

**Diagnóstico del proceso actual de facturación en IPS de II y III
nivel de Bucaramanga y propuesta de una herramienta para
agilizar dicho proceso**

**ELGA JOHANA CHINOME MURILLO
BRENDA KARINE MOGOLLON DIAZ
CATALINA MARIA PEREZ GOELKEL
IRMA LUCIA PINTO MANRIQUE**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
CONVENIO CES – UNAB
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD**

2006

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los requisitos mínimos de exigibilidad en los documentos de la facturación de servicios de salud prestados por las IPS. y su impacto en el pago oportuno de cuentas.

Objetivos Específicos

- Identificar las fallas existentes en el sistema da facturación y establecer la incidencia de glosas presentadas por fallas en el sistema de facturación.
- Comparar los diferentes modelos de facturación de las IPS. a evaluar.
- Proponer un modelo único de facturación teniendo en cuenta las características mínimas que deben tener una factura ideal y así agilizar la auditoria de cuentas.

MARCO TEÓRICO

CONCEPTO GENERAL DE AUDITORIA

La preocupación que genera el poder ofrecer un servicio con cero errores que proporcione la satisfacción total del cliente tanto interno como externo reduciendo costos con racionalidad técnico-científica, ha obligado a realizar en

las diferentes empresas promotoras de salud y en las instituciones prestadoras de servicios de salud las acciones de auditoria medica de cuentas, y acorde con la gran reforma en el sector de la salud que produjo la ley 100 de 1993; la cual conlleva la obligatoriedad de la auditoria medica para las instituciones del sector.

En las instituciones de prestación de servicios de salud el servicio medico es el servicio básico por lo cual debe enmarcarse en una cultura de la calidad, teniendo en cuenta estructuras y procesos de los que se derivan resultados del que hacer profesional.

La auditoria médica es uno de los procesos que tiene como fin ultimo elevar la calidad de los servicios de salud, es un medio, un vehículo, que permite conocer los diversos autores de los procesos existenciales y controlar que cumplan con los objetivos, normas y procedimientos establecidos.

Cada institución debe ser mirada como una situación particular, puesto que tiene una historia, unas circunstancias y un entorno que la determinan, por lo cual cada empresa de servicios desarrollara estrategias de auditoria propias, distintas e innovadoras pero todas dentro de los contextos establecidos por las leyes.

Auditoria médica y la auditoria clínica son usadas a menudo de igual manera pero la auditoria clínica podría considerarse que cubre todos los aspectos de la

atención Clínica mientras que la auditoria médica se relaciona con la práctica realizada.

Auditoria Evaluación profesional de todas o una parte de las operaciones o actividades de una organización de cualquier naturaleza. Es una verificación formal de los registros las actividades operativas, las cuentas, el desempeño de una organización. Examen, revisión metodológica de situaciones que concluyen en informes detallados de los hallazgos efectuados por los responsables del análisis.

Auditoria, en un sentido amplio, equivale a un examen o revisión efectuado por alguien independiente en la elaboración de los elementos objeto del examen. En el medio financiero se entiende como el examen de los libros de cuentas, su verificación a fin de rendir informes sobre la situación empresarial.

El término auditoria se ha empleado incorrectamente con frecuencia ya que se ha considerado como una evaluación cuyo único fin es detectar errores y señalar fallas. A causa de esto se ha tomado la frase "Tiene Auditoria" como sinónimo de que, en dicha entidad antes de realizarse una auditoria, ya se habían detectado fallas.

El concepto de auditoria es mucho más que esto. Es un examen crítico que se realiza con el fin de evaluar la eficacia y la eficiencia de una sección, un organismo una entidad etc.

La palabra auditoria proviene del latín **auditorius** y de esta proviene la palabra auditor que se refiera a todo aquel que tiene la virtud de oír. Por otra parte, el diccionario Español sopena lo define como: revisor de cuentas colegiado. En un principio esta definición carece de la explicación del objetivo fundamental que persigue todo auditor: evaluar la eficiencia y eficacia.

Si consultamos el boletín de normas de auditoria del instituto mexicano de contadores nos dice: “La auditoria no es una actividad meramente mecánica que implique la aplicación de ciertos procedimientos cuyos resultados una vez llevado a cabo son de carácter indudable”.

De todo esto sacamos como deducción que la auditoria es un examen critico pero no mecánico que no implica la preexistencia de fallas en la entidad auditada y que persigue el fin de evaluar y mejorar la eficacia y eficiencia de una sección o de un organismo.

Cualquier aspecto de la empresa es susceptible a la auditoria y hay tantas formas de ella como áreas puedan ser objeto de su revisión.

El examen efectuado le proporciona al auditor las evidencias para que pueda emitir un informe que resuma su opinión sobre los elementos revisados.

Dicho informe constituye, en consecuencia, la conclusión del trabajo de auditoria.

En la definición que se ha dado se destaca un elemento de suma trascendencia: “la dependencia del auditor respecto a los elementos objeto del examen”. Si bien este tema será tratado en detalle mas adelante, es muy importante visualizar desde ahora que la única posibilidad de que el auditor emita un juicio técnico e imparcial sobre determinados elementos, en su opinión no este comprometida con los mismos, ni en preparación ni con las personas que son responsables de ellos.

Desde hace unos años se ha venido discutiendo el verdadero alcance del término auditoria médica dentro de la concepción integral de la auditoria en salud. Esto ha dado pie a que se empezara a introducir el término auditoria en salud. Y la auditoria específicamente.

Tal ves el novel del termino ha dado pie a que las percepciones frente a este sean disímiles, así como la metodología para ponerla en practica. Varias visiones de lo que constituye la auditoria Clínica pueden ser vistas así:

- Auditoria clínica vista como una actividad predominante comprometida con la calidad del servicio.
- Auditoria clínica vista como una actividad multiprofesional, cuyo ánimo es involucrar todas las profesiones de la salud en una actividad colectiva.
- Auditoria clínica vista como una cultura de evaluación continuada y mejoramiento de la efectividad clínica centrada en los resultados en los pacientes.

- Auditoria clínica vista desde el análisis de las cuentas generadas en la atención de salud, con relación a un contrato de prestación de los servicios de la salud.

Adicional a estas visiones, las diferencias de la Auditoria Clínica con los otros tipos de auditoria no siempre es clara.

Auditoria se deriva del ingles TO AUDIT, que significa verificar, inspeccionar, termino que a su vez tiene origen, al igual que la palabra española audiencia, en las voces latinas AUDIRE (oír) auditio acto de oír o audición

En que consiste la auditoria en salud

El análisis critico sistemático de la calidad del cuidado en salud, incluyendo los procedimientos usados, para el día diagnostico y tratamiento, el uso de los recursos, resultado obtenido y la calidad de vida del paciente.

Es la evaluación sistemática de la calidad y la nacionalización del recurso de la atención en salud, enfocada en su proceso y resultado con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población orientar en la toma de decisiones y asegurar la calidad en el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.

El proceso de auditaje debe ser evolutivo y constante dependiendo de los cambios de las profesiones, siendo su objeto principal el mantener y mejorar el

servicio asistencial. El trabajo del auditor debe ser determinar donde se encuentran los riesgos y recomendar como estos riesgos deben ser manejados siempre y cuando haya apoyo en el gerente o director, por lo cual es muy importante la comunicación con ellos.

¿Qué es la Revisión de Cuentas?

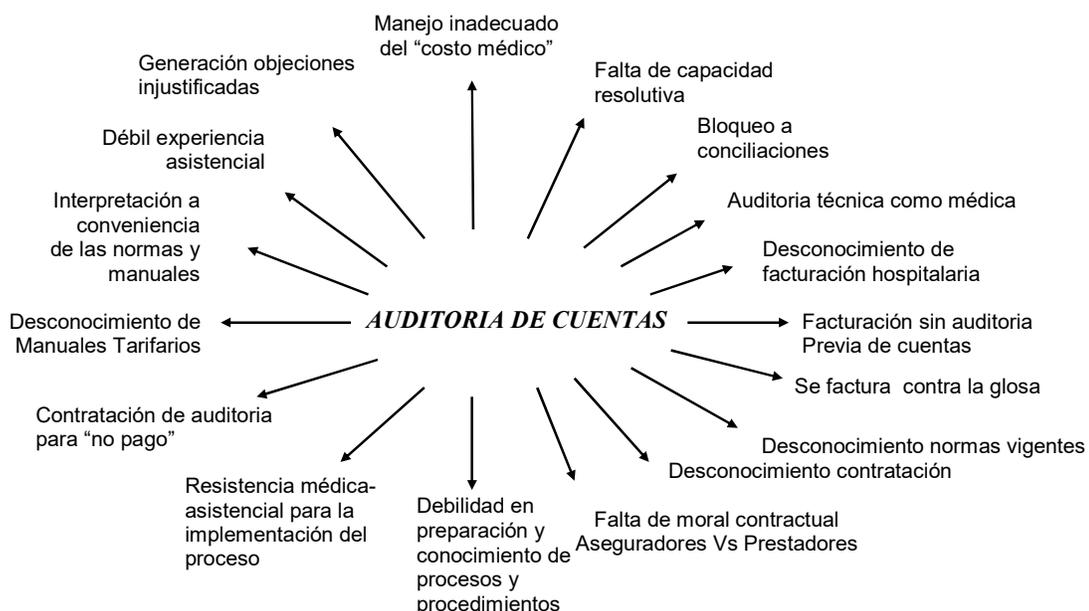
La revisión de cuentas médicas es un proceso o sistema, que cuenta con metodología, herramientas y leguaje técnico, implementado por el asegurador o pagador del servicio, que conduce a la revisión de las facturas generadas por el proveedor del servicio durante la provisión misma del servicio. Esta revisión puede ser clasificada de dos formas, tomando al tiempo como criterio de clasificación: Una revisión concurrente de la facturación y la otra es una revisión retrospectiva de la facturación.

En la primera de las anteriores la revisión es efectuada al mismo tiempo que se está generando el uso de los servicios. La revisión retrospectiva se realiza tiempo después que el servicio ha sido ofrecido. La primera posiblemente es un poco más costosa en los estadios iniciales de arranque pero mucho más preactiva y con mucha más sensibilidad a la detección de potenciales servicios a ser pagados sin que haya soporte para tal.

El tipo de auditoría del cual realmente nos ocuparemos es la auditoría de cuentas médicas, un tipo de auditoría la cual con el establecimiento del Sistema de Seguridad Social en Salud no se ha planteado realmente con unos

parámetros claros y básicamente se ha orientado a un sistema de garantía de la calidad de prestación de servicios de salud. Por otro lado establece todo un sistema financiero en el que se habla de la descentralización técnica administrativa y financiera de las entidades de salud, con la implementación de los sistemas de facturación y venta de servicios de salud, con unos manuales tarifarios para tal efecto, sistema donde se vende la prestación o atención de salud bajo un sistema de contratación con el cual se dejan los ingresos de los servicios de salud sujetas a una revisión de cuentas producto de este proceso, en manos de los llamados auditores de cuentas médicas, quienes deben tener amplios conocimientos de auditoria de calidad y un manejo apropiado de la facturación y las cuentas de salud, como la aplicación de los manuales tarifarios, normatividad vigente del SGSSS, aunado todo lo anterior a la evaluación de la racionalidad técnico-científico obtenida con el ejercicio profesional de la salud;

PROBLEMÁTICA ENCONTRADA EN AUDITORIA



GENERALIDADES DEL PROCESO DE FACTURACION

El proceso de facturación se define como el conjunto de actividades que nos permite liquidar la prestación de servicios de salud que conlleva la atención al usuario en la IPS. Este proceso se activa cuando un usuario solicita un servicio, su atención y su egreso de la institución.

Dadas las características del SGSSS, las IPS deben realizar registro sistemático e individual de los procedimientos realizados y servicios prestados a cada usuario, liquidarlos a las tarifas establecidas en los contratos, convenios o en las normas de liquidación de cuentas y realizar el cobro a las instancias pertinentes.

El proceso de facturación tiene funciones claves como son:

1. Desde admisiones, identificar, clasificar y solicitar los documentos del usuario y del ente asegurador responsable del pago.
2. Recopilar y organizar la información que generan los servicios asistenciales sobre la atención y los consumos generados a un paciente.
3. Reproducir un documento de cobro equivalente a la factura para poder cobrarle correctamente a un paciente o a una entidad aseguradora, con la cual se tiene una relación estructural o como producto de un evento atendido (accidente tránsito, evento catastrófico, etc.).

4. Generar los reportes producto de la facturación para los clientes internos y externos de la IPS.

Requerimiento de información para la facturación:

La facturación de los servicios prestados por la institución a sus usuarios es un proceso que consume especialmente información y produce información, de la calidad de dicha información que se le suministre depende la calidad de los informes que generen. Por esta razón es de suprema importancia garantizar que esta unidad cuente con este insumo en la cantidad, calidad, veracidad y oportunidad que permita su buen desempeño.

La información requerida para el proceso se puede clasificar en información general e información individual.

Se denomina información general, a aquella que es necesaria para el manejo global del proceso de facturación en la empresa y tiene que ver con:

1. IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION: Dado que todo documento generado en la IPS debe contener, razón social y Nit. de la empresa.
2. PORTAFOLIO DE SERVICIOS: Denominación y clasificación única de los procedimientos y servicios que la institución brinda, acorde con lo establecido con la resolución No.365 de 1.999. Dado que existen diferencias en los servicios que cubren los planes de beneficios de los regímenes subsidiado y contributivo y que algunos procedimientos son

cubiertos mediante convenios, es necesario establecer a que planes corresponden los procedimientos y/o servicios.

3. **TARIFAS:** Las tarifas que pueden aplicar las IPS son las establecidas en los contratos o convenios suscritos con entes aseguradores. Adicional a las tarifas de atención inicial de urgencias, accidentes de tránsito y eventos catastróficos.
4. **CONTRATOS VIGENTES:** Se deben tener conocimiento preciso por todo el personal involucrado en el proceso de facturación de los contratos vigentes suscritos con ARS o EPS, Direcciones de Salud de orden local, distrital o departamental, o demás entidades aseguradoras; conocer las condiciones establecidas en ellos, en lo referente a los componentes básicos de cada uno de ellos como son: objeto, servicios contratados, requisitos exigidos para la prestación de servicios, manejo de copagos o cuotas de recuperación, servicios a prestar, monto contratado, tarifas, etc.
5. **USUARIOS:** La información sobre los usuarios involucra listado de afiliados a los diferentes aseguradores del régimen subsidiado y contributivo, listado de población identificada por SISBEN que aún no ha sido asegurada. Conocer la clasificación socioeconómica de la población usuaria y la aplicación de las normas existentes para la liquidación de los servicios prestados.
6. **MARCO LEGAL:** Los funcionarios involucrados en el proceso de facturación deben tener un amplio conocimiento del Sistema General de Seguridad Social en salud, conocer la normatividad vigente y cambiante

del sector de la salud, debe estar informado y actualizado de los cambios y novedades legales.

La información específica, es la que se solicita en el momento de realizar la admisión del usuario y la facturación de servicios, por lo tanto esta relacionada con:

1. USUARIO: El proceso de facturación requiere de la identificación plena del usuario, que incluye nombre, identificación, edad, sexo, domicilio, régimen al que pertenece, empresa aseguradora responsable del pago de la cuenta.
2. SERVICIOS: Denominación, codificación y cantidad de procedimientos realizados. Denominación, especificaciones técnicas (codificación, forma, concentración y presentación) de los medicamentos e insumos médico quirúrgicos suministrados.

ETAPAS FUNDAMENTALES DEL PROCESO DE FACTURACION

Previa a la planeación, implementación, mejoramiento o simplemente la puesta en funcionamiento de un adecuado proceso de facturación es necesario que se tenga un conocimiento amplio y actualizado de la contratación realizada en la IPS; la contratación es la entrada básica al proceso, es el punto inicial donde se conoce cada uno de los responsables de pago, las condiciones contractuales, las tarifas, los requisitos del contrato en la presentación de las cuentas y los usuarios a atender. La importancia del conocimiento de los contratos por parte

de todos los involucrados es uno de los mejores puntos de apoyo en el mejoramiento del proceso de facturación (y de auditoría), pues su desconocimiento es el causante de los errores, objeciones, glosas y devoluciones.

Una vez conocida la contratación de la IPS, el proceso de facturación consta de los siguientes pasos:

Admisión del usuario

Al ingresar el usuario a la institución se inicia la atención con la recepción por el servicio de admisiones que es el responsable de la identificación, verificación de derechos, y clasificación, como paso primordial para el inicio del proceso financiero, posteriormente se continúa con la solicitud de documentos soportes para cobro de la cuenta en cada uno de los casos a la entidad responsable de la atención del paciente (EPS, ARP, ARS, Aseguradora, Fosyga, etc.).

Recolección de documentos

Recolectar toda la información, concerniente al proceso de facturación, que se produce dentro de la IPS. Es el mecanismo mediante el cual se recopila toda la información de las actividades, procedimientos y consumos registrada en los formatos (registros, cargos, consumos, etc.) por paciente, que se produce en cada uno de los servicios, Departamentos o centros de costos. Este paso es uno de los más importantes dentro del proceso, pues si esta información no llega correctamente en los pasos siguientes, la información que se produzca va a ser errónea.

Clasificación y digitación

Una vez recolectada la información, se debe clasificar en grupos de acuerdo a cada unidad funcional, entidades responsables de pago, tipo de riesgo, etc., se digita en el sistema de facturación en forma diaria evitando con esto el represamiento de registros por pacientes. Es el paso de carga en el sistema de información y confirmación del archivo personal donde reposa toda la documentación de cada paciente en cada área funcional.

Liquidación y Elaboración de la Factura

Una vez digitada la cuenta queda codificada y liquidada de acuerdo al manual requerido, pudiendo así analizar y valorizar la liquidación final, para lo cual es necesario tener presente lo Manuales de tarifas-Manual Tarifario, Manual de tarifas ISS y los diferentes Manuales según los convenios celebrados. Al liquidar la cuenta ya sea en forma manual o con el sistema de facturación disponible se procede a emitir la factura o liquidación individual para cada usuario.

Arreglo y envío de la cuenta

En este paso se recibe la facturación realizada durante el periodo determinado, se le realiza la auditoria previa con el fin de detectar los posibles errores y la corrección de los mismos; se le da el visto bueno y se arma cada cuenta por el ente responsable y por periodo, se envía a Cartera para que realice la radicación y gestione el cobro con el Ente o persona responsable del pago.

Producción de informes

Para entregar a otras áreas de la IPS: Estos informes se deben enviar periódicamente a las Directivas, Tesorería, Contabilidad, Estadística y demás áreas que intervienen directa o indirectamente en el proceso, para ello es básico la clasificación del archivo o manejo de bases de datos. Es importante la retroalimentación de la información que se produce dentro del proceso para el resto de áreas involucradas, con el fin de transmitir la importancia y el desarrollo del mismo. Para áreas externas a la IPS, como las entidades contratantes, entidades de control y todas las demás entidades o personas externas a la institución que requieran la información producto del proceso.

PROBLEMATICA ENCONTRADA EN FACTURACIÓN



MARCO LEGAL

DECRETO 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

ARTÍCULO PRIMERO.- Definiciones: Para efectos de la presente Resolución, se entenderá por:

Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS -: Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicio, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la presente Resolución. Los datos de este registro se refieren a la identificación del prestador del servicio de salud, del usuario que lo recibe, de la prestación del servicio propiamente dicho y del motivo que originó su prestación: diagnóstico y causa externa.

El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS- esta conformado por tres clases de datos:

- De identificación
- Del servicio de salud propiamente dicho
- Del motivo que originó su prestación

Los datos de identificación son los de la entidad administradora del plan de beneficios, los del prestador del servicio y los de la transacción, reportados en una factura de venta de servicios.

Los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS -, son los relacionados con las consultas los procedimientos, el servicio de urgencia, de hospitalización y de medicamentos, las características de dichos datos y los valores para cada uno de ellos.

Los datos de consulta son aplicables a todo tipo de consulta, programada o de urgencia, médica general y especializada, odontológica general y especializada y las realizadas por otros profesionales de la salud.

Los datos de procedimientos son aplicables a todos ellos, trátase de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, de detección temprana o de protección específica.

Los datos de hospitalización son los generados cuando haya lugar a ella, cualquiera sea el motivo que la origine, e incluye las consultas, procedimientos y estancias. La transferencia de dichos datos se hará en archivos separados.

Los datos correspondientes a la prestación individual de servicios de salud de urgencia, incluye las consultas, procedimientos y estancia en observación. La transferencia de dichos datos se hará en archivos separados.

Los datos de recién nacidos corresponden individualmente a los de las condiciones y características al nacer de uno o más niños o niñas.

Los datos de medicamentos están relacionados con la denominación y forma farmacológica de éstos.

Epicrisis: Es el resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación o de hospitalización, con los contenidos y características que se definen en el anexo técnico de esta Resolución.

ARTÍCULO TERCERO.- Fuente de los datos sobre prestación individual de servicios de salud: Las fuentes de estos datos son las Facturas de Venta de Servicios y las Historias Clínicas de los pacientes.

ARTÍCULO CUARTO.- De los datos básicos que deben incluir los prestadores de servicios de salud en la descripción específica: De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 617 y 618 del Estatuto Tributario, en concordancia con el artículo 618-3 del mismo ordenamiento, en relación con los requisitos que deben cumplir las facturas, se establecen los siguientes datos que se deben registrar en la descripción específica de los servicios de salud prestados. Dichos datos básicos se refieren a la transacción, al servicio y al valor facturado por estos.

ARTÍCULO SÉPTIMO.- De los soportes sobre la prestación individual de servicios de salud que deben acompañar las facturas de venta: Los

Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS - en medio magnético, deberán presentarse conjuntamente con las facturas de venta y con los siguientes soportes:

1. Copia de la epicrisis firmada por el médico tratante o responsable de la prestación del servicio de salud, para las de urgencia con observación, para la hospitalización, para los servicios de salud de alto costo, o que sean objeto de reaseguro.

2. En los casos de reclamaciones por accidentes de tránsito, eventos catastróficos, actos terroristas o accidentes de trabajo, además de la epicrisis deben presentar los específicos que establezcan las normas vigentes al momento de la facturación.

Parágrafo.- La entidad administradora de planes de beneficios, solo podrá solicitar por excepción la copia de toda o parte de la historia clínica, cuando se trate de servicios de salud de alto costo o servicios reasegurados.

DECRETO 1281 DEL 2002: Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación

ARTÍCULO 7o. TRÁMITE DE LAS CUENTAS PRESENTADAS POR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Además de los requisitos

legales, quienes estén obligados al pago de los servicios, no podrán condicionar el pago a los prestadores de servicios de salud, a requisitos distintos a la existencia de autorización previa o contrato cuando se requiera, y a la demostración efectiva de la prestación de los servicios.

Cuando en el trámite de las cuentas por prestación de servicios de salud se presenten glosas, se efectuará el pago de lo no glosado. Si las glosas no son resueltas por parte de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, en los términos establecidos por el reglamento, no habrá lugar al reconocimiento de intereses, ni otras sanciones pecuniarias.

En el evento en que las glosas formuladas resulten infundadas el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura, reclamación o cuenta de cobro.

Las cuentas de cobro, facturas o reclamaciones ante las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades territoriales y el FOSYGA, se deberán presentar a más tardar dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de la prestación de los servicios o de la ocurrencia del hecho generador de las mismas. Vencido este término no habrá lugar al reconocimiento de intereses, ni otras sanciones pecuniarias.

DECRETO 50 DE 2003: Por el cual se adoptan unas medidas para optimizar el flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado del

Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

CAPITULO V

Flujo De Recursos Entre Las Administradoras De Recursos Del Régimen Subsidiado E Instituciones Prestadoras De Servicios De Salud

ARTÍCULO 38.- Recepción de facturas. El numeral 1 del artículo 3º del Decreto 723 de 1997 en lo que se refiere a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) quedará así:

“Las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) deberán recibir facturas de las instituciones prestadoras de servicios de salud como mínimo durante los veinte (20) primeros días calendario del mes siguiente al que se prestaron los servicios, incluido el mes de diciembre, de conformidad con la jornada habitual de trabajo de sus oficinas administrativas en los días y horas hábiles. La presentación de la factura no implica la aceptación de la misma.

Para la radicación y presentación de facturas, las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), no podrán imponer restricciones que signifiquen requisitos adicionales a la existencia de autorización previa o contrato cuando se requiera y la demostración efectiva de la prestación de los servicios en salud. “

ARTÍCULO 39.- Trámite de facturas. El numeral 2º del artículo 3º del Decreto 723 de 1997, en lo que se refiere a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), quedará así:

“Una vez radicada y presentada la factura, las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) revisarán y pagarán las cuentas no glosadas dentro de los términos contractuales pactados, sin exceder de 30 días calendario contados a partir de la radicación. Dentro del mismo término y efectuada la revisión integral de la factura, las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) glosarán hasta por una sola vez la cuenta y la notificarán a la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS).

Las glosas deberán ser resueltas y pagadas por las partes dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha en que fueron notificadas. En caso de que no se logre el acuerdo dentro del término anterior, se debe recurrir a mecanismos como la conciliación, arbitraje, amigables compondores u otros. “

PARAGRAFO 1: Se considera práctica insegura ejercer presión frente al prestador de los servicios para que presente sus cuentas por fuera de los plazos pactados.

PARAGRAFO 2: Los pagos de las facturas y cuentas de cobro se podrán realizar a través de consignación en cuentas.

ARTÍCULO 40.- Plazo para la presentación de cuentas de cobro y facturas por prestación de servicios. Todas las cuentas de cobro y facturas a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) se deberán presentar dentro de los plazos contractuales. En ningún caso, este plazo puede ser superior a seis (6) meses contados a partir de la fecha de prestación de los servicios, de conformidad con lo establecido en el artículo 7º del Decreto Ley 1281 de 2002.

Los plazos contractuales establecidos para el pago de los servicios en salud por parte de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), se duplicarán cuando las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) facturen por fuera del plazo convenido, sin perjuicio de que sólo se reconozcan intereses y sanciones pecuniarias por los primeros 6 meses de conformidad con el artículo 7º del Decreto Ley 1281 de 2002.

ARTÍCULO 41.- Contratos de capitación y correcta aplicación de los recursos de la seguridad social. Los contratos por capitación que celebren las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con las instituciones prestadoras de servicios de salud, no las relevan de la responsabilidad de garantizar la adecuada prestación del servicio en su función de aseguramiento, frente al usuario y frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los terceros contratados para la prestación de servicios deberán ser entidades o personas debidamente habilitadas para cumplir estas funciones conforme al Decreto 2309 de 2002 y demás normas vigentes. En la contratación se señalarán expresamente los servicios que serán prestados en forma directa por el contratista y aquellos que de manera excepcional se prestarán por remisión a terceros.

Se considera práctica insegura, la contratación que realice una Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) o una Entidad Promotora de Salud (EPS) con una institución o persona natural o jurídica para que ésta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios.

Será solidariamente responsable la Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) y la Entidad Promotora de Salud (EPS) de los incumplimientos en que incurra la entidad que adelantó la subcontratación, cuando haya sido autorizada para el efecto.

PARÁGRAFO 1. Las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que realicen contratos de capitación deberán requerir, con la periodicidad que determine el Ministerio de Salud, la información sobre los servicios prestados en cuanto a patologías y frecuencias. En todo caso, deberán requerirla con la misma periodicidad con la que procesa su información cuando contrata por servicio prestado. Las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y

las Entidades Promotoras de Salud (EPS) se abstendrán de celebrar o renovar contratos con las entidades que no cumplan lo previsto en materia de información.

PARAGRAFO 2.- Ninguna Entidad Promotora de Salud (EPS) ni Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) podrá contratar por capitación la totalidad de los servicios de más de dos niveles de atención con una misma institución prestadora de servicios de salud.

ARTÍCULO 42.- Pagos por capitación. Cuando se trate de contratos de prestación de servicios de salud por capitación, las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) pagarán dentro de los diez (10) primeros días calendario de cada mes a las instituciones prestadoras de servicios de salud, el valor mensual correspondiente, sin perjuicio de los ajustes posteriores por concepto de novedades o carnetización, los cuales se harán en el siguiente pago o a más tardar en el momento de la liquidación.

ARTÍCULO 48.- Obligación de cobrar copagos y cuotas moderadoras.

Los valores correspondientes a los copagos que sean fijados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud serán cobrados en forma obligatoria por parte de todas las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y Entidades Promotoras de Salud (EPS), sin que haya lugar por dichas entidades a la modificación de dicho monto. Esta disposición aplicará frente a las cuotas moderadoras que sean fijadas en los regímenes contributivo y

subsidiado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, todas las entidades promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado estarán obligadas a cobrar el mismo monto de copago y el mismo monto de cuota moderadora, conforme los niveles de ingreso de los afiliados que se determinen por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

DECRETO 46 DEL 2000: Por el cual se adiciona el decreto número 882 de 1998, sobre margen de solvencia, se modifica el artículo 4o. del Decreto 723 de 1997, los artículos 2o. y 19 del Decreto 1804 de 1999 y se dictan otras disposiciones para garantizar la correcta aplicación y destino de los recursos del sistema de seguridad social en salud.

ARTICULO 8o. Modificase el artículo 4o. del Decreto 723 de 1997, el cual quedará así:

"Artículo 4o. Pago a las instituciones prestadoras de servicios de salud y pago de objeciones. Las entidades promotoras de salud, cualquiera sea su naturaleza como entidades sujetas a lo previsto en el Decreto 723 de 1997, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades que administren planes adicionales, las entidades que administren recursos del seguro obligatorio de tránsito y las demás que administren recursos de la seguridad social, deberán cancelar íntegramente la parte de las cuentas que no hubieran sido glosadas, en los términos contractuales, como condición necesaria para que la institución prestadora de servicios de salud esté obligada a tramitar y dar alcance a las respectivas glosas formuladas de la cuenta, siempre que la factura cumpla con

las normas establecidas por la Dirección de Impuestos Nacionales. Se considera práctica no autorizada la devolución de una cuenta de cobro o factura de servicios sin el correspondiente pago de la parte no glosada, en los términos contractuales.

La fecha de radicación de la factura debe corresponder a la fecha en la que esta se presentó por primera vez, ajustada a los requisitos formales antes mencionados, a partir de esta fecha correrán los términos establecidos en el Decreto 723 de 1997 para aceptar o glosar las facturas. La radicación de la factura no implica la aceptación de la misma.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán la obligación de aclarar ante las entidades promotoras de salud y demás a que aluden el inciso anterior, las glosas debidamente fundamentadas, dentro de los veinte (20) días siguientes a su comunicación formal. El saldo frente a las correspondientes glosas será cancelado en la medida en que estas sean aclaradas.

PARAGRAFO 1o. <Parágrafo derogado por el artículo **52** del Decreto 50 de 2003>

PARAGRAFO 2o. Las disposiciones establecidas en el Decreto 723 de 1997, aplicarán a las entidades que deban administrar recursos de la seguridad social y deban cancelar en su relación contractual o legal, obligaciones a las instituciones prestadoras de servicios de salud.

PARAGRAFO 3o. Las entidades promotoras de salud, administradoras del régimen subsidiado y entidades que administren planes adicionales, deberán recibir facturas de las instituciones prestadoras de servicios de salud, durante 20 días del mes, incluido el mes de diciembre.

PARAGRAFO 4o. <Parágrafo modificado por el artículo 5 del Decreto 783 de 2000. El nuevo texto es el siguiente:> Las entidades promotoras de salud y entidades que administren planes de medicina prepagada y planes complementarios, deberán constituir una provisión sobre el ciento por ciento de los servicios hospitalarios autorizados y no cobrados hasta por un plazo de cinco (5) meses, fecha a partir de la cual se desmontará la provisión, en caso de no existir la correspondiente factura de cobro. La provisión, la cual tendrá plenos efectos contables, fiscales y tributarios se constituirá dentro del mes siguiente a que se emita la autorización y se llevará al costo médico. Esta provisión deberá estar plenamente constituida al 1o. de diciembre del año 2000, siendo obligatorio iniciar su constitución a partir del 1o. de febrero del mismo año. De esta forma, las entidades deberán afectar su estado de pérdidas y ganancias con la constitución y reversión de provisiones en los términos expuestos. Las entidades promotoras de salud y entidades que administren planes adicionales de que trata este artículo, podrán utilizar en forma alternativa instrumentos técnicos para el cálculo de la provisión debidamente aprobados por la revisoría fiscal que reflejen en forma plena el criterio expuesto en este parágrafo, con demostrada eficacia a la luz de la realidad operativa, financiera y contable de la institución.

Las entidades de medicina prepagada deberán acreditar el margen de solvencia establecido en el Decreto 882 de 1998 y ajustarse a la provisión consagrada en el presente artículo.

PARAGRAFO 5o. Las entidades promotoras de salud y entidades que administren planes adicionales, deberán adelantar una revisión íntegra de la cuenta, antes de proceder a sus glosas.

PARAGRAFO 6o. Las autorizaciones que emita la entidad promotora de salud o entidad que administre planes adicionales son de su plena responsabilidad frente al período que se emite, sin que sean procedentes correcciones retroactivas que afecten a la institución prestadora frente a servicios prestados.

PARAGRAFO 7o. Las entidades promotoras de salud que autoricen la atención hospitalaria de un usuario, son responsables del pago de la cuenta mientras el usuario deba permanecer hospitalizado como consecuencia de la respectiva autorización. En el evento en que durante el proceso de atención hospitalaria derivada de la autorización otorgada por la Entidad Promotora de Salud, el empleador deje de cumplir con su obligación de cotizar, la entidad promotora de salud no podrá eludir el pago de sus obligaciones contraídas frente a la institución prestadora de servicios de salud o trasladar a la Institución Prestadora de Servicios de Salud la responsabilidad de cobro al empleador. La entidad promotora de salud tendrá acción de repetición conforme las disposiciones legales. En ningún caso será procedente el pago de sumas frente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, por parte de

la Entidad Promotora de Salud con fecha anterior a la establecida en la autorización expedida por la entidad Promotora de Salud, sin perjuicio de las normas especiales en materia de atención inicial de urgencias".

DECRETO 3260 DE 2004: Por el cual se adoptan medidas para optimizar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 9°. Reglas para el pago en los contratos por conjunto integral de atención, pago por evento u otras modalidades diferentes a la capitación en regímenes contributivo y subsidiado. En los contratos donde se pacte una modalidad de pago diferente a la capitación, tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado, las EPS o ARS y las IPS se sujetarán al siguiente procedimiento de trámite y pago de las cuentas:

1. Las ARS y las EPS deberán recibir facturas de las instituciones prestadoras de servicios de salud como mínimo durante los veinte (20) primeros días calendario del mes siguiente al que se prestaron los servicios, incluido el mes de diciembre, de conformidad con la jornada habitual de trabajo de sus oficinas administrativas en los días y horas hábiles. La presentación de la factura no implica la aceptación de la misma.

Para la radicación y presentación de facturas, las ARS o EPS, no podrán imponer restricciones que signifiquen requisitos adicionales a la existencia de autorización previa o contrato cuando se requiera y la demostración efectiva de la prestación de los servicios en salud.

2. Las ARS o EPS contarán con treinta (30) días calendario contados a partir de la presentación de la factura para adoptar uno de los siguientes comportamientos que generarán los correspondientes efectos aquí descritos:

a) Aceptar integralmente la factura: En este evento se procederá al pago del ciento por ciento (100%) de la factura dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a los treinta (30) días iniciales;

b) No efectuar pronunciamiento alguno sobre la factura: En este evento se efectuará el pago del cincuenta (50%) del valor de la factura dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al vencimiento de los treinta (30) días iniciales. Si trascurrido el término de cuarenta (40) días calendario a partir de la radicación de la factura, no efectúa pronunciamiento alguno, deberá pagar el cincuenta por ciento (50%) restante dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al vencimiento de este término;

c) Formular glosas a la factura: En este evento se procederá al pago de la parte no glosada dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al vencimiento de los treinta (30) días iniciales.

3. Cuando se formulen glosas a la factura la IPS contará con treinta (30) días calendario para responderlas. Una vez respondidas las glosas la ARS o EPS contará con cinco (5) días calendario para proceder al pago de los valores que acepta y dejar en firme las glosas que considere como definitivas.

4. En aquellos eventos en que existan glosas definitivas por parte de la ARS o EPS las partes acudirán a los mecanismos contractuales o legales previstos para la definición de las controversias contractuales surgidas entre las partes.

Parágrafo 1°. Las IPS no tendrán derecho a la aplicación del literal b) del presente artículo, cuando la EPS o ARS haya formulado glosas que en el promedio de los últimos seis (6) meses superen el cincuenta por ciento (50%) del valor de las facturas o cuentas de cobro radicadas.

Parágrafo 2°. Las EPS y ARS podrán pactar plazos inferiores a los establecidos en el presente artículo.

Artículo 10. *Pago de servicios prestados por atención de urgencias.* Para el pago de los servicios prestados por atención inicial de urgencias, que conforme a la ley no requieren contrato ni orden previa, se aplicarán las reglas señaladas en el artículo 9° del presente decreto.

Artículo 11. *Pagos por capitación en los regímenes contributivo y subsidiado.*

Cuando se trate de contratos de prestación de servicios por capitación tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado, las EPS y ARS pagarán dentro de los diez (10) primeros días hábiles de cada mes a las instituciones prestadoras de servicios de salud, el valor mensual correspondiente, sin perjuicio de los ajustes posteriores por concepto de novedades, los cuales se harán en el siguiente pago o a más tardar en el momento de la liquidación de los respectivos contratos.

Artículo 12. *Derecho al cobro de los valores adeudados.* El vencimiento de los plazos señalados en los artículos 9°, 10 y 11 del presente decreto no implica la pérdida del derecho al cobro de los valores adeudados.

DECRETO 783 DE 2000: 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.

ARTICULO 5o. El párrafo 4o. del artículo 8o. del Decreto 046 de 2000 que modificó el artículo 4o. del Decreto 723 de 1997, quedará así:

"Párrafo 4o. Las entidades promotoras de salud y entidades que administren planes de medicina prepagada y planes complementarios, deberán constituir una provisión sobre el ciento por ciento de los servicios hospitalarios autorizados y no cobrados hasta por un plazo de cinco (5) meses, fecha a partir de la cual se desmontará la provisión, en caso de no existir la correspondiente factura de cobro. La provisión, la cual tendrá plenos efectos contables, fiscales y tributarios se constituirá dentro del mes siguiente a que se emita la autorización y se llevará al costo médico. Esta provisión deberá estar plenamente constituida al 1o. de diciembre del año 2000, siendo obligatorio iniciar su constitución a partir del 1o. de febrero del mismo año. De esta forma, las entidades deberán afectar su estado de pérdidas y ganancias con la constitución y reversión de provisiones en los términos expuestos. Las entidades promotoras de salud y entidades que administren planes adicionales de que trata este artículo, podrán utilizar en forma alternativa instrumentos técnicos para el cálculo de la provisión debidamente aprobados por la revisoría

fiscal que reflejen en forma plena el criterio expuesto en este párrafo, con demostrada eficacia a la luz de la realidad operativa, financiera y contable de la institución.

ESTATUTO TRIBUTARIO

CONTENIDO DE LAS FACTURAS

ARTICULO 617: REQUISITOS DE LA FACTURA DE VENTA. Para efecto tributario, la expedición de factura a que se refiere el artículo 615 consiste en entregar el original de la misma, con el lleno de los siguientes requisitos:

- a) Estar denominada expresamente como factura de venta
- b) Apellidos y Nombre o Razón Social y NIT del vendedor o quien presta el servicio
- c) Apellidos y Nombre o Razón Social y NIT del adquiriente de los bienes o servicios, junto con la discriminación del IVA pagado
- d) Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta
- e) Fecha de su expedición
- f) Descripción específica o genérica de los artículos vendidos o servicios prestados
- g) Valor total de la operación
- h) Nombre o Razón Social y NIT del impresor de la factura
- i) Indicar la calidad del retenedor del impuesto sobre las ventas

Al momento de la expedición de la factura los requisitos de los literales a, b, d y h, deben estar previamente impresos, a través de medios litográficos,

tipográficos o de técnicas industriales de carácter similar. Cuando el contribuyente utiliza un sistema de facturación por computador o máquina registradora, con la impresión efectuada por tales medios se entienden cumplidos los requisitos de impresión previa. El sistema de facturación deberá numerar en forma consecutiva las facturas y se deberán proveer los medios necesarios para su verificación y auditoría.

EXIGENCIAS PARA EL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ARTICULO 618: OBLIGACION DE EXIGIR FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE. A partir de la vigencia de la presente Ley los adquirientes de bienes corporales muebles o servicios están obligados a exigir las facturas o documentos equivalentes que establezcan las normas legales al igual que exhibirlos cuando los funcionarios de la administración tributaria debidamente comisionados para el efecto así lo exijan.

“Salvo las excepciones consagradas en los artículos 616 del Estatuto Tributario y 10 del Decreto 1165 de 1996, para efectos tributarios, se encuentran obligados a expedir factura o documento equivalente, independientemente de que sean o no contribuyentes de los impuestos administrados por la DIAN por cada una de las operaciones de venta o prestación de servicios que realicen, los siguientes sujetos” (Artículos 511, 615 y 616-1 del Estatuto Tributario):

- Los responsables del impuesto sobre las ventas que pertenezcan al régimen común

- Las personas o entidades que tengan calidad de comerciantes
- Quienes ejerzan profesiones liberales o presten servicios inherentes a estas
- Quienes enajenen bienes producto de la actividad agrícola o ganadera. Salvo que se trate de personas naturales y transacción supere la cuantía de \$3.900.000.00 en cuyo caso el comprador deberá expedir documento equivalente.
- Los importadores
- *Los prestadores de Servicios*
- Quienes realicen habitualmente ventas a consumidores finales

IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION

Reseña Histórica

En el período de la Nueva Granada, siendo Vicepresidente de la República el General Francisco de Paula Santander, el Senado y la Cámara legislaron sobre Policía y en la sección segunda artículos 17 al 21, se organizaron las juntas de sanidad de cada provincia. Con la expedición del Decreto 230 del 8 de mayo de 1899, se establecieron los servicios médicos y de Botica de la Policía Nacional, ocho años después de la aparición de la Policía Nacional mediante el Decreto No. 1000 del 5 de Noviembre de 1891.

En 1912 siendo presidente el doctor Carlos E. Restrepo y Director de la Policía Nacional el doctor Gabriel González López, quien se había pensionado el 14 de

enero de 1911, se reglamenta el servicio médico y se dispone la hospitalización del personal mediante contrato con la Clínica de Marly. En el gobierno de José Vicente Concha, siendo director de la Policía Nacional Salomón Correal se dictó la resolución 30 del 11 de agosto de 1914, con la cual se reglamenta el servicio remunerado de la ambulancia de la Policía y sus recursos son destinados al mejoramiento de esta actividad y para reforzar los fondos internos. El 31 de octubre de 1916, a través del decreto 1870 el Gobierno autoriza la fundación de un hospital para la Policía Nacional y mientras se llevaba a cabo, facultaba a la Dirección para contratar cualquiera para la hospitalización de los enfermos de la Policía Nacional. Además este derecho establece que el valor de la hospitalización fuera pagada por la Caja de Recompensas y por el empleado en partes iguales. El 18 de septiembre de 1923, siendo presidente el General Pedro Nel Ospina y director de la Policía Nacional Celerino Jiménez, la Dirección de la Policía firmó contrato con los hermanos hospitalarios de San Juan de Dios para la hospitalización y tratamiento de enfermos de la Policía Nacional en el Hospital San José; el personal que constituyó el servicio médico se integró con tres médicos y tres practicantes.

Por medio del Decreto 1884 de noviembre de 1926 se creó una clínica de urgencias, con el nombre de Oficina de Auxilio Médico Inmediato. En 1937 mediante Decreto 1087 del 30 de noviembre, siendo director de la institución Alfredo Navia, se creó el Departamento de Sanidad y se reorganizó el Servicio Médico de la Institución. Para su funcionamiento se organizó así:

- Jefatura de Sanidad

- Sección médica de exámenes y consulta.
- Sección odontológica.
- Servicio de Hospital.
- Farmacia y depósito de droga.
- Consultorio para órganos de los sentidos.

Se establecieron los servicios médicos en las unidades, enfermerías y puestos profilácticos en las mismas, el servicio médico a domicilio para el personal y sus familiares y se crearon varias plazas de médicos en las guarniciones de fuera. El Decreto citado señaló las funciones de las distintas dependencias del Departamento de Sanidad y derogó otras disposiciones que le fueran contrarias. El 28 de agosto de 1940 mediante Resolución 443 la Dirección General reglamentó los servicios a cargo de la Sección de Sanidad, determinando los deberes y funciones de los distintos profesionales y empleados de dicha sección.

El Departamento de Policía Santander, inició a prestar los servicios de salud en las instalaciones del Comando ubicado en la calle 41 con carrera 12, prestando servicios de enfermería y primeros auxilios. En el año 1970, se adecuaron unas instalaciones en la Carrera 27 con calle 51, atendiendo medicina general y odontológica, medicina especializada en pediatría y ginecología y una farmacia (suministro medicamentos)

En 1973 se adquirieron los terrenos ubicados en la Ciudadela Real de Minas de Bucaramanga. Siendo comandante del Departamento el señor Coronel Gilberto

Sanclemente Velásquez. En 1976 fueron aprobados los planos para la edificación de la clínica del Departamento de Policía Santander.

El 17 de enero de 1985 inició su funcionamiento la Clínica Regional del Oriente ubicada en la Ciudadela Real de Minas de Bucaramanga, siendo Comandante del Departamento el señor Coronel Rafael Guillermo Muñoz Sanabria

Mediante el artículo 33 de la ley 62 de 1993 se crea el Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional, siendo la Clínica Regional del Oriente una dependencia de la Subdirección de prestación de servicios de Salud; a partir del 31 de diciembre de 1997 pasa a formar parte de la Policía Nacional como Dirección de Sanidad.

En el año 2003, se crean las Seccionales de Sanidad en donde queda incluida la del Departamento de Santander, que se encarga de administrar y prestar los servicios de salud de la clínica regional, el Departamento de Santander y la Escuela de Carabinero de Vélez. Durante este tiempo se desempeñaron como Jefes de la Seccional los señores Teniente Coronel MIGUEL DARIO GOMEZ PRADA, Teniente Coronel JORGE VARON BLANCO, Mayor JESUS FERNANDO PARDO CORTES y actualmente el señor Mayor CESAR ALBERTO BERNAL TORRES. La actual Clínica cuenta con una planta física que reúne los requisitos de una Clínica moderna, a la que en forma constante se le está realizando mantenimiento y adecuaciones; en este centro se prestan los servicios de nivel II.

Estructura Organizacional

MISION

La Seccional de Sanidad de Santander tiene como misión mantener la salud integral de los afiliados y beneficiarios del subsistema de salud de la Policía Nacional por medio de un servicio efectivo, en las fases de promoción, atención y rehabilitación, fundamentado en principios humanísticos, con talento humano calificado, infraestructura y tecnología adecuada, que favorezca el mejoramiento de la calidad de vida de sus usuarios.

VISION

La Dirección de Sanidad de la Policía Nacional será en el año 2005 el mejor sistema de salud de Colombia, caracterizada por su efectividad en el servicio, calidad y capacidad de innovación científica y tecnológica.

La Dirección de Sanidad de la Policía Nacional será en el año 2005 el mejor sistema de salud de Colombia, caracterizada por su efectividad en el servicio, calidad y capacidad de innovación científica y tecnológica.

METODOLOGIA

La auditoria será realizada por las doctoras Brenda Karine Mogollón, Elga Johana Chinome, Catalina María Pérez e Irma Lucía Pinto. Tendrá una

duración de 60 días que comprenden desde el 1 de Febrero al 31 de Marzo de 2006, la ejecución de la auditoria y presentación preliminar de informe según cronograma.

Como fuentes de información se tendrán en cuenta los decretos actualmente vigentes asociados al área a evaluar, el manual del proceso del área de cuentas de la Seccional Sanidad Santander, bibliografía tomada del autor Mauricio Leuro Martínez y los hallazgos encontrados en la aplicación del instrumento evaluador (Ver Anexo X). Se mantendrán en reserva los nombres de las entidades evaluadas a petición de la dirección de la institución.

Para verificar la calidad de la factura y teniendo en cuenta que en los meses a evaluar (Septiembre, Octubre y Noviembre de 2005) se generaron 300 facturas por servicios prestados en el municipio de Bucaramanga en el servicio de hospitalización en 5 IPS contratadas por la Sanidad Seccional Santander y de acuerdo a la tabla de muestreo que presenta un margen de error del 10%, se seleccionó una muestra representativa de 50 facturas. Dicha muestra se estratificó para los 5 centros de atención en forma proporcional a la producción de facturas de cada IPS y de forma aleatoria aplicando un salto de 6; por lo tanto se realizó la siguiente distribución de la muestra:

Tabla 1. Distribución de la muestra y estratificación según la producción de facturas por IPS

IPS	TOTAL FACUTRAS GENERADAS	MUESTRA REPRESENTATIVA
-----	-----------------------------	---------------------------

No. 1	60	10
No. 2	50	8
No. 3	80	14
No. 4	70	12
No. 5	40	6
TOTAL MUESTRA	300	50

Para verificar el cumplimiento de la normatividad se tuvo en cuenta los criterios anotados previamente en el alcance sobre la legislación de la facturación por parte de la Dirección de Aduanas Nacionales - DIAN.

Se confirmará la existencia de todos los soportes clínicos y administrativos para corroborar la pertinencia de la factura.

El análisis de los hallazgos se realizó a través de los siguientes indicadores:

$$\% \text{ Facturas con Cumplimiento normas DIAN} = \frac{\text{Facturas que cumplen}}{\text{Total facturas}} \times 100$$

$$\% \text{ Facturas con soporte Médico X} = \frac{\text{No. Facturas con Sop. Méd. X}}{\text{Total de facturas}} \times 100$$

$$\% \text{ Facturas con soporte Administrativo X} = \frac{\text{No. Fact con Sop. admin.. X}}{\text{Total de facturas}} \times 100$$

En los indicadores se entiende como "X" cada uno de los soportes contemplados en el instrumento de evaluación, por ejemplo:

$$\% \text{ facturas con epicrisis} = \frac{\text{No. Facturas con epicrisis}}{\text{Total de facturas}} \times 100$$

Criterios de inclusión

- Facturas de los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre de 2005.
- Las IPS escogidas serán del área metropolitana de Bucaramanga y serán nombradas como IPS A, IPS B, IPS C, IPS D, IPS E.
- I.P.S. de 2º y 3º nivel de atención que tengan contrato con Sanidad Santander.
- Facturas del servicio de hospitalización

Criterios de exclusión

- ◆ Facturas del servicio de hospitalización en U.C.I

DEFINICION DE TERMINOS

Algunos términos empleados durante esta auditoria y que vale la pena mencionar son:

FACTURA: Es el documento (título valor), con el lleno de los requisitos de ley, expedido por un prestador de salud, en el que se cuantifica el valor de los servicios brindados a los usuarios de la EPS – ARS, entendiéndose como tales: el afiliado o el paciente a quien se ordene brindar un servicio por orden judicial.

RIPS: Es el conjunto de datos relativos a las atenciones individuales de salud, de consulta, laboratorio, procedimientos, hospitalización, atención de urgencias y acciones de promoción y prevención.

SOPORTES ADMINISTRATIVOS: Son los documentos adicionales a los RIPS establecidos en la Resoluciones 3374 de 2000, 0951 de 2001 y 2056 de 2003, que acorde a lo pactado en la negociación con las aseguradoras, o por características especiales del servicio prestado o del usuario deben ser presentados con la cuenta de cobro, o archivados en la IPS para posterior verificación por parte de la Auditoría clínica de la aseguradora.

SOPORTES MEDICOS: La Historia Clínica, los resultados de exámenes y procedimientos son documentos privados y como tal tienen carácter confidencial. La exigencia de estos documentos como soporte para la presentación de cuentas no está establecida en ninguna norma y obedece solo a un acuerdo de las partes, para lo cual se debe tener en cuenta su carácter confidencial y la responsabilidad que tiene la IPS de custodia de los mismos.

REPORTE DE RESULTADOS

Durante la aplicación de la herramienta identificamos a cada una de las 5 IPS con nomenclatura en letras, ya que a petición de la directiva, fue necesario mantener en privacidad el nombre de la entidad.

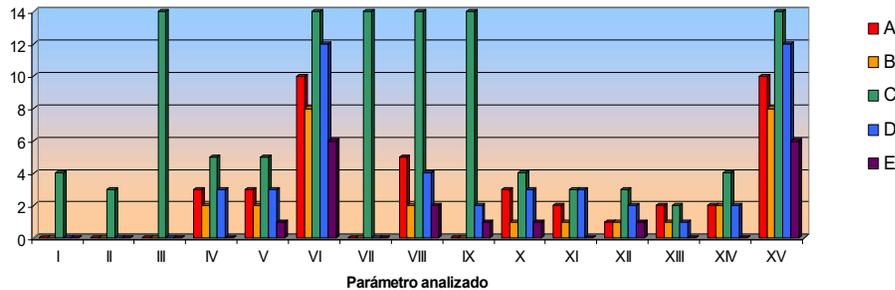
Dentro de los principales hallazgos, se observó en la aplicación del primer instrumento que hay diversidad entre las instituciones, y es así como la IPS C con un 49.6% presentó la mayor cantidad de ítems con error, seguida de la IPS D con un 34.4% y las IPS A y B con 32% cada una. La mejor de las entidades evaluadas definitivamente fue la IPS E con 21.9%.

Tabla No.1 Criterios de evaluación para las cuentas médicas de los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre de 2005 entregadas por 5 IPS de 2° y 3° nivel contratadas por Seccional Sanidad Santander

	IPS A	IPS B	IPS C	IPS D	IPS E	Total	%
IDENTIFICACION DEL PRESTADOR							
NIT del prestador	0	0	0	0	0	0	0
Nombre de la entidad	0	0	0	0	0	0	0
Dirección y teléfono del prestador	0	0	0	0	0	0	0
Ciudad	0	0	0	0	0	0	0
Nombre del cliente (EPS, ARS, otros)	0	0	0	0	0	0	0
NIT de la entidad aseguradora	0	0	4	0	0	4	8
IDENTIFICACION DEL ACTO DE COBRO							
No. De la factura de cobro, venta o documento equivalente	0	0	0	0	0	0	0
Fecha de expedición	0	0	0	0	0	0	0
Fecha de vencimiento de la factura	0	0	0	0	0	0	0
Fecha de prestación del servicio	0	0	3	0	0	3	6
Valor total	0	0	0	0	0	0	0
Valor en letras	0	0	14	0	0	14	28
RELACION DE SERVICIOS PRESTADOS							
Apellidos y Nombre del usuario o paciente	0	0	0	0	0	0	0
Identificación	0	0	0	0	0	0	0
Fotocopia de documento de identidad	3	2	5	3	0	13	26
Fotocopia del carné	3	2	5	3	1	14	28
Tipo de usuario (Cotizante o Beneficiario)	10	8	14	12	6	50	100
Detalle	0	0	14	0	0	14	28
Codificación por procedimiento según manual	5	2	14	4	2	27	54
Cantidad	0	0	14	2	1	17	34
Valor total	0	0	0	0	0	0	0
DOCUMENTOS SOPORTES							
Autorización de prestación servicios	3	1	4	3	1	12	24
Hoja de medicamentos	2	1	3	3	0	9	18
Hoja de gastos o insumos	1	1	3	2	1	8	16
Epicrisis	2	1	2	1	0	6	12
Historia Clínica (para enfermedades de alto costo)	2	2	4	2	0	10	20
Hoja de Auditoria Clínica	10	8	14	12	6	50	100

En cuanto al análisis de los soportes, se encontró que la Hoja de Auditoría Clínica junto con la identificación del Tipo de Usuario tuvieron el 100% de falla, mostrando que ninguna de las cuentas analizadas presentaban estos documentos. Como segundo soporte que más errores presentaba tenemos a los suministros y/o medicamentos con inconsistencias de acuerdo a las tarifas pactadas con un 62%. Le siguen la documentación incompleta del usuario con un 42% y la cantidad de actividades no ajustada al detallado con 36% (ver Tabla 2).

Gráfica No.1 Frecuencia de errores más comunes en las cuentas analizadas de acuerdo a cada IPS.



Entiéndase por I: Nit de la empresa aseguradora, II: Fecha de prestación del servicio, III: Valor en letras, IV: Fotocopia documento de identidad, V: Fotocopia del carné, VI: Tipo de usuario (cotizante o beneficiario), VII: Detalle, VIII: Codificación por procesos según manual, IX: Cantidad, X: Autorización de prestación de servicios, XI: Hoja de medicamentos, XII: Hoja de gastos e insumos, XIII: Epicrisis, XIV: Historia Clínica (Enfermedades de alto costo y/o urgencias), XV: Hoja de auditoría clínica

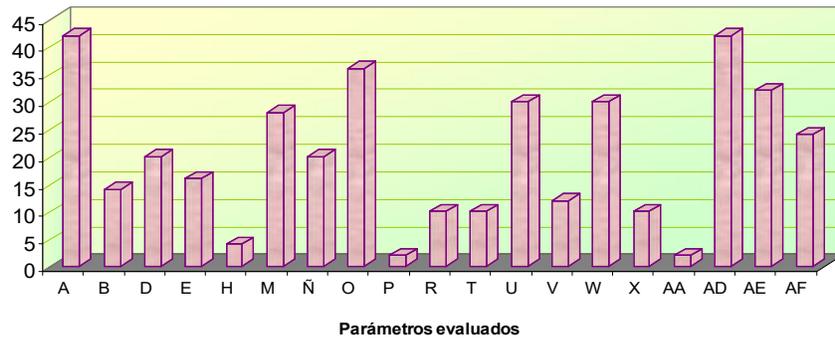
Tomando en cuenta los requisitos de la DIAN para la presentación de una factura, se encontró que solamente 4 cuentas no llevaban el Nit de la entidad aseguradora, probablemente por fallas del sistema, pero los demás criterios evaluados no presentaron ningún hallazgo negativo (ver Tabla 1).

Tabla No.2 Criterios de evaluación para los soportes de las cuentas médicas de los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre de 2005 entregadas por 5 IPS de 2° y 3° nivel contratadas por Seccional Sanidad Santander

	IPS A	IPS B	IPS C	IPS D	IPS E	Total	%
VALIDACION DE DERECHOS Y FORMA							
Documentación incompleta	3	4	8	6	0	21	42
No hay autorización	1	2	1	3	0	7	14

No aparece en base de datos	0	0	0	0	0	0	0
Fecha de atención no corresponde a periodo cobrado	2	0	4	4	0	10	20
Falta firma y/o huella del paciente	2	1	2	3	0	8	16
Valor en letras no corresponde al valor numérico o no tiene valor	0	0	0	0	0	0	0
No corresponde nombre de factura con documentos soporte	0	0	0	0	0	0	0
Pertenece a otra EPS	1	0	1	0	0	2	
Factura enmendada o ilegible	0	0	0	0	0	0	0
Factura incompleta o faltan hojas	0	0	0	0	0	0	0
Requiere factura individual por paciente	0	0	0	0	0	0	0
FILTRO MEDICO							
Cuadro clínico no corresponde al diagnóstico de urgencia	0	0	0	0	0	0	0
Epicrisis mal diligenciada	3	2	6	3	0	14	28
No urgencia por ser de manejo de consulta externa	0	0	0	0	0	0	0
Apoyo diagnóstico no pertinente	2	1	4	3	0	10	20
AUDITORIA MEDICA							
Cantidad de actividades no ajustada	4	2	8	4	0	18	36
Procedimiento o actividad no pertinente	0	0	1	0	0	1	2
Tipo de estancia no corresponde al diagnóstico	0	0	2	1	0	3	6
Falta autorización de medicamento no POS	1	2	0	0	0	3	6
Suministro o medicamento no pertinente	0	0	0	0	0	0	0
AUDITORIA DE CUENTAS							
Valor de factura no corresponde a sumatoria	0	0	5	0	0	5	10
Liquidación no corresponde a normas del manual	2	3	7	2	1	15	30
Código no aparece en el manual	2	0	4	0	0	6	12
Valor no corresponde a lo pactado	0	0	10	3	2	15	30
Servicios profesionales no corresponde	0	2	1	2	0	5	10
No corresponde liquidación por paquete	0	0	0	0	0	0	0
Cobro de accidente de tránsito al cliente (EPS, ARS, etc)	0	0	1	0	0	1	2
Cobro de accidente de trabajo o enfermedad profesional al cliente (EPS, ARS, etc)	0	0	0	0	0	0	0
No corresponde a nivel de complejidad de la institución	0	0	0	0	0	0	0
Suministro y/o medicamentos no a lugar según tarifa pactada	5	4	10	1	1	31	62
Actividad no soportada	5	1	7	3	0	16	32
Ítem mal codificado o sin código	0	1	11	0	0	12	24

Gráfica No.2 Porcentaje de presentación de anomalías analizadas en los soportes de las cuentas de cobro evaluadas de las IPS contratantes de la Seccional Sanidad Santander en los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre de 2005



Entiéndase por **A**: Documentación incompleta, **B**: No hay autorización, **D**: Fecha de atención no corresponde al periodo cobrado, **E**: Falta firma y/o huella del paciente, **H**: Pertenece a otra EPS, **M**: Epicrisis mal diligenciada, **Ñ**: Apoyo diagnóstico no pertinente, **O**: Cantidad de actividades no ajustada, **P**: Procedimiento o actividad no pertinente, **R**: Falta de autorización de medicamentos no POS, **T**: Valor de factura no corresponde a sumatoria, **U**: Liquidación no corresponde a normas del manual, **V**: Código no aparece en manual, **W**: Valor no corresponde a lo pactado, **X**: Servicios profesionales no corresponden, **AA**: Cobro de accidente de tránsito al cliente, **AD**: Suministro y/o medicamentos no a lugar según tarifa pactada, **AE**: Actividad no soportada, **AF**: Ítem mas codificado o sin código.

DISCUSION

Durante la recopilación de la información hemos encontrado que la gran mayoría de las IPS cometen los mismos errores al elaborar una factura y que decir de una cuenta de cobro.

Es de importancia capital tener en cuenta que durante la recolección de la información se presentaron algunos inconvenientes como fueron la corta duración de las cuentas de cobro en la oficina de auditoria de cuentas y que luego de radicadas las cuentas era difícil volver a tener acceso a ellas ya que para el ingreso al archivo era necesaria una autorización especial.

De acuerdo a los hallazgos logrados en la aplicación del primer instrumento, de las cinco IPS analizadas la designada como IPS C fue la entidad con mayores

errores dentro de la aplicación de los parámetros a evaluar teniendo un 49.6% del total de los ítems con algún tipo de falla seguida de la IPS D con un 34.4%. De todas, la IPS E fue la mejor, presentando una frecuencia de solo 7 parámetros como errores de su facturación.

Analizando más a profundidad las fallas encontradas en la evaluación, es preocupante la presencia de un error del 54% relacionado con la mala codificación de los detallados de acuerdo a los manuales. Esto nos lleva a pensar que hay un cierto vacío en el conocimiento de la normatividad relacionada a la codificación de procedimientos y a la adecuada elaboración de una factura ya que el detallado de la misma es una de las partes más importantes a la hora del cobro de una cuenta.

Otros ítems que al observarlos, se diría que son los puntos más críticos dentro de la evaluación ya que mostraron un 100% de error son la Hoja de Auditoria Clínica y el Tipo de usuario. Aunque no es de importancia vital, a largo plazo podrían evitar demoras y en algunos casos hasta corregir o confirmar procesos. Tal es el caso del parámetro llamado "tipo de usuario", el cual si se tuviera en cuenta, ayudaría a la hora de determinar el cobro o no de copagos y cuotas moderadoras, al igual que la "hoja de auditoria clínica" ya que esta nos permitiría encontrar razones por las cuales se dieron ciertos eventos durante la estancia del paciente en el servicio y que tipo de soluciones se determinaron, finalmente llevando a una facturación más rápida.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos al evaluar los soportes de las cuentas; podemos concluir que existe un déficit en el conocimiento y aplicación de los contratos de las IPS, lo que lleva a fallas en la utilización de las tarifas y en la recopilación de los soportes necesarios según cada convenio, siendo esto la principal causa en la demora del recobro de la cuenta al ser necesario verificar y en algunas ocasiones responder a glosas por estos errores.

Respecto a los soportes, se observa cómo el principal inconveniente gira en torno a la entrega incompleta de la documentación necesaria (42%) para la presentación de la cuenta, un error netamente administrativo y que prolonga el tiempo de recobro de la cuenta. Otro traspié que presentó un alto porcentaje (42%) de falla y que se relaciona con lo dicho anteriormente es la inconcordancia de los valores de los insumos con las tarifas pactadas y que reafirma que los principales errores en las cuentas analizadas se derivan de problemas a nivel del proceso de facturación de la IPS.

También se encontró al analizar la información, que otros criterios evaluados que presentaron alteraciones y que llevaron a errores en la facturación fueron cantidad de actividades no ajustada (36%), liquidación no corresponde a normas del manual (30%) y valor no corresponde a lo pactado (30%). Nótese que al igual que los anteriores criterios analizados podemos ver la falla a nivel administrativo para la ejecución de las cuentas de cobro.

En cuanto a los parámetros médicos evaluados los errores más frecuentes van asociados a la pertinencia. Aunque su presentación es menor, marcan una

influencia significativa a nivel de la presentación de la cuenta de cobro. Es más, se ha visto como a pesar de existir una reglamentación sobre la elaboración de la historia clínica, los profesionales de la salud aun no se han percatado de la importancia de la legibilidad y elaboración completa de la misma y sus efectos a la hora de ser analizadas en un proceso legal. De los documentos de la cuenta de cobro es la epicrisis que muchas veces por errores en su producción lleva a inconsistencias y finalmente glosa o devolución de la cuenta.

Finalmente, podemos concluir que al analizar las facturas no encontramos falencias en cuanto al cumplimiento de los requisitos de la Dirección de Aduanas e Impuestos Nacionales (DIAN), y que la mayoría de los errores se presentaron principalmente en el proceso de elaboración de las facturas; por ejemplo en la concordancia del código con el detallado, soportes suficientes y valores ajustados a los manuales de tarifas y contratos; por lo cual consideramos que no es una herramienta como tal lo que debemos proponer sino un plan de mejoramiento que incluya capacitación al personal encargado de la elaboración de las facturas y además al cuerpo médico en cuanto al diligenciamiento de una historia clínica completa de acuerdo al marco legal.

PLAN DE MEJORAMIENTO

Ante la evidencia hallada durante la evaluación de las cuentas médicas, donde el principal problema radica en el desconocimiento de la normatividad y los contratos de las IPS con la entidad contratante, a continuación proponemos un

plan de mejoramiento que permita agilizar a mediano plazo el proceso de recobro y pago de cuentas.

QUE	QUIENES	DONDE	CUANDO	POR QUE	COMO
Presentación de propuesta a la IPS	Entidad contratante	Auditorio de la EPS	Enero 2007 iniciada nueva contratación	Necesidad de agilizar el proceso de recobro y pago de cuentas médicas	Reunión con cada uno de los representantes de las IPS contratadas para la prestación de servicios donde se presenten los problemas hallados en la facturación durante el año anterior y la propuesta del plan de mejoramiento.
Preparación de cronograma	EPS	Oficina de Auditoria de Cuentas	Ultima semana de Enero de 2007	Planear puntos a tratar en la capacitación	Durante una semana, los coordinadores de los servicios de facturación y cuentas médicas, junto con el grupo proponente del plan, elaboraran un cronograma de actividades en el cual se determinen los días de reunión y los temas a tratar en cada una de las capacitaciones a las IPS contratadas.
Invitación a la capacitación	Coordinadores del plan de mejoramiento	Cada una de las IPS	Primera semana de Febrero de 2007	Invitar a cada uno de los representantes de las IPS y dar a conocer la propuesta	Entregar correspondencia a cada uno de los participantes de la capacitación previamente seleccionados por los representantes de la IPS, donde se inviten a la capacitación y se den a conocer los diferentes temas a tratar.
Módulo I	Coordinadores del plan de mejoramiento	Auditorio de la EPS	Tercera y cuarta semana de Febrero 2007	Inicio de cronograma	En el primer modulo se tratara lo referente a normatividad. Se hará con invitación a todas las IPS contratadas. Se hará durante dos sesiones por el volumen de tema

Módulo II	Coordinadores del plan de mejoramiento	Auditorio de la EPS	Primera semana de Marzo 2007	Continuación del cronograma	a tratar. Se realizarán charlas con cada IPS dando a conocer cada uno de los parámetros bajo los cuales se realizó la contratación con su respectiva entidad.
Aplicación de las herramientas de evaluación de las cuentas médicas	Coordinadores del plan de mejoramiento	Oficina de Auditoría de Cuentas Médicas	Primera semana de Mayo de 2007	Auto evaluación	Aplicar las herramientas manejadas en el análisis de cuentas de este trabajo para evaluar los problemas persistentes en las cuentas médicas.
Retroalimentación	Coordinadores del plan de mejoramiento	Oficina de Auditoría de Cuentas Médicas	Tercera semana de Mayo de 2007	Reafirmar conocimientos	Se enviará una circular a cada una de las IPS con copia a los participantes de la capacitación en la cual se expongan cada uno de los puntos en que aun persisten fallas.

Los temas que sugerimos y que pueden ser tratados en la capacitación son:

MODULO I

Normatividad

- a. Estatuto Tributario
- b. Decreto 783 de 2000
- c. Decreto 3260 de 2004
- d. Decreto 50 de 2003
- e. Decreto 46 de 2000
- f. Decreto 1281 de 2002
- g. Decreto 3374 de 2000
- h. Contratación estatal (Ley 80)

MODULO II

Contratación y convenio

- a. Manuales tarifarios establecidos
- b. Notificación de parámetros contratados

BIBLIOGRAFIA

LEURO MARTINEZ, Mauricio. Facturación y Cartera por venta de servicios de salud. Casa Editorial Grupo Ecomedios. Bogotá D.C. Segunda edición. 2005

LEURO MARTINEZ, Mauricio. Auditoria de Cuentas Médicas. Casa Editorial Grupo Ecomedios. Bogotá D.C. Primera edición. 2005.

LEGISLACION:

Estatuto Tributario

Decreto 783 de 2000

Decreto 3260 de 2004

Decreto 50 de 2003

Decreto 46 de 2000

Decreto 1281 de 2002

Decreto 3374 de 2000

PAGINA WEB

www.minproteccionsocial.gov.co