



**Propuesta de mejoramiento en el proceso de facturación del centro cardiovascular  
colombiano – clínica santa maría en la ciudad de Medellín.**

Camilo Alberto Urrego rodríguez

Código: 20322021435

Paola Andrea cárdenas Ruiz

Código: 20322027199

Universidad Antonio Nariño  
Facultad de ciencias económicas y administrativas  
Programa administración de empresas  
Bogotá D.C, Colombia  
2022

**Propuesta de mejoramiento en el proceso de facturación del centro cardiovascular colombiano – clínica santa maría en la ciudad de Medellín.**

**Camilo Alberto Urrego Rodríguez**

**Paola Andrea Cárdenas Ruiz**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:

**Administrador de empresas**

Director:

Mg. Nelly Barreto

Línea de investigación:

Gestión de la organización

**Universidad Antonio Nariño**

**Facultad de ciencias económicas y administrativas**

**Programa administración de empresas**

**Bogotá D.C, Colombia**

**2022**

## NOTA DE ACEPTACIÓN

El trabajo de grado titulado  
**Propuesta de mejoramiento en el proceso de facturación del  
Centro Cardiovascular Colombiano – Clínica Santa  
María en la ciudad de Medellín.**

Cumple con los requisitos para optar  
Título de **Administrador de Empresas.**

Firma del Tutor

---

Firma Jurado

---

Firma Jurado

---

Bogotá D.C, Mayo 2022

## **AGRADECIMIENTOS**

El presente trabajo está dedicado en primer lugar a Dios, por habernos acompañado y guiado a lo largo de la carrera, por brindarnos una vida de aprendizajes.

A nuestros padres y familiares, por todo el apoyo brindado a lo largo de nuestras vidas para hacer de nosotros mejores personas, por promover la unión y perseverancia en nuestros hogares,

Agradecemos a nuestros docentes de la Universidad Antonio Nariño, por todo el acompañamiento y disponibilidad a lo largo de la carrera, por todos los conocimientos que nos transmitieron.

A todas las personas que nos han acompañado en este proceso y llevar a cabo este trabajo, infinitas gracias.

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN .....	<b>9</b>
ABSTRACT .....	<b>10</b>
INTRODUCCIÓN .....	<b>11</b>
ANTECEDENTES .....	<b>13</b>
OBJETIVOS .....	<b>16</b>
Objetivo General .....	16
Objetivos Específicos.....	16
JUSTIFICACIÓN .....	<b>17</b>
MARCO TEÓRICO.....	<b>19</b>
Marco conceptual.....	19
Marco contextual .....	23
Reseña histórica .....	23
Misión .....	24
Visión .....	24
Valores .....	24
Logros de la clínica.....	25
Marco Teórico.....	25
Revisión de cuentas y auditoría de cuentas médicas. ....	26
Reporte obligatorio de cartera.....	28
Procedimiento administrativo y contable de las glosas .....	30
Devolución de facturas .....	31
Procesos de mejora continua.....	31
Matriz DOFA .....	33
Diagnóstico área de facturación Centro Cardiovascular Colombiano - Clínica Santa María	38
Marco legal .....	41
Tabla 4 Normas legales.....	41
DISEÑO METODOLÓGICO.....	<b>43</b>
RECOMENDACIONES.....	<b>45</b>

CONCLUSIONES .....	<b>46</b>
CRUCE DE CARTERA – PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2021 .....	46
BIBLIOGRAFÍA .....	<b>56</b>

## LISTA DE TABLAS

Tabla 2 Auditoria medica.....	29
Tabla 3 Matriz DOFA.....	33
Tabla 4 Matriz de Impactos – Área de facturación.....	34
Tabla 5 Marco Legal.....	40
Tabla 6 Resultado Cruce de Cartera periodo enero a diciembre 2021 \$12.824.309.507COP.....	48
Tabla 7 Cifras Facturación Emitida vs Valor objetado periodo enero a diciembre 2021 .....	52
Tabla 8 Cronograma de Capacitaciones Área de Facturación .....	55

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Diagrama de Flujo Proceso de Facturación Sector Salud .....	38
Figura 2 Diagrama Causa - Efecto Área de Facturación .....	39
Figura 3 Tipificación de Devoluciones periodo Enero a diciembre año 2021 .....	49
Figura 4 Tipificación Glosas periodo Enero a diciembre año 2021 .....	50
Figura 5 Tendencia Facturación vs Valor Objetado Enero a diciembre año 2021 .....	52

## RESUMEN

El sector salud en Colombia ha iniciado su regulación desde 1993 por medio de normas y entes, con el fin de vigilar, inspeccionar y controlar las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPS), en cuanto a la prestación de servicios de salud a los pacientes y el cobro de estos. Referente al pago de los servicios de las EPS a las IPS, se ha deteriorado y generado inconformidades, debido a su demora, dilatación del proceso de pago y errores en proceso de facturación por parte de las IPS que impiden el flujo de recursos esperados por las Clínicas. El objetivo de este estudio es diagnosticar las objeciones (facturas no pagas por parte de la EPS) en las conciliaciones de cartera de la IPS Centro Cardiovascular Colombiano – Clínica Santa María, de la ciudad de Medellín, e implementar un plan de mejora para fomentar la adopción de mejores prácticas en la ejecución del proceso de facturación. Para este proyecto se aplicó un estudio descriptivo mixto, mediante el análisis de cartera del año 2021, donde se validó las diferentes causales de acumulación de cartera e inconvenientes que se tienen en el área de facturación y registro del área asistencial (médicos y enfermeras) que terminan objeciones obstaculizado el proceso de pago. Como plan de mejora, se pretende instaurar procesos de capacitación, auditoría médica aplicable al proceso de emisión de cuentas (facturas) y estrategias como actividades de trabajo que permitirá tener mejor calidad de facturación y mayor flujo de dinero.

**PALABRAS CLAVES:** Auditoría médica, Devolución, facturación, Glosa, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Entidades Promotoras de Salud (EPS), Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), Ministerio de Salud y Protección Social.

## ABSTRACT

The health sector in Colombia has started its regulation since 1993 by means of norms and entities with the purpose of monitoring, inspecting and controlling the Health Service Provider Institutions (IPS) and Health Service Provider Entities (EPS) regarding the provision of health services to patients and the collection of the same. The payment of EPS services to IPS has deteriorated and generated nonconformities, due to delays, delay in the payment process and errors in the billing process on the part of the IPS that impede the flow of resources expected by the Clinics. The objective of this study is to diagnose the problems in the portfolio reconciliations of the IPS Centro Cardiovascular Colombiano - Clínica Santa María, in the city of Medellín, as well as to implement an improvement plan to promote the adoption of best practices in the execution of the billing process. For this project a mixed descriptive study was applied, through the analysis of the portfolio of the year 2021, where the different causes of accumulation of portfolio were validated, which identified many shortcomings in the area of billing and registration of the care area (doctors and nurses) that have hindered the payment process. As an improvement plan, we intend to implement new technologies and work activity strategies that will allow for better billing quality and greater cash flow.

**KEY WORDS:** Medical auditing, Return, invoicing, Gloss, Health Service Providing Institutions (IPS), Health Promoting Entities (EPS), General System of Social Security in Health (SGSSS), Ministry of Health and Social Protection.

## INTRODUCCIÓN

El sector Salud en Colombia inicia su regulación desde la ley 100 de 1993 bajo un modelo de administración privada, al transcurrir de los años, este modelo de ha generado varios cambios mediante normas, conforme a las necesidades o nuevas implementaciones que ha requerido la sociedad.

El gobierno colombiano por medio de los entes de control, Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia de Salud, busca generar bajo una serie de normas y decretos que indican los tiempos, protocolos y requisitos obligatorios para la presentación de facturas. Estos procesos son una herramienta clave ya que de cierta manera se logran identificar los errores a nivel documental y sistemático, presentados por parte de la IPS e intermediar las obligaciones financieras entre ellas y las Entidades Promotoras de Salud (EPS)

El Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María ubicado en la Ciudad de Medellín, es una de las instituciones de mayor reconocimiento y prestigio por su especialidad en prestación de servicios a nivel cardiovascular, la atención al paciente y su talento humano.

Esta Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) ha detectado el incremento de la cartera por el no pago de los servicios prestados a los pacientes, por falencias en la presentación de las facturas. Por tal motivo, se ve la necesidad de realizar un detallado trabajo sobre el área de facturación, teniendo en cuenta, los resultados negativos arrojados, respecto a las glosas (objeciones parciales de la cuenta) y devoluciones (objeción total de la cuenta) realizadas por las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

De acuerdo a los acontecimientos referentes al sector salud en Colombia, por los seguimientos constantes de los entes de Control hacia las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y cierres de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) por falta de recursos para el pago de los gastos administrativos y operativos, es que el Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María ve la necesidad de requerir una propuesta que ayude al mejoramiento de indicadores directamente relacionados con los sistemas de facturación por los servicios con la especialidad cardiovascular que la Clínica presta a los pacientes que acuden a esta IPS en la ciudad de Medellín.

Por tal motivo este trabajo busca contribuir al incremento en el flujo de recursos económicos de manera mensual a la Clínica, con el objetivo de alcanzar un fortalecimiento financiero que aporte a su sostenibilidad en el sector de la salud, mediante un diagnóstico general de las causas más relevantes que lo han afectado y a partir de éste proponer un plan de mejora que busca disminuir las objeciones realizadas por las Entidades Promotoras de Salud sobre la facturación radicada.

## ANTECEDENTES

La clínica Cardio VID nació en los años 40, por el interés de un apostolado social de ayudar a mejorar la salud de las personas más necesitadas de la ciudad de Medellín. Con cinco décadas de experiencia, la Clínica Cardio VID se ha convertido en líder en las áreas cardiovascular, pulmonar y neurovascular, prestando servicios de alta especialidad.

Con la implementación de la ley 100 en 1993, la clínica Cardio VID, pasó hacer una IPS privada auto sostenible, de esta manera inicio un proceso de cambio, necesariamente en el área de facturación.

El área de facturación es la encargada, de recolectar y organizar la información que permita liquidar y cuantificar la prestación del total de las actividades, procedimientos e intervenciones en salud, así como los demás procesos, en los cuales se requiere la factura para trámites de cobro.

Tener claramente identificados las facturas objetadas por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), bajo el concepto de glosa y devolución con su respectiva tipificación o motivo, permite que la clínica (IPS) pueda realizar una retroalimentación al equipo humano y hacer los ajustes respectivos del proceso; dichas objeciones, deben ser subsanadas haciendo la entrega de soportes, mediante mesas de trabajo y conciliaciones médicas (glosas y devoluciones) generando un acta como soporte que la EPS reconoce la deuda por esos servicios prestados, facturados y radicados.

De acuerdo a lo anterior y en concordancia con el estudio, se realizó un análisis mes a mes, con respecto a la variación en la facturación emitida durante el año 2021; en este estudio se constató que el valor objetado por los conceptos de Glosa y Devolución; al mes de enero

del año 2021 se tenía una objeción del 13%, los errores en los procesos de facturación cierran el periodo con un 28% en el mes de diciembre 2021. Del valor facturado durante el periodo de enero a diciembre asciende a \$ 12.994.309.507 donde el 21% correspondiente a \$ 4.017.978.890 no es reconocido por la Entidad Promotora de Salud y debe ser conciliado entre las partes (IPS-EPS) para que sea reconocido y tramitado para pago. Dejando en evidencia el impacto de las glosas y devoluciones sobre el estado financiero de la IPS.

De acuerdo con el informe de investigación que pretende indagar sobre los causales de glosas y devoluciones en la Clínica CardioVid, se llegó a la conclusión que la mayoría de las no conformidades en los procesos de facturación, se atribúan a que no se tipifican los indicadores de gestión y no se tiene una planeación de un cronograma de capacitación para el personal del proceso de facturación.

El contar con un plan de auditoría y un cronograma de capacitación oportuno, permite a la IPS fortalecer el buen funcionamiento del módulo financiero y administrativo, generando aprendizaje en las áreas involucradas y mitigando los posibles errores en el proceso, con las normas vigentes, apoyados en la transparencia de los procesos para evitar sanciones.

El Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia, ha establecido los mecanismos para que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y la IPS, puedan hacer la validación de sus cuentas (cartera) mediante conciliaciones financieras que permitan claridad de cifras y valores reconocidos para pago, es obligación de la EPS, asignar espacios para tener acercamientos entre las partes de manera trimestral como periodo de tiempo mínimo establecido en la Circular 030. Todos estos mecanismos de aclaración de cuentas son

vigilados por entes territoriales como son la Superintendencia de Salud, Ministerio de Salud y Contraloría General de la Nación.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Diagnosticar las objeciones (Glosas y devoluciones) en las conciliaciones de cartera del año 2021, que impiden el flujo de recursos esperados por la Clínica, así como la correcta ejecución del proceso de facturación del Centro Cardiovascular Colombiano – Clínica Santa María.

### **Objetivos Específicos**

- Analizar las partes del proceso de facturación de glosas y devoluciones que identifiquen oportunidades de mejora.
- Plantear y diseñar un cronograma de capacitación que permita mitigar los errores generados en la facturación del año 2021.
- Proponer un plan de auditoría médica y seguimiento del proceso para garantizar su correcto funcionamiento.

## JUSTIFICACIÓN

Los motivos que nos llevaron a realizar el estudio para implementar un proceso de mejora continua en la conciliación de cartera del año 2021, en el Centro Cardiovascular Colombiano – Clínica Santa María, es mejorar su flujo de recursos y obtenga una mejora continua en sus procesos de facturación de los servicios prestados y concientizar al personal que interviene en el proceso la importante labor que realizan en pro de no tener objeciones al momento de radicación de las cuentas, realizando la tipificación de glosas (Valor parcial no pago de la factura) y devoluciones (Valor no pago total) de enero a diciembre 2021, en la facturación por un valor de \$ **1.587.153.275** correspondiente a Glosa, clasificadas por autorización, soportes, y tarifas.

Respecto al concepto de Devolución tiene una participación importante en la cartera por un valor de \$ **1.127.132.017** lo que equivale al **9%** sobre el valor total radicado en facturas, donde se evidencia que los errores recaen sobre las causales de soportes no entregados (Documentos anexos a la factura) y autorizaciones (Documento generado por el medico) que no cumplen al 100% la prestación del servicio a prestar, las causales antes mencionadas son requisito indispensable para soportar la prestación del servicio. Estas objeciones a las cuentas de cobro afectan de forma parcial o total el valor de la factura y compromete a todos los actores del sistema.

Nuestro objetivo es que la clínica tenga flujo de recursos, es así como pretendemos mediante procesos de capacitación, basados en las normas y leyes otorgadas por el sistema general de salud en Colombia, capacitar a cada uno de los funcionarios que hacen parte del

proceso de facturación y de esta manera dar a conocer las circunstancias que puede generar el desconocimiento del cargo.

El presente proyecto está orientado con la línea de innovación de los procesos de mejora continua, con el fin de lograr que los objetivos propuestos sean desarrollados y ejecutados satisfactoriamente a beneficio de la Clínica; por ello establecemos nuestra pregunta problema ¿Cuál es el plan de mejoramiento propuesto al proceso de facturación del Centro Cardiovascular Colombiano – Clínica Santa María en la Ciudad de Medellín?

## MARCO TEÓRICO

### Marco conceptual

Se citan a continuación los siguientes conceptos asociados al tema de investigación:

**Auditoria medica:** Es la función institucional responsable de la verificación del cumplimiento de los requisitos establecidos en la normatividad vigente y de los compromisos adquiridos en los acuerdos o convenios con las diferentes aseguradoras, la cual se encuentra fundamentada técnicamente en la prestación de servicios de salud bajo los conceptos de medicina basada en la evidencia, de tal forma que su actuar permita instaurar planes de mejoramiento que orienten la relación asegurador-prestador-paciente hacia la Calidad y Seguridad Clínica. (Resolución 3047 de 2008)

**Autorización:** Es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud. (Resolución 3047 de 2008)

**Afiliación:** Es el procedimiento mediante el cual los potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado y su núcleo familiar se vinculan al Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Ministerio de Salud,2021)

**Devolución.** Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son 16 taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u ordinograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma. (Resolución 3047 de 2008)

**Cartera:** Es un informe que registra los movimientos de carácter crediticio con el cliente de la empresa, por el concepto de una venta de un bien o servicio a un determinado plazo. (Ministerio de Salud,2021)

**EPS-S:** Son las entidades responsables de la afiliación y prestación del Plan obligatorio de salud del Régimen Subsidiado a los beneficiarios de éste. (Ministerio de Salud,2021)

**Entidad Responsable de Pago (EPR)** a quien se registrará el cargo contable del cobro de cada uno de los servicios de salud prestado a los usuarios, según las tarifas y normatividad en salud, así como los convenios establecidos con los mismos. (Ministerio de Salud,2021)

**Facturación en instituciones de Salud.** Es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios

de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada. (Ministerio de Salud,2021)

**Glosa:** Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud. (Ministerio de Salud, 2009)

Entre las causales más comunes de objeciones realizadas por las Entidades Promotoras de Salud y de acuerdo a la norma se pueden encontrar:

Glosas por Facturación, Tarifas, Soportes, Autorización, Cobertura, Pertinencia, Devoluciones, Respuestas a glosas y devoluciones. (minsalud, s.f.)

Las inconsistencias internas más comunes en las glosas son:

- Documentos enmendados
- Inconsistencias en los soportes anexos
- Cobros sin la comprobación de los derechos de usuario, tarjeta, cédula, carné
- Falta de información estadística
- Errores en las liquidaciones, tarifas mal aplicadas, sumas mal realizadas
- Falta de documentos
- Prestación de servicios adicionales a los establecidos en el contrato.
- Falta de pertinencia técnico-científica entre diagnóstico y procedimientos realizados y/o servicios prestados.
- Documentos sin firma del paciente. (minsalud, s.f.)

**IPS:** Son las Instituciones encargadas de prestar los servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley. (Ministerio de Salud,2021).

**Interventoría:** Es un proceso permanente dirigido a fortalecer la operación del Régimen Subsidiado y verificar el cumplimiento de las obligaciones del contrato de aseguramiento para garantizar el acceso de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo los principios de calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia. (Ministerio de Salud, 2021).

**Respuesta a Glosas y Devoluciones:** Se interpreta en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago. (Resolución 3047 de 2008)

**Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS):** Es un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que procuran la prestación del servicio y fijan condiciones de acceso en todos los niveles de atención, bajo el fundamento de garantizar la atención integral a toda población. (Ministerio de Salud,2021).

**Sistema de salud colombiano** De acuerdo con la Constitución Política de Colombia la atención de la salud es un servicio público que debe ser garantizado a todas las personas. Esta establece que es responsabilidad del Estado organizar, dirigir, reglamentar, vigilar y controlar la prestación de servicios de salud a todos los colombianos (Constitución, 1991). La afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que reciben las cotizaciones y, a través de las

instituciones prestadoras de servicios (IPS), ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S para los afiliados al régimen subsidiado (RS).

## **Marco contextual**

### **Reseña histórica**

La clínica tiene más de 55 años de experiencia, se ha especializado en diagnósticos, tratamientos y urgencias en las áreas cardiovascular, torácica, pulmonar y neurovascular.

La complejidad de las especialidades y la alta cualificación del personal, la ubican como centro de IV grado de complejidad, la máxima categoría en el país. Destacados por ser pioneros y líderes en trasplantes de corazón y de pulmón en Colombia. (cardiovid, s.f.)

En 1946, el Laboratorio Clínico VID inició sus labores en el Dispensario para los Pobres; luego se trasladó al Edificio para el Pobre y al Centro Médico, y finalmente se ubicó en la Playa con Córdoba, desde donde funciona su sede principal. A la fecha cuenta con once sedes de toma de muestras en el Área Metropolitana, donde se atienden cerca de 100.000 personas al año. Desde sus comienzos el Laboratorio Clínico VID ha tenido un desarrollo permanente que lo clasifica como de alto nivel de complejidad, manteniéndose a la vanguardia en tecnología e investigación aplicada. Además, es considerado en la ciudad como un laboratorio de referencia en los procesos de recepción de pacientes y procesamiento de muestras. (cardiovid, s.f.)

En cuanto a infraestructura, en la Clínica Cardio VID se posee una sede construida en diferentes niveles, con un área total de 15.413 m en un lote de 57.140 m<sup>2</sup> y se proyecta a ampliar las instalaciones para mejorar la comodidad y bienestar del usuario. (cardiovid, s.f.)

## **Misión**

La Clínica Cardio VID es una obra de la Congregación Mariana, que presta servicios integrales de salud de alta complejidad a niños y adultos en las especialidades cardiovasculares, torácicas, pulmonares y neurovascular, con los mejores estándares técnicos, científicos y de seguridad, con profundo respeto por la dignidad humana. Contribuye al desarrollo académico mediante la investigación y la gestión del conocimiento. (Cardio, 2020)

## **Visión**

Incrementar el impacto social y evangelizador por medio de las Obras puestas al servicio de la comunidad. (Cardio, 2020)

## **Valores**

- **Confianza:** Se genera confianza partiendo de creer en el otro y de construir relaciones corporativas, sociales y humanas con integridad, transparencia, claridad, estabilidad, respeto y verdad.
- **Respeto:** Reconocimiento y valoración de la dignidad de la persona como fuente fundamental de las relaciones humanas, sociales y organizacionales sin condicionamientos ni diferencias. Se respeta a la persona, al entorno y la naturaleza con acciones coherentes que ayudan a preservar la armonía en la convivencia, bienestar y bien común.
- **Integridad:** Comportamiento auténtico, responsable, leal, coherente, consecuente y honesto que busca cumplir el propósito institucional.
- **Solidaridad:** Vínculo especial con aquel que requiere y necesita ayuda, apoyo, amor fraternal. La Organización encamina todos los esfuerzos por construir una sociedad digna, justa, equilibrada y equitativa.

- **Servicio:** Entregar a los demás con amor todas las capacidades, talentos y esfuerzos humanos e institucionales.

### **Logros de la clínica.**

Centro Cardiovascular Colombiano – Clínica Santa María se ha destacado por tener especialistas de proceso que están relacionados con el sistema cardiaco en niños y adultos, cuenta con más de 55 años de experiencia, la Clínica se ha especializado en diagnósticos, tratamientos y urgencias en las áreas cardiovascular, torácica, pulmonar y neurovascular. La complejidad de las especialidades y la alta cualificación del personal los ubica como un centro de IV grado de complejidad, la máxima categoría que en Colombia puede llegar a tener un hospital. (Cardio, 2020)

### **Marco Teórico**

Oviedo & Martínez (2016) dan a conocer su experiencia obtenida durante varios años en el manejo de los procesos de facturación, cartera y auditoría de cuentas médicas; en la cual hacen una revisión amplia de dichos procedimientos a partir de los parámetros estipulados para la implementación y operación de estos procesos desde al advenimiento de la Ley 100 de 1993. De esta manera pretenden apoyar a aquellas personas que pertenecen al sector de la salud.

Mencionan que el común denominador de dicha problemática es la falencia de conocimientos básicos de la normatividad establecida por el Estado y de la seguridad social, con referencia a la facturación y la cartera, especialmente en normas de orden público de la misma seguridad social, normas de salud, deficiente conocimiento y

aplicación de manuales tarifarios, abusos de la normatividad en contratación y su aplicación adecuada y legal, entre otras causas. (Oviedo, 2016)

Por este motivo se toma el análisis de sistemas, el cual permite utilizar en las organizaciones cuando se considera como una estructura de relaciones donde se da solución a los problemas. Las decisiones relativas a la solución de los problemas en la organización deben surgir de una evaluación integral de los problemas que se analizan y en última instancia por su complejidad total. Los métodos particulares para el mejoramiento de las funciones de solución a los problemas sólo tienen importancia si la organización adopta la posición de analizarse totalmente como un sistema integral. Considerando que la calidad se define como un producto, cuyas características son suficientes para satisfacer las necesidades implícitas y explícitas de los clientes; una actuación satisfactoria de los productos que la organización ofrece al mercado implica la actuación no satisfactoria del sistema que los produce. En otras palabras, la calidad en los productos que el sistema ofrece se integrará en las bandejas a través de su paso por el sistema total. (Hernández, 1999)

### **Revisión de cuentas y auditoría de cuentas médicas.**

La revisión de cuentas médica en una IPS se refiere únicamente a la corrección de las glosas presentadas por las Empresas Administradoras de Plan de Beneficios (EAPB), las cuales es necesario responder en los plazos correspondientes según la normatividad vigente, verificando la coherencia entre lo realizado y lo facturado buscando siempre la pertinencia médica, la racionalidad técnico-científica y calidad asistencia y administrativa. En cambio, la auditoría de cuentas médicas es entendida como la evaluación sistemática de los procesos asistenciales y administrativos conducentes a la generación de una factura ajustada a la real

prestación de los servicios de salud, que se realiza con el objetivo de identificar y solucionar irregularidades desde la contratación hasta la gestión de cartera, considerando factores críticos de éxito” definidos más adelante. La auditoría puede ser la que se realiza durante el proceso de atención de la paciente llamada auditoría médica o puede ser realizada con posterioridad a la atención del usuario llamada auditoría retrospectiva.

El éxito del ciclo de las auditorías es identificar los componentes administrativos del ciclo del servicio asistencial, reconocer los riesgos en la prestación de los servicios y presentar propuestas para generar medidas correctivas. (Leyle Albarracín, 2008)

Según expone el Asesor, Eugenio Agudelo Zuluaga, se identifican 7 factores críticos de éxito, importantes para el análisis e identificación de causas de glosas y devoluciones que complementamos con las siguientes definiciones: (Manuel Parra, 2019)

**La contratación:** Consiste en el relacionamiento entre la Empresas administradores de planes de beneficios y las instituciones prestadoras de salud en donde se deja estipulado el valor a pagar por los servicios prestado, también la forma como se realizará el pago de estos y los pasos a seguir para realizar la reclamación de las glosas.

**La admisión:** Es el paso de verificación de los derechos de los usuarios, así como definir el origen de la solicitud del servicio (Accidente de tránsito, accidente de trabajo o enfermedad común), además es la encargada de recibir las autorizaciones y los soportes administrativos requeridos para los diferentes tipos de atención.

**Proceso asistencial:** Es todo proceso misional de la institución el cual debe conocer tanto los contratos, debe conocer claramente el Sistema General de Seguridad Social en salud y debe realizar un registro claro de todas las actividades realizadas y reportar todos los

paraclínicos ordenados siempre con coherencia entre el motivo de consulta, los laboratorios y el diagnóstico.

**La recopilación de los soportes:** Es el proceso como se juntan todos los documentos tanto administrativos como asistenciales que se requieren para soportar la factura, la cual debe ser coherente con los servicios para los cuales se solicitó autorización y con los servicios efectivamente prestados, así como los formatos relacionados con el MIPRES.

**Auditoría externa:** La auditoría en salud es un proceso de evaluación sistemática de la calidad y la gestión de recursos en la atención en salud, con el fin de identificar deficiencias y producir mejoras.

**Cartera:** Por definición son las deudas que los clientes tienen con nuestra empresa y están originadas en las ventas que se hacen a crédito. Es el proceso sistemático de evaluación, seguimiento y control de las cuentas por cobrar con el fin de lograr que los pagos se realicen de manera oportuna y efectiva. Esta actividad incluye el registro y clasificación de las cuentas. Todo el proceso de recuperación de glosas y devoluciones, así como la rotación de la cartera y la gestión de cobros por lo que se debe tener buena trazabilidad de las facturas y un buen conocimiento de las normas sobre gestión y recaudo de cartera. (Glosas y devoluciones: impacto financiero, 2019)

### **Reporte obligatorio de cartera**

Las Entidades Responsables de Pago – ERP e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con la periodicidad aquí definida, deberán reportar al Ministerio de Salud y Protección Social mediante el procedimiento de que trata la presente Circular , a través de la plataforma PISIS del portal SISPRO, la información de facturas, cobros, reclamaciones y

novedades de pago relacionadas con la prestación –de servicios de salud y las facturas pagadas por giro directo a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de acuerdo con el monto certificado por las Entidades Promotoras de Salud del Subsidiado. La Superintendencia Nacional de Salud, accede a esta información y con el apoyo de los departamentos hará seguimiento a las depuraciones que se originen en este procedimiento. Las Entidades Responsables de Pago – ERP e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con la periodicidad aquí definida, deberán reportar al Ministerio de Salud y Protección Social mediante el procedimiento de que trata la presente Circular , a través de la plataforma PISIS del portal SISPRO, la información de facturas, cobros, reclamaciones y novedades de pago relacionadas con la prestación –de servicios de salud y las facturas pagadas por giro directo a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de acuerdo con el monto certificado por las Entidades Promotoras de Salud del Subsidiado. La Superintendencia Nacional de Salud, accede a esta información y con el apoyo de los departamentos hará seguimiento a las depuraciones que se originen en este procedimiento. (Ministerio de Salud y protección Social, Circular 030, 2013).

**Tabla 1 Auditoria medica**

<b>LA AUDITORIA MÉDICA COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN</b>				
Este tipo de auditoria abarca el aspecto médico legal asistencial, el administrativo y el financiero contable.				
<b>Aspectos</b>				
<b>Médico Legal</b>	<b>Normativos</b>	<b>Técnicos Evaluativos</b>	<b>Éticos</b>	<b>financieros administrativos</b>
Se actúa para prevenir la ineficiente práctica	Estimula la elaboración, revisión y readecuación de	A través de la valorización de los actos y	Supervisa el cumplimiento de normas éticas y morales en	Compatibiliza una buena relación

médica, observando el cumplimiento de las normas legales y disposiciones	normas, pautas y manuales de procedimiento que regularicen el	Conductas, realizando un control de calidad de éstos.	las conductas de las personas, denominada: Deontología médica, que	Entre eficiencia, costos, calidad y seguridad de la atención brindada.
sanitarias vigentes, actuando en estrecha relación y colaboración con	Cumplimiento y su ejecución.		establece el deber de ser del actuar médico, junto al Comité de Éticas	
Asesoría Jurídica.			Médica de cada Institución.	
<b>Fuente: Diseño e implementación de un modelo de auditoría de historias clínicas para una IPS domiciliaria de la ciudad de Pereira Risaralda (Moncada, 2013)</b>				

Aulik, Deitch, Pope, y Thomasgard (2006) explicaron “Implementation of Changes to the Billing Process to achieve greater efficiency in the billing process and to assist with increasing revenue, we have developed a number of process changes and enhancements. Employing a billing checklist would ensure that all staff are familiar with the standard billing procedures. The checklist would have the added benefit of creating an audit trail that could be used to verify implementation of the standard billing processes if problems continue.” (Aulik, 2006, pág. 20)

### **Procedimiento administrativo y contable de las glosas**

Las glosas son objeciones a las cuentas de cobro presentadas por las IPS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de las facturas y sus respectivos soportes, las cuales pueden determinarse al

interior de la misma institución o por las entidades con las cuales se hayan celebrado contratos de prestación de servicios, tales como: EPS, Empresas Promotoras de Salud, ARS, Administradoras del Régimen Subsidiado, compañías de seguros y otras. Cuando en una cuenta de cobro se presentan inconsistencias en lo que respecta a su presentación, consolidación, aplicación de tarifas, cobertura de servicios, entre otros, la entidad contratante devolverá la cuenta a la IPS, para su corrección y los prestadores de servicios de salud, tendrán la obligación de aclarar o corregir las observaciones y dar respuesta a las mismas dentro de un plazo establecido. (Moncada, 2013)

### **Devolución de facturas**

También existen las devoluciones que hacen alusión a una inconformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar, y que impide dar por presentada la factura. Esta lista de glosas se encuentra en la Resolución 3047 de 2008, donde además se especifica que las entidades responsables del pago no podrán crear nuevas causas de glosa o de devolución, además de las expresadas anteriormente.

### **Procesos de mejora continúa**

La mejora continua es un proceso iterativo, que inicia con la determinación del sistema existente para pasar a la identificación del subsistema sustantivo y sus procesos clave, llegando así al nivel de operaciones responsables de integrar al producto, aquellas características que le son necesarias para cubrir las necesidades y expectativas de los clientes. Esta caracterización permite establecer las unidades de medida de actuación del sistema. Con el diferencial encontrado entre las necesidades de los clientes y las

características de los productos ofrecidos, se inicia el proceso de mejora continua. (S.P, 1978)

Nikoranov propone una metodología para la solución de problemas con base en el análisis de sistemas que consiste en:

1. Descubrimiento del problema.
2. Evaluación de su importancia.
3. Definición de objetivos y restricciones.
4. Definición de criterios
5. Determinación de la estructura del sistema existente.
6. Determinación del proceso de búsqueda de la solución.
7. Selección de alternativas para la búsqueda de la solución.
8. Encuentro de la solución.
9. Evaluación de la compatibilidad de la solución con los objetivos y restricciones originales.

La administración de las organizaciones, orientadas a la calidad, retoma esta propuesta y la aplicación con ligeras variantes porque considerará que los procesos de mejora deben ser iterativos por una retroalimentación de datos comparativos entre el producto real y el deseado (producto modelo), lo cual propicia la mejora continua.

La comparación inicia con la definición de aquellos subsistemas que son responsables directos de las características en los productos, que hacen que sean satisfactorios factores de las necesidades y expectativas de los clientes, a tales subsistemas se les denomina claves o sustantivos.

### **Matriz DOFA**

De acuerdo con la experiencia laborando en la clínica, se dan a conocer de este proceso de facturación las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas:

**Tabla 2 Matriz DOFA**

<b>Debilidades</b>	<b>Oportunidades</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mal registró por parte de las enfermeras y médicos al momento de hacer su descripción para iniciar su proceso de facturación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Planes de fortalecimiento de recuperación de cartera.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Falta de actualización al personal administrativo de área de la salud con respecto a las normas para ser aplicables al momento de liquidar una factura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Implementación de estrategias de recaudo de recaudo de cartera.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Falta de concientizar a los empleados sobre el impacto financiero que</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Altos niveles de calidad en facturación de servicios de salud.</li> </ul>

<b>Debilidades</b>	<b>Oportunidades</b>
arrojan los errores cometidos desde la facturación.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● No existe un proceso de auditoría médica aplicable al área de facturación de la Clínica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● División de equipos de trabajo en áreas, que permiten mejor distribución de actividades.</li> </ul>
<b>Fortalezas</b>	<b>Amenazas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Equipo Humano Comprometido y buena actitud al cambio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● · Crisis económica en el sector salud.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ubicación estratégica en el área Metropolitana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● · Aumento del nivel de endeudamiento de la IPS</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Buena imagen de la IPS ante los proveedores, clientes y Usuarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● · Dilatación en los procesos de pago.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Habilitación de servicios ofertados en portafolio de servicios de Salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● · Incremento de la Competencia.</li> </ul>

**Fuente: Elaboración propia**

### **Tabla 3 Matriz de Impactos – Área de facturación**

El análisis de esta se realizó a través de la matriz de impactos (Ver figura 5), teniendo en cuenta los niveles de rendimiento y/o afectación: Alto, Medio y Bajo y su correspondiente

ponderación con referencia a la incidencia en la problemática central del área. Obteniendo así la siguiente matriz de impactos.

<b>MATRIZ DE IMPACTOS</b>					
<b>ESCENARIO OPORTUNIDADES</b>					
<b>NO</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>IMPACTO</b>			<b>%</b>
		<b>A</b>	<b>M</b>	<b>B</b>	
O	Planes de fortalecimiento de recuperación de cartera		X		6.25
O	Implementación de estrategias de recaudo de cartera		X		6.25
O	Altos niveles de calidad en facturación de servicios de salud.		X		6.25
O	División de equipos de trabajo en áreas, que permiten mejor distribución de actividades		X		6.25
<b>ESCENARIO DEBILIDADES</b>					
<b>NO</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>IMPACTO</b>			<b>%</b>
		<b>A</b>	<b>M</b>	<b>B</b>	
D	Mal registró por parte de las enfermeras y médicos al momento de hacer su descripción para iniciar su proceso de facturación.	x			6
D	Falta de actualización al personal administrativo de área de la salud con respecto a las normas para ser aplicables al momento de liquidar una factura	x			6.5

D	Falta de concientizar a los empleados sobre el impacto financiero que arrojan los errores cometidos desde la facturación.		X		6.5
D	No existe un proceso de auditoría médica aplicable al área de facturación de la Clínica	x			6
<b>ESCENARIO AMENAZAS</b>					
NO	VARIABLE	IMPACTO			%
		A	M	B	
A	Crisis económica en el sector salud.		X		7
A	Aumento del nivel de endeudamiento de la IPS.		X		6.5
A	Dilatación en los procesos de pago.	x			5.75
A	Incremento de la Competencia.		X		5.75
<b>ESCENARIO FORTALEZAS</b>					
NO	VARIABLE	IMPACTO			%
		A	M	B	
F	Equipo Humano Comprometido y buena actitud al cambio		X		6.25
F	Ubicación estratégica en el área Metropolitana.			x	6.25
F	Buena imagen de la IPS ante los proveedores, clientes y Usuarios	x			6.25
F	Habilitación de servicios ofertados en portafolio de servicios de Salud		X		6.25

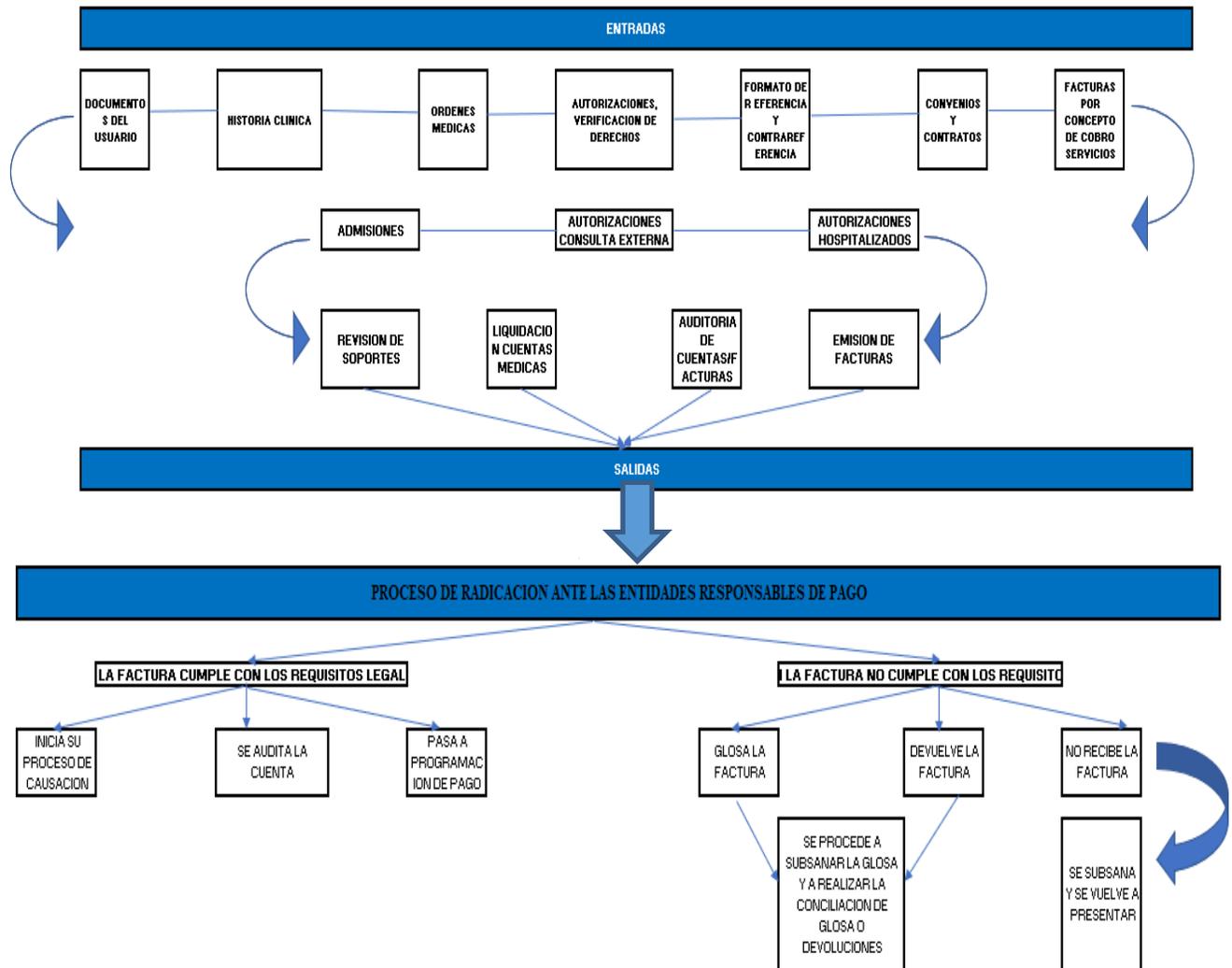
**Fuente: Elaboración propia**

De la Matriz de impactos presentada en la tabla 4, se deduce para las variables de Fortalezas y Oportunidades, que la Clínica tiene un equipo de trabajo que si bien es comprometido y tiene una actitud positiva con percepción al cambio, se lograra altos niveles de calidad en facturación de servicios de salud con la implementación de nuevas estrategias y de esta manera se logra una radicación antes las Entidades Promotoras de Salud que sea auditada sin objeciones y tramitada para pago a favor de la IPS, anudado a lo anterior como estrategia es promocionar los servicios ofertados en el portafolio de servicios y de esta manera poder distribuir de una manera adecuada los equipos de trabajo que permitirá una mejor ejecución de las actividades diarias de los empleados, por último aplicando las fortalezas que Centro Cardiovascular Colombiano tiene se resalta una estrategia y es que si bien existe dilatación en los pagos por parte de las Entidades Promotoras de Salud por la crisis en el sector sin duda, el radicar una facturación sin errores conlleva a que las EPS realicen los giros mensuales logrando de esta manera tener el flujo de recursos esperado por la Clínica.

Haciendo un análisis sobre las variables encontradas como debilidades se evidenció que muchos de errores realizados por el personal de facturación, enfermeras y médicos de la Clínica, es que no cuentan con una actualización conceptual de las normas que rigen el Sistema General de Seguridad Social en nuestro país, donde se han realizado malos registros en los sistemas y malas prácticas en la facturación por desconocimiento y también porque no existe un proceso de auditoría médica que evalúe dichos procedimientos, ahora bien, con la propuesta del plan de mejoramiento en los procesos se busca que con una división adecuada de las áreas y con la implementación de capacitación constante se mitigue la reincidencia del error al momento de la facturación.

## Diagnóstico área de facturación Centro Cardiovascular Colombiano - Clínica Santa María

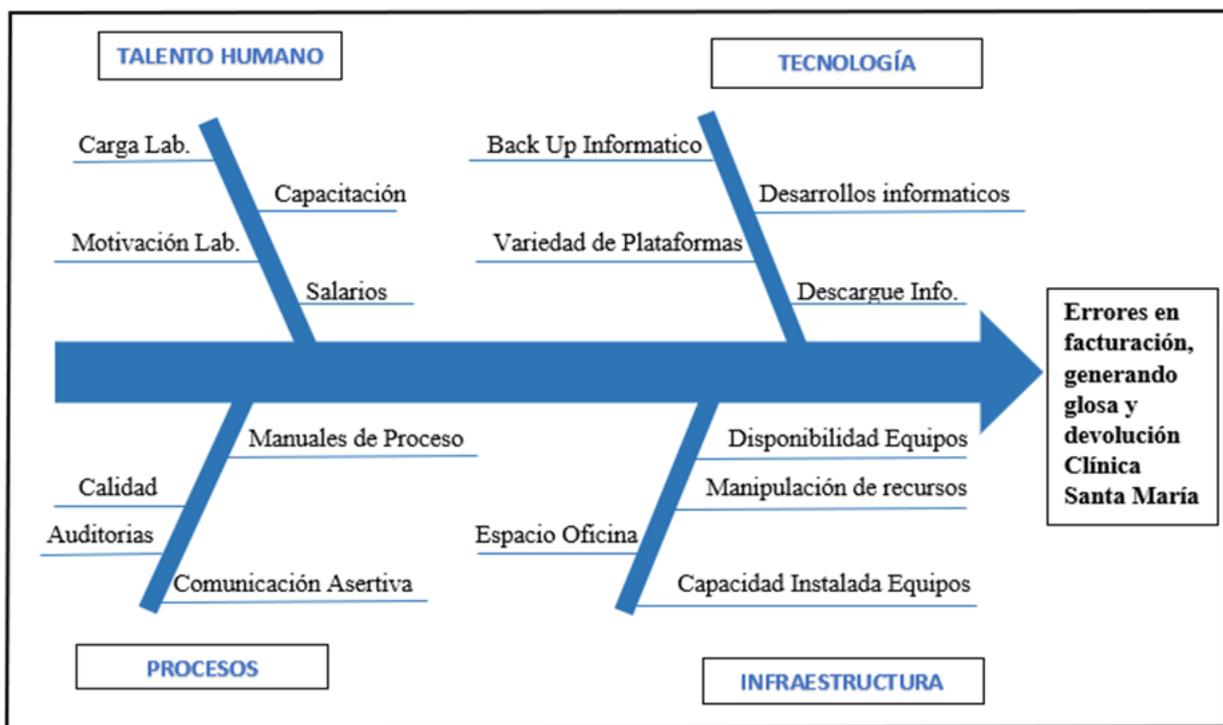
Figura 1 Diagrama de Flujo Proceso de Facturación Sector Salud



Fuente: Elaboración propia

El diagnóstico es una herramienta que permite identificar el estado actual de una empresa o un área puntual de una organización, en él claramente pueden influir factores externos como internos, con el objetivo de identificar si las estrategias desarrolladas en el plan estratégico están siendo necesarios para cumplir con las necesidades del proceso, y evidenciando puntos críticos, buscando necesariamente implementar una acción o plan de mejora. Para el desarrollo de la propuesta de mejoramiento, el diagnóstico se realizó directamente sobre el área de facturación de la clínica empleando el esquema de causa efecto (ver figura 6) extraído de la información aportada por la gerencia y personal del área de facturación de la clínica:

**Figura 2 Diagrama Causa - Efecto Área de Facturación**



**Fuente: Elaboración propia**

Con la información se identificaron cuatro factores importantes como son el de talento humano, tecnología, proceso e infraestructura, los cuales impactan de manera directa con la principal problemática que son los errores en facturación generando glosa y devolución en la Clínica Santa María.

En el factor de talento humano, se identificó que los funcionarios del área cuentan con una importante carga laboral proveniente del constante ausentismo, de la mano de una falta de motivación económica y buen ambiente laboral. En términos de capacitación, en el área, se evidencian falta de conocimiento en la información requerida, normatividad y conocimiento del sector salud necesario para desarrollar las actividades de facturación; vale la pena mencionar que el sistema de salud y su regulación es cambiante y requiere de actualizaciones y capacitación constante.

En términos de tecnología se evidenció que el equipo de facturación cuenta con variedad de plataformas de información que no cuenta con un adecuado desarrollo tecnológico y por el contrario es casi que obsoleto, dificultando el descargue y consolidación de la información necesaria para el soporte y emisión de las facturas, adicionalmente no se cuenta con una copia de seguridad de la información generada, aumentando el riesgo de pérdida de la información.

En cuanto al proceso de facturación, se identificó la falta de estandarización de procesos, manuales de funciones definidos, así como líneas de comunicación asertiva entre el área operativa y el área de auditoría de cuentas médicas, generando una mala calidad en el trabajo final realizado por los funcionarios.

## Marco legal

En Colombia existen diversas referencias a nivel legal que buscan reglamentar los procesos de facturación en las empresas. Este trabajo está enmarcado bajo la normatividad colombiana actual.

**Tabla 4 Normas legales**

TIPO DE NORMA	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
Decreto	Decreto número 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
Decreto	El Decreto 441 de 2022	Establece una etapa de negociación entre EPS, IPS y proveedores de tecnologías en salud, con requisitos de mínimo cumplimiento para cada uno de los tres actores. el propósito de verificar el seguimiento de los acuerdos de voluntades y la facturación, se requiere incluir, entre otros elementos, el modelo de auditoría, reglas especiales para la auditoría de cuentas médicas, con sujeción a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas, así como permitir el acceso a la historia clínica de los usuarios con el fin de verificar la efectiva prestación o provisión de los servicios y tecnologías en salud, garantizando el adecuado tratamiento de los datos personales y sensibles
Ley	Ley 1438 de 2011	Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

<b>TIPO DE NORMA</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>Ley</b>	<b>La Ley 100 de 1993</b>	Se encarga de reclutar y reorganizar entidades relacionadas con la salud, asimismo establece normas y procedimientos para que las personas y la comunidad tengan acceso a los servicios de salud, con el objetivo de mejorar su calidad de vida.
<b>Resolución</b>	<b>Resolución 3047 de 2008</b>	El objeto de la presente resolución es definir los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos que deberán ser adoptados por los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de tales servicios
<b>Resolución</b>	<b>Resolución 510 del 2022</b>	El objeto de la resolución tiene como objeto adoptar los campos de datos adicionales para la generación de la factura electrónica de venta en el sector salud y se establecen disposiciones en cuanto al procedimiento para su generación y radicación
<b>Circular</b>	<b>Circular 030 Del 2013</b>	Los objetivos son: *Establecer un procedimiento de saneamiento y aclaración de cuentas del sector salud a través del cruce de información entre ERP (EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado y ET) e IPS (públicas y privadas) *Determinar el estado de las cuentas (si hay coincidencia fijar y suscribir compromisos obligatorios de pago – si no hay coincidencia aclarar y depurar la información que no coincide entre los actores del sistema).

**Fuente: Construcción propia**

## DISEÑO METODOLÓGICO

La investigación fue de orden descriptivo y analítico, para dar a conocer de manera documentada la propuesta de mejora continua en el proceso de facturación, iniciando por el conocimiento de la naturaleza actual del proceso mencionado, así crear el plan de mejoramiento, la cual se acopla a las necesidades del Centro Cardiovascular Colombiano – Clínica Santa María en la ciudad de Medellín, con el fin de identificar los errores de facturación generados durante el año 2021. Esta metodología consiste en la selección de procesos claves por parte de la dirección de la organización, que contiene elementos: diagnóstico, documentación, control, seguimiento y mejora de los procesos.

Con el fin de evidenciar los posibles inconvenientes se elaborará un programa de capacitación para los funcionarios del área de facturación, brindar las herramientas necesarias para el análisis y liquidación de los servicios prestados por el centro cardiovascular, factor relevante dentro del área, especialmente en términos de normatividad vigente permitiendo tener una cartera sana, como exigirle a la Entidades Responsables de Pago (EPS).

Mediante la información suministrada por la clínica al corte de facturación de enero a diciembre del 2021, se realizó un análisis de los estados de cartera mes a mes, donde se evidencio las objeciones de glosas y devoluciones.

De parte de la coordinación del área de Facturación y Cartera de la Clínica se tuvo retroalimentación de los procesos documentales y sistemáticos realizados sobre la emisión de las facturas, y gestiones al interior del área, una vez se tiene las objeciones antes mencionas se generó una tipificación de cada uno de los conceptos con el fin de identificar

el origen del proceso de facturación que presentaron no pago. Cualitativamente se indago con la Coordinación y algunos funcionarios del área quienes aportaron sus puntos de vista sobre los errores presentados durante el proceso de facturación, con sus respectivos documentos soporte previo a la radicación ante las Entidades respectivas.

El análisis de datos se realiza mes a mes tomando como insumo el “Cruce de Cartera” de la facturación emitida por la clínica y el informe de Glosas y devoluciones entregado por la EPS.

## RECOMENDACIONES

Se sugiere implementar las mejoras planteadas en un periodo de corto plazo (6 meses), tan pronto sean aprobadas por la Coordinación del área de facturación / cartera de la clínica y dirección general.

Es necesario socializar con los colaboradores de la organización que intervienen en el proceso, los resultados arrojados por los cruces de cartera realizados con el objetivo de reducir el impacto de las objeciones por Glosa y Devolución, ya que estas impactan directamente el flujo de caja de la clínica.

Realizar la estandarización de métodos de trabajo, donde se sugiere que, a las capacitaciones, asista todo el personal involucrado al proceso de facturación.

Implementar mecanismos de control con la prestación de los servicios mediante una auditoría médica, dichos mecanismos deberán ser evaluados periódicamente con el fin de medir el rendimiento de estos impactando positivamente en los valores reconocidos por las entidades responsables de pago Entidades Responsables de Pago (EPS).

## CONCLUSIONES

Con la investigación se realizó un proceso para el alcance de los objetivos propuestos, objetivo 1;

### **CRUCE DE CARTERA – PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2021**

A través del análisis de información compartido por el área de cartera de la Clínica, se han realizado exploraciones para analizar las fortalezas y debilidades más visibles, además se llevaron a cabo entrevistas verbales con el personal de la Institución para indagar acerca del funcionamiento, debilidades y fortalezas que presenta la entidad.

Se llevaron a cabo análisis de la información correspondiente al cruce de cartera realizado durante el periodo enero a diciembre año 2021, que comprende una facturación sobre los servicios prestados por la Clínica, sobre este resultado se evaluara de manera porcentual las objeciones y valores reconocidos para tramite de pago, posteriormente se realizaran tipificaciones por concepto de glosa y devolución con el fin de identificar las causales que conllevan al error en el proceso de facturación.

Anudado a lo anterior, se identificó que un porcentaje de los errores en el proceso de facturación, no son de la operación como tal ( facturador) sino del área asistencial de la clínica como son los médicos y enfermeras, que en su día a día no registran a detalle o de manera completa en el aplicativo donde se realiza este registro, el suministro de medicamentos aplicados a los pacientes y la ejecución de procedimientos médicos la cual son de vital importancia al momento de realizar una auditora y definir si la factura tiene los soportes e información suficiente para proceder al proceso de pago. Por otro lado, se evidencia que internamente en el área de contratación de la clínica, no tiene parametrizados,

ni actualizados los manuales tarifarios generando errores directos que se evidencian al momento de la auditoria aplicada por la Entidad Promotora de Salud (EPS).

Por último, se identifican inconsistencias por concepto de soportes y autorizaciones, errores que se dan por desconocimiento y manejo de la información; En consecuencia, se ve la necesidad de aplicar un plan de mejoramiento dirigido al personal de la Clínica en temas de normatividad legal, uso de la plataforma y sistema operativo y manejo de la documentación médica.

De acuerdo a normatividad vigente y a los mecanismos otorgados por el gobierno nacional que permiten de manera trimestral realizar la validación de la facturación emitida por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y radicadas ante las entidades responsables de pago Entidades Responsables de Pago (EPS), a continuación, se presenta el resultado del cruce de cartera correspondiente compartido por la coordinación del área de cartera de la Clínica correspondiente al periodo comprendido entre los meses de enero a diciembre del año 2021 con un valor en facturación presentada que asciende a **\$ 12.824.309.507COP** Doce mil ochocientos veinticuatro millones trescientos nueve mil quinientos siete pesos moneda corriente (m/cte.).

**Tabla 4 Resultado Cruce de Cartera periodo enero a diciembre 2021**  
**\$ 12.824.309.507COP**

<b>ESTADOS DE CARTERA</b>	<b>VALOR</b>	<b>%</b>
DEVOLUCION	\$ 1,127,132,017	9%
GLOSA	\$ 1,587,153,275	12%
TRAMITE PAGO	\$ 10,110,024,215	79%
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>\$ 12,824,309,507</b>	<b>100%</b>

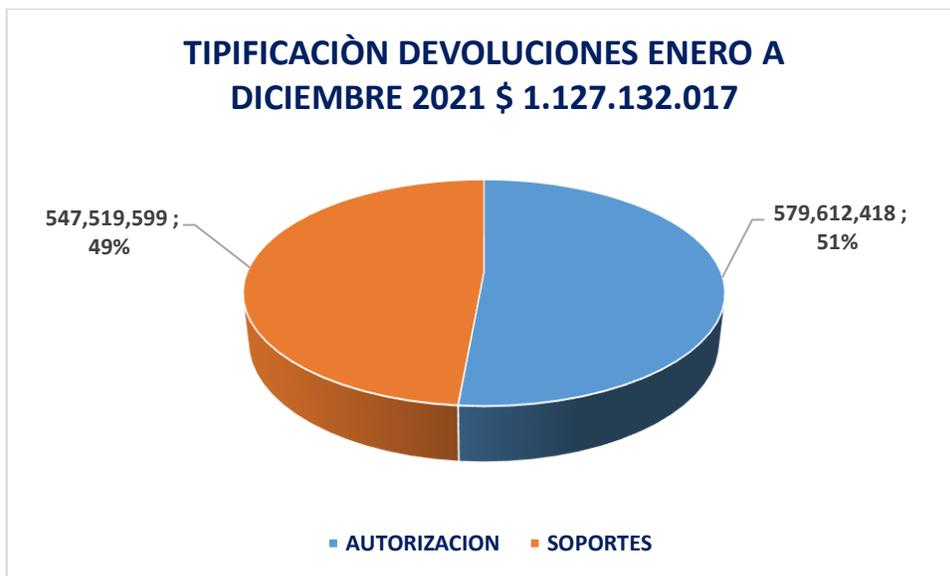
**Fuente: elaboración propia.**

De acuerdo a las cifras presentadas en el cuadro anterior, sobre el total de la facturación emitida por la clínica en el último año - 2021, se evidencia que **\$ 1.127.132.017COP** bajo el concepto de devolución tienen una participación equivalente al **9%** respecto al total de la facturación radicada, una facturación en estado de glosa por valor de **\$ 1.587.153.275COP** equivalente al **12%** y un valor que asciende a **\$ 10.110.024.215COP** se encuentran reconocidos para pago con un **79%** de participación. Vale la pena resaltar que los estados de *Glosa* y *Devolución* corresponden a facturación no reconocida para pago por parte de la Entidad Promotora de Salud (EPS).

Sobre la información del cruce de la cartera se definió que el paso a seguir es realizar el proceso de levantamiento de las objeciones en el cual se realizó una revisión minuciosa de la facturación que se encuentra bajo glosa y devolución, seguido de identificar las causales objeto de la objeción y por último realizar una tipificación donde se tuvo mayor impacto y de esta manera generar la notificación y respuesta basada en soportes que subsanen dichas

objecciones. Sobre la información entregada por la Clínica y teniendo en cuenta lo antes mencionado se realiza una tipificación:

**Figura 3 Tipificación de Devoluciones periodo Enero a diciembre año 2021**



**Fuente: Elaboración Propia**

Como se relacionó en la gráfica 4. la facturación por concepto de Devolución tiene una participación importante en la cartera por un valor de \$ **1.127.132.017COP** lo que equivale al **9%** sobre el valor total radicado , realizando un análisis se evidencia que los errores recaen sobre las causales de soportes no entregados y autorizaciones no válidas para soportar la prestación del servicio, dichos errores pueden presentarse por parte del facturador al momento de armar la cuenta, sin embargo esta causal puede ser conciliada ante la Entidades Promotora de Salud (EPS) donde se debe realizar la revisión por factura , presentar los documentos requeridos y una validación de las autorizaciones por paciente.

**Figura 4 Tipificación Glosas periodo Enero a diciembre año 2021**

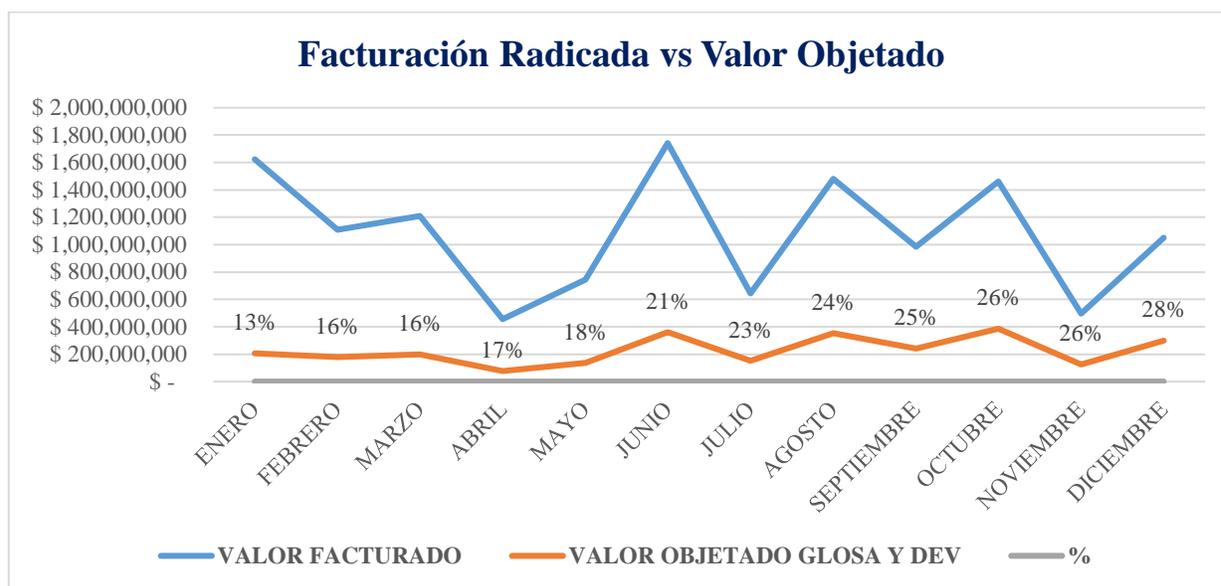


**Fuente: Elaboración Propia**

Tal y como se puede evidenciar en la tabla anterior se tiene facturación por un valor de **\$ 1.587.153.275COP** correspondientes a Glosa, con una participación del **12%** sobre el total de la cartera, se identifica un valor de **\$ 626.409.238COP** correspondiente a glosa por concepto de Soportes que no fueron entregados en el momento inicial de la radicación o corresponde a soportes que pertenecen a otro usuario, un valor de **\$ 599.863.599COP** glosa por concepto de tarifas es decir que se está cobrando los servicios por un mayor o menor valor al contratado con la Entidad Promotora de Salud (EPS) en este punto se evidencia una mala parametrización en el sistema ya que este ítem es acordado al iniciar la contratación de los servicios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y EPS, por último se tiene un valor de **\$ 360.880.438COP** correspondientes autorizaciones mal facturadas, que no corresponde al servicio prestado al paciente o que la autorización fue emitida a otra Institución prestadora de servicio de salud.

La tipificación antes mencionada claramente debe ser revisada y validada ante la EPS donde se debe solicitar de manera formal una conciliación de las objeciones / glosas, con el fin de que sean subsanada y posteriormente pagadas, a estas reunión se sugiere que la parte administrativa como lo es el facturador asista en compañía de una enfermera o médico con el fin de soportar la respuesta médica a la objeción, una vez cerrada las conciliaciones a futuro se sugiere, que se realicen auditorías a la facturación previa a la radicación de la facturación emitida, para evitar nuevas objeciones y reprocesos en el área ocasionando dilataciones en el proceso de pago.

Finalmente del estudio realizado sobre la conciliación de cartera se evidencia que solo un **79%** de la facturación radicada se encuentra disponible para pago, esto a nivel de flujo de efectivo/ingresos para la clínica no es un tema favorable, por el contrario es un tema el cual debe activar una reacción inmediata, teniendo en cuenta que los procesos en la cartera son dinámicos y con una intervención de la gerencia y las áreas que participan en el proceso pueden minimizarse errores que se ven reflejados en dinero.

**Figura 5 Tendencia Facturación vs Valor Objetado Enero a diciembre año 2021**

**Fuente: Elaboración Propia**

En la tabla No. 6 se puede observar mes a mes la variación de la facturación emitida durante el año 2021, así como el valor objetado por concepto de Glosa y Devolución donde en el mes de enero del año 2021 se tenía una objeción del 13%, los errores en los procesos de facturación incrementan finalizando con un 28% en el mes de diciembre 2021. El valor facturado durante el periodo de enero a diciembre asciende a \$ 12.824.309.507COP, el 21% correspondiente a \$ 2.714.285.292COP no es reconocido por la Entidad Promotora de Salud y debe ser conciliado entre las partes (IPS-EPS).

**Tabla 5 Cifras Facturación Emitida vs Valor objetado periodo enero a diciembre 2021**

MES	VALOR FACTURADO	VALOR OBJETADO GLOSA Y DEVOLUCIÓN	%
ENERO	\$ 1,623,668,197	\$ 206,898,803	13%
FEBRERO	\$ 1,107,270,102	\$ 179,665,230	16%

<b>MES</b>	<b>VALOR FACTURADO</b>	<b>VALOR OBJETADO GLOSA Y DEVOLUCIÓN</b>	<b>%</b>
MARZO	\$ 1,164,686,042	\$ 198,130,917	17%
ABRIL	\$ 455,713,554	\$ 76,563,722	17%
MAYO	\$ 745,131,708	\$ 134,773,456	18%
JUNIO	\$ 1,671,660,928	\$ 360,516,227	22%
JULIO	\$ 641,861,752	\$ 150,459,185	23%
AGOSTO	\$ 1,441,307,883	\$ 354,882,987	25%
SEPTIEMBRE	\$ 984,975,388	\$ 241,720,711	25%
OCTUBRE	\$ 1,441,999,026	\$ 386,017,666	27%
NOVIEMBRE	\$ 495,056,002	\$ 126,546,450	26%
DICIEMBRE	\$ 1,050,978,925	\$ 298,109,938	28%
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 12,824,309,507</b>	<b>\$ 2,714,285,292</b>	<b>21%</b>

**Fuente: Elaboración Propia**

De acuerdo con los objetivos No. 2 y 3 se hace entrega del cronograma de capacitación y el Plan de auditoría médica para dar cumplimiento al objetivo planteado, como elementos para optimizar el proceso de facturación en el Centro Cardiovascular Colombiano – Clínica Santa María, con la implementación de estas mejoras se busca mejorar el ordenamiento de las actividades, teniendo un impacto positivo en el clima laboral, evitando el riesgo de las glosas y devoluciones.

Se evidencio que no se miden los indicadores de gestión y no se tiene una planeación de un cronograma de capacitación para el personal del proceso de facturación, para esto se socializa un plan de auditoria medica que involucre todos los aspectos fundamentales susceptibles de evaluación según la normatividad actual.

Al realizar el análisis de flujo de re de la gestión del proceso de facturación para la empresa se evidenciaron que las causales de glosas y devoluciones del año 2021 arrojaron los siguientes resultados:



## BIBLIOGRAFÍA

Asamblea Nacional Constituyente (1991) Constitución Política de Colombia. Bogotá. D.C.:

Asamblea Nacional Constituyente.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125>

Aulik Jamie, Deitch Victoria, Emily Pope, y EricThomasgard (2006) Billing at the

Milwaukee Health Department Clinics 49 (20)

Hernández, L. A. (1999). El enfoque de análisis de sistemas y la administración. Contaduría

y Administración. 10(15)

Clinica Cardio Vid. (2020). Sobre la Cardio. <https://www.cardiovid.org.co/sobre-la-cardio/>

Jiménez Manuel, Trujillo Julián. (2009). Glosas y devoluciones: impacto financiero, causas y opciones de intervención en la e.s.e. bellosalud. [Especialización en gerencia de IPS]

Clínica Cardio Vid. (2018). Especialidades. <https://www.cardiovid.org.co/>.

Consultorsalud SAS. (2013). Procedimiento aclaración de cartera y pago de facturación.

<https://consultorsalud.com/procedimiento-aclaracion-de-cartera-y-pago-de-facturacion/>

Diario Oficial Ley 100. (1993). Creación del Sistema de Seguridad Social Integral.

Colombia.[http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)

Mauricio Leuro Martínez, I. T. (2016). Facturación y auditoría de cuentas en salud. En I. T.

*Facturación y auditoría de cuentas en salud.* (pp. 13-15-18). Ecoe Ediciones.

Moncada, E. V. (2013). *Diseño e implementación de un modelo de auditoria de historias clínicas para una IPS domiciliaria de la ciudad de Pereira Risaralda.*

[Especialización en Gerencia en Sistemas de Salud]

Ministerio de la Protección social. (2004). Régimen Contributivo. Bogotá.

<https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Regimenesubsidiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>

Ministerio de la Protección Social. (2006). Decreto N. 1011.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)

Ministerio de Salud. (2008). Resolución No. 3047.

[https://www.redjurista.com/Documents/resolucion\\_3047\\_de\\_2008\\_ministerio\\_de\\_la\\_proteccion\\_social.aspx#/.](https://www.redjurista.com/Documents/resolucion_3047_de_2008_ministerio_de_la_proteccion_social.aspx#/)

Ministerio de Salud. (2016). Política de Atención integral en Salud " Hacia un nuevo modelo de atención integral en Salud". Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Pol%C3%ADtica%20de%20atenci%C3%B3n%20Integral%20en%20Salud>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (Septiembre de 2021). Ministerio de Salud.

Obtenido de [https:// www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx](https://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx)

Sistema de Seguridad Social en Salud. (2004). Régimen Contributivo. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO>.

