

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS



DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS DEL SUBPROCESO Y PROCEDIMIENTOS DE
FACTURACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS POR LA E.S.E HOSPITAL
MARCO FIDEL SUÁREZ DEL MUNICIPIO DE BELLO ANTIOQUIA

PREPARADO POR

DIANA MILENA PARRA ZAPATA
PAULA ANDREA PÉREZ PALACIO

BELLO COLOMBIA

2011

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	IV
1. ASPECTOS METODOLÓGICOS	1
1.1 OBJETIVOS	1
1.1.1 Objetivo general	1
1.1.2. Objetivos específicos	1
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	4
1.4 DELIMITACIÓN	6
1.4.1 Espacial	6
1.4.2 Temporal.....	6
1.4.3 Alcance.....	6
1.5 MARCO METODOLÓGICO.....	7
1.5.1 Tipo de investigación.....	7
1.5.2 Método e instrumento de la investigación	7
1.5.3 Población y Muestra.....	8
1.5.4 Procesamiento y análisis de la información.....	9
1.5.5 Hipótesis de trabajo.....	9
2. MARCO REFERENCIAL.....	11
2.1 ANTECEDENTES.....	11
2.2 MARCO LEGAL	14

2.3 MARCO CONCEPTUAL.....	22
2.4 MARCO CONTEXTUAL	28
2.5 MARCO TEÓRICO	31
3. CAPÍTULO I.....	39
3.1 ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN	76
4. CAPÍTULO II.....	84
4.1 ANALISIS MATRIZ DOFA	87
5. CAPÍTULO III.....	91
6. CAPÍTULO IV	99
7. CONCLUSIONES.....	106
8. RECOMENDACIONES	107
REFERENCIAS	109
LISTA DE ANEXOS.....	114
LISTA DE TABLAS.....	115
LISTA DE GRÁFICOS.....	116

INTRODUCCIÓN

Las Empresas Sociales del Estado (E.S.E) deben ser cada vez más competitivas dentro del sector salud en Colombia, adoptando nuevas y mejores estrategias a fin de garantizar su sostenibilidad y lograr un manejo eficiente de sus recursos; dichas estrategias deben estar apoyadas tanto en la normatividad establecida por el Ministerio de la Protección Social, como en las necesidades y exigencias del mercado, esto con el fin de alcanzar el éxito a corto, mediano y largo plazo.

Por esta razón, el presente diagnóstico y análisis del subproceso y los procedimientos de facturación de servicios en salud prestados por la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez del Municipio de Bello Antioquia, tiene como objetivo principal evidenciarlas causas del aumento significativo de glosas y devoluciones de facturas que fueron enviadas para su respectivo cobro, y luego fueron objetadas por parte de las entidades responsables del pago.

Por consiguiente, se evaluó el subproceso y los procedimientos facturación, al igual que se realizó un análisis DOFA de los mismos, lo que permitió identificar los factores que dificultan el desarrollo eficaz del subproceso; y por último se sugieren una serie de acciones de mejora, con las que se pretende aumentar la eficiencia del subproceso y optimizar los recursos con que cuenta el Hospital; dado que estas acciones no están limitadas sólo a corregir falencias, sino, que además ayudan a potencializar aquellos factores de éxito que se encontraron dentro del mismo.

Finalmente, la realización de este diagnóstico y análisis va encaminado a que la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez, tras el mejoramiento continuo de sus procesos, y enmarcados

en las políticas de calidad, aumente sus niveles de eficiencia y productividad, logrando disminuir de esta manera el tiempo en que retorna la inversión, contribuyendo al fortalecimiento y crecimiento en la prestación de servicios de salud, que se pueda ver reflejado en la rentabilidad social y financiera, para que le permita ser una institución pública competitiva.

1. ASPECTOS METODOLÓGICOS

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo general

Diagnosticar el subproceso de facturación de servicios de salud prestados por la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez del Municipio de Bello Antioquia, analizándolo a la luz de los “tres ejes estratégicos de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, accesibilidad, calidad y eficiencia;” optimizando el flujo adecuado de los recursos económicos de la institución.

1.1.2. Objetivos específicos

1. Evaluar el subproceso y los procedimientos de facturación de servicios de salud prestados por la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez del Municipio de Bello Antioquia.
2. Determinar las fortalezas y las debilidades existentes en el subproceso y en los procedimientos de facturación de servicios de salud prestados por la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez del Municipio de Bello Antioquia.

3. Articular el subproceso y los procedimientos de facturación de servicios de salud prestados por la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez del Municipio de Bello Antioquia, de conformidad con lo estipulado por el Ministerio de la Protección Social de Colombia.

4. Estructurar el plan de mejoramiento para el subproceso y los procedimientos de facturación de servicios de salud prestados por la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez del Municipio de Bello Antioquia, de acuerdo con los hallazgos arrojados en la realización del diagnóstico.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aumento significativo en el porcentaje de glosas y devoluciones de facturas existentes en la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez, las cuales son enviadas a las diferentes entidades responsables de efectuar los pagos correspondientes a la prestación de servicios de salud, brindados por dicha entidad y que posteriormente son objetadas en forma total o parcial por las entidades responsables de pago, son el objeto del presente trabajo, dado que el Hospital está dejando de percibir oportunamente cerca del (6.8%) del total facturado, afectando directamente la liquidez de la empresa y disminuyendo su capacidad competitiva; poniendo en riesgo su sostenibilidad.

En este orden de ideas se analizará tanto el subproceso como los procedimientos llevados a cabo en el área de facturación de servicios de salud de la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez, con el fin de determinar cuáles son los factores generadores de la problemática arriba referenciada; identificando su nivel de incidencia y recurrencia, además el tipo de relación (directa e indirecta) con las falencias halladas; lo anterior como base para la estructuración del plan de mejoramiento para el subproceso y los procedimientos de facturación de dicha entidad, dando respuesta “a las necesidades de actualización en áreas que repercuten seriamente sobre las posibilidades de éxito en el logro de su finalidad social y en condiciones de equilibrio financiero, administrativo y operativo.” Ministerio de la Salud. (2000).

1.3 JUSTIFICACIÓN

Según el documento emanado por el Ministerio de Salud, Re-Crear la Prestación de Servicios de Salud en los Hospitales E.S.E, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (S.G.S.S.S), “introdujo la libre competencia entre administradoras y prestadoras de servicios de salud y la libre escogencia de los usuarios de quien les administre y les preste los servicios. De esta forma obligó a los Hospitales Públicos a desarrollar una serie de estrategias de competitividad para mejorar el acceso y la cobertura de usuarios de los servicios en las condiciones más favorables posibles.” Guías de Capacitación y Consulta (2000, p, 7).

Razón por la cual, las Empresas Sociales del Estado deben ser cada vez más competitivas dentro del sector salud en Colombia, adoptando nuevas y mejores estrategias a fin de garantizar su sostenibilidad y el manejo eficiente de sus recursos, dichas estrategias deben estar basadas, no sólo en la normatividad establecida por el Ministerio de la Protección Social, sino, también en las necesidades y exigencias del mercado; a fin de alcanzar el éxito a corto, mediano y largo plazo.

La optimización del subproceso y los procedimientos de facturación de servicios prestados por la E.S.E, repercutirá de forma directa en: el aumento de la calidad, el control de la gestión, la satisfacción de los usuarios, la respuesta oportuna y eficiente a los mismos; procurando el pago oportuno de las empresas responsables de realizar los pagos por los

servicios de salud prestados; lo que contribuiría a lograr un equilibrio financiero, administrativo y operativo de la institución.

Este análisis y diagnóstico se realizará desde un punto de vista práctico, ya que se propone un plan de mejoramiento con estrategias de acción de mejora que al aplicarlas contribuyan con la solución de la problemática inicialmente referenciada.

Por otra parte, se pretende aportar al flujo eficiente y eficaz de los recursos económicos de la E.S.E, “enmarcado en los tres ejes estratégicos de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, accesibilidad, calidad y eficiencia”. Ministerio de la Protección Social. (2005); además este servirá como marco referencial para otras empresas Sociales del Estado que presenten situaciones similares a la que aquí se plantean.

1.4 DELIMITACIÓN

1.4.1 Espacial

El presente diagnóstico y análisis del subproceso y los procedimientos de facturación de servicios en salud, se realizó en la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez del municipio de Bello Antioquia, ubicada en el norte del Valle de Aburra, en la calle 44 # 49-90, barrio Manchester.

1.4.2 Temporal

El diagnóstico y análisis del subproceso y procedimientos de facturación se realizaron en un periodo de 7 meses, el año 2011.

1.4.3 Alcance

Con la realización del diagnóstico y análisis, se pretende evaluar tanto el subproceso como los procedimientos de facturación de servicios de salud prestados por la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez del Municipio de Bello Antioquia, determinando las fortalezas y las debilidades evidentes dentro del mismo, para sí articular y estructurar el plan de mejoramiento con los hallazgos encontrados en la ejecución de dicha investigación.

1.5 MARCO METODOLÓGICO

1.5.1 Tipo de investigación

Esta investigación está basada en estudios cualitativos, ya que la recolección de los datos involucrará técnicas que no pretenden asociar los resultados de la investigación con información numérica; además la información no se pretende analizar de forma estadística, es un análisis contextual e interpretativo.

Para la realización de este estudio se utilizó la metodología de la investigación de Roberto Hernández Sampieri (2005).

1.5.2 Método e instrumento de la investigación

El método que se utilizó para la recolección de la información fue de tipo inductivo e interpretativo; está documentada en la técnica de la entrevista, la cual fue diseñada con preguntas cerradas y abiertas, y a su vez se utilizó la técnica de la observación no estructurada.

La metodología de la investigación es de tipo bibliográfico y de campo.

1. *Bibliográfico*, porque se hizo uso de la consulta y lectura de libros, tesis, revistas, normas, artículos y cualquier otro tipo de información escrita que se consideró importante y necesaria para realizar la investigación.
2. *De campo*, porque se utilizaron métodos como la entrevista abierta y la observación no estructurada, para obtener la información suministrada también fueron requeridas las asesorías de la jefe de Glosas, la jefe de Facturación Central y el Coordinador de Auditoría Médica, además del personal encargado de realizar la facturación en las diferentes taquillas de la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez del municipio de Bello Antioquia.

1.5.3 Población y Muestra

1. *Población*: la población de la cual se extrajo la información necesaria para realizar la investigación fue el personal del área de facturación, divididos en 10 taquillas (Admisiones Triage, Admisiones Procedimientos, Hospitalización, Cirugía, Ginecología, Laboratorio, RX, Consulta Externa, Quirúrgicas 1 y 2) encargadas de realizar el subproceso de facturación de servicios de la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez del municipio de Bello Antioquia
2. *Muestra*: por la naturaleza de la investigación, la unidad de análisis o muestra es el área de facturación de servicios en salud de la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez del

Municipio de Bello Antioquia, Empresa Social del Estado, de segundo nivel de complejidad de servicios.

1.5.4 Procesamiento y análisis de la información

Una vez recolectados los datos provenientes de las entrevistas y de la observación de los diferentes puestos del servicio de facturación de la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez del municipio de Bello Antioquia, y mediante la elaboración de una tabla de frecuencias se analizó la información, estableciendo las principales falencias de este y su nivel de recurrencia, para posteriormente ser abordadas en el diseño y estructuración del plan de mejoramiento de dicho subproceso con el cual se busca optimizar los recursos y aumentar el nivel de eficiencia del mismo.

1.5.5 Hipótesis de trabajo

Según los conceptos de objeciones de acuerdo a lo definido en el decreto 4747 y la resolución 3047, llama la atención que un 59% de las objeciones son devolución total de la facturas cuya mayor causa es que la factura no cumple con los requisitos legales (76% de las causas de devolución), un 19% por problemas de facturación cuya principal causa es la facturación de materiales (70% de las causa de facturación); le siguen las objeciones por problemas relacionados con las tarifas con el 11%. Llama la atención que sólo el 6% de las objeciones están relacionadas con la pertinencia médica, pero las re -glosas, según

funcionarios que la registran, son por pertinencia. Tomado del Informe “De Objeciones Externas Registradas en Dinámica Gerencial HMFS Marzo-Diciembre 2010”, presentado por la Coordinación de Auditoría Médica a la Gerencia de la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez, 2010.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 ANTECEDENTES

La E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez tuvo su origen en la ordenanza No.63 del 30 de noviembre de 1978, con el nombre de Unidad Intermedia David Velásquez Toro. En ese entonces se consideraba como entidad de primer nivel de atención. Por medio de la ordenanza No.14 de 1985, cambió de razón social y se convirtió en el Hospital Marco Fidel Suárez.

La ordenanza No.44 del 16 de noviembre de 1994 (Art.5) transformó el Hospital en una Empresa Social del Estado del orden departamental, de segundo nivel de atención. Desde entonces se rige por la normatividad de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios. Su dirección está en manos de la Junta Directiva y del Gerente elegido por el señor Gobernador de una terna seleccionada por la misma.

A comienzos de febrero del año 2007, un hecho trascendental parte en dos su historia: El traslado a la una nueva sede le permite duplicar su capacidad de atención y ampliar su portafolio de servicios. Este crecimiento le permite consolidar su autonomía administrativa, económica y financiera. Obtenido el 24 de marzo de 2011, Portal Web de la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez, <http://www.hmfs.com.co/portal/>.

Por lo tanto, la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez, dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y como entidad prestadora de servicios de salud

debe de regir sus procesos de conformidad con las directrices emanadas por el Ministerio de la Protección Social, donde se establecen los lineamientos a seguir tanto para las entidades prestadoras de servicios de salud, como para las entidades responsables del pago de dichos servicios, relacionas así:

1. Decreto 4747 del 07 de Diciembre 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. Ministerio de la Protección Social. (2007).
2. Resolución número 003047 del 14 de Agosto de 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, Ministerio de la Protección Social. (2008).
3. Acuerdo 008 del 29 de Diciembre de 2008, por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Ministerio de la Protección Social. (2009).
4. Resolución No. 5261 del 5 de Agosto de 1994, por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el

Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de la Protección Social.
(1994).

Según López, Urrea y Navarro, (2006, p.6) “Si los hospitales son ineficientes e ineficaces en el proceso de facturación, no tienen el soporte legal para exigir el pago por los servicios médicos prestados. En consecuencia, se entorpecen los procesos de contratación de servicios y adquisición de insumos y suministros que, por ende, conducirá a un aumento en las deudas con sus proveedores y acreedores en general. En otras palabras, al afectarse la liquidez del Hospital, se afecta el cumplimiento de sus compromisos a corto plazo”.

Problemática que para el caso del E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez del Municipio de Bello Antioquia, se le puede dar solución mediante el diseño Plan de Mejoramiento del Subproceso de Facturación de Servicios de Salud, toda vez que se pretende articular el subproceso de conformidad con la normatividad legal vigente, procurando que los recursos de la institución fluyan adecuadamente.

2.2 MARCO LEGAL

Decreto 1283 de 1996 (julio 23): Por el cual se reglamenta el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda y Crédito Público (1996).

Decreto número 3990 de 2007 (octubre 17): Por el cual se reglamenta la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes del Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, se establecen las condiciones de operación del aseguramiento de los riesgos derivados de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas, las condiciones generales del seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, SOAT, y se dictan otras disposiciones. Ministerio de la Protección Social (2007).

Código nacional de tránsito terrestre ley 769 de 2002: Las normas del presente Código rigen en todo el territorio nacional y regulan la circulación de los peatones, usuarios, pasajeros, conductores, motociclistas, ciclistas, agentes de tránsito, y vehículos por las vías públicas o privadas que están abiertas al público, o en las vías privadas, que internamente circulen vehículos; así como la actuación y procedimientos de las autoridades de tránsito. Congreso de la República de Colombia (2002).

Circular número 00000033: Para prestadores de servicio de salud, administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA y reclamantes por daños materiales causados a las personas por accidentes de tránsito. Ministerio de la Protección Social (2011).

Decreto número 1011 de 3 abril 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de la protección social (2006).

Decreto 2131 de 2003 (julio 30): Por el cual se reglamenta el numeral 4 del artículo 19 de la Ley 387 de 1997, el último inciso del artículo 54 de la Ley 812 de 2003 frente a la atención en salud de la población desplazada por la violencia y se dictan otras disposiciones. Ministerio de la Protección Social (2003).

Acuerdo número 000260 de 2004 (febrero 4): Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de la Protección Social y Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2004).

Resolución número 1995 de (Julio 8): Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Ministerio de Salud (1999).

Decreto 1283 de 1996 (julio 23): Por el cual se reglamenta el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de la Salud (1996).

Ley 100 de 1993 (diciembre 23): La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. Congreso de la república de Colombia (1993).

Ley 1122 de 2007 (enero 9): Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República de Colombia (2007).

Decreto número 783 de 2000 (mayo 3): Por el cual se modifican los Decretos 1486 de 1994, 1922 de 1994, 723 de 1997, y 046 y 047 de 2000 y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2000).

Decreto 1406 de 1999 (julio 28): Por el cual se adoptan unas disposiciones reglamentarias de la Ley 100 de 1993, se reglamenta parcialmente el artículo 91 de la Ley 488 de diciembre 24 de 1998, se dictan disposiciones para la puesta en operación del Registro Único de Aportantes al Sistema de Seguridad Social Integral, se establece el régimen de recaudación de aportes que financian dicho Sistema y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Ministerio de Salud (1999).

Resolución número 003754 (octubre 2 de 2008): Por la cual se modifica parcialmente la Resolución número 3099 de 2008. Ministerio de la Protección Social (2008).

Acuerdo número 008 de 2009: Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Ministerio de la Protección Social (2009).

Resolución número 003047 de 2008 (14 de agosto): 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).

Anexo técnico no. 1: Informe de posibles inconsistencias en la bases de datos de la entidad responsable del pago.

Anexo técnico no. 3: Solicitud de autorización de servicios de salud.

Anexo técnico no. 4: Autorización de servicios de salud.

Anexo técnico no. 5: Soportes de las facturas

Anexo técnico no. 6: Manual único de glosas, devoluciones y respuestas unificación.

Anexo técnico no. 7: Estándares de datos para los anexos técnicos 1, 2, 3 y 4.

Anexo técnico no. 8: Registro conjunto de trazabilidad de la factura La siguiente es la estructura de reporte de información de todos los aspectos relacionados con la presentación de facturas, glosas, devoluciones y respuestas de las mismas, pagos y decisiones

adoptadas por las entidades responsables del pago frente a las respuestas de los prestadores de servicios de salud. Ministerio de la Protección Social (2008).

Acuerdo número 415 de 2009: Por medio del cual se modifica la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Ministerio de la Protección Social y Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2009).

Resolución número 3374 de 2000 (diciembre 27): Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados. Ministerio de Salud (2000).

Decreto número 4747 de 2007(diciembre 7): 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. Ministerio de la Protección Social (2007).

Ley número 1122 de 2007 (enero 9): Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República de Colombia (2007).

Acuerdo número 27 de la CRES 11 octubre de 2011: Por el cual se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de (60) y más años de edad y se modifica la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado. Ministerio de la Protección Social (2011).

Resolución número 0003778 de 2011 (agosto 30 2011): Por la cual se establecen los puntos de corte del SISBÉN Metodología III y se dictan otras disposiciones. Ministerio de la Protección Social (2011).

Ley 1438 de 2011 (enero 19): Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República de Colombia (2011).

Decreto 2357 de 1995 (diciembre 29): Por medio del cual se reglamentan algunos aspectos del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud. Ministerio de la Salud (1995).

Decreto número 4877 de diciembre 20 de 2007: Por el cual se modifica parcialmente el decreto 2131 de 2003 y se dictan otras disposiciones. Ministerio de la Protección Social (2007).

Ley 387 de 1997 (julio 18): Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia. Ministerio del interior, Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Ministerio de Defensa Nacional (1997).

Resolución 3251 de 2008: Por el cual se modifican los artículos 3°, 4° y 5° de la resolución 01915 de 2008. Ministerio de la Protección Social (2008).

Circular externa No.036 del 03 de julio de 2008: Referencia: presentación de las reclamaciones de indemnizaciones de accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas anteriores a la resolución 1915 de 2008 y exigencia de presentación de denuncia como requisito para el trámite de las reclamaciones. Ministerio de la Protección Social (2008).

Circular externa No. 000010 del 22 de marzo de 2006: Instrucciones sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando está en peligro la vida de los pacientes. Ministerio de la Protección Social (2006).

Decreto 806 de 1998 de abril 30: Por el cual se reglamenta la afiliación al régimen de seguridad social en salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de seguridad social en salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional. Ministerio de Salud (1998).

Ley 1438 de 2011 (enero 19): por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República de Colombia (2011).

2.3 MARCO CONCEPTUAL

IPS: (Institución Prestadora de Servicios de Salud) entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las Entidades Promotoras de Salud o fuera de ellas.

Glosa: Es una no conformidad que afecta en forma parcial el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la EAPB, durante la revisión integral de la factura, que requiere ser resuelta por parte de parte del prestador de servicios de salud (IPS).

Devolución: 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.

No-Conformidad: Son apreciaciones, inconsistencias o errores de carácter administrativo, médico o paramédico encontrados en la factura o documentos anexos a ésta, correspondientes a la prestación de los servicios, que generan disparidades en los lineamientos.

Orden o autorización: Es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de la EAPB para la prestación de los servicios requeridos por el usuario de acuerdo con lo establecido entre la IPS y la EAPB.

FOSYGA: Fondo de solidaridad y garantía para garantizar la compensación con las personas de diferentes ingresos y riesgos, la solidaridad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito.

Notificación de glosa: Comunicación formal por cualquier medio acordado previamente entre las partes que realiza la EAPB a la IPS de una no-conformidad.

Notificación de devolución: Comunicación formal por cualquier medio acordado previamente entre las partes que realiza la EAPB a la IPS de una no-conformidad.

Respuesta a glosas y devoluciones: Se interpreta en todos los casos como la respuesta que la IPS da a la glosa o devolución generada por la EAPB.

SGSSS: El Sistema General de Seguridad Social en Salud está concebido bajo la filosofía de que las fuerzas del mercado imperfecto de la salud, si se regulan por el Estado, pueden alcanzar un óptimo beneficio social.

Epicrisis: es el resumen de su enfermedad que es entregado al paciente cuando éste se va de alta o es derivado.

Historia clínica: conjunto de formularios en los cuales se registra en forma detallada y ordenada todos los datos relativos a la salud de una persona.

E.P.S: (Entidad Promotora de Servicios de Salud) es el organismo que se encarga de intermediar entre los usuarios y las instituciones para la prestación del servicio de salud.

EAPB: Empresa Administradora de Planes de Beneficios.

A.R.S: (Aseguradora de Régimen Subsidiado) es el organismo al que le compete administrar el subsidio en salud otorgado por el Estado.

E.S.E (Empresa Social del Estado): Constituyen una categoría de entidad pública, descentralizada funcionalmente o por servicios, creada por la ley 100 de 1993, con el propósito de mejorar las formas organizativas para la prestación de los servicios de salud, cuando el Estado los presta directamente en cualquiera de sus niveles.

SOAT: Póliza de seguro obligatorio Seguro obligatorio de accidentes de tránsito. Es un Seguro obligatorio para todos los vehículos automotores que transiten por el territorio colombiano, que ampara los daños corporales que se causen a las personas en accidentes de tránsito ya sean peatones, pasajeros o conductores.

Población vinculada: Son las personas sin ningún tipo de seguridad social y sin capacidad de pago.

P.O.S: (Plan Obligatorio de Salud) conjunto de servicios de atención en salud al que tiene derecho en caso de necesitarlo, todo afiliado al régimen contributivo.

UPC: Unidad de Pago por Capitación.

Copago: Son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema de salud. Se aplicará única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios, no al cotizante.

Cuota moderadora: Es el aporte en dinero que hacen afiliados cotizantes y sus beneficiarios cada vez que se utiliza un servicio en la EPS. La Cuota Moderadora tiene por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS.

Afiliación: Es el acto jurídico, que requiere de la inscripción a una EPS, por medio del cual el usuario y su grupo familiar adquieren los derechos y las obligaciones derivados del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Afiliado: La persona con o sin capacidad de pago (cotizante o familiar beneficiario) que tiene derecho a la cobertura de riesgos en salud.

Beneficiarios: Son las personas afiliadas, que no hacen aporte de cotización, pertenecientes al grupo familiar del cotizante al sistema, quienes reciben beneficios en salud luego de ser inscritos por su parentesco y/o dependencia económica.

Proceso: Es un conjunto de actividades y recursos que transforman en productos o resultados con características definidas en unos insumos o recursos variables, agregándoles valor con un sentido para el cliente. Los recursos pueden incluir personal, finanzas, instalaciones, equipos, técnicas y métodos.

Procedimiento: Forma específica de llevar a cabo una actividad. En muchos casos los procedimientos se expresan en documentos que contienen el objeto y el campo de aplicación de una actividad; que debe hacerse y quien debe hacerlo; cuando, donde y como se debe llevar a cabo; que materiales, equipos y documentos deben utilizarse; y como debe controlarse y registrarse.

EPS-S: Empresa Promotora de Salud Subsidiada, este Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.

SISBÉN: Instrumento de focalización individual que identifica los hogares, las familias o los individuos más pobres y vulnerables, por tal razón el SISBÉN, dentro del proceso de focalización se enmarca en la primera etapa: identificación.

DSSSA: Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, órgano colegiado de concertación. Tiene por objeto la adopción de medidas que permitan dirigir y orientar el sistema en el Departamento, dentro de los límites que le impone el cabal ejercicio de sus funciones.

Actividad: Conjunto de operaciones o tareas propias de una persona para dar cumplimiento a un procedimiento. Es la suma de tareas, normalmente se agrupan en un procedimiento para facilitar su gestión.

2.4 MARCO CONTEXTUAL

El Ministerio de la Protección Social, mediante el Decreto 4747 de 2007 y la Resolución 3047 de 2008, se reglamenta la gestión de las objeciones, glosas y sus respuestas con el fin de mejorar las relaciones y el pago oportuno entre las entidades prestadoras de servicios de salud y las entidades responsables de realizar dichos pagos.

Históricamente en la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez el trámite de glosas se realizaba desde el área de facturación con la intervención y asesoría de un médico especialista en auditoría, lo cual resultaba ser insuficiente en relación con el tamaño y crecimiento acelerado la institución en los últimos años.

Tras este crecimiento, aumenta por ende el nivel de facturación de sus servicios, su capacidad instalada y el recurso humano entre otros; A finales del 2008, se dio inicio a la unidad de auditoría integral, la cual inició con el montaje de la auditoría concurrente para la facturación de los servicios de hospitalización, hasta dar cobertura al 100% de la facturación de todos los servicios de salud prestados por la E.S.E, posteriormente a principios del año 2009 se incluye el manejo de las objeciones internas y la recepción de los auditores externos.

En el año 2009 en auditorías realizadas por la Contraloría Departamental de Antioquia, se hacen observaciones al subproceso de facturación y se sugiere que quienes lo realizan

no deben ser las mismas personas que respondan las objeciones y las glosas; Además que se resalta la ausencia de personal dedicado a esta labor.

Dando cumplimiento a los requerimientos realizados por la Contraloría Departamental se da inicio al perfeccionamiento y parametrización de un software para la captura de la glosa externa, el cual tiene la función de gestionar directamente la objeción o glosa, hacerle el seguimiento a la cartera institucional por glosas, clasificarlas, controlar las cuentas por cobrar y cumplir así, con los requerimientos de la Resolución 3047 de 2008, emanada por el Ministerio de la Protección Social.

Esto obliga a la institución a implementar medidas de evaluación y seguimiento que permitan el control de sus procesos, la vigilancia al uso racional de los recursos y lo más importante el mejoramiento continuo.

Con base en lo anterior, se hace necesario realizar el diagnóstico y análisis del Subproceso y los procedimientos de facturación de servicios en salud, para establecer las principales causales de las glosas y devoluciones que en la actualidad existen en la institución, según el informe presentado por el área de Glosas a la Junta Gerencia de la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez, el cual corresponde al periodo comprendido entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del año 2010; para lo que se requiere continuamente del

suministro de información tal como: el valor de la glosa, la distribución por entidad responsable del pago, el motivo de la objeción, el histórico y el seguimiento entre otros.

Además de la realización de un estudio exploratorio en el cual se determinen las falencias más incidentes y recurrentes tanto en el proceso como en los procedimientos de facturación de servicios prestados por la E.S.E, esto con el fin diseñar un plan de mejoramiento que contemple estrategias correctivas y preventivas que contribuyan a aumentar los niveles de eficiencia y eficacia del área de facturación y por ende del Hospital en general, todo esto de conformidad con las exigencias del Ministerio de la Protección Social.

2.5 MARCO TEÓRICO

Basados en los “tres ejes estratégicos de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, accesibilidad, calidad y eficiencia,” expedida en el año 2005 por el Ministerio de la Protección Social.

1. Accesibilidad a los servicios de salud, entendida como la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud, con el sistema de prestación de servicios. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud Ministerio de la Protección Social, (2005, p, 20)

2. La calidad de la atención de salud se entiende como la provisión de servicios accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario

El eje de calidad en la política de prestación de servicios se concibe como un elemento estratégico que se basa en dos principios fundamentales: el mejoramiento continuo de la calidad y la atención centrada en el usuario. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud Ministerio de la Protección Social, (2005, p, 24)

3. La eficiencia en esencia, se refiere a la obtención de los mayores y mejores resultados, empleando la menor cantidad posible de recursos.

Si existen dos estrategias de asistencia, igualmente eficaces o efectivas, la menos costosa es la más eficiente. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Ministerio de la Protección Social, (2005, p, 28)

Y una vez identificada la problemática de facturación existente en la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez del Municipio de Bello Antioquia, y soportados en teorías relacionadas con diagnóstico y análisis, se determinarían las debilidades y amenazas con el fin de diseñar un plan de mejoramiento que conduzcan a convertir estas en nuevas fortalezas y oportunidades, tanto para el área de facturación como para el Hospital en general, contribuyendo de esta forma con su equilibrio financiero, administrativo y operativo.

Es entonces, cuando se debe tener presente que para facilitar el proceso de toma de decisiones, acertadas dentro de una empresa, se hace necesario determinar la situación actual de la misma obteniendo la máxima información de esta, según Sainz, (1993, p.5) existen "tres aspectos para determinar lo que se denomina "Diagnóstico de la Empresa"; el cual ayudará a conocer la posición competitiva de la empresa (qué situación actual tiene la empresa en sí misma y frente a la competencia) y formulación de la estrategia (decisión a largo plazo) adecuada. Estos tres aspectos son:

- 1) El diagnóstico financiero.

- 2) Diagnóstico de gestión o funcional.
- 3) Diagnóstico estratégico o análisis estratégico.

La metodología a utilizar en primera instancia debe ser el diagnóstico estratégico el cual permitirá obtener y clasificar la información necesaria del objeto de estudio, para la acertada toma de decisiones y posteriormente, se deberá demostrar que esta metodología es utilizable tanto para las empresas con o sin ánimo de lucro, público o privado.

Incluso, para realizar el diagnóstico y análisis se requiere de un estudio de la organización tanto externa como internamente, según Sainz (1993, p.7) "El primero se encargará de encontrar y clasificar las variables y de buscar influencias de variables sobre las que los sujetos decisores de una empresa poco pueden influir, es decir, le vienen dadas en la toma de decisiones. El segundo, el análisis interno, tratará de encontrar, clasificar, buscar influencias y relaciones, entre variables sobre las que el sujeto decisor tiene un mayor control".

Al respecto Koontz (1970, p.19), dice:

El método científico envuelve la determinación de hechos a través de la observación de sucesos o cosas y la verificación de la exactitud de estos hechos mediante observaciones continuadas. Después de la clasificación y análisis de los hechos, el científico busca y encuentra algunas relaciones causales que él cree son verdaderas.

Tales generalidades llamadas hipótesis, son entonces probadas para verificar su exactitud. Cuando se encuentra que las hipótesis son ciertas y que reflejan o explican la realidad y en consecuencia sirven para predecir qué ocurrirá en circunstancias similares, son llamadas principios.

Para ello, “el análisis de oportunidades y amenazas ha de conducir al análisis DOFA, el cual permitirá a la organización definir estrategias para aprovechar sus fortalezas, revisar y prevenir el efecto de sus debilidades, anticiparse y prepararse para aprovechar las oportunidades y prevenir oportunamente el efecto de las amenazas”. Serna, (2000, p. 23)

Cabe resaltar que en la “realización del DOFA son muchas los factores que pueden intervenir, por ello, en su identificación y estudio es indispensable priorizar cada uno de los indicadores o variables definiéndolos en términos de su importancia y del impacto en el éxito o fracaso de una organización”. Serna, (2000, p. 24)

Este sentido, la realización del DOFA “supone la participación activa de los actores organizacionales, la obtención permanente de información sobre sus factores claves de éxito, su revisión, monitoria y ajustes periódicos para que se convierta en un estilo de gestión que haga de la organización un ente proactivo y anticipatorio”. Serna, (2000, p. 29).

Retomando los conceptos sobre análisis, es conveniente destacar la posición de José Vilar (1997, p.26), es su libro “Cómo implementar y Gestionar la Calidad Total”, donde

resalta la importancia que tiene el análisis de las actividades departamentales al interior de una organización, las cuales se constituyen en la base para el diseño e implementación de un plan de mejora, mediante la determinación de cuál es la razón de la existencia de esta, a quién sirve y por quién es servida.

Así mismo, plantea Vilar (1997) "el análisis de los procesos de gestión describe de forma completa los procesos de la organización, estableciendo el escenario necesario para la vigilancia eficaz y el control de esos procesos". La efectividad en el control da paso a la resolución de los problemas dando lugar a la mejora en los procesos y procedimientos que se ejecutan en el área o empresa a intervenir, haciendo énfasis en lograr soluciones prácticas y duraderas. (p.26).

Vilar et al (1997) al respecto, resalta que:

El análisis de procesos de gestión enfoca su atención en procesos individuales para determinar su grado de funcionamiento y localizar áreas potenciales de control y mejora. Puede utilizarse en una única división y entre divisiones, así como en pequeños departamentos o para única persona. Implica la descripción por completo de cada proceso, incluyendo la creación de flujograma para documentar su funcionamiento. La resolución de problemas es parte integral de todos los proyectos de mejora. Se identifican áreas de problemas mediante tormenta de ideas, análisis de actividades departamentales, análisis de procesos de gestión. (p.39)

Por consiguiente, “el objetivo del análisis de los procesos de gestión es identificar las formas de mejorar la eficiencia de procesos a la hora de satisfacer las necesidades de los clientes, al mismo tiempo que se elimina el despilfarro de materiales, tiempo y dinero. De esta forma se mejora la posición competitiva de la empresa aumentando la adaptabilidad de los procesos a las necesidades cambiantes del mercado, traducidas en necesidades cambiantes de los clientes.” Vilar, (1997, p. 39).

De igual forma, López, Urrea, Navarro, (2006) en el documento “Aplicación de la Teoría de Restricciones (TOC) a la gestión de facturación de las Empresas Sociales del Estado, E.S.E; Una contribución al Sistema de Seguridad Social en Colombia” de la revista Innovar vol.16 no.27, del año 2006; abordan un tema similar al objeto de estudio de la presente investigación “Los Hospitales Públicos en Colombia, denominados Empresas Sociales del Estado, E.S.E, Prestadoras de Servicios de Salud, mantienen conflictos con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS)”. (p. 2).

Igualmente, López, Urrea, Navarro et al (2006) deliberan:

¿Podría subsistir financieramente un hospital cuando invierte cuantiosos recursos para prestar servicios médicos y hospitalarios cuyos pagos le son retribuidos tardíamente, seis meses después?”. Este cuestionamiento es sin lugar a dudas la razón principal para la realización de este estudio, dado que esta situación analizada desde una óptica de la administración y el manejo eficiente de los recursos de una entidad, denota que

existen serios problemas en el manejo financiero de la empresa y que si bien es cierto pueden en un momento determinado no ser muy representativos con el tiempo si se constituirán en una de las grandes debilidades de la empresa poniendo en jaque su rentabilidad y sostenibilidad en el mercado. (p. 3).

Incluso, López, Urrea, Navarro et al (2006) enuncian que:

Existe un problema estructural en los hospitales públicos del país, que consiste en suministrar servicios por anticipado y recaudar los pagos correspondientes aproximadamente 180 días después. 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 los hospitales tiene que 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. (p. 3).

Estos retrasos en los pagos de los servicios previamente prestados y la devolución constante de facturas como respuesta a la ineficacia en el proceso interno de facturación llevado a cabo por los hospitales, representa una disminución en el flujo de caja y sobrecostos en el funcionamiento de la entidad “de subsanarse este factor interno, las

administradoras de los regímenes de salud, EPS y ARS, no tendrían motivo alguno para objetar las cuentas. Por lo tanto, la gestión de cobranza del hospital podrá adoptar medidas tendientes a recoger la cartera morosa sin ningún reparo por parte de la entidad contratante del servicio de salud.” (López, Urrea, Navarro, et al (2006, p. 3).

3. CAPÍTULO I: EVALUACIÓN DEL PROCESO Y LOS PROCEDIMIENTOS DE
FACTURACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS POR LA E.S.E HOSPITAL
MARCO FIDEL SUÁREZ DEL MUNICIPIO DE BELLO ANTIOQUIA.

	E.S.E HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ COMPROMISO DE VIDA		Fecha de Elaboración:	08 de septiembre de 2009.
			Fecha de actualización:	21 de septiembre de 2009.
	MACRO PROCESO :	Apoyo.	CÓDIGO:	
	APROBADO POR:	Gerencia General.		
	REVISADO POR:	Área de Calidad.		
DATOS	ELABORADO POR:	Gustavo Adolfo Medina Arango, estudiante U de A		
	MEJORADO POR:	Diana Milena Parra Zapata y Paula Andrea Pérez Palacio, estudiantes de UNIMINUTO, 2011		
PROCESO:	Gestión Financiera.	CÓDIGO		
SUBPROCESO:	Facturación.	CÓDIGO		
PROCEDIMIENTO:	Facturación de Servicios de Salud en el área de Urgencias.	CÓDIGO		
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:	Facturar el 100% de los servicios de salud que demanda el usuario por el servicio de urgencias.			
RESPONSABLE:	Técnico en facturación, auxiliar de admisiones, auxiliar de facturación, auxiliar de enfermería, enfermera profesional, médico y/o especialista, auditor auxiliar de cuentas, auxiliar de preparación de cuentas.			

ALCANCE:	Inicia con la solicitud del servicio de urgencias, seguidamente con la verificación de documentos y la validación de derechos y finaliza con la prestación del servicio, su factura respectiva, hospitalización del paciente o remisión de éste a otra institución.		
SUBPROCESOS RELACIONADOS		RESULTADOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Asistenciales. • Tesorería. • Cartera. • Gerencia. 		<ul style="list-style-type: none"> • Correcta validación de los derechos de usuarios. • Datos del usuario debidamente ingresados en el software. • Adecuado manejo de los documentos. • Verificación de los servicios prestados. • Facturación y cobro de los servicios. 	
ENTRADAS	PROVEEDORES	CONDICIONES	
<ul style="list-style-type: none"> • Reglamentación externa e interna vigentes. • Software "Dinámica Gerencia" • Bases de datos de las EPS, ARS, SSSA. • Manuales Tarifarios. • Documentación del paciente. • Recursos físicos y tecnológicos • Papelería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usuario. • Módulo de Admisiones de facturación. • Cartera del software "Dinámica Gerencia". 	<ul style="list-style-type: none"> • El solicitante debe presentar los documentos que permiten la comprobación del derecho. • Documento de Identificación. 	
EVALUACIÓN DEL SUBPROCESO DE FACTURACIÓN DE URGENCIAS			
ACTIVIDADES	COMO SE DEBEN REALIZAR LAS ACTIVIDADES	COMO SE ESTAN HACIENDO LAS ACTIVIDADES	OBSERVACIONES
1. Admisión del paciente al servicio de urgencias.	Se atiende al paciente, se le reciben los documentos de identificación y pasa a ser atendido por el funcionario asistencial de turno para su clasificación de acuerdo al sistema	Se realiza conforme a lo descrito.	

	<p>TRIAGE.</p> <p>Nota: En caso de que la valoración del TRIAGE indique ser una urgencia se pasa al servicio, de lo contrario se le da la respectiva salida del mismo.</p>		
<p>2. Verificación de documentos y validación de derechos.</p>	<p>a. Validación de los datos del paciente con su número de identificación en el software o base de datos suministrada por las Administradoras de Planes de Beneficios: EPS, ARS, DSSSA, FOSYGA, ARP.</p> <p>b. Solicitud de código de atención en urgencias según corresponda con las diferentes Empresas Administradores de Planes de Beneficios (EAPB) a la pertenece el Paciente.</p> <p>Nota: En aquellos casos donde no se encuentre el paciente con algún tipo de vinculación o doble afiliación al SGSSS se atenderá como Paciente Particular.</p> <p>1. Si el paciente al momento de la atención manifiesta no tener</p>	<p>a. No se verifica que la información que arrojan las bases de datos sea actualizada, especialmente el estado de afiliación del paciente y la ERP.</p> <p>b. Si se solicita código de autorización de atención pero no se envía inmediatamente el anexo correspondiente a la ERP.</p> <p>c. En los casos de accidentes de tránsito, se le presta la atención al paciente sin la denuncia y se le hace firmar un pagare el cual es emitido por los facturadores.</p>	<p>1. Se debe verificar que la información suministrada por las bases de datos, correspondan al estado de afiliación actual del paciente, en caso de existir alguna variación esta se debe realizar en el ingreso del paciente.</p> <p>2. Se debe tener especial cuidado de no olvidar pedir e ingresar en la factura los códigos de autorización de servicios asignados por las ERP, así como el nombre del funcionario que lo asigno; esto seguido del correcto diligenciamiento y envío de los anexos a la misma entidad.</p>


	<p>dinero para pagar el servicio particular deberá diligenciar un pagare emitido por el funcionario de Cartera presente en el Área.</p> <p>2. En los casos de accidentes de tránsito se debe solicitar copia del denuncia emitido por la autoridad competente. Si no se ha realizado el denuncia se le informará al paciente o acompañante que debe hacer. En caso de que el paciente o acompañante no están en condiciones de realizar el respectivo trámite se le pedirá autorización por escrito para que el mensajero de la institución lo realice.</p>		<p>3. Los pagarés son realizado por el personal de facturación, no de cartera como debe ser.</p> <p>4. Se le debe informar a los pacientes que llegan por accidentes de tránsito los documentos requeridos de dicha atención.</p>
<p>3. Ingresar y abrir Historia Clínica.</p>	<p>a. Ingresar los datos del paciente y procede a verificar si tiene historia clínica. Una vez comprobado que tiene asignado número de Historia Clínica se procede a verificar los datos.</p> <p>b. Si no se encuentra número de historia clínica se procede a ingresar el paciente como nuevo en el aplicativo (RIPS).</p>	<p>Solo se verifica si tiene historia clínica, no actualización los datos del personales del paciente.</p>	<p>Se deben verificar y actualizar los datos personales del paciente, existentes en la historia clínica.</p>

4. Iniciar hoja de Gastos, EPICRISIS, y demás soportes.	Se le entrega la hoja de gastos, EPICRISIS y demás soportes al Profesional de turno para que haga el registro de todos los procedimientos realizados al paciente en el procedimiento asistencial y su verificación.	No se realiza este paso, dado que el profesional de turno es quien diligencia en su totalidad la hoja de gastos, EPICRISIS y demás soportes necesarios para la atención del paciente.	Se requiere mayor compromiso del personal médico y asistencial en el diligenciamiento de los respectivos soportes, tanto en caligrafía como en el lleno total de los requisitos, diagnósticos, procedimientos entre otros.
5. Entrega de soportes para facturar.	Una vez terminado el procedimiento asistencial el profesional responsable de la atención procede a entregar al auxiliar de Facturación la EPICRISIS con su Hoja de gastos y órdenes médicas (Altas o Remisión) y demás documentos que soporten la atención debidamente diligenciados.	No se realiza este paso, dado que es el paciente el que llega con todos los documentos soportes para que se le realice la respectiva facturación de los servicios que se le prestaron.	Esta documentación debe ser entregada por la parte asistencial (enfermeras) evitando la pérdida de los soportes de la atención.
6. Liquidar factura y cobrar valor que le corresponde al paciente (cuotas moderadoras copagos).	<p>a. Se procede a generar la liquidación del ingreso y todos los procedimientos a que haya lugar a cobro cargando estos el sistema Dinámica Gerencial.</p> <p>b. Verifica los procedimientos en la Historia Clínica, Hoja de Trabajo y demás soportes y se procede a realizar el respectivo cobro al</p>	a. Este paso está sujeto a la cantidad de pacientes en espera de ser atendidos, es decir si hay poco público se liquida y se emite la factura, asignándole el valor correspondiente al copago o cuota moderadora, pero si la cantidad de público es mucha se le realiza al paciente un pagaré en blanco o se manda a cancelar con un dato manual emitido por el	1. En este paso se genera un cuello de botella, dado que las observaciones del paso 4) se evidencian en su totalidad en esta actividad, es decir de la omisión de datos y de mala caligrafía del personal asistencial se generan demoras, errores, sobre y

	<p>paciente y la preparación de la factura para el respectivo cobro a la Entidad Responsable de Pago.</p> <p>Nota: Cuando la Orden Médica del Profesional es de traslado a otro servicio dentro de la Institución (Hospitalización, Cirugía, etc.) Se liquida la factura y se pasa al servicio para que se continúe con el respectivo procedimiento en éste.</p> <p>1. Si la Orden médica es de Remisión se procede de acuerdo al numeral b).</p>	<p>facturador con el fin de agilizar el servicio y la respectiva factura es realizada en el momento que el facturador tenga tiempo de hacerla así el paciente ya haya sido dado de alta.</p>	<p>subfacturación; es decir esta se constituye en una de las principales causas de glosas y refacturación.</p> <p>2. La factura se debe liquidar inmediatamente el paciente sea remitido a otro servicio y en caso que este sea dado de alta esta debe ser emitida en el mismo momento, es decir estos ingresos no deben quedar abiertos, ni las facturas deben quedar pendientes por realizar, dado que es muy alta la probabilidad de que estos documentos se extravíen.</p>
<p>7. Digitar el dinero recibido o crear pagare y Emitir factura.</p>	<p>Digitar la factura verificando el dinero recibido con el valor de la factura y se procede a imprimir las respectivas copias que se les entregaran al paciente y a las respectivas aseguradoras para su cobro y sustentación del servicio prestado.</p> <p>Nota: Si el paciente no cuenta con el dinero se genera un pagare donde se comprometa a realizar el pago respectivo en un plazo determinado, anexándole</p>	<p>Este paso no se realiza, dado que el facturador no recibe dinero, el pago de las facturas se hace en la caja y esta depende del área de Tesorería de la E.S.E. Hospital Marco Fidel Suárez.</p>	<p>En caso de no poder emitir factura, el facturador hace un pagaré al paciente que respalde el pago de los servicios prestados por la E.S.E.</p>

	copias de su documento de Identidad.		
8. Emitir RIPS.	Se generan los RIPS como registro y control y para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	El facturado alimenta el sistema para obtener los RIPS, pero estos son emitidos finalmente por el preparador de cuentas.	Diligenciar correctamente los datos de la admisión del paciente, con el fin de disminuir el margen de error de estos.
SALIDAS		CLIENTES	RIESGOS
<p>Factura individual por paciente por concepto de servicios prestados a un paciente y cumpliendo los requisitos que exige el contratante en cuanto a presentación, soportes, fechas, liquidación, formatos, etc.</p> <p>Reportes a la gerencia, a las áreas administrativas y a las áreas médicas.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Aseguradora. • Usuario. • Facturación. • Personal asistencial y administrativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anulación de facturas. • Refacturación. • Identificación del usuario. • Diligenciamiento y firmas de las Epicrisis, demás soportes.
INDICADORES		PUNTOS DE CONTROL	
<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de citas facturadas por Urgencias. • Porcentaje de consultas facturadas. • Porcentaje de inter consultas facturadas. • Numero de facturas anuladas. • Porcentaje de citas facturada por entidad. 		<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del Usuario. • Verificación de documentos y validación de derechos. • Solicitud de códigos de autorizaciones. • Verificación de soportes y órdenes medicas debidamente diligenciadas y firmadas por el profesional. 	

Tabla No.1 Evaluación Servicio de Urgencias

	E.S.E HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ COMPROMISO DE VIDA		Fecha de Actualización:	21 de septiembre de 2009
	MACRO PROCESO :	Apoyo.	CÓDIGO:	
	APROBADO POR:	Gerencia General.		
	REVISADO POR:	Área de Calidad.		
	ELABORADO POR: MEJORADO POR:	Gustavo Adolfo Medina Arango, estudiante U de A. Diana Milena Parra Zapata y Paula Andrea Pérez Palacio, estudiantes de UNIMINUTO, 2011.		
PROCESO:	Gestión Financiera.		CÓDIGO:	
SUBPROCESO:	Facturación.		CÓDIGO:	
PROCEDIMIENTO:	Facturación de Servicios de Salud en el área de Hospitalización.		CÓDIGO:	
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:	Facturar el 100% de los servicios de salud que demanda el usuario en las diferentes unidades de servicios de Hospitalización.			
RESPONSABLE:	Auxiliar de facturación.			
ALCANCE:	Empieza con la orden de Hospitalización emitida por la especialista, continua con la verificación de datos y validación de derechos y finaliza con la autorización de alta del paciente, liquidación de la factura y emisión de la misma.			
SUBPROCESOS RELACIONADOS			RESULTADOS	
<ul style="list-style-type: none"> Asistenciales. Tesorería. Cartera. Gerencia. 			<ul style="list-style-type: none"> Correcta validación de los derechos de usuarios. Datos del usuario debidamente ingresados en el software. Adecuado manejo de los documentos. Verificación de los servicios prestados. Facturación y cobro de los servicios. 	

ENTRADAS	PROVEEDORES	CONDICIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Reglamentación externa e interna vigentes. • Software "Dinámica Gerencia" • Bases de datos de las EPS, ARS, SSSA. • Manuales Tarifarios. • Documentación del paciente. • Recursos físicos y tecnológicos, • Papelería 	<ul style="list-style-type: none"> • Usuario • Profesional responsable de la atención. • Módulo de Admisiones de facturación. • Cartera del software "Dinámica Gerencial". • Alta o remisión del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • El solicitante debe presentar los documentos que permiten la comprobación del derecho. • Documento de Identificación. • Orden de especialista emitida por el especialista.

EVALUACIÓN DEL SUBPROCESO DE FACTURACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

ACTIVIDADES	COMO SE DEBEN REALIZAR LAS ACTIVIDADES	COMO SE ESTAN HACIENDO LAS ACTIVIDADES	OBSERVACIONES
<p>1. Verificar la admisión y los documentos soportes del paciente en el servicio de Hospitalización.</p>	<p>El auxiliar administrativo de facturación recibe de la auxiliar de enfermería la hoja de admisión, la orden de hospitalización y demás soportes que le permitan hacer la verificación de datos y validación de derechos.</p> <p>Nota: Una vez realizada la actividad anterior, el auxiliar de facturación debe realizar el trámite administrativo ante la ERP que corresponda para solicitar el código de atención en hospitalización.</p> <p>1. Diariamente a las 7:00 a.m. el auxiliar administrativo de facturación en el servicio recoge los ingresos en admisiones de</p>	<p>Se realiza conforme a lo descrito.</p>	<p>Se debe verificar que los documentos soportes de la atención si estén diligenciados correctamente.</p>

	urgencias, correspondientes a los pacientes que ingresaron el día anterior, durante la noche.		
2. verificación de datos y validación de derechos en el sistema y autorización del servicio.	<p>Validación de los datos del paciente con su número de identificación en el software Dinámica Gerencial y bases de datos suministradas por las administradoras de planes de beneficios: EPS, ARS, DSSSA, FOSYGA, ARP.</p> <p>Nota: Si el paciente presenta alguna inconsistencia en cuanto a papelería ponerse en contacto con el familiar para las alertas necesarias.</p> <p>1. Si el paciente es particular se le debe solicitar hacer un abono a la prestación del servicio.</p>	Se realiza conforme a lo descrito.	Se verifica nuevamente los datos de afiliación del paciente, y se actualizan en el ingreso con el fin de eliminar errores cometidos por los procesos de admisión de urgencias y consulta externa.
3. Ingresar y abrir historia clínica.	Se ingresan los datos del paciente y se procede a verificar si tiene historia clínica. Una vez comprobado que tiene asignado número de historia clínica se procede a verificar los datos.	En este paso no se abren historias clínicas, ya que estos pacientes vienen direccionados de otras dependencias, donde ya les han iniciado la respectiva historia clínica; pero si se actualizan los datos del paciente.	Se verifican nuevamente los datos personales del paciente, y se actualizan en el ingreso, con el fin de eliminar errores cometidos por los procesos de admisión de urgencias y consulta externa.


<p>4. Iniciar hoja de Gastos, EPICRISIS, y demás soportes.</p>	<p>a. Se le entrega la hoja de gastos diaria para los pacientes que permanezcan hospitalizados.</p> <p>b. Se entregan EPICRISIS y demás soportes al profesional de turno para que haga el registro de todos los procedimientos realizados al paciente en el procedimiento asistencial y su verificación.</p>	<p>No se realiza este paso, dado que el profesional de turno es quien diligencia en su totalidad la hoja de gastos, EPICRISIS y demás soportes necesarios para la atención del paciente.</p>	<p>Se requiere mayor compromiso del personal médico y asistencial en el diligenciamiento de los respectivos soportes, tanto en caligrafía como en el lleno total de los requisitos, diagnósticos, procedimientos entre otros.</p>
<p>5. Recepción soportes y registro de hojas de gastos de cada uno de los pacientes hospitalizados.</p>	<p>Diariamente la auxiliar de enfermería hace llegar al facturador los diferentes registros y soportes del día de cada uno de los pacientes hospitalizados.</p> <p>El auxiliar de facturación recibe toda la documentación y digita primero las de los pacientes que están de alta ese día, luego ingresa las hojas de gastos de los que se quedarán hospitalizados, para actualizarlas en el sistema Dinámica Gerencial.</p> <p>NOTA: Para los Pacientes dados de alta en el servicio se debe anexar la Epicrisis, y las hojas de gastos.</p> <p>1. Para los Pacientes que se quedan Hospitalizados solo se entrega la hoja de gastos del día).</p>	<p>Se realiza conforme a lo descrito.</p>	<p>El facturador debe ingresar y verificar diariamente tanto los procedimientos como los medicamentos que le son suministrados al paciente, esto con el fin de agilizar el servicio, además de tener más tiempo a la hora de liquidar la factura, lo que permite disminuir el porcentaje de error.</p>

<p>6. Liquidar factura y cobrar valor que le corresponde al paciente (cuotas moderadoras copagos).</p>	<p>a. Se procede a generar la liquidación de la factura verificando que este bien soportada con los registros cargados al sistema como la indica la actividad anterior.</p> <p>b. Se cargan todos los procedimientos a que haya lugar a cobro y que estén pendientes de registrar en el sistema el sistema Dinámica Gerencial.</p> <p>c. Verifica los procedimientos en la historia clínica Hoja de gastos y demás soportes y procede a realizar el respectivo cobro al paciente y la preparación de la factura para el respectivo cobro a la Entidad Responsable de Pago.</p> <p>Nota: Cuando la orden médica del profesional es de traslado a otro servicio dentro de la Institución (Cirugía, etc.) Se liquida la factura y se pasa al servicio para que se continúe con el respectivo procedimiento en éste.</p> <p>1. Si la orden médica es de remisión se procede de acuerdo al numeral c.</p>	<p>En este paso se cumple a cabalidad exceptuando cuando hay que realizar la partición de cuentas.</p>	<p>El proceso de dificulta, ya que los facturadores no son idóneos para realizar la partición de cuentas, esto lo debe orientar auditoría médica, quienes sólo laboran de lunes a viernes.</p> <p>Otro factor que dificulta la liquidación de la factura de hospitalización oportunamente, es el hecho de confrontar los medicamentos que el área de farmacia ha cargado al ingreso del paciente vs los suministrados y soportados en la hojas de tratamientos.</p> <p>Esto dado que para un medicamento sea cargado o descargado a la historia del paciente, se debe esperar que farmacia lo realice, demorando así la facturación.</p>
--	--	--	--

<p>7. Digitar el dinero recibido o crear pagare y Emitir factura.</p>	<p>Digitar la factura verificando el dinero recibido con el valor de la factura y se procede a imprimir las respectivas copias que se les entregaran al paciente y a las respectivas aseguradoras para su cobro y sustentación del servicio prestado.</p> <p>Nota: Si el paciente no cuenta con el dinero se genera un pagare donde se comprometa a realizar el pago respectivo en un plazo determinado, anexándole copias de su documento de identidad.</p>	<p>Este paso no se realiza, dado que el facturador no recibe dinero, el pago de las facturas se hace en la caja y esta depende del área de Tesorería de la E.S.E. Hospital Marco Fidel Suárez.</p> <p>Se emite la factura inmediatamente en el caso que no requiera partición de cuentas.</p>	<p>En caso de no poder emitir factura, el facturador hace un pagaré al paciente que respalde dicho servicio.</p>
<p>8. Emitir RIPS.</p>	<p>Se generan los RIPS como registro y control y para dar cumplimiento a la normatividad vigente.</p>	<p>El facturado alimenta el sistema para obtener los RIPS, pero estos son emitidos finalmente por el preparador de cuentas.</p>	<p>Diligenciar correctamente los datos de la admisión del paciente, con el fin de disminuir el margen de error de estos.</p>
SALIDAS		CLIENTES	RIESGOS
<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de admisión con todos los registros de autorizaciones las Aseguradoras. • Epicrisis. • Servicios cargados en el software. • Factura elaborada. • Recibo de caja y/o cuenta por cobrar a particulares. • Factura impresa. • Reportes a la gerencia, a las áreas administrativas y a las áreas médicas. 		<ul style="list-style-type: none"> • Aseguradora. • Usuario. • Facturación Central. • Personal asistencial y administrativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Anulación de facturas. • Refacturación. • Identificación del Usuario. • Diligenciamiento y firmas de las EPICRISIS, demás soportes. • Inconsistencias en la papelería de usuario.

INDICADORES	PUNTOS DE CONTROL
<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de facturación en Hospitalización. • Promedio de exámenes, medicamento, procedimientos, etc., facturados en Hospitalización. • Promedio de altas generadas por día. • Numero de facturas anuladas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del usuario. • Verificación de documentos y validación de derechos. • Solicitud de códigos de autorizaciones. • Verificación de soportes y ordenes medicas debidamente diligenciadas y firmadas por el profesional • Entrega de historia clínica

Tabla No.2 Evaluación Servicio de Hospitalización

	E.S.E HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ COMPROMISO DE VIDA		fecha de elaboración:	2006.
			fecha de actualización:	2006.
	MACRO PROCESO :	Apoyo.	CÓDIGO:	
	APROBADO POR:	Gerencia General.		
	REVISADO POR:	Área de Calidad.		
DATOS	ELABORADO POR:	Gustavo Adolfo Medina Arango, estudiante U de A.		
	MODIFICADO POR:	Diana Milena Parra Zapata y Paula Andrea Pérez Palacio, estudiantes de UNIMINUTO, 2011.		
PROCESO:	Gestión Financiera.		CÓDIGO:	
SUBPROCESO:	Facturación de Servicios de Salud de Ayudas Diagnosticas.		CÓDIGO:	
OBJETIVO DEL SUBPROCESO:	Facturar Servicios de Salud de Ayudas Diagnosticas (Laboratorio e Imagenología).			
RESPONSABLE:	Coordinador de facturación.			
ALCANCE:	Áreas de facturación central.			
ENTRADAS		PROVEEDORES	CONDICIONES	
<ul style="list-style-type: none"> • Orden médica • Documento de identidad y carne de afiliación al SGSSS • Módulo de facturación, software Dinámica Gerencial • Software Dinámica Gerencial, módulo de admisiones. 		<ul style="list-style-type: none"> • Médico o especialista que expide orden médica. • Usuario que demanda nuestros servicios de ayudas diagnósticas. • Hoja de ingreso (Admisión) del 	<ul style="list-style-type: none"> • Médico, especialista, Auxiliar de administración de laboratorio, Auxiliar de laboratorio, aseguradoras, auditor de cuentas, preparador de cuentas, auxiliar de cartera, Técnica en tesorería, contador. • Espacio físico, muy reducido donde funciona el puesto facturación de laboratorio y la secretaria de imagenología. 	

		<p>software "Dinámica Gerencial".</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orden de servicios con las pruebas de laboratorio digitadas. • Factura impresa con los soportes exigidos para el cobro exitoso. 	
EVALUACIÓN DEL SUBPROCESO DE FACTURACIÓN DE LABORATORIO Y RAYOS X			
ACTIVIDADES	COMO SE DEBEN REALIZAR LAS ACTIVIDADES	COMO SE ESTAN HACIENDO LAS ACTIVIDADES	OBSERVACIONES
1. Instruir al paciente que presenta la orden médica sobre los requisitos que debe cumplir para acceder a los servicios de ayudas diagnósticas en nuestra institución.	El auxiliar de administración, teniendo en cuenta la seguridad social del paciente le indica los documentos que debe presentar el día en que se va a realizar las pruebas. Y el dinero (cuota moderadora, copago...) que debe traer para prestarle el servicio. Si es una ayuda diagnóstica que requiere cita se remite a la secretaria de RX.	Se realiza conforme a lo descrito.	Este paso no hace parte del subproceso de facturación, es más administrativo. (Centro Regulador).
2. Verificar si el paciente tiene historia clínica en la institución, si tiene se actualiza, de lo contrario se procede a	El auxiliar de administración, teniendo en cuenta la seguridad social del paciente le indica los documentos que debe presentar el día en que se va a realizar las pruebas. Y el dinero (cuota moderadora, copago...) que debe traer para prestarle el servicio.	El facturador verifica si el paciente tiene historia clínica, si no la tiene, se crea.	Se debe verificar y actualizar el estado de afiliación y los datos personales en el sistema.

la apertura de ella.	Si es una ayuda diagnóstica que requiere cita se remite a la secretaria de RX.		
3. Digitar los exámenes solicitados por el médico y/o especialista.	Antes de liquidar la factura, se verifica por medio de la prefectura que corresponda lo facturado con la orden médica y/o autorización de la EPS.	Se realiza conforme a lo descrito.	Verificar que estén todos los documentos soportes para facturar, fechas vigentes, que la orden este dirigida a la E.S.E y que el contrato con la institución este vigente.
4. Liquidar la factura y realizar recibo de caja.	Se cobra el copago, cuota moderadora o el total de la factura, según el caso; Se imprime la factura, la original se anexa a la fotocopia del documento de identidad, fotocopia del carné, orden médica y demás requisitos exigidos por la aseguradora para hacer efectivo el pago; El paciente debe firmar la factura.	Se realiza conforme a lo descrito.	Anexar los documentos soportes de la factura.
5. Imprimir listado de la facturación del día por paciente del software y se corrobora la existencia de todas las facturas.	Se corrobora que las facturas existentes si estén en el listado, se entregan a cuentas médicas las facturas, y el dinero en la oficina de tesorería o se deposita en la caja fuerte de la institución.	Se corroboran las facturas existentes con el listado y se entregan al área de facturación central. En este servicio no se recibe dinero, el manejo del dinero lo hace tesorería.	
SALIDAS		CLIENTES	RIESGOS
<ul style="list-style-type: none"> • Usuario con indicaciones claras sobre la documentación que debe presentar para que se le presente el servicio. • Usuario con datos personales y de 		<ul style="list-style-type: none"> • Laboratorio clínico. • Imagenología • Ayudas de apoyo terapéutico. • Preparación de cuentas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anulación de facturas • Refacturación • Identificación del usuario • Falta soportes. • Inconsistencias en la

<p>aseguramientos correctos en el software.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de ayudas diagnósticas digitadas con su respectivo valor. • Factura liquidada y recibo de caja elaborado. • Recepción de facturas en auditoria y preparación de cuentas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Archivo clínico. • Facturación. • Admisiones. • Estadística • Usuario. • Facturación central • Aseguradoras. 	<p>papelería de usuario</p>
INDICADORES		PUNTOS DE CONTROL
<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de facturación en rayos x y laboratorio. • Promedio de exámenes facturados en ayudas diagnósticas. • Numero de facturas anuladas y devueltas por día. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del usuario. • Verificación de documentos y validación de derechos. • Solicitud de códigos de autorizaciones. • Verificación de soportes y órdenes medicas debidamente diligenciadas y firmadas por el profesional. 	

Tabla No.3. Evaluación Servicio de Ayudas Diagnósticas y Laboratorio


	E.S.E HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ COMPROMISO DE VIDA		fecha de elaboración:	2006.	
			fecha de actualización:	2006.	
	DATOS	MACRO PROCESO :	Apoyo.	CÓDIGO:	
		APROBADO POR:	Gerencia General.		
		REVISADO POR:	Área de Calidad.		
ELABORADO POR:		Gustavo Adolfo Medina Arango, estudiante U de A.			
	MEJORADO POR:	Diana Milena Parra Zapata y Paula Andrea Pérez Palacio, estudiantes de UNIMINUTO, 2011			
PROCESO:	Gestión Financiera.		CÓDIGO:		
SUBPROCESO:	Facturación de Servicios de Salud Consulta Externa.		CÓDIGO:		
OBJETIVO DEL SUBPROCESO:	Facturar las Consultas Médicas realizadas a los pacientes por la E.S.E.				
RESPONSABLE:	Auxiliar de Facturación.				
ALCANCE:	Admisiones Facturación Central.				
ENTRADAS		PROVEEDORES		CONDICIONES	
<ul style="list-style-type: none"> Orden de cita. Documento de identidad, carné. Documentos para usuario SOAT. Documentos para la población especial Consulta de la base de datos en la página Web de la DSSA. Software Dinámica Gerencial. 		<ul style="list-style-type: none"> Cliente externo (usuario que solicita la cita) Página Web www.dssa.gov.co Página Web www.runt.gov.co Clientes internos: Área médica y asistencial, archivo clínico, citas médicas, centro regulador, programación de cirugía. 		<p>Software dinámica gerencial e impresora Flujo adecuado de información entre el Técnico en estadística, los auxiliares de citas médicas, sistemas y admisiones de consulta externa.</p> <p>Puestos de trabajo cómodos, con la dotación de muebles y enseres necesaria y que cumplan con los requerimientos de Salud ocupacional.</p>	

EVALUACIÓN DEL SUBPROCESO DE FACTURACIÓN DE CONSULTA EXTERNA			
ACTIVIDADES	COMO SE DEBEN REALIZAR LAS ACTIVIDADES	COMO SE ESTAN HACIENDO LAS ACTIVIDADES	OBSERVACIONES
1. Verifica que la cita esté asignada.	Consulta en el software "dinámica Gerencial", Módulo de citas médicas.	Este paso no se realiza, dado que el facturador no verifica si la cita está asignada, en el caso que se haya solicitada por teléfono.	Se debe corroborar en el sistema que la cita efectivamente está asignada al paciente.
2. Derechos comprobados.	Proceder de acuerdo a las guías de atención de cada uno de los contratos suscritos con las diferentes aseguradoras.	Este paso se realiza, conforme a lo descrito.	Se debe verificar el estado de afiliación del paciente y en caso de alguna modificación actualizarlo en el sistema, además tener claro la documentación requerida por cada ERP.
3. Abrir o actualizar el ingreso del paciente en el software.	Registrar en el software la información certera del paciente en lo referente a datos de afiliación, datos personales y datos del acudiente; además se da apertura del ingreso con la entidad o persona natural que se hará cargo de la cuenta.	Este paso no se realiza, en su totalidad, dado que por cuestiones de tiempo, solo se diligencia lo relacionado con la factura.	Se deben verificar los datos personales de los pacientes y en caso de alguna modificación actualizarlos en el sistema.
4. Digitar el servicio solicitado.	Verificar que corresponda lo facturado con la orden médica y/o autorización de la	Se realiza conforme a lo descrito.	Verificar que estén todos los documentos soportes para facturar, fechas vigentes, que la orden este dirigida a la E.S.E y que el

	aseguradora.		contrato con la institución este vigente.
5. Liquidar la factura.	Se evidencia que la factura esté debidamente elaborada por medio de las prefacturas y se procede a liquidarla.	Este paso no se realiza, dado que la factura se imprime luego de cargar los servicios.	Se debe verificar que la factura esta correcta antes de imprimirla.
6. Cobrar el valor que le corresponde al paciente cancelar (copagos, cuotas moderadoras).	El paciente cancela el valor que le corresponde, si no se le elabora un pagaré.	Este paso no se realiza plenamente dado que el facturador asigna el valor a cancelar por el paciente en la factura pero no recauda el dinero esto se hace en la caja, la cual depende del área de Tesorería de la E.S.E. En el área de consulta externa no se pueden realizar pagaré.	El cajero del área de tesorería, se encuentra muy retirada del área de facturación de consulta externa, razón por la cual en ocasiones los pacientes no hacen llegar a esta taquilla el recibo de pago, el cual es un documento soporte de la factura.
7. Imprime factura y recibo de caja.	Se imprime original y dos copias de la factura y el recibo de caja, se entrega una al paciente y a las demás se le anexan todos los soportes exigidos para el cobro exitoso de la misma ante las aseguradoras.	Este paso se realiza, conforme a lo descrito.	En ocasiones el área asistencial, no entrega al facturador copia de la historia clínica del paciente cuando se hace manual, la cual es un documento soporte de la factura.

SALIDAS	CLIENTES	RIESGOS
<ul style="list-style-type: none"> • Datos del paciente actualizados en el software. • Servicios y procedimientos registrados en el software y valorados. • Factura elaborada e impresa. • Recibo de caja. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente. • Área médica y asistencial. • Estadística. • Sistemas • Archivo clínico. • Tesorería. • Centro regulador. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anulación de facturas. • Refacturación. • Identificación del usuario. • Diligenciamiento de los soportes. • Inconsistencias en la papelería de usuario.
INDICADORES		PUNTOS DE CONTROL
<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de facturación de consulta externa. • Promedio de exámenes facturados en ayudas diagnósticas. • Numero de facturas anuladas y devueltas por día. 		<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del usuario • Verificación de documentos y validación de derechos. • Solicitud de códigos de autorizaciones. • Verificación de soportes y órdenes medicas debidamente diligenciadas y firmadas por el profesional.

Tabla No.4 Evaluación Servicio de Consulta Externa

	E.S.E HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ COMPROMISO DE VIDA		fecha de elaboración:	2006.
			fecha de actualización:	2006.
	MACRO PROCESO :	Apoyo.	CÓDIGO:	
	APROBADO POR:	Gerencia General.		
	REVISADO POR:	Área de Calidad.		
DATOS	ELABORADO POR:	Gustavo Adolfo Medina Arango, estudiante U de A.		
	MODIFICADO POR:	Diana Milena Parra Zapata y Paula Andrea Pérez Palacio, estudiantes de UNIMINUTO, 2011.		
PROCESO:	Gestión Financiera.		CÓDIGO:	
SUBPROCESO:	Facturación de Servicios de Salud de Ginecología.		CÓDIGO:	
OBJETIVO DEL SUBPROCESO:	Facturar eficientemente los servicios, procedimientos y medicamentos suministrado a los pacientes por parte del personal de la E.S.E en el servicio de ginecología.			
RESPONSABLE:	Auxiliar de Facturación.			
ALCANCE:	Admisión Facturación central.			
ENTRADAS		PROVEEDORES	CONDICIONES	
<ul style="list-style-type: none"> Documento de identidad o carné. Bases de datos. Registro de datos en el sistema "Dinámica Gerencial". Orden de alta, admisión, epicrisis, hoja de gastos, hoja de tratamiento, copia de documentos de identidad y RIPS. Orden de remisión, hoja de admisión, hoja de gastos, hoja de 		<ul style="list-style-type: none"> Paciente que demanda los servicios de ginecología. Área médica y asistencial Área de farmacia 	<ul style="list-style-type: none"> El solicitante debe presentar los documentos que permiten la comprobación del derecho. Documento de Identificación. Flujo adecuado de información entre auxiliar de facturación, auditoría de cuentas, auxiliar de preparación de cuentas médicas, área médica y asistencial. 	


<p>tratamiento, fotocopia de documentos de identidad y RISPS.</p> <ul style="list-style-type: none"> Orden de hospitalización, hoja de gastos, de admisión, historia clínica con soportes de atención. 		<ul style="list-style-type: none"> Puestos de trabajo cómodos, con la dotación de muebles y enseres necesaria y que cumplan con los requerimientos de Salud ocupacional. 	
EVALUACIÓN DEL SUBPROCESO DE FACTURACIÓN DE GINECOLOGÍA			
ACTIVIDADES	COMO SE DEBEN REALIZAR LAS ACTIVIDADES	COMO SE ESTAN HACIENDO LAS ACTIVIDADES	OBSERVACIONES
1. Admisión del paciente al servicio de ginecología.	Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.	Se atiende al paciente, se le reciben los documentos de identificación y pasa a ser atendido por el funcionario asistencial.	
2. Verificación de documentos y validación de derechos.	Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.	<p>Se validan los datos del paciente con su número de identificación en el software o base de datos suministrada por las Administradoras de Planes de Beneficios: EPS, ARS, DSSSA, FOSYGA, ARP.</p> <p>Nota: En aquellos casos donde el paciente no cuente con seguridad social o posea doble afiliación al SGSSS se atenderá como paciente particular y en caso que este manifieste no tener dinero el facturador le diligencia un Pagaré.</p>	Se debe verificar que la información suministrada por las bases de datos, correspondan al estado de afiliación actual del paciente, en caso de existir alguna variación esta se debe realizar en el ingreso del paciente.
3. Realización del ingreso al paciente.	Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.	Se ingresan los datos del paciente y se procede a verificar si tiene historia clínica, si no se encuentra	Se deben verificar y actualizar los datos personales y de afiliación del paciente,

		número de historia clínica se procede a ingresar el paciente como nuevo.	existentes en el ingreso.
4. Solicitud de códigos de autorización y envío de anexos a la ERP.	Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.	Se solicita código de atención para los servicios a prestar al paciente según corresponda con las diferentes Empresas Administradores de Planes de Beneficios (EAPB) a la pertenece el Paciente; además se envían los anexos correspondientes.	Se debe tener especial cuidado de no olvidar pedir e ingresar en la factura los códigos de autorización de servicios asignados por las ERP, así como el nombre del funcionario que lo asigno; esto seguido del correcto diligenciamiento y envío de los anexos a la misma entidad.
5. Recepción de soportes para liquidar factura.	Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.	Se recepciona la historia clínica, con todos los soportes de las servicios prestados al paciente (informe de anestesia, informe quirúrgico, hojas gastos, evolución, ordenes médicas, soportes paraclínicos y hojas de tratamiento).	Esta documentación debe ser entregada por la parte asistencial (enfermeras) evitando la pérdida de los soportes de la atención.
6. Digitar códigos de servicios relacionados en los soportes de facturación.	Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.	Se ingresan al sistema todos los servicios prestados por la E.S.E al paciente.	Se debe tener especial cuidado y conocimiento de los códigos asignados para cada procedimiento, con el fin de no facturar el servicio que no es.
7. Verificación los servicios cargados por otras áreas.	Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.	Se confrontan tanto los procedimientos como los medicamentos cargados en el sistema contra los soportados en los documentos recepcionados	En este paso se genera un cuello de botella, dado que la omisión de datos y la mala caligrafía del personal asistencial, genera demoras y

		en el paso anterior.	errores; esto sumado a que los medicamentos sólo los carga o descarga farmacia, resultando en ocasiones que no corresponden en su totalidad, a lo soportado en las hojas de tratamiento del paciente.
8. Liquidar factura y cobrar valor que le corresponde al paciente (cuotas moderadoras copagos).	Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.	Este paso está sujeto a la cantidad de pacientes en espera de ser atendidos, es decir si hay poco público se liquida y se emite la factura, asignándole el valor correspondiente al copago o cuota moderadora, pero si la cantidad de público es mucha se le realiza al paciente un pagaré en blanco emitido por el facturador con el fin de agilizar el servicio, y la respectiva factura es realizada en el momento que el facturador tenga tiempo de hacerla así el paciente ya haya sido dado de alta.	<p>1. La factura se debe liquidar inmediatamente el paciente sea remitido o dado de alta, es decir estos ingresos no deben quedar abiertos, ni las facturas deben quedar pendientes por realizar, dado que es muy alta la probabilidad de que estos documentos soportes se extravíen.</p> <p>2. Otra causa que dificulta el proceso, es que los facturadores no son poseen los criterios suficientes para realizar la partición de cuentas, en caso que haya lugar a ello, esto lo debe orientar auditoría médica, quienes sólo laboran de lunes a viernes.</p>
9. Emitir factura.	Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.	Se emite la factura inmediatamente, en el caso que no requiera partición de cuentas, se realiza pagaré y se deja pendiente hasta la asesoría del área de auditoría médica.	

SALIDAS	CLIENTES	RIESGOS
<ul style="list-style-type: none"> • Factura individual por paciente por concepto de servicios prestados a un paciente y cumpliendo los requisitos que exige el contratante en cuanto a presentación, soportes, fechas, liquidación, formatos, etc. • Reportes a la gerencia, a las áreas administrativas y a las áreas médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aseguradora. • Usuario • Facturación • Personal asistencial Y administrativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anulación de facturas • Refacturación • Identificación del Usuario • Diligenciamiento y firmas de las EPICRISIS, demás soportes.
INDICADORES	PUNTOS DE CONTROL	
<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de facturadas realizadas por Ginecología. • Porcentaje de ínter consultas facturadas. • Numero de facturas glosadas o devueltas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del usuario. • Verificación de documentos y validación de derechos. • Solicitud de códigos de autorizaciones. • Verificación de soportes y órdenes medicas debidamente diligenciadas y firmadas por el profesional. • Verificación de facturación de medicamentos 	

Tabla No.5 Evaluación Servicio de Ginecología

	E.S.E HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ COMPROMISO DE VIDA		fecha de elaboración:	
			fecha de actualización:	
	MACRO PROCESO :	Apoyo.	CÓDIGO:	
	APROBADO POR:	Gerencia General.		
	REVISADO POR:	Área de Calidad.		
DATOS	ELABORADO POR:	Gustavo Adolfo Medina Arango, estudiante U de A.		
	MODIFICADO POR:	Diana Milena Parra Zapata y Paula Andrea Pérez Palacio, estudiantes de UNIMINUTO, 2011.		
PROCESO:	Gestión Financiera.		CÓDIGO:	
SUBPROCESO:	Facturación de Servicios de Salud Quirúrgicas 1 y 2.		CÓDIGO:	
OBJETIVO DEL SUBPROCESO:	Facturar eficientemente los servicios, procedimientos y medicamentos suministrado a los pacientes por parte del personal de la E.S.E en el servicio de quirúrgicas 1 y 2.			
RESPONSABLE:	Auxiliar de Facturación.			
ALCANCE:	Admisiones Facturación Central.			
ENTRADAS		PROVEEDORES	CONDICIONES	
<ul style="list-style-type: none"> La auxiliar de enfermería presenta al auxiliar de facturación el ingreso del usuario que va a quedar hospitalizado en quirúrgicas. El auxiliar de facturación recoge los ingresos en admisiones de urgencias, correspondientes a los pacientes que ingresaron el día anterior y durante la noche con los documentos de identidad de los pacientes y los 		<ul style="list-style-type: none"> Médico especialista que decide hospitalizar en quirúrgicas al paciente. Auxiliar de facturación de urgencias, deposita en una estantería la documentación de los pacientes que quedaron hospitalizados en quirúrgicas. 	<ul style="list-style-type: none"> El solicitante debe presentar los documentos que permiten la comprobación del derecho. Documento de Identificación. Flujo adecuado de información entre auxiliar de facturación, auditoría de cuentas, auxiliar de preparación de cuentas médicas, área médica y asistencial, área de urgencias, área de citas médicas y farmacia. 	

<p>documentos soporte de atención (hojas de gastos, epicrisis, hojas de tratamiento).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificación de bases de datos. • Actualiza la información en el sistema Dinámica Gerencial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliares de enfermería presentan día a día hoja de gastos del usuario para actualización en el sistema y en la historia clínica. • Área de urgencias y de consulta externa que son quienes realizan los ingresos de los pacientes que quedaran hospitalizados en quirúrgicas. • Farmacia con la asignación de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puestos de trabajo cómodos, con la dotación de muebles y enseres necesaria y que cumplan con los requerimientos de Salud ocupacional.
---	---	---

EVALUACIÓN DEL SUBPROCESO DE FACTURACIÓN DE QUIRURGÍCAS 1 Y 2


ACTIVIDADES	COMO SE DEBEN REALIZAR LAS ACTIVIDADES	COMO SE ESTAN HACIENDO LAS ACTIVIDADES	OBSERVACIONES
<p>1. Verificación de admisión y documentos del paciente al servicio de Quirúrgicas.</p>	<p>Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.</p>	<p>El facturador recibe del área asistencial la hoja de admisión, la orden de hospitalización y demás soportes que le permitan hacer la verificación de datos y validación de derechos.</p> <p>Nota: Una vez realizada la actividad anterior, el facturador tramita ante la ERP que corresponda el código de atención.</p>	<p>Se debe verificar que los documentos soportes de la atención de los otros servicios estén diligenciados correctamente.</p>
<p>2. Verificación de documentos y validación de derechos.</p>	<p>Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.</p>	<p>Se validan los datos del paciente con su número de identificación en el software dinámica gerencial y bases de datos suministradas por las administradoras de planes de</p>	<p>Se deben verificar nuevamente los datos de afiliación del paciente, y se deben actualizar en el ingreso con el fin de</p>

		<p>beneficios: EPS, ARS, DSSSA, FOSYGA, ARP.</p> <p>Nota: En aquellos casos donde el paciente no cuente con seguridad social o posea doble afiliación al SGSSS se atenderá como paciente particular y en caso que este manifieste no tener dinero el facturador le diligencia un pagaré.</p>	<p>eliminar errores cometidos por los procesos de admisión de otras áreas.</p>
<p>3. Solicitud de códigos de autorización y envío de anexos.</p>	<p>Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.</p>	<p>Se solicita código de atención para los servicios a prestar al paciente según corresponda con las diferentes Empresas Administradores de Planes de Beneficios (EAPB) a la pertenece el Paciente; además se envían los anexos correspondientes.</p>	<p>Se debe tener especial cuidado de no olvidar pedir e ingresar en la factura los códigos de autorización de servicios asignados por las ERP, así como el nombre del funcionario que lo asigno; esto seguido del correcto diligenciamiento y envío de los anexos a la misma entidad.</p>
<p>4. Recepción de soportes para liquidar factura.</p>	<p>Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.</p>	<p>Se recepciona la historia clínica, con todos los soportes de los servicios prestados al paciente (informe de anestesia, informe quirúrgico, hojas gastos, evolución, ordenes médicas, soportes paraclínicos y hojas de tratamiento).</p>	<p>Esta documentación debe ser entregada por la parte asistencial (enfermeras) evitando la pérdida de los soportes de la atención.</p>
<p>5. Digitar códigos de servicios relacionados en los soportes de facturación.</p>	<p>Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.</p>	<p>Se ingresan al sistema todos los servicios prestados por la E.S.E al paciente.</p>	<p>Se debe tener especial cuidado y conocimiento de los códigos asignados para cada procedimiento ó cirugía realizada, esto con el fin de no facturar servicios que no corresponden.</p>

<p>7. Verificación de los servicios cargados por otras áreas.</p>	<p>Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.</p>	<p>Se confrontan tanto los procedimientos como los medicamentos cargados en el sistema contra los soportados en los documentos recepcionados en el paso anterior.</p>	<p>En este paso se genera un cuello de botella, dado que la omisión de datos y la mala caligrafía del personal asistencial, genera demoras y errores; esto sumado a que los medicamentos sólo los carga o descarga farmacia, resultando en ocasiones que no corresponden en su totalidad, a lo soportado en las hojas de tratamiento del paciente.</p>
<p>8. Liquidar factura y cobrar valor que le corresponde al paciente (cuotas moderadoras copagos).</p>	<p>Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.</p>	<p>Este paso está sujeto a la cantidad de pacientes en espera de ser atendidos, es decir si hay poco público se liquida y se emite la factura, asignándole el valor correspondiente al copago o cuota moderadora, pero si la cantidad de público es mucha se le realiza al paciente un pagaré en blanco emitido por el facturador con el fin de agilizar el servicio, y la respectiva factura es realizada en el momento que el facturador tenga tiempo de hacerla así el paciente ya haya sido dado de alta.</p>	<p>El proceso se dificulta, ya que los facturadores no son idóneos para realizar la partición de cuentas, en caso que sea necesario, esto debe ser orientado por auditoría médica, quienes sólo laboran de lunes a viernes.</p>
<p>9. Emitir factura.</p>	<p>Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.</p>	<p>Se emite la factura inmediatamente, en el caso que no requiera partición de cuentas, se realiza pagaré y se deja pendiente hasta la asesoría del área de auditoría médica.</p>	

SALIDAS	CLIENTES	RIESGOS
<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de ingreso debidamente registrada. • Datos del paciente actualizados en el software. • Servicios, procedimientos y medicamentos registrados en el software y debidamente valorados. • Factura elaborada e impresa. • Recibo de caja y/o cuenta por cobrar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clientes internos: personal médico y asistencial, urgencias, consulta externa, farmacia, archivo clínico, sistemas y estadística. • Clientes externos: pacientes y ERP 	<ul style="list-style-type: none"> • Anulación de facturas • Refacturación • Identificación del Usuario • Diligenciamiento y firmas de las Epicrisis, demás soportes.
INDICADORES		PUNTOS DE CONTROL
<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de facturadas realizadas por Quirúrgicas. • Porcentaje de ínter consultas facturadas. • Numero de facturas glosadas o devueltas. 		<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del usuario. • Verificación de documentos y validación de derechos. • Solicitud de códigos de autorizaciones. • Verificación de soportes y órdenes medicas debidamente diligenciadas por el profesional. • Verificación de facturación de medicamentos.

Tabla No.6 Evaluación Servicio de Quirúrgicas 1 y 2

	E.S.E HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ COMPROMISO DE VIDA		fecha de elaboración:		
			fecha de actualización:		
	DATOS	MACRO PROCESO :	Apoyo	CÓDIGO:	
		APROBADO POR:	Gerencia General		
		REVISADO POR:	Área de Calidad		
ELABORADO POR:	Gustavo Adolfo Medina Arango Estudiante U de A				
MODIFICADO POR:	Diana Milena Parra Zapata y Paula Andrea Pérez Palacio, Estudiantes de UNIMINUTO, 2011				
PROCESO:	Gestión Financiera.		CÓDIGO:		
SUBPROCESO:	Facturación de Servicios de Salud Cirugía.		CÓDIGO:		
OBJETIVO DEL SUBPROCESO:	Facturar eficientemente los servicios, procedimientos y medicamentos suministrado a los pacientes por parte del personal de la E.S.E en el servicio de cirugía.				
RESPONSABLE:	Auxiliar de facturación.				
ALCANCE:	Admisiones Facturación Central.				
ENTRADAS		PROVEEDORES	CONDICIONES		
<ul style="list-style-type: none"> Documento de identidad o carné. Autorizaciones. Consentimiento informado. Bases de datos. Registro de datos en el sistema "Dinámica Gerencial". 		<ul style="list-style-type: none"> Paciente. Área médica y asistencial. Área de farmacia Área de urgencias. Área de hospitalización. Área de ginecología. 	<ul style="list-style-type: none"> El solicitante debe presentar los documentos que permiten la comprobación del derecho. Documento de Identificación. Flujo adecuado de información entre el auxiliar de facturación que realiza finalmente la factura y el auxiliar de facturación del área que remitió al paciente a cirugía, auditoría de cuentas, auxiliar de preparación de cuentas médicas, área médica y asistencial, 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Área de quirúrgicas. • Programación de cirugía. • Auditoria medica 	<ul style="list-style-type: none"> • farmacia, programación de cirugía. • Puestos de trabajo cómodos, con la dotación de muebles y enseres necesaria y que cumplan con los requerimientos de Salud ocupacional.
--	--	---

EVALUACIÓN DEL SUBPROCESO DE FACTURACIÓN DE CIRUGÍA

ACTIVIDADES	COMO SE DEBEN REALIZAR LAS ACTIVIDADES	COMO SE ESTAN HACIENDO LAS ACTIVIDADES	OBSERVACIONES
1. Verificación de admisión y documentos del paciente al servicio de Cirugía.	Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.	El facturador recibe del área asistencial la hoja de admisión, el consentimiento informado y demás soportes que le permitan hacer la verificación de datos y validación de derechos. Nota: Una vez realizada la actividad anterior, el facturador tramita ante la ERP que corresponda el código de atención.	Se debe verificar que los documentos soportes de la atención de los otros servicios estén diligenciados correctamente. En este proceso se debe tener en cuenta que se facturan, tanto las cirugías urgentes como las selectivas (programadas).
2. Verificación de documentos y validación de derechos.	Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.	Se validan los datos del paciente con su número de identificación en el software dinámica gerencial y bases de datos suministradas por las administradoras de planes de beneficios: EPS, ARS, DSSSA, FOSYGA, ARP. Nota: En aquellos casos donde el paciente no cuente con seguridad social o posea doble afiliación al SGSSS se atenderá como paciente particular y en caso que este manifieste no tener dinero el facturador le diligencia un pagaré.	Se deben verificar nuevamente los datos de afiliación del paciente, y se deben actualizar en el ingreso con el fin de eliminar errores cometidos por los procesos de admisión de otras áreas. En el caso que sea una cirugía selectiva, se tiene que revisar nuevamente toda la

			papelería, ya que por ser cirugías programadas con tiempo, pudo haber cambiado el estado de afiliación del paciente.
3. Solicitud de códigos de autorización y envío de anexos.	Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.	Se solicita código de atención para los servicios a prestar al paciente según corresponda con las diferentes Empresas Administradores de Planes de Beneficios (EAPB) a la pertenece el Paciente; además se envían los anexos correspondientes, esto en el caso de las cirugías urgentes.	Esto sólo aplica para las cirugías urgentes; aquí se debe tener especial cuidado de no olvidar pedir e ingresar en la factura los códigos de autorización de servicios asignados por las ERP, así como el nombre del funcionario que lo asigno; esto seguido del correcto diligenciamiento y envío de los anexos a la misma entidad.
4. Recepción de soportes para liquidar factura.	Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.	Se recepciona la historia clínica, con todos los soportes de los servicios prestados al paciente (informe de anestesia, informe quirúrgico, hojas gastos, evolución, ordenes médicas, soportes paraclínicos y hojas de tratamiento).	Esta documentación debe ser entregada por la parte asistencial (enfermeras) evitando la pérdida de los soportes de la atención.
5. Digitar códigos de servicios relacionados en los soportes de facturación.	Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.	Se ingresan al sistema todos los códigos de servicios prestados por la E.S.E al paciente.	Se debe tener especial cuidado y conocimiento de los códigos asignados para cada procedimiento, con el fin de no facturar el servicio que no es.

<p>6. Verificación de los servicios cargados por otras áreas.</p>	<p>Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.</p>	<p>Se confrontan tanto los procedimientos como los medicamentos cargados en el sistema contra los soportados en los documentos recepcionados en el paso anterior.</p>	<p>En este paso se genera un cuello de botella, dado la omisión de datos y la mala caligrafía del personal asistencial generan demoras y errores esto sumado a que para cargar o descargar un medicamento del ingreso del paciente, se requiere que farmacia lo haga, y en ocasiones tardan mucho lo que impide la liquidación de la factura.</p>
<p>7. Liquidar factura y cobrar valor que le corresponde al paciente (cuotas moderadoras copagos).</p>	<p>Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.</p>	<p>Este paso está sujeto a la cantidad de pacientes en espera de ser atendidos, es decir si hay pocos pacientes en cirugía, se liquida y se emite la factura, asignándole el valor correspondiente al copago o cuota moderadora, pero si la cantidad de pacientes es mucha se le realiza un pagaré en blanco, emitido por el facturador con el fin de agilizar el servicio, y la respectiva factura es realizada en el momento que el este tenga tiempo de hacerla, así el paciente ya haya sido dado de alta.</p>	<p>El proceso se dificulta, ya que los facturadores no son idóneos para realizar la partición de cuentas, esto lo debe orientar auditoría médica, quienes sólo laboran de lunes a viernes.</p>
<p>8. Emitir factura</p>	<p>Este proceso no se encuentra estandarizado por la E.S.E.</p>	<p>Se emite la factura inmediatamente, en el caso que no requiera partición de cuentas, se realiza pagaré y se deja pendiente hasta la asesoría del área de auditoría médica.</p>	

SALIDAS	CLIENTES	RIESGOS
<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de ingreso debidamente registrada. • Datos del paciente actualizados en el software. • Servicios, procedimientos y medicamentos registrados en el software y debidamente valorados. • Factura elaborada e impresa. • Recibo de caja y/o cuenta por cobrar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clientes internos: personal médico y asistencial, área de urgencias, farmacia, área de hospitalización, área de ginecología, área de quirúrgicas, programación de cirugía, auditoría médica, archivo clínico, sistemas y estadística. • Clientes externos: pacientes y ERP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anulación de facturas. • Refacturación. • Identificación del usuario. • Diligenciamiento y firmas de las Epicrisis, demás soportes.
INDICADORES		PUNTOS DE CONTROL
<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de facturadas realizadas por Cirugías. • Numero de facturas glosadas o devueltas. 		<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del usuario. • Verificación de documentos y validación de derechos. • Solicitud de códigos de autorizaciones. • Verificación de soportes y órdenes medicas debidamente diligenciadas por el profesional. • Verificación de facturación de medicamentos.

Tabla No.7 Evaluación del Servicio de Cirugía

3.1 ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN DEL SUBPROCESO Y LOS PROCEDIMIENTOS DE FACTURACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA E.S.E HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ DEL MUNICIPIO DE BELLO ANTIOQUIA

Se entiende por facturación en una entidad de salud la realización en forma ágil y oportuna en la liquidación de las cuentas de cada uno de los pacientes que asisten a la institución con el fin de garantizar los ingresos que le permitan la supervivencia, crecimiento y desarrollo de institución prestadora de salud. Así mismo el subproceso de facturación se define como el conjunto de actividades que nos permite liquidar la prestación de servicios de salud que conlleva la atención al paciente en la IPS respectiva. Este proceso se activa con la admisión del paciente a la institución.

Definido de una forma más clara: facturación es el registro, valorización y liquidación de las actividades, procedimientos y consumos realizados a un paciente para efectos de cobro.

La facturación tiene dos funciones básicas en una entidad prestadora de servicios de salud: la correcta y oportuna admisión del paciente y el registro de los servicios de atención prestados cobrables en la cuenta.” (Soto, 2007, pp.28,29)

En este orden de ideas es muy común escuchar entre el personal que labora en el área de facturación de la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez del Municipio de Bello Antioquia, frases como “me llego una glosa, me devolvieron una factura”, “me toca refactorar” o lo que es más grave aún “si no la puedo solucionar me toca pagar el valor de la factura”; pero estas

expresiones tan habituales tienen sus causas en un problema bastante serio para la institución, que aunque se ve reflejado en las glosas y devoluciones que recibe el Hospital; no sólo corresponde a deficiencias en el subproceso de facturación, sino que dicha problemática resulta ser el consolidado final de una serie de actividades y procedimientos que se realizaron en la E.S.E, y en los cuales intervinieron por lo general dos o más áreas del Hospital como por ejemplo: urgencias, cirugía, hospitalización y farmacia entre otros; lo cual denota el alto grado de complejidad que tiene la liquidación de la prestación de servicios de salud en la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez.

Pero la complejidad en la liquidación de los servicios no sólo se debe a la intervención de varias áreas de la institución, sino que además esta facturación de servicios de salud, debe ir articulada con lo reglamentado por el Ministerio de Protección Social quien en su decreto 4747 de 2007, regula las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de servicios en salud de la población a su cargo.

Según la normatividad, la 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. Disposiciones contenidas en el Decreto 4747 de 2007.

Existe una forma especial de glosa denominada devolución que afecta en forma total la factura por prestación de servicios en salud, encontrada por ERP 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. Anexo técnico No. 6 Manual único de glosas devoluciones y respuestas – Resolución 3047 de 2008 Ministerio de la Protección Social.

Una vez recolectada la información de cómo se está desarrollando el subproceso de facturación de servicios de salud prestados por la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez del municipio de Bello Antioquia y analizadas las causales de glosas y devoluciones efectuadas por las (ERP), se pueden determinar las faltas más reiterativas en la liquidación de dichos servicios; a continuación se enuncian dichas causas, de acuerdo a su incidencia según el “Informe Objeciones Externas Registradas en Dinámica Gerencial HMFS Marzo-Diciembre 2010”, presentado por la Coordinación de Auditoría Médica a la Gerencia de la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez, 2010.

1. *Facturación*: se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar las cantidades autorizadas con las facturadas; cuando los conceptos a cargo del paciente no se descuentan en la factura (copagos, tiquetes, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presentan errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.

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

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

4. *Autorización*: aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por la IPS, no fueron o difieren de los autorizados por la EAPB o cuando se presten servicios teniendo como respaldo 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.

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

6. *Pertinencia*: se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por

estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada

7. *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 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. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma. Regulación de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables de pago. Ministerio de la Protección Social (2008, p.44)

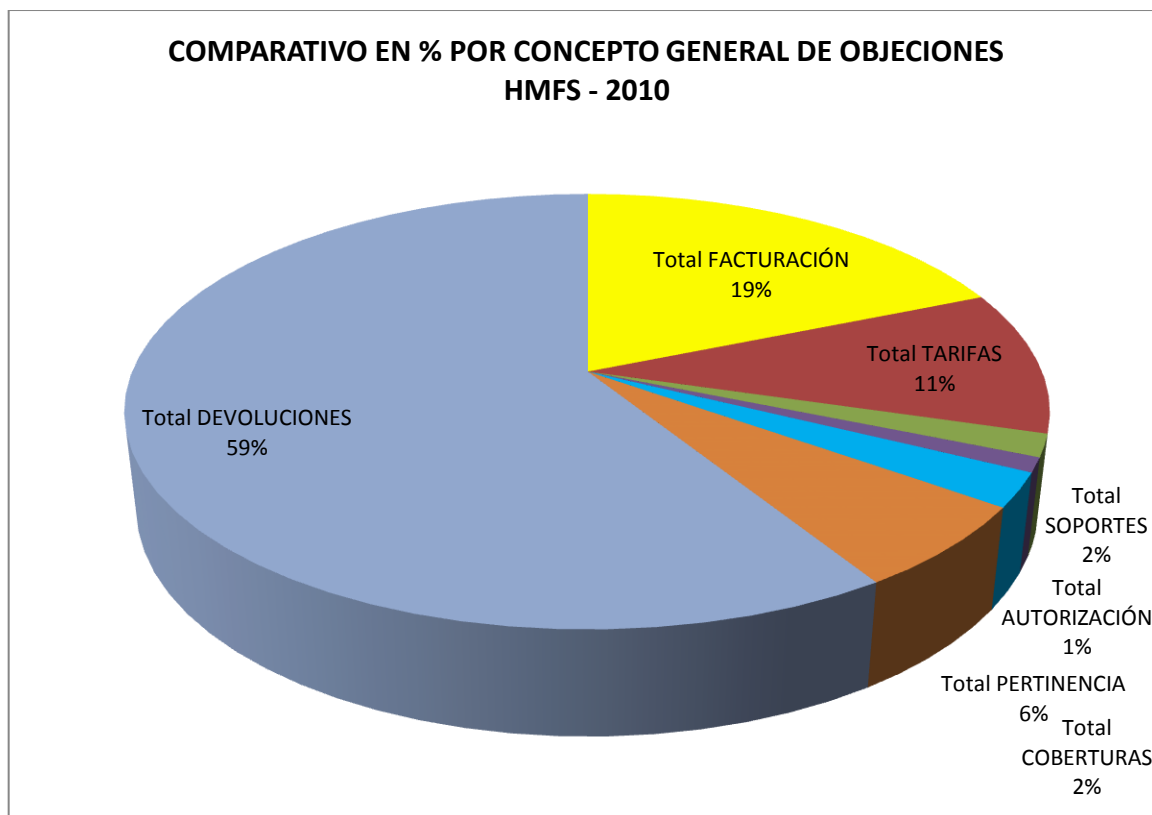


Grafico No. 1 Tomado del Informe de Objeciones Externas Registradas en Dinámica Gerencial HMFS Marzo- Diciembre 2010.

Una vez halladas las falencias del subproceso de facturación de la E.S.E y clasificadas según su ocurrencia e incidencia, se puede precisar que estas son en gran parte responsabilidad del proceso gerencial de Hospital, dado que un porcentaje considerable del personal encargado de elaborar la facturación no recibió la inducción y capacitación necesaria para desempeñar su labor de una manera óptima.

Así mismo, Federick Taylor, argumenta que la gerencia tiene nuevas responsabilidades descritas por cuatro principios básicos:

1. *Principio de planeación*: sustituir en el trabajo el criterio individual del obrero, la improvisación y la actuación empírico – práctica por los métodos basados en los procedimientos científicos.
2. *Principio de preparación*: seleccionar científicamente a los trabajadores de acuerdo con sus aptitudes, prepararlos y entrenarlos para producir más y mejor, en concordancia con el método planeado, así mismo preparar las máquinas y equipos de producción.
3. *Principio de control*: controlar el trabajo para cerciorarse de que está ejecutándose de acuerdo con las normas establecidas según el plan previsto.
4. *Principio de ejecución*: distribuir diferencialmente las atribuciones y las responsabilidades para que la ejecución del trabajo sea disciplinada. Obtenido el 13 de octubre de 2011, revista Gerencie: <http://www.gerencie.com/administracion-cientifica.html>.

Cabe resaltar que la falta de preparación del personal, se ve reflejada directamente en el sentido de pertenencia que tiene cada empleado por el Hospital; es decir cuando no se hace parte activa al personal de la razón de ser de la entidad, este pierde la motivación por lo que hace; dicho de otro modo, “despertar el sentido de pertenencia es una función

indelegable de la Gerencia General, no sólo porque debe cubrir a todo el personal de la empresa (ya que si lo realiza el gerente de un área o una división de la compañía cubrirá sólo a su personal subalterno), sino porque debe formar parte del plan estratégico de toda la empresa, siendo inherente a su modus operandi; además cuando las medidas provienen de la gerencia general tiene una mayor acogida en la organización”. Van Der, (2010, p.76).

4. CAPÍTULO II: DETERMINACIÓN DE LAS FORTALEZAS Y LAS DEBILIDADES EVIDENTES DENTRO DEL SUBPROCESO DE FACTURACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS POR LA E.S.E HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ DEL MUNICIPIO DE BELLO ANTIOQUIA.

<p>MATRIZ DOFA SUBPROCESO DE FACTURACIÓN ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ</p>	<p>OPORTUNIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diplomado “Técnico en facturación de servicios de Salud” que dicta en el Sena para el personal de facturación de la ESE. 2. Unificación de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado para diferentes grupos de población. 3. Constante cambio de la normatividad que rige la facturación de servicios en Salud. 4. Fortalecimiento del área de calidad del Hospital. 5. Automatización de las historias clínicas de consulta externa, como soporte para los demás servicios. 6. Tercerización del proceso de facturación. 7. Apoyo y contratación con la DSSA. 	<p>AMENAZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Constante cambio de la normatividad que rige la facturación de servicios en Salud. 2. Vacíos jurídicos y ambigüedad de la normatividad referente a la facturación de servicios en Salud. 3. Incremento en los niveles de glosas y devoluciones. 4. Imposición de esquemas tarifarios. 5. Influencia de la actividad política. 6. Demoras en los pagos por parte de las (ERP). 7. Falencias en el flujo de la información emitida de la gerencia y que influyen directamente en el subproceso de facturación.
--	---	--

FORTALEZAS	ESTRATEGIAS FO	ESTRATEGIAS FA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Red informática y equipos de cómputo actualizados y adecuados. 2. Departamento de facturación con amplia experiencia y respaldo de parte del comité administrativo. 3. Amplio conocimiento del grupo de auditores médicos. 4. Existencia del área glosas encargada de dar respuesta oportuna a las mismas. 5. Buena escala laboral y salarial 6. Ubicación estratégica de los puestos de facturación en cada servicio. 7. Acompañamiento y asesoría constante de la coordinación de facturación a los facturadores. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suministrar capacitación a todo el personal tanto nuevo como antiguo del área de facturación en el diplomado “Técnico en facturación de servicios de Salud” que dicta en el Sena. 2. Gestionar e implementar la automatización de todas las historias clínicas existentes en el Hospital. 3. Fortalecer continuamente el subproceso de facturación basado en las indicaciones dadas por el área de calidad del Hospital. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer equipo interdisciplinario, que realiza la partición de cuentas, conforme a lo estipulado en la normatividad. 2. Actualizar contestemente los conocimientos del personal de glosas, con el fin que minimizar el tiempo de respuesta de las mismas. 3. Concientizar a todo el personal de la ESE de la importancia de hacer uso efectivo de los sistemas de información, a través de la red informática interna.

DEBILIDADES	ESTRATEGIAS DO	ESTRATEGIAS DA
<ol style="list-style-type: none"> 1. No tener establecido el perfil de las personas a cargo de la facturación. 2. Poca capacitación al personal de facturación, referente a procedimientos y normatividad. 3. Falta de inducción del personal de facturación. 4. Falta automatización de las historias clínicas. 5. No se ejecutan los procedimientos de facturación conforme a lo estandarizado en el proceso de Gestión financiera - subproceso de facturación; además este se encuentra desactualizado. 6. Personal de facturación insuficiente en relación con la demanda de los servicios. 7. Ausencia de indicadores que permitan medir tanto la eficiencia del subproceso, como del personal que lo ejecuta. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actualizar constantemente el subproceso de facturación conforme a la normatividad vigente y este ser enviado a los facturadores de una sintética y de fácil interpretación. 2. Actualizar el subproceso de facturación conforme a las normas que hacen referencia a la calidad total. 3. Implementar indicadores de gestión que permitan determinar el nivel de eficiencia tanto del subproceso como del personal que lo realiza. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diversificar los canales de comunicación internos y fijar en cada taquilla de facturación el flujograma actualizado del proceso y los procedimientos a ejecutar. 2. Implementar indicadores de seguimiento al subproceso de facturación y al personal de esta área, que permitan diagnosticar las falencias del proceso e implementar acciones tanto preventivas como correctivas. 3. Brindar inducción al personal nuevo con el fin de generar sentido de pertenencia y así procurar que se comprometan con la realización eficiente de su labor.

Tabla No. 8 Matriz DOFA

4.1 ANALISIS MATRIZ DOFA

Según Sánchez, Flores y Martín (2011) “El proceso gerencial en salud es la administración de los servicios mediante una serie de etapas entrelazadas cíclicamente que, si funcionan adecuadamente, deberían facilitar el logro de los objetivos propuestos de la manera más eficiente posible. En términos generales dicho proceso se puede representar tal y como lo muestra en la figura 8.1” (p.117)



Gráfico No 2. Sánchez, Flores y Martín (2011) et al (p, 117)

Partiendo de lo anteriormente expresado y una vez evaluado el subproceso de facturación de servicios en salud de la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez del Municipio de Bello, se pudieron determinar los factores claves de éxito y de fracaso que convergen dentro de este, a partir de la realización y análisis de la Matriz DOFA, con la cual se pretende proponer al Hospital una serie de estrategias que potencialicen las fortalezas y oportunidad y a su vez permitan transformar las debilidades y amenazas en nuevas ventajas que faciliten el mejoramiento continuo del subproceso.

A continuación se plantean una serie estrategias que apuntan a fortalecer aquellos factores que son claves para el logro de los objetivos del área de facturación y que tienen relación directa con los recursos financieros, la competencia, el recurso humano, la calidad total, entre otros.

Estrategias FO (fortalezas y oportunidades)

Con estas estrategias se pretende sensibilizar a la gerencia del Hospital Marco Fidel Suárez, sobre la importancia de mantener capacitado al personal del área de facturación, en lo relacionado con la ejecución de los procesos y procedimientos y a su vez mantenerlos actualizados en cuanto a la normatividad que regula este que hacer.

Estrategias FA (fortalezas y amenazas)

Estas estrategias están diseñadas hacia el fortalecimiento de la estructura interna del Hospital en forma general, dado que el área de facturación no puede concebirse como un ente aislado, sino que por el contrario es una área que debe interactuar de forma activa con otros servicios del Hospital, razón por la cual se plantea fortalecer aquellas áreas que tiene mayor relación con el subproceso de facturación, como lo son glosas médicas, auditoría, farmacia y asistencial entre otros; teniendo en cuenta que estas tienen una implicación directa sobre los resultados que de allí se obtienen.

Con base a lo anterior, se sugiere dar mayor importancia al uso efectivo y eficiente de los canales de comunicación, teniendo presente que para esto no sólo se debe recurrir a la comunicación verbal, sino que además se puede hacer por medio del correo interno, de las carteleras institucionales, en conclusión de todos aquellos métodos que faciliten el flujo oportuno de la información al interior del Hospital.

Estrategias DO (debilidades y oportunidades)

Con estas estrategias se pretende establecer indicadores de gestión que le permitan al Hospital tener un mayor control sobre la cantidad de glosas y devoluciones, especificando la causa, el nivel de recurrencia y cuál es la persona responsable de la glosa o devolución, esto con el fin de tomar acciones tanto correctivas como preventivas frente a la problemática existente en el área de facturación, la cual afecta directamente la estabilidad financiera de la E.S.E.

Todo esto, encaminado a que los procesos y procedimientos que se ejecuten en la institución cumplan los más altos estándares de calidad; procurando la optimización de los recursos y el aumentando del nivel de competitividad.

Estrategias DA (debilidades y amenazas)

Finalmente, se pretende sensibilizar a la gerencia sobre la importancia de brindar una adecuada inducción al personal nuevo, esto con el fin de generar sentido de pertenencia y compromiso con la labor a realizar, partiendo del hecho de que de una apropiada actitud y aptitud del colaborador se desprenden una serie de resultados benéficos para la organización; esto sumado a que si no se capacita al personal pero se le asignan funciones y responsabilidades específicas, el nivel cumplimiento de estas no será el más conveniente para la institución.

5. CAPÍTULO III: ARTICULACIÓN DEL SUBPROCESO DE FACTURACIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS POR LA E.S.E HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ
DEL MUNICIPIO DE BELLO ANTIOQUIA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO
POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA

NORMATIVIDAD SERVICIO DE FACTURACIÓN DE URGENCIAS	
ACTIVIDADES	REGLAMENTACIÓN
1. Admisión del paciente al servicio de urgencias	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Decreto 783 de 2000, Acuerdo 08 de 2009
2. Verificación de documentos y validación de derechos	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Resolución 3374 de 2000, reglamentación SOAT ((Ley 1438 de 2011, ley 769 de 2002, Decreto 1283 de 1996, Decreto 3990 de 2007, Decreto 4877 de 2007, Decreto 3251 de 2008, circular 036 de 2008 y circular 033 de 2011)
3. Ingresar y abrir Historia Clínica	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Resolución 1995 de 1999, Decreto 1011 de 2006
4. Iniciar hoja de Gastos, EPICRISIS, y demás soportes.	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Resolución 1995 de 1999, Decreto 1011 de 2006
5. Entrega de soportes para facturar.	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008. Normatividad SOAT (Ley 1438 de 2011, ley 769 de 2002, Decreto 1283 de 1996, Decreto 3990 de 2007, Decreto 4877 de 2007, Decreto 3251 de 2008, circular 036 de 2008 y circular 033 de 2011)

6. Liquidar factura y cobrar valor que le corresponde al usuario (cuotas moderadoras copagos, o cuota de recuperación)	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Normatividad SOAT (Ley 1438 de 2011, ley 769 de 2002, Decreto 1283 de 1996, Decreto 3990 de 2007, Decreto 4877 de 2007, Decreto 3251 de 2008, circular 036 de 2008 y circular 033 de 2011), Acuerdo 260 de 2004, Decreto 2357 de 1995, Ley 1122 de 2007.
7. Digitar el dinero recibido o crear pagare y Emitir factura	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Normatividad SOAT (Ley 1438 de 2011, ley 769 de 2002, Decreto 1283 de 1996, Decreto 3990 de 2007, Decreto 4877 de 2007, Decreto 3251 de 2008, circular 036 de 2008 y circular 033 de 2011), Acuerdo 260 de 2004, Decreto 2357 de 1995, Ley 1122 de 2007.
8. Emitir RIPS	Resolución 3374 de 2000, Acuerdo 08 de 2009, Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008. Normatividad SOAT (Ley 1438 de 2011, ley 769 de 2002, Decreto 1283 de 1996, Decreto 3990 de 2007, Decreto 4877 de 2007, Decreto 3251 de 2008, circular 036 de 2008 y circular 033 de 2011).

Tabla No.9 Normatividad Servicio de Urgencias

NORMATIVIDAD SERVICIO DE FACTURACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	
ACTIVIDADES	REGLAMENTACIÓN
1. Verificar la admisión y los documentos soportes del paciente en el servicio de Hospitalización.	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Acuerdo 08 de 2009.
2. verificación de datos y validación de derechos en el sistema y autorización del servicio.	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Acuerdo 08 de 2009, Decreto 806 de 1998. Reglamentación SOAT (Ley 1438 de 2011, ley 769 de 2002, Decreto 1283 de 1996, Decreto 3990 de 2007, Decreto 4877 de 2007, Decreto 3251 de 2008, circular 036 de 2008 y circular 033 de 2011).
3. Ingresar y abrir historia clínica	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008. Normatividad SOAT (Ley 1438 de 2011, ley 769 de 2002, Decreto 1283 de 1996, Decreto 3990 de 2007, Decreto 4877 de 2007, Decreto 3251 de 2008, circular 036 de 2008 y circular 033 de 2011), Resolución 1995 de 1999, decreto 1011 de 2006.
4. Iniciar hoja de Gastos, EPICRISIS, y demás soportes	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008. Normatividad SOAT (Ley 1438 de 2011, ley 769 de 2002, Decreto 1283 de 1996, Decreto 3990 de 2007, Decreto 4877 de 2007, Decreto 3251 de 2008, circular 036 de 2008 y circular 033 de 2011) Resolución 1995 de 1999, decreto 1011 de 2006.

5. Recepción soportes y registro de hojas de gastos de cada uno de los usuarios hospitalizados	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008. Normatividad SOAT (Ley 1438 de 2011, ley 769 de 2002, Decreto 1283 de 1996, Decreto 3990 de 2007, Decreto 4877 de 2007, Decreto 3251 de 2008, circular 036 de 2008 y circular 033 de 2011) Resolución 1995 de 1999, decreto 1011 de 2006, Acuerdo 08 de 2009.
6. Liquidar factura y cobrar valor que le corresponde al usuario (cuotas moderadoras, copagos o cuotas de recuperación)	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008. Normatividad SOAT (Ley 1438 de 2011, ley 769 de 2002, Decreto 1283 de 1996, Decreto 3990 de 2007, Decreto 4877 de 2007, Decreto 3251 de 2008, circular 036 de 2008 y circular 033 de 2011), Acuerdo 260 de 2004, Decreto 2357 de 1995, Ley 1122 de 2007, Acuerdo 08 de 2009.
7. Digitar el dinero recibido o crear pagare y Emitir factura	No aplica
8. Emitir RIPS	Resolución 3374 de 2000, Acuerdo 08 de 2009, Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008. Normatividad SOAT (Ley 1438 de 2011, ley 769 de 2002, Decreto 1283 de 1996, Decreto 3990 de 2007, Decreto 4877 de 2007, Decreto 3251 de 2008, circular 036 de 2008 y circular 033 de 2011).

Tabla No.10. Normatividad Servicio de Hospitalización

NORMATIVIDAD SERVICIOS DE FACTURACIÓN LABORATORIO Y RAYOSX	
ACTIVIDADES	NORMATIVIDAD
1. Instruir al usuario que presenta la orden médica sobre los requisitos que debe cumplir para acceder a los servicios de ayudas	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Normatividad SOAT (Ley 1438 de 2011, ley 769 de 2002, Decreto 1283 de 1996, Decreto 3990 de 2007, Decreto 4877 de 2007, Decreto 3251 de 2008.
2. Verificar si el usuario tiene historia clínica en la institución, si tiene se actualiza	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Normatividad SOAT, Resolución 1995 de 1999, decreto 1011 de 2006, Acuerdo 08 de 2009.
3. Digitar los exámenes solicitados por el médico y/o especialista	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Normatividad SOAT (Ley 1438 de 2011, ley 769 de 2002, Decreto 1283 de 1996, Decreto 3990 de 2007, Decreto 4877 de 2007, Decreto 3251 de 2008, circular 036 de 2008 y circular 033 de 2011
4. Liquidar la factura y realizar recibo de caja	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Normatividad SOAT (Ley 1438 de 2011, ley 769 de 2002, Decreto 1283 de 1996, Decreto 3990 de 2007, Decreto 4877 de 2007, Decreto 3251 de 2008, circular 036 de 2008 y circular 033 de 2011), Resolución 1995 de 1999, decreto 1011 de 2006, Acuerdo 08 de 2009.
5. Imprimir listado de la facturación del día por usuario del software y se corrobora la existencia de todas las facturas	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Normatividad SOAT (Ley 1438 de 2011, ley 769 de 2002, Decreto 1283 de 1996, Decreto 3990 de 2007, Decreto 4877 de 2007, Decreto 3251 de 2008, circular 036 de 2008 y circular 033 de 2011).

Tabla No.11 Normatividad Servicio de Laboratorio y Rayos X

NORMATIVIDAD SERVICIO DE FACTURACIÓN CONSULTA EXTERNA	
ACTIVIDADES	NORMATIVIDAD
1. Verifica que la cita esté asignada	Decreto 4747 de 2007 y resolución 3047 de 2008.
2. Derechos comprobados	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Normatividad SOAT (Ley 1438 de 2011, ley 769 de 2002, Decreto 1283 de 1996, Decreto 3990 de 2007, Decreto 4877 de 2007, Decreto 3251 de 2008, circular 036 de 2008 y circular 033 de 2011), Decreto 806 de 1998, Acuerdo 08 de 1999.
3. Abrir o actualizar el ingreso del usuario en el software	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Normatividad SOAT (Ley 1438 de 2011, ley 769 de 2002, Decreto 1283 de 1996, Decreto 3990 de 2007, Decreto 4877 de 2007, Decreto 3251 de 2008, circular 036 de 2008 y circular 033 de 2011), Resolución 1995 de 1999. Decreto 1011 de 2006.
4. Digitar el servicio solicitado	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008. Normatividad SOAT (Ley 1438 de 2011, ley 769 de 2002, Decreto 1283 de 1996, Decreto 3990 de 2007, Decreto 4877 de 2007, Decreto 3251 de 2008, circular 036 de 2008 y circular 033 de 2011).
5. Liquidar la factura	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Normatividad SOAT (Ley 1438 de 2011, ley 769 de 2002, Decreto 1283 de 1996, Decreto 3990 de 2007, Decreto 4877 de 2007, Decreto 3251 de 2008, circular 036 de 2008 y circular 033 de 2011)

6. Cobrar el valor que le corresponde al usuario cancelar (copagos, cuotas moderadoras o cuota de recuperación)	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Normatividad SOAT (Ley 1438 de 2011, ley 769 de 2002, Decreto 1283 de 1996, Decreto 3990 de 2007, Decreto 4877 de 2007, Decreto 3251 de 2008, circular 036 de 2008 y circular 033 de 2011), Acuerdo 260 de 2004, Decreto 2357 de 1995, Ley 1122 de 2007, Acuerdo 08 de 2009
7. Imprimir factura y recibo de caja	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Normatividad SOAT (Ley 1438 de 2011, ley 769 de 2002, Decreto 1283 de 1996, Decreto 3990 de 2007, Decreto 4877 de 2007, Decreto 3251 de 2008, circular 036 de 2008 y circular 033 de 2011).

Tabla No.12 Normatividad Servicio de Consulta Externa

NORMATIVIDAD SERVICIO DE FACTURACIÓN DE GINECOLOGÍA	
ACTIVIDADES	REGLAMENTACIÓN
1. Admisión del paciente al servicio de ginecología.	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Decreto 806 de 1998, Acuerdo 08 de 1999.
2. Verificación de documentos y validación de derechos.	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Decreto 806 de 1998, Acuerdo 08 de 1999
3. Realización del ingreso al usuario.	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Resolución 1995 de 1999. Decreto 1011 de 2006.
4. Solicitud de códigos de autorización y envío de anexos a la ERP.	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Decreto 806 de 1998, Acuerdo 08 de 1999, Decreto 806 de 1998.
5. Recepción de soportes para liquidar factura.	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Acuerdo 08 de 2009
6. Digitar códigos de servicios relacionados en los soportes de facturación.	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008. Acuerdo 08 de 2009.
7. Verificación los servicios cargados por otras áreas.	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008. Acuerdo 08 de 2009.
8. Liquidar factura y cobrar valor que le corresponde al usuario (cuotas moderadoras copagos)	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Acuerdo 260 de 2004, Decreto 2357 de 1995, Ley 1122 de 2007, Acuerdo 08 de 2009
9. Emitir factura	Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Acuerdo 08 de 2009

Tabla No.13 Normatividad Servicio de Ginecología

6. CAPÍTULO IV: ESTRUCTURACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO PARA EL ÁREA DE FACTURACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS POR LA E.S.E HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ DEL MUNICIPIO DE BELLO ANTIOQUIA

“A raíz de la puesta en vigencia de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios de ha producido un importante impacto en las organización de salud, buscando que éstas pongan en marcha acciones de mejoramiento continuo dirigido a la mejor calidad del servicio y mayor satisfacción del usuario.” (Mejía, 2006, p. 2)

Por esta razón, se proponen una serie de acciones de mejora para el proceso de Gestión financiera, subproceso de facturación de la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez del municipio de Bello Antioquia, con las cuales se pretende optimizar los recursos, elevar la eficiencia de los procesos, aumentar la liquidez de la Institución, procurando su equilibrio financiero.

CAUSA	ACCIÓN DE MEJORA	INDICADOR	RESPONSABLE
No tener el perfil adecuado los auxiliares de facturación	Establecer el manual de cargos para el subproceso gestión financiera, subproceso facturación, el cual contenga las características generales, requisitos mínimos exigidos, conocimientos, habilidades, funciones específicas.	Número de manuales de cargos para el subprocesos de facturación.	Área de Recurso Humano

No tener documentado un manual de subprocesos	Documentar el manual de subprocesos, para el área de facturación, esto con el fin de establecer los parámetros, normas, procedimientos y actividades a ejecutar para aumentar la productividad.	Número de manuales de subprocesos a documentar.	Área de Facturación y Área de Calidad
Perfil de los facturadores	Posterior a la realización del manual de cargos, reubicar el personal de facturación de acuerdo a sus habilidades y capacidades, esto con el fin de lograr un mayor aprovechamiento de las aptitudes de cada persona y por ende aumentar el nivel de productividad.	Número de personas a reubicar de acuerdo al perfil requerido para el cargo.	Área de Recurso Humano
Poca capacitación de los auxiliares de facturación en cuanto a procedimientos y normatividad.	Establecer cronogramas de capacitación continua, para el personal del área de facturación, en todo lo relacionado con cambios en la normatividad, subprocesos y procedimientos, que puedan afectar la eficiencia del servicio.	Número de horas de capacitación para el área de facturación	Área de Recurso Humano y Área de Facturación
Falta de inducción del personal de facturación	Capacitar al personal nuevo del área de facturación, en lo referente a la Misión, Visión, objetivos y políticas de la E.S.E, con el fin de hacerlo parte activa de los	Número de horas de inducción para el ingreso del personal nuevo al área de facturación	Área de Recurso Humano

	subprocesos de la institución.		
Automatización de las historias clínicas para todas las áreas	Continuar con la automatización de todas las historias clínicas de la institución, tomando como base la experiencia de Consulta Externa, esto con el fin de minimizar la pérdida de los soportes y a su vez disminuir los problemas que genera la mala caligrafía del personal médico.	Número de historias clínicas automatizadas por áreas.	Archivo Clínico y Área de Sistemas
No se ejecutan los procedimientos conforme a lo estandarizado en el proceso gestión financiera, subproceso de facturación, además este se encuentra desactualizado.	Continuar con la automatización de todas las historias clínicas de la institución, tomando como base la experiencia de Consulta Externa, esto con el fin de minimizar la pérdida de los soportes y a su vez disminuir los problemas que genera la mala caligrafía del personal médico.	Revisiones periódicas a la ejecución de los subprocesos, luego de haber realizado la capacitación al personal.	Área de Calidad
Desconocimiento de la efectividad de la asignación de turnos en los puestos de facturación.	Realizar un estudio de cargas laborales que permita determinar el tiempo promedio de atención por paciente, tiempo promedio para liquidar factura y número de personas requeridas para lograr la eficiencia y eficacia del subproceso.	Número de facturas realizadas por cada funcionario por día.	Área de Recurso Humano

Ausencia de indicadores que permitan medir tanto la eficiencia del subproceso como la del personal que lo ejecuta.	Reestructurar los indicadores que evalúan el subproceso de facturación y de glosas, implementando indicadores de ejecución (eficacia, eficiencia y efectividad) e indicadores de subprocesos (estratégicos, de subprocesos y de resultados).	Número de indicadores a implementar, que permitan medir la eficiencia del subproceso de facturación.	Área de Calidad
Vacíos jurídicos y ambigüedad de la normatividad referente a la facturación de servicios en salud	Invitar a reuniones a los entes municipales, departamentales y EPS, para aclarar la unificación del plan de beneficios, para así solicitar aclaraciones con la CRES.	Número de reuniones pactadas con los entes municipales, departamentales y EPS.	Comité Directivo ampliado y Área de Auditoría Médica
Demoras en los pagos por parte de las ERP por devoluciones y glosas	Fortalecer el área de Glosas médicas con indicadores de ejecución (eficacia, eficiencia y efectividad), esto con el fin de procurar que las respuestas a glosas y devoluciones se den de acuerdo a la ley.	Número de devoluciones y glosas objetadas por las ERP:	Comité Directivo Ampliado
Falencia en los sistemas de información gerencial de la institución	Potencializar el área de comunicaciones como un área transversal que facilite el flujo efectivo de la información entre las áreas de la E.S.E.	Número de circulares de comunicación emitidas en la institución.	Área de Comunicación

<p>Poca actualización al sistema Dinámica Gerencial.</p>	<p>Velar porque el sistema Dinámica Gerencial, este actualizado constantemente, esto con el fin de evitar errores en la facturación debido a los cambio tarifarios en los contratos.</p>	<p>Número de actualizaciones al sistema Dinámica Gerencial.</p>	<p>Área de Sistemas</p>
<p>Grupo experimentado de auditores médicos</p>	<p>Implementar suscripciones editorial (LEGIS) para todos los auditores médicos, en lo que se refiere a cambios en la normatividad.</p>	<p>Número de auditores médicos suscriptos a (LEGIS).</p>	<p>Área de Auditoría Médica</p>
<p>Distribución inadecuación de los puestos de facturación.</p>	<p>Redistribuir las taquillas de facturación, aunque están bien ubicadas, la dotación y distribución del espacio no es la adecuada, esto teniendo en cuenta que los horarios de trabajo son extensos.</p>	<p>Número de puestos de facturación redistribuidos y dotados adecuadamente.</p>	<p>Área de Salud Ocupacional</p>
<p>Diligenciamiento correcto y envió oportuno de los anexos técnicos</p>	<p>Sensibilizar al personal de facturación sobre la importancia de diligenciar correctamente y en su totalidad todos los requisitos de los anexos técnicos, y enviarlos oportunamente a las ERP como soporte de atención al paciente.</p>	<p>Número de anexos diligenciados y enviados correcta y oportunamente a las ERP.</p>	<p>Área de Facturación</p>

<p>Preauditoría auditoria por parte de cada facturador a las facturas elaboradas diariamente.</p>	<p>Comprometer al personal de facturación para que antes de entregar las facturas a facturación central, cada uno realice una preauditoría de su trabajo y de esta forma pueda corregir posibles errores antes de ser enviadas para su cobro.</p>	<p>Número de facturas realizadas diariamente y pre auditadas por cada facturador.</p>	<p>Puestos de Facturación</p>
<p>Comunicación con las ERP en cuanto a las autorizaciones telefónicas.</p>	<p>Gestionar con las diferentes ERP, métodos más eficientes y eficaces de comunicación que permitan brindar la atención oportuna al paciente y al mismo tiempo que sirvan como soporte de la atención que brindo la E.S.E.</p>	<p>Número de solicitudes por parte Gerencia a la ERP.</p>	<p>Gerencia</p>
<p>Elaboración de los RIPS</p>	<p>Sensibilizar al personal de facturación sobre la importancia de diligenciar correctamente y en su totalidad todos los campos existentes en el ingreso y egreso, esto con el fin de dar cumplimiento a la normatividad y por ende disminuir el porcentaje de error de los RIPS.</p>	<p>Porcentaje de error de los RIPS de la institución.</p>	<p>Área de Facturación</p>
<p>Poca capacitación de las áreas de citas médicas, programación de cirugía, centro</p>	<p>Realizar capacitaciones con estas áreas, donde se les sensibilice de la importancia que tiene el desarrollo óptimo de sus</p>	<p>Número de horas de capacitación para las áreas de citas médicas, programación de</p>	<p>Gerencia y Área de Facturación</p>

regulador, farmacia y el área asistencial.	labores, para la facturación adecuada de los servicios que presta el Hospital y de los cuales depende su estabilidad financiera.	cirugía, centro regulador, farmacia y la el área asistencial.	
Sistema de alerta de ingresos abiertos	Implementar en el sistema Dinámica Gerencial un módulo que genere alertas para los ingresos que permanezcan abiertos por más de una semana, esto con el fin de evitar la pérdida de soportes y la no liquidación y pago oportuno de los servicios.	Número de ingresos abiertos en el sistema Dinámica Gerencial.	Área de Facturación y Área de Sistemas
Falta de acompañamiento por parte de la auditoría médica los fines de semana	Estudiar la posibilidad de contar con personal de auditoría médica los fines de semana, esto con el fin de no dejar de liquidar facturas por partición de cuentas en los fines de semana.	Número de auditores médicos los fines de semana.	Gerencia
Incremento en los niveles de glosas y devoluciones	Implementar el plan de mejoramiento en mención, con el que se espera aumentar el nivel de eficiencia del subproceso.	Porcentaje de disminución en el nivel de glosas y devoluciones objetadas por la institución.	Área de Facturación, Glosas, Auditoría, Sistemas. Comunicaciones, Planeación, Asistencial y Administrativa.

Tabla No.14 Plan de Mejoramiento

7. CONCLUSIONES

Dada la complejidad que implica facturar servicios de salud, para las E.S.E, se debe resaltar que dichas empresas, deben ser cada vez más eficientes y eficaces en la prestación de dichos servicios, por lo que deben apuntar al mejoramiento continuo de todos sus procesos; lo cual les permitirá conseguir tanto su crecimiento económico como su sostenibilidad en el mercado.

Brindar una adecuada inducción, capacitación y entrenamiento al personal que forma parte activa de las empresa es de vital importancia para el desempeño eficiente de sus labores, dado que el recurso humano no puede ser visto como un mecanismo para alcanzar unos objetivos determinados, sino que por el contrario debe ser tomado como la fuente de conocimiento y mejora continua más fuerte con la que cuentan las empresas.

Un uso adecuado de los sistemas de información, facilita la comunicación asertiva entre las diferentes áreas de una empresa, disminuye los errores y re procesos, permitiendo que todos los miembros de la organización trabajen de forma articulada y que se complementen las actividades en pro de un beneficio común.

La gerencia estratégica en las empresas del siglo XXI, juega un papel fundamental, dado que la capacidad que tengan sus líderes de comprometer a los demás miembros de la empresa con el trabajo en equipo y de que interpreten la empresa como un sistema

articulado en el cual todas las áreas se complementan entre sí, de ello dependerá el alcance de los objetivos de esta.

La evaluación y retroalimentación constante del subproceso de facturación, permitirá a la Gerencia una toma acertada de decisiones, que contribuirán al mejoramiento continuo de la organización; logrando así generar una mayor conciencia por parte de la Junta Directiva de la Entidad, donde se vea evidenciado el papel fundamental que cumple este subproceso dentro de la E.S.E., y por ende el cuidado y vigilancia que hay que tener por esta área.

8. RECOMENDACIONES

La propuesta de mejoramiento que se presenta en este trabajo permite evidenciar a la institución algunas de las falencias que presenta el subproceso de facturación de servicios; por lo cual se recomienda aplicar el plan de mejoramiento propuesto, con el fin de minimizar el porcentaje de glosas y devoluciones, y por ende aumentar la rentabilidad y lograr sostenibilidad de la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez.

Además se recomienda que se realicen evaluaciones al subproceso semestralmente, de manera que se puedan corregir nuevos errores y se optimicen recursos; todo esto, en miras de mantener mejores estándares de calidad.

El presente trabajo, a su vez puede servir como guía a las directivas de la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez, para el nuevo plan de desarrollo 2012-2015 de la institución, en el cual se determinen los factores de fracaso y se potencialicen los factores de éxito del subproceso de facturación, ya que este es de gran importancia para la sostenibilidad y rentabilidad de la institución.

REFERENCIAS

- Koontz, H. (1970). *Curso de administración moderna – un análisis de las funciones de la administración*. México: Editorial Mc Graw Hill.
- Hernández, R. (2005). *Metodología de la investigación*. México: Editorial McGraw-Hill.
- Mejía, B. (2006). *Gerencia de procesos para la organización y el control interno de empresas*. Bogotá: Ecoe ediciones.
- Sánchez, H, Flores, J, Martín, M. (2011). *Métodos e Indicadores para la Evaluación de los Servicios de Salud*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Serna, H. (2000). *Gerencia Estratégica: Planeación y Gestión - Teoría y Metodología*. Santa Fe de Bogotá: 3R Editores.
- Vilar J, Gómez F, Tejero M. (1997). *Cómo implementar y Gestionar la calidad total*. Madrid: Editorial fundación Confemetal.
- Van Der, E. (2005). *Gestión y gerencia empresariales: aplicadas al siglo XXI*. Santa fe de Bogotá: Ecoe ediciones.

Soto, J. (2007). *Tesis de Especialización en Gerencia en Sistemas de Salud publicada*, Universidad Tecnológica de Pereira. Pereira, Colombia.

López, D, Urrea A, Navarro, D. (2006). Revista Innovar, Escuela de Administración de Empresas y Contaduría Pública. Universidad Nacional de Colombia [Revista electrónica], 2 (19) Disponible en: http://www.revinnova_bog@unal.edu.co

Sainz F. (1993). El análisis estratégico: la empresa y el entorno. [Revista electrónica]. Disponible en: <http://dspace.uah.es/jspui/bitstream/10017/3897/1/5904364026.pdf>

Revista científica Gerencie. Com. (2011). [Revista electrónica]. Disponible en: <http://www.gerencie.com/administracion-cientifica.html>

Portal Web de la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez. (<http://www.hmfs.com.co/portal/>).

Ministerio de Salud (1994). Resolución No. 5261 (Agosto 5).

Ministerio de Salud (1995). Decreto 2357 de 1995 (diciembre 29).

Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (1996). Decreto 1283 de 1996 (julio 23).

Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Ministerio de Defensa Nacional (1997). Ley 387 de 1997 (julio 18).

Ministerio de Salud (1998). Decreto 806 de 1998 de abril 30.

Ministerio de Salud (1999). Resolución número 1995 de (Julio 8).

Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Ministerio de Salud (1999). Decreto 1406 de 1999
(julio 28.)

Ministerio de Salud (2000). Resolución número 3374 de 2000 (diciembre 27).

Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2000). Decreto número 783
de 2000 (mayo 3).

Congreso de la república de Colombia (1993). Ley 100 de 1993 (diciembre 23).

Congreso de la República de Colombia (2002). Código nacional de tránsito terrestre ley 769
de 2002.

Congreso de la República de Colombia (2011). Ley 1438 de 2011 (enero 19).

Congreso de la República de Colombia (2007). Ley 1122 de 2007 (enero 9).

Congreso de la República de Colombia (2007). Ley número 1122 de 2007 (enero 9).

Congreso de la República de Colombia (2011). Ley 1438 de 2011(enero 19).

Ministerio de la Protección Social (2003). Decreto 2131 de 2003 (julio 30).

Ministerio de la Protección Social y Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2004).

Acuerdo número 000260 de 2004 (febrero 4).

Ministerio de la Protección Social. (2005). Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Santa fe de Bogotá, Colombia

Ministerio de la Protección Social (2006). Circular externa No. 000010 del 22 de marzo de 2006.

Ministerio de la protección social (2006). Decreto número 1011 de 3 abril 2006.

Ministerio de la Protección Social (2007). Decreto número 3990 de 2007 (octubre 17).

Ministerio de la Protección Social (2007). Decreto número 4747 de 2007(diciembre 7).

Ministerio de la Protección Social (2007). Decreto número 4877 de diciembre 20 de 2007.

Ministerio de la protección social. (2008). Resolución número 003047.

Ministerio de la Protección Social (2008). Regulación de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables de pago. Santa fe de Bogotá:
Primera edición.

Ministerio de la Protección Social y Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2009).

Resolución número 003047 de 2008 (14 de agosto).

Ministerio de la Protección Social (2008). Resolución 3251 de 2008.

Ministerio de la Protección Social (2008). Circular externa No.036 del 03 de julio de 2008.

Ministerio de la Protección Social (2008). Resolución número 003754 (octubre 2 de) 2008.

Ministerio de la Protección Social (2009). Acuerdo número 008 de 2009.

Ministerio de la Protección Social y Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2009).

Acuerdo número 415 de 2009.

Ministerio de la Protección Social (2011). Circular número 00000033.

Ministerio de la Protección Social (2011). Acuerdo número 27 de la CRES 11 octubre de 2011.

Ministerio de la Protección Social (2011). Resolución número 0003778 de 2011 (agosto 30 2011).

Ortiz, Leobardo. (Comunicación personal, 2011).

Ospina, Claudia. (Comunicación personal, 2011).

Saldarriaga, Patricia. (Comunicación personal, 2011).

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo No.1 Modelo de encuesta	117
Anexo No.2 Flujograma Facturación de Urgencias	120
Anexo No.3 Flujograma Facturación Hospitalización	121
Anexo No.4 Flujograma Facturación Cirugía	122
Anexo No.5 Flujograma Facturación Quirúrgicas	123
Anexo No.6 Flujograma Facturación Ginecología	124
Anexo No.7 Flujograma Facturación Consulta Externa	125
Anexo No.8 Flujograma Facturación Laboratorio y Rayos X	126

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla No.1 Evaluación Servicio de Urgencias	39
Tabla No.2 Evaluación Servicio de Hospitalización	46
Tabla No.3 Evaluación Servicio de RX y Laboratorio	53
Tabla No.4 Evaluación Servicio de Consulta Externa	57
Tabla No.5 Evaluación Servicio de Ginecología	61
Tabla No.6 Evaluación Servicio de Quirúrgicas 1 y 2	66
Tabla No.7 Evaluación del Servicio de Cirugía	71
Tabla No.8 Matriz DOFA	84
Tabla No.9 Normatividad Servicio de Urgencias	91
Tabla No.10 Normatividad Servicio de Hospitalización	93
Tabla No.11 Normatividad Servicio de Laboratorio y Rayos X	95
Tabla No.12 Normatividad Servicio de Consulta Externa	96
Tabla No.13 Normatividad Servicio de Ginecología	98

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico No 1.	81
Gráfico No 2.	87

ANEXO No.1 MODELO DE ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE FACTURACIÓN
DE LA E.S.E HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ DEL MUNICIPIO DE BELLO ANTIOQUIA

1. ¿En qué taquilla de facturación trabaja?

Admisiones Urgencias _____

Procedimientos Urgencias _____

Ginecología _____

Hospitalización _____

Cirugía _____

Quirúrgicas I _____

Quirúrgicas II _____

Laboratorio _____

Consulta externa _____

Rayos X _____

2. ¿Cuenta usted con el espacio y los implementos necesarios para realizar su trabajo?

Si _____

No _____

3. ¿Considera usted que la E.S.E cuenta con el personal de facturación suficiente para cubrir la demanda?

Si _____

No _____

¿Por qué? _____

4. ¿Fue usted capacitado por la E.S.E para desempeñar los procesos a su cargo?

Si _____ No _____

5. ¿Fue usted capacitado en lo relacionado con la normatividad existe en el subproceso de facturación?

Si _____ No _____

6. ¿Cuál considera usted que es el error que realiza con mayor frecuencia y por qué?

7. ¿Considera usted que cuenta con el tiempo suficiente para la atención y facturación de cada usuario?

Si _____ No _____

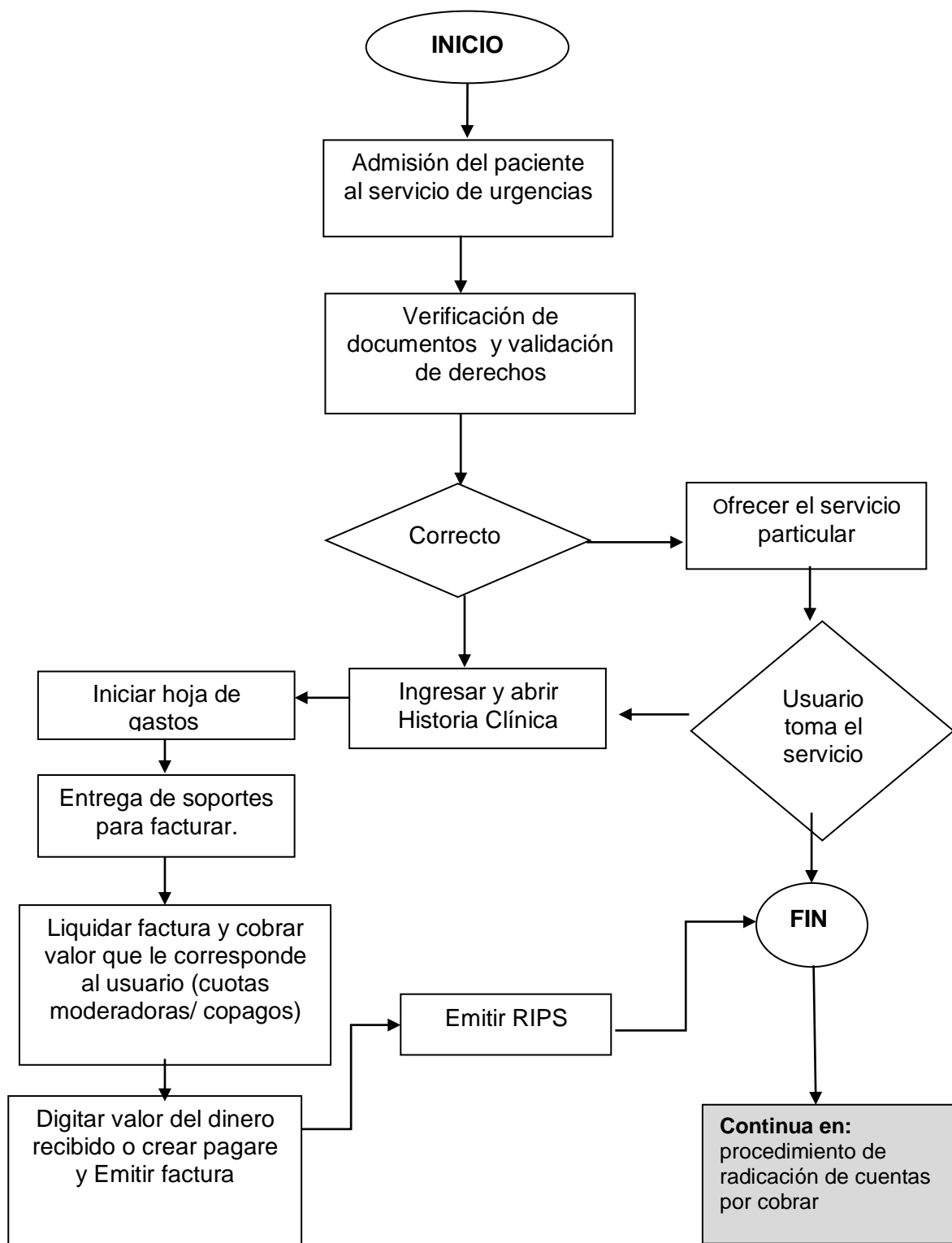
¿Por qué? _____

8. ¿Cuál área le dificulta más su subproceso de facturación?

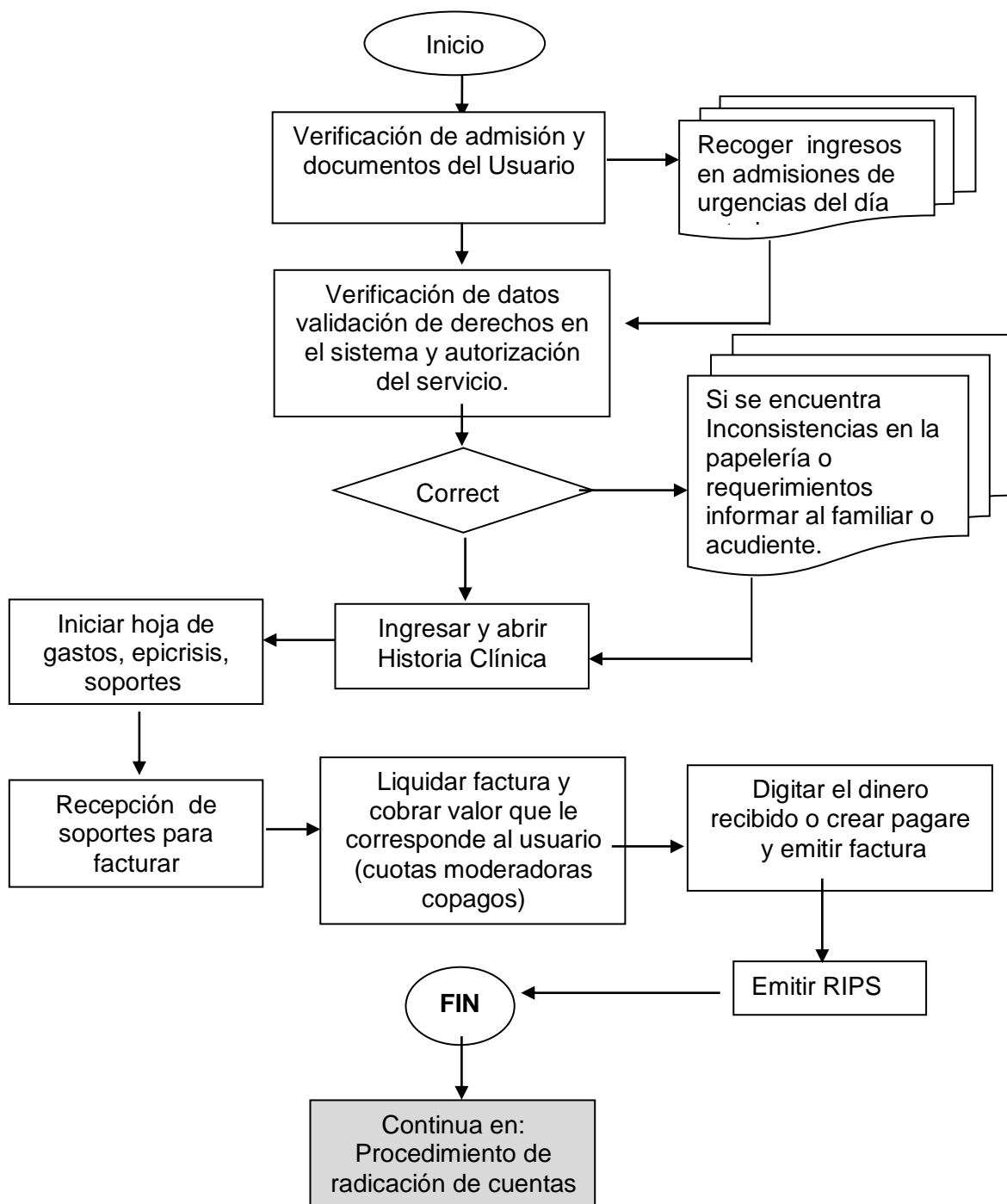
9. ¿Cuáles son las causas que más le dificultan su subproceso de facturación?

10. ¿Qué recomendaciones daría usted para mejorar el subproceso de facturación de la E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez?

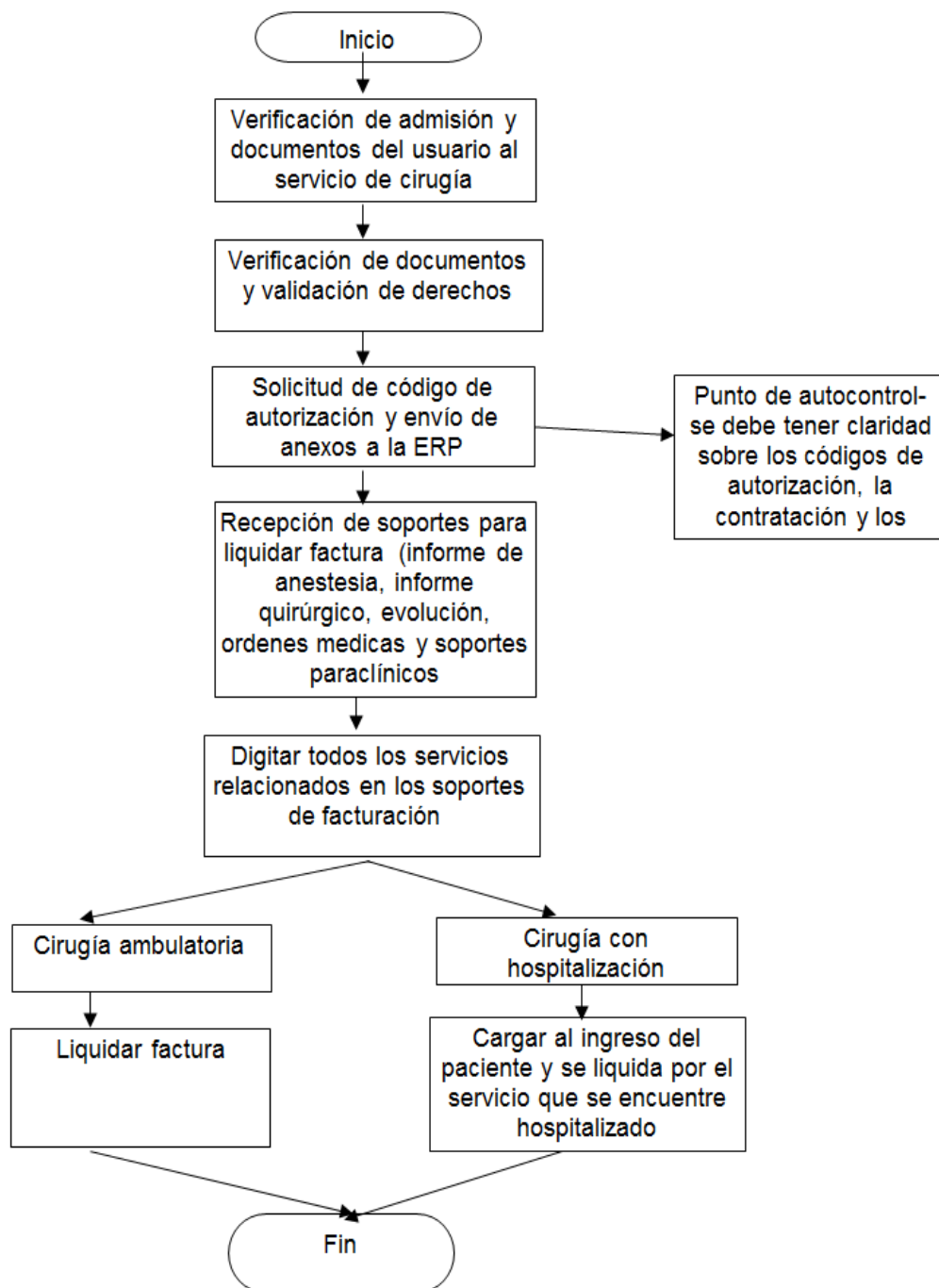
ANEXO No.2 FLUJOGRAMA FACTURACIÓN DE URGENCIAS



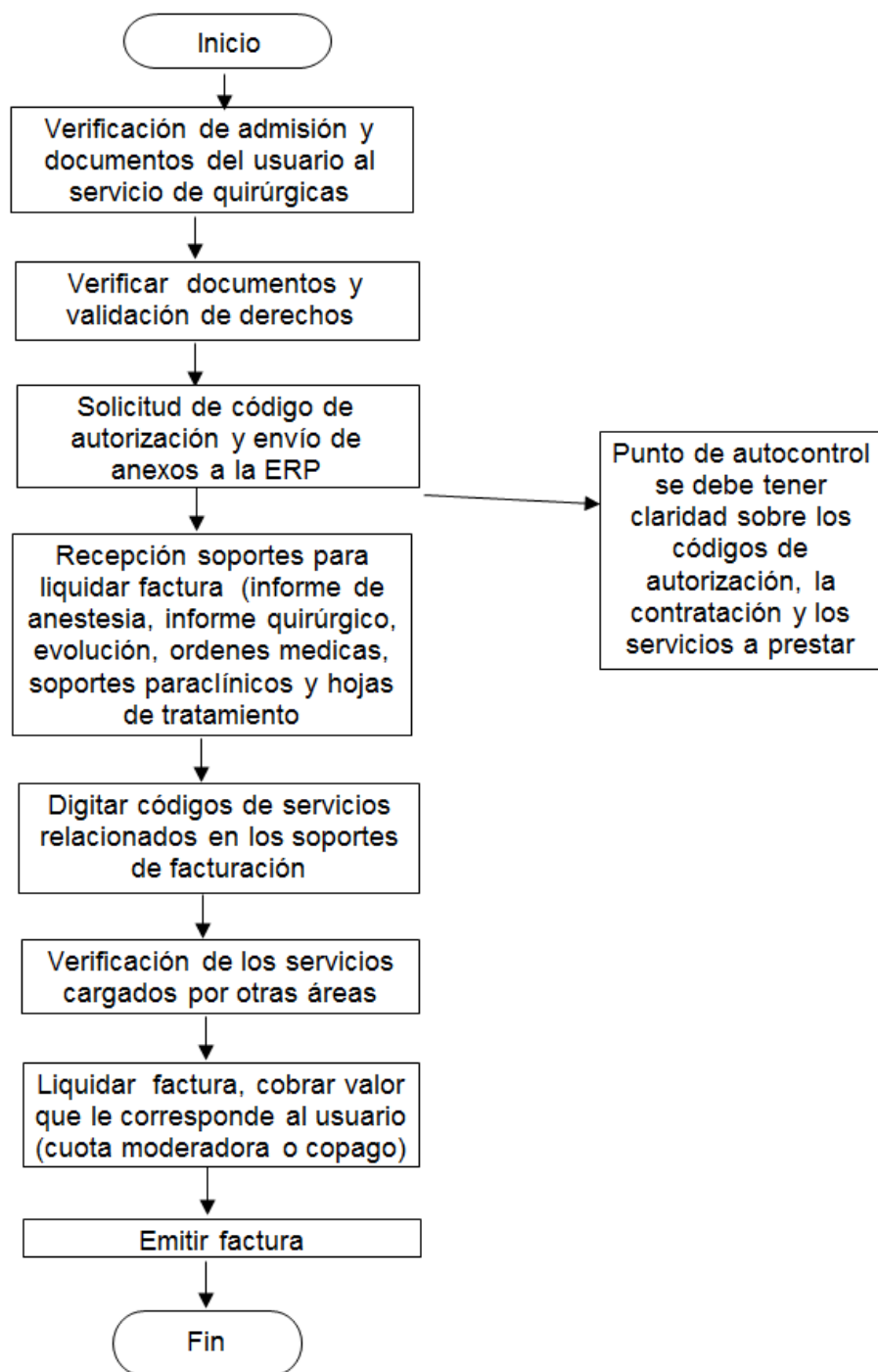
ANEXO No.3 FLUJOGRAMA FACTURACIÓN HOSPITALIZACIÓN



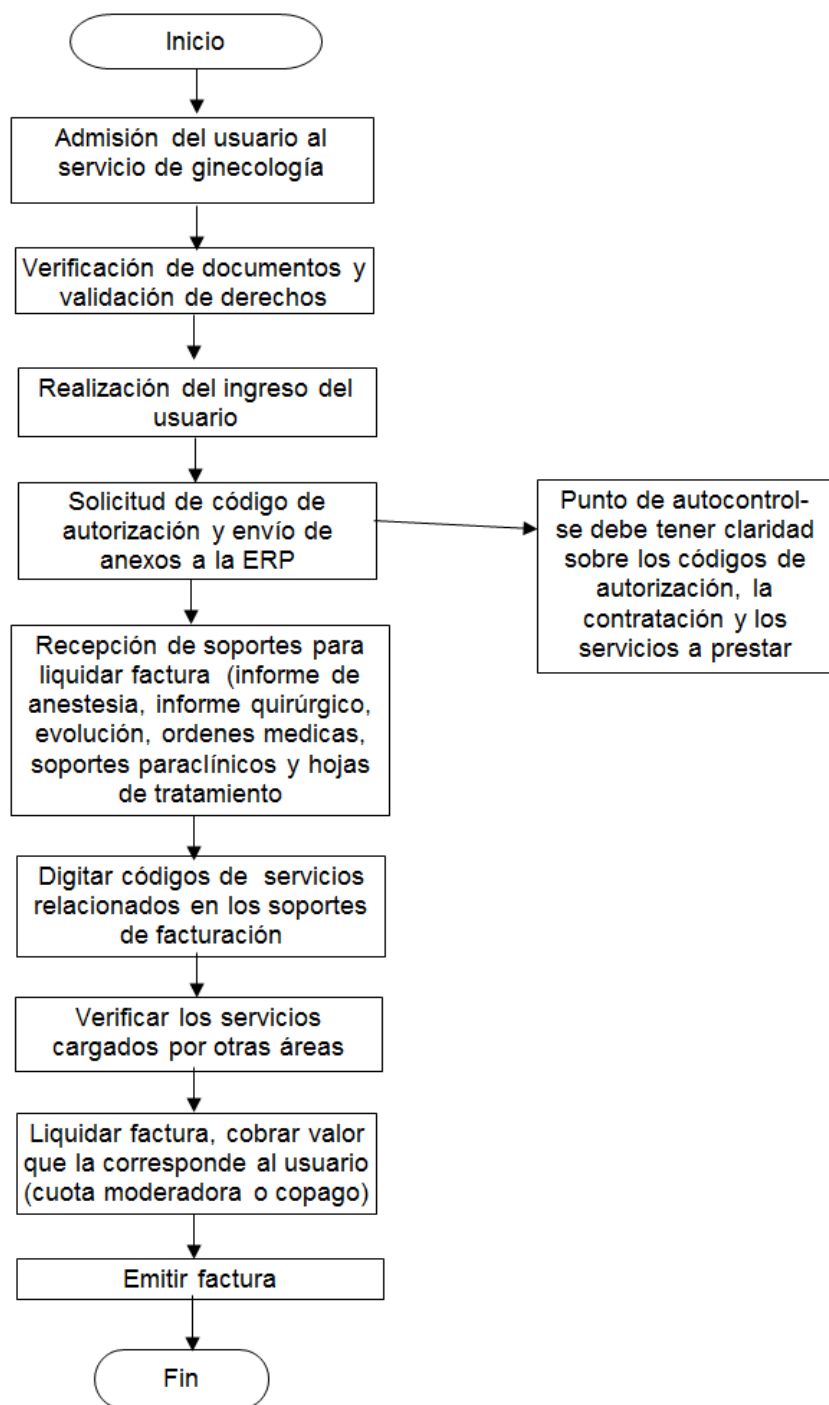
ANEXO No.4 FLUJOGRAMA FACTURACIÓN CIRUGÍA



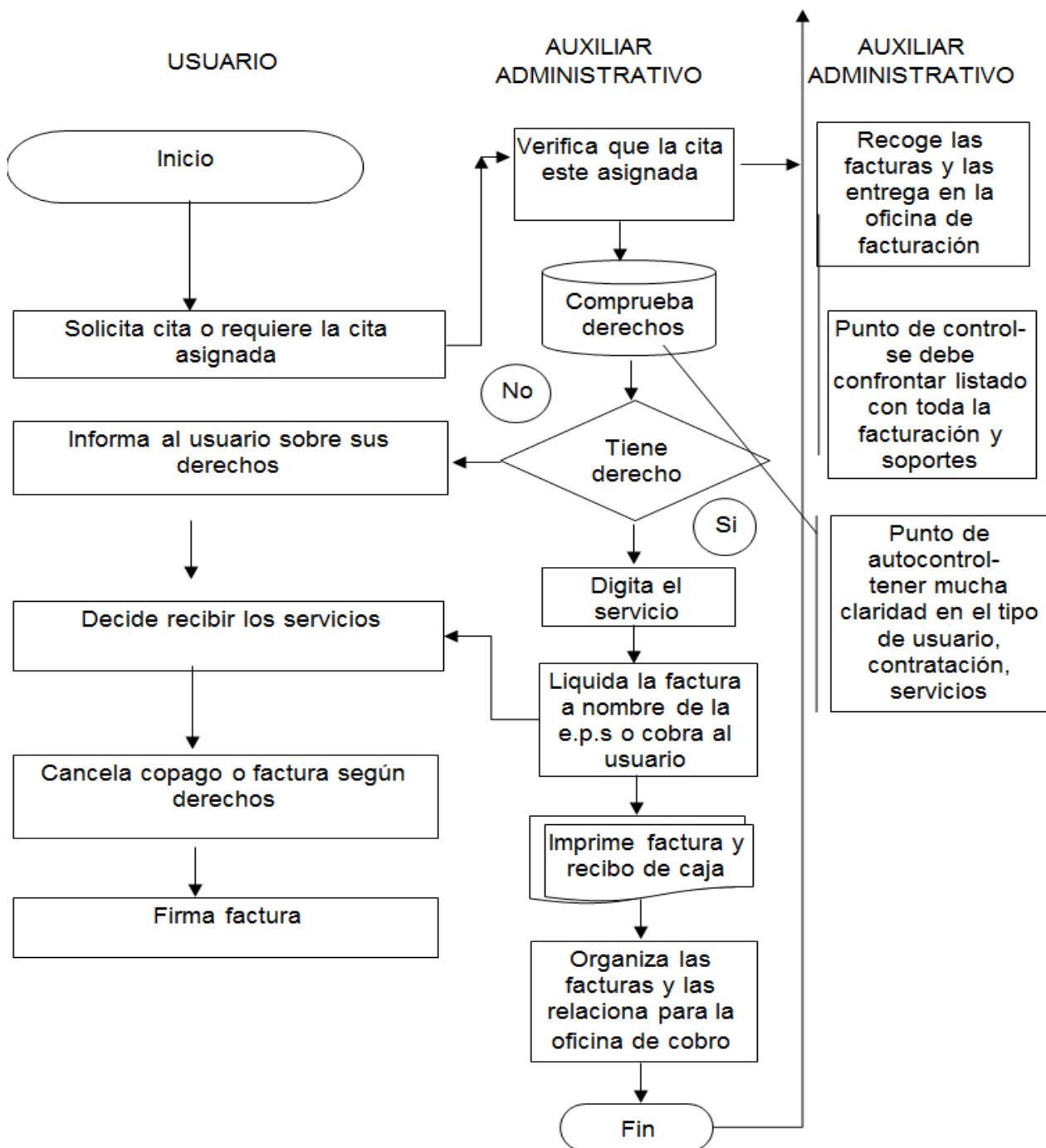
ANEXO No.5 FLUJOGRAMA FACTURACIÓN QUIRÚRGICAS



ANEXO No.6 FLUJOGRAMA FACTURACIÓN GINECOLOGÍA



ANEXO No.7 CONSULTA EXTERNA



ANEXO No.8 FLUJOGRAMA FACTURACIÓN LABORATORIO Y RAYOS X

