACIÓN EN LA UCI POR MES Y ACUMULADO EN EL PRIME SEMESTRE DE 2006

El 85.7% de las facturas presentan un retraso en su consolidación luego del egreso del paciente, siendo los meses de abril y mayo en los que mas cuentas retrazadas se presentaron. Febrero posee la cuenta con mayor retraso del periodo con 88 días. No existen variaciones en valores de estancias prolongadas en relación con la media determinada. La oportunidad en la consolidación de la factura no es de más de un día luego del egreso del paciente.

TABLA N° 6 Acumulado retraso en la presentación de la factura

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Semestre
N	42,0	44,0	41,0	53,0	51,0	42,0	273,0
Media	14,1	17,5	12,9	12,2	9,6	7,4	12,3
Desv. típ.	10,7	15,2	10,7	8,2	7,0	5,8	10,4
Rango	37,0	88,0	55,0	35,0	27,0	19,0	88,0
Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Máximo	37,0	88,0	55,0	35,0	27,0	19,0	88,0
Suma	594,0	772,0	530,0	648,0	491,0	310,0	3.345,0
Relación DE/DR	2,0	2,1	2,0	2,0	1,4	0,9	1,7

Tabla N° 7 FACTURAS CON RETRASO

FRECUENCIA PORCENTAJE

SIN RETRASO	39	14,29
CON RETRASO	234	85,71
TOTAL	273	100

De las 273 cuentas se presentaron 234 con retraso 85.71% Ver Tabla Nº 7

10.2 COMPORTAMIENTO DE LOS DE DÍAS DE RETRASO DE LA FACTURACIÓN.

En la figura Nº 5 Se observa el comportamiento de los de días de retraso de la facturación.

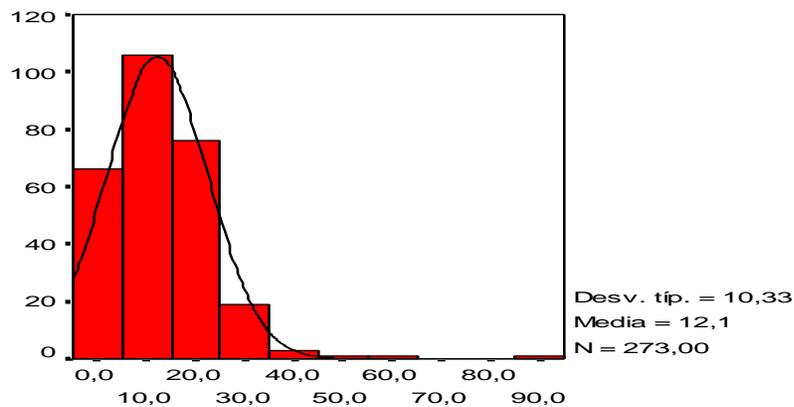


Figura 5. días de retraso

11. ANÁLISIS DEL PROCESO DE FACTURACIÓN

En el análisis de varianza de las medias de las glosas y total facturación generadas en cada mes y comparadas entre si, no se encontraron diferencias significativas mediante la prueba ANOVA ($p=0.629$ y 0.813 respectivamente) (Ver Tabla N° 8). Por lo que se demuestra que existe un factor estructural dentro de la organización de la UCI que permite la perpetuación de esta circunstancia, la cual debe ameritar una reingeniería del proceso.

TABLA 8 ANOVA

		GL	F	SIG.
TOTAL FACTURACION	INTER- GRUPOS	32	0.693	0.629
	INTRA- GRUPOS	240		
	TOTAL	272		
VALOR GLOSA	INTER- GRUPOS	32	0.4502	0.813
	INTRA- GRUPOS	240		
	TOTAL	272		

12. RECOMENDACIONES

1. Hacer una revisión del proceso estructural de facturación y auditoria pues debe realizarse un descargo diario de medicamentos por parte de farmacia, la historia debe ser entregada con el debido proceso de radicación para el control de la misma.
2. Suministrar la codificación de las patologías en sitios de fácil acceso al médico y al facturador para un correcto diligenciamiento de los registros de salida y evitar codificaciones erróneas.
3. Diligenciar obligatoriamente por el médico al egreso un formato con los datos exactos del paciente y su patología codificada con el fin de facilitar al facturador el proceso de sistematización de la información.
4. Establecer controles más estrictos en la verificación de la factura y los soportes para evitar que se generen glosas por documentación incompleta.
5. Solicitar a las empresas contratantes auditorias pertinentes para disminuir el porcentaje de glosas y agilizar el proceso de facturación.
6. Justificar adecuadamente las ayudas diagnósticas, medicamentos no pos y demás procedimientos con el fin de disminuir glosas.

7. Socializar los resultados del presente estudio con todos los empleados de la UCI con el fin de concientizar sobre las fallas detectadas y crear conjuntamente estrategias de mejoramiento.

BIBLIOGRAFIA

1. Leuro Martínez, Mauricio, Facturación y cartera por venta de servicios en salud, editorial Grupo Ecomedios, Bogota, Colombia, 2005.
2. Congreso de la Republica de Colombia. Seguridad Social integral. Ley 100 de 1993. editorial Supresiones y encuadernaciones Momo Editores. Bogotá, Colombia.
3. Ministerio de Salud. Resolución 5261 de agosto 4 de 1994.
4. Instituto de los Seguros Sociales. Facturación y cobranzas en servicios de salud; Manual practico; vicepresidencia financiera, gerencia Nacional de Gestión financiera, proyecto de descentralización financiera de clínicas, instituto de seguros sociales, 1999.
5. Ministerio de salud. Re-crear la prestación de los servicios de salud en las empresas del estado en el SGSSS; guías de capacitación y consulta. Dirección General para el desarrollo de servicios de salud. Ministerio de salud, Santa Fé de Bogotá; 1999.
6. Malagon Londoño, Gustavo Morera, Ricardo, Ponton Laverde, Gabriel. Administración Hospitalaria segunda edición. Editorial Medica Panamericana, Bogota – Colombia. 2000.
7. Revista Hospitalaria. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, numero 28. Art. Segundo estudio de Glosas. Editorial Medilegis, marzo – abril de 2003. Colombia.

8. Arredondo Pérez, Luís Gilberto. Planeación Estratégica en Hospitales en administración hospitalaria. Editorial medica panamericana. Bogota 1996.
9. Pardo Téllez F, Galán Morera Ricardo. Indicadores y estándares en la calidad de la atención en los servicios de salud y su aplicación en la auditoria Médica. Editorial Médica panamericana. Bogota 1999.