

**ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO DE LAS GLOSAS Y DEVOLUCIONES DE
LA FACTURACION PRESENTADA A LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS
DE PLANES DE BENEFICIOS COMO GESTION ADMINISTRATIVA DEL
PROCESO DE VENTA DE SERVICIOS EN LAS AREAS DE FACTURACION Y
AUDITORIA EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD (IPS) DE NIVEL
III EN LA CIUDAD DE POPAYÁN MAYO DE 2010**

**ANA MILENA VILLAQUIRAN MAPALLO
CRISTINA DE ANGELI ORDOÑEZ PLAZA**

**PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACION HOSPITALARIA**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
UNIVERSIDAD EAN
POPAYAN
2010**

ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO DE LAS GLOSAS Y DEVOLUCIONES DE LA FACTURACION PRESENTADA A LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS COMO GESTION ADMINISTRATIVA DEL PROCESO DE VENTA DE SERVICIOS EN LAS AREAS DE FACTURACION Y AUDITORIA EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD (IPS) DE NIVEL III EN LA CIUDAD DE POPAYÁN MAYO DE 2010

**ANA MILENA VILLAQUIRAN MAPALLO
CRISTINA DE ANGELI ORDOÑEZ PLAZA**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACION HOSPITALARIA**

ASESOR

**EDDY LORENA BRAVO ENRIQUEZ
MD – Coordinación Auditoria HUSJ**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
UNIVERSIDAD EAN
POPAYAN
2010**

NOTA DE ACEPTACION

**En cumplimiento de requisitos legales y
Reglamentarios se declara aprobado el siguiente
Trabajo.**

JURADO

JURADO

JURADO

Popayán, Junio de 2.010

Hacer parte de un equipo de trabajo enriquece a sus miembros cuando se hace con compromiso y optimismo, logrando el sinergismo capaz de traspasar barreras, por lo que ni el tiempo, ni la dificultad, los pueda detener, reconociendo así los límites y capacidades que les otorga el potencial necesario para triunfar.

Dedicamos este logro a todos aquellos que formaron parte del equipo de trabajo, (familiares, compañeros de estudio, de trabajo, asesor y docentes).

Los autores,

**ANA MILENA VILLAQUIRAN MAPALLO
CRISTINA DE ANGELI ORDOÑEZ**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	2
1. JUSTIFICACION	4
2. PROBLEMA	5
2.1 DEFINICION DEL PROBLEMA	5
2.2 MAGNITUD DEL PROBLEMA	5
2.3 ALCANCE DE LA INVESTIGACION	5
3. RESEÑA DE LA INSTITUCION	7
3. 1 PLATAFORMA FILOSOFICA DE LA INSTITUCION	8
4. OBJETIVOS	9
4.1 OBJETIVO GENERAL	9
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	9
5. MARCO REFERENCIAL	11
5.1 MARCO LEGAL	11
5.2 MARCO CONCEPTUAL	14
5.3 MARCO TEORICO	15
6. METODOLOGIA	18
6.1 TIPO DE ESTUDIO	18
6.2 POBLACION Y MUESTRA	18
6.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	18
6.3 DEFINICION DE VARIABLES:	18
6.4 METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	18
6.5 METODOS Y TECNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION	19
7. RESULTADOS Y ANALISIS	20
7.1. PROCESO ADMINISTRATIVO: CONTRATACION EAPBs	20
7.1.1 MODALIDAD CONTRACTUAL	20
7.1.2. PLANES DE SALUD Y TARIFAS CONVENIDAS	21

7.1.3 ESTADO CONTRACTUAL CON LA EAPBs	26
7.2. PROCESO ADMINISTRATIVO: RECEPCION Y TRAMITE DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES	28
PLAN DE MEJORAMIENTO	39
ARBOL DEL PROBLEMA	39
ESPINA DE PESCADO	40
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
9. BIBLIOGRAFIA	44

INTRODUCCION

Con el transcurrir de los tiempos los empresarios han manejado sus negocios trazándose sólo objetivos y metas delimitadas, que pudieron haber impedido ver más allá de las necesidades inmediatas de la empresa, es decir, generar planes a corto plazo; llevando a la organización tal vez a no alcanzar niveles óptimos de calidad y por lo tanto a obtener una baja rentabilidad en sus negocios.

Las empresas japonesas y sus respectivos grupos gerenciales refieren que el secreto de las compañías de mayor éxito en el mundo radica en poseer estándares de calidad altos tanto para sus productos como para sus empleados; donde la premisa de “control total de la calidad” es una doctrina que debe ser aplicada a todos los niveles jerárquicos en una organización, que lleva consigo un proceso de Mejoramiento Continuo. Este proceso permite concebir un horizonte más amplio, orientado siempre la excelencia y la innovación que llevará a las empresas y a su personal a aumentar su competitividad, disminuir los costos, orientando los esfuerzos a satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes tanto internos como externos.

Así mismo, este proceso busca empoderamiento de todos los empleados demostrándoles lo importante de la organización, llevándolos a conocer su empresa, generando empoderamiento en cada uno de los procesos a los cuales integran su quehacer, identificándose como verdaderos líderes de su organización, asegurando la participación de todos los empleados en el engranaje de los procesos de la cadena productiva, y para ello se requiere que el personal se concientice de la importancia de lograr los objetivos institucionales, pero para lograr estas metas, también es necesario hacer de estos equipos de trabajos portadores de información clara, precisa y concreta, evidenciando cada gestión con sus respectivos indicadores y con su seguimiento y control respectivo, llevando a garantizar la efectividad en los procesos, funciones, orientados hacia la calidad y según hallazgos se permita identificar oportunidades de mejora y resolución de problemas en el equipo de trabajo respectivo, lo anterior con el fin de desarrollar cada labor de los miembros del equipo permitiendo abrir las posibilidades de sucesivas mejoras y a la vez garantizar el cabal aprovechamiento del nuevo nivel de desempeño logrado por cada uno de los integrantes de la empresa y se logren los objetivos institucionales.

Por esta razón se decidió determinar la gestión en la institución de salud de alta complejidad con relación al proceso de venta de servicios en especial al subproceso de glosas y conciliaciones de los valores que el acreedor solicita claridad en algunos o todos los cobros y estos valores y conceptos pueden tener características de ser subsanables y por criterio del contratante no son subsanables, esta actividad hace parte integral de este proceso en las áreas de facturación y auditoría de cuentas permitiendo evaluar la gestión de este equipo de trabajo, en cuanto a la calidad en el proceso de facturación y auditoría interna

previa a radicación, la oportunidad en las respectivas respuestas y conciliaciones según requerimientos de la normatividad vigente, y considerando las causales de glosas y/o devoluciones notificadas poder generar en todo el equipo planes de mejora para disminuir el impacto negativo que tienen las glosas y devoluciones en el flujo de liquidez financiera como también en la imagen corporativa y confiabilidad externa con las entidades contratantes, el cliente-paciente y la comunidad en general que son de influencia institucional.

La obtención de información glosas y devoluciones del sistema de información empleado en la institución – DGH (Dinámica Gerencial Hospitalaria) se realizó entre el periodo de noviembre de 2009 y abril de 2010, configurando la base de datos, generación de tablas y graficas, que permita identificar donde existen oportunidades de mejora percibidas en el proceso de facturación y auditoria, logrando de esta manera definir y desarrollar estrategias instituciones para superar dichas falencias implementando procesos de evaluación permanente y continuo que lleven a la calidad del servicio al cliente interno como externo.

1. JUSTIFICACION

Se han encontrado y puesto en práctica una serie de técnicas y herramientas desde hace ya muchos años que en la actualidad son de vital importancia para el buen manejo de cualquier organización como es el mejoramiento continuo.

Esta herramienta permite renovar los procesos administrativos que la organización realiza, permitiendo a la empresa o institución estar en constante actualización; además, llevando a la organización a ser más eficiente y competitiva en el mercado empresarial, fortalezas que le facilitarían el sostenimiento en el mercado.

Para la aplicación del mejoramiento es necesario que en la organización exista una buena comunicación entre todos los órganos que la conforman, y también los empleados deben estar bien compenetrados con la organización, porque ellos pueden ofrecer información valiosa para llevar a cabo de forma óptima el proceso de mejoramiento continuo.

En la institución Prestadora de servicios de salud de alta complejidad se hace necesario evaluar el proceso de venta de servicios en especial en las áreas de facturación y auditoría y su gestión reflejadas en la notificación de glosas iniciales y el impacto de las mismas en el resultado de venta final y liquidez financiera institucional, permitiendo realizar un diagnóstico inicial para generar planes de mejora en los procesos ajustados a los requerimientos de la normatividad vigente direccionando las acciones a la optimización de la gestión del personal administrativo haciendo parte de la cadena de valor del Proceso de prestación de servicios en salud, si se tiene en cuenta que se ha observado pero no documentado y medido, falencias en producción que pueden ser objeto de mejoras como son: Calidad inadecuada de la producción, baja productividad que afecta directamente la oportunidad en la entrega de resultados, comunicaciones defectuosas, prolongado tiempo de aprendizaje e integración en el campo laboral, exceso de errores y desperdicios; otras probables causas de falencias en la gestión podría ser falta de cooperación y poco o ausencia de trabajo en equipo, errores en la ejecución de órdenes, entre otros.

2. PROBLEMA

2.1 DEFINICION DEL PROBLEMA

La Institución Prestadora de servicios de salud de alta complejidad actualmente está presentando fallas en oportunidad y efectividad en el proceso final del macroproceso de venta de servicios; es decir, en el cierre de venta de servicios como son: Ingresos abiertos sin facturar, facturas sin radicar, alto porcentaje de glosa inicial reportado por EAPB, no oportunidad en respuesta de glosas iniciales, entre otros que pueden afectar negativamente la recuperación oportuna de cartera, y por consiguiente la estabilidad económica de la institución.

2.2 MAGNITUD DEL PROBLEMA

Si bien es cierto que toda institución de salud debe centrar su esfuerzo en garantizar un servicio eficaz y eficiente y que la satisfacción del usuario es el objetivo final de dicho servicio es necesario realizar periódicamente evaluaciones, análisis, seguimiento y planes de mejoramiento continuos relacionados en el grado de satisfacción del cliente que permita racionalizar los objetivos de calidad de la IPS, los cuales deben estar orientados como respuesta a las expectativas y percepciones del cliente con respecto al servicio prestado; dado que en caso de no lograr un alto grado de satisfacción podrá verse comprometido el prestigio de la institución.

La IPS no ha realizado un ejercicio de seguimiento y control de gestión con indicadores de medición en el proceso de venta de servicios que permita orientar las actividades y definir planes de mejora según los resultados de los mismos.

2.3 ALCANCE DE LA INVESTIGACION

A partir del análisis de variables de los aspectos tangibles, de confiabilidad, sensibilidad, seguridad y empatía se busca identificar cuáles son las oportunidades de mejora en el proceso de venta de servicios que permitan garantizar calidad y oportunidad en la facturación y auditoría, y como se puede impactar positivamente la gestión de quienes son los clientes internos del proceso de venta de servicios específicamente las áreas de facturación y auditoría de la institución prestadora de servicios de salud de tercer y cuarto nivel de atención como también el personal asistencial los cuales son los proveedores del producto de entrada a los procesos de facturación y auditoría que mediante el diagnóstico de dichas falencias se genere un plan de acción de mejora en los factores negativos que actualmente están afectando el cierre del proceso de venta, que consiste en la

presentación de la facturación, y la recuperación de cartera con el fin de dar recomendaciones, para optimizar el proceso de venta de servicios en lo concerniente a dichas áreas, logrando un impacto en la calidad en cobro de la atención en salud prestada a los afiliados de las EAPB y por consiguiente generar una metodología para la evaluación, análisis y retroalimentación en forma continua de la medición de gestión del equipo de trabajo de facturación y auditora e implementar un apropiado conjunto de procesos que sean revisados continuamente en busca constante de la calidad del servicio al cliente interno como externo y permitiendo a mediano plazo ser un facilitador del proceso de acreditación y certificación en calidad de la institución.

3. RESEÑA DE LA INSTITUCION

La información de la presente reseña histórica se obtuvo mediante documentos facilitados en la Institución como el Manual de Calidad, periódico de la IPS, Manual de inducción entre otros.

En el año de 1999, nació la institución cuyo objeto era prestar servicios de salud a la comunidad del departamento del Cauca que estaba pasando por una crisis en salud por cierre de la IPS privada de nivel dos de complejidad y el probable cierre de la IPS pública de alta complejidad llevando a un deterioro en el proceso de atención en salud de esta comunidad y se hacía necesario y urgente crear una institución que ofreciera una alternativa en salud que disminuyera el impacto negativo de estos dos hechos en el bienestar de la población. A pesar de que era una naciente empresa, se debió realizar un esfuerzo en el mercado para posesionar la institución y ganar la confianza en la población caucana, debido a la imagen negativa y de desconfianza dejada por la IPS privada; esta institución aumento la capacidad en hospitalización de 10 camas a 60, adquiriendo mejor tecnología, llegando a abrir la unidad de cuidado intensivo neonatal (2004), en el año 2006 se dio la oportunidad de tener una unidad de cuidado adultos y pediátrico, y optimizando la tecnología en apoyos diagnósticos, aprovechando que la oferta de los servicios anteriormente mencionados eran insuficientes en la ciudad frente a los requerimientos de la región.

Teniendo en cuenta que la oferta de los servicios en salud de la región no eran acordes con las necesidades sentidas en la comunidad, se visionaba una infraestructura adecuada, ajustada a los requerimientos de la norma, con espacios confortables, se inicia una construcción bajo la concepción mas humana y personalizada para ofrecer al paciente, además de ciencia y tecnología, amplitud física y una excelente hotelería, la cual ya es una realidad donde varias áreas ya se han trasladado a las nuevas y confortables instalaciones en las que prima una atención con calidad y calidez humana.

Para el año 2007, esta institución prestadora de servicios de salud de tercer y cuarto nivel de atención lanza su nueva imagen corporativa buscando una identidad de marca que sea fuerte para lograr una buena posición en el mercado y una comunicación consistente en el tiempo, y hasta el momento ha tenido un incremento en el portafolio de servicios de salud que ha permitido a la comunidad caucana recibir servicios que anteriormente solo era posible acceder mediante remisión a otro departamento conllevando a situaciones difíciles, crisis familiares por desplazamiento, ausentismos laborales, y disminución del apoyo familiar y social por la distancia entre el lugar de origen del paciente y su lugar final de remisión. Hoy se evidencia que esta institución ha realizado una gran inversión tanto financiera como social que ha beneficiado notoriamente a toda la comunidad caucana como también a la población de departamentos aledaños como Huila, Putumayo, Nariño y Caquetá.

Dentro del crecimiento en el portafolio de servicios se cuenta con Alianzas estratégicas con instituciones especializadas en la atención a pacientes renales, prestación de servicios de hemodinámica, angiografía y cirugía cardiovascular, la cual hasta el momento ha tenido éxito y acogida tanto en entidades administradoras de planes de beneficios como por la comunidad en general que ven como una opción el garantizar una prestación de servicios de salud integral.

3. 1 PLATAFORMA FILOSOFICA DE LA INSTITUCION

Esta institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad tiene claramente definida una misión cuyo objetivo primordial es el compromiso con el cuidado y la recuperación de la salud de los usuarios, apreciando sus vidas; garantizando sus derechos y deberes, propiciando el desarrollo del conocimiento científico, la vocación de servicio, la docencia y la investigación en un ambiente adecuado con las características de innovación, tranquilidad, humanización y seguridad, generando la confianza requerida que la haga única en la región.

La visión institucional está orientada a ser en el 2011 una IPS reconocida por su liderazgo en la prestación de servicios de salud y desarrollo empresarial con cobertura regional, que proponga un nuevo concepto en la atención, respeto por el usuario y un referente importante nacional e internacional del ejercicio de la medicina con calidad, comprometidos con el desarrollo social y el cuidado por el medio ambiente.

Con relación a su política de Calidad: Esta institución busca lograr la satisfacción de sus clientes de manera integral, brindando servicios de salud que cumplan con las características de calidad y excedan sus expectativas, contando con personal competente, tecnología e infraestructura adecuada, desarrollando procesos de mejoramiento continuo conservando los valores de la empresa con el fin de agregar valor al entorno de influencia de dicha institución.

Con sus objetivos de Calidad busca garantizar la pertinencia médica en el tratamiento de la salud de nuestros usuarios, proveer los recursos necesarios y suficientes para la prestación de los servicios, generar una oferta de servicios que garantice la accesibilidad a los mismos, establecer procesos de atención que permitan resolver de manera oportuna las exigencias de los usuarios, garantizar la estabilidad económica del proyecto empresarial y las expectativas de los accionistas, generar un ambiente de trabajo que satisfaga las expectativas y mejore la productividad del cliente interno.

Los Valores institucionales definidos son el compromiso, la solidaridad, la calidez, la eficiencia y la honradez.

- **El Compromiso.** Con nuestra Institución el cual está basado en el sentido de pertenencia, actitud proactiva, criterio y responsabilidad con uno mismo y con la misión institucional.

- **La Solidaridad.** Entendida como la convivencia social dentro de nuestra empresa para servir con sentido humano y respeto a todos nuestros usuarios.
- **La Calidez.** Representada en el calor humano, buen trato y amabilidad, hacia nuestros usuarios.
- **La Eficiencia.** Considerada como el logro de los objetivos establecidos por nuestra institución teniendo la convicción de que todo lo realizado se hace de acuerdo con nuestros valores y conocimientos, utilizando los recursos de la mejor forma posible.
- **La Honradez.** Actuando siempre con la verdad hacia uno mismo y con nuestros usuarios

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Elaborar un diagnóstico situacional de la práctica actual del proceso de venta de servicios en especial de las áreas de facturación y de auditoría de cuentas de servicios de salud en la Clínica la Estancia S.A., que genere un plan de mejoramiento en búsqueda de optimizar los procesos y lograr estándares de calidad en los procesos administrativos que faciliten a la institución llegar a la acreditación y certificación institucional en calidad.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las personas o unidades de la organización que introducen, manejan o usan la información para realizar sus actividades y operaciones en función de los procedimientos de trabajo establecidos, específicamente el personal del área de facturación y auditoría.
- Determinar el nivel de cumplimiento y gestión del equipo de trabajo frente al proceso de venta de servicios en las áreas de facturación y auditoría desde el punto de vista de: resultados en las labores que se realizan en las áreas mencionadas.
- Definición de plan de mejoramiento según hallazgos encontrados de la información de glosas y devoluciones, respuestas y ajuste en la normatividad.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 MARCO LEGAL

- **Constitución Política de 1991:** “Los servicios de salud adquieren el carácter de servicio público donde prima el interés general, en el artículo 78 se establece que se regulará el control de la calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad y el artículo 366 se define que el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del estado siendo el objeto fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud”. Art. 49, establecer la políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

- **Ley 100 de 1993:** “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”.

- ✓ **Artículo 227** “se habla sobre el control y evaluación de la calidad del servicio de salud, donde se exige que los servicios sean brindados dentro de un contexto de calidad total realizando una evaluación constante de los mismos que lleven a tomar medidas correctivas y lograr en forma continua y permanente un servicio de excelente calidad.”
- ✓ **Artículo 153, numeral 9:** “Define reglas de prestación del servicio público de salud y mecanismos de evaluación de control de los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención, de acuerdo con los estándares aceptados según la práctica profesional.”
- ✓ **Artículo 185.-Instituciones prestadoras de servicios de salud.** “Son funciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley. Las instituciones prestadoras de servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre instituciones prestadoras de servicios de salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud. Para que una entidad pueda constituirse como institución prestadora de servicios

de salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud. PARAGRAFO.-Toda institución prestadora de servicios de salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen único de tarifas de que trata el artículo 241 de la presente ley, adoptar dicho sistema contable. Esta disposición deberá acatarse a más tardar al finalizar el primer año de vigencia de la presente ley. A partir de esta fecha será de obligatorio cumplimiento para contratar servicios con las entidades promotoras de salud o con las entidades territoriales, según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema”.

- **Decreto 1259 de 1994: Artículo 12, numeral 5:** “Creación de la Dirección general para el control del sistema de calidad.”
- **Resolución 5261 de 1994:** “Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el artículo 22 se define la calidad de la atención en salud y sus características.”
- **Decreto 2174 de 1996:** “Define el desarrollo obligatorio de un Sistema de Garantía de Calidad en la atención de salud con el objetivo de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios, específicamente el artículo 6.”
- **Decreto 4110 de 2004:** “Adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública: NTCGP 1000:2004 : Generalidades y requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad en los organismos, entidades y agentes obligados conforme al artículo 2 de la Ley 872/ 2003”.
- **Documento Conpes 3446 de 2006:** “Da lineamientos para el desarrollo de una política nacional de calidad.”
- **Ley 10 de 1990:** “Por el cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones, capítulo I, III.”
- **Ley 872 de 2003:** “Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la rama ejecutiva por el poder público y en otras entidades prestadoras de salud”.
- **NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC-ISO 9001.** “Sistemas de Gestión de la Calidad. Esta norma internacional especifica los requisitos para un sistema

de gestión de la calidad. El diseño y la implementación del sistema de gestión de la calidad de una organización están influenciados por diferentes necesidades, objetivos particulares, los productos suministrados, los procesos empleados y el tamaño y estructura e la organización. Esta norma internacional promueve la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora la eficacia de un sistema de gestión de la calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos. Para que una organización funcione de manera eficaz, tiene que identificar y gestionar numerosas actividades relacionadas entre sí”.

- **Ley 1122 de 2007:** “La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.
- **Decreto 4747 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”.
- **Resolución 3047/2008:** “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”.
- **Acuerdo 008/2009 CRES:** “Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado”.
- **Decreto 3260/ 2004:** 07/10/2004 “Por el cual se adoptan medidas para optimizar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”.
- **Decreto 2423/96:** “Manual tarifario SOAT”
- **Acuerdo 256/2000 – ISS:** “Manual tarifario ISS 2001”

- **Acuerdo 312/2004 – ISS:** “Manual tarifario ISS 2004”
- **Decreto 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 de los servicios de salud a la población del país”.
- **Acuerdo 011/2010 – CRES:** “Ampliación cobertura en el régimen de subsidiado – Atención integral a menores de 18 años”.

5.2 MARCO CONCEPTUAL

- **Manual único de glosas, devoluciones y respuestas:** El objetivo del Manual único de glosas, devoluciones y respuestas es estandarizar la denominación, codificación y aplicación de cada uno de los posibles motivos de glosas y devoluciones, así como de las respuestas que los prestadores de servicios de salud den a las mismas, de manera que se agilicen los procesos de auditoría y respuesta a las glosas.
- **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.
- **Devoluciones:** Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.
- **Autorización:** Es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.

- **Respuesta a glosas y devoluciones:** Se interpreta 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.

5.3 MARCO TEORICO.

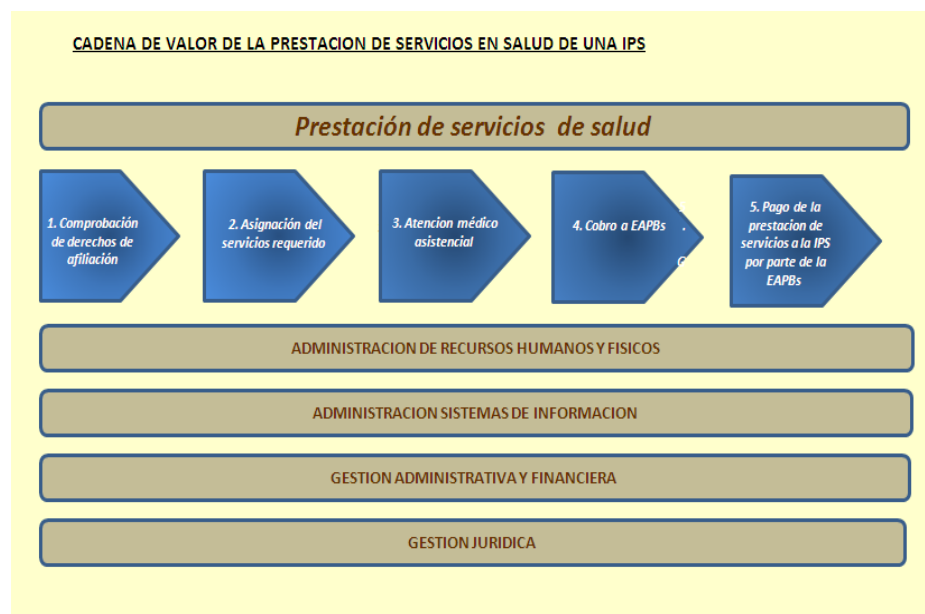
La auditoría de cuentas y revisión de procesos de facturación y recaudo en entidades se considera como un pilar importante en la eficiencia y control financiero, que hace necesario e imperativo contar con un mecanismo de auditoría en toda institución prestadora de salud que permita evaluar procesos, identificar fallas, mejorar debilidades y optimizar resultados que lleve a la IPS a lograr sus metas en gestión administrativa.

Existen varios problemas organizacionales en las instituciones prestadoras de servicios de salud del país, que consiste en el suministro de servicios y atención en salud por anticipado (modalidad contractual pago por evento – retrospectiva) y recaudar los pagos correspondientes aproximadamente 180 días después a pesar administradoras de planes de beneficios estipulan forma de pago ajustado a la normatividad vigente: Ley 1122/2007, artículo 13, literal d) “Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo 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”.

De continuarse esta situación, la mayoría de esas instituciones de salud pueden enfrentar el cese parcial o total de los servicios, dado que, en virtud del retraso en el recaudo de las cuentas por cobrar, hay incumplimientos de todo tipo con proveedores, acreedores, contratistas y empleados, y de esta manera disminuye la calidad de sus servicios. La administración financiera de toda IPS normalmente se ve obligada a recurrir al financiamiento externo con proveedores, acreedores y entidades financieras, lo que implica la disminución de la liquidez, el aumento del índice de endeudamiento y de los gastos por intereses, el deterioro de su rentabilidad y, en consecuencia, quedar al borde de la inviabilidad financiera, agravando peligrosamente el problema en salud del país.

El marco conceptual para describir una cadena de producción está dado por Lambert, Cooper y Pagh (1997), Spens y Bask (2002). Ellos sugieren que una cadena tiene dos aspectos principales: la estructura de la misma y los procesos de negocios que se dan en ella. La estructura está dada por dos tipos de miembros: primarios (los que participan directamente en la producción de bienes y prestación de servicios) y secundarios (los que prestan apoyo a los miembros primarios).

Para caracterizar a los miembros primarios se describe su actividad y los productos y servicios que ellos generan. Los miembros se encuentran insertados en diferentes eslabones de la cadena. Spens y Bask (2002, p. 76) recomiendan describir su estructura en tres dimensiones: la estructura horizontal, la estructura vertical y la posición horizontal. En el sentido horizontal una cadena está compuesta por capas sucesivas de proveedores y consumidores que se identifican a partir de las organizaciones focales (en este caso las IPS). Las capas se caracterizan desde el punto de vista de su función en la cadena.



Teniendo en cuenta esta cadena de valor se puede evidenciar que para cualquier institución prestadora de servicios de salud, las fallas en el sistema de facturación conlleva a que la factura de cobro por servicios prestados no se haga efectiva; es decir, que el cobro por servicios prestados se posterga por la devolución de la factura por parte de los actores del sistema categorizados como Entidades Administradores de Planes de Beneficios donde están las EPS del régimen contributivo, las EPS del régimen subsidiado, los entes territoriales municipales y departamentales, Entidades de regímenes especiales (fuerzas militares), Entidades de planes complementarios, entre otros. Al dilatarse el pago, el ingreso

se aplaza para períodos posteriores, generalmente 180 días después de prestado el servicio médico.

Obteniéndose un resultado final negativo en el ejercicio de la IPS del proceso misional que es el no contar con el dinero para cubrir el pago a proveedores de bienes y suministros, encareciéndose la financiación con proveedores y aumentándose los gastos financieros de la entidad, debido a los mayores niveles de endeudamiento. Todo lo anterior conlleva para toda institución prestadora de servicios de salud en detrimento en la atención de servicios de salud como tal, situación que erige un círculo vicioso que está conduciendo al sistema general de servicios de salud del país hacia un caos generalizado.

El problema de la calidad y oportunidad en el proceso de venta de servicios en especial en los subprocesos de facturación y auditoría de cuentas radica en la inexactitud e inoportunidad de la información suministrada por las áreas asistenciales al centro de facturación, como también se ha evidenciado fallas en comunicación de convenios o acuerdos de voluntades suscritos desde el subproceso de preventa: Mercadeo, contratación y área jurídica, dificultando la actualización del sistema de información, y retroalimentación del personal de estas dos áreas que permita cumplir con los resultados de efectividad, eficiencia, oportunidad y calidad en la facturación de los servicios de salud efectivamente prestados a los afiliados de las diversas Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

El proceso de facturación se inicia desde cuando el paciente entra a la IPS, cuando se ingresan datos de admisión al sistema como fecha y hora de entrada, nombre completo del paciente, verificación de derechos, prestación de servicios: exámenes de laboratorio practicados, suministro de medicinas, operaciones quirúrgicas realizadas, entre otros. Este conjunto de datos permite elaborar la factura de cobro de un paciente atendido por la IPS. Si alguno de esos datos es incorrecto, o si alguno de los soportes no se encuentra adjunto a la cuenta de cobro, la entidad administradora de planes de beneficios, glosa o devuelve la factura incorrecta o incompleta, que después de ser revisada y corregida es enviada de nuevo a la EAPB para continuar con el trámite de pago. Por tal motivo, la dilatación o el aplazamiento del pago representan déficit financiero para una entidad que cuenta con recursos financieros limitados para atender sus obligaciones a corto plazo.

En consecuencia, el proceso de facturación para estas entidades se constituye en la gestión administrativa y financiera más importante porque de ella depende su flujo de caja. Por tanto, todos los esfuerzos se deben orientar hacia la identificación del problema crítico, problema que es consecuencia de serias deficiencias en el proceso de información, aspecto que se erige como el "fractal" del Sistema de Seguridad Social en Salud.

6. METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo de cohorte transversal ya que proporciona información a partir de una observación hecha en una sola oportunidad y en un punto en el tiempo; es una fotografía instantánea de un problema dinámico.

6.2 POBLACION Y MUESTRA

La población y muestra fue el informe de glosas y devoluciones registradas en el sistema de información de la institución prestadora de servicios de salud, desde su recepción y registro en el software hasta el respectivo trámite desde el año que se inicio incipientemente la recepción y su trámite hasta el mes de abril de 2010 donde se han llevado a cabo ajustes y sensibilización del equipo de trabajo sobre la importancia del registro en sistema de información como fuente de documental y de retroalimentación en la revisión y análisis de la gestión del capital humano que actualmente hace parte integral del proceso de venta de servicios específicamente facturación, auditoría, y como personal del proceso misional institucional los coordinadores de áreas asistenciales, las secretarías clínicas.

La decisión de asumir desde el inicio del registro de glosas y trámite a partir del año de 2006 hasta abril de 2010, se hizo considerando que se busca que los funcionarios sean partícipes activos sobre el presente, que permita tomar conciencia y sensibilización del proceso de mejoramiento continuo y por lo tanto se espera con la información obtenida retroalimentar a esta población empresarial llevándolos a generar planes de mejoramiento para optimizar la labor que se desempeña y se logre la oportunidad en cada una de las mismas con calidad.

6.2.1 Criterios de inclusión.

Todo registro reportado en el sistema de información de dinámica gerencial hospitalaria en el módulo de glosas: Recepción y trámite de las mismas desde el inicio año 2006 de manera deficiente en el registro hasta abril de 2010.

6.3 DEFINICION DE VARIABLES:

Las variables a evaluar son de escala con medición nominal y numérica, y se evaluaron variables administrativas como fecha de recepción de glosas, fecha de trámite de glosas, entidad contratante notificadora de glosas, valor de glosa reportada, valor aceptado de glosa, entre otras.

6.4 METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:

La información se obtiene de fuentes directas a través de información de archivo

plano en Excel del sistema de información en el modulo de cartera, recepción y tramite de glosas con corte al 30 de abril de 2010.

6.5 METODOS Y TECNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION:

Para el procesamiento y análisis de la información se emplea software Excel 2007 como paquete estadístico. Previa codificación de los datos obtenidos desde el archivo plano del sistema de información de DGH, conversión de algunas variables, tablas dinámicas, graficas, actividad que estuvo a cargo del grupo investigador, y se aplican a dichos datos pruebas de frecuencia por rangos de características de gestión administrativa evaluados.

Se presentan tablas y graficas de frecuencias y porcentajes en la base de datos obtenidas en el archivo plano de Excel; así como también al cruce de las variables con la evaluación general del proceso.

7. RESULTADOS Y ANALISIS

7.1. PROCESO ADMINISTRATIVO: CONTRATACION EAPBs

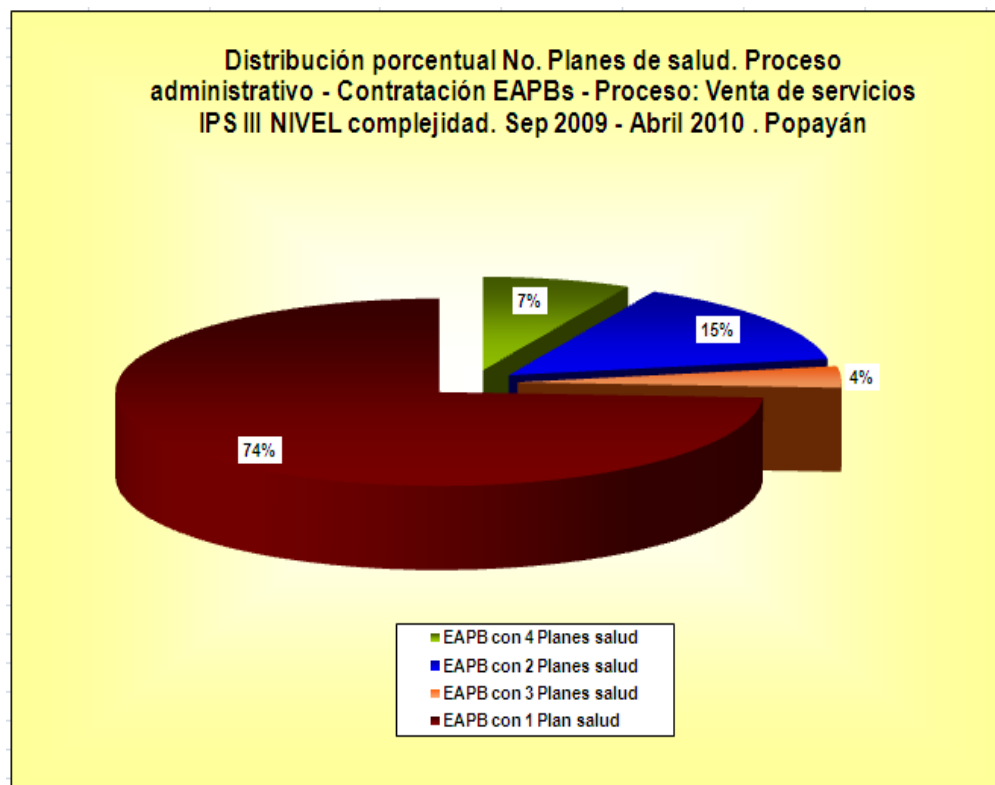
Para la revisión de la información relacionada con el proceso de contratación con las EAPBs se tuvo como fuente de la misma los archivos documentales de las carpetas en físico de las entidades, estas carpetas se encuentran en el área de Jurídica, complementando la información con la coordinación de dicha área.

7.1.1 MODALIDAD CONTRACTUAL:

En la IPS de alta complejidad se tiene que la modalidad contractual para la prestación de servicios de salud con las entidades administradoras de beneficios integrantes del Sistema General de Seguridad Social de Salud es por evento en el 100 % de estas entidades, actualmente se cuenta con el total de los servicios habilitados y ofertados a cuarenta y ocho (48) entidades, y solo atención inicial de urgencias para eventos de clasificación triage 1 y 2 a cinco (5) entidades que tienen el contrato vencido y que no se ha iniciado trámite de negociación.

Realmente se tiene 78 planes de salud a los que la Clínica presta servicios, dado que existen Entidades contratantes que tienen unidades de negocio y coberturas diferentes, se cuenta con cuatro (4) EAPBs con cuatro (4) unidades de negocios distribuidas en: Medicina Prepagada, seguros de vida, riesgos profesionales y accidentes de tránsito; dos (2) EAPBs con tres (3) unidades de negocios: seguros de vida, riesgos profesionales y accidentes de tránsito; nueve (9) entidades con dos (2) unidades de negocios: EPS contributivo, EPS subsidiado, Medicina prepagada, seguros de vida y/o riesgos profesionales; y treinta y ocho con solo una (1) unidad de negocio, la distribución porcentual equivale a 7 %, 4 %, 15 % y 74 % respectivamente como se observa en la figura No. 1.

Figura No. 1. Distribución porcentual No. Planes de salud. Proceso administrativo – Contratación EAPBs - Proceso: Venta de servicios de IPS III nivel de atención, alto nivel de complejidad. Septiembre 2009 – Abril 2010. Popayán

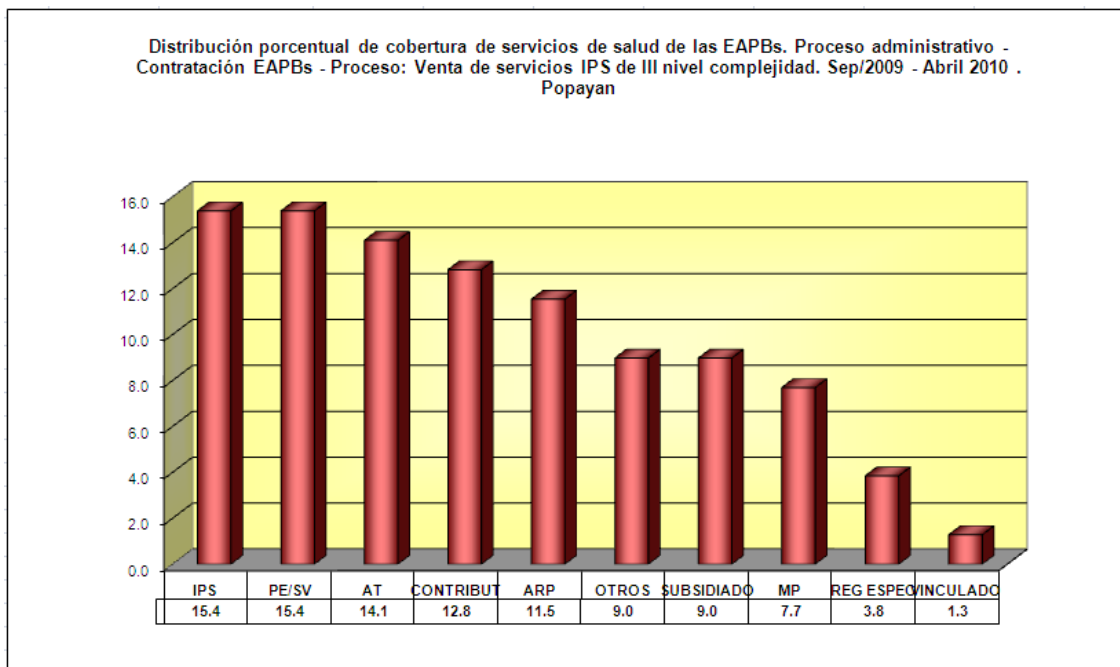


7.1.2. PLANES DE SALUD Y TARIFAS CONVENIDAS

Para el proceso de venta de servicios se hace necesario y es imprescindible la información relacionada con el proceso administrativo de contratación, como también los servicios ofertados y contratados con relación específica de las tarifas de cada uno de ellos, con esta información se debe reportar en el sistema de información todo el compendio contractual con sus especificidades para evitar al máximo fallas en la información de objeciones, glosas y por lo tanto se puede afectar el flujo, liquidez y rentabilidad tanto financiera como social.

La entidad tiene contratos de prestación de servicios de salud a diversas entidades administradoras de planes de beneficios, como también a instituciones prestadoras de servicios de salud por el desarrollo tecnológico y capacidad instalada de la clínica.

Figura No. 2. Distribución porcentual de cobertura de servicios de salud de las EAPBs. Proceso administrativo – Contratación EAPBs - Proceso: Venta de servicios de la IPS III nivel de atención, alto nivel de complejidad. Septiembre 2009 – Abril 2010. Popayán



La clínica oferta y las EAPB contratan los servicios habilitados para garantizar la prestación de estos en población asignada a dicha institución, el 15.4 % de los contratos suscritos por la clínica corresponden a IPS contratantes como también a Aseguradoras de vida con planes de beneficios con pólizas estudiantiles y seguros de vida personales, seguidos las aseguradoras de vida con cobertura para accidentes de tránsito (14.1%), entidades promotoras de servicios de salud del régimen contributivo (12.8 %), entidades de cobertura de riesgos profesionales (11.5%) y los demás contratos corresponden a régimen subsidiado (9 %), Medicina prepagada (7.7 %), régimen especial (3.8 %), población pobre no cubierta por subsidio (1.3 %) y otros (9 %) (Ver figura No. 2).

Teniendo en cuenta lo anterior se realizó una tabla explicativa de las tarifas convenidas con las EAPB, identificando cuantas tienen variabilidad en los servicios contratados con relación a los planes de beneficios que cada una de las EAPBs ofertan a sus afiliados, encontrándose los siguientes resultados según se observa en la tabla de datos No.1.

Tabla datos No.1. Tarifas, Variabilidad intracontractual y planes de servicios. Proceso administrativo – Contratación EAPBs - Proceso: Venta de servicios de la IPS III nivel de atención, alto nivel de complejidad. Septiembre 2009 – Abril 2010. Popayán.

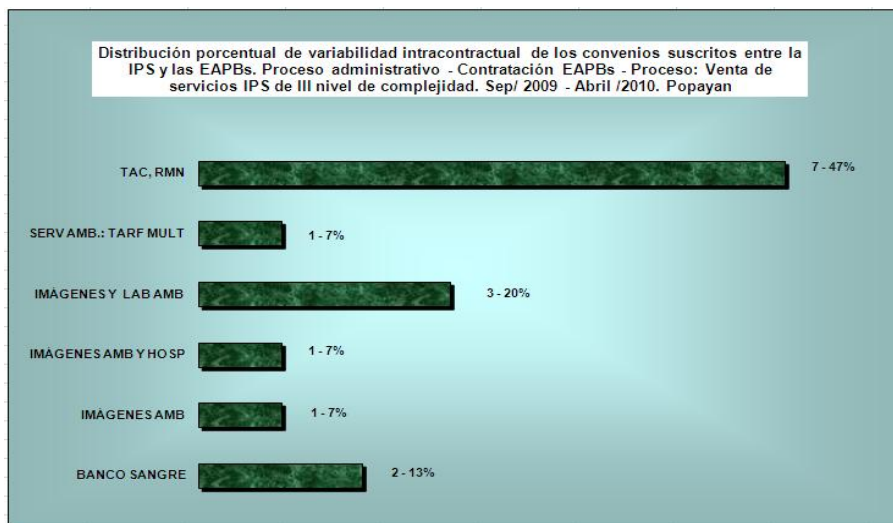
TARIFA	MODALIDAD	Ref	PLANES DE SALUD DE LAS EAPBs										TOTAL		
			ARP	AT	C	I	MP	O	PE/SV	RE	S	V			
ESPECIAL	CONTRATO	MULTIPLE	No.				1								1
			%				33.3								
	UNICO	No.				1			1						2
		%				33.3			33.3						66.7
	Total	No.				2			1						3
		%				66.7			33.3						100.0
ISS 2001	CONTRATO	MULTIPLE	No.			2									2
			%			50.0									50.0
	UNICO	No.			1						1				2
		%			25.0						25.0				50.0
	Total	No.			3						1				4
		%			75.0						25.0				100.0
SOAT VIG	CONTRATO	MULTIPLE	No.			4	2	2			2	1	1		12
			%			5.6	2.8	2.8			2.8	1.4	1.4		16.9
	UNICO	No.	9	11	3	8	4	6	12			6			59
		%	12.7	15.5	4.2	11.3	5.6	8.5	16.9			8.5			83.1
	Total	No.	9	11	7	10	6	6	12	2	7	1			71
		%	12.7	15.5	9.9	14.1	8.5	8.5	16.9	2.8	9.9	1.4			100.0

Del 100 % de los contratos establecidos con las EAPBs, se encuentra que tres (3) entidades contratantes (IPS y otros) tienen convenio a tarifas especiales de las cuales el 66.7 % no presentan variabilidad intracontractual, y el 33.3 % tiene múltiples tarifas dentro del mismo contrato; solo tres entidades del régimen contributivo y una del régimen especial suscribieron convenios con el manual tarifario ISS 2001 donde el 50 % presenta múltiples tarifas intracontractuales y el otro 50 % no hay variabilidad interna; y para convenios con entidades aplicando el decreto 2423/96 vigente en el momento de la prestación del servicio setenta y un (71) entidades contratantes se acogieron a dicho manual, el 16.9 % de ellas tienen tarifas diferentes dentro del mismo contrato para servicios específicos y el 83.1% tienen como base única tarifaria el decreto.

Esta variabilidad intracontractual está relacionada con ofertas institucionales sobre servicios específicos como son: imágenes diagnósticas que en ocasiones se oferta

todo el paquete a ISS 2001 pleno o con algún incremento o descuento sobre dicho valor el cual puede afectar no solo el servicio ambulatorio sino también el servicio de internación, de igual manera los servicios relacionados con laboratorio clínico con tarifas a ISS 2001 con o sin incremento o descuento porcentual sobre dicho valor, y otros servicios como se puede observar en la figura No. 4, donde se evidencia que 63 convenios suscritos no presentan dicha variabilidad, pero del 100 % de los contratos que poseen esta complejidad contractual el 47 % (7) de los convenios tienen TAC y RMN tanto para el servicio de hospitalización y ambulatorio a ISS 2001 con o sin incremento; el 20 % (3) tienen como convenio diferencia tarifaria en imágenes diagnósticas y laboratorio clínico a ISS 2001 con o sin incremento o disminución, el 13 % (2) tienen como reporte aclaratorio que los valores del servicio de Banco de sangre es a SOAT vigente (decreto 2423/96), y tres entidades tienen convenio con diferencia tarifaria en los servicios de imágenes diagnósticas tanto ambulatorias como hospitalarias (1 – 7 %), imágenes diagnósticas ambulatorias (1-7 %) y servicios ambulatorios con tarifas múltiples (1 – 7%).

Figura No. 3. Distribución porcentual de variabilidad intracontractual de los convenios suscritos entre la IPS y las EAPBs. Proceso administrativo – Contratación EAPBs - Proceso: Venta de servicios de IPS III nivel de atención, alto nivel de complejidad. Septiembre 2009 – Abril 2010. Popayán



Con relación al manual tarifario de base para suscribir entre de IPS III nivel de atención, alto nivel de complejidad y las entidades administradoras de planes de beneficios, 91 % de las entidades tienen como base tarifaria el decreto 2423/96, vigente, el 5.1% al ISS 2001 y el 3.8 % a tarifas especiales (específicas y exclusivas), pero el 79 % de las EAPB tienen tarifa plena para cualquiera de los manuales tarifarios y el 12 % sobre la tarifa base tiene un descuento entre el 10 y 19 % y el 9 % tienen un incremento sobre la base tarifaria convenida (manual tarifario) (Ver Tabla de datos No. 2) .

Tabla datos No 2. Tarifas e incrementos o descuentos en dichas tarifas contractualmente. Proceso administrativo - Contratación EAPBs - Proceso: Venta de servicios de IPS III nivel de atención, alto nivel de complejidad. Septiembre 2009 – Abril 2010. Popayán.

INCREM/DESC	TARIFAS			
	ESPECIAL	ISS 2001	SOAT VIG	TOTAL
SIN CAMBIOS	2	0	60	62
DISM.10-19 %	0	0	9	9
INCREM 10-26%	1	4	2	7
TOTAL	3	4	71	78

Para ser específico en cuanto a los descuentos e incrementos presentados en el contrato de las EAPB, se tiene que 60 entidades tiene contrato con manual tarifario decreto 2423/ 96 vigente a tarifa plena, y 9 entidades con dicho manual con un descuento que oscila entre el 10 y el 19 % sobre la tarifa, y solo dos con un incremento sobre la tarifa entre el 10 y el 26 % para un total de 71 entidades con tarifa de base decreto 2423/96; cuatro EAPB con base tarifaria ISS 2001 con un incremento entre el 10 y el 26 % y tres entidades con tarifas especiales, dos sin modificación interna en el contrato y una entidad con un collage de tarifas entre valores especiales, ISS 2001 con incrementos, ISS 2004 (IPS contratante: Nueva IPS-Popayán) quien solo contrata algunos servicios ambulatorios y no el total del portafolio que la clínica oferta (Ver tabla No. 2).

Del total de las entidades contratantes con los respectivos planes de beneficios como cobertura en salud que ellos garantizan, se tiene que el 93.6 % contratan con la Clínica La Estancia el 100 % de los servicios habilitados y el 6.4 % restante solo algunos servicios ambulatorios especialmente los de imágenes diagnosticas y laboratorio clínico; adicionalmente es importante considerar que setenta y cinco (75) de las entidades tienen convenio de procedimientos quirúrgico por evento y el 3.8 % tienen algunas intervenciones quirúrgicas por paquetes, los cuales difieren entre si, la inclusión o exclusión de servicios entre contratantes, así como también las tarifas por paquete.

Esta heterogeneidad en los servicios contratados y el requerimiento del manejo de la información de cada una de las especificidades de los mismos contratos es una de las causas que estén relacionadas con el proceso de venta de servicios en el porcentaje de objeciones y glosas de la institución dado que puede generar confusión en los conceptos en el talento humano que labora en las áreas que interactúan con el proceso, fallas en la parametrización del sistema de información, entre otras consecuencias.

7.1.3 ESTADO CONTRACTUAL CON LA EAPBs

Al acceder a las carpetas de archivo físico de los contratos suscritos entre la de IPS III nivel de atención, alto nivel de complejidad y las EAPBs, se encontraron contratos vencidos, con vigencia por prórroga automática de años en ocasiones mayor de 5 años de vencida la primera vigencia, contratos vigentes, entidades sin contratación, o con ofertas de convenio sin firmar contrato.

De estas entidades, se tiene que el 24 % de los contratos que tienen prórroga automática indefinida por igual periodo (1 año), con la primera vigencia correspondiente al año 2003 es de una entidad que corresponde al 5 %; con primera vigencia al año 2005 corresponde al 47 % y con primera vigencia al año 2007 también el 47 % del total de las EAPBs con prórroga automática (ver tabla datos No. 3).

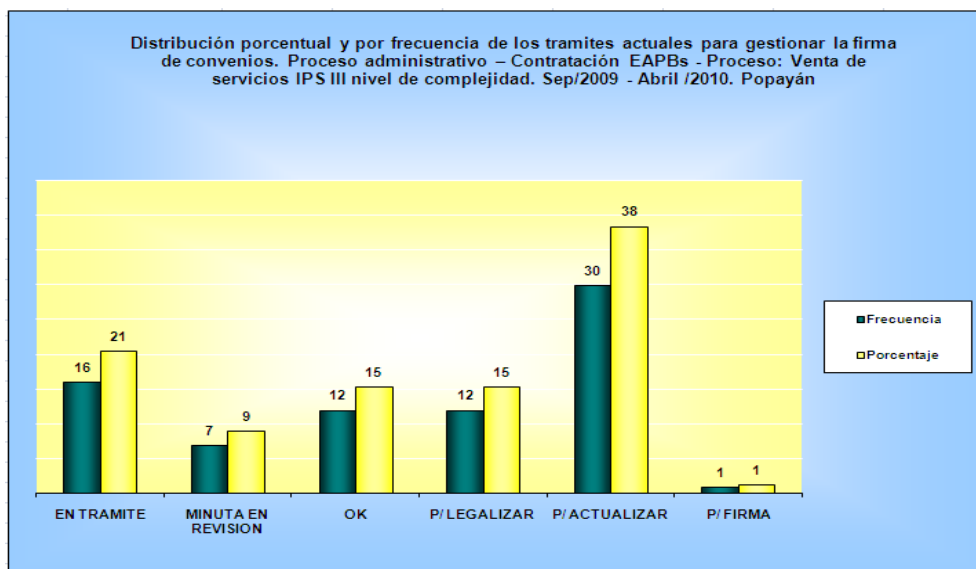
Para las EAPBs que tienen el contrato vencido pero que se les continúa prestando servicios ya sea por atención inicial de urgencias, o por ofertas tarifarias sin terminar el trámite de negociaciones y firma del contrato actual se tiene una entidad que corresponde a Riesgos profesionales cuyo contrato está vencido desde 2003, entidad actualmente en el mercado activo; con contratación vencida desde el año 2007 se encuentran cuatro entidades con planes de beneficios relacionados con: dos entidades del régimen contributivo, uno de medicina prepagada y uno del régimen subsidiado; y los vencidos desde el año 2008 son veintiún (21) entidades distribuidas entre IPS contratantes cinco (5); cuatro (4) entidades con coberturas relacionadas con régimen subsidiado; para los planes relacionados con otras coberturas son tres (3) entidades: dos (2) con plan de medicina prepagada y regímenes especiales cada una, una entidad (1) para cada uno de los planes: riesgos profesionales, contributivo, accidentes de tránsito, vinculado (en el momento de la revisión), seguros de vida/pólizas estudiantiles. (Ver tabla No 3).

Tabla datos No 3. Estado contractual y año de firma del contrato. Proceso administrativo - Contratación EAPBs - Proceso: Venta de servicios de IPS III nivel de atención, alto nivel de complejidad. Septiembre 2009 – Abril 2010. Popayán.

ESTADO	AÑO CONTRATO						TOTAL
	2003	2005	2007	2008	2009	NO AÑO	
SIN CONTRATO	0	0	0	0	0	19	19
VENCIDO	1	0	4	21	0	0	26
PRORROG AUT	1	9	9	0	0	0	19
VIGENTE	0	0	0	0	14	0	14
TOTAL	2	9	13	21	14	19	78

Con relación a las gestiones que el área jurídica ha adelantado y/o tiene como definido en su plan de trabajo se tiene que con las entidades que tienen vencidos los términos contractuales en vigencia se realizara acercamientos buscando actualizar el convenio o en algunos casos concretar la firma del convenio dado que ya se ha adelantado tramites de contratación, lo mismo sucede con las entidades que actualmente no tienen contrato o que presentan prorrogas automáticas de años lejanos con el fin de actualizar o legalizar la contratación de prestación de servicios de salud. En los hallazgos es importante tener en cuenta que se tiene en estado de contratación “Vigente” el contrato de prestación de servicios para una Aseguradora de seguros con los planes de beneficios de Seguros de vida y pólizas estudiantiles, con la categoría de pendiente por legalizar dado que tiene como fecha de vencimiento en el mes próximo. (Ver figura No. 4).

Figura No. 4. Distribución por frecuencia de los trámites actuales para gestionar la firma de convenios. Proceso administrativo – Contratación EAPBs - Proceso: Venta de servicios de IPS III nivel de atención, alto nivel de complejidad. Septiembre 2009 – Abril 2010. Popayán.



ANALISIS DEL PROCESO CONTRACTUAL CON RELACION A SU INFLUENCIA EN FACTURACION, AUDITORIA Y LAS RESPECTIVAS GLOSAS Y DEVOLUCIONES DE LA FACTURACION.

Como es evidente que existe una gran numero de contratantes que han suscrito contratos de prestación de servicios en algún periodo, en donde algunos tiene prorrogas automáticas, las cuales se hace necesario que dichas minutas contractuales sean revisadas y actualizados los convenios debido a la fluctuación constante de normatividad en el sistema general de seguridad social en salud que llevan consigo algunas clausulas o paragrafiados de dichos acuerdos no ajustadas

y generan ambigüedad en la interpretación del mismo entre los dos actores siendo este un probable causal de glosas y devoluciones de las facturas que lleva tiempo dirimir y llegar a unificar conceptos para realizar un ejercicio equitativo entre los mismos. Adicional a lo anterior se hace necesario e importante actualizar los contratos a la normatividad vigente, debido a la constante variabilidad en SGSSS y su reglamentación.

Adicional se puede argumentar que la variabilidad intracontractual de los acuerdos de voluntades suscritos con las diversas entidades administradoras de planes de beneficios genera confusión en interpretación, unificación de tarifas, manejo individual de cada contrato y cada servicio según sea ambulatorio u hospitalario, que hace que el capital humano considerando la cantidad de entidades contratantes no puedan asimilar totalmente dicha información y al realizar el proceso de facturación y auditoria se aumente el margen de error, también esta combinación híbrida en el mismo convenio de manuales tarifarios dificultan la aplicabilidad eficaz, efectiva y eficiente al proceso de facturación y auditoria como también la respectiva parametrización de los contratos en el sistema de información, si se tiene en cuenta que dicha parametrización la debe realizar el área de facturación.

Como se está prestado servicios de salud a entidades que no tiene legalizado y firmado el acuerdo de voluntades respectivos, la EAPB asume la posición preponderante e imponente frente a la IPS por ser quien tiene la administración del recurso financiero de la prestación de servicios donde dicha entidad impone al final sus propios criterios de reconocimiento de cobros, tarifas y protocolos o guías de manejo clínico, que conlleva a glosas probablemente no subsanables o justificables por no tener claro las reglas de juego entre los dos actores donde se ha evidenciado claramente que las EAPB abusan de su posición en el Sistema General de Seguridad Social de Salud del país donde por ser ellos los administradores y tenedores del recurso financiero exigiendo condiciones de negociación que la IPS por requerir el recurso y liquidez para el sostenimiento de la institución en el mercado aceptan llevando en detrimento y sometimiento de este actor del sistema, situación también permitida por el Estado dado que el SGSSS ha reconocido mediante su normatividad la intermediación de las EAPB y el recurso que debería ser para la prestación de servicios es restringido por estas entidades para su propia rentabilidad, esto también está sucediendo por el no cumplimiento de parte del Estado con las entidades encargadas de realizar el respectivo seguimiento, control, supervisión y vigilancia, donde tanto el Ministerio de la Protección Social como la Superintendencia de Salud, y los entes territoriales que deben desarrollar su rol de control de gestión, no la han ejercido de la manera más apropiada, justa y pertinente.

7.2. PROCESO ADMINISTRATIVO: RECEPCION Y TRAMITE DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES.

En la IPS de alto nivel de complejidad a pesar que desde su creación en el año

1999, las entidades contratantes siempre han estado realizando la respectiva notificación de glosa inicial y esta institución ha adelantado la respectiva respuesta y tramite de las mismas a cada una de las EAPB que hubiesen hecho dicha notificación, fue solo a partir de 2006 que se inicio incipientemente el registro respectivo de la recepción de la glosa en el sistema de información el cual siempre ha sido Dinámica Gerencial Hospitalaria, aunque para los años 2006, 2007, 2008 y 2009 no se llevo a cabo el registro del 100 % de dichas recepciones, llevando a una deficiencia en información con fuente veraz, lo que no permitió realizar un seguimiento y control de gestión adecuado, oportuno y confiable de la información y por consiguiente no definir acciones de mejora, complicando aun las fallas de comunicación tanto en las áreas administrativas y asistenciales con efectos negativos que no permitió que el personal administrativo, médico y científico comprendiera la importancia de su desempeño frente al proceso de facturación, así como las implicaciones financieras para la entidad.

Tabla No. 4. Distribución por frecuencia de año de recepción y año de factura-
Proceso: Venta de servicios de IPS III nivel de atención, alto nivel de complejidad.
Con corte Mayo 2010. Popayán.

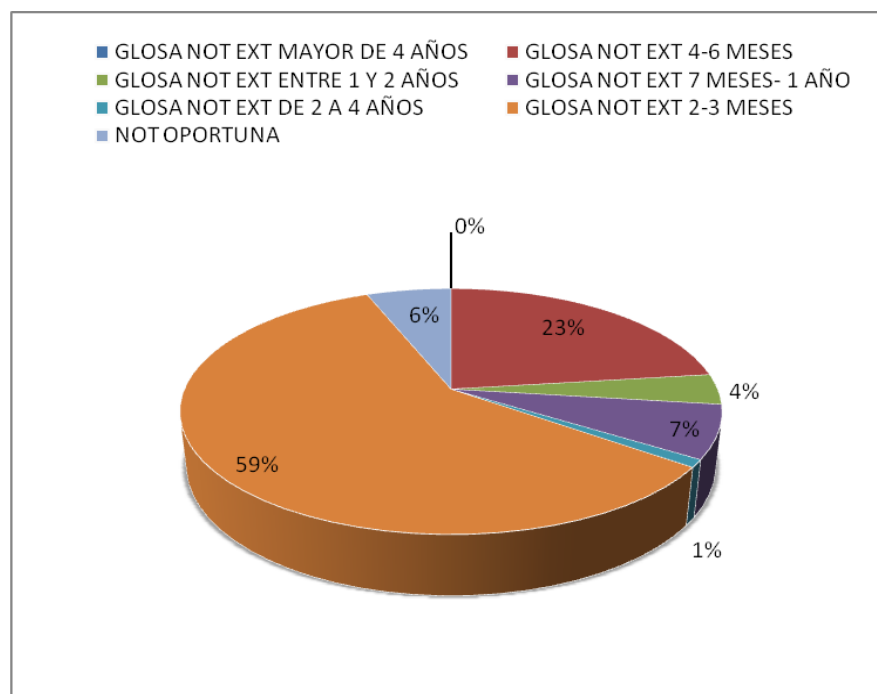
año recep	AÑO FACT	\$ GLOSA	\$ ACEPTA IPS	% glosa	% acepta
2006	2005	1.432.943	0	0,30	0,00
	2006	481.037.748	98.615.407	99,70	20,50
Total 2006		482.470.691	98.615.407	3,44	20,44
2007	2005	1.628.882	1.628.882	1,36	100,00
	2006	40.101.356	38.805.181	33,48	96,77
	2007	78.032.880	75.643.048	65,16	96,94
Total 2007		119.763.118	116.077.111	0,85	96,92
2008	2006	243.730	157.500	0,01	64,62
	2007	185.735.369	69.008.961	10,86	37,15
	2008	1.524.123.730	288.452.388	89,12	18,93
Total 2008		1.710.102.829	357.618.849	12,21	20,91
2009	2004	3.018.866	0	0,04	0,00
	2005	4.038.072	755.008	0,05	18,70
	2006	16.778.941	4.958.420	0,22	29,55
	2007	100.082.913	20.040.080	1,29	20,02
	2008	1.977.924.294	205.761.028	25,43	10,40
	2009	5.674.682.522	534.178.765	72,97	9,41
Total 2009		7.776.525.609	765.693.301	55,51	9,85
2010	2005	861.310	62.400	0,02	7,24
	2006	1.155.350	0	0,03	0,00
	2007	4.126.919	1.805.798	0,11	43,76
	2008	89.449.085	4.211.488	2,28	4,71
	2009	2.617.775.064	413.744.865	66,76	15,81
	2010	1.207.546.143	64.251.382	30,80	5,32
Total 2010		3.920.913.871	484.075.933	27,99	12,35
Total general		14.009.776.118	1.822.080.602	100,00	13,01

Esta desinformación veraz se demuestra en la tabla 4. Donde se evidencia que solo se registra un porcentaje muy mínimo con relación al valor total de glosa recepcionada desde el inicio del registro en el año 2006 de manera incipiente hasta el corte a mayo de 2010, con relación a la efectividad en la glosa de las EAPB con un 20,44 %. Para el año 2007, del total de glosa recepcionada en el sistema de información hasta la fecha de corte le corresponde el 0,85 %, pero llama la atención que el % de efectividad de glosa de la EAPB es del 96,4 %, esta situación se debió a que por directrices de la coordinación de auditoría quien tenía a su cargo el personal técnico de glosas definió que solo se debía registrar las facturas que en el proceso de respuesta y conciliación con las EAPB fueran aceptadas por la IPS, quedando un subregistro bastante alto no permitiendo tener información clara sobre la cantidad y valor de glosa inicial y el número y valor de glosa aceptada que no permitió obtener datos de gestión del proceso sobre las glosas no justificadas que lleva consigo el desgaste institucional para argumentar que el cobro es válido y que la EAPB emplea argumentos para diferir en el tiempo la oportunidad en el pago viéndose afectada la IPS en el flujo y liquidez financiera que efectivamente se vio reflejada en esta institución, teniendo que llegar a mora en el pago a proveedores, cliente interno, y una crisis financiera que solo para mediados del año 2009 fue nivelada. Para el año 2008 se tiene un 12,21 % aproximadamente sobre el valor total al corte de glosa recepcionada, y un % de 20,91 de aceptación, continua el subregistro de las glosas recepcionadas en el sistema de información dado que el personal que se tenía para la recepción y trámite de las mismas había sufrido alta rotabilidad y cuya curva de aprendizaje fue perdida en algunos momentos, donde el personal que quedó trató de llevar dicho registro. En el año 2009 solo para el último trimestre se empezó a sensibilizar al personal sobre la importancia del registro como fuente de información para toma de decisiones como para análisis de carga laboral, procesos contractuales, interrelación con áreas de procesos misionales y procesos administrativos, donde se puede evidenciar que se tuvo un incremento correspondiente al 55,51 % de glosa inicial recepcionada con el corte del informe (mayo 2010) y un 9,85 % de aceptación con relación a la glosa inicial recepcionada en todo el 2009, y para el 2010 desde enero a mayo se tiene una glosa inicial recepcionada del total del 27 % aproximadamente y con 12,35 % de aceptación, con este dato del 2010, se puede ver que se está haciendo una gestión importante en captar y registrar en el sistema de información la mayoría de las glosas, aunque aún persisten algunos funcionarios que no se han alineado llevando consigo una pérdida de información de glosas y devoluciones iniciales proyectada de aproximadamente un 5 %.

De esta tabla también se puede evidenciar que las EAPB no se han ajustado a los tiempos de notificación de glosa o devolución inicial que ha sido definida por normatividad vigente de 30 días post radicación de la factura y se puede ver que entre el año 2009 y 2010 se ha intensificado al captación de la información de este concepto, las EAPB están notificando glosas extemporáneas con ventas de servicios de salud de 2004 al 2008.

En la figura No. 5, se evidencia que solo un pequeño porcentaje de las glosas notificadas por las EAPB están ajustadas a la oportunidad en tiempo según normatividad vigente el cual corresponde al 6 %, y el 59 % de las glosas están siendo notificadas extemporáneamente entre el segundo y el tercer mes posterior a la radicación, seguido de glosa extemporánea, con un 23%, entre el 4 y 6 mes post radicación a la EAPB, el 7% con una extemporaneidad de notificación de glosa entre 7 meses y un año post radicación de la factura a la EAPB, el 4% entre 1 y 2 años respectivamente, un 0,6 % corresponde a glosas extremadamente extemporáneas superando los dos años a cinco años post radicación de la factura a la EAPB.

Figura No. 5. Distribución por frecuencia de notificación de glosa EAPBs post radicación de la factura- Proceso: Venta de servicios de IPS III nivel de atención, alto nivel de complejidad. Mayo 2010. Popayán.



Esta falta de oportunidad en la notificación de la glosa por parte de las EAPB a pesar que este proceso está definido tanto en la normatividad vigente como en las minutas contractuales en aquellas EAPBs que tiene el contrato vigente, no está siendo acatado por estas, solo a partir del año 2010 se ha empezado a exigir el pago de intereses de mora por no pago de valores radicados y que no han sido notificadas glosas al vencimiento de los términos definidos por la ley. La mora y no oportunidad del proceso de conciliación de las glosas hacen que la recuperación

de cartera llegue a tiempos excesivamente prolongados que oscilan entre los 180 días y en ocasiones hasta dos o tres años con algunas EAPB que buscar por cualquier medio dilatar los procesos de conciliación, y al llevarse a cabo la conciliación se toman de dos a 6 meses en pagar los valores justificados por la IPS, llevando consigo al detrimento financiero de la institución.

Ahora, si bien es cierto que se tiene claramente identificada la no oportunidad en la notificación de las glosas por parte de las EAPB, es válido revisar la oportunidad de respuesta de glosas por parte de la IPS, para que pueda dicha institución exigir cumplimiento de tiempos a su contratante, en la tabla 5, se evidencia que del 100 % de las glosas recepcionadas con corte a mayo 2010, el 86,77 % ha sido tramitada en el sistema de información DGH, y el 13,23 % no ha sido aun tramitada, del cual el 63,67 % están ya vencidos los términos de respuesta según normatividad vigente, y el 36,33 % estaba vigente.

Tabla No. 5. Oportunidad en respuesta de glosa recepcionada por la IPS-
Proceso: Venta de servicios de IPS III nivel de atención, alto nivel de complejidad.
Con corte Mayo 2010. Popayán.

Gestion	VIGENCIA	RESPONSABLE	CONCEPTOS					
			\$ glosa recep	% GLOSA	\$ glosa aceptada IPS	% ACEPT	\$ JUSTIFICADO ips - tram	%
Sin tramitar	EXTEMPO RANEO	AUD ALTA COMPLEJIDAD	493.396.070	26,62				
		AUD MEDIANA COMPLEJIDAD	337.438.756	18,20				
		FACTURACION - AUTORIZACION	208.078.325	11,22				
		NEONATOLOGIA	141.388.958	7,63				
		Total EXTEMPORANEO	1.180.302.109	63,67				
	VIGENTE	AUD ALTA COMPLEJIDAD	420.235.522	22,67				
		AUD MEDIANA COMPLEJIDAD	242.302.408	13,07				
		NEONATOLOGIA	10.946.041	0,59				
		Total VIGENTE	673.483.971	36,33				
	Total Sin tramitar			1.853.786.080	13,23			
Tramitada	tramite en DGH		12.155.990.038		1.822.080.602	14,99	10.333.909.437	85,01
	Total tramite en DGH		12.155.990.038		1.822.080.602		10.333.909.437	
Total Tramitada			12.155.990.038	86,77	1.822.080.602		10.333.909.437	
Total general			14.009.776.118		1.822.080.602		10.333.909.437	

Esta situación de no cumplimiento de los tiempos en respuesta de glosa por parte

del personal de auditoría de la institución hace que esta se encuentre en una posición no adecuada para exigir cumplimiento a las EAPB de la notificación, si esta misma no puede demostrar gestión y oportunidad de la actividad que es responsabilidad de la institución, esta situación también es aprovechada por la EAPB donde evidencian y argumentan que el no ajuste a los tiempos por parte de la IPS es un punto débil, también dichas entidades van a realizar sus respectivas exigencias de ajustes a la no respuesta sobre todo en las entidades Aseguradoras, regímenes especiales que no les cubre la ley 1122/2007, el decreto 4747/2007 y resolución 3074/2008, y cuya normatividad si permite definir vencimiento de términos los cuales oscilan entre los diez y veinte días pos recepción de la notificación de glosa por parte de las entidades anteriormente mencionadas, por lo que la IPS debe en ocasiones tomar una posición permisiva en aras de no perder la oportunidad de recuperar los valores que son justificables y permitir la extemporaneidad en la notificación de la glosa por parte de la EAPB.

Es de vital importancia analizar tanto la gestión de la EAPB con el porcentaje de efectividad de glosa de la EAPB, la cual en los años 2006, 2007, 2008, 2009 tienen un subregistro por lo anteriormente mencionado.

En el año 2007 se tiene un resultado especial, este se debe a una dirección de solo registro de las facturas que tenían valores aceptados, ha ido con tendencia a la disminución, dado que para el 2006 y 2008 estaba en aproximadamente un 20 % y para el año 2009 bajo a 9,85 %.

Tabla No. 6. Porcentaje de efectividad de glosa por la EAPB, y Porcentaje de recuperación en respuesta y conciliación de glosas recepcionada por la IPS- Proceso: Venta de servicios de IPS III nivel de atención, alto nivel de complejidad. Con corte Mayo 2010. Popayán.

año recep	% DE EFECTIVIDAD DE GLOSA POR LA EAPB Y % RECUPERACION EN RESPUESTA Y CONCILIACION DE GLOSAS						
	Factura glosada - valor facturado	\$ glosa recep	\$ GLOSA aceptada	\$ JUSTIFICADO ips - tram	% Efect glosa EAPB	% glosa aceptacion según valor facturacion	% Recuperacion en respuesta y conciliacion glosas
2006	1.130.601.643	482.470.691	98.615.407	383.855.284	20,44	8,72	91,28
2007	124.482.169	119.763.118	116.077.111	3.686.007	96,92	93,25	6,75
2008	4.085.416.317	1.710.102.829	357.618.849	1.334.801.314	20,91	8,75	91,25
2009	19.470.543.572	7.776.525.609	765.693.301	6.496.896.018	9,85	3,93	96,07
2010	10.826.711.979	3.920.913.871	484.075.933	2.114.670.814	12,35	4,47	95,53
Total gen	35.637.755.680	14.009.776.118	1.822.080.602	10.333.909.437	13,01	5,11	94,89

Para el año 2010, se evidencia un incremento en comparación con el 2009 de un 3 %, el cual está relacionado con las glosas de diferencias tarifarias por cambio de año y dificultades en parametrización de dichos ajustes como convenios gerenciales no notificados al cliente interno oportunamente llevando consigo una sobrefacturación por desconocimiento de esta información, o por contratación con aplicación retroactiva de dos o tres meses anteriores a la comunicación del contrato al cliente interno.

Los servicios de las unidades de cuidado intensivo e intermedio han tenido un porcentaje importante en las glosas recepcionadas según informe obtenido del sistema de información DGH, con un porcentaje total del 34,77%, con un incremento del 50 % en comparación con los años 2006, 2007 y 2008 (18,98%, 9,92% y 17,69 % respectivamente) para los años 2009 y lo transcurrido en el 2010 (39,01 % y 36,5 % respectivamente), seguido de un nuevo servicio que se implemento en el año 2008 con un 17,34 % y de hospitalización general que siempre ha estado vigente y con un importante aporte de glosas del 17 %.

Tabla No. 7. Distribución por servicios y año de glosas recepcionadas por la IPS
Proceso: Venta de servicios de IPS III nivel de atención, alto nivel de complejidad.
Con corte Mayo 2010. Popayán.

SERVICIO	AÑO RECEPCION DE GLOSAS											
	2.006	%	2.007	%	2.008	%	2.009	%	2.010	%	Total general	%
AUDIFARMA		0,00		0,00		0,00	1.969.245	0,03	1.822.410	0,05	3.791.655	0,03
CIRUGIA	3.032.532	0,63	2.824.543	2,36	131.755.818	7,70	649.812.404	8,36	331.964.656	8,47	1.119.389.953	7,99
CONSULTA EXT	35.800	0,01	711.903	0,59	136.692.763	7,99	345.840.848	4,45	63.844.567	1,63	547.125.881	3,91
FACT	81.566.311	16,91	10.804.467	9,02	163.205.815	9,54	390.876.073	5,03	131.005.654	3,34	777.458.320	5,55
HOSPITALIZA CION	179.992.783	37,31	57.846.058	48,30	273.992.704	16,02	1.082.667.862	13,92	786.971.732	20,07	2.381.471.139	17,00
IMAGENES AMB	2.560.891	0,53	568.630	0,47	87.622.224	5,12	150.597.206	1,94	96.723.030	2,47	338.071.980	2,41
INTERVENTO RIA		0,00	908.204	0,76	4.258.937	0,25	16.712.373	0,21	65.881.300	1,68	87.760.814	0,63
LABORATORI O AMB	4.538.591	0,94	745.400	0,62	5.102.420	0,30	8.866.227	0,11	2.061.571	0,05	21.314.209	0,15
NEONATOS	77.382.679	16,04	9.349.903	7,81	16.552.240	0,97	216.467.235	2,78	179.669.758	4,58	499.421.815	3,56
SOAT		0,00		0,00	26.600	0,00	7.253.063	0,09	818.680	0,02	8.098.343	0,06
UCE		0,00		0,00	252.855.029	14,79	1.470.606.659	18,91	705.332.418	17,99	2.428.794.106	17,34
UCI-UCIN	91.590.085	18,98	11.883.864	9,92	302.530.723	17,69	3.033.336.185	39,01	1.431.217.713	36,50	4.870.558.571	34,77
URGENCIAS	41.771.019	8,66	24.120.146	20,14	335.507.557	19,62	401.520.229	5,16	123.600.382	3,15	926.519.333	6,61
Total general	482.470.691	100,00	119.763.118	100,00	1.710.102.829	100,00	7.776.525.609	100,00	3.920.913.871	100,00	14.009.776.118	100,00
% AÑOS	3,44		0,85		12,21		55,51		27,99		100,00	

Estos porcentajes tan altos y sobre todo en las unidades de alta complejidad se deben a intereses financieros, estos son servicios de relevancia para toda EAPB y

considerando que estos son de recobro al reaseguro por cobertura de alto costo, se puede deber a falta de algunos soportes o autorizaciones que son necesarios para el respectivo reconocimiento del valor facturado, dado que dicha documentación las EAPB que tienen recobros deben allegar dichos soportes para la aseguradora de alto costo, como también algunos eventos tienen la característica de recobros por ser de obligatoria prestación y reconocimiento por parte de la EABP ya que están antecedidos por tutelas, comités técnico científicos, que hacen que cualquier faltante en documentación genere glosas y devoluciones totales o parciales de las facturas de dichos servicios exigiendo complementación documental o aclaraciones medicas de atención.

En la tabla No. 8, se obtiene información importante sobre el concepto de glosas que han sido argumentados por las EAPB en la notificación de la glosa respectiva, ante del 1 de agosto de 2009, los conceptos de glosas eran no unificados y la IPS debía ajustar dichos conceptos y el proceso de conciliación y aclaración de los mismos a los lineamientos definidos por cada contratante, dado que como no existía normatividad que permitiera unificar dicha información, y la caracterización de la misma, cada uno de los actores del sistema hablaban de conceptos probablemente similares, pero la codificación y conceptualización de los mismos diferían en su aplicabilidad y resolución, para este estudio los conceptos anteriores a la fecha en mención se homologaron a lo definido y estipulado en la resolución 3047/2008 en el anexo técnico 6: Manual de glosas, devoluciones y respuesta de las mismas, donde claramente ya identifica seis conceptos generales de glosa y muchos específicos identificados los generales con el primer dígito del 1 al 6 y los específicos del 01 al 99, para este caso solo se manejaron los conceptos generales y algún concepto que no fue posible encasillarlo en los definidos por la normatividad vigente.

El mayor porcentaje de concepto de glosa notificada por las EAPB en general corresponde al 34 % por Facturación, entendiéndose según la normatividad vigente a glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.

La segunda causa de glosa es del 17 % aproximadamente por Devoluciones, identifica esta como una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, falta de soportes

para el recobro por CTC, tutela, ATEP y servicio ya cancelado. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal.

Tabla No. 8. Distribución por servicios y concepto de glosas recepcionada por la IPS Proceso: Venta de servicios de IPS III nivel de atención, alto nivel de complejidad. Con corte Mayo 2010. Popayán.

SERVICIO ESPECIFICO	\$ GLOSA	\$ ACEPTA IPS	% acept/glosa	% acep xserv	CONCEPTOS DE GLOSAS ACEPTADAS POR SERVICIOS 2006 - 2010 (MAYO)							
					Acta conciliacion	%	Acuerdo gerencial	%	Autorizaciones	%	Cobertura	%
AUDIFARMA	3.619.615	54.415	1,50	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00
CIRUGIA	1.005.982.344	143.456.595	14,26	6,95	1.570.607	2,91	12.250.936	19,08	10.678.255	6,34	203.000	0,51
CONSULTA EXT	583.612.778	90.548.622	15,52	4,39	3.493.695	6,48	5.775.506	8,99	1.364.956	0,81	409.346	1,02
FACT CENTRAL	702.043.426	177.390.143	25,27	8,59	13.061.756	24,24	695.111	1,08	20.849.708	12,38	788.843	1,96
HOSPIT BLOQUE A	1.080.482.810	183.195.203	16,95	8,87	415.764	0,77	14.878.362	23,17	2.640.583	1,57	14.184.266	35,33
HOSPITALIZACION GENERAL	345.949.111	136.607.433	39,49	6,62	1.859.042	3,45	0	0,00	31.782.665	18,87	807.639	2,01
IMAGENES AMB	378.647.674	128.389.115	33,91	6,22	118.280	0,22	9.626.473	14,99	1.938.841	1,15	1.460.200	3,64
INTERVENTORIA	86.266.243	9.364.433	10,86	0,45	1.662.733	3,09	653.200	1,02		0,00		0,00
LABORATORIO AMB	25.226.106	13.657.396	54,14	0,66	68.996	0,13		0,00	314.140	0,19	0	0,00
MATERNO INF	701.999.007	154.343.249	21,99	7,47	3.894.114	7,23	311.347	0,48	16.636.868	9,88	392.167	0,98
NEONATOS	312.158.233	27.750.886	8,89	1,34	3.071.024	5,70	1.400	0,00	1.886.782	1,12		0,00
UCE	2.367.399.849	341.758.948	14,44	16,55	1.153.208	2,14	8.458.096	13,17	4.967.366	2,95	4.287.996	10,68
UCI-UCIN	4.336.479.918	415.947.228	9,59	20,14	14.413.277	26,75	8.892.134	13,85	31.480.603	18,69	12.701.117	31,63
URGENCIAS	911.249.087	198.179.533	21,75	9,60	8.870.359	16,46	1.388.240	2,16	40.823.061	24,23	3.117.888	7,77
URGENCIAS GINECOLOGIA	163.468.544	44.304.378	27,10	2,15	237.143	0,44	1.288.240	2,01	3.104.010	1,84	1.800.382	4,48
Total general	13.004.584.745	2.064.947.577	15,88	100,00	53.889.998	100,00	64.219.045	100,00	168.467.838	100,00	40.152.844	100,00
% conceptos		15,88			2,61		3,11		8,16		1,94	

La tercera causa de glosa corresponde al concepto general de Tarifas con un 14,77%, entendiéndose dicho concepto de glosa como todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.

Seguidas por el concepto de soportes (13,35 %) y autorizaciones (8,16 %), donde el concepto de soportes implica todas aquellas glosas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles, y el concepto de autorizaciones aplica cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse

establecido comunicación con la entidad responsable del pago, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la presente resolución.

SERVICIO ESPECIFICO	CONCEPTOS DE GLOSAS ACEPTADAS POR SERVICIOS 2006 - 2010 (MAYO)											
	Devoluciones	%	Facturacion	%	Sin audit ext	%	Pertinencia	%	Soportes	%	Tarifas	%
AUDIFARMA	39.810	0,01		0,00		0,00		0,00	14.605	0,01		0,00
CIRUGIA	37.457.692	10,15	14.562.184	2,07	0	0,00	2.752.961	3,26	18.261.871	6,63	45.719.090	14,99
CONSULTA EXT	22.274.256	6,04	24.917.691	3,55	0	0,00	1.249.724	1,48	18.280.130	6,63	12.783.318	4,19
FACT CENTRAL	3.278.871	0,89	70.968.678	10,10	0	0,00	4.101.906	4,85	32.375.344	11,75	31.269.926	10,25
HOSPIT BLOQUE A	51.981.486	14,09	33.016.392	4,70		0,00	5.412.765	6,40	39.046.170	14,17	21.619.415	7,09
HOSPITALIZACION GENERAL	1.281.966	0,35	96.110.449	13,68	0	0,00	442.772	0,52	2.007.207	0,73	2.315.693	0,76
IMAGENES AMB	44.930.587	12,18	43.519.463	6,19	0	0,00	263.692	0,31	9.744.532	3,54	16.787.047	5,50
INTERVENTORIA	0	0,00	2.910.386	0,41		0,00	0	0,00	2.574.000	0,93	1.564.114	0,51
LABORATORIO AMB	5.743.415	1,56	1.698.215	0,24		0,00	481.199	0,57	3.549.360	1,29	1.802.071	0,59
MATERN0 INF	9.914.308	2,69	54.468.504	7,75		0,00	3.174.117	3,75	38.270.457	13,89	27.281.367	8,95
NEONATOS	25.200	0,01	9.289.925	1,32		0,00	0	0,00	2.374.180	0,86	11.102.375	3,64
UCE	99.769.503	27,04	107.556.385	15,31	1.574.100	100,00	14.101.967	16,68	40.223.095	14,60	59.667.232	19,57
UCI-UCIN	75.268.091	20,40	154.973.139	22,06		0,00	41.223.013	48,76	34.015.091	12,34	42.980.763	14,09
URGENCIAS	6.226.003	1,69	71.142.206	10,13	0	0,00	9.009.719	10,66	32.278.478	11,71	25.323.579	8,30
URGENCIAS GINECOLOGIA	10.744.174	2,91	17.492.738	2,49	0	0,00	2.330.750	2,76	2.577.555	0,94	4.729.386	1,55
Total general	368.935.362	100,00	702.626.354	100,00	1.574.100	100,00	84.544.585	100,00	275.592.075	100,00	304.945.376	100,00
% conceptos	17,87		34,03		0,08		4,09		13,35		14,77	

La distribución por servicios y conceptos de glosa se encuentra que los convenios o acuerdos gerenciales sin comunicación oportuna o aquellos acordados en los procesos de conciliación de glosas están afectando mas a los servicios de UCI – UCIN y UCE con un porcentaje aproximado del 13 %, y de hospitalización bloque A, que corresponde al 23,17 % esto tal vez debido a que la mayoría de estos acuerdos están direccionados por parte de las EAPB hacia tarifas en servicios, medicamentos e insumos, en especial en los eventos de atenciones de servicios oncológicos o medicamentos en las unidades especiales.

Para el concepto de autorizaciones el servicio de urgencias aporta el 24 % aproximadamente seguido de UCI – UCIN y Hospitalización con un 18 % aproximadamente para cada servicio; la explicación sobre el porcentaje tan alto de glosas en urgencias está relacionada con glosas por autorizaciones adicionales a la atención inicial de urgencias y sobre todo en la autorización de la sala de

emergencia que las EAPB no están validando como atención inicial y notificación de ingreso a urgencias anexo técnico 2 de la resolución 3047/2008 para todo evento que justifique sala de emergencia. En los servicios hospitalización de alta y mediana complejidad está relacionada con autorizaciones adicionales no enviadas mediante anexo 3, para cambios o traslados internos de servicios institucionales, donde las EAPB no evalúan pertinencia y justificación clínica del requerimiento del nuevo servicio sino que se apoyan en que solo no se envió el anexo técnico 3 solicitando autorización de servicios adicionales de urgencias, a pesar que se tiene el anexo técnico 3 principal enviado a la entidad.

En cuanto a cobertura como concepto de glosa se tiene identificado como falencia de todo el capital humano que labora en facturación y auditoría desconocimiento o no manejo adecuado de la cobertura del régimen subsidiado en diversos grados de desconocimiento que lleva consigo dudas en respectiva división de la cuenta, identificación del respectivo pagador de cada servicio, pero también es claro que desde los actores que son los administradores del recurso del régimen subsidiado no tienen claro que cobertura o servicios efectivamente le corresponde a la EPSS o al ente territorial, donde la EPS S glosa por no cobertura del régimen, y se recobra al ente territorial y este manifiesta que no es cobertura del ente territorial sino del régimen subsidiado dejando a la IPS en una posición de indefensión y de no recuperación de la inversión en la prestación del servicio, esperando que se aclaren las dudas entre los dos actores, teniendo que en ocasiones llegar a intervenir la Superintendencia de Salud, este caso se percibe según datos en la UCI – UCIN (31 %), HOSPITALIZACION (35 %) y UCE (10 %).

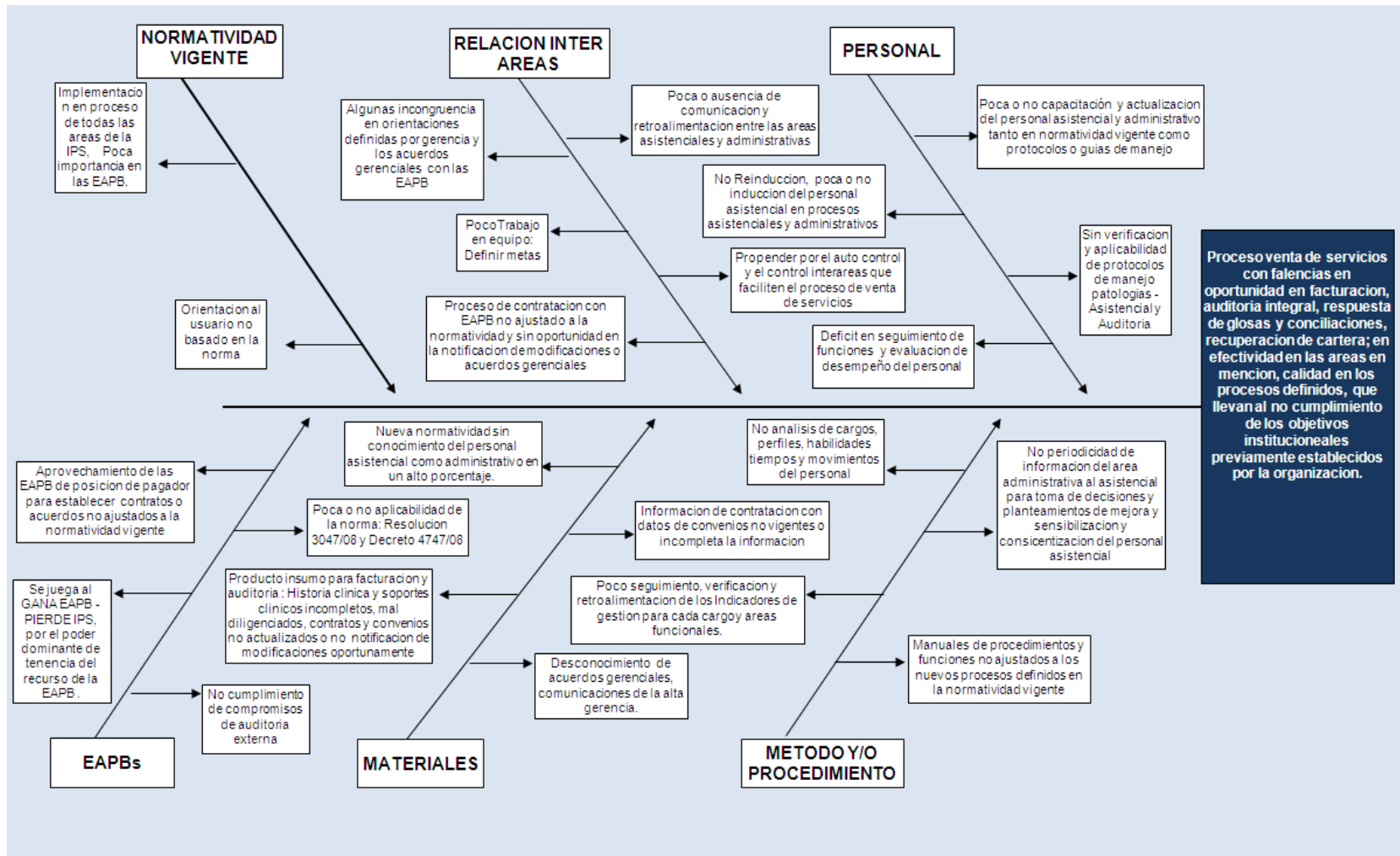
En cuanto a glosas por concepto de pertinencia médica el servicio que recibe mayor glosa al respecto es UCI – UCIN (48,76 %), UCE (16,68 %), urgencias (10,66%), las cuales se deben en parte a un desconocimiento de los funcionarios de auditoría de las EAPB sobre las guías y protocolos de manejo de patologías de manejo en las unidades especiales de cuidado intensivo, intermedio y coronario, como también los criterios para el ingreso de pacientes a estos servicios teniendo que hacer la IPS un desgaste institucional reforzando constantemente los conocimientos al auditor externo para tratar de unificar criterios y disminuir el porcentaje, aunque se evidencia que este personal externo de auditoría de la EAPB normalmente son reincidentes en glosas por pertinencia no justificada, de igual manera en el servicio de urgencias este concepto está relacionado con el argumento de no pertinencia por fallas en clasificación de triage del personal médico teniendo que la IPS unificar conceptos con los auditores externos para evitar o disminuir glosas no justificadas que extienden el periodo de recuperación de cartera de estos valores.

PLAN DE MEJORAMIENTO

ARBOL DEL PROBLEMA:



ESPINA DE PESCADO



PROBLEMA	Objetivo Institucional	Objetivo específico	Proceso	¿Qué Hacer? Estrategia	¿Porqué Hacerlo?	¿Cómo Hacerlo?	¿Quién Debe Hacerlo?	¿Dónde Hacerlo? Debe
Proceso de venta de servicios con fallencias en oportunidad en facturación, auditoría integral, respuesta de glosas y conciliación, recuperación de cartera, en efectividad en las áreas en mención, calidad en los procesos definidos, que llevan al no cumplimiento de los objetivos institucionales previamente establecidos por la organización.	Proveer los recursos necesarios y suficientes para la prestación de los servicios.	Disminuir el riesgo al fracaso de la negociación y que se alcance el objetivo de la venta.	Protocolización de presentación de oferta de servicios de IPS y documentación requerida a EAPB para estudios pre acuerdo de voluntades (análisis de viabilidad técnica, financiera, ambiental y socioeconómica y definición de factibilidad).	Generación de manual del subproceso de Mercadeo de IPS, manual de procedimientos y funciones claramente definidas y cumplimiento a cabalidad de dicho proceso.	Normatización institucional de procesos, unificación de conceptos, mejoramiento de comunicación oportuna.	Revisión de manuales (si existe), reunión entre las áreas de Gerencia, Planeación, jurídica, Auditoría de cuentas, facturación con el área de Calidad para dicha revisión, y ajuste del manual.	Gerencia, Auditoría cuentas, Venta de servicios, Facturación, Jurídica, Planeación, Calidad.	Gerencia
		Establecer una negociación segura que satisfaga lo esperado por parte del cliente y de la IPS. De esta forma se asegura que la entrega del servicio definido por las necesidades del cliente, sea el producto contratado.	Establecer parámetros claros de contratación, Proceso de contratación ajustado.	Participar activamente en el comité de contratación, establecer criterios unificados del proceso de contratación para las EAPBs.	Disminuir Objeciones y glosas y facilitar el pago. Cumplimiento de la normatividad vigente (decreto 4747/2007).	Nombrar un integrante de cada área en el comité de contratación.	Gerencia, Auditoría cuentas, Venta de servicios, cartera Facturación, Jurídica, Planeación, Calidad.	En oficina jurídica cada que se requiera.
			Determinar vigencia contractual con las EAPBs.	Verificación continua del proceso de seguimiento de contratación.	Garantizar información oportuna, real y certera de la contratación con EAPBs fortaleciendo la parametrización del sistema y disminución de objeciones y glosas (MVC).	Diseño de maestro de contratación, ficha contratación y planilla de vigencia contractual.	Sistema de información, Facturación, Jurídica, Venta de servicios, Auditoría cuentas, Gerencia cuando se requiera.	En el área de trabajo
	Establecer procesos de atención que permitan resolver de manera oportuna las exigencias de los usuarios.	Calidad en la IPS 2010- 2011: Meta: Certificación, Acreditación y humanización con sensibilización.	Fortalecer la gestión de personal, para que el seleccionado cumpla con el perfil y las competencias que necesita.	Establecer procesos de reinducción, capacitación y reentrenamiento ajustados a los requeridos por el equipo de salud, evaluación de desempeño y análisis de funciones y competencias personales.	Unificar criterios, prevenir fallas y optimizar tiempo, recursos y personal.	Establecer y desarrollar un plan de capacitación continuo, revisión de los perfiles ocupacionales y cumplimiento de estos.	Talento Humano con el apoyo del Jefe del área, cuando se requiera.	En el área de trabajo
		Fortalecimiento de los servicios del portafolio mediante el sostenimiento de las ventas como también generar confianza y credibilidad en la institución.	Evaluación de desempeño y análisis de competencias laborales de los funcionarios, remuneración salarial.	Aplicación de rutas de entrenamiento. Evaluación del desempeño. Análisis de carga laboral (tiempos y movimientos), Revisión asignación salarial comparativo.	Determinar habilidades funcionales, personales, convivencia, actitudes y aptitudes; cumplimiento de funciones disminuyendo reprocesos; disminución de objeciones, glosas. Definir requerimiento de personal y asignación salarial - igualdad en cargos.	Observación directa y aplicación de test de aprendizaje y continuidad en el desempeño laboral del puesto, justificación de personal adicional, remuneración salarial equitativo ajustado a cargos.	Talento Humano con el apoyo del Jefe del área, cuando se requiera.	En el área de trabajo
		Calidad en la IPS 2010- 2011: Meta: Certificación, Acreditación y humanización con sensibilización.	Fortalecer dinámicas de trabajo en equipo, clima y cultura organizacional, relaciones interpersonales, motivación capital humano.	Mantener ambientes de trabajo armónicos.	Empoderamiento del funcionario del proceso y del trabajo en equipo acorde a las funciones del área.	Reuniones periódicas en el área, asesoría y orientación psicológica en temas relacionados con resolución de conflictos, trabajo en equipo, manejo de capital humano	Todos los funcionarios y en especial los funcionarios del proceso de venta de servicios.	En el área de trabajo
	Garantizar la pertinencia médica en el tratamiento de la salud de nuestros usuarios.	Fortalecimiento de los servicios del portafolio mediante el sostenimiento de las ventas como también generar confianza y credibilidad en la institución.	Socializar y evaluar el ajuste del personal a las guías de manejo y protocolos de atención de patologías aceptados e instaurados en la IPS.	Guías de manejo y protocolos basados en medicina basada en la evidencia de atención de patologías instaurados, conocidos y socializados tanto al personal asistencial como al personal administrativo de auditoría de cuentas.	Unificación de conceptos y ajuste de prestación de servicios en conceptos aceptados según información de medicina basada en la evidencia a nivel científico.	Inducción y reinducción del personal de estas guías y/o protocolos, revisión periódica de nuevos estudios y revisión de protocolos de la IPS para ajustados a las nuevas evidencias,	Subgerencia médica y coordinadores médicos especialidades: Revisión y ajustes según nuevas evidencias científicas de los protocolos y guías, seguimiento de aplicabilidad de estos protocolos al personal asistencial como también el envío de información de los mismos a las EAPB para la concertación, aprobación y adaptación de la EAPB. Talento humano: verificación de inducción y reinducción o capacitación actualizada de ajustes de protocolos tanto al personal asistencial como auditores internos.	En el área de trabajo
		Interacción con el cliente externo EAPB y auditor concurrente de EAPB: Generar credibilidad en los procesos misionales de la IPS.		Presentación de guías de manejo y protocolos de atención a las EAPB, concertación y aprobación, validación y aceptación por parte de auditoría concurrente externa.	Mejora el proceso de prestación de servicios, adherencia a protocolos, unificación de criterios, optimización de relaciones con las EAPB y la IPS.	Información a las EAPB de los protocolos y guías para concertación, aprobación y adaptación del proceso de auditoría externa a los mismos	Subgerencia médica y coordinadores médicos especialidades: envío de información de las guías de manejo y protocolos como también las respectivas modificaciones y actualizaciones que se adelanten en la IPS a las EAPB para la concertación, aprobación y adaptación de la EAPB.	En el área de trabajo
		Fortalecimiento de los servicios del portafolio mediante el sostenimiento de las ventas como también generar confianza y credibilidad en la institución.	Fortalecer el trabajo en equipo por cada área de trabajo y su integración con otras áreas (interdependencia). INTEGRACION DEL EQUIPO DE TRABAJO CONFORMADO POR: Auditor de cuentas (líder del equipo), Auxiliar integral de facturación (Facturador, admisionista, radicación, asistentes facturación, Secretaría Clínica, Interventor de medicamentos, Auxiliar de Auditoría.	Velar para que los integrantes del equipo de salud y del área administrativa se comprometan con los resultados del proceso de atención.	Aplicación y conocimiento de los funcionarios sobre de la plataforma organizacional y las metas de la institución.	Reuniones mensuales de retroalimentación del proceso de venta de servicios tanto al personal administrativo como asistencial	Todos los funcionarios del proceso de venta de servicios y área asistencial.	En el área de trabajo
		Hospital verde: protección medio ambiente - ecosistema	Modificación de la actividad de auxiliar integral en impresión de prefectura - hoja de trabajo para revisión de auditoría integral sistémica	Capacitar y concientizar al personal auxiliar integral sobre nueva propuesta de impresión de prefectura - hoja de ingreso. Suministro de equipo computo al auditor de cuentas.	Generar un ahorro promedio en hojas e impresiones del 60 al 70 %. Actualmente se gastan 3 hojas en impresión directa del sistema, con la propuesta se gasta solo 1. Verificación de información en pantalla, acceso al sistema de información de la IPS	El auxiliar realiza los respectivos cargues en el sistema de los servicios, al dar orden de Destino dar la opción de PC o archivo, " nombre del archivo. # ingreso, y tipo de archivo: Excel", se da aceptar, se busca la carpeta donde se guardó el archivo, abre el archivo, en él solo deja vivas la columnas: Sipcodigo, Serdeser, Sercant y servalent; las demás columnas las elimina. Posterior a esto agrega una columna de Total donde aplica la formula de multiplicar la columna Sercant X Servalent: calculo de cantidad de servicios por el valor a facturar por cada servicio, la lleva hasta el final de los registros, y crea otra columna para AUDITORIA: donde el auditor registra la validación o corrección de los datos. Se adecuan márgenes, hoja, y demás, y se imprime, se entrega a auditoría.	Auxiliar integral de facturación. Auditor de cuentas.	Puntos de facturación y auditoría de los servicios.

	Fortalecimiento de los servicios del portafolio mediante el sostenimiento de las ventas como también generar confianza y credibilidad en la institución.	Seguimiento de facturación y auditoría cuentas, ingresos abiertos, radicación de facturación. INTEGRACION DEL EQUIPO DE TRABAJO CONFORMADO POR: Auditor de cuentas (líder del equipo), Auxiliar integral de facturación (Facturador, admisionista, radicación, asistentes facturación, Secretaría Clínica, Interventor de medicamentos, Auxiliar de Auditoría	Verificar en los puntos de facturación la oportunidad en el subproceso de facturación, cumplimiento del proceso de autorización de servicios, cobro acorde a lo efectivamente prestado y debidamente soportado según tarifas definidas en el acuerdo de voluntades.	Garantizar el sostenimiento de las ventas de servicios, como la oportunidad en presentación de las cuentas y por consiguiente recuperación inversión.	Arqueos en puntos de facturación, seguimiento de ingresos abiertos semanales y los respectivos ajustes, seguimiento de facturas sin radicar y los respectivos ajustes.	Facturación	Puntos de facturación
			Verificar en los puntos de auditoría de cuentas la oportunidad en el subproceso de auditoría, cumplimiento de las funciones de auditoría, validación del cobro de los servicios facturados acorde a lo efectivamente prestado, con los criterios de calidad y debidamente soportado según tarifas definidas en el acuerdo de voluntades.		Arqueos en puntos de auditoría de cuentas, seguimiento de ingresos abiertos sin auditoría y los respectivos ajustes, seguimiento de facturas sin radicar sin firma de auditor y los respectivos ajustes.	Auditoría cuentas	Puntos de Auditoría de cuentas
Garantizar la estabilidad económica del proyecto empresarial y las expectativas de los accionistas.	Fortalecimiento del control de gestión, y oportunidad en la recuperación de cartera y cobro.	Seguimiento al estado de cartera	Verificar el estado de cartera de los clientes EAPB con el fin de determinar la continuidad o suspensión del servicio y notificación a la Superintendencia de Salud, control de ingresos por venta de servicios y registro en el sistema de información de la IPS, registro y control de glosas, control y rotación de cartera, Suministrar periódicamente a los clientes EAPB información correspondiente a su estado de cartera, seguimiento ajustado a la normatividad vigente en cuanto a tiempos y procesos y trazabilidad de la facturación (Decreto 4747/2007: Capítulo IV - artículo 22, 23, 24 y 25 y Resolución 3047/2008: Anexo técnico 5 y 8).	Garantizar la oportunidad en la recuperación de cartera, flujo del recurso financiero	Generar informes: 1. Seguimiento del estado de cartera de las EAPB detallado. 2. Seguimiento de notificación de glosas iniciales de EAPB. 3. Seguimiento de respuesta de IPS a glosas iniciales. 4. Seguimiento a glosas ratificadas por EAPB. 5. Seguimiento a pagos de facturas radicadas tiempo ajustado a normatividad vigente. 6. Oficializar a EAPB de pago de facturas radicadas sin notificación glosa ajustado a normatividad vigente. 7. Oficializar a EAPB de pago de glosas iniciales con respuestas IPS ajustada a tiempo de norma (no ratificación de glosa). Retroalimentar a Gerencia, Jurídica, Financiera, venta servicios, Post venta.	Cartera	En el área de trabajo
		Determinar las causales de devolución, objeciones, glosas de los servicios prestados	Verificar en el sistema de información las causas de devolución, objeciones y glosas, servicios de mayor trámite post venta.	Para obtener o mejorar la credibilidad y la confiabilidad en los procesos institucionales ante los clientes externos: EAPB y clientes pacientes	Seguimiento de trámite glosas, devolución y conciliaciones, ajuste de proceso de auditoría de cuentas, intervención de servicio de mayor trámite post venta. Listado de trámite de objeciones y glosas en el sistema de información, informe mensual de gestión del área de post venta tanto a las áreas asistenciales como administrativas para retroalimentación y generación de planes de mejora en los procesos misionales y administrativos a que haya lugar: Logro de meta de glosa iniciales al 5% como máximo.	Auditoría cuentas	En el área de trabajo
		Seguimiento de los arqueos de objeciones y glosas.	Verificar objeciones y glosas radicadas en auditoría vs contestación de las mismas.	Garantizar oportunidad en el proceso de respuesta de objeciones, glosas acorde a la normatividad vigente	Generar cuadro de recibido de objeciones y glosas contra respuestas de las mismas, arqueo a los técnicos de glosas, y facturación.	Auditoría de cuentas, Facturación, Cartera.	En áreas involucradas
Calidad en la IPS 2010- 2011: Meta: Certificación, Acreditación y humanización con sensibilización.	Generar un ambiente de trabajo que satisfaga las expectativas y mejore la productividad del cliente interno.: Facturación, auditoría de cuentas, Cartera.	Manejar bonificaciones dependiendo del rendimiento, desempeño y cumplimiento de objetivos con el cliente interno. INTEGRACION DEL EQUIPO DE TRABAJO CONFORMADO POR: Auditor de cuentas (líder del equipo), Auxiliar integral de facturación (Facturador, admisionista, radicación, asistentes facturación, Secretaría Clínica, Interventor de medicamentos, Auxiliar de Auditoría	Para incrementar productividad, compromiso y disminución del margen de error.	Mediante medición de indicadores (Definidos en la propuesta de indicadores).	Coordinaciones de las áreas en mención.	En el área de trabajo	
	Clima organización y la influencia del mismo en el trabajo en equipo del capital humano integrante del proceso de venta de servicios.	Revisión continua y permanente del clima organizacional, ambiente laboral, relaciones interpersonales y satisfacción del cliente interno	Por que el Cima organizacional es "un fenómeno" que media entre los factores del sistema organizacional y las tendencias motivacionales del colaborador que se traducen en un comportamiento que tiene consecuencias sobre la organización tales como la productividad, satisfacción, rotación.	Evaluación del clima organizacional mediante encuestas de percepción del cliente interno sobre el proceso, el ambiente laboral, trabajo en equipo, y otros aspectos. Espacios de conversación y orientación de psicología para resolución de conflictos y mejoramiento de relaciones. Actividades de integración semestral para evaluación de resultados y planes de mejora.	Coordinaciones de las áreas y participación activa del área de Talento humano.	En el área de trabajo (Encuestas y espacios de conversación y orientación) y área externa Lugar que permita actividades lúdicas.	
	Sensibilización y concientización a todos los colaboradores del plan definido.	Comprometer a cada uno de los jefes de área en la socialización del plan a todos y cada uno de los colaboradores con el fin de involucrar a todo el personal del área.	Empoderamiento del funcionario del proceso y del trabajo en equipo acorde a las funciones del área.	Presentación del plan operativo, ejecución, verificación y retroalimentación.	Auditoría cuentas, Cartera, Facturación, y Venta de Servicios.	En el área de trabajo	
Fortalecimiento de los servicios del portafolio mediante el sostenimiento de las ventas como también generar confianza y credibilidad en la institución.	Integración del subproceso de radicación cuentas al área de cartera.	Integrar el subproceso de radicación de cuentas al área de cartera por la continuidad y seguimiento del proceso de cierre de venta de servicios.	Permite dar integralidad al cierre de venta de servicios, seguimiento de cuentas radicadas y recuperación de cartera .	Cambio de los manuales de funciones en cuanto dependencias y articular el subproceso radicación a cartera.	Cartera, y Venta de Servicios.	En el área de trabajo	

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El deficiente flujo de caja de la institución prestadora de servicios de salud de tercer nivel de atención y alta complejidad es consecuencia de la dilatación de pagos que algunas entidades administradoras de planes de beneficios en salud que han adoptado como respuesta a la ineficacia en el proceso de facturación. Al subsanarse este factor interno, las administradoras de planes de beneficios no tendrán motivo alguno para objetar las cuentas y, por lo tanto, la gestión de recuperación de cartera y recaudo podrá adoptar medidas tendientes a recoger la cartera morosa de la institución, sin ningún reparo por parte de la entidad contratante del servicio de salud.

El problema organizacional determinante en la institución prestadora de servicios de salud, se identifica en el suministro de un servicio por anticipado y recibir muy diferido el pago correspondiente, aproximadamente 150 días en promedio, aunque existen algunas EAPB y entes territoriales que tienen una cartera morosa hasta de dos años.

Asociado a la demora en el recaudo de las cuentas por cobrar, la administración financiera de la IPS tiene que recurrir al financiamiento externo con proveedores o acreedores financieros, lo que conlleva a acrecentar el índice de endeudamiento y los gastos por intereses, deteriorándose finalmente la rentabilidad financiera de la organización, factor determinante de nuevas inversiones, tales como mejoramiento o creación de planta física, adquisición de nuevas tecnologías, investigación y desarrollo, entre otras opciones.

Se plantea la importancia de una definición y estructuración de una propuesta de mejoramiento que permita un manejo eficiente de las facturas y otros procesos administrativos de la institución que contribuya a modificar el impacto negativo de una gestión ineficiente en los procesos de facturación y cobro.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Confederación colombiana de ONG – Banco mundial. “Intercambio de experiencias exitosas entre federaciones de organizaciones no gubernamentales”. Julio 2001.
2. Francisco Raúl Restrepo P. Ministerio de la protección social – República de Colombia: “Sistema de información para la calidad- sistema obligatorio de garantía de la calidad en la atención en salud del sistema general del seguridad social en salud. Presentación en PowerPoint.
3. Club de la Efectividad. Mejorar el desempeño. Consultado el 22/12/2007. En línea con www.exitoya.com.
4. Cuesta Santos, Armando. Gestión de Competencias. Editorial Academia. Madrid. 2001.
5. Martín Ciocca Martínez, Marcia González Díaz. Cuadro de Manto Integral en una Institución de Asistencia Médica Colectiva. www.monografias.com.
6. Matías Martínez. Importancia que reviste la inteligencia emocional para el buen funcionamiento de las empresas. www.monografias.com.
7. Francisco Leandro Loíacono, Jorge Viola. Estudio de Consultoría. Área de estudio: Facturación del Hospital Regional Ushuaia. Ushuaia, Diciembre 17 de 1997.
8. La satisfacción del cliente, un indicador de productividad. Noda, Marcia 1997, Holguin. Cuba.
9. Lanzara, G.F. 1999. "Por qué es tan difícil construir las instituciones". Desarrollo Económico. Vol. 38, No. 152, enero –marzo.
10. North, D. 1993. “Instituciones, Cambio Institucional y Desempeño Económico” Fondo de Cultura Económica, México.
11. Constitución Política de Colombia. 1991. 10ª edición.
12. Ley 100 del 23 de diciembre de 1993.

13. Decreto 1259 de 1994: Artículo 12, numeral 5.
14. Resolución 5261 de 1994.
15. Decreto 2174 de 1996.
16. Decreto 4110 de 2004.
17. Documento Conpes 3446 de 2006.
18. Ley 10 de 1990. Ley 872 de 2003.
19. NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC-ISO 9001.
20. Ley 1122 de 2007. Decreto 4747 de 2007.
21. Resolución 3047/2008.
22. Acuerdo 008/2009 CRES.
23. Decreto 3260/ 2004.
24. Decreto 2423/96.
25. Acuerdo 256 – ISS.
26. Acuerdo 312-ISS
27. Decreto ley 1281/2002.
28. Acuerdo 011/2010 CRES