



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Gestión de la Auditoría de Cuentas Médicas en Instituciones Prestadoras de
Servicios de Salud de Colombia**

**Management of the Audit of Medical Accounts in Institutions Providing Health
Services in Colombia**

Autor(es)

Jorge Andrés Camargo Hernández

Carlos Mario Vargas García

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

“Héctor Abad Gómez”

Medellín

2021

**Gestión de la Auditoría de Cuentas Médicas en Instituciones Prestadoras de
Servicios de Salud de Colombia**

**Management of the Audit of Medical Accounts in Institutions Providing Health
Services in Colombia**

Trabajo de grado

Para optar al título de especialista en auditoría en salud

Presenta

Jorge Andrés Camargo Hernández

Carlos Mario Vargas García

Asesora/Tutora

Liliana María Villa García

Magíster en administración en salud

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

“Héctor Abad Gómez”

Medellín

2021

AGRADECIMIENTOS

A nuestros familiares, por enseñarnos los verdaderos valores morales, espirituales, y de humanidad que se necesitan para ser y estar en un lugar determinado, y ayudarnos a llegar hasta donde estamos en el momento.

A la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, y en especial a los docentes que acompañaron el proceso académico, por permitir que siguiéramos adelante en nuestra formación académica, por sus comentarios, sugerencias, e interés mostrado en la realización y terminación del posgrado.

A la maestra Liliana María Villa García, por su labor como asesora y tutora, por su paciencia, comprensión, ayuda personal, e interés demostrado en la realización de nuestras labores académicas, por abrir su personalidad y entablar de una manera amable una relación docente-alumno adecuada. Por sus aportes que abrieron punto de contacto entre varias áreas del saber, y que permitieron que aprendiéramos de otros temas de la disciplina.

¡Muchas gracias!

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	ii
GLOSARIO DE SIGLAS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
2. JUSTIFICACIÓN	16
2.1 Viabilidad	19
2.2 Factibilidad	21
3. OBJETIVOS	22
3.1 Objetivo general	22
3.2 Objetivos específicos	22
4 ENFOQUE METODOLÓGICO	23
5 NORMATIVIDAD RELACIONADA A LA GESTIÓN DE CUENTAS MÉDICAS	25
5.1 Ley 100 de 1993	25
5.2 Resolución 3374 de 2000	26
5.3 Resolución 951 de 2002	27
5.4 Decreto 1011 de 2006	27
5.5 Ley 1122 de 2007	28
5.6 Decreto 4747 de 2007	29
5.7 Resolución 3047 de 2008	30
5.8 Resolución 416 de 2009	31
5.9 Ley 1438 de 2011	31
5.10 Resolución 4331 de 2012	33
5.11 Ley 1751 de 2015	34
5.12 Decreto 2353 de 2015	34
5.13 Resolución 3100 de 2019	35
5.14 Manual tarifario ISS. Acuerdo 256 de 2001	36
5.15 Decreto 2423 de 1996 TARIFAS SOAT	36
5.16 Manual tarifario ISS. Acuerdo 209 de 1999	37

6	MARCO TEÓRICO	39
6.1	Proceso de facturación de servicios de salud en Colombia	39
6.2	Dificultades en el proceso de facturación y respuesta a glosas	42
6.3	Papel del auditor en la gestión de cuentas médicas	44
7	CONCLUSIONES	47
8	BIBLIOGRAFÍA	48

GLOSARIO DE SIGLAS

EAPB: Empresa administradora de planes de beneficios

IPS: Instituciones prestadoras de servicios de salud

EPS: Empresa promotora de salud

RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud

FNSP: Facultad Nacional de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SNS: Superintendencia Nacional de Salud

SUH: Sistema Único de Habilitación

PAMEC: Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud

SOAT: Seguro Obligatorio contra Accidentes de Tránsito

ISS: Instituto de Seguros Sociales

CNSSS: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

SOGCS: Sistema Obligatorio de la Garantía en Calidad en Salud.

RESUMEN

Desde la implementación de la ley 100 de 1993, la salud se rige por un lucro económico que privilegia más al régimen privado que al público, dejando en riesgo financiero las instituciones de salud y desfavoreciendo las acciones de salud pública. Actualmente, los prestadores de servicios de salud han aumentado los servicios prestados a la población, pero este no ha sido acompañado por herramientas de cobranza, gestión de glosas, facturación y control eficaces, evidenciándose una crisis financiera en los servicios de salud. **Objetivo:** Identificar la normatividad y procedimientos que se tienen en cuenta en la gestión de la auditoría de cuentas médicas en los procesos de facturación y de respuesta a glosas en instituciones prestadoras de servicios de salud de Colombia. **Metodología:** Investigación de tipo revisión documental, cuya fuente de información fueron artículos, monografías, tesis, bases de datos, leyes y normas en salud. **Resultados:** Los auditores en salud actúan como garantes de la sostenibilidad financiera de las IPS tanto públicas como privadas, es por ello que deben idear estrategias en las cuales se den a conocer los parámetros dados en la normatividad vigente acerca del tiempo estipulado para facturar y responder las glosas, y con ello desarrollar mecanismos que permitan cobrar a tiempo los servicios facturados y prestados a la población, garantizando el acceso, la seguridad, oportunidad, pertinencia y la continuidad de la atención y satisfacción de los usuarios, propendiendo por una mejor prestación del servicio y consiguiendo con ello un servicio más seguro y eficiente.

Palabras claves: Auditoría, auditor, cuentas médicas, facturación, glosas, servicios de salud.

ABSTRACT

Since the implementation of Law 100 of 1993, health is governed by an economic profit that privileges the private regime more than the public, leaving health institutions at financial risk and disfavoring public health actions. Currently, health service providers have increased the services provided to the population, but this has not been accompanied by collection tools, management of glosses, billing and effective control, evidencing a financial crisis in health services. **Objective:** Identify the regulations and procedures that are taken into account in the management of the audit of medical accounts in the processes of billing and response to glosses in institutions that provide health services in Colombia. **Methodology:** Research of a documentary review type, whose source of information was articles, monographs, theses, databases, laws and regulations in health. **Results:** Health auditors act as guarantors of the financial sustainability of both public and private IPS, which is why they must devise strategies in which the parameters given in the current regulations about the time stipulated to bill and respond are disclosed. the glosses, and with this develop mechanisms that allow to charge on time the services billed and provided to the population, guaranteeing access, security, timeliness, relevance and continuity of the attention and satisfaction of the users, aiming for a better provision of the service and thereby achieving a safer and more efficient service.

Keywords: Audit, auditor, medical accounts, billing, glosses, health services.

INTRODUCCIÓN

En las circunstancias actuales de los servicios de salud en Colombia, y teniendo en cuenta que éstos son definidos como un derecho fundamental en el cual todos los habitantes del país debemos gozar de calidad al momento de recibirlos sin distinción de raza, nivel socioeconómico, género etc., es deber del estado Colombiano garantizar las condiciones adecuadas y recursos suficientes para que tanto las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) que cumplen el papel de aseguradoras, y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) puedan brindar servicios de atención en salud con calidad a toda la población. Desafortunadamente, la realidad que se vive en el sistema de salud colombiano dista de los principios y valores promulgados en la ley 100 de 1993, ya que la cantidad de pacientes atendidos ha ido en aumento y se relegó de a poco la calidad en la atención.

Uno de los procesos que contribuye a la sostenibilidad del sistema de salud en Colombia es la auditoría de cuentas médicas, ya que ésta ayuda en la garantía del control del gasto de recursos, la racionalización del uso de los mismos, y la pertinencia de los servicios de salud prestados a la comunidad con el fin de mejorar la calidad de los mismos (1).

Ahora bien, una forma de garantizar el buen flujo de los recursos económicos por parte de las instituciones de salud es a través de buenos procesos de facturación, pues es a través de ésta que se asegura el pago de lo contratado con las EAPB antes llamadas Empresas Promotoras de Salud (EPS), y se evitarán glosas por los servicios prestados a las personas afiliadas a dicha empresa, asegurando así la estabilidad económica de las IPS.

La facturación es un proceso indispensable ya que facilita el control de los servicios prestados a la población y los procesos de atención facturados para su recaudo, para así garantizar la sostenibilidad financiera y la autonomía administrativa de la

institución, velando siempre por la no restricción de oferta de servicios de salud con calidad a los usuarios (2).

Actualmente en Colombia las IPS y principalmente las del sector público, se encuentran en una crisis financiera desde la ejecución de la ley 100 de 1993 que dio vía libre al sector privado a prestar servicios de salud, también cabe anotar que la demanda por atención en salud se han multiplicado, lo que exige a las IPS establecer herramientas y procesos confiables de facturación y control, capacitando al personal encargado de este proceso con el fin de disminuir el riesgo financiero al que están expuestas (3).

Por otra parte, hay que considerar también la crisis del sistema de salud debido a la liquidación de algunas entidades aseguradoras, la demora en los recobros jurídicos entre estas entidades y las IPS, también los retrasos en el pago de los servicios facturados, ya sea debido a inconsistencias en el proceso de facturación, o a la inadecuada respuesta a glosas generadas por la EAPB a las IPS por los servicios prestados (4)

Es por ello que se hace relevante esta monografía, ya que no sólo contribuye a afianzar los conocimientos en el tema al personal de salud, sino que es benéfico tanto a IPS como EAPB para que concilien financieramente todas sus situaciones y eviten retrocesos en los procesos de facturación, recaudo, pagos y recuperación del flujo de caja, generados de los descuentos aplicados por concepto de glosas por parte de las entidades aseguradoras, y no poner en riesgo la prestación del servicio de salud.

Dicha monografía se desarrolló en varios apartados:

El primero abordó el problema, mostrando causas y factores que contribuyen inadecuadamente a la gestión de cuentas médicas. También la justificación que da cuenta de la relevancia social e institucional de la investigación. El segundo aborda

el marco teórico y legal, que muestran definiciones y normas jurídicas a seguir para hacer el proceso de gestión más satisfactorio. El apartado 3 describió los objetivos planteados y la metodología utilizada. Y por último las conclusiones y referencias bibliográficas.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en Colombia en las últimas décadas han aumentado considerablemente sus servicios prestados a la población, pero este crecimiento no ha sido acompañado por herramientas de cobranza, facturación y control eficaces, evidenciándose una crisis financiera en los servicios de salud (5).

A pesar de las múltiples regulaciones realizadas por el gobierno nacional, el incremento de la cartera morosa es un factor determinante que incide en la crisis financiera que afrontan las IPS, una de las principales causas se debe a que las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) rechazan muchas de las facturas generadas por las IPS, y las someten a procesos de glosas y conciliaciones que en muchos casos se convierten en pérdida de recursos para estas instituciones (5).

A pesar de los sustentos normativos que el ministerio de salud y protección social MSPS ha definido para soporte de la facturación, causales de glosas y devoluciones, y los tiempos establecidos para estos trámites, se han generado dificultades en la relación prestador-pagador, debido a que las IPS y EAPB no han implementado herramientas eficaces que permitan ejecutar un adecuado trámite de glosas y devoluciones que permitan ser realizados en los tiempos establecidos por la ley 1438 de 2015 (1).

En un sistema de salud como el colombiano, en el que los recursos son limitados, las glosas y devoluciones afectan el rendimiento económico de las instituciones que prestan servicios de salud, debido a que los pagadores realizan múltiples objeciones a la facturación como errores en tarifas que no corresponden a lo incluido en la contratación, información incorrecta, soportes incompletos, entre otros, retrasando los procesos de pago por parte de las EAPB (5).

Debido a los altos valores adeudados por las entidades responsables de pago, las (IPS) presentan fragilidad financiera, consecuencia de glosas y devoluciones realizadas en la facturación, ocasionando pérdidas económicas de gran importancia, lo que a la postre se ve reflejado en los estados financieros de estas instituciones de salud (6).

Esto muestra un balance financiero poco favorable, dificultades en el flujo de recursos, la demora en los pagos que llevan a índices de cartera altos generando dificultades de liquidez, deterioro en la operatividad de las mismas y la necesidad de endeudamientos, retraso en pago a proveedores, afectando la atención en los servicios que deben recibir los usuarios, e incidiendo en la oportunidad y calidad de los mismos, panorama que es similar en muchas de las IPS tanto públicas como privadas en todo el territorio nacional (6).

Estos servicios de salud que prestan las IPS son mediados por una relación contractual que en muchos casos es inequitativa, debido a que el contratante en este caso las EAPB, son las que ponen las condiciones y ven en ello una fuente para mantener su rentabilidad financiera y lucro económico, exigiendo cada vez más procesos de facturación acordes a sus intereses, para luego realizar el pago a las IPS por los servicios prestados de su población afiliada (7).

Debido a que en muchas ocasiones las IPS tienen dificultad para articular los procesos de prestación de servicios, facturación, cobro, y respuesta a glosas (7), las finanzas de estas instituciones se ven afectadas por la subfacturación que generan, donde no concuerda la cantidad de servicios prestados con lo facturado, o en muchos otros casos por las glosas generadas por las EAPB, razón por la cual las IPS presentan pérdidas económicas por estas objeciones al pago interpuestas por dichas entidades (8).

Este contexto lleva a las instituciones a pensar en cómo mejorar estos procesos administrativos de facturación y respuesta a glosas, en ocasiones este problema se

ve agravado porque las EAPB públicas están obligadas por la ley 1122 del 2007 a contratar el 60% de las actividades con la red pública (8), llevando cada vez más mayor población a los servicios de atención en salud de estas IPS, a prestar más servicios de salud, a sobrecargar laboralmente sus trabajadores, y a que quizá no se facture adecuadamente los servicios prestados a la población afiliada, o que dichas instituciones continúen aumentando su cartera morosa, lo que tendría un impacto negativo en las finanzas de las instituciones.

Otro punto importante en el problema es el cambio constante de la legislación en salud en Colombia, ya que el proceso de contratación, facturación y respuesta a glosas ha surgido cambios desde el decreto 4747 de 2007 (9), hasta el artículo 57 de la ley 1438 de 2011 (10), y actualmente cursa una reforma al decreto 4747 que aún no ha sido aprobado por el ejecutivo de la nación. Esto genera que el personal del área desconozca el proceso a llevar a cabo y se genera deficiencias en los procesos de comunicación, demoras en la atención y egreso de pacientes, y errores constantes en la radicación de cuentas a las EAPB, ahondando más en la crisis financiera de las instituciones (11).

El no tener métodos concisos y la legislación clara en cuanto al proceso de facturación y respuesta a glosas, podrá llevar a que el personal administrativo tenga mayor sobrecarga laboral, dedicando más tiempo a la elaboración y corrección de las facturas. El personal asistencial también se verá afectado debido a que en muchas ocasiones tendrá que sacar del tiempo de atención a pacientes un espacio para auditar o corregir apartados de la historia clínica ya registrada, para darle respuesta a las glosas presentadas por las EAPB (3,11).

Otra de las consecuencias de no tener claro los procesos de facturación y respuesta a glosas, es el retroceso de los procesos administrativos institucionales, ya que para no perder recursos financieros, deberán adelantar y gestionar procesos extra en el menor tiempo posible para darle respuesta a estas objeciones al pago, lo que llevará

al detrimento de indicadores institucionales de calidad en la prestación de los servicios de salud a las personas, familia y comunidades (3).

Además de lo anterior, estas actividades extra no sólo traerá sobrecarga laboral en el personal administrativo y asistencial, sino que también podrá aumentar el estrés y malestar general en el cumplimiento de la labor, lo que genera renunciadas a los puestos de trabajo, rotación del personal, y conflictos en la comunicación entre las personas, que termina en un clima laboral desagradable (11).

Para garantizar un adecuado equilibrio financiero y mantenerse en el mercado, las (IPS) requieren adecuados procesos de facturación y soporte de las cuentas, estas deben presentar una de las principales líneas de trabajo que permitan un adecuado balance entre los servicios prestados y los ingresos generados (1).

De ahí que cobra importancia el diseño de estrategias que ayuden en la gestión del proceso de facturación y respuesta a glosas de las instituciones tanto públicas como privadas, que primero dé cuenta de una situación problemática y luego detectar oportunidades de mejora en el proceso, y así esta estrategia contribuya al aprendizaje y razonabilidad financiera de la institución. Es así como se crea la necesidad para los prestadores de servicios de salud que cuando la glosa se ha generado, se debe realizar una conciliación que permita cobrar oportunamente servicios prestados, por lo tanto, se requiere implementación de un modelo de administración de glosas que permitan no solo gestionarlas si no también identificar las fallas y realizar los correctivos para el mejoramiento de los procesos de facturación y recuperación de cartera (6).

Es así que se requieren mecanismos efectivos que agilicen los procesos de facturación, la gestión de glosas y devoluciones, y metodologías y herramientas que faciliten la auditoría de cuentas médicas, con el objetivo de reducir el número de glosas recibidas por las EAPB, generando servicios de calidad sin afectación a las finanzas de las IPS y de la atención a los usuarios.

2. JUSTIFICACIÓN

El sistema de salud colombiano se rige por un entramado de servicios a libre oferta y demanda en los que participa el régimen público y privado, que establecen relaciones contractuales con las instituciones prestadoras de salud para la atención de un grupo poblacional en un territorio definido. Estas relaciones lamentablemente son ejercidas de manera autoritaria e inequitativas por parte de las EAPB, que ven la oportunidad de acceder a recursos financieros públicos y así engrandecer sus arcas económicas, aprovechándose en muchas ocasiones de la desarticulación que tienen las IPS en sus procesos de facturación y gestión de glosas, y por ende favoreciendo su detrimento financiero (3).

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) no ejerce un control sobre la operación de las diferentes IPS públicas y privadas del país. Es por eso, que la prestación de servicios de salud por parte de éstas se hace de manera desarticulada, pues se ha visto que en las grandes ciudades se establecen las IPS privadas y en los municipios apartados imperan las IPS públicas (7). Esto trae consecuencias nefastas a la sostenibilidad financiera de muchas IPS, ya que se dedican a atender un porcentaje mínimo de personas debido a que las EAPB realizan integración vertical de sus servicios, lo que se traduce en un ingreso mínimo de recursos económicos. Otro aspecto importante es que estas aseguradoras tratan de dar mayores contratos a las IPS privadas, pues se tiene la creencia que son las que mejor solucionan la demanda de servicios de su población, y son con las que se llegan acuerdos contractuales más flexibles y benéficos para ambas (7).

La dificultad financiera de las IPS públicas no sólo se ve expuesta por los argumentos anteriores, sino también por las objeciones al pago que instauran las EAPB a las IPS por los servicios prestados a su población afiliada. Según el Dr. Luis Martínez en su relato para el periódico el pulso, “En promedio de la facturación que los hospitales entregan mes a mes, las EPS glosan entre el 30% y el 40%, y luego de 6 meses esas glosas se disminuyen a cerca del 2% o 3%, pero hay una cartera

permanente en discusión que podría sumar el 18 o 20%. Estas discusiones son eternas, pues las EAPB por todos los medios después de que las IPS hayan atendido a las personas y les presten todos los servicios y les entregan los medicamentos, se niegan a pagar por ello” (12).

Estas glosas a la facturación por parte de las EAPB por los servicios prestados pueden afectar a las IPS en sus compromisos pactados con otras entidades, los procesos misionales de la institución, el pago a colaboradores y el flujo de recursos intrainstitucionales. Es por eso que es importante ponerse en el lugar de los prestadores de servicios de salud, pues con este sistema son los más vulnerables a la quiebra financiera, y por ende al deterioro de la calidad en la atención en salud. Es de anotar que antes de la existencia de la Ley 100 de 1993, la problemática sobre glosas a cuentas médicas no estaba organizada ni estipulada por el gobierno colombiano. Debido a esto, el gobierno comienza a formular nuevos decretos que permitan mitigar los abusos de algunas entidades de salud, se empieza a crear un marco jurídico ajustado a la realidad económica del país, y es así como surge en la normatividad vigente manuales tarifarios y procesos de atención que son claros en sus apreciaciones, sin embargo, se cometen errores en su aplicación y por ende en la facturación de los servicios causados por partes de las IPS (13).

Algunas de las dificultades que presentan las organizaciones del sector salud es la desactualización y la falta de documentación en cuanto al proceso de facturación y respuesta de glosas, que no le permite construir una memoria organizacional en cuanto a la gestión y continuidad de los procesos administrativos y financieros. Por eso es de gran importancia el papel del auditor en salud de cuentas médicas, como figura que propende garantizar el uso eficiente de los recursos, la evaluación sistemática, el control continuo e integral desde varios frentes como el administrativo, financiero y médico, siempre basado en normatividad vigente y respetando parámetros contractuales entre prestadores de servicios de salud y EAPB, impactando esto en la contención del gasto médico, haciendo que los

servicios ofrecidos a los usuarios sean de calidad, oportunos, pertinente y eficaces. (14).

En la actualidad, las instituciones prestadoras de servicios de salud se ven enfrentadas a nuevos retos, razón por la cual estas deben desarrollar esquemas de administración que le permitan ser autosuficientes y que les den la oportunidad de interactuar en el mercado ofreciendo buenos servicios, cumpliendo con los principios que deben regir dichas instituciones y que al mismo tiempo faciliten y demuestren su viabilidad financiera. Para esto es necesario tener en primer orden procesos como la contratación hospitalaria, la facturación, el manejo de manuales tarifarios, gestión de cartera, indicadores de gestión, centros de costos, auditoría de cuentas médicas, Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), sistema de información y software de facturación (15).

De tal forma que para que las empresas puedan sobrevivir requieren de sostenibilidad financiera, razón por la cual se debe monitorear que los servicios prestados sean realmente facturados, realizando adecuado diligenciamiento de registros y de esta manera disminuir la generación de glosas, que por ende se traduce pérdidas económicas (15).

Teniendo en cuenta que el proceso de facturación de las instituciones de salud constituye su principal fuente de ingresos como factor necesario para la sostenibilidad de las Instituciones, se elabora el presente trabajo con el propósito de identificar la normatividad y procesos de la gestión de la auditoría de cuentas médicas en los procesos de facturación y respuesta a glosas en las instituciones de salud de Colombia, con el fin de que haya una concientización en la realización de actividades de facturación y respuesta a glosas de manera adecuada, y de esta forma obtener resultados óptimos en la gestión administrativa y financiera de la IPS (15).

Es también claro el papel que cumple el auditor en los procesos concernientes a la gestión y uso adecuado de los recursos, razón por la cual un acercamiento a la problemática que afrontan las instituciones día a día hace que éste visualice nuevos retos y gestione herramientas con las que puede generar aportes desde lo teórico-práctico a la solución de la problemática en el tema de glosas y devoluciones, generando así entornos institucionales favorables no solo desde lo financiero, sino también desde el bienestar de todos los actores involucrados en el proceso de atención en servicios de salud.

Los auditores en salud actúan como garantes de la sostenibilidad financiera de las IPS tanto públicas como privadas, es por ello que deben idear estrategias en las cuales se den a conocer los parámetros dados en la normatividad vigente acerca del tiempo estipulado para facturar y responder las glosas, y con ello desarrollar mecanismos que permitan cobrar a tiempo los servicios facturados y prestados a la población afiliada de las EAPB, garantizando el acceso, la seguridad, oportunidad, pertinencia y la continuidad de la atención y satisfacción de los usuarios, propendiendo por una mejor prestación del servicio y consiguiendo con ello un servicios más seguro y eficiente.

Esta monografía es realizada por estudiantes de la especialización en auditoría en salud de la Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP) de la Universidad de Antioquia, ya que se quiere que esta actividad requiere de la gestión, acompañamiento, veeduría y evaluación sistemática de la calidad, de la racionalidad técnica y científica y del uso racional de los recursos en salud que este personal aporte, con el objetivo de brindar un mejor servicio de atención en salud a las personas que habitan determinado territorio (16).

2.1 Viabilidad

La viabilidad política y legal del proyecto viene alineada a la normatividad nacional y que se relaciona con el tema del proyecto. Partimos de la constitución política de

Colombia de 1991, donde en su artículo 48 define la salud como un bien público, con coordinación y supervisión del estado. Posteriormente viene la ley 100 de 1993, que reglamenta el SGSSS y recalca la salud como un bien público más no como derecho fundamental, dando cabida a la prestación de estos servicios por empresas públicas y privadas.

Posteriormente surgen algunas normas importantes relacionadas con el proyecto como La ley 1122 de 2007 que tiene como objeto realizar algunas modificaciones en el SGSSS, orientado a mejorar la prestación de servicios a los usuarios y en su artículo 13 entrega los lineamientos en el que toma las medidas necesarias para asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos del sistema, y con ello asegurar instituciones sostenibles económicamente.

Otras de las normas importantes son el decreto 4747 de 2007 en sus Artículo 23 y 24, y los artículos 56 y 57 de la Ley 1438 de 2011, que insta a las IPS y EAPB a cumplir los lineamientos por los cuales se deben regir los trámites de glosas y los tiempos estipulados para responder a ellas. Por otra parte, está la ley 1751 de 2015, que tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regular y establecer sus mecanismos de protección. La ley abarca prácticamente todos los componentes del sistema de salud, más allá de los derechos y los mecanismos de protección para los pacientes (capítulos I y II), regula el ejercicio de los profesionales de la salud (capítulo III) y contiene otras disposiciones como la política farmacéutica y los servicios en zonas marginadas, entre otras (capítulo IV). Regula el derecho fundamental a la salud basado en unos principios y elementos esenciales que serán los encargados de impactar la prestación de los servicios y tecnologías en salud, con el fin de asegurar una atención acorde a las necesidades de la población (25).

Ahora bien, la viabilidad ética del proyecto se articula con los lineamientos del gobierno nacional. Además, según la Declaración de Helsinki y la Resolución 8430 de 1993, esta monografía es clasificada como “sin riesgo” (17), ya que este no

modifica aspectos de la conducta física o psíquica de las personas, ni experimenta con humanos.

En cuanto a la viabilidad técnica, el flujo de recursos necesarios no supera cuantías que los estudiantes de auditoría no puedan cubrir, ya que los recursos son principalmente de tipo humano, en el que se instaura un acuerdo de voluntades entre estudiantes y asesora vinculada a la FNSP.

Sin duda que el proyecto pretende generar impacto social, ya que al identificar la normatividad se podrá optimizar los procesos de facturación y respuesta a glosas por parte de las IPS, habrá un mejoramiento en el flujo de recursos económicos de las instituciones públicas y privadas siempre buscando la sostenibilidad financiera que garantice el desarrollo de diversos programas y servicios que contribuyan al bienestar de las comunidades a las cuales ofrecen sus servicios.

2.2 Factibilidad

La factibilidad administrativa de esta monografía propende por dar a conocer la normatividad y los pormenores en el mejoramiento de los procesos de facturación y gestión de glosas que garantice un flujo adecuado de los recursos financieros de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En cuanto a la factibilidad financiera, los gastos que se deriven de la realización de este trabajo serán cubiertos por los estudiantes de la especialización. Para la factibilidad en los medios de información, se tiene proyectada asesorías por parte de la docente asignada por la facultad. En caso de revisar literatura que nos complemente la teoría del proyecto, se cuenta con el acceso a las bases de datos del sistema de bibliotecas de la Universidad de Antioquia.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Identificar la normatividad y procedimientos que se tienen en cuenta en la gestión de la auditoría de cuentas médicas en los procesos de facturación y de respuesta a glosas en instituciones prestadoras de servicios de salud de Colombia.

3.2 Objetivos específicos

- Describir la normatividad que está presente en la gestión de la facturación y respuesta a glosas en el sistema de salud colombiano.
- Describir el proceso de facturación y de respuesta a glosas en las IPS de Colombia.
- Enunciar las dificultades que se presentan en el proceso de facturación y respuesta a glosas de las IPS en Colombia.
- Describir el rol del auditor en salud en la gestión de cuentas médicas de las IPS de Colombia.

4 ENFOQUE METODOLÓGICO

Acorde al conocimiento, evidencia bibliográfica y auge de la auditoría de cuentas médicas en la época actual, se decidió realizar una monografía dado que esta nos permite profundizar en el tema escogido. Como su nombre lo indica -mono, (uno)-, “es un estudio específico tratado de manera circunscrita, es decir, limitado a una cuestión bien determinada. Es un género discursivo con una estructura y un propósito particulares” (18).

También nos acogemos a los que dice el acuerdo superior 432 de noviembre de 2014 de la Universidad de Antioquia, que da el reglamento para estudiantes de posgrado y refiere que la monografía tiene como objetivo “el desarrollo analítico o creativo de un aspecto particular del campo de formación, bien sea en un informe escrito, en una obra o en una aplicación” (19), y el acuerdo 054 de 2017 de la FNSP que dice que la monografía consiste en “el análisis de un conocimiento existente acerca de un tema, que trata de comprender la exposición ordenada de datos, hechos o aspectos en base a un sustento teórico amplio, y a la revisión crítica de investigaciones o normativas realizadas de un tema” (20).

Dicha monografía se clasifica como una investigación documental, ya que reúne una serie de métodos y estrategias de búsqueda, procesamiento, y almacenamiento de información contenida en otros documentos, y la presentación sistemática y coherente de esta información en un nuevo documento científico (21).

La elaboración de la presente monografía se fundamentó en la revisión bibliográfica existente en relación con facturación de servicios de salud, glosas en las instituciones prestadoras de servicios de salud etc. lo que permitió identificar conceptos, acciones, desarrollos importantes y actuales frente al tema. Dicha búsqueda se realizó a través de diferentes bases de datos reconocidas en el campo de la salud tales como: Pubmed, Scielo, Google Scholar y otras fuentes confiables a nivel nacional y mundial como la página de la Organización mundial para la salud

(OMS) y Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia; con el fin de enmarcar el contexto investigativo a la realidad en salud que se presenta.

Después de la búsqueda de la información, se planteó realizar la monografía, donde se analizaron diferentes artículos y normativas con el fin de contextualizar el tema, en los cuales no se tuvieron consideraciones en cuanto al tipo de estudio, y se tuvo en cuenta el idioma español e inglés. Posteriormente se agruparon todos los artículos para su lectura e interpretación en una base de datos creada en “Microsoft Excel”, teniendo en cuenta en cada variable el título, objetivo, fecha de publicación, tipo de investigación, resultados y su respectiva cita.

5 NORMATIVIDAD RELACIONADA A LA GESTIÓN DE CUENTAS MÉDICAS

5.1 Ley 100 de 1993

Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS. En su artículo 2 enumera los principios con los cuales se rige el sistema de salud: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación (22). Su objetivo principal es regular el servicio público esencial, además de crear condiciones de acceso de la población a servicios de salud en todos los niveles de atención, se establece el aseguramiento y se cambia la configuración del sistema de salud en Colombia, se genera competencia en el mercado entre IPS y EPS, divididas en régimen contributivo y subsidiado. Reafirma lo dicho en la constitución de 1991, donde se establece el derecho a la seguridad social como derecho público coordinado y controlado por el estado, abre la posibilidad para que el servicio de salud y su aseguramiento sean prestados por entes públicos y privados (22).

En su artículo 185 confirma que “Toda IPS contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos”. Por otro lado, en el artículo 225 establece que las EPS, cualquiera sea su naturaleza “Deberán establecer sistemas de costos, facturación y publicidad, con sistemas que tengan un presupuesto independiente, garantizando una separación entre ingresos y egresos para cada servicio prestado, utilizando métodos sistematizados, generando factura a los usuarios donde se describa cantidades subsidiadas por el SGSSS” (22).

Esta ley es de gran importancia en la gestión y auditoría de cuentas médicas en los procesos de facturación y de respuesta a glosas, debido a que con el cambio de configuración en el sistema de salud colombiano y la posibilidad de aseguramiento por entes públicos y privados, se crea un mercado de oferta a la demanda, donde los aseguradores en este caso EAPB públicas o privadas deben realizar contrataciones con las IPS del sector salud, allí se empiezan a crear mecanismos para contener y regular el gasto por medio de auditorías y glosas a las cuentas

médicas, convirtiéndose este aspecto en un asunto crucial en la relación asegurador prestador de servicios de salud, con repercusiones económicas para ambos y en algunos casos generando dificultades en la prestación de servicios de salud.

5.2 Resolución 3374 de 2000

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 RIPS” (23).

Los RIPS son los registros individuales de prestación de servicios de salud, contiene los datos básicos que se requieren para hacer seguimiento a la prestación de servicios y procedimientos de salud en el SGSSS (23), esta resolución en su artículo 4 enumera los datos básicos que debe incluir las IPS como identificación del usuario, número de contrato, número de factura, identificación de la institución prestadora de servicios, plan de beneficios, Copagos etc. Además, en su artículo 9 numeral 3 dispone que la transferencia de datos de la EAPB al ministerio de salud y protección social (MSPS) debe realizarse en los primeros 20 días del mes siguiente a la facturación de los servicios prestados (23).

No obstante, la información allí reportada es insumo importante para las entidades responsables de pago, ya que con ello pueden generar estrategias de contratación teniendo en cuenta la morbilidad de la población objeto y número de atenciones brindadas; medida que también podrían utilizar los prestadores de servicios de salud, pero infortunadamente no todas lo hacen, dando con ello una gran ventaja a los aseguradores al momento de hacer la contratación de los servicios. Esta norma es importante en la auditoría de cuentas médicas porque da un detalle de los servicios prestados por las IPS y así saber que se debe facturar y recaudar. Además, da una visión del perfil epidemiológico de determinado territorio.

5.3 Resolución 951 de 2002

Por la cual se fijan algunos lineamientos en relación con los RIPS, en su artículo 1 resuelve que “Las EAPB no podrán retrasar la recepción, revisión y pago de las cuentas de cobro o facturas, por no estar soportadas con los RIPS”, o cuando estos no cumplan con el control de datos realizados por el MSPS, pero de igual forma estos soportes se deben revisar según tiempos y normatividad vigente. Cuando la información no cumpla con los requerimientos técnicos, las entidades responsables de pago deberán enviar un informe al menos cada 2 meses sobre los principales problemas encontrados en la información reportada por parte de las IPS. Esta norma en su artículo 3 resuelve que “Las IPS y EPS que incumplan con los reportes, deberán ser objeto de investigación por parte de la superintendencia nacional de salud SNS, con el fin de establecer responsabilidad y establecer sanción de haber lugar” (24).

Esta resolución es clara en cuanto a la auditoría de cuentas médicas ya que afirma que los servicios facturados deben ser cancelados en los tiempos establecidos según normatividad vigente, así en algunos casos los documentos y anexos presentados por las IPS no cumplan con la calidad del dato esperada, sin embargo, se presenta una desviación por parte de las entidades pagadoras, ya que utilizan otros mecanismos para retrasar el pago a la facturación como son las glosas a servicios prestados, generando detrimento patrimonial a las IPS.

5.4 Decreto 1011 de 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (25). Vela por mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud del país mediante cuatro componentes: El Sistema Único de Habilitación-SUH, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud-PAMEC, el Sistema de Información para la Calidad, y el Sistema Único de Acreditación, siendo

este último de cumplimiento voluntario ya que los demás son de obligatorio cumplimiento (25).

Es importante para la gestión de cuentas médicas ya que promulga en sus principios la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad, continuidad de los servicios, características importantes que tiene en cuenta el auditor para garantizar el goce de la atención en salud a la población. Además de ello, el auditor a través de auditorías internas y externas, debe velar porque todos los actores del sistema cumplan con los estándares mínimos de funcionamiento de toda empresa que quiera prestar servicios de salud.

5.5 Ley 1122 de 2007

Por la cual se realizan algunas modificaciones al SGSSS en su funcionamiento y operación. Tiene como prioridad mejorar la prestación de los servicios a los usuarios, se realiza reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud, además de la conformación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) (7).

En su artículo 13 numeral d describe el proceso para la realización de pagos a servicios prestados por parte de las EAPB a las IPS según modalidad de contratación, los cuales no superarán los 30 días para aquellas facturas que no presentan glosas, y 60 días para aquellas que presenten glosas luego de su apelación ante la entidad responsable de pago. Describe también cómo dependiendo del tipo de contratación se realiza un porcentaje de pago por anticipado de la EPS a las IPS (7).

5.6 Decreto 4747 de 2007

Esta norma regula algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago, en lo que respecta a la facturación de servicios de salud glosas y devoluciones (9). En su artículo 21 refiere que los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que establezca el Ministerio de la Protección Social (9). Por su parte, en el artículo 22 refiere que el MSPS expedirá el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por parte de EAPB e IPS (9).

En el artículo 23 se establecen los tiempos para trámite de glosas así: las entidades responsables de pago dentro de los 30 días hábiles a la presentación de la factura deberán realizar la glosa si lo considera, luego de lo cual no se podrá realizar nuevas glosas a la misma factura, la IPS tiene 15 días hábiles para gestionar las glosas, luego de lo cual las EPB tienen 10 día hábiles para levantar parcial o totalmente la glosa y 5 días para realizar el pago a las glosas levantadas (9).

En el artículo 24 habla del reconocimiento de intereses. En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, la IPS tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el Artículo 7° del Decreto Ley 1281 de 2002, en el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a título de pago anticipado en cobros posteriores (9). En el artículo 25 del decreto habla de la trazabilidad de la factura, para efectos de contar con un registro sistemático del cobro, glosas y pago de servicios de salud, esta estructura y operación será establecida por el MSPS (9).

Sin duda que esta norma es de las más relevantes a la hora de hacer auditoría de cuentas médicas, ya que no da un orden temporal en el momento en que se presentes glosas por los servicios prestados por las IPS. El rol del auditor no sólo es fijarse en estos tiempos y favorecer los procesos de gestión tanto de IPS como EAPB, sino de capacitar al personal dedicado a estos procesos con el fin de aportar en el mejoramiento continuo y garantizar el buen flujo de recursos económicos en las instituciones.

5.7 Resolución 3047 de 2008

En esta resolución 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, definidos en el Decreto 4747 de 2007. Realiza precisiones en cuanto a facturación, glosas y devoluciones, y define anexos técnicos 5, 6, y 8 los cuales dan los soportes a las facturas, el manual único de glosas devoluciones y respuestas, así como trazabilidad de la factura (26).

En el artículo 12 habla de los soportes de las facturas de prestación de servicios. Los soportes de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico No. 5, que hace parte integral de la presente resolución (26). En el artículo 13 refiere la revisión previa a la presentación y/o radicación de facturas o cuentas. Entre las EAPB y las IPS se podrán acordar mecanismos de revisión de las facturas o cuentas al interior de los prestadores, para que se realicen de manera previa a la presentación y/o radicación de estas (26).

En el artículo 14, el manual único de glosas, devoluciones y respuestas denomina y codifica las causas de glosa, devoluciones y respuestas de que trata el artículo 22 del Decreto 4747 de 2007, se establece el anexo técnico No. 6, el cual forma parte de la presente resolución. Las entidades responsables del pago no podrán crear

nuevas causas de glosa o de devolución adicionales a las que ya respondieron en una primera instancia de la radicación de la factura por parte de las IPS (26).

En el artículo 15 habla del registro conjunto de trazabilidad de la factura. Para su implementación, se establece la estructura contenida en el Anexo Técnico No. 8 de la presente resolución (26).

5.8 Resolución 416 de 2009

Por la cual se realizan modificaciones a la resolución 3047 de 2008. En el artículo 1. Adicionaron el párrafo 3 al artículo 2: En caso de detectar la posible inconsistencia, el prestador deberá realizar la admisión, la historia clínica y de la factura con los datos reales que se encuentran en el documento de identidad entregado por el usuario. Las EAPB no podrán glosar las facturas argumentando que el usuario no existe en su base de datos, a menos que determine que se trata de dos personas distintas, en este caso dicha entidad tiene 8 horas hábiles para informar tal situación, para que el prestador proceda a identificar el responsable del pago. En su artículo 7 describe como cuando un servicio facturado no contaba con autorización previa por la EAPB, este será glosado, exceptuando aquellos casos en los que al momento de la contratación se deje exento de autorización este servicio (27).

Sin duda que para el auditor es importante en defensa de la captación de recursos económicos para la IPS por servicios prestados a la población, y así evitar que las EAPB sigan ampliando sus arcas económicas por la negación de servicios.

5.9 Ley 1438 de 2011

Esta ley tiene por objetivo reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (10).

En el artículo 56 habla sobre los pagos a los prestadores de servicios de salud. Las EAPB realizarán los desembolsos por las atenciones en salud prestadas dentro de los plazos, condiciones, términos y porcentajes que establezca el Gobierno Nacional de acuerdo con lo establecido en la Ley 1122 de 2007, cuando este pago no se realice dentro de los tiempos establecidos, generará intereses por mora, se prohíbe que sea obligatoria la auditoría de la factura previo a su presentación, se deben crear mecanismos que permitan la facturación en línea, se entienden por recibidas las facturas que hayan sido enviadas por los prestadores de servicios de salud a las EPS a través de correo certificado, de acuerdo a lo establecido en la Ley 1122 de 2007 (10).

En el artículo 57 habla sobre el trámite de glosas. Las entidades responsables del pago dentro de los veinte días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas causadas a la factura, cuando se realice una glosa a una factura no se podrán realizar nuevas glosas a la misma factura, de lo contrario que surjan hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial. El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las EAPB dentro de los quince días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación.

La entidad responsable del pago, dentro de los diez días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Si cumplidos los quince días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa se puede justificar, tendrá un plazo máximo de siete días hábiles para justificar las glosas y enviar las facturas nuevamente a la entidad responsable del pago. Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco días hábiles siguientes a su levantamiento, Una vez vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo, se acudirá a la SNS, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley (10).

En el artículo 58 refiere sobre la habilitación de prestadores de servicios de salud. Las entidades responsables de pago, las IPS, las ARP hoy en día ARL luego de la modificación en la ley 1562 de 2012, deben contar con las condiciones necesarias para prestar servicios de calidad que serán verificadas por las direcciones territoriales de salud, las cuales pueden contratar a terceros especializados en la materia para su realización (10).

5.10 Resolución 4331 de 2012

Por la cual se modifica parcialmente la resolución 3047 de 2008 modificada por la resolución 416 de 2009 (28). En su artículo 4 modifica el artículo 12 de la Resolución 3047 de 2008. El artículo 21 del decreto 4747 de 2007 en el que trata los soportes de las facturas, estos serán solo los definidos en el Anexo Técnico No. 5, que hace parte integral de la presente resolución (28). Dice que cuando se facturen medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, “El prestador deberá identificar en la factura de prestación del servicio, el Código Único de Medicamentos CUM, emitido por el INVIMA” (28).

Además, en el artículo 5 se adicionan los códigos específicos y el Manual de Uso, establecidos en la Tabla No. 3 Código de Glosas del Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas, contenida en el Anexo Técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008 (24). En el artículo 7 se realiza cambio a la estructura de reporte de información para el registro de trazabilidad de la factura, Anexo Técnico No. 8 (28).

En el anexo técnico No. 8 Registro conjunto de trazabilidad de la factura. Esta muestra la estructura de reporte de información de todos los aspectos relacionados con la presentación de facturas, glosas, devoluciones y respuestas de estas, pagos y decisiones adoptadas por las entidades responsables del pago frente a las respuestas de los prestadores de servicios de salud.

5.11 Ley 1751 de 2015

Esta ley estatutaria tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud regular y establecer sus mecanismos de protección (29). Esta ley recogió normativas anteriores y la jurisprudencia de la Corte Constitucional en materia de salud. Está dividida en cuatro capítulos, la ley abarca prácticamente todos los componentes del sistema de salud. Más allá de los derechos y los mecanismos de protección para los pacientes (capítulos I y II), regula el ejercicio de los profesionales de la salud (capítulo III) y contiene otras disposiciones como la política farmacéutica y los servicios en zonas marginadas, entre otras (capítulo IV).

Regula el derecho fundamental a la Salud basado en unos principios y elementos esenciales que serán los encargados de impactar la prestación de los servicios y tecnologías en salud, con el fin de asegurar una atención acorde a las necesidades de la población.

Con esta ley se establecen políticas que definen nuevos esquemas de beneficios y unos nuevos criterios en la prestación de los servicios, cambios que involucran a todos los actores del sistema para entender la salud como un concepto integral e integrador y comprendan que los determinantes de esta son dinámicos, cambiantes y requieren de su participación activa, ya que se vuelven protagonistas de estos cambios y se convierten en parte fundamental en la formulación de iniciativas tendientes a consolidar y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud (30).

5.12 Decreto 2353 de 2015

“Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud” (31).

El decreto está compuesto por diez capítulos que establecen las reglas en la afiliación al Sistema de Salud, el uso de las bases de datos del sector salud y establece los mecanismos de funcionamiento del nuevo Sistema de Información Transaccional. Busca hacer los trámites más ágiles y efectivos, unificar las reglas de afiliación al sistema de salud, y medidas para garantizar la continuidad de la atención (31). Dicha norma busca “agrupar, unificar y simplificar las reglas de afiliación a través de un sistema sistematizado de la información que reduzca los trámites de afiliación al SGSS y sus novedades y que elimine las barreras que afectan el acceso a los servicios de salud de los afiliados” (32).

Es importante en el área de auditoría de cuentas médicas ya que se debe garantizar el derecho a la salud de todas las personas, independiente de su estado de afiliación al sistema, y ser educadores con las personas a que sean responsables de realizar su afiliación inmediata al SGSSS.

5.13 Resolución 3100 de 2019

Esta norma es un instrumento que contiene las condiciones, estándares y criterios mínimos requeridos para ofertar y prestar servicios de salud en todo el territorio nacional y deroga la resolución 2003 de 2014 (33). La resolución aplica para las IPS, profesionales independientes, servicio de transporte especial de pacientes, las entidades responsables de pago de servicios de salud; y para ser habilitado debe cumplir con las siguientes condiciones: Capacidad técnico-administrativa, suficiencia patrimonial y financiera, capacidad tecnológica y científica (33).

Esta resolución menciona grupos y servicios adicionales como lo son (grupo de internación, grupo quirúrgico, y grupo de atención inmediata con sus respectivos servicios) a diferencia de la Resolución 2003/2014 que no realiza ninguna agrupación, define con detalle los requisitos requeridos para la habilitación de los

servicios de salud, es mucho más específica en cuanto a sus estándares y criterios de habilitación, esto es bueno ya que no da espacio a la ambigüedad (34).

5.14 Manual tarifario ISS. Acuerdo 256 de 2001

Actualmente muchas de las tarifas facturadas por los prestadores de servicios de salud son las tarifas contenidas en este acuerdo, tarifas que fueron establecidas en este año para pagar en ese entonces al instituto de seguros sociales ISS, EPS pública sin ánimo de lucro y que por lo tanto pagaba tarifas muy bajas (15).

Estas tarifas acordadas en este año que por lo mencionado eran bajas, eran compensadas al momento de la facturación por los grandes volúmenes de atención presentados. Pero estas tarifas no tuvieron en cuenta variables como la inflación y otros sobrecostos presentados año tras año, razón por la cual en la actualidad a la hora de facturar con estas tablas es necesario realizar un ajuste con adición de porcentajes acordados por las partes, previa a la contratación de servicios de salud (15).

Las EPS prefieren realizar sus contrataciones bajo este manual ofreciendo mayor volumen, lo que lo hace llamativo para los prestadores. También es sabido que la mayoría de las IPS privadas prefieren contratar en esta tarifa debido a que a pesar de tener precios más bajos, sus códigos y descripciones de procedimientos están más acordes con la realidad, a esto se le suma la ventaja de que este manual ya está expresado en términos CUPS, y otra de las ventajas que se ha encontrado, es que éste no presenta un tope de atención porque está en Unidades de Valor Real UVR, mientras que en el caso del SOAT sí hay topes que no permiten cobrar más, si por ejemplo se complica una cirugía (33).

5.15 Decreto 2423 de 1996 TARIFAS SOAT

Por esta se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario. El presente decreto será de obligatorio cumplimiento en los casos originados por accidente de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud-CNSSS; también en la atención inicial de urgencias de otra naturaleza, si no hay acuerdo entre las partes (35).

Debido a que estas tarifas se actualizan con el aumento del salario mínimo en Colombia, Cuando se realiza el ajuste anual el 01 de enero de cada año, suben con este las tarifas, por concepto de atención, derechos de sala, suministros y medicamentos consagrados en este manual. Para las IPS, el actual Manual SOAT tiene muchas imprecisiones que van en detrimento de las IPS. Carlos Alberto Peláez, jefe de facturación del Hospital General de Medellín, considera que en este manual existen códigos que no se acomodan a la realidad actual de los procedimientos que se realizan, ya que hoy en día se aplican mejores tecnologías, entre otros factores, que hacen que acomodar la realidad con lo estipulado sea muy difícil a la hora de facturar (36).

5.16 Manual tarifario ISS. Acuerdo 209 de 1999

El consejo directivo del instituto de seguros sociales con el objetivo de garantizar a sus afiliados y beneficiarios la prestación de los servicios médico asistenciales integrales, mediante acciones de prevención, curación y rehabilitación, determina las tarifas que el Instituto aplicará en la venta de servicios de salud y contratación tanto con entidades públicas como privadas para Intervenciones y procedimientos médico quirúrgicos, usando nomenclatura y clasificación en unidades de valor relativo (U.V.R.) (37).

Este manual utiliza una nomenclatura y clasificación cefalocaudal de las diferentes intervenciones y procedimientos, y da unos valores según

complejidad de la intervención y le asigna un determinado número de UVR para su facturación. Estas tarifas fueron creadas y pactadas en el año 1999, razón por la cual a la fecha se encuentran desactualizadas y es necesario en el momento de realizar contratación entre EAPB y las IPS, pactar con que porcentajes adicionales se realizará el pago de servicios esto con el fin de tener un valor acorde a las tarifas actuales.

6 MARCO TEÓRICO

6.1 Proceso de facturación de servicios de salud en Colombia

La facturación es la evaluación sistemática de los documentos presentados por las IPS a las EAPB y direcciones seccionales de salud, con el fin de identificar y darle solución a las irregularidades presentadas en el cobro de los servicios de salud prestados. Para lograr esto se hace una auditoría de la calidad del dato, contenido de los RIPS, manuales tarifarios, software de facturación, verificación de derechos de los usuarios, concordancia de servicios facturados y prestados, centros de costos y auditorías de cuentas médicas, contratación pactada entre las EAPB o ente territorial con las IPS, y descuento de cuotas de recuperación que aplique (38).

Es ahí que cobra importancia la auditoría de cuentas médicas, ya que en muchas instituciones ésta no se toma como oportunidad de mejora, y la mayoría de glosas a las tarifas se derivan de facturas que difieren entre el valor contratado y cobrado según manual tarifario de contratación (39). Hay que tener en cuenta que la factura es un registro donde se liquidan los procedimientos, consumos, actividades prestadas a los usuarios y pacientes, por lo tanto, es un documento legal que refleja la operación de un servicio que se presta a la población, y que sirve como efecto de cobro para la sostenibilidad financiera de las instituciones (39).

El objetivo general del proceso de facturación en el área de la salud está bien definido por Leuro Martínez M y Oviedo Salcedo I (2010), de la siguiente manera:

“Facturar las actividades y procedimientos realizados a cada paciente en la IPS, tomando en cuenta los suministros y medicamentos utilizados en cada uno de los servicios. Informar los ingresos con los cuales se financiará la institución y enviar la información necesaria para las diferentes áreas de la misma: Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen

Subsidiado, Compañías Aseguradoras, Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga), etc., colaborando de esta forma a la supervivencia, crecimiento y rentabilidad de la IPS” (40).

Por otra parte, hay que entender que las glosas a la facturación se entienden como facturas mal elaboradas que no cumplen con los requisitos exigidos por la norma (Historia clínica, anexos, documentos, resultados de ayudas diagnósticas etc.), falta de soportes a la factura y de autorizaciones para la prestación de servicios (39).

Es sin duda que con el proceso de facturación se busca poder realizar el cobro por los servicios prestados, los suministros utilizados, a cada paciente en la institución, para esto se tienen unos procesos como la entrada y salida. Los contratos o convenios son la entrada del proceso de facturación, establecen unas tarifas las cuales serán la base para liquidar las cuentas de cobro de los servicios prestados al paciente. Algunos contratos pueden utilizar un mismo manual de tarifa o diferente. Mediante el contrato también se establecen los soportes o documentos que deben acompañar la factura. la factura individual donde consten los servicios prestados al paciente que se convierte en la salida del proceso (40).

Es importante los procesos de facturación y la buena gestión de respuesta a glosas ya que el SGSSS propone que las instituciones de salud sean autónomas, independientes, sean autosostenibles a partir de la venta de servicios de salud, cambió el esquema de subsidio a la oferta por subsidio a la demanda, y es así como deben trabajar como empresas de producción que venden sus servicios, para lo que deben idear y crear sistemas que ayuden a gestionar los recursos económicos que ingresan por la venta de dichos servicios (40).

Es ahí que la gestión en la auditoría de cuentas médicas, como sistema de evaluación de estos procesos, logre contribuir a la mejora de las relaciones entre los diferentes actores del sistema de salud, fortalecer el flujo de caja, la calidad

asistencial, y la buena relación asegurador-prestador, garantizando esta en las relaciones contractuales definidas previamente (41).

Sin embargo, antes de la planeación, implementación, mejoramiento y puesta en funcionamiento de un adecuado proceso de facturación, uno de los aspectos fundamentales en el proceso, es tener un conocimiento amplio y actualizado de la contratación realizada en la IPS (40). Es, por ejemplo, la E.S.E Hospital San Rafael de Fundación-Magdalena, tiene un proceso de radicación de facturas acorde a lo establecido en la normatividad nacional, a conocer que el proceso es el siguiente:

1. Ingreso del paciente a los servicios de salud.
2. Verificación de los derechos de los usuarios a su aseguradora.
3. Solicitud de autorización de los servicios.
4. diligenciamiento y envío el anexo 2 y 3 por correo electrónico.
5. Atención en los diferentes servicios.
6. Liquidación de los servicios prestados, para hacer el cargue de la factura al sistema con todos los soportes.
7. Solicitar los RIPS de las facturas generadas para radicarlas.
8. Radicación final de la factura por los servicios prestados. (42)

Para finalizar el proceso de facturación, se debe hacer una revisión de la misma, con el fin de asegurar la calidad del dato y la buena gestión en la captación de recursos por servicios prestados de las IPS. Dicha revisión debe establecerse según el anexo 5 de la resolución 3047 de 2008, y debe contener:

- Soportes según servicio facturado.
- Historia clínica completa, desde el ingreso hasta el egreso.
- Ingreso, admisión y reconocimiento de la EAPB del usuario.
- Facturación de los servicios según manual tarifario y contratos establecidos entre EAPB e IPS. (39).

En cuanto al proceso de respuesta a glosas, es importante mencionar que los tiempos a tener en cuenta se han mencionado anteriormente en el decreto 4747 de 2007 expuesto en el trabajo en la página 29, y en el artículo 57 de la ley 1438 de 2011, expuesto en la página 32 del presente escrito. Sin embargo, hay que tener en cuenta que cada institución delega su personal y profesionales para darle gestión y respuesta a estas, siguiendo unos pasos aplicables a cualquier IPS como lo es: 1. Recibo y verificación de facturas glosadas. 2. Auditoría y verificación de los errores con el equipo de trabajo. 3. Comunicación no formal a los responsables de la atención. 4. Seguimiento, respuesta y conciliación (42).

6.2 Dificultades en el proceso de facturación y respuesta a glosas

En la actualidad se evidencian falencias en los procesos de facturación, lo que genera el alto índice de no conformidades (glosas) presentadas a las IPS, estas dificultades como lo refiere Bonilla Camacho B, Cepeda K. Radican en deficiencias de la calidad en el proceso de facturación, falta de capacitación al personal en la normatividad vigente de acuerdo a tarifas pactadas y uso de manuales tarifarios, también se evidencia falta de adherencia a normatividad con respecto a los soportes requerido para la factura como lo exige la ruta establecida por la resolución 3047 de 2008 (43).

Autores como Gamboa E, Andrade D, Benavides Sánchez D. refieren que las instituciones no cuentan con un proceso organizado y documentado, por lo que no se detectan a tiempo las falencias en la elaboración de las facturas y sus respectivos soportes, ocasionando aumento de glosas y por ende al deterioro paulatino de las finanzas de la institución, otra dificultad en el proceso de facturación es la alta rotación del personal encargado de estos procesos, que conlleva a demora en la entrega de la facturación a la EAPB (44).

Otro de los aspectos importante lo describe Bedoya Gómez S, Calderón Varela D, García Vargas E, Orozco Ríos L. se encuentra Inexperiencia del personal de facturación lo que conlleva a desconocimiento de los procesos, sumado a la falta de

protocolos claros donde estén documentados los mismos, además que estos, no se encuentren enlazados con las diferentes áreas dentro de ellas cuentas médicas, facturación y glosas (45).

Así mismo Agudelo Hoyos M, Álvarez Méndez W, Buelvas Oliveros K. En su trabajo de grado Caracterización de las glosas presentadas a la facturación de los servicios de salud en el Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín, 2019. Describen como las no conformidades a la facturación se generan, argumentando la ausencia de soportes, inconsistencia en tarifas, falta de pertinencia, autorización y cobertura, entre otras, así mismo describe como dentro de estas glosas existen algunas que son reparables y otras que no lo son, estas ultima en detrimento de las finanzas de las instituciones de salud, otros aspectos que influyen en estas son, la falta de personal idóneo y suficiente, para el desarrollo del proceso de facturación, poco conocimiento por parte del personal que factura los servicios o su inadecuada contratación. a falta de actualización y aplicación de normatividad vigente (46).

Jaramillo Diaz L. En su diseño de facturación en una IPS de la ciudad de Bucaramanga, describe como el sistema de facturación se realiza mediante un proceso descentralizado que no cuenta con un soporte de sistemas y software especializado en ocasiones desactualizados o no acordes a los procesos de facturación en el sector salud (47).

Quintana R, salgado L, torres D. escribe como las Instituciones Prestadores de Salud se ha identificado que uno de los principales problemas en tema de glosas y devoluciones, es la falta de oportunidad en el cobro de servicios que han sido glosados por parte de los pagadores impidiendo el recaudo efectivo de los servicios prestados, debido a la falta de articulación y comunicación de los procesos asistenciales con los de facturación, lo que se traduce en una disminución de los ingresos operacionales, debido a lo anterior, las IPS cada vez se ven más afectadas por el flujo de sus recursos, puesto que la prestación de los servicios no da espera y deben incurrir en costos operativos y administrativos, mientras que las EPS se quedan con una porción importante de su dinero. (48).

Ahora bien, otro aspecto relevante en la gestión de las glosas es el inadecuado manejo de los recursos realizado por parte de las instituciones responsables del pago, no realizar una adecuada administración de estos en muchas de estas instituciones, hace que estas deban recurrir a maniobras que les permitan dilatar o alargar los periodos de pago de los servicios facturados, es así como las devoluciones y las glosas son cada vez más representativas y recurrentes en los escenarios de cobro (49).

Sumado a lo anterior, se causan para las IPS unos costos indirectos generados por el personal que se designa para la conciliación y la gestión de las glosas, este grupo de personas en su mayoría auditores médicos dedican gran parte de su tiempo con ayuda del personal asistencial a responder las glosas por concepto de pertinencia médica, que en ocasiones se establece de acuerdo con los criterios de la EAPB. Es así como las glosas por pertinencia no solo conllevan a un aumento de costos indirectos ocultos, sino también al desgaste operativo y al daño en la reputación de la IPS en relación con la prestación de servicios de calidad (50).

6.3 Papel del auditor en la gestión de cuentas médicas

La palabra auditoria proviene del latín “audire”, que significa oír escuchar, de allí que el auditor es quien tiene la virtud de oír, otras definiciones lo describen como revisor de cuentas colegiado, es quien realiza un análisis crítico de la calidad de la atención médica, conforme a esto, el auditor en salud está llamado a buscar la eficacia y la eficiencia en el uso de los recursos en las instituciones, tanto de vigilancia y control como aseguradoras y prestadoras, y de esta manera propiciar atenciones de calidad buscando el bienestar del paciente y de las instituciones de salud (49).

El auditor como parte integral del control interno de las instituciones de salud toma un ponderable valor para el análisis de las diferentes causales de glosas y su consiguiente gestión ante las EAPB, también es necesario, tener en cuenta que el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad incluye la auditoría médica como una actividad obligatoria en el proceso de atención en la salud, capaz de crear los

espacios propicios y necesario para alcanzar los niveles de calidad promulgados en el decreto 1011 de 2006, del mismo modo, la auditoría debe estar encaminada a lograr un equilibrio financiero a través de la comparación de la prestación de los servicios frente a las tarifas definidas en los manuales tarifarios propios de cada entidad y que se establecen en los acuerdos contractuales o de voluntades firmados con los diferentes aseguradores tal y como lo reglamenta el Decreto 4747 de 2007. (50).

Por consiguiente, la figura del auditor dentro de las IPS cobra un valor de suma importancia dentro de la identificación de las posibles desviaciones o fallas en los procesos que son susceptibles de mejorar teniendo en su formación todas las herramientas necesarias según disposiciones de ley. De la misma manera, cabe resaltar que el auditor médico cumple con un proceso de mejora propio de las actividades de auditoría, por lo tanto, proporciona una visión clara y estandarizada de los procesos relevantes que presentan desviaciones dentro de los protocolos previamente definidos, dando respuesta al componente de monitoreo dentro del control interno de la empresa (50).

Es importante mencionar que entre las funciones que debe realizar el auditor de cuentas médicas se encuentran: (41)

- Recibir las facturas del área de facturación para su revisión.
- Velar por el flujo de la facturación interna por servicios prestados.
- Realizar la auditoria de las facturas glosándolas o aceptándolas según sea el caso.
- Acompañamiento del auditor externo en proceso de la auditoria.
- Gestionar la radicación de las facturas según la fecha de corte.
- Gestionar la solución de objeciones parciales o totales.
- Realización de conciliaciones de las glosas generadas.
- Entregar informes periódicos del estado de la facturación.

Es por eso que el papel del auditor de cuentas médicas en estos procesos es vital, pues es quien vela no sólo por el buen uso y la buena gestión d ellos recursos

económicos existentes, sino que debe capacitar al personal de la institución en pro de realizar buenos procesos de facturación y respuesta a glosas para asegurar la entrada de recursos producto de las atenciones prestadas, y velar por la conciliación de las controversias entre pagadores e institución, siempre asegurando el buen flujo de caja de las IPS.

7 CONCLUSIONES

Este trabajo denota la importancia de que el personal administrativo y asistencial que labora en el área de auditoría de cuentas médicas, gestione y este en constante evolución de los conocimientos y capacidades en pro del bienestar empresarial y sostenibilidad financiera de las IPS en Colombia.

Sin duda que existe múltiples normas y leyes que se relacionan con el tema de facturación y respuesta a glosas, y es importante conocerlas y cual es su alcance operativo para así ponerlas en práctica en las IPS, y así evitar procesos alejados del buen hacer de la gestión administrativa de toda empresa. Estas normas tristemente muchas son alejadas de la realidad del sistema de salud colombiano, o aún sin ser puestas en marcha ya tienen una reglamentación que las deja sin validez, lo que dificulta más aún el proceso para las personas encargadas de la auditoría de cuentas médicas de las IPS.

Los procesos de facturación y respuesta a glosas son claros desde la normatividad para todas las instituciones de salud, sin embargo, es de anotar que son muchos los factores que afectan a que estos procesos no se lleven de buena manera como lo es la rotación de personal, falta de capacitación continua, pocos estímulos laborales, favores de índole sociopolítico en las organizaciones etc. Lo que hace que haya más retrocesos a la hora de ejecutar actividades que lleven a buen rumbo la gestión administrativa y financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Para finaliza, es de recalcar el papel del auditor en salud, pues en el área es el garante de llevar a término los procesos diseñados para la buena gestión del proceso de facturación y respuesta a glosas, y así ser un garante de la calidad en la atención en salud y el buen flujo de recursos económicos en las instituciones.

8 BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Cote D. Cuentas médicas y conciliaciones [Internet] Bogotá D.C: Fundación Universitaria del Área Andina; 2017 [Consultado 2020 Oct 10] Disponible en:
<https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/1249/Cuentas%20Medicas%20y%20Conciliaciones.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Martínez Cogollo I. Auditoría de cuentas médicas como eje fundamental para el proceso de facturación en salud [Internet] Montería: universidad de córdoba facultad ciencias de la salud departamento de salud pública programa administración en salud; 2020 [Consultado 2021 Feb 20] Disponible en:
<https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/3682/luisenriquemartinezcogollo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Aljure Lis Y. Auditoría de cuentas médicas en una IPS pública de nivel I de atención en el departamento de Antioquia. [Internet] Medellín: Universidad CES facultad de medicina salud pública auditoría en salud; 2013 [Consultado 2020 Oct 20] Disponible en:
http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/1154/2/Documento_de_Tesis.pdf
4. Frehydell Upegui S. Generalidades de la facturación en salud y sus problemas en la operación. [Internet] Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana facultad de derecho y ciencias políticas; 2020 [Consultado 2021 Abr 25] Disponible en:
<https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/8162/Generalidades%20de%20la%20facturaci%C3%B3n%20en%20salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Chavarría T. Desarrollo e implementación de una herramienta para la validación de cuentas médicas y gestión de glosas en el sector salud en Colombia. Rev. Med. Col. [Internet] 2018 [Consultado 2021 Abr 22] ;37(2):131-141. DOI:10.18566/medupb.v37n2.a07. Disponible en:
<https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/855/682>
6. Araque Sarmiento N. Implementación de un “Programa Glosa Cero” para la Auditoría y la Facturación del Proceso de Atención en Salud de Pacientes Víctimas de Accidente de Tránsito en una IPS de Alta Complejidad. [Internet] Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables; 2019 [Consultado 2021 Abr 28] Disponible en:
<https://repositorio.unab.edu.co/handle/20.500.12749/2063>
7. Núñez J, Zapata J, Castañeda C, Fonseca M, Ramírez J. La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano Dinámica del gasto y principales retos

de cara al futuro. [Internet]. 2012. [Consultado 2020 Oct 10]. Disponible en: http://adida.org.co/pdf/salud_2012/la_sostenibilidad.pdf

8. República de Colombia. El congreso de Colombia. Ley 1122. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Dada en Bogotá, D.C 09 enero 2007.

9. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747. 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. Bogotá, D.C., a los. 07 días del mes de diciembre del año 2007.

10. República de Colombia. El congreso de Colombia. Ley 1438, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Dada en Bogotá, D.C.19 ENE 2011.

11.Álvarez C, Rodríguez D. Optimización del proceso de facturación de la fundación HOMI hospital de la misericordia de Bogotá D.C. [Internet]. 2011. [Consultado 2020 Oct 10]. Disponible en: <https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/9169/Optimizaci%C3%B3n%20proceso%20de%20Facturaci%C3%B3n%20HOMI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

12. Harvey A. Glosas ¿trabas jurídicas y administrativas de las EPS para no pagar a IPS? El Pulso. 2014 Oct No.193. [Internet] [Consultado 2020 Oct 02]. Disponible en: <http://periodicoelpulso.com/ediciones-anteriores-2018/html/1410Oct/debate/debate-10.htm>.

13.Villa L. La Ley 100: el fracaso estatal en la salud pública. 2012 [Internet] Santander: Universidad industrial de Santander facultad de medicina [Consultado 2020 Oct 20]. Disponible en: <https://cedetrabajo.org/wp-content/uploads/2012/08/36-14.pdf>

14. Albarracín Villamizar L, Carvajal Pérez Y, Garcés Fuentes M. Diseño de un sistema de codificación de glosas a la facturación por atención en la IPS instituto del corazón de la fundación cardiovascular de Colombia [Internet] Bucaramanga: Instituto de ciencias de la salud facultad de medicina [Consultado 2020 Oct 20]. Disponible en: https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/1715/1/disen%C3%B3n_sistema_codificaci%C3%B3n_glosas_facturaci%C3%B3n_ips.pdf

15. Corrales Gallego M, Corrales Rodríguez M, Gómez Rodríguez I, Hincapié Díaz L. Auditoría al Proceso de Facturación del Servicio de Hospitalización del Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado, Antioquia [Internet] Medellín: Universidad CES [Consultado 2020 Oct 20]. Disponible en: https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/1083/2/Auditoria_Facturacion_servicio_HMUA.pdf
16. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006.
17. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 8430 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Dada en Bogotá, D.C octubre 04 1993.
18. Ander E, Valle P. Cómo elaborar monografías, artículos científicos y otros textos expositivos [Internet]. Lima: Fondo Editorial Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2013. [Consultado 10 Feb 2020] Disponible en http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/590/Como%20elaborar%20monografias_vc.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Colombia. Antioquia. El consejo superior universitario de la universidad de Antioquia. Acuerdo superior 432 de noviembre de 2014. Medellín: Universidad de Antioquia; 2014
20. Colombia. Antioquia. El consejo de la facultad nacional de salud pública de la universidad de Antioquia. Acuerdo 054 de 2017. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública; 2017
21. Tancara C. La investigación documental. Temas Soc. 1993;(17):91-106.
22. República de Colombia. El congreso de la república de Colombia. Ley número 100 de 1993 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Dada en Bogotá, D.C diciembre 23 de 1993.
23. República de Colombia. Ministerio de salud. Resolución 3374 de 2000 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. Dada en Bogotá, D.C diciembre 27 de 2000.

24. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 951 de 2002 Por la cual se fijan algunos lineamientos en relación con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS. Dada en Bogotá, D.C Julio 18 de 2002.
25. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 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. Dada en Bogotá, D.C abril 03 de 2006.
26. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 003047 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, definidos en el Decreto 4747 de 2007 Dada en Bogotá, D.C agosto 14 de 2008.
27. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 000416 de 2009 Por medio de la cual se realizan unas modificaciones a la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones dada en Bogotá, D.C febrero 18 de 2009.
28. República de Colombia. Ministerio de salud y Protección Social. Resolución 00004331 de 2012 Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009 Dada en Bogotá, D.C diciembre 19 de 2012.
29. República de Colombia. El congreso de la república de Colombia. Ley estatutaria 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones Dada en Bogotá, D.C febrero 16 de 2015.
30. Ramírez Ramírez A, Rocha Beltrán D, Durango Suarez L, Rodríguez Álvarez S. Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo Revista CES Derecho ISSN 2145-7719 Volumen 7 Número 2 Julio - diciembre 2016. Pág: 13-41
31. República de Colombia. Ministerio de salud y Protección Social. Decreto 2353 de 2015 Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud Dada en Bogotá, D.C noviembre 25 de 2019.
32. Consultor salud. Sistema de afiliación transaccional. [Internet] Bogotá: 2015 [Consultado 2020 Nov 10]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/sistema-de-afiliacion-transaccional-decreto-2353-de-2015/>

33. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3100 de 2019 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud Dada en Bogotá, D.C diciembre 03 de 2015.
34. Cuevas Maldonado L, Rojas Gutiérrez Y. resoluciones 2003 de 2014 y 3100 de 2019 análisis comparativo; 2020 [Internet] Bogotá: Universidad Santo Tomás facultad de economía [Consultado 2021 Feb 21]. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/27795/2020yulirojas.pdf?sequence=8&isAllowed=y>
35. Monge M. Manual Tarifario SOAT Alza adecuada, códigos obsoletos y muchos cambios por venir. El pulso [2001 Feb]. [Internet] [Consultado 2021 Mar 03]. Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/ediciones-anteriores-2018/html/feb02/observa/monitoreo.htm>
36. República de Colombia. Decreto 2423 de 1996 Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones. Dada en Bogotá, D.C diciembre 31 de 1996.
37. Colombia. Cundinamarca. El consejo directivo del instituto de seguros sociales. Acuerdo número 209 de 1999 por el cual se aprueba el “manual de tarifas”, para la compra y venta de servicios de salud. Bogotá: 1999.
38. secretaria seccional de salud de Antioquia SSSA. Pautas de auditoría de la facturación de los servicios de salud. [Internet]. Medellín; 2013. Pág. 155
39. Olarte V. Auditoría al proceso de facturación del servicio de hospitalización del hospital Mario Gaitán Yanguas [Internet]. Soacha, Cundinamarca. 2018. [Consultado 11 julio de 2020]. Disponible en https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/7128/1/2018_auditoria_proceso_facturacion.pdf
40. Oviedo Salcedo I, Leuro Martínez M. Facturación y auditoría de cuentas medicas en salud. 4 ed. Bogotá D.C: Ecoe ediciones; 2010.
41. Benítez Y, Ramos F, Rengifo I. Propuesta metodológica para la auditoría de cuentas médicas en la unidad prestadora de servicios de salud de la Policía nacional en Tolima. [Internet]. 2018. [Consultado 11 julio de 2020]. Disponible en: <https://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/9958/RamosFrancy2020;jsessionid=0FC61971FAA27EF7176D72FF3C38D462?sequence=2>

42. Hospital Departamental San Rafael. Manual de procesos de facturación y glosas. [Internet]. Fundación-Magdalena. 2018. [Consultado 11 julio de 2020]. Disponible en: MANUAL-DE-PROCESO-FACTURACION-Y-GLOSA-HSR.pdf (hospitalsanrafaeldefundacion.gov.co)
43. Bonilla Camacho B, Cepeda K. Calidad de facturación en IPS Clínica San Ignacio LTDA [Internet] Bogotá D.C: Facultad de administración; 2019 [Consultado 2021 Jun 10] Disponible en: 2019_Calidad_Facturacion_IPS.pdf
44. Gamboa Andrade E, Benavides Sánchez D. Mejoramiento del proceso de facturación de la “Clínica Santa Sofia del Pacifico Ltda.” usando un enfoque de arquitectura ti. [Internet] Medellín: Universidad Nacional Abierta y a Distancia “UNAD”; 2020 [Consultado 2021 Jun 12] Disponible en: Mejoramiento del proceso de facturación de la clínica Santa Sofia del pacifico (Eder Daniel).pdf
45. Bedoya Gómez S, Calderón Varela D, García Vargas S, Orozco Ríos L. Afectación de la facturación retrospectiva, institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad Popayán, Cauca 2017-2018. [Internet] Pereira: Fundación Universitaria del área andina centro posgrados; 2019 [Consultado 2021 Jun 14] Disponible en: Afectación de la facturación retrospectiva, institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad, Popayán, Cauca, 2017-2018 (1).pdf
46. Agudelo Hoyos M, Álvarez Méndez W, Buelvas Oliveros K. Caracterización de las glosas presentadas a la facturación de los servicios de salud en el Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín, 2019 [Internet] Medellín: Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” ; 2020 [Consultado 2021 Jun 14] Disponible en: Liliana AgudeloMelissa_2020_CaracterizaciónGlosasHUSVF.pdf
47. Jaramillo Diaz L. Diseño del proceso de facturación en la IPS SINAPSIS. [Internet] Bucaramanga: Universidad de Santander; 2016 [Consultado 2021 Jun 15] Disponible en: Diseño del proceso de facturación en la IPS SINAPSIS. Bucaramanga 2016.pdf

48. Quintana R, salgado L, torres D. Gestión de glosas para prestadores de servicios de salud. [Internet] Bogotá D.C: Universidad Sergio Arboleda; 2016 [Consultado 2021 Jun 17] Disponible en: Gestion de Glosas para prestadores de servicios de salud.pdf

49.Llanos Zavalaga F. Auditoría médica en el primer nivel de atención. Rev Med Hered [Internet]. 2000 Jul [citado 2021 Jul 19]; 11(3):107-112. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2000000300006&lng=es.

50. Méndez Santos A. Una metodología de mejoramiento continuo como herramienta para reducir el porcentaje de la glosa en la IPS XYZ. [Internet] Bogotá D.C: Universidad Militar Nueva Granada Facultad de Ciencias Económicas; 2020 [Consultado 2021 Jun 18] Disponible en: Una metodología de mejoramiento continuo como herramienta para reducir el porcentaje de glosas en la IPS XYZ.pdf