

**PROPUESTA DE MEJORAMIENTO DEL AREA DE AUDITORIA Y
MANTENIMIENTO DE CUENTAS MEDICAS DE LA EPS-S COMPARTA CON
BASE EN EL MODELO DE GESTION POR PROCESOS**

**DALGY YOMAR MENESES RUEDA
YUDY ELIMAR PEÑA CASTELLANOS**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD-ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2010**

**PROPUESTA DE MEJORAMIENTO DEL AREA DE AUDITORIA Y
MANTENIMIENTO DE CUENTAS MEDICAS DE LA EPS-S COMPARTA CON
BASE EN EL MODELO DE GESTION POR PROCESOS**

**DALGY YOMAR MENESES RUEDA
YUDY ELIMAR PEÑA CASTELLANOS**

**Monografía para optar al título de
Especialista en Administración de Servicios de Salud**

**Director:
Jorge Eliécer Figueroa Vargas
Ingeniero Industrial
Especialista en evaluación y gerencia de Proyectos**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD-ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2010**

DEDICATORIA

A Dios por iluminarme y hacer este sueño una realidad.

*A mis Hijos **Santiago y Jessica Alejandra** por ser la mayor fuente de motivación para crecer cada día.*

*A mis Padres **Myrian Rueda y Benjamín Meneses**, mis Hermanos **Ivan y Luis Felipe** quienes con su amor y apoyo incondicional han contribuido a lograr mis sueños*

Dalgy.

*A Dios, a mis padres **Mario Peña y Eloina castellanos**, mis hermanas **Lizbeth y Eliana**, al amor de mi vida y motor de la misma mi sobrina **Danna Sofia**, a mis **Amigos**, todos ellos por ser quienes han estado a mi lado en todo momento dándome las fuerzas necesarias para continuar luchando día tras día y seguir adelante rompiendo todas las barreras que se me presenten.*

Yudy.

AGRADECIMIENTOS

*Nuestro mayor agradecimiento al Director del proyecto **Jorge Eliécer Figueroa Vargas**, Ingeniero Industrial por su gran colaboración y apoyo que nos ayudó a lograr este nuevo objetivo, a la Magíster **Mary Lupe Angulo Silva**, Directora Escuela de salud Pública, a **Martha y Oscar**, al grupo de docentes que nos acompañaron durante formación como **Especialistas en Administración de servicios de Salud**.*

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. JUSTIFICACIÓN	15
2. OBJETIVOS	17
2.1. OBJETIVO GENERAL	17
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
2.3 ALCANCE	23
3. MARCO DE REFERENCIA	19
3.1. MARCO INSTITUCIONAL	19
3.1.1. Propósito	19
3.1.2. Misión	19
3.1.3. Visión	19
3.1.4. Modelo Organizacional E.P.S-S Comparta	19
3.1.4.1. Nivel Nacional	21
3.1.4.2. Nivel Regional	22
3.1.4.3. Nivel Departamental	23
3.2. MARCO TEÓRICO	24
3.2.1. Calidad según Edwards Deming	24
3.2.2. Mejoramiento continuo de la calidad	25
3.2.3. Ciclo de mejoramiento ó PHVA	25
3.2.4. Garantía de Calidad	27
3.2.5. Auditoria para el mejoramiento de la calidad	28
3.2.6. Proceso	30
3.2.6.1. Características o condiciones de los procesos	31
3.2.6.2. Condiciones de un proceso	31
3.2.6.3. Requisitos de un proceso	32
3.2.6.4 Gestión por procesos	33
3.2.6.5. Reingeniería	33

3.2.7. Auditoria Médica	35
3.3. MARCO CONCEPTUAL	36
3.4. MARCO LEGAL	39
4. METODOLOGÍA.	47
5. DIAGNÓSTICO	49
5.1. SITUACIÓN ACTUAL DE ÁREA DE MANTENIMIENTO DE CUENTAS MÉDICAS	49
5.2. DIAGNOSTICO GENERAL DEL ÁREA DE AUDITORIA Y CUENTAS MEDICAS	56
5.2.1. Fortalezas	56
5.2.2 Debilidades	56
5.2.3. Oportunidades	57
5.2.4. Amenazas	57
5.3. DIAGNOSTICO POR CADA SUBPROCESO	58
6. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO	62
6.1. BENCHMARKING	62
6.1.1. Saludcoop EPS:	63
6.1.2. Proceso De Cuentas Medicas U.T. Avanzar Medico Region 1	70
6.1.3. CAFESALUD	75
6.2. DEFINICIÓN DEL EEM (EQUIPO EJECUTIVO DE MEJORA)	84
6.3. ENCUESTAS PERCEPCIÓN DE FUNCIONARIOS	84
6.3.1. Perfil del Encuestado	85
7. PLANTEAMIENTO DE MEJORAS	86
8. CONCLUSIONES	111
9. RECOMENDACIONES	113
BIBLIOGRAFÍA	114
ANEXOS	

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Nivel Nacional	26
Figura 2. Nivel Regional	27
Figura 3. Nivel Departamento	28
Figura 4. Ciclo PHVA	31
Figura 5. Etapas de desarrollo del proyecto	52
Figura 6. Diagrama del proceso general de cuentas médicas	70
Figura 7. Diagrama de flujo radicación	72
Figura 8. Diagrama flujo cuentas médicas	73
Figura 9. Diagrama auditoria financiera	74
Figura 10. Diagrama auditoria médica	75
Figura 11. Diagrama de flujo revisión de cuentas medicas	79
Figura 12. Diagrama de flujo revisión de cuentas medicas	80
Figura 13. Radicación de cuentas medicas	81
Figura 14. Registro cuentas médicas	84
Figura 15. Registro de glosas	88

RESUMEN

TITULO: PROPUESTA DE MEJORAMIENTO DEL AREA DE AUDITORIA Y MANTENIMIENTO DE CUENTAS MEDICAS DE LA EPS-S COMPARTA CON BASE EN EL MODELO DE GESTION POR PROCESOS*

**AUTOR: DALGY YOMAR MENESES RUEDA
YUDY ELIMAR PEÑA CASTELLANOS****

PALABRAS CLAVES: Auditoría, Mejoramiento, Procesos, Modelo de Gestión

Para el diseño de la presente propuesta de mejoramiento del área de auditoría y mantenimiento de cuentas médicas de la EPS-S COMPARTA con base en el modelo de gestión por procesos se requirió de una metodología basada en la planificación de un conjunto de actividades y procedimientos desarrollando las etapas de diagnóstico, propuesta de mejoramiento, planteamiento de mejoras y otras acciones de mejoras para optimizar e impactar en los resultados de la organización.

Dentro del diagnóstico se identificaron aquellos procesos de mayor incidencia en los resultados del proceso y en el planteamiento de mejora se propone eliminar de la responsabilidad de Auditoría y mantenimiento de cuentas medicas los procesos de contabilización de los costos, conciliación de estados de cartera y la liquidación de los contratos y proponer la estandarización de los cuatro subprocesos propios de auditoría a través de manuales de procedimientos definiendo responsables, descripción de procedimientos por medio de flujogramas, actividades, requerimientos, documentos y registros.

El propósito del proyecto es brindar una opción a la EPS_S Comparta departamento de Santander una opción metodológica y sistemática de hacer los procesos y subprocesos de auditoría y mantenimiento de cuentas médicas más efectivos, con oportunidad y calidad mediante la consecución de una herramienta tecnológica integral para facilitar el trabajo y permitir que los recursos sean aplicados eficientemente, reducir costos de la no calidad, lograr el intercambiando de información y conocimiento dentro y fuera de la organización.

Los resultados de cada subproceso propuesto en el planteamiento de mejoras están orientados a garantizar beneficios para el cliente tanto interno como externo de la entidad, buscando, crear ventajas competitivas basadas en los avances tecnológicos y en un modelo de gestión por proceso ajustado al modelo de salud de la EPS_S Comparta.

* Trabajo de Grado

**Universidad Industrial de Santander. Departamento de Salud Pública Especialización en Administración de servicios de salud. Director. FIGUEROA VARGAS, Jorge Eliecer.

SUMMARY

TITLE: PROPOSAL FOR ENHANCING THE AREA OF AUDIT AND MAINTENANCE OF MEDICAL BILLS OF EPS-S SHARE IN MODEL-BASED PROCESS MANAGEMENT*

**AUTHOR: DALGY YOMAR MENESES RUEDA
YUDY ELIMAR PEÑA CASTELLANOS****

KEY WORDS: Audit, Improvement, Process, Management Model

For the design of this proposal to improve the area of auditing and maintenance of medical bills of the EPS-S SHARE based on process management model is required a planning methodology based on a set of activities and procedures developed the stages of diagnosis, proposed improvement, approach improvements and other improvements to enhance activities and impact on organizational performance.

Within the diagnosis is to identify those processes that most affect the outcome of the process and the improvement approach is proposed to remove the responsibility of auditing and maintenance processes medical bills cost accounting, reconciliation of statements and portfolio liquidation contracts and propose the standardization of the four threads themselves through audit procedures manuals define responsibilities, description of procedures by means of flow charts, activities, requirements, documents and records.

The purpose is to provide an option to the department of Santander Share EPS_S an option to methodological and systematic processes and threads audit of medical bills and maintenance more effective, with timeliness and quality through the achievement of a comprehensive technology tool to facilitate work and allow resources to be applied efficiently Recuded non-quality costs, ensure exchange of information and knowledge within and outside the organization.

The results of each thread in the approach proposed improvements are designed to ensure benefits for both internal and external customer of the entity, seeking to create competitive advantages based on technological advances and a process management model fitted the model of health Share the EPS_S.

* Grade Work

**Universidad Industrial de Santander. Departamento de Salud Pública Especialización en Administración de servicios de salud. Director. FIGUEROA VARGAS, Jorge Eliecer.

INTRODUCCIÓN

Anteriormente la capacidad de demostrar que se cumplía con las exigencias que se hacen a los mejores, en el campo de los servicios y especialmente en el sector de la salud se miraba con recelo puesto que no se tenía conciencia de lo importante que es el ser humano como doliente, como paciente , como usuario o como cliente, en fin como consumidor directo de los servicios que se ofrece en una entidad de estas, y en vista de los inconvenientes y de los reclamos por parte de la falta de calidad, el gobierno haciendo viables su facultades decidió aplicar de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud -SOGCS- de que trata el decreto 1011 del 3 de Abril del 2006.

Las organizaciones son tan eficaces y eficientes como lo son sus procesos, en respuesta la mayoría de entidades de salud han tomado conciencia y plantean cómo mejorar los procesos y evitar algunos males habituales como: poco enfoque al cliente, bajo rendimiento de los procesos, barrera entre departamentos o áreas, subprocesos inútiles debido a la falta de visión global del proceso, excesivas inspecciones, reprocesos, entre otras.

“La calidad se hace en el puesto de trabajo y los problemas surgen ahí”¹, si entramos a estudiar esta filosofía nos damos cuenta que en la gran mayoría de casos se olvida que aquel que mejor conoce su puesto de trabajo es el operario, por esto debemos conocer el puesto para poder cambiar la situación actual y mejorarlo sin grandes inversiones.

Por lo tanto es de vital importancia proveer directrices en busca de la excelencia para el Mejoramiento Continuo.

¹ filosofía Kaizen

Con este proyecto se pretende centrar el propósito a la realización de un trabajo que no solo aporte conocimiento sino que también genere posibilidades como futuros administradores de servicios de salud con la satisfacción de hacer las cosas con calidad para lograr impacto con todos aquellos que de una u otra forma puedan acceder a este.

1. JUSTIFICACIÓN

Los cambios económicos que se han presentado durante los últimos años a nivel mundial han afectado de manera directa todos los sectores productivos de bienes y servicios en el país. El establecimiento de los servicios de “libre mercado” y “libre competencia” como nuevos paradigmas, ha llevado a las empresas de salud a la búsqueda de nuevas herramientas gerenciales que les permita mejorar su eficacia y eficiencia y así asegurar su permanencia en el mercado.

En la aplicación de la ley 100 la prestación de los servicios de salud en el país se daba sin que hubiese mayores exigencias en cuanto a la calidad de los mismos; de igual modo, las demandas por responsabilidad civil eran muy escasas. Esto permitió que no se hicieran mayores requerimientos relacionados con la oportunidad, suficiencia, diligencia y resultados de la atención médica, o mejor del costo médico para las empresas de salud, es por ello que el Sistema General de Seguridad Social en salud de Colombia, considera como de máxima importancia la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la atención en Salud².

Se puede definir la calidad como un estado dinámico basado en la valoración de la estructura, el proceso y el resultado del ejercicio, a través de parámetros cuantitativos y cualitativos, para alcanzar un efecto deseado, tanto para el usuario como para el empresario, por lo tanto la auditoria complementa el proceso sistemático documentando y obteniendo evidencias que permitan determinar los fallos y los aciertos en el cumplimiento de los requisitos de calidad y a su vez se establezcan planes de mejoramiento.

² Decreto 1011 de 3 de abril de 2006

En cuanto al propósito del Sistema Nacional de Calidad, afirma que es un instrumento que contribuye a mejorar la competitividad de las empresas colombianas, ofrecer al consumidor garantías e información sobre los productos que adquiere, proteger la vida, la salud y el medio ambiente, y promover el mayor desarrollo de la ciencia y la tecnología.

En desarrollo del precepto constitucional establecido en los artículos 11 y 49 de la Carta Magna, se propone proteger la vida y garantizar la salud de la población, y en él los temas de competitividad entre proveedores se incorporan como incentivos para el mejoramiento de la calidad de la prestación del servicio, condición para garantizar la vida y la salud, es con este fin que la innovación, la reingeniería, el mejoramiento continuo, la planeación estratégica y cualquier acción que se emprenda para buscar la excelencia organizacional, se encuentran comprendidas en el concepto de perfeccionamiento; éste es el cambio que se introduce en una situación organizacional con la finalidad de aproximarla a unos criterios de excelencia previamente definidos.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar una propuesta de mejoramiento de los procesos del área de auditoría y mantenimiento de cuentas médicas de la EPS-S COMPARTA, con base en el modelo de gestión por procesos.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la situación actual identificando y priorizando aquellos procesos que tengan mayor incidencia en el resultado de la operación de auditoría y mantenimiento para implementar acciones de mejora.
- Elaborar un diagnóstico de los procesos del área identificando a todos sus involucrados.
- Proponer un nuevo esquema de procesos para el mejoramiento del área de auditoría y mantenimiento de cuentas médicas.
- Optimizar el proceso de auditoría de cuentas médicas.
- Proponer un modelo de autocontrol permanente, enmarcado en los criterios de calidad, buscando la reducción de tiempos y de costos de los procesos.
- Articular los procesos compartidos que permitan la adherencia del modelo en el área de auditoría de cuentas médicas.
- Elaborar manual de procedimientos del área de auditoría y mantenimiento de cuentas médicas.

2.3 ALCANCE

Con el desarrollo de este proyecto se propone a la EPS-S COMPARTA, una mejora al área de auditoria de Cuentas médicas del departamento de Santander, con base en el modelo de gestión por procesos.

3. MARCO DE REFERENCIA

3.1 MARCO INSTITUCIONAL

3.1.1 Propósito. Generar un contexto social participativo, solidario y cooperativo; citando a EPS-S. Comparta como una legítima expresión de comunidad en su deber de la racional y pertinente utilización social y económica de los recursos disponibles para el aseguramiento de la calidad de vida de la población vulnerable.

3.1.2 Misión. Lograr la función de accesibilidad a los servicios en armónica coordinación de competencias y referencia de provisión de oferta y gestión de demanda, controlada con racionalidad y eficiencia; garantizando aspectos como la calidad, el enfoque preventivo y el manejo de los riesgos.

3.1.3 Visión. Ser modelo de administración en seguridad social, basados en los principios básicos de la organización, como la solidaridad, la participación y la eficiencia, constitutivos de un contexto enfocado a la consolidación de un estado comunitario.

3.1.4 Modelo Organizacional E.P.S-S Comparta. El modelo organizacional corresponde al plan estratégico de adoptar mecanismos eficientes para alcanzar los objetivos específicos de idoneidad operativa y capacidad de desarrollar su objetivo social y contractual con referentes de garantía de la calidad en los diferentes niveles de relación y áreas de operación.

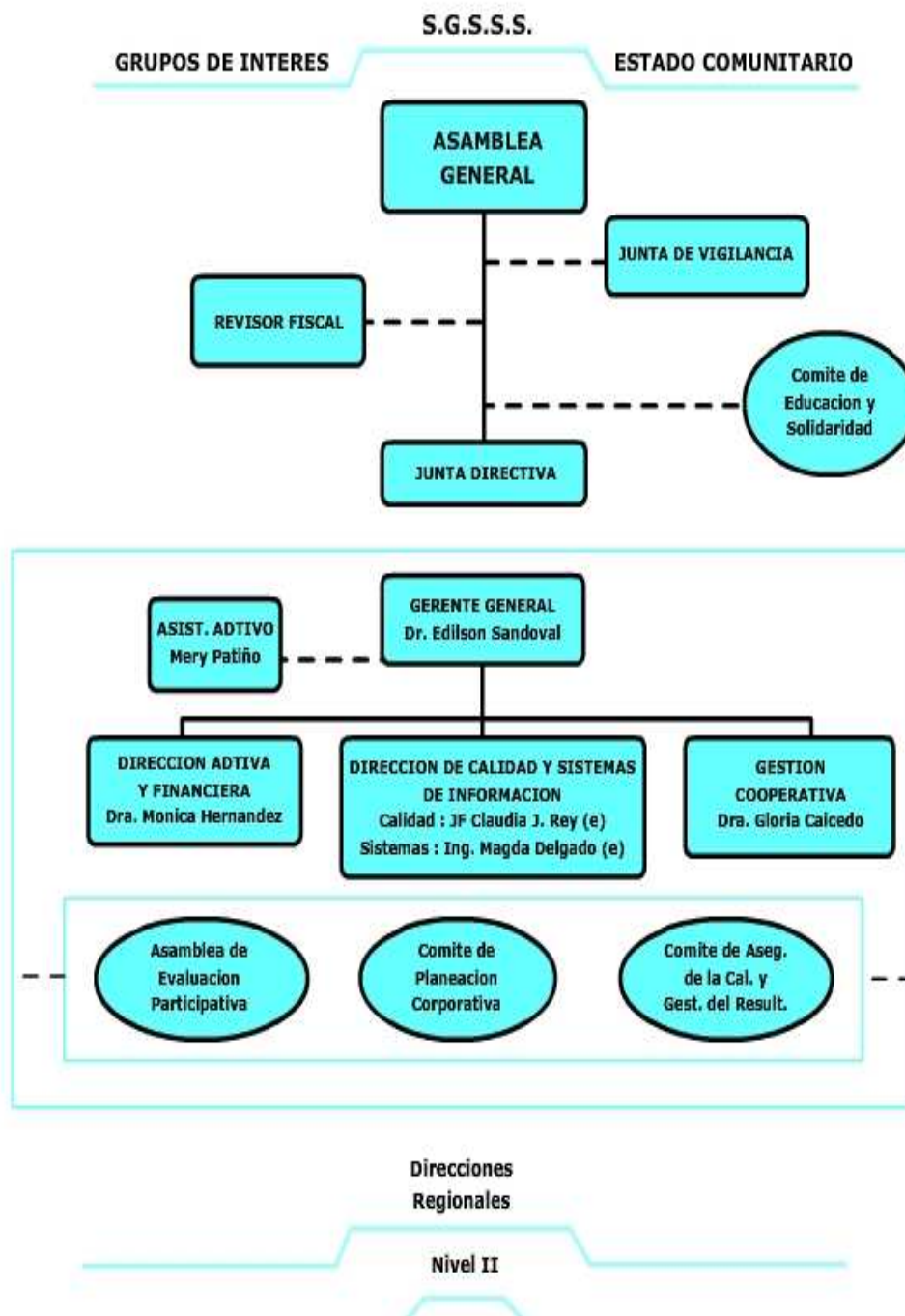
El **primer nivel** operativo es el **Nacional**, su responsabilidad se asume con el apoyo Técnico – Administrativo de la organización corporativa. En esta instancia se interpreta la vocación cooperativa y su direccionamiento social, como fuente para la rectoría y contraloría del ejercicio operacional de la empresa.

El segundo nivel, toca con la **estructura Regional**, y corresponde a esta, la dirección operativa general de las obligaciones contractuales, con responsabilidad legal delegada para los efectos de su competencia en la gerencia regional; las dos áreas funcionales: Administración Financiera y Área Técnico–Científica tienen en este nivel la expresión máxima de responsabilidad, cada una con soporte en coordinaciones estratégicas en los diversos vectores de la operación; así, el área administración financiera se soporta en la coordinación Administrativa, la Financiera y el área Técnico – Científica se soporta en la coordinación y gestión de Aseguramiento y sistemas de Información; gestores en salud; PyP y programas especiales, SIAU y Servicios

En el **nivel tres** de operación-**Nivel Departamental**, las relaciones externas mas importantes en la línea de la administración del aseguramiento en salud; por eso, y en esa razón se fundamenta la política de descentralización colocando capacidad de resolución y relación en las gerencias y equipos departamentales.

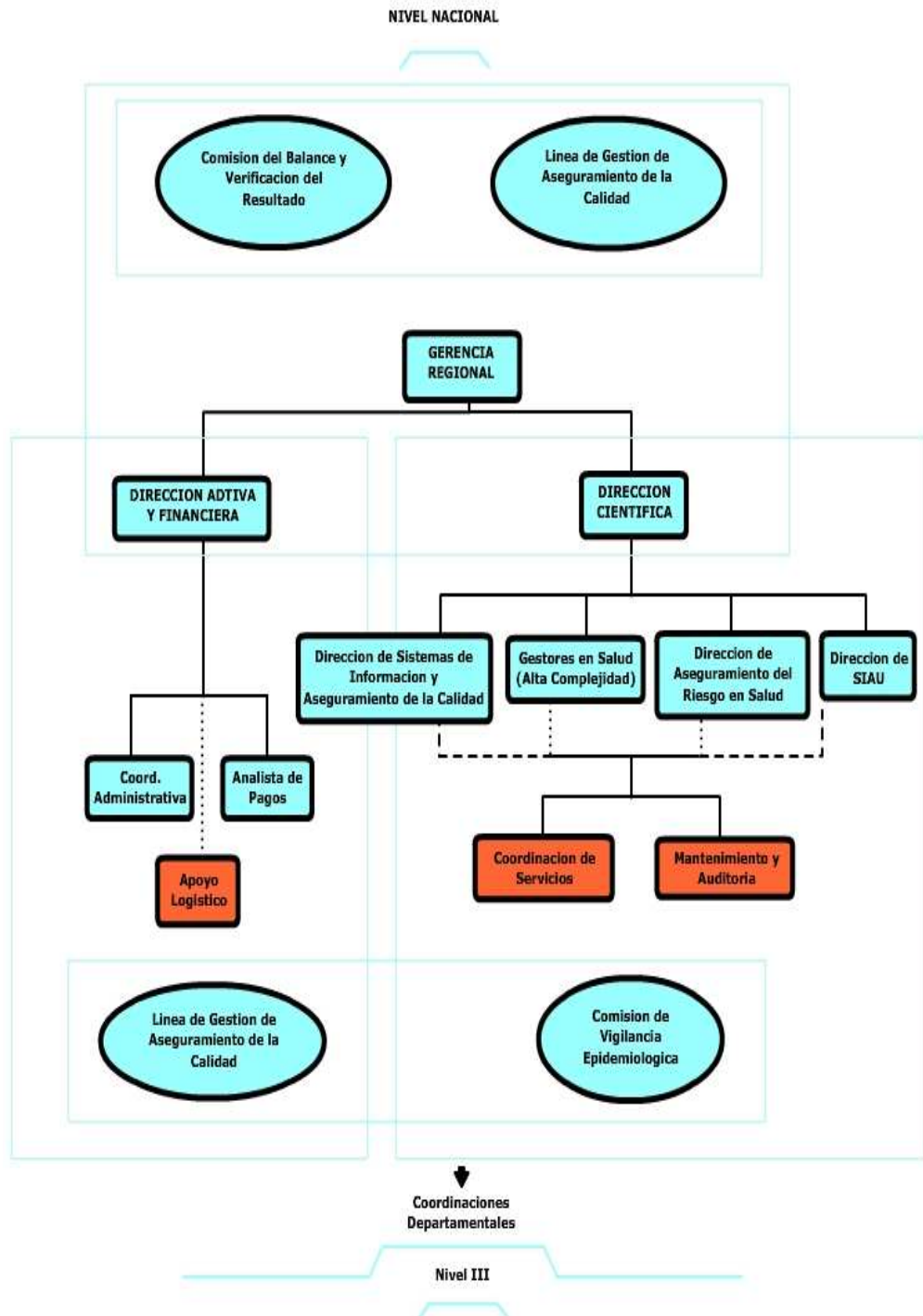
3.1.4.1. Nivel Nacional

Figura 1. Nivel Nacional



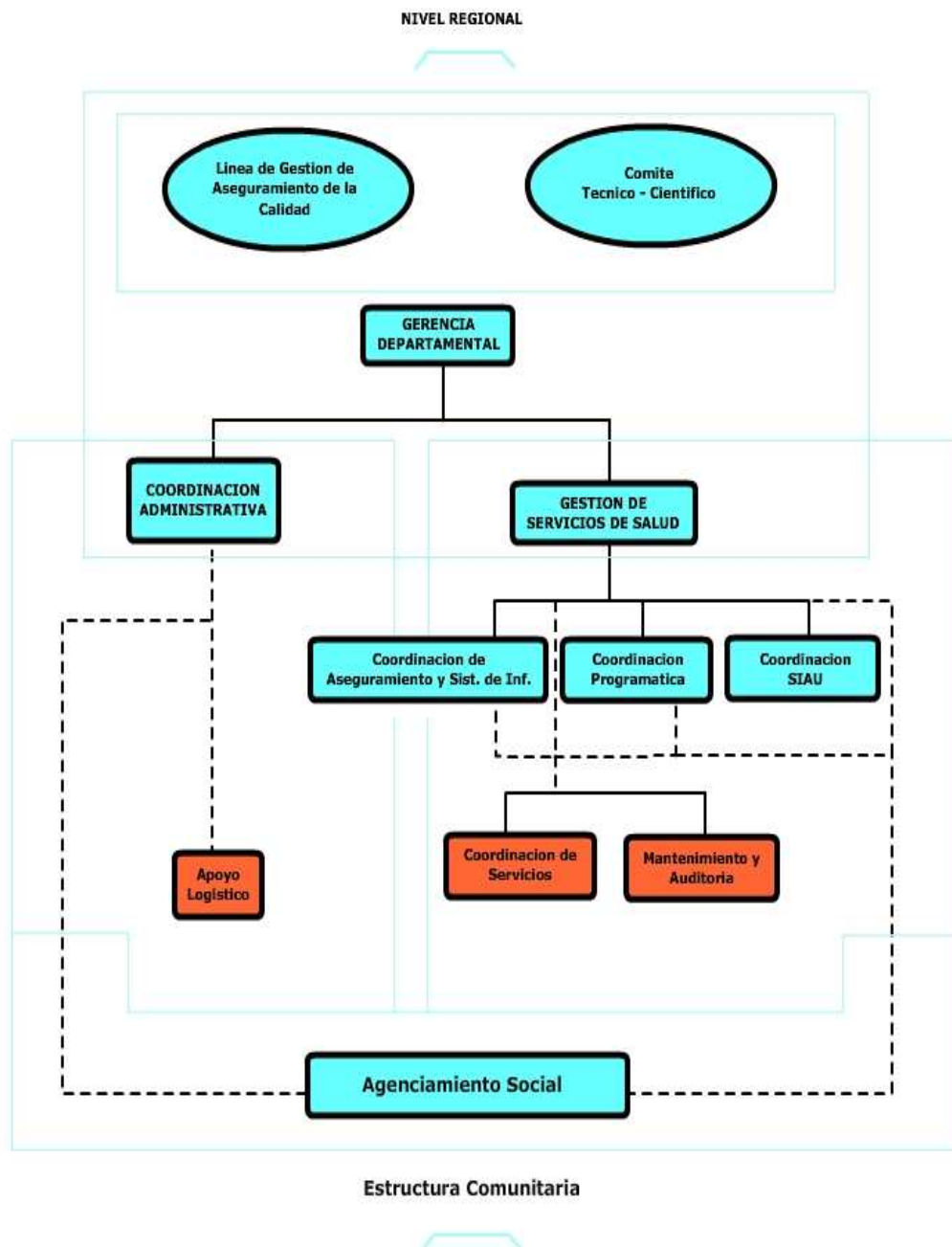
3.1.4.2. Nivel Regional

Figura 2. Nivel Regional



3.1.4.3. Nivel Departamental

Figura 3. Nivel Departamento



3.2. MARCO TEÓRICO

La Auditoria se define como un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud entendida como: el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinen como básicos en el sistema único de habilitación.

El contexto en el cual se desarrolla la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud está caracterizado por los siguientes elementos conceptuales:

3.2.1. Calidad según Edwards Deming. Deming mejoro el círculo de calidad propuesto por Shewhart, el cual consiste en localizar el problema y atacarlo de raíz, a través de 4 etapas las cuales son “Planear, Hacer, Verificar y Actuar”.

El Círculo de Calidad se transforma en un proceso de mejora continua, ya que se analiza cada parte del proceso para ver cual es la problemática y esto ayuda a conocerlo mejor y evitar futuros errores, y una vez que se logren los objetivos del primer esfuerzo hay que seguirlo estableciendo, y no dejar de seguir el proceso.

DEMING apporto una serie de puntos los cuales debemos adoptarlos como una filosofía de vida para una empresa ya sea pequeña, mediana o grande o simplemente desarrollarlos en la vida diaria y así lograr una mejor calidad de vida.

Aquí están los 14 puntos que DEMING ofrece

- Crear constancia de propósito.
- Adoptar la nueva filosofía.
- Terminar con la dependencia de la inspección.
- Terminar con la práctica de decidir negocios con base en los precios.
- Mejorar el sistema de producción y de servicios.
- Entrenamiento del trabajo.

- Adoptar e instituir el liderazgo.
- Eliminar temores.
- Romper las barreras entre los departamentos.
- Eliminar slogan.
- Eliminar estándares.
- Eliminar barreras que impidan alcanzar el orgullo al trabajador.
- Instituir un activo programa de educación.
- Implicar a todo el personal en la transformación.

3.2.2 Mejoramiento continuo de la calidad. El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC), comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la Evaluación de la Calidad, o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la Inspección.

El MCC debe ser visto como un proceso de Autocontrol, que involucra al cliente y sus necesidades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.

El MCC hace esfuerzos para trabajar en las personas, en su estado de ánimo, en la comunicación, en el entrenamiento, el trabajo en equipo, el compromiso y la disciplina. Es un enfoque de sentido común que fomenta el pensamiento orientado a procesos, ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados. El hecho de no lograr los resultados indica que hay una falla en el proceso. Es responsabilidad de la gerencia identificar y corregir los errores debidos al proceso.

3.2.3 Ciclo de mejoramiento ó PAVA. Un enfoque que está en el centro del Mejoramiento Continuo, es el ciclo de mejoramiento ó PHVA. En este método

gerencial básico se fundamenta el modelo de auditoria para el mejoramiento de la calidad de atención en salud.

“Debemos recordar que el PHVA fue diseñado por el Dr. Walter Shewhart allá por 1920, pero su gran difusión y uso se le atribuye el Dr. William E. Deming para el mejoramiento de la calidad del Japón a partir de los años 50”.³ El uso del modelo PHVA, permite demostrar como mediante la utilización de una serie de herramientas la empresa puede empezar a ver resultados concretos de su sistema de calidad. En el ciclo propuesto abarca desde la detección de necesidades del cliente, el traslado a requerimientos del proceso y análisis del modo de falla, hasta la determinación de la buena capacidad de los procesos y su control, se integra con los procesos de la verificación y la actuación que se produce con la institucionalización de las mejoras, lo que se conoce como documentación del Sistema.

El modelo está basado en la metodología conocida como "Planificar-Hacer-Verificar-Actuar" (PHVA). PHVA puede describirse brevemente como: En forma gráfica el ciclo se presenta en la Figura 4

Figura 4. Ciclo PHVA



³ www.educ-virtual.com

Planear (P): Esta fase está compuesta de dos etapas. La primera tiene por objeto identificar metas (qué). La segunda tiene que ver con la definición de los medios (cómo), es decir, las maneras de alcanzar las metas.

Hacer (H): Esta es la fase de ejecución de los medios establecidos en la fase inicial; a su vez, tiene dos etapas: la primera se orienta a la formación de las personas en la formas o “comos” establecidos para cumplir la meta; la segunda se presenta formalmente como la ejecución de los planeado, pero tiene que ver, adicionalmente, con la recolección de los datos.

Verificar (V): Esta es la fase de verificación de los resultados. Aquí, sobre la base de los indicadores que se han construido, se valida la ejecución de la etapa anterior gracias a los hechos y datos recogidos.

Actuar (A): En esta cuarta fase es preciso actuar en relación con todo el proceso. Existen básicamente dos posibilidades; en el caso que la meta haya sido conseguida, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso. La otra opción es que no se haya cumplido con la meta, en cuyo caso resulta necesario corregir y ajustar el proceso, para volver a girar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada.

3.2.4 Garantía de Calidad. Se entiende por Garantía de Calidad el conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente realizan los individuos, las organizaciones y la sociedad, para generar, mantener o mejorar la calidad de un producto o de un servicio, la definición de calidad en salud más aceptada en la actualidad, y que ha sido incorporada en la normatividad vigente en Colombia, es la del doctor Avedís Donabedian, quien la define como: lograr los mayores

beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados ciertos recursos,⁴ .

En tal sentido, resulta claro que el proceso de garantía de calidad implica un conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente, situaciones que puedan afectar negativamente la obtención de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos. Estas acciones se relacionan con el diseño mismo del sistema de salud, con la gestión que se lleve a cabo para que este diseño cumpla sus objetivos, con la información que se obtenga para evaluar su desempeño y con las acciones que se emprendan para corregir sus deficiencias.

3.2.5 Auditoria para el mejoramiento de la calidad. La auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud debe constituir una de las herramientas clave para proteger la seguridad del paciente: elegir prioritariamente fuentes de trabajo que impacten en ella, desplegar metodologías que favorezcan el análisis causal y el análisis de las fallas para desatar acciones de mejoramiento efectivas y eficientes.

Igualmente durante el despliegue de las acciones de la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención debe facilitar la creación de una cultura organizacional autocrítica y proactiva ante los errores y que sea solidaria con los pacientes y sus familias.

En cada una de las organizaciones que hacen parte del campo de aplicación del modelo, la auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud opera en tres niveles:

⁴ Donabedian Avedis. Garantía de Calidad

El nivel óptimo en el que actúa la auditoría es el **AUTOCONTROL**, en el cual cada miembro de la organización planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

El segundo nivel es la **AUDITORÍA INTERNA**, es una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura de autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

El tercer nivel, la **AUDITORÍA EXTERNA**, es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden.

En cada una de las organizaciones que hacen parte del campo de aplicación, y para cada uno de los niveles que operan en el modelo, se lleva a cabo tres tipos de acciones de auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud:

- **ACCIONES PREVENTIVAS:** Conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad técnica e interpersonal de la misma.
- **ACCIONES DE SEGUIMIENTO:** Conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización, durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como

prioritarios para garantizar la calidad técnica e interpersonal de la atención en salud.

- **ACCIONES COYUNTURALES:** Conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoria que deben realizar las personas y la organización, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia.

3.2.6 Proceso. Conjunto de recursos y actividades interrelacionados que transforman elementos de entrada en elementos de salida. Los recursos pueden incluir personal, finanzas, instalaciones, equipos, técnicas y métodos.

Hay tres elementos importantes en un proceso:

- Valor agregado: Aquellas que transforman los datos e insumos para crear información y productos o servicios para el cliente.
- Traspaso (flujo): Aquellas en las que se entrega de manera interdepartamental o externa la información y productos.
- Control: Aquellas que permiten que las actividades de traspaso se lleven a cabo de acuerdo a especificaciones previas de calidad, tiempo y costo establecido.

Métodos para la identificación de procesos

Básicamente se puede asegurar que existen muchos métodos para la identificación de los procesos. Pero los dos siguientes métodos ofrecen de manera resumida una visión global de los métodos que nos podemos encontrar.

- **Método "estructurado"**: En este apartado se engloban todos aquellos sistemas básicamente complejos que sirven para la identificación de los procesos de gestión. Estamos hablando de los sistemas informatizados,
- **Método "creativo"**: En este apartado se engloban todos aquellos métodos que las empresas están ideando e implantado de forma interna. Normalmente motivadas por las nefastas experiencias y/o por la ineficiencia del método anterior

3.2.6.1 Características o condiciones de los procesos

- Se pueden describir las ENTRADAS y las SALIDAS
- El Proceso cruza uno o varios límites organizativos funcionales.
- Una de las características significativas de los procesos es que son capaces de cruzar verticalmente y horizontalmente la organización.
- Se requiere hablar de metas y fines en vez de acciones y medios. Un proceso responde a la pregunta "QUE", no al "COMO".
- El proceso tiene que ser fácilmente comprendido por cualquier persona de la organización.
- El nombre asignado a cada proceso debe ser sugerente de los conceptos y actividades incluidos en el mismo.

3.2.6.2 Condiciones de un proceso

- Se pueden describir las ENTRADAS y las SALIDAS
- El Proceso cruza uno o varios límites organizativos funcionales.
- Una de las características significativas de los procesos es que son capaces de cruzar verticalmente y horizontalmente la organización.
- Se requiere hablar de metas y fines en vez de acciones y medios. Un proceso responde a la pregunta "QUE", no al "COMO".
- El proceso tiene que ser fácilmente comprendido por cualquier persona de la organización.

- El nombre asignado a cada proceso debe ser sugerente de los conceptos y actividades incluidos en el mismo.

3.2.6.3 Requisitos de un proceso

- Todos los procesos tienen que tener un Responsable designado que asegure su cumplimiento y eficacia continuados.
- Todos los procesos claves y relevantes tienen que ser capaces de satisfacer los ciclos P, D, C, A: Planificar, implantar, revisar y mejorar
- Todos los procesos tienen que tener indicadores que permitan visualizar de forma gráfica la evolución de los mismos. Tienen que ser planificados en la fase P, tienen que asegurarse su cumplimiento en la fase D, tienen que servir para realizar el seguimiento en la fase C y tiene que utilizarse en la fase A para ajustar y/o establecer objetivos.
- Todos los procesos tienen que ser auditados para verificar el grado de cumplimiento y eficacia de los mismos. Para esto es necesario documentarlos mediante procedimientos.
- Es recomendable planificar y realizar periódicamente (Aproximadamente 3 años) una reingeniería de los procesos de gestión clave y relevante para alcanzar mejoras espectaculares en determinados parámetros como costes, calidad, servicio y rapidez de respuesta.

Una vez elegido el proceso, hay que conseguir que éste de respuesta a los objetivos estratégicos. Para esto habrá que completar las siguientes etapas si se quiere abordar el diseño o rediseño del proceso con ciertas garantías de éxito.

- Constitución del Equipo de trabajo
- Delimitar el proceso y subprocesos
- Establecer los objetivos básicos del proceso.
- Identificar y resolver los problemas
- Establecer indicadores

- Implantar el proceso

Las organizaciones, de cualquier tipo o sector empresarial, tamaño, estructura o madurez en calidad, necesitan, para tener éxito, establecer un sistema de gestión apropiado. Los modelos de excelencia creados en las diferentes latitudes son instrumentos prácticos que ayudan a las organizaciones a establecerlos, midiendo en que punto se encuentran dentro del camino hacia la excelencia.

3.2.6.4 Gestión por procesos. Esta es la forma de gestionar toda la organización basándose en los Procesos. En tendiendo estos como una secuencia de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre una ENTRADA para conseguir un resultado, y una SALIDA que a su vez satisfaga los requerimientos del Cliente; vamos hacia una sociedad donde el conocimiento va a jugar un papel de competitividad de primer orden y donde desarrollar la destreza del "aprender a aprender" y la Administración del conocimiento, a través de la formación y sobre todo de las experiencias vividas, es una de las variables del éxito empresarial. Es por esto que se escucha mucho acerca del tema de La Administración del conocimiento se define como un conjunto de procesos por los cuales una empresa u organización recoge, analiza y comparte su conocimiento entre todos sus miembros con el objetivo de movilizar los recursos intelectuales del colectivo en beneficio de la organización, del individuo y de la Sociedad.

3.2.6.5 Reingeniería. En realidad, las perspectivas de la reingeniería pueden ser muy atractivas para la gente de los negocios, pues le permitirá aplicar a plenitud todos sus conocimientos en sus empresas, con el propósito de hacerlos más efectivos con: mayor rapidez, mayor cantidad, mayor calidad, menores costos, mayores ganancias. Como toda actividad novedosa ha recibido diversidad de nombres, entre ellos, modernización, transformación y reestructuración. Sin embargo, independientemente del nombre, la meta es aumentar la capacidad para competir en el mercado mediante la reducción de costos. Este objetivo es

constante y se aplica por igual a la producción de bienes o la prestación de servicios.

Hammer y Champy definen a la reingeniería de procesos como “la reconcepción fundamental y el rediseño radical de los procesos de negocios para lograr mejoras dramáticas en medidas de desempeño tales como en costos, calidad, servicio y rapidez”

La reingeniería de procesos es radical hasta cierto punto, ya que busca llegar a la raíz de las cosas, no se trata solamente de mejorar los procesos, sino y principalmente, busca reinventarlos, con el fin de crear ventajas competitivas osadas, con base en los avances tecnológicos.

Los procesos deben ser sencillos. La necesidad de sencillez produce consecuencias enormes en cuanto a la manera de diseñar los procesos y de darles forma a las organizaciones. Varios oficios se combinan en uno. La característica más común y básica de los procesos rediseñados es que desaparece el trabajo en serie. Es decir, muchos oficios o tareas que antes eran distintos se integran comprimen en uno solo. En tales casos, la compañía necesita diversas personas, cada una de las cuales maneja una parte del proceso. En otros casos, puede no resultar práctico enseñarle a una sola persona todas las destrezas que necesitaría para ejecutar la totalidad del proceso. Los beneficios de los procesos Integrados, de los trabajadores de caso y de los equipos de caso son enormes. Los procesos integrados han reducido también costos de administración indirectos Como los empleados encargados del proceso asumen la responsabilidad de ver que los requisitos del cliente se satisfagan a tiempo y sin defectos.

Las etapas de la reingeniería pueden ser las siguientes:

- Identificación de los procesos estratégicos y operativos existentes o necesarios, y creación de un mapa (un modelo) de dichos procesos.
- Jerarquización del mapa de procesos para su rediseño, y determinación de los procesos clave, aquellos que se abordarán primero o con mayor interés.
- Desarrollo de la visión de los nuevos procesos mejorados.
- Reingeniería (creación y rediseño) de procesos, realizados por consultores externos, especialistas internos, o una mezcla de ambos.
- Preparación y prueba de los nuevos procesos (procesos pilotos).
- Procesos posteriores de mejora continúa.

3.2.7 Auditoria Médica. Los nuevos modelos de atención gerencial en salud han impulsado una nueva especialidad –si es que así podemos llamarla- denominada auditoria médica. El concepto proviene de la necesidad de que toda actividad económica empresarial –o incluso sin ánimo de lucro- debe ser sometida a una revisoría en cuanto al cumplimiento de los manuales de procedimiento, de las normas fiscales, tributarias y en fin, de todas las actividades que lleven a un óptimo funcionamiento de la entidad.

La auditoria médica se define como una evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes, mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas y las estadísticas hospitalarias. Su propósito fundamental es procurar que el usuario reciba la mejor atención médica posible y su objetivo específico es elevar su calidad de su estado de salud posible.

La auditoria de la atención de salud, al trabajar sobre la base de registros de lo efectuado, además de evaluar la calidad de estos, valora también la calidad de la atención misma, demostrando que hay una relación directa entre la calidad de los registros y la de la atención prestada.

La auditoria medica y/o sistema de evaluación médica debe cumplir con los siguientes objetivos:

-Conocer la calidad de los servicios y valorar los factores que inciden sobre la buena marcha de los mismos. Contemplando que hay varias clases de auditorias por lo tanto puede existir una auditoría interna que es realizada por la propia institución, ejecutada por personas que poseen una responsabilidad directa sobre los servicios que van a ser auditados y una auditoría externa que es la responsabilidad de una organización independiente de la que está siendo auditada. La ventaja consiste en su carácter independiente, asociada a la experiencia de los auditores; esta auditoría puede ser de calificación, recalificación, de mantenimiento o periódica de seguimiento.

-Analizar el trabajo médico en sus diferentes áreas, con el propósito de conseguir el más alto nivel de eficiencia en la atención prestada.

-Propender por la creación de estímulos y facilitar la información para la asignación de los mismos.

-Coordinar los aspectos referentes a la investigación, con el objeto de lograr una proyección médica más amplia.

-Establecer los criterios para programar la capacitación científica.

-Estimular el conocimiento y buenas relaciones entre los profesionales de la salud.

-Dar cumplimiento a las disposiciones legales.

3.3 MARCO CONCEPTUAL

- **ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD:** Todas las actividades planificadas y sistemáticas que se implementan dentro del sistema de calidad y demostradas como necesarias para proveer un nivel de confianza adecuado para que una entidad llene los requerimientos de calidad.

- **AUDITORIA DE CALIDAD:** Examen sistemático e independiente para determinar si las actividades de calidad y los resultados relacionados cumplen con los acuerdos planeados y si estos acuerdos se implementan efectivamente y se corresponden con el logro de los objetivos.
- **AUTORIDAD:** Derecho a dar órdenes y el poder de esperar obediencia.
- **AUTORIDAD FUNCIONAL:** Derecho que se delega en una persona para controlar procesos, prácticas, políticas, objetivos u otros asuntos específicos, relacionados con actividades que lleva a cabo el personal a su cargo.
- **AUTORIDAD ORGANIZACIONAL:** Grado de libertad de acción en los cargos organizacionales que le confiere a las personas que los ocupan el derecho de usar su criterio al tomar decisiones.
- **CLIMA ORGANIZACIONAL:** Características que distinguen una organización de otras y que influyen en el comportamiento del personal de la misma.
- **CALIDAD:** Total de las características de una entidad que le confieren aptitud para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. Las necesidades comúnmente se traducen en características con criterios específicos.
- **CICLO DE CALIDAD:** Modelo conceptual de actividades interactuantes que influyen sobre la calidad en distintos estados, que van desde la identificación de necesidades a la valoración de si las necesidades fueron satisfechas.
- **CULTURA ORGANIZACIONAL:** Patrón general de conducta, creencias y valores compartidos por los miembros de una organización.
- **DELEGACIÓN DE AUTORIDAD:** Autoridad otorgada para cumplir las atribuciones y responsabilidades para el logro de los objetivos propuestos.
- **EFICACIA:** Consecución de objetivos; logro de los efectos deseados.
- **EFICIENCIA:** Logro de los fines con la menor cantidad de recursos; el logro de objetivos al menor costo u otras consecuencias no deseadas.
- **ESTRATEGIA:** Acciones planteadas por una organización en respuesta de o como anticipación a los cambios en su ambiente. También es el modo de

obtener una mejor posición respecto de la competencia. Determinación del propósito u objetivo de una empresa y la asignación de recursos para lograrlo.

- **PROCESOS:** Conjunto de actividades y recursos interrelacionados que transforma entradas en salidas. Los recursos incluyen al personal, finanzas, medios, equipos, técnicas y métodos.
- **REQUERIMIENTOS DE CALIDAD:** Expresión de las necesidades o su traducción en un conjunto de requerimientos cuantitativos o cualitativos explícitos para las características de una entidad que permiten su realización y examen. Es crucial que los requerimientos de calidad reflejen completamente las necesidades explícitas o implícitas del cliente.
- **SISTEMA:** Conjunto de elementos dinámicamente relacionados formando una actividad para alcanzar un objetivo, operando sobre datos para proveer información.
- **PROCESO RELEVANTE:** es una secuencia de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada, para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los objetivos, las estrategias de una organización y los requerimientos del cliente. Una de las características principales que normalmente intervienen en los procesos relevantes es que estos son interfuncionales, siendo capaces de cruzar verticalmente y horizontalmente la organización.
- **PROCESO CLAVE:** Son aquellos procesos extraídos de los procesos relevantes que inciden de manera significativa en los objetivos estratégicos y son críticos para el éxito del negocio.
- **SUBPROCESOS:** son partes bien definidas en un proceso. Su identificación puede resultar útil para aislar los problemas que pueden presentarse y posibilitar diferentes tratamientos dentro de un mismo proceso.
- **SISTEMA:** Estructura organizativa, procedimientos, procesos y recursos necesarios para implantar una gestión determinada, como por ejemplo la gestión de la calidad, la gestión del medio ambiente o la gestión de la prevención de riesgos laborales. Normalmente están basados en una norma de

reconocimiento internacional que tiene como finalidad servir de herramienta de gestión en el aseguramiento de los procesos.

- **PROCEDIMIENTO:** forma específica de llevar a cabo una actividad. En muchos casos los procedimientos se expresan en documentos que contienen el objeto y el campo de aplicación de una actividad; que debe hacerse y quien debe hacerlo; cuando, donde y como se debe llevar a cabo; que materiales, equipos y documentos deben utilizarse; y como debe controlarse y registrarse.
- **ACTIVIDAD:** es la suma de tareas, normalmente se agrupan en un procedimiento para facilitar su gestión. La secuencia ordenada de actividades da como resultado un subproceso o un proceso. Normalmente se desarrolla en un departamento o función.
- **PROYECTO:** suele ser una serie de actividades encaminadas a la consecución de un objetivo, con un principio y final claramente definidos. La diferencia fundamental con los procesos y procedimientos estriba en la no repetitividad de los proyectos.
- **INDICADOR:** es un dato o conjunto de datos que ayudan a medir objetivamente la evolución de un proceso o de una actividad.

3.4 MARCO LEGAL

A continuación se anuncia el marco legal de COMPARTA, la Constitución Política ha establecido el acceso a los servicios de salud como un derecho de todos los habitantes del territorio nacional y al mismo tiempo determinó como un deber de los ciudadanos el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

El Estado colombiano garantiza el derecho a la salud de sus habitantes mediante la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. A través de dicho sistema, se accede a la prestación de los servicios de salud mediante un esquema de aseguramiento.

El Sistema de Seguridad Social en salud está organizado por **Las Entidades Promotoras de Salud**, Son entidades responsables de la afiliación, registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones. Su función básica es la de organizar y garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a sus afiliados.

El objetivo del gobierno es lograr el aseguramiento de la totalidad de los colombianos, bien sea mediante la afiliación al Régimen Contributivo o al Régimen Subsidiado. En el Régimen Subsidiado de Salud, definido en la Ley 100 de 1993 como “el conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y de su núcleo familiar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad”.

Se pueden afiliar al régimen subsidiado todas las personas que por su condición socioeconómica no tengan recursos suficientes para cotizar al Régimen Contributivo de salud, y por lo tanto reciben del Estado un subsidio total o parcial mediante el cual se paga su afiliación al Régimen Subsidiado. Se les da prioridad las poblaciones más pobres de acuerdo con su nivel, su puntaje y la antigüedad de la encuesta del SISBEN.

Dentro de las normas generales que regulan el sistema general de Seguridad Social en salud, se puede mencionar:

Ley 10 de 1990

Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 100 de 1993

Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Ley 1122 del 9 enero de 2007

Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Resolución N° 5261 de 1994

Por el cual se establece el Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (MAPIPOS)

Circular Externa N° 018 de 2004

Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB 2005 - 2007 y de los recursos asignados para la salud pública.

A continuación se presenta una relación de la reglamentación relacionada con el Plan Obligatorio de Salud o los servicios de salud que las EPS deben garantizar a los afiliados al RÉGIMEN SUBSIDIADO:

Acuerdo 306 de 2005 Establece primordialmente los casos, eventos y servicios para definir cobertura del POS-S incluyendo esquema de subsidios parciales

Resolución 5261 de 1994 "Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud" se aplica supeditado a lo definido en el Acuerdo 306 de 2005

Resolución 2816 de 1998 Atención de Urgencias- Modifica Art. 10 de la Res. 5261 de 1994.

Con relación al servicio de medicamentos y otras atenciones estan:

Acuerdo 226 de 2002 Servicios de Radioterapia con Acelerador lineal

Acuerdo 228 de 2002	Medicamentos
Acuerdo 236 de 2002	Medicamentos
Acuerdo 263 de 2004	Medicamentos
Acuerdo 282 de 2004	Medicamentos
Acuerdo 336 de 2006	Medicamentos, formula láctea, microalbuminuria en el POSS y Genotipificación de VIH.
Acuerdo 368 de 2007	Se incluye medicamento Lopinavir+ Ritonavir en tabletas
Acuerdo 380 de 2007	Incluye anticonceptivos y condón
Acuerdo 289 de 2005	Aclara cobertura de procedimientos de cirugía plástica
Acuerdo 302 de 2005	Mallas para hernioplastia
Acuerdo 313 de 2005	Colecistectomía laparoscópica
Acuerdo 350 de 2006	Aspiración al vacío para Interrupción Voluntaria del Embarazo-IVE
Acuerdo 356 de 2007	Vasectomía
Acuerdo 395 de 2008	Atención ambulatoria especializada para Diabetes Mellitus tipo 2

Resolución 412 del 25 de febrero de 2000: Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Resolución 3384 de 2000: Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000

Resolución 4905 de 2006 Norma técnica para IVE

Resolución 3442 de 2006 Guías para atención de ERC y VIH-Sida

Resolución 2933 de 2006 Suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y recobro de la EPS al Fosyga

Resolución 7693 de 2008 Norma técnica sobre Planificación familiar

Resolución 4003 de 2008 Anexo técnico para cumplimiento del Acuerdo 395

Decreto 806 de 1998 Precisa tema de atención no POS-S (Art. 30 y 31)

Decreto 783 de 2000 Define Atención Inicial de Urgencias

Circular Externa 010 de 2006 (Marzo 22) Instrucciones sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando está en peligro la vida de los pacientes. Atención Inicial de Urgencias

Circular Externa No 63 de 2007 Cobertura de servicios de salud y la obligatoriedad para la realización de las pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH

Acuerdo 260 de 2004 Define las bases para cobros de cuotas moderadoras y copagos

Acuerdo 365 de 2007 Se establecen excepciones de copagos a grupos poblacionales específicos

Los afiliado al Régimen Subsidiado, tienen derecho a recibir los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud definidos mediante el Acuerdo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Acuerdo 306 del 16 de agosto de 2005 en donde se contempla el siguiente Plan de Salud Obligatorio para el régimen subsidiado:

Acciones para Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

Acciones para la recuperación de la Salud. Incluye las actividades, procedimientos e intervenciones según los siguientes niveles de cobertura y grados de complejidad, y teniendo en cuenta las definiciones y responsabilidades establecidas en los artículos 91 al 95 de la Resolución 5261 de 1994.

a) Cobertura de servicios de primer nivel de complejidad: Todos los eventos y problemas de salud susceptibles de ser atendidos en el primer nivel de atención por médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados, en forma ambulatoria, o con hospitalización según

lo definido para ese nivel en los artículos 20, 21, 96 al 100 y del 103 al 104 de la Resolución 5261 de 1994.

b) Cobertura de servicios de segundo y tercer nivel de complejidad. El POS-S cubre:

- ❖ Atención del proceso de gestación, parto y puerperio.
- ❖ Atención del menor de un año de edad.
- ❖ La consulta de oftalmología y optometría para los menores de 20 años y mayores de 60 años.
- ❖ Atención de los casos con diagnóstico de estrabismo en menores de cinco años,
- ❖ Atención de los casos con diagnóstico de cataratas de cualquier etiología en cualquier grupo de edad,
 - Suministro del Lente Intraocular y su implantación.
 - Atención de las complicaciones inherentes a las cataratas y a su tratamiento.
- ❖ Atención de los casos de Ortopedia y Traumatología.
- ❖ Atención de los siguientes procedimientos quirúrgicos:
Apendicetomía, Histerectomía, Colectomía, Herniorrafia inguinal, Herniorrafia crural y Herniorrafia umbilical, así como la esterilización quirúrgica femenina según las normas técnicas vigentes.
- ❖ Atención para rehabilitación funcional.

c) Atenciones de Alto Costo:

- ❖ Casos de pacientes con diagnóstico de enfermedades cardíacas,
- ❖ Casos de pacientes que requieran atención quirúrgica para afecciones del Sistema Nervioso Central de cualquier etiología
- ❖ Casos de pacientes en cualquier edad con diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda o Crónica,

- ❖ Casos de paciente clasificado como Gran Quemado,
- ❖ Casos de infección por VIH.
- ❖ Casos de pacientes con Cáncer:
- ❖ Atención de pacientes que requieran reemplazo articular parcial o total de cadera o Rodilla
- ❖ Cuidados Intensivos:

d) Materiales y suministros. El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado cubre todo insumo o material médico-quirúrgico, siempre y cuando sea necesario para la adecuada calidad en la ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones en salud de los casos o eventos señalados en el presente Acuerdo.

e) Ortesis, prótesis, y dispositivos biomédicos. En materia de ayudas visuales el POS-S incluye para los menores de 20 años y mayores de 60 años, el suministro de la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente, y suministro de lentes cada vez que por razones médicas sea necesario su cambio.

Para la atención de los casos y eventos establecidos en el presente Acuerdo, en lo relacionado con otras ayudas para tratamiento y rehabilitación, prótesis y ortesis, así como dispositivos biomédicos, el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado cubre los mencionados en la Resolución 5261 de 1994 con sujeción a lo dispuesto en el artículo 12 de la misma.

f) Cobertura de servicios de hospitalización diferentes a UCI.

g) Transporte de Pacientes.

h) Medicamentos. Las EPS-S deben garantizar los medicamentos descritos en el Manual de Medicamentos vigente del sistema siempre y cuando se trate de los casos y eventos referidos en el presente Acuerdo.

i) Complementación diagnóstica y terapéutica.

4. METODOLOGÍA

Para el diseño de la propuesta de mejoramiento del área de auditoría y mantenimiento de cuentas medicas de la EPS_S comparta, se requirió de una metodología centrada en la planificación de un conjunto de actividades y procedimientos, basado en el modelo de gestión por procesos desdoblado las siguientes etapas para el desarrollo del proyecto. Ver figura 5.

Figura 5: Etapas de desarrollo del proyecto



Fuente: Autor

Diagnóstico : Con base a la experiencia laboral y con el acompañamiento de las personas que laboran actualmente en el área de auditoría y mantenimiento de cuentas medicas de la EPS_S Comparta, se inspecciono las actividades diarias, se registro y se elaboro un informe con el resultado del diagnóstico.

Propuesta de mejoramiento: En el presente proyecto se presenta la elaboración de una propuesta metodológica para el mejoramiento de procesos, siguiendo el Enfoque Harrington, el propone un proceso de mejoramiento que ésta constituido por un conjunto de actividades complementarias entre sí; y que confirman que todos los integrantes de la organización, empleados y directivos un entorno propicio para el mejoramiento de su desempeño. Un proceso que ayuda a aceptar el cambio y a convertir en parte necesaria del estilo de vida el seguir mejorando.

Planteamiento de mejoras: En este punto se definen y proponen manuales de procedimientos en los cuales se incluyan todas las actividades que se realizan dentro del proceso de auditoria de cuentas medicas y a su vez se establezcan responsabilidades de los funcionarios, para el cumplimiento de los objetivos, además se toman en cuenta nuevas alternativas de mejoras que por alguna razón no se contemplan anteriormente y se vio la necesidad de documentarlas en la misma.

5. DIAGNÓSTICO

5.1. SITUACIÓN ACTUAL DE ÁREA DE AUDITORIA Y MANTENIMIENTO DE CUENTAS MÉDICAS

Dentro del propósito institucional, actualmente, el área de Auditoria y mantenimiento de cuentas medicas de la EPS_S Comparta es un eslabón fundamental en la consecución de los objetivos primordiales de la entidad, como es, garantizar la prestación de los servicios de salud con calidad a los usuarios, el manejo de los sistemas de información que faciliten la evaluación de los resultados y de su impacto, igualmente, este eslabón genera los datos estadísticos, epidemiológicos, de costos confiables que permitan orientar el funcionamiento de la cadena.

En este ítem se pretende hacer una descripción del área de auditoria y mantenimiento de cuentas médicas, los subprocesos desarrollados y las actividades ejecutadas con el fin de conocer con precisión que se hace.

Para realizar el levantamiento de la información, se baso en la experiencia laboral de las autoras del proyecto, posteriormente se hizo una observación directa para analizar el funcionamiento actual de la entidad y el de cada proceso del área en estudio, luego de esto, se realizo una visita a los dueños de los proceso, obteniendo la fuente requerida, se aclararon dudas, unificaron criterios y se dejo claro cómo funciona determinado proceso para poder realizar las interrelaciones respectivas.

Teniendo en cuenta que el área de Auditoria y mantenimiento hace parte de los seis eslabones del negocio de la EPS_S Comparta y dentro de la estructura organizacional a nivel departamental se llevan a cabo 6 subprocesos:

1. Auditoria y Mantenimiento de cuentas medicas.
2. Contabilización de los costos por servicios.
3. Conciliación de estados de Cartera con los proveedores.
4. Liquidación de contratos.
5. Informes y/o estadísticas.
6. Matrices de Promoción y Prevención.

Los cuales no están documentados ni estandarizados, trabajando con la filosofía del ahora y lo urgente.

A continuación se describen las actividades de cada subproceso:

- **Auditoria y Mantenimiento de Cuentas médicas:** En este subproceso se contrasta los servicios facturados con los servicios prestados con base a los parámetros contractuales establecidos y la normatividad vigente.

Las actividades que se desarrollan en este se describen a continuación:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO	INDICADOR	PERIODICIDAD
1. Recepcionar facturas:	Auxiliar de Radicación	No existe	No está definido	Primeros 20 días del mes
2. Revisar cuentas y validar RIPS	Auxiliar de Radicación	Validador SAGITA	No está definido	No esta definido
3. Radicar cuentas	Auxiliar de Radicación	Libro de EXEL	No esta definido	No esta definido
4. Entregar a Auditoria	Auxiliar de Radicación	No existe	No esta definido	No esta definido
5. Realizar a Auditoria Técnico Administrativa	Auxiliar de Auditoria	No existe	No esta definido	No esta definido
6. Generar Glosas	Auxiliar de Auditoria	No existe uno estandarizado	No esta definido	No esta definido
7. Notificar glosas	Auxiliar de	Cuadro Word	No esta	No esta definido

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO	INDICADOR	PERIODICIDAD
	Auditoria		definido	
8. Conciliación de glosas.	Auxiliar de Auditoria	No existe uno estandarizado	No esta definido	No esta definido

- Contabilización de los costos por servicios:** En este subproceso se lleva a cabo la codificación de los servicios facturados teniendo en cuenta el plan único de cuentas parametrizado según el modelo de salud de la EPS_S Comparta y su respectiva causación en el aplicativo SIIGO. Las actividades que allí se realizan son:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO	INDICADOR	PERIODICIDAD
1.Codificación de los servicios facturados	Auxiliar de auditoria		No está definido	No está definido
2.Digitación en el aplicativo SIIGO	Auxiliar de auditoria		No está definido	No está definido
3.Generación de la Nota contable	Auxiliar de auditoria	Nota contable	No está definido	No está definido
4. Orden de pago detallado por departamento.	Auxiliar de auditoria	Cuadro de pago en Excel	No está definido	No está definido
5. Descuentos financieros.	Auxiliar de auditoria		No está definido	No está definido
6. Impresión de notas contables y elaborar Paquetes de las Facturas contabilizadas.	Auxiliar de auditoria	Paquete de facturas originales	No está definido	No está definido
7.Entrega de soportes para cada tipo de recobros	Auxiliar de auditoria	Copia de facturas y soportes	No está definido	No está definido
8.Informes de			No está	No está definido

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO	INDICADOR	PERIODICIDAD
Costos solicitados por las diferentes áreas de compartas.	Auxiliar de auditoria	Esquema según necesidad del solicitante	definido	
9. Legalización de anticipos.	Auxiliar de auditoria	Nota contable	No está definido	No está definido
10. Diligenciar el Estado de ciclos mensual por IPS.	Auxiliar de auditoria	Formato en Excel	No está definido	No está definido
11. Diligenciar el cuadro de Viabilidad Financiera	Auxiliar de auditoria	Formato en Excel	No está definido	No está definido
12. Generar soportes financieros para entregar a pagos	Auxiliar de auditoria	Formato en Excel	No está definido	No está definido

- Conciliación de estados de Cartera con los proveedores:** Este subproceso consiste en generar estados de cartera por cada proveedor, notificar el estado a cada proveedor y gestionar cita para la conciliación respectiva para finalmente hacer acta de conciliación por todo concepto entre las dos partes y finaliza con la solicitud de Paz y salvo por parte del proveedor con la EPS_S compartas. Las actividades que se desarrollan son:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO	INDICADOR	PERIODICIDAD
1. Búsqueda de documentación de los estados contables, financieros y de cuentas medicas por proveedor	Auxiliar de auditoria		No está definido	No está definido
2. Diligenciar formatos Anexos	Auxiliar de auditoria	Cuadros de cartera en	No está definido	No está definido

de cierre de cartera		Excel.		
3. Enviar notificación al proveedor	Auxiliar de auditoria	Nota contable	No está definido	No está definido
4. Conciliar con proveedor	Auxiliar de auditoria	Cuadro de pago en Excel	No está definido	No está definido
5. Generar Acta de conciliación de cartera.	Auxiliar de auditoria	Acta de conciliación de cartera	No está definido	No está definido

- **Liquidación de contratos:** Consiste en recopilar información de todos los eslabones del negocio, es decir de aseguramiento: población asegurada durante la vigencia mes a mes, novedades (nacimientos, fallecidos, multifiliados) y población activa; detallado de responsabilidad presupuestal, costos estructurados, costos imputados y costos definidos, estado de pagos y estado de glosas por todo concepto, finalmente se hace un acta donde el proveedor acepta la conciliación y genera un paz y salvo por todo concepto.

En este subprocesos se lleva a cabo las siguientes actividades:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO	INDICADOR	PERIODICIDAD
1. Consolidar documentación de todas las áreas: aseguramiento, contratación, financiera, promoción y prevención, cuentas médicas.	Auxiliar de auditoria		No está definido	No está definido

2. Diligenciar formatos anexos al acta de conciliación.	Auxiliar de auditoria	Cuadros de cartera en Excel.	No está definido	No está definido
3. Enviar notificación al proveedor.	Auxiliar de auditoria	Nota contable	No está definido	No está definido
4. Generar Acta de liquidación por cada contrato y proveedor	Auxiliar de auditoria	Acta de liquidación	No está definido	No está definido
5. Solicitar Paz y Salvo del proveedor	Auxiliar de auditoria	Paz y Salvo	No está definido	No está definido

- **Informes y/o estadísticas:** Como fuente de recopilación de los costos causado por cada uno de los servicios de salud ofertados por niveles de complejidad, tramos de coberturas y servicios trazadores, el área de auditoría y cuentas medicas la EPS_S la tiene como proveedor de cualquier informe desde el punto de vista: financiero, epidemiológico, contable y administrativo. Los informes que se generan son los siguientes:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO	INDICADOR	PERIODICIDAD
1. Consolidación de RIPS	Auxiliar de auditoria		No está definido	No está definido
2. Generara informes de SIIGO	Auxiliar de auditoria		No está definido	No está definido
3. Correlacionar información	Auxiliar de auditoria		No está definido	No está definido
4. Diligenciar formatos según necesidad del solicitante.	Auxiliar de auditoria		No está definido	No está definido

- **Matrices de Promoción y Prevención:** En este proceso se auditan las actividades de promoción y prevención usando la matriz de programación de P y P, se contrasta técnica, financiera mente y por pertinencia cada una de las actividades facturadas, se generan glosas, se notifican al proveedor para finalizar diligenciando la matriz de ejecución por contrato.

Las actividades que se realizan son:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO	INDICADOR	PERIODICIDAD
1. Diligenciar la matriz de programación de P y P por contrato.	Auxiliar de auditoria	Matriz de ejecución por contrato	No está definido	No está definido
2. Contrastar servicios facturados versus las metas programadas mensualmente para verificar coberturas.	Auxiliar de auditoria		No está definido	No está definido
3. Realizar auditoria técnico administrativa y de pertinencia	Auxiliar de auditoria		No está definido	No está definido
4. Diligenciar glosa	Auxiliar de auditoria		No está definido	No está definido
5. Notificar glosa al proveedor	Auxiliar de auditoria		No está definido	No está definido
6. Conciliar glosa	Auxiliar de auditoria	Acta de conciliación	No está definido	No está definido

5.2. DIAGNOSTICO GENERAL DEL ÁREA DE AUDITORIA Y CUENTAS MEDICAS.

Una vez identificadas las actividades de cada uno de los subprocesos del área de auditoría y mantenimiento de cuentas médicas se utilizó la herramienta DOFA, Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas.

A continuación se relacionan la **DOFA** identificada:

5.2.1. Fortalezas

- Alto sentido de pertenencia por parte del personal que allí labora.
- Estabilidad laboral.
- Competencias laborales, por parte del personal que allí labora.
- Solvencia económica de la entidad
- Capacidad de adaptación del personal para el trabajo.

5.2.2 Debilidades

- Falta de desarrollo de estrategias
- Pocas posibilidades de ascenso.
- Clima laboral deficiente
- No se tiene definido un manual de funciones por lo tanto el área no cuenta con los perfiles profesionales que se requieren.
- No están estandarizados los procesos.
- Falta de liderazgo, no existe un coordinador en el área.
- Diferenciación de servicios.
- Falta de organización del trabajo.
- No hay planificación del trabajo, por inercia y por la urgencia del momento.
- No existe un modelo de gestión.
- No se cuenta con un área de archivo.

- Inoportunidad en los resultados.
- Trabajos aislado por no trabajo en equipo.
- Alta resistencia al cambio.
- Tecnología obsoleta.
- El personal no está motivado.

5.2.3. Oportunidades

- Avances tecnológicos que integren los procesos.
- Alta demanda de personal capacitado.
- Red prestadora.

5.2.4. Amenazas

- Alto nivel de Reproceso.
- Definición de la línea de mando.
- Alta incidencia de errores en facturación de los proveedores.
- No existe articulación de tareas.
- Poca relevancia al área por parte de los directivos.
- No existen criterios de calidad.
- Constantes cambios organizacionales.
- Falta de planeación de los directivos
- Recibo inoportuno de los insumos y/o herramientas.
- No cuenta con las herramientas tecnológicas (software) necesarias para la integración de los procesos.

5.3 DIAGNOSTICO POR CADA SUBPROCESO

Con el propósito de obtener el diagnóstico de cada subproceso del área en estudio se parte de la situación actual, identificando problemas, necesidades y debilidades.

Una vez identificadas las actividades de cada subproceso con la ayuda del personal y utilizando la herramienta **DOFA** se determino:

SUBPROCESO	PROBLEMAS	NECESIDADES	DEBILIDADES
Recepción, Radicación de cuentas médicas y contabilización de las capitas de I nivel	<ol style="list-style-type: none"> 1. No hay contrato vigente del aplicativo de validación. 2. El validador no genera informes de acuerdo a las necesidades o modelo de salud compartá. 3. Los únicos informes generados por el software no se pueden exportar a Excel. 4. La radicación actualmente es llevada por dos personas. 5. Inoportunidad en la entrega de los informes. 6. No hay un registro escrito del código de radicación 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación contractual actualizada. 2. Falta actualización y parametrización del software sagita (1ª fase). 3. Soporte técnico para el software utilizado para la validación de RIPS. 4. Socialización de la red prestadora con la caracterización de los contratos previo al proceso de radicación de la factura. 5. Aplicativos para backup que permita almacenar la radicación de las facturas y los RIPS. 6. Estrategias para mejorar calidad de RIPS de los proveedores <p>Faltan indicadores de gestión y control.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. No hay clara dirección estratégica. 2. Canales de comunicación deficientes e indirectos con las otras áreas de la organización. 3. Priorización de las actividades a ser realizadas. 4. Falta tecnología y un sistema de información. 5. Definir procesos de calidad. 6. No se hace auditoria al RIPS, fuente principal de la mayoría de los informes.
Revisión de Cuenta Médicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. La calidad de los RIPS no es la adecuada 2. No se cuenta con la evaluación contractual actualizada a tiempo. 3. No se pueden generar informes de acuerdo al modelo de 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Software adecuado para cuentas médicas de acuerdo al modelo de salud compartá. 2. Aplicativo para contrastar los servicios por RIPS 3. Software que 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de sistema de información 2. Recurso humano con perfil adecuado. 3. No se cuenta con un espacio de archivo 4. No existe una línea de mando definida 5. Direccionamiento

SUBPROCESO	PROBLEMAS	NECESIDADES	DEBILIDADES
	<p>salud compartida. 4. No existe modelo estandarizado</p>	<p>integre los subprocesos del área. 4.Base de Datos de los usuarios actualizadas 5. Recibir oportunamente las novedades (suspendidos y fallecidos). 6.Copia de notificaciones contractuales a la red. 7.Estándares de procedimientos por servicios y niveles de complejidad. 8.Estandarizar los informes por área a solicitar con sus respectivos formatos, datos y periodicidad. 9. Adecuar un lugar para el almacenamiento de las facturas.</p>	<p>claro de procesos. 6. Creación del área de recurso humano. 7. Creación de tableros de mandos.</p>
<p>Contabilización de los costos por servicios</p>	<p>1. No hay soporte técnico en SIIGO. 2. No se tiene estandarizadas las fechas de entrega del producto de cuentas médicas independientemente de los lineamientos financieros 3.el mismo personal que audita es quien contabiliza 4. no se priorizan las tareas y se termina haciendo muchas cosas al tiempo.</p>	<p>1. Estandarizar lineamientos para contabilizar los diferentes tipos de eventos (glosas, Capita, RTF, etc) 2. Capacitación permanente al grupo sobre las novedades y ajustes del aplicativo contable-SIIGO. 3. Depuración, procesos para agilizar la contabilización, etc. 4. Delimitar funciones entre las áreas de cartera, financiera, administrativas y contabilidad de</p>	<p>1.no existe una auditoria al proceso de contabilización 2.no se tiene definidas tareas o funciones hacia este proceso, 3.poco personal 4. se terminan haciendo las misma cosas varias veces (reproceso)</p>

SUBPROCESO	PROBLEMAS	NECESIDADES	DEBILIDADES
		<p>cuenta médicas. Definir un formato estándar de los informes que se requieren</p>	
Conciliación de estados de Cartera con los proveedores	<p>1. No hay herramienta tecnológica que integre todas las fuentes de información para soportar la conciliación de cartera</p>	<p>1.Falta herramienta tecnológica integral. 2. Falta definir proceso. 3 falta recurso humano.</p>	<p>1. Falta de planeación. 2.Falta de recurso humano con perfil adecuado para este proceso. 3.Falta documentar proceso</p>
Matrices de Promoción y Prevención	<p>1. Proceso manual. 2. La estructura de los RIPS no cumple con la caracterización de las actividades de PyP. 3.Falta de oportunidad de las fuentes de información</p>	<p>1. Adquirir un aplicativo para extraer en forma sistemática la información para auditar y diligenciar la matriz por municipio. 2.Definir parámetros contractuales que complementen la información de los RIPS. 3. Definir políticas contractuales con la red de prestadores para mejorar entrega oportuna de los RIPS. 4. Falta delimitar funciones .y falta definir políticas claras.</p>	<p>1. Falta sistema de información integral. 2. Falta definir procesos de calidad.</p>
Informes y Estadísticas	<p>1. Necesidad de herramienta tecnológica. 2. Repleción de solicitudes de información.</p>	<p>1. Falta de herramienta tecnológica que integre estadísticas con cifras. 2. Falta de directrices para solicitar informes.</p>	<p>1. Falta sistema de información integral. 2. Falta definir directrices para solicitar informes.</p>
Liquidación de contratos con	<p>1. No hay herramienta tecnológica que integre</p>	<p>1. Falta adquirir sistema de información</p>	<p>1. Falta herramienta tecnológica integral.</p>

SUBPROCESO	PROBLEMAS	NECESIDADES	DEBILIDADES
red prestadora	<p>todas las fuentes de información para liquidar.</p> <p>2. Vencimiento de términos para liquidar contratos.</p> <p>3. Dificultades administrativas con entes territoriales.</p>	<p>integral.</p> <p>2. Falta articular productos de las áreas en común.</p> <p>3. Falta de políticas para liquidar contratos.</p>	<p>2 Falta proceso documentado.</p> <p>3. Falta definir políticas de calidad.</p>

6. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO

El único enfoque de la calidad que logra éxito es aquel que convierte ésta en la forma de vida predominante de la empresa. Para conseguir que la calidad se convierta en una nueva forma de vida en la organización, se requiere llevar a cabo un proceso de mejoramiento. Este proceso es un compromiso progresivo y continuo. Implica una nueva forma de pensar en todas las actividades, desde aquéllas que se realizan en un departamento operativo, hasta las que caracterizan el manejo de oficina del director general.

El cambio drástico en la forma de pensar de la organización para que la calidad se logre, no es algo que se pueda ordenar. No ocurre de la noche a la mañana o a consecuencia de un programa. El truco radica en convertir el proceso de mejoramiento en parte del sistema operativo de la empresa. Debe estar presente en todo lo que se haga, en la manera de pensar y, más que nada, en la manera de actuar.

6.1 BENCHMARKING

Convertirse en el mejor, en cualquier campo, es un camino difícil y solitario que debemos recorrer. Cuando se es mejor, se le envidia, se le destruye paulatinamente, se le crítica con frecuencia y se espera que sobrepase a la competencia sin importar las circunstancias. ¿Por qué, entonces, tantas personas, equipos y organizaciones quieren que se les reconozca como los mejores? La razón es muy simple. La excelencia genera:

- Satisfacción
- Reconocimiento
- Mayores recompensas
- Clientes

- Respeto
- Poder
- Dinero

Es por esto y por muchas otras razones que se utiliza la herramienta del Benchmarking como parte de la propuesta de mejoramiento en el desarrollo del proyecto. Se realizó una investigación en las organizaciones más competitivas en el ramo de la salud del área metropolitana de Bucaramanga con el objeto de buscar herramientas o formulas que dirijan los procesos hacia una productividad y calidad mayor.

A continuación se presentan algunos procesos de cuentas médicas de organizaciones tales como **SALUDCOOP, AVANZAR MÉDICO Y CAFESALUD**, como técnica de gestión asociada a actividades y procesos sistemáticos continuos para evaluar comparativamente los productos, servicios y procesos de trabajo en donde se evidencien mejores prácticas sobre el área de interés y lograr el impulso necesario para realizar mejoras y cambios.

6.1.1 Proceso de Auditoria de cuentas médicas de Saludcoop EPS. Por medio de un soporte tecnológico, software Helath on line- HeOn implementó el aplicativo al módulo PRESTAR de HeOn, con el fin de garantizar un seguimiento efectivo de la operación y el pago oportuno y efectivo a los proveedores de servicios de salud, en donde se unifican y estandarizan el proceso de cuentas medicas de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente y a las políticas definidas por la compañía. Para esto logro estructurar lo siguiente:

- Definir Políticas y Normas que rigen los procesos de Radicación, Auditoría Financiera, Auditoria médica y Grabación de cuentas médicas desde el punto de vista técnico y operativo.

- Definir claramente las Responsabilidades y Competencias de cada uno de los actores, dentro de los procesos definidos de Radicación, Auditoría Financiera, Auditoria médica y Grabación de cuentas médicas.
- Estandarizar los procesos de Radicación, Auditoría Financiera, Auditoria médica y Grabación de cuentas médicas teniendo en cuenta la automatización que en la actualidad está operando.
- Implementar los procesos de Radicación, Auditoría Financiera, Auditoria médica y Grabación de cuentas médicas a nivel regional y nacional.
- Diseñar e implementar un sistema en línea Helath on line- HeOn, módulo de cuentas medicas del aplicativo PRESTAR.

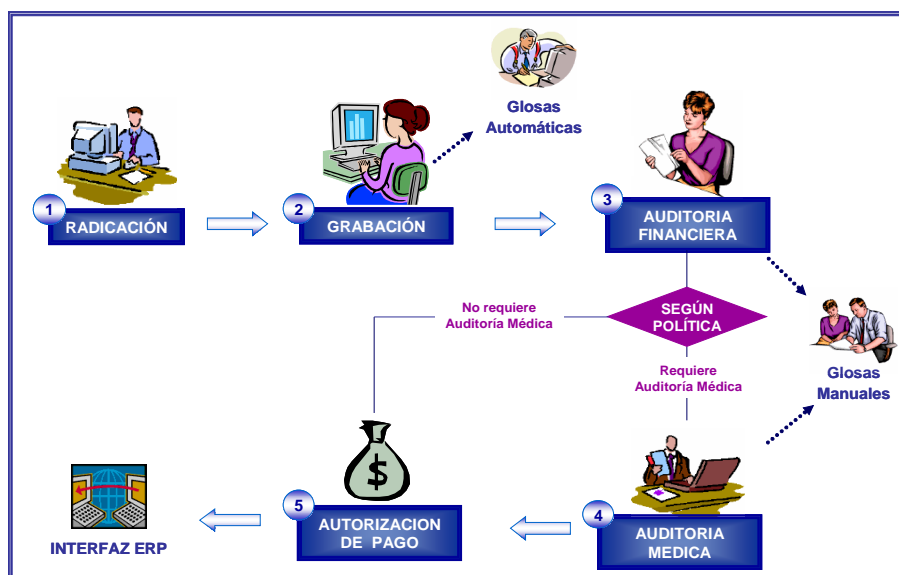
Dentro de las políticas establecidas y que definen la filosofía del proceso de cuentas médicas están:

- ✓ La Radicación, Auditoría Financiera, Auditoria médica y Grabación de cuentas médicas son procesos centralizados en cada regional y su ejecución será permanente de acuerdo a políticas definidas por la organización.
- ✓ Las fechas establecidas para el proceso de radicación de cuentas médicas son del 01 al 20 de cada mes, en cumplimiento don lo definido en el Decreto 046 de enero de 2000 y Decreto 723 del 14 de marzo de 1997. No se radicará ninguna cuenta que sea entregada por la IPS fuera del periodo establecido. De igual forma, se recibirán únicamente las facturas fechadas máximo hasta el mes anterior al mes de radicación.
- ✓ Todas las personas jurídicas están obligadas a presentar factura y pueden presentar cuenta de cobro las personas naturales, en ambos casos deberán presentar original y dos copias.
- ✓ La factura debe cumplir con los requisitos legales descritos por el régimen de impuestos y complementarios.
- ✓ Es requisito para la recepción inicial de la cuenta anexar todos los soportes de acuerdo a la normatividad vigente entre prestadores y pagadores de servicios de salud.

- ✓ El área de cuentas médicas que realiza la revisión de cuentas es responsable de la auditoría entre lo facturado y lo pactado con las instituciones en cumplimiento de los requisitos legales de la facturación.
- ✓ La auditoría de pertinencia durante la revisión de cuentas médicas deberá realizarse por un funcionario que tenga perfil de auditor médico.
- ✓ Reporte mensual de Indicadores con el fin de evaluar y retroalimentar el proceso interno de la EPS y al prestador para implementar mecanismos de mejora.
- ✓ Es responsabilidad del personal que realiza la auditoría conocer exhaustivamente la contratación con cada IPS, integrar aspectos administrativos de aseguramiento y autorización de servicios.

El proceso general de cuentas médicas de la EPS Saludcoop, es el proceso mediante el cual se garantiza la recepción, registro, procesamiento y autorización de las facturas de los prestadores de servicios de salud.

Figura 6. Diagrama del proceso general de cuentas médicas:



Autor: Grupo SALUDCOOP

Radicación de cuentas médicas: Es el paso a través del cual reciben las cuentas médicas presentadas por los proveedores, verifican los soportes exigidos y registran en el aplicativo los datos básicos necesarios para garantizar que los siguientes pasos del proceso tales como la grabación y auditoría de las cuentas se realice en forma óptima.

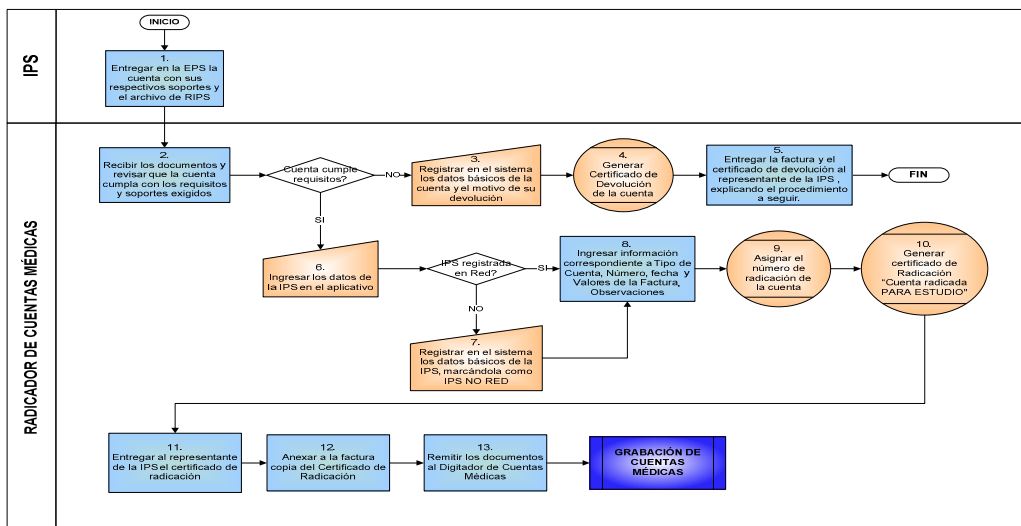
Este paso se realiza en forma descentralizada en cada oficina regional de la EPS y es el primer mecanismo de control del trámite y autorización de pago de la factura a los prestadores de servicio médico.

Durante la radicación existe una primera opción que es registrar en el sistema las cuentas médicas al momento de ser presentada por el proveedor, de tal forma que quedan registradas en el sistema con toda la información básica para la posterior grabación. En esta el sistema presenta dos opciones:

1. Radicación de la cuenta de IPS en Red, cuya llave de acceso es el nit del proveedor, inmediatamente trae información de contratación y el funcionario debe seleccionar el tipo de Cuenta: Capitalización, Por Evento, Monto Fijo o PYP, se ingresa número de la factura y valor, posterior se verifica si cumple con: Requisitos DIAN, soportes de la factura y validación de los RIPS, finalmente genera el reporte de radicación con su número consecutivo.

2. Radicación de cuenta IPS no red, esta opción la da el aplicativo cuando existe contrato activo con la IPS y no se encuentra en la base de datos red y se da un comando que permite grabar todos los datos de la IPS (Nit, razón social, dirección, etc) y genera un número consecutivo para esa IPS no red, posteriormente permite radicar la cuenta como se registro en el numeral 1.

Figura 7. Diagrama de flujo radicación



Autor: Grupo SALUDCOOP

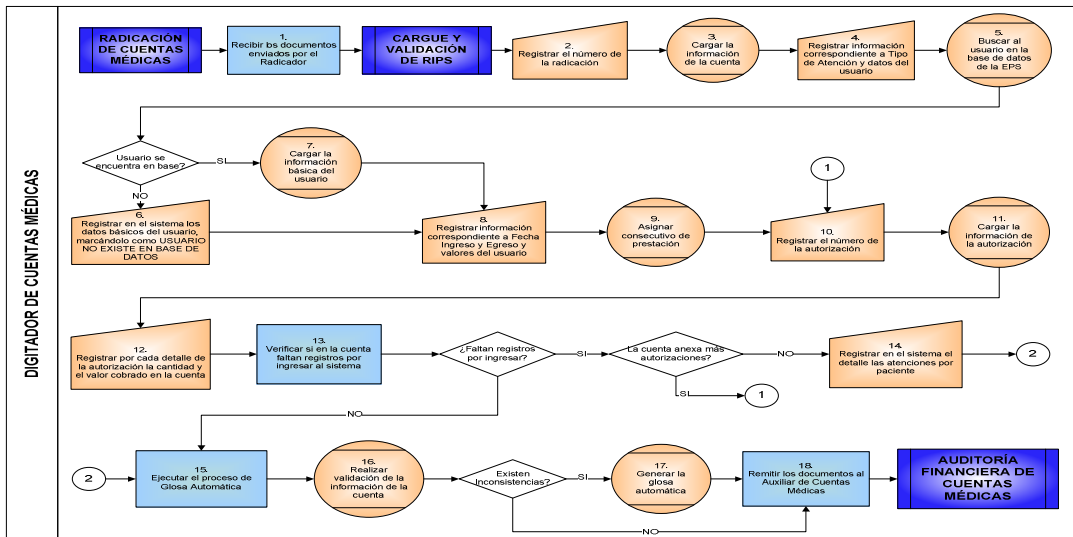
En los casos de anulación o devolución de la cuenta, el aplicativo pide motivo o concepto por el cual se realiza la devolución o anulación y genera el documento para entregar al proveedor.

Grabación de cuentas medicas: Es el segundo paso en el trámite de la cuenta médica y consiste en el ingreso de la información detallada, médica y contable resultante de la prestación de servicios a los usuarios y soportada por la IPS para todo tipo de atención ya sea ambulatoria, hospitalaria o de suministros, la cual permite capturar toda la información de frecuencias y costos por servicio y realizar los procesos de Auditoría Financiera y Auditoría Médica de la cuenta para su aprobación. El proceso de grabación de cuentas médicas por Evento inicia en el momento en que el digitador de cuentas médicas recibe los documentos remitidos por el Radicador y finaliza cuando el sistema genera las glosas automáticas a la información que fue registrada, en los casos en que aplica.

En esta etapa permite caracterizar la cuenta por: Tipo de atención suministrado (ambulancia, cirugía ambulatoria, cirugía cardiovascular, banco de sangre,

cesárea, etc), si es un alto costo, datos de usuarios, número de autorización, homologación de tarifas, etc.

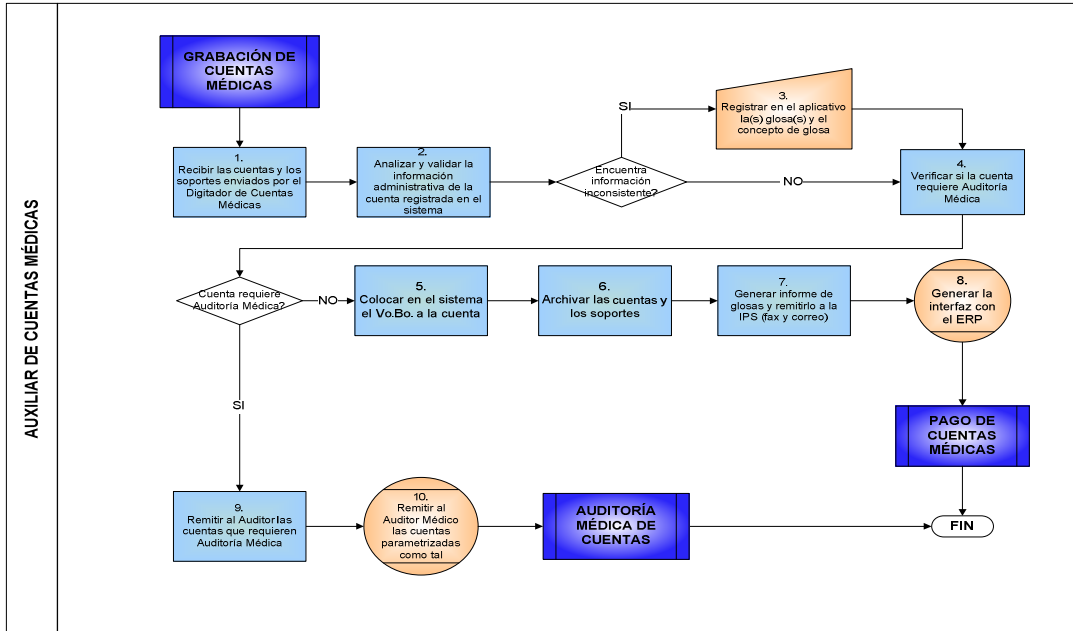
Figura 8. Diagrama flujo cuentas médicas



Autor: Grupo SALUDCOOP

Auditoría Financiera de cuentas médicas: Es el paso del proceso enfocado a realizar un análisis detallado e integral de las cuentas médicas desde el punto de vista administrativo y financiero, de acuerdo con la normatividad vigente y bajo los parámetros contractuales definidos entre la EPS y la IPS. Se realiza únicamente sobre las cuentas de Evento y debe ser aplicado al 100% de las cuentas presentadas en el período, el perfil para desarrollar estas actividades es de auxiliar de cuentas médicas.

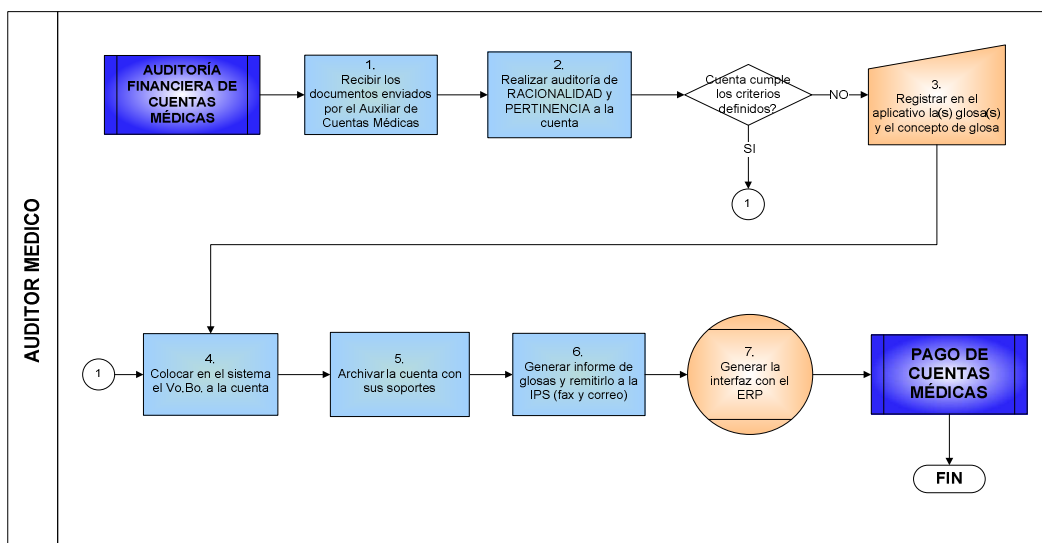
Figura 9. Diagrama auditoria financiera



Autor: Grupo SALUDCOOP

Auditoría Médica de cuentas médicas: En este paso se revisa la Pertinencia y Racionalidad de los servicios prestados en atenciones hospitalarias, urgencias, cirugías ambulatorias y enfermedades de alto costo con la consecuente identificación de recobros y generación de glosas médicas; se realiza únicamente sobre las cuentas de Evento el perfil es de Auditor médico.

Figura 10. Diagrama auditoria médica



Autor: Grupo SALUDCOOP

El aplicativo PRESTAR, modulo de cuentas medicas permite el registro y control del ingreso de cada una de las cuentas médicas; La principal característica de este modelo es que se hace en línea y como un sistema de información integrado, de tal forma que los procesos de grabación y posterior auditoria se ejecuten con la celeridad y por los perfiles establecidos que garanticen la oportunidad y eficacia del proceso de cuentas médicas de acuerdo con las disposiciones que al respecto establezca la Ley y las políticas internas de la organización.

6.1.2 Proceso de Cuentas Medicas U.T. Avanzar Medico Región 1. El procedimiento aplica desde que el proveedor hace entrega de la cuenta hasta que se da por aceptada y entregada al departamento de tesorería.

Políticas

El propósito es verificar las cuentas presentadas por los proveedores cumplan con los parámetros establecidos para realizar el pago.

- El corte para la facturación se hace el día veinticinco (25) de cada mes y la entrega de la cuenta los tres primeros días hábiles del mes.
- El proveedor debe entregar la factura con original y dos copias, relación discriminando fecha, nombre del paciente, número de la cedula, procedimiento, valor unitario, valor total, firma del paciente, RIPS, fotocopia del carnet y del documento de identificación.
- Cuando la cuenta es de una IPS debe entregar orden de servicio expedida por el coordinador médico, epicrisis, descripción quirúrgica en caso de haber realizado un procedimiento, copia hoja de administración de medicamentos, copia reporte de imágenes diagnósticas, copia de estudios anatomopatológicos.
- Cuando la cuenta es de medicina general, terapia física y terapia respiratoria debe entregar la planilla de actividades realizadas y cedula del paciente, orden de servicios para las terapias.
- Cuando la cuenta sea odontológica debe entregar orden de servicio firmada por el usuario con número de cedula y cada vez que haya un usuario nuevo debe entregar copia de odontograma.
- Cuando el proveedor entrega medicamentos debe entregar en la cuenta la relación discriminando las fórmulas de las medicinas que incluyan: Fecha de despacho, nombre del usuario, medicamento suministrado, valor unitario, valor total, las formulas medicas firmadas por el usuario y consignar en la formula el nombre del laboratorio farmacéutico de cada medicamento.
- La radicación de las cuentas se debe hacer en el modulo contable.
- En caso que se presente objeción el proveedor debe dar respuesta en los siguientes diez (10) días calendario de lo contrario se tomara por aceptada.
- Las cuentas de hospitalización con dificultades en la revisión administrativa o que salga de los promedios históricos según actividad y alto costo; deben ser revisadas por el auditor médico.
- En caso de utilizar material de osteosíntesis el proveedor debe anexar copia de la factura de compra.

- Las cuentas de medicamentos deben ser revisadas en su totalidad por el regente de farmacia.
- En caso de que la cuenta presente glosa se cancelara el valor no objetado en el tiempo establecido.

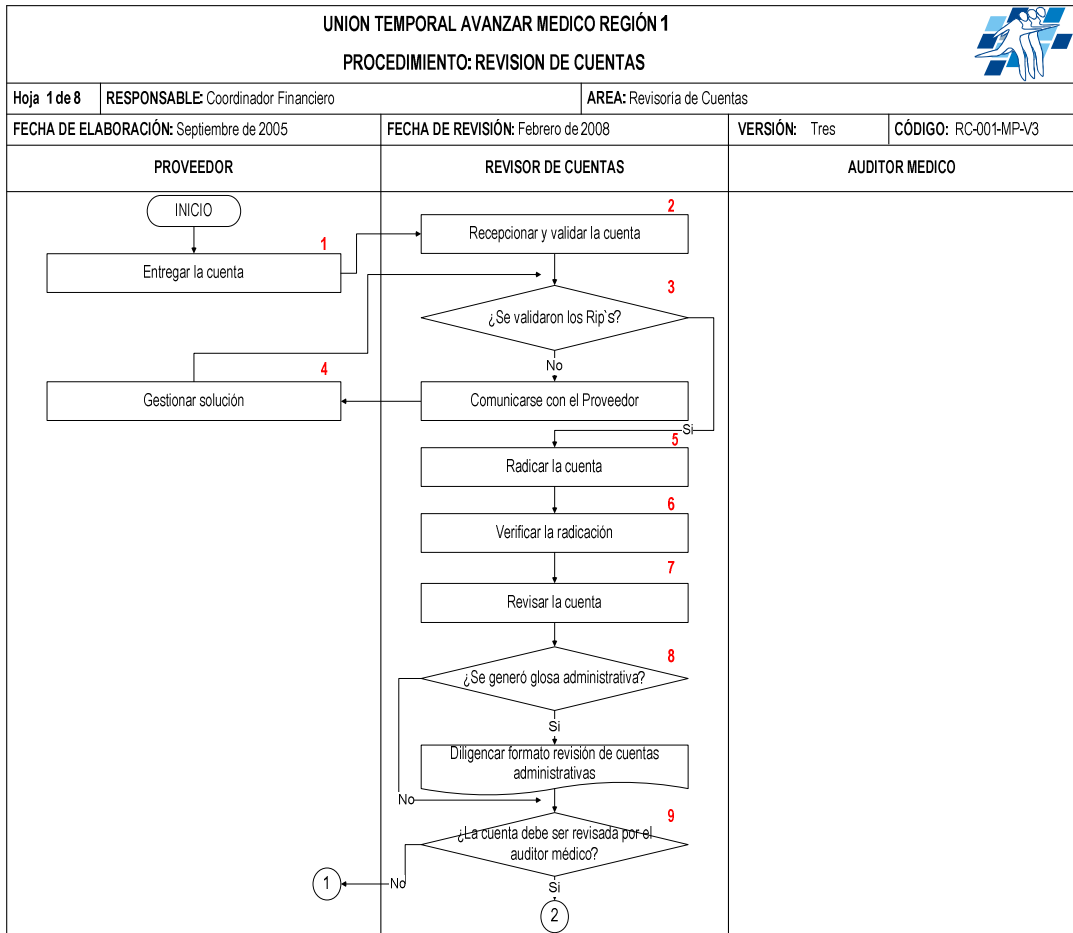
Las actividades son desarrolladas por un responsable asignado:

1. Proveedor: El proveedor realiza la entrega personalmente o por correo la factura con los respectivos soportes.
2. Revisor de Cuentas: Se recibe el disquete y las cuentas, se confronta la relación de facturas con las entregadas. Valida los RIPS en el aplicativo Gestión de RIPS, si lo acepta se da como resultado la aceptación de la misma y se firma el recibido.
3. El mismo revisor de cuenta: Si no se pasaron los RIPS, se le informa al proveedor para que realice las respectivas correcciones.
4. El proveedor da solución al problema para entregar nuevamente la factura.
5. Revisor de cuentas: Radica la cuenta ingresando al modulo de contabilidad, en la ventana de revisoría de cuentas, en cuentas por pagar, se ingresa por proveedor una a una de las facturas.
6. Revisor de cuentas: consulta el número de radicación y da imprimir.
7. Revisor de cuentas: Comprueba base de datos de usuarios, revisa proveedor, tarifa contratada, verifica valores en manual tarifario, revisa la cuenta con los soportes.
8. Revisor de cuentas: Si genera glosa administrativa, diligencia el formato revisión de cuentas administrativas.
9. Revisor de cuentas: Si la cuenta debe ser revisada por el auditor medico, le entrega la cuenta al auditor cuando se presenta alguna duda con respecto al servicio prestado.

10. Auditor medico: Revisa la cuenta para verificar se la prestación del servicio fue pertinente y si las cantidades entregadas son consecuentes a lo ordenando para el tratamiento.
11. Auditor medico: Si se generó glosa medica: Diligenciar el formato revisión de cuentas medicas.
12. Auditor médico: Clasifica las cuentas teniendo en cuenta las que se glosaron y las que no presentan inconsistencias y las entrega a revisoría de cuentas.
13. El auditor médico realiza el informe de glosa si es el caso, al proveedor donde le informa el motivo por el cual se genero glosa administrativa o medica; y si no hay glosa la cuenta se da por terminada y continua el proceso.
14. El revisor de cuentas se comunica con el proveedor y envía vía fax el informe de glosa e informando que tiene dos (2) días hábiles para entregar los soportes.
15. El proveedor entrega soportes para justificar el servicio prestado, envía comunicado aceptando la glosa según el caso.
16. El revisor de cuentas medicas realiza la nota crédito en donde se realiza el ajuste descontando la cantidad glosada.
17. Finalmente la factura se envía al departamento de contabilidad y los soportes al archivo de cuentas médicas.
18. El revisor de cuentas programa conciliaciones con los proveedores.

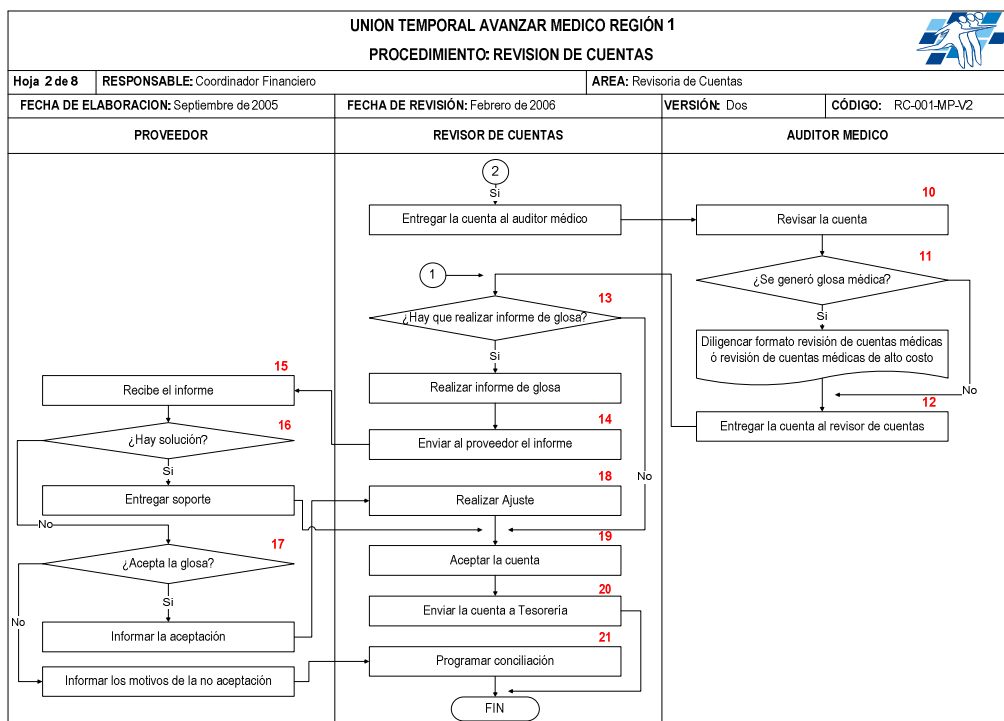
A continuación se relacionan en forma grafica el proceso de revisión de cuentas médicas.

Figura 11. Diagrama de flujo revisión de cuentas medicas



Autor: avanzar medico

Figura 12. Diagrama de flujo revisión de cuentas medicas



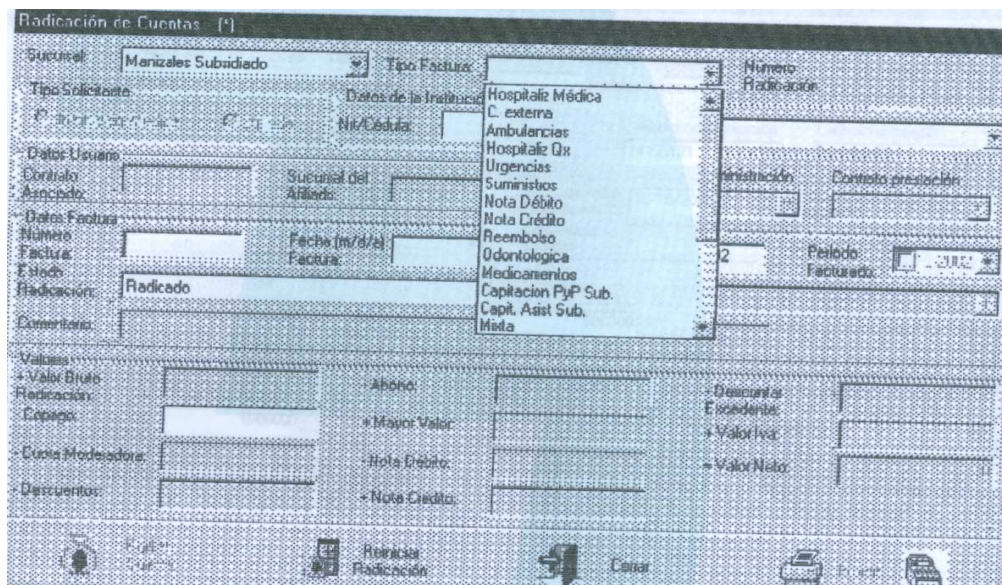
Unidad de Calidad001-MF-V2

Autor: avanzar medico

6.1.3 Proceso de auditoria y cuentas médicas de CAFESALUD. Bajo la responsabilidad de las GERENCIAS REGIONALES se encuentra el Área de Cuentas Médicas, la cual tiene como objetivo garantizar el procesamiento, registro y autorización de facturas para garantizar el pago oportuno a los prestadores de servicio medico en los planes de POSC y ARS.

Igualmente es responsabilidad del Área de Cuentas Medicas proyectar el gasto medico, realizar análisis del costo, estudios de desviaciones de frecuencias y utilización del servicio, elaborar indicadores de gestión y realizar toma decisiones para el control del mismo con nuevas negociaciones o políticas que garanticen la calidad del servicio, cumpliendo así con las normas legales establecidas por el Ministerio de Salud y políticas internas de la Compañía.

Figura 13. Radicación de cuentas medicas



Autor: CAFESALUD

La Radicación dentro del proceso de cuentas medicas es el primer mecanismo de control para el tramite de autorización de pago de la factura presentada por los prestadores de servicio médicos.

Este proceso venia siendo manejado por un outsourcing y se retoma por **CAFESALUD S.A.** con personal propio en cada una de las sucursales a través del **software MEDICAFE**, la información contable y la clasificación por tipo de servicio, las facturas presentadas por las Instituciones hospitalarias, médicos, farmacias y centros, para generar una proyección del costo medico del mes y evaluar comportamiento del gasto por IPS. **MEDICAFE** esta habilitado para radicar los dos productos: POSC y POSS, esta herramienta tecnológica tiene validaciones de acuerdo alas características del proveedor, tipo de producto y tipo de factura que se registre, permitiendo realizar control del ingreso de información tal como periodos de facturación, numero de factura, fecha de la factura y valores. Adicionalmente, permite realizar seguimiento del estado de ingreso y actualización

de los convenios con los prestadores de servicio medico y garantiza los soportes necesarios para los procesos de digitación y auditoria de acuerdo con el tipo de factura presentada. La radicación es el proceso por el cual se verifican soportes, registra y valida información de las cuentas presentadas por los proveedores médicos (hospitales, clínicas, médicos, laboratorios, farmacias, proveedores de materiales e insumos y centros médicos), para garantizar que el registro y pago de las cuentas se realice en forma optima.

El proceso de radicación de las cuentas médicas, debe cumplir con los siguientes objetivos:

1. Garantizar que las facturas y soportes recibidos cumplan con las políticas definidas en el estatuto tributario, la Administración de Impuestos Nacionales "DIAN" y el Ministerio de Salud.
2. Generar un número consecutivo de radicación que permite el control del proceso desde su fase inicial hasta la aprobación de pago, devolución o glosa de la cuenta.
3. Permitir la proyección del costo medico, el cual se calcula a partir de la información general registrada en el sistema.

El proceso de radicación se realiza en forma descentralizada en cada oficina de **CAFESALUD S.A.** se inicia en el momento en que los prestadores de servicio medico presentan la factura y los soportes correspondientes en las fechas establecidas.

REGISTRO DE CUENTAS MÉDICAS

El proceso de registro es el ingreso de la información medica y contable contenida en la factura presentada por los prestadores de servicio medico a CAFESALUD S.A. que soporta las atenciones a los usuarios, ya sea ambulatorias, hospitalarias o de suministros. Este proceso es descentralizado y es de responsabilidad de

cada Regional definida por la Compañía, quienes trabajaran en instalaciones propias conectados en línea con el sistema **MEDICAFE**.

La administración de los perfiles de usuario de MEDICAFE, es de responsabilidad del Área de Cuentas por pagar, de tal manera que quienes tienen el perfil de digitación tendrán parametrizado el ingreso únicamente al modulo de registro, donde existe el control de no permitir trabajar la misma cuenta por dos usuarios en el sistema. La información a ingresar en el sistema MEDICAFE debe corresponder al detalle de la factura, los soportes y/o autorizaciones de servicios generadas por CAFESALUD S.A. Y presentadas por los proveedores médicos.

El cruce del NAP (numero de autorización de procedimiento) en el proceso de registro permite un cargue de información rápido y confiable puesto que el numero de autorización refleja el diagnóstico, procedimiento y origen del servicio, adicionalmente permite que el sistema marque estas autorizaciones en estado "pagado" para la disminución de la provisión del costo médico. Se debe garantizar el cruce del 100% de las autorizaciones expedidas por **CAFESALUD S.A.** Y que sean soportadas en la cuenta medica.

- El proceso de registro de cuentas medicas es descentralizado. Este proceso se debe realizar durante el mes de radicación de la cuenta y cumplir al día 30 de cada mes con los parámetros de calidad e ingreso del 100% de las cuentas.
- Garantizar el registro del 100% de los servicios médicos facturados y radicados en el mes.
- Garantizar la calidad y veracidad de la información registrada en el software MEDICAFE.
- Validar la provisión contable real del costo medico (Decreto 046 de Enero de 2000) cruzando el 100% de las autorizaciones a través del NAP (Numero de Autorización de Procedimiento).

ENTREGA DE CUENTAS A REGISTRO

El radicador diariamente organiza las cuentas en orden del consecutivo de radicación generado por MEDICAFE y por producto para ser entregados para su correspondiente digitación en el modulo de REGISTRO. El radicador de cuentas medicas de la Regional realizara la radicación de las cuentas medicas por concepto de evento y reembolsos; las cuentas por concepto de Capitalación Asistencial (POSC y POSS), Recapitación (POSC), capitalación Promoción y Prevención (POSC y POSS), deben ser radicadas y digitadas por el Auxiliar de Cuentas por Pagar (persona actualmente a cargo).

El personal destinado por la regional para el manejo de este proceso debe garantizar e implementar los controles mínimos para evitar el extravió o perdida de los soportes. El digitador debe realizar la validación inicial de la factura, comparando los datos que aparecen en la pantalla vs. el soporte físico, garantizando la retroalimentación de Inconsistencias del proceso de radicación para su ajuste.

Figura 14. Registro cuentas médicas

Autor: CAFESALUD

El digitador debe ingresar los servicios facturados de acuerdo a la codificación CUPS capturando el área concepto y descripción del servicio prestado de lo general a lo particular.

El área concepto y descripción están parametrizados por la codificación CUPS (códigos únicos de procedimientos establecidos por el Ministerio de Salud) y deben corresponder al código registrado en las autorizaciones. Todos los servicios facturados deben ser grabados en códigos CUPS independiente del tipo de codificación manejado por el prestador (MAPIPOS, ISS o SOAT).

AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS

El aplicativo de CAFESALUD inicia este proceso con la Auditoria Financiera que es la revisión de la identificación del usuario, tarifas, diagnósticos, procedimientos e IPS, de acuerdo con los criterios de racionalidad y pertinencia medica - administrativa, del 100% de lo facturado frente al físico de la cuenta y lo definido en el convenio o contrato, garantizando el pago a los prestadores y la calidad de información. Es un paso previo al análisis de la auditoria médica de cuentas que requieren evaluación de pertinencia médica por perfil de Enfermera o auditor medico. Adicionalmente permite la identificación de recobros de atenciones medicas prestadas por acción de tutela, comités de medicamentos, accidentes de trabajo, enfermedad profesional, alto costo, servicios capitados o de otras regionales garantizando la recuperación de gasto medico.

Vale aclarar que las facturas hospitalarias y de conciliación, revisadas en físico por el auditor medico serán analizadas y grabadas en este modulo por parte de personal auxiliar, con base en lo objetado por el auditor en el formato de glosas adjunto a la factura, el cual deberá estar completamente diligenciado en letra clara e identificando la información estadística relevante de la factura que debe grabarse en el Software (mismo formato de auditoria concurrente).

- Garantizar que las facturas y soportes recibidos cumplan con las políticas definidas por la compañía.
- Controlar que el clausulado de los convenios firmados con los prestadores de servicio medico coincidan con las tarifas y servicios que son facturados y soportados.

La auditoria medica de las facturas debe realizarse con el apoyo de la gestión realizada por los auditores de campo durante la Auditoria concurrente o «en caliente», la cual se refiere al proceso de evaluación y seguimiento de la labor medica en una institución dada durante la prestación del servicio ambulatorio o intra-hospitalario. El modelo incluye la priorización de la visita hospitalaria en las IPS de mayor volumen de facturación, los eventos de valor elevado o patologías consideradas catastróficas donde se deberá realizar la verificación de la racionalidad y pertinencia de los servicios médicos para gestionar la contención del costo medico a través de la interacción con el personal responsable de la atención de los usuarios y de los procesos de facturación de la IPS. Adicionalmente, se deberá garantizar el apoyo al proceso de autorizaciones como control fundamental para la generación del gasto por atenciones en salud.

La revisión de facturas en la IPS incluye el análisis de los servicios reclamados por el prestador para garantizar que correspondan a lo autorizado y cumplan con criterios de racionalidad y pertinencia técnico científica y la generación de glosas a que haya lugar, de acuerdo con los criterios establecidos por el Grupo Empresarial, las coberturas del Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del plan obligatorio de Salud (Mapipos) y lo definido por los manuales tarifarios.

En los casos que la IPS decida verificar los comentarios del auditor de campo a través del formato de auditoria concurrente anexo a las facturas revisadas, podrá decidir la aceptación de las mismas a través de la generación de las notas crédito

correspondientes o el anexo de los soportes que considere necesarios para la verificación durante la auditoria de las facturas en el área de cuentas medicas.

AUDITORIA CLÍNICA CONCURRENTE

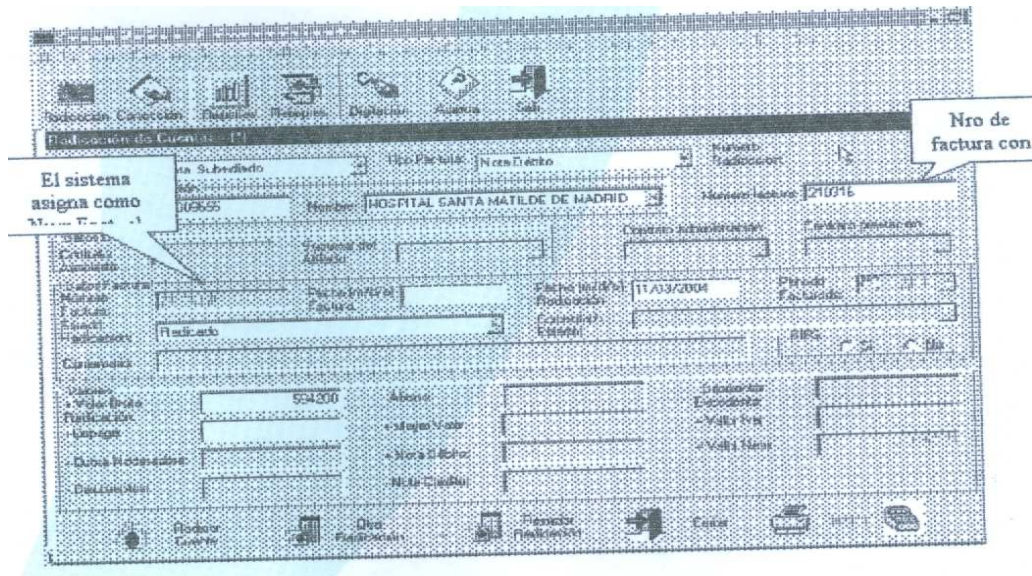
Este tipo de auditoria dentro de la empresa tiene como objetivos fundamentales:

- Establecer los mecanismos que permitan evaluar la pertinencia de la atención prestada, del tratamiento y del cumplimiento que la IPS brinda a los niveles de autorización.
- Propiciar el mejoramiento continuo en el diligenciamiento de las historias clínicas, como documento legal y probatorio de fundamental importancia en la práctica medica.
- Evaluar la aplicación de protocolos y criterios de pertinencia y racionalidad durante la estancia hospitalaria (solicitud de ayudas diagnosticas, formulación

Posterior a los procesos de auditoria Financiera y Medica se determina la aceptación o no de la facturación radicada por la IPS, Cuando la factura no se encuentra soportada o no es pertinente su cobro luego de la auditoria realizada se generan las glosas, teniendo en cuenta la importancia de la notificación y control de estas glosas a continuación se describe el proceso a ejecutar.

En cumplimiento a las normas y decretos que legislan el tema de cuentas médicas se requiere que adicionalmente al registro de GLOSAS o Notas debito en el sistema, se notifique formalmente a la IPS bajo el siguiente esquema, una vez analizada y aplicada la totalidad de las notas en el modulo de auditoria, se genera la "Relació_Notas_Debito" por medio de la opción "Imprimir Notas".

Figura 15. Registro de glosas



Autor: CAFESALUD

El responsable de notificar Glosas a las IPS (auxiliar o enfermera) debe relacionar los números de radicación de las cuentas glosadas, y enviar memorando remisario junto con las copias de cada una de las notas dirigidas a la IPS; se debe garantizar que la IPS reciba la notificación inicial de la glosa máxima a los 15 días calendario siguientes a la radicación de la factura en la regional; así mismo se debe conservar copia de recibido por parte de la IPS para futuros requerimientos.

Luego de notificar la glosa a la IPS, estas tendrán un plazo de 30 días calendario para aceptar o contestar la glosa, una vez recibida la respuesta de GLOSA de las IPS, la EPS tendrá 5 días calendario para definir el pago o mantener la glosa.

El responsable de la radicación debe recibir, radicar y garantizar que toda respuesta de glosa quede registrada en el Módulo de radicación, dando el trámite prioritario hacia auditoria. Una vez recibida se debe ingresar la respuesta en el modulo de radicación como tipo de factura NOTA DEBITO, al digitar el numero de

factura de la cuenta a la cual se aplica la glosa, el sistema automáticamente asigna como número de factura el número de radicación anterior; al terminar la radicación el sistema automáticamente recupera y carga en el módulo de registro los servicios glosados (evita la doble digitación) y permite continuar con el proceso de auditoría en donde se define si se acepta o se mantiene la glosa. Las cuentas que en el proceso de auditoría fueron susceptibles de glosa, deben archivarse de manera independiente y ser conservadas en las regionales hasta tanto no sean aceptadas o conciliadas de manera definitiva, de tal forma que cuando sean.

6.2 DEFINICIÓN DEL EEM (EQUIPO EJECUTIVO DE MEJORA)

Dentro de las falencias más grandes encontradas en el proceso de auditoría de cuentas médicas está la de no contar con un líder, una persona que coordine y dirija el equipo, es por esto que se considera la necesidad no solo de contar con un responsable que haga el papel de jefe, sino además que cuente con un grupo de personas que ayuden a que se cumplan con los estándares y objetivos trazados dentro del proceso, este equipo será el encargado no de dirigir en forma burocrática cada una de las actividades sino que estará al tanto de la revisión de las actividades a realizar definiendo estrategias que les permitan cumplir con los requerimientos exigidos por las demás áreas.

6.3 ENCUESTAS PERCEPCIÓN DE FUNCIONARIOS

Con el fin de determinar la percepción de las personas que hacen parte del personal encargado del área de mantenimiento de cuentas médicas de la EPS_S Comparta se realiza una encuesta que persigue los siguientes objetivos:

- Determinar el nivel de percepción de los empleados del departamento de auditoría de cuentas médicas de la EPS-S COMPARTA sobre los procesos allí realizados.

- Evaluar la disposición del recurso humano para participar en el futuro desarrollo de unos modelos de procesos estandarizados y definidos.
- Conocer la percepción del recurso humano en cuanto a las actividades que la empresa actualmente pone en marcha al interior de la organización.

6.3.1 Perfil del Encuestado. Funcionarios de la EPS-S COMPARTA que laboran en el departamento de Santander, en el área de auditoria de cuentas médicas. Ver Anexo 1.

7. PLANTEAMIENTO DE MEJORAS

Como no existen procedimientos documentados las autoras del proyecto definieron estandarizar el proceso propio de auditoria de cuentas médicas con los diferentes subprocesos, de acuerdo al resultado del diagnóstico anterior. Igualmente, se determino eliminar de la responsabilidad del área de auditoria y mantenimiento de cuentas medicas los procesos de: Contabilidad, cartera y liquidación de contratos de prestación de servicios con la red.

Esperando con esto obtener una información detallada, ordenada, sistemática e integral que contiene todas las instrucciones, responsabilidades e información sobre políticas, funciones, sistemas y procedimientos de las distintas operaciones o actividades que se realizan dentro de el área de auditoria de cuentas medicas de la EPS-S COMPARTA y basados en el diagnostico hecho anteriormente se establecen los siguientes manuales de procedimientos para cada uno de los subprocesos que después del estudio se decidieron dejar como parte del proceso de auditoria de cuentas medicas de la EPS-S COMPARTA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTO

RECEPCIÓN Y RADICACIÓN DE CUENTAS

VERSIÓN 01
FECHA 01/12/2009
CÓDIGO P-AUD-001
PAGINA 1 DE 4

OBJETIVO: Establecer mecanismos que permitan tener mayor control a las facturas recibidas.

ALCANCE: Inicia con el recibido de las facturas de diferentes proveedores, almacenamiento en el sistema de información, esto para todos los niveles de complejidad, termina con la entrega a cada auditor.

PROCESO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	ACTIVIDADES	REQUERIMIENTOS	DOCUMENTOS	REGISTRO
Recepción y radicación	Auxiliar de recepción y radicación		<p>El proveedor entrega separado por niveles las facturas para ser registradas de esta misma forma, esto se pacta contractualmente.</p> <p>Una vez llegue la factura se revisa que traiga los soportes, ya verificado esto cada</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La facturación se recibe dentro de los primeros veinte (20) días hábiles del mes. ▪ No se obliga a presentar copia de documentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Facturas • Soportes • Contratación vigente 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de certificación de radicación • formato de radicación nivel I y II • formato de radicación nivel III y IV nivel.

<p>Validación de RIPS</p>	<p>Auxiliar de recepción y radicación</p>	<pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> LLEGADA[LLEGADA DE FACTURAS Y RIPS] LLEGADA --> REVISAR[REVISAR SOPORTES] REVISAR --> CUMPLE{CUMPLE CON REQUISITOS} CUMPLE -- NO --> DEVOLVER[DEVOLVER] CUMPLE -- SI --> LECTOR[LECTOR CODIGO DE BARRAS] LECTOR --> RADICACION[/RADICACION FACTURAS/] RADICACION --> VALIDACION[VALIDACION DE RIPS] VALIDACION --> PASA{PASA LA MALLA} PASA -- NO --> LISTADO[/LISTADO DE ERRORES/] LISTADO --> DEVOLVER PASA -- SI --> ALMACENA[/ALMACENA EN CARPETAS/] ALMACENA --> ENTREGA[ENTREGA DE FACTURAS AUDITORES] ENTREGA --> FIN([FIN]) </pre>	<p>factura se pasa por el lector de barras generando inmediatamente la radicación de la factura que se documenta con el formato de radicación, el cual lleva un número consecutivo con fecha y hora de entrega en cada una de las facturas las de la EPS y el proveedor.</p> <p>Previo a la radicación de la factura el proveedor entrará a la página Web de la EPS_S Comparta y hará una Pre-validación de los RIPS con el objeto de minimizar las falencias de estructura y/o contenido que tiene el validador oficial del</p>	<p>de identidad o carnet de comparta dentro de las facturas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolución 3374/2000 para estructura y contenido de los RIPS y Res 00951/2002. ▪ Los RIPS son de obligatoria entrega 	<ul style="list-style-type: none"> • RIPS 	<ul style="list-style-type: none"> • Listado de errores • Certificado de
---------------------------	---	---	--	--	--	--

			<p>SGSSSS, además, con esta actividad el proveedor tiene la opción de hacer las respectivas correcciones.</p> <p>Una vez se recepciona y radica la factura se procede a validar el RIPS, si pasa por la malla validadora los RIPS, se almacena en la carpeta histórica de cada proveedor.</p> <p>De esta actividad se genera un documento ya sea de aprobación del RIPS o de solicitud de correcciones.</p>	pactado contractualmente.		<p>Aprobación del RIPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificado de devolución de RIPS. 	
Elaboro CASTELLANOS	<i>YUDY ELIMAR PEÑA</i>	Fecha	Reviso MENESES RUEDA	<i>DALGY</i>	Fecha	Aprobó <i>JORGE FIGUEROA</i>	fecha



MANUAL DE PROCEDIMIENTO

AUDITORIA

VERSIÓN 01
FECHA 01/12/2009
CÓDIGO P-AUD-002
PAGINA 1 DE 4

OBJETIVO: Evaluar crítica y Periódicamente la calidad de la atención médica que reciben los usuarios, mediante la auditoria In Situ y la auditoría de cuentas médicas.

ALCANCE: Inician recibiendo las facturas ya radicadas y con sus respectivos soportes y finaliza con el visado pertinente para pago o con la nota de generación de glosa.

PROCESO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	ACTIVIDADES	REQUERIMIENTOS	DOCUMENTOS	REGISTRO
Auditoria técnico administrativa	Auxiliar de auditoria		Se verifica y contrasta lo facturado con lo contratado, se realiza con la ayuda de la herramienta tecnológica que permite ver integrado las diferentes fuentes	Cada uno de los auditores cuenta con un archivo donde se almacenan las facturas con sus respectivos soportes y guía de	<ul style="list-style-type: none"> • Facturas • Soportes • RIPS • Autorizaciones • Soporte de auditoria concurrent 	<ul style="list-style-type: none"> • Facturas con sus respectivos soportes para recobros. • Reporte del servicio

Auditoria medica	Auditor medico.	<pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> VERIFICACION[VERIFICACION DE LO FACTURADO CON LO CONTRATADO] VERIFICACION --> IDENTIFICACION_ADMIN[IDENTIFICACION GLOSAS ADMINISTRATIVAS] IDENTIFICACION_ADMIN --> IDENTIFICACION_SERVICIOS[IDENTIFICACION SERVICIOS PARA RECORROS] IDENTIFICACION_SERVICIOS --> PERTINENCIA{PERTINENCIA MEDICA} PERTINENCIA -- NO --> GENERACION_GLOSAS[GENERACION DE GLOSAS] PERTINENCIA -- SI --> VERIFICACION_CALIDAD[VERIFICACION DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD] VERIFICACION_CALIDAD --> REPORTE_AUDITORIA[REPORTE DE AUDITORIA] VERIFICACION_CALIDAD --> GLOSAS{GLOSAS} GLOSAS -- NO --> GENERACION_GLOSAS GLOSAS -- SI --> CONCILIACION[CONCILIACION] GENERACION_GLOSAS --> ENVIO_AUDITORES[ENVIO AUDITORES] CONCILIACION --> ENVIO_AUDITORES ENVIO_AUDITORES --> VISADO_PAGOS[VISADO PARA PAGOS] VISADO_PAGOS --> FIN([FIN]) </pre>	<p>de información: RIPS, autorizaciones de servicios, base de datos, matriz de contratación, entre otras; en esta se verifican, por ejemplo, si el usuario esta activo o no y si es necesario se genera copia del carne o la autorización de servicios en caso de no traerlos con los soportes.</p> <p>Se identifica la glosa técnica-administrativa.</p> <p>Se identifican servicios de recobros: CTC, Tutelas, Vinculados y zonificados</p>	<p>radicación.</p> <p>Solo podrá realizar esta clase de auditoria personal altamente calificado para esto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su lugar de trabajo será la IPS. 	e	<p>facturado por servicio trazador por nivel de complejidad según modelo de salud COMPARTA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reporte del servicio facturado de alto costo por servicio trazador. • Reporte del servicio facturado por patología y segmentos • Reporte de auditoria IN SITU concurrente. • Cuentas
------------------	-----------------	---	---	---	---	---

<p>Auditoria concurrente y de facturas (in situ)</p>	<p>Auditor concurrente</p>		<p>Si la pertinencia lo requiere se pasan las facturas a auditoria medica. Generación de glosa médica si es el caso.</p> <p>Se verifica día a día la calidad de la prestación de los Servicios de salud realizada en cada una de las IPS asignadas, haciendo énfasis en la identificación de la enfermedad de Alto Costo según Normatividad y la pertinencia y racionalidad de los Servicios, esto genera políticas hacia futuro que mejoren las</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Debe entregar un reporte como evidencia de su trabajo 	<p>médicas visadas para su respectivo pago.</p>
--	----------------------------	--	---	---	---

			<p>relaciones entre la red y la EPS-S.</p> <p>Se hace auditoria a las facturas directamente en la IPS una vez las genere y se aplicaran las glosas en caso de que sea necesario, conciliándolas de forma casi inmediata.</p> <p>Las facturas se envían a la EPS_S ya con su respectivo revisado.</p> <p>A través del sistema de información nuestros médicos auditores concurrentes digitan día a día los avisos de siniestros en las diferentes IPS.</p>					
Elaboro	<i>YUDY ELIMAR PEÑA CASTELLANOS</i>	Fecha	Reviso	<i>DALGY MENESES RUEDA</i>	Fecha	Aprobó	<i>JORGE FIGUEROA</i>	fecha



MANUAL DE PROCEDIMIENTO
GENERACIÓN, NOTIFICACIÓN Y
CONCILIACIÓN DE GLOSAS

VERSIÓN 01
FECHA 01/12/2009
CÓDIGO P-AUD-003
PAGINA 1 DE 3

OBJETIVO: Administración eficaz de las glosas y llevar registro detallado de los procedimientos glosados con cada uno de sus componentes.

ALCANCE: Generar la glosa con base al nuevo codificador de glosas. La notificación y la conciliación se realiza virtualmente

PROCESO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	ACTIVIDADES	REQUERIMIENTOS	DOCUMENTOS	REGISTRO
Generación de glosas	Auxiliar de auditoria y/o auditor medico		Ya auditada la cuenta, si se presenta alguna anomalía el auxiliar o el médico ingresa al sistema de información e inmediatamente genera la glosa esta	Se debe tener en cuenta el manual de glosas Resolución 3047/2008, que todo este acorde a la ley y a lo pactado contractualmente.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facturas ▪ Soportes ▪ Ajustes de la auditoria de concurrencia medica. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reporte de glosas técnico administrativa ▪ Reporte de glosa de pertinencia medica

<p>Notificación de glosas</p>	<p>Auxiliar de auditoria y/o auditor medico</p>	<pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> GEN[GENERACION DE GLOSA] GEN --> GLOSAS[GLOSAS] GLOSAS --> NOTIF[NOTIFICACION DE GLOSAS] NOTIF --> CONC[CONCILIACION DE GLOSAS] CONC --> APROB{APROBACION} APROB -- SI --> VISADO[VISADO PARA PAGO] VISADO --> FIN([FIN]) APROB -- NO --> PROVEEDOR[PROVEEDOR] PROVEEDOR --> GEN </pre>	<p>puede ser parcial o total.</p> <p>El auditor envía al proveedor respectivo la glosa vía Web o en caso de que éste no cuente con la herramienta necesaria se envía vía FAX.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reporte de glosa de promoción y prevención ▪ Reporte Conciliación de glosas ▪ Acta de conciliación de glosas
<p>Conciliación de glosa</p>	<p>Auxiliar de auditoria y/o auditor medico</p>	<pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> GEN[GENERACION DE GLOSA] GEN --> GLOSAS[GLOSAS] GLOSAS --> NOTIF[NOTIFICACION DE GLOSAS] NOTIF --> CONC[CONCILIACION DE GLOSAS] CONC --> APROB{APROBACION} APROB -- SI --> VISADO[VISADO PARA PAGO] VISADO --> FIN([FIN]) APROB -- NO --> PROVEEDOR[PROVEEDOR] PROVEEDOR --> GEN </pre>	<p>La IPS da respuesta a la glosa en forma virtual o por FAX y envía los soportes físicos correspondientes.</p> <p>En caso de que el proveedor no tenga acceso a la herramienta virtual se fijara fecha para conciliación</p>		

			presencial. Termina con la nota crédito respectiva, se adjunta copia a la factura y se lleva a archivo de cuentas médicas.			
Elaboro CASTELLANOS	YUDY ELIMAR PEÑA	Fecha	Reviso DALGY MENESES RUEDA	Fecha	Aprobó JORGE FIGUEROA	fecha

MANUAL DE PROCEDIMIENTO

VERSIÓN 01
FECHA 01/12/2009
CÓDIGO P-AUD-004
PAGINA 1 DE

RECOBROS



Objetivo: Cobrar todos los servicios objeto de recobro.

ALCANCE: Inicia con la identificación de las facturas marcadas con el sello de recobro, termina con la nota respectiva de recobro y con el código de recobro del Ministerio de Salud para los casos de CTC y Tutelas.

PROCESO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	ACTIVIDADES	REQUERIMIENTOS	DOCUMENTOS	REGISTRO
Recobros de servicios no pos-s, vinculados y zonificados	Auxiliar de Recobros		Inicia con la verificación de los soportes de la factura a recobrar de acuerdo al tipo de recobro: CTC, TUTELAS, Vinculados y	Normatividad vigente de recobros al FOSYGA. Políticas internas de la organización.	Facturas Soportes RIPS	<ul style="list-style-type: none"> •RIPS de CTC y Tutelas. •Código de radicación del Ministerio de Protección social.

		<pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> VERIFICACION[VERIFICACION SOPORTES DE FACTURA] VERIFICACION --> SOPORTES{SOPORTES} SOPORTES -- NO --> SOLICITUD[SOLICITUD DE SOPORTES] SOPORTES -- SI --> INGRESO[/INGRESO AL SISTEMA/] INGRESO --> GENERACION[GENERACION DE RIPS] GENERACION --> PREVALIDACION[PREVALIDACION DE RIPS] PREVALIDACION --> VALIDACION{CUMPLE LA VALIDACION} VALIDACION -- NO --> CORRECCION[CORRECCION DE ERRORES] VALIDACION -- SI --> ENVIA[ENVIA AL MINISTERIO] ENVIA --> FIN([FIN]) </pre>	<p>Zonificados</p> <p>Si no cumple se procede a la consecución de los soportes generando su respectiva nota de solicitud de soportes. Si cumple con los requisitos se clasifica el tipo de recobro.</p> <p>Recobros de Vinculados y Zonificados: por la herramienta tecnológica se hace el respectivo cruce a contabilidad generando una relación de facturas objeto de descuento por concepto de recobro a otra regional o a un capitado por servicio zonificado,</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Nota de descuento a la regional o IPS según el caso.
--	--	--	--	--	--	--

<p>Recobros de CTC Tutelas:</p>	<p>Auxiliar de Recobros</p>		<p>generando su respectiva nota de auditoria, se adjunta copia a la factura y se hace la respectiva notificación del descuento a la regional o a la IPS según el caso.</p> <p>Se ingresa al aplicativo de recobros para el ministerio, se complementa registros según RIPS de recobros, se generan RIPS y se sacan fotocopias, se arman paquetes físicos y se adjunta medio magnético.</p> <p>Vía Web se entra a página del Ministerio</p>			
---	---------------------------------	--	--	--	--	--

			<p>y se hace la revalidación de los RIPS.</p> <p>Si no cumple se procede a hacer las respectivas correcciones y si cumple se hace el envío respectivo al Ministerio de Protección social y termina con el recibido del código de radicación del Ministerio.</p>			
Elaboro CASTELLANOS	YUDY ELIMAR PEÑA	Fecha	Reviso DALGY MENESES RUEDA	Fecha	Aprobó JORGE FIGUEROA	fecha

OTRAS ACCIONES DE MEJORA

Sistema de información: Se espera que basados en el estudio que se hizo del área de mantenimiento y auditoria se incorpore un sistema de información que permita facilitar el desarrollo del proceso logrando eficiencia y eficacia en el desarrollo de las actividades.

Plan de motivación: La motivación del personal debe convertirse en el papel fundamental del día a día determinando el grado de pertenencia de los funcionarios y además mejorar de manera notable el clima laboral no solo dentro del área de mantenimiento y auditoria sino en la empresa en general, por lo tanto se hace necesario establecer un plan motivacional.

Asignación de un Líder: Que exista una línea de mando en donde se respeten los tiempos para cada una de las actividades establecidas para las labores diarias.

Estandarización de informes: Es importante estandarizar informes y/o productos que se pueden generar desde auditoria y mantenimiento de cuentas médicas para las otras áreas de la entidad.

CLIENTE	PROVEEDOR	NOMBRE DEL INFORME	PERIODICIDAD DE ENTREGA
Financiera	Coordinador de Auditoria.	*Informe de vinculados. *Paquete de facturas para pago por Proveedor. *Reporte de glosas iniciales y definitivas por proveedor.	- Semanal - Mensual
Gestor de servicios	Coordinador de Auditoria.	*Costos causados por proveedor y por contratos (Radicación). *Reporte de Auditoria por servicio trazador por niveles de complejidad	- Semanal - Mensual

		<p>por cada proveedor.</p> <p>*Costos causados por mes y proveedor por modalidad de contrato.</p> <p>*Porcentaje de glosa por proveedor</p> <p>* Reporte de Auditoria por segmentos para patología de alto costo por cada proveedor.</p> <p>*Porcentaje de IPS que radican oportunamente.</p> <p>*Reporte de proveedores con mayor incidencia de errores en los RIPS.</p>	
Gestor de alto costo	Coordinador de Auditoria.	<p>Costos causados por proveedor y por contratos (Radicación).</p> <p>*Reporte de Auditoria por servicio trazador por niveles de complejidad por cada proveedor.</p> <p>*Costos causados por mes y proveedor por modalidad de contrato.</p> <p>*Porcentaje de glosa por proveedor</p> <p>* Reporte de Auditoria por segmentos para patología de alto costo por cada proveedor.</p> <p>*Porcentaje de IPS que radican oportunamente.</p> <p>*Reporte de proveedores con mayor incidencia de errores en los RIPS.</p> <p>*Promedio de facturación por nivel de complejidad.</p> <p>*Evaluación de RIPS por proveedor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Semanal - Mensual
Gerencia del riesgo en salud	Coordinador de Auditoria.	<p>*Perfil Epidemiológico departamental y centro de costo.</p> <p>*Comportamiento de la Oferta y Demanda (ocurrencia de servicios según modelo de salud compartida)</p>	Semestral y anual

Definición de Indicadores de Gestión: Crear mecanismos de detección de fallas que garanticen la posibilidad de llevar a cabo acciones concretas que permitan obtener soluciones reales y de aplicación inmediata

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES DE MEDICIÓN DE PROCESOS

PROCESO	AUDITORIA Y MANTENIMIENTO DE CUENTAS MEDICAS
SUBPROCESO	RECEPCION Y RADICACION DE CUENTAS
INDICADOR No.	1
Nombre	Porcentaje de RIPS validados
Categoría del indicador	Indicador de proceso
Justificación	Los prestadores de servicios de salud presentan los RIPS a la EPS-S Comparta en un archivo plano cuya estructura está establecida por el Ministerios de la Protección Social. Se hace necesario comprobar si los RIPS han sido presentados conservando la estructura preestablecida, con el objetivo de preservar la coherencia de la información consignada en los RIPS.
Objetivo del indicador	Comprobar si los RIPS presentados por nuestros prestadores de servicios son validados en la malla de validación desarrollada para tal fin.
Foco de la medida	Porcentaje de RIPS que han sido debidamente validados en la malla de validación.
Tipo de medida	Porcentaje
Numerador	Número de RIPS validados en la malla de validación multiplicado por 100%
Denominador	Número de RIPS presentados por las IPS
Definición de los datos	El resultado se interpretará como el grado de cumplimiento de la EPS-S en someter los RIPS recibidos a la malla de validación
Fuente de los datos	Herramienta tecnológica- aplicativo de radicación
Periodicidad del indicador	Mensual
Responsable del Indicador	Auxiliar de recepción y radicación de cuentas medicas

PROCESO	AUDITORIA Y MANTENIMIENTO DE CUENTAS MEDICAS
SUBPROCESO	RECEPCION Y RADICACION DE CUENTAS
INDICADOR No.	2
Nombre	Porcentaje de IPS con errores en los RIPS
Categoría del indicador	Indicador de proceso
Justificación	Los prestadores de servicios de salud presentan los RIPS a la EPS-S en un archivo plano cuya estructura está establecida por el Ministerios de la Protección Social. La EPS-S, a su vez, debe informar a la IPS los errores generados al someter los RIPS a la malla de validación, con el fin de que esta pueda corregir las inconsistencias.
Objetivo del indicador	Medir el grado de gestión de la EPS-S encaminada a informar a las IPS los errores encontrados en los RIPS
Foco de la medida	Comprobar si los errores encontrados en los RIPS a su paso por la malla validadora, han sido debidamente informados a la IPS
Tipo de medida	Porcentaje
Numerador	Número de oficios informando a las IPS los errores encontrados en los RIPS presentados multiplicado por 100%
Denominador	Número de IPS cuyos RIPS han presentado errores.
Definición de los datos	El resultado se debe interpretar como el grado de gestión de la EPS-S encaminada a informar a sus IPS proveedoras de servicios acerca de las inconsistencias de sus RIPS
Fuente de los datos	Herramienta tecnológica- aplicativo de radicación
Periodicidad del indicador	Mensual
Responsable del Indicador	Auxiliar de recepción y radicación de cuentas medicas

PROCESO	AUDITORIA Y MANTENIMIENTO DE CUENTAS MEDICAS
SUBPROCESO	RECEPCION Y RADICACION DE CUENTAS
INDICADOR	
No.	3
Nombre	Porcentaje de IPS que radican dentro de los primeros veinte (20) días del mes.
Categoría del indicador	Indicador de proceso
Justificación	Implementar medidas de control y gestión para la radicación en los tiempos establecidos por normatividad y políticas internas..
Objetivo del indicador	Identificar a los proveedores que no radican en los tiempos establecidos.
Foco de la medida	Identificar los proveedores que no cumplen con el requisito de soporte RIPS para presentar la radicación de las cuentas
Tipo de medida	Porcentaje
Numerador	Número de IPS que radican dentro de los primeros 20 días del mes.
Denominador	Número de IPS que radicaron en el mes
Definición de los datos	El resultado se debe interpretar como la gestión de la EPS-S encaminada a garantizar los términos normativos de radicación y políticas internas de la organización.
Fuente de los datos	Herramienta tecnológica- aplicativo de radicación
Periodicidad del indicador	Mensual
Responsable del Indicador	Auxiliar de recepción y radicación de cuentas medicas

PROCESO	AUDITORIA Y MANTENIMIENTO DE CUENTAS MEDICAS
SUBPROCESO	GLOSAS Y CONCILIACION DE CUENTAS MEDICAS
INDICADOR No.	4
Nombre	Porcentaje de Glosas mensual.
Categoría del indicador	Indicador de proceso
Justificación	Los prestadores de servicios de salud presentan las facturas con sus respectivos soportes a la EPS-S Comparta de los servicios ofertados durante el mes. Se hace necesario corroborar y contrastar con lo pactado contractualmente y la normatividad vigente del plan obligatorio para el régimen subsidiado POS_S, con el objetivo de verificar los servicios, la pertinencia y la coherencia de la información entre los RIPS y lo facturado, contribuyendo a mantener control del costo medico de la EPS_S.
Objetivo del indicador	Control de los servicios ofertados versus los facturados enmarcados con los criterios de calidad.
Foco de la medida	Total de facturación radicada mensualmente.
Tipo de medida	Porcentaje
Numerador	Total valor glosado
Denominador	Total valor Facturado
Definición de los datos	El resultado se debe interpretar como la gestión del equipo ejecutivo de mejora de cuentas medicas encaminado a garantizar los términos normativos del POS_S y las políticas internas de la organización para minimizar el costo médico de la EPS_S.
Fuente de los datos	Herramienta tecnológica- aplicativo de Glosas y conciliación.
Periodicidad del indicador	Mensual
Responsable del Indicador	Auditor medico.

PROCESO	AUDITORIA Y MANTENIMIENTO DE CUENTAS MEDICAS
SUBPROCESO	GLOSAS Y CONCILIACION DE CUENTAS MEDICAS
INDICADOR No.	5
Nombre	Porcentaje de Glosa Efectiva mensual
Categoría del indicador	Indicador de proceso
Justificación	Los prestadores de servicios de salud presentan las facturas con sus respectivos soportes a la EPS-S Comparta de los servicios ofertados durante el mes. Se hace necesario corroborar y contrastar con lo pactado contractualmente y la normatividad vigente del plan obligatorio para el régimen subsidiado POS_S, con el objetivo de verificar los servicios, la pertinencia y la coherencia de la información entre los RIPS y lo facturado, contribuyendo a mantener control del costo medico de la EPS_S.
Objetivo del indicador	Control de los servicios ofertados versus los facturados enmarcados con los criterios de calidad.
Foco de la medida	Total de facturación radicada mensualmente.
Tipo de medida	Porcentaje
Numerador	Total valor conciliado mes
Denominador	Total valor glosado mes
Definición de los datos	El resultado se debe interpretar como la gestión del equipo ejecutivo de mejora de cuentas medicas encaminado a garantizar los términos normativos del POS_S y las políticas internas de la organización para minimizar el costo médico de la EPS_S.
Fuente de los datos	Herramienta tecnológica- aplicativo de Glosas y conciliación.
Periodicidad del indicador	Mensual
Responsable del Indicador	Auditor medico

PROCESO	AUDITORIA Y MANTENIMIENTO DE CUENTAS MEDICAS
SUBPROCESO	AUDITORIA
INDICADOR No.	6
Nombre	Porcentaje de facturas pre auditadas in situ.
Categoría del indicador	Indicador de proceso
Justificación	Dentro de las políticas de auditoria con criterios de calidad propuesto para el mejoramiento esta la auditoria in situ o de concurrencia de la EPS-S Comparta ubicada directamente en las IPS que integran la red de prestadores. Se hace necesario hacer una auditoria de impacto y de directa atención con el servicio a los usuarios. con el objetivo de verificar los servicios, la pertinencia, la calidad y oportunidad de los servicios ofertados y hacer las pre conciliaciones directamente en la IPS antes de la radicación de la factura a la EPS_S, contribuyendo a mantener control del costo medico y la calidad del servicio de la EPS_S.
Objetivo del indicador	Control de los servicios ofertados in situ enmarcados con los criterios de calidad.
Foco de la medida	Total de facturación revisada in situ mensualmente.
Tipo de medida	Porcentaje
Numerador	Total de facturas revisada in situ mensualmente.
Denominador	Total de facturas generadas por la IPS para la EPS_S Comparta mensualmente.
Definición de los datos	El resultado se debe interpretar como la gestión del equipo ejecutivo de mejora de cuentas medicas encaminado a garantizar los términos normativos del POS_S y las políticas internas de la organización para minimizar el costo médico y la calidad de los servicios de la EPS_S.
Fuente de los datos	Reporte de Auditoria concurrente y aplicativo de radicación
Periodicidad del indicador	Mensual
Responsable del Indicador	Auditor concurrente

PROCESO	AUDITORIA Y MANTENIMIENTO DE CUENTAS MEDICAS
SUBPROCESO	AUDITORIA
INDICADOR No.	7
Nombre	Porcentaje de Glosa in situ.
Categoría del indicador	Indicador de proceso
Justificación	Dentro de las políticas de auditoria con criterios de calidad propuesto para el mejoramiento esta la auditoria in situ o de concurrencia de la EPS-S Comparta ubicada directamente en las IPS que integran la red de prestadores. Se hace necesario hacer una auditoria de impacto y de directa atención con el servicio a los usuarios. con el objetivo de verificar los servicios, la pertinencia, la calidad y oportunidad de los servicios ofertados y hacer las pre conciliaciones directamente en la IPS antes de la radicación de la factura a la EPS_S, contribuyendo a mantener control del costo medico y la calidad del servicio de la EPS_S.
Objetivo del indicador	Control de los servicios ofertados in situ enmarcados con los criterios de calidad.
Foco de la medida	Total de facturación revisada in situ mensualmente.
Tipo de medida	Porcentaje
Numerador	Total de glosas efectivas in situ mensualmente.
Denominador	Total de glosas efectuadas in situ mensualmente.
Definición de los datos	El resultado se debe interpretar como la gestión del equipo ejecutivo de mejora de cuentas medicas encaminado a garantizar los términos normativos del POS_S y las políticas internas de la organización para minimizar el costo médico y la calidad de los servicios de la EPS_S.
Fuente de los datos	Reporte de Auditoria concurrente
Periodicidad del indicador	Mensual
Responsable del Indicador	Auditor concurrente

PROCESO	AUDITORIA Y MANTENIMIENTO DE CUENTAS MEDICAS
SUBPROCESO	RECOBROS
INDICADOR No.	8
Nombre	Porcentaje de cobros por tipo de cobro
Categoría del indicador	Indicador de proceso
Justificación	Dentro de las políticas del Ministerio de Protección social se creó la figura de cobro para aquellos eventos no POS_S pero que a través de la figura de Tutela y de CTC se debe prestar el servicio, y la EPS_S tiene la garantía de poder hacer su respectivo cobro al FOSYGA; Igualmente por política de la organización se crea la figura de Vinculados y Zonificados con el fin de eliminar barreras de acceso al servicio, pero que a su vez se deben cobrar al departamento o municipio donde está zonificado el usuario. Por lo tanto se hace necesario el cobro respectivo para minimizar los costos médicos y mantener la calidad y oportunidad de los servicios.
Objetivo del indicador	Control de los servicios ofertados no POS_S y los servicios de usuarios no zonificados en el departamento o municipio que presta el servicio enmarcados con los criterios de calidad y oportunidad.
Foco de la medida	Total de facturas con servicios de cobros mensualmente.
Tipo de medida	Porcentaje
Numerador	Total de facturas con servicios de cobros mensualmente.
Denominador	Total de facturas radicadas mensualmente.
Definición de los datos	El resultado se debe interpretar como la gestión del equipo ejecutivo de mejora de cuentas médicas encaminado a garantizar los términos normativos del POS_S y las políticas internas de la organización para minimizar el costo médico y la calidad de los servicios de la EPS_S.
Fuente de los datos	Herramienta tecnológica- aplicativo de cobros y aplicativo de radicación.
Periodicidad del indicador	Mensual
Persona responsable	Coordinador de Cobros

8. CONCLUSIONES

- En la realización del diagnóstico se involucraron los funcionarios del área objeto del proyecto, para lograr identificar aquellos procesos de mayor incidencia en los resultados del mismo.
- La metodología utilizada en este proyecto es fundamentada en el modelo de gestión por procesos, desarrollando las etapas de diagnóstico, propuesta de mejoramiento y planteamiento de mejoras para optimizar e impactar en los resultados de la organización.
- Dentro del planteamiento de mejora se propone la estandarización de manuales de procedimientos, donde se diseñó la información detallada y sistemática de cada una de las actividades que se realizan en el proceso de auditoría y mantenimiento de cuentas médicas de la EPS_S Comparta.
- La perspectiva del proyecto es brindar una opción a la EPS_S Comparta de aplicar a plenitud todos los conocimientos administrativos de desarrollo organizacional, con el propósito de hacer los procesos y subprocesos de auditoría y mantenimiento de cuentas médicas más efectivos, con rapidez, oportunidad, calidad y con menores costos y mejores ganancias.
- La consecución de una herramienta tecnológica integral por parte de la EPS-S Comparta es clave para facilitar el trabajo y permitir que los recursos sean aplicados eficientemente, reducir costos de la no calidad como por ejemplo el represamiento de trabajo y los reprocesos actuales, al igual, que lograr el intercambiando de información y conocimiento dentro y fuera de la organización.
- Como especialistas, la satisfacción de integrar y poner en práctica conocimientos técnico administrativos y gerenciales en el desarrollo de un proyecto real y proactivo para proveer el proceso de auditoría y mantenimiento de cuentas médicas de la EPS_S Comparta a un nivel exitoso y de confianza adecuado para que la entidad cumpla con los requisitos de calidad.

- Los resultados de cada subproceso propuesto en el planteamiento de mejoras están orientados a garantizar beneficios para el cliente tanto interno como externo de la entidad, buscando, crear ventajas competitivas basadas en los avances tecnológicos y en un modelo de gestión por proceso ajustado al modelo de salud de la EPS_S Comparta.

9. RECOMENDACIONES

- La alta dirección debe ser el precursor de un entorno laboral propicio para el mejoramiento del desempeño, que permita convertir el proceso de mejoramiento en parte del sistema operativo de la empresa, esta nueva forma de vida en la organización debe estar presente en el día a día para lograr cultura de calidad en la organización.
- Una de las herramientas gerenciales más efectivas para lograr cambios en un área, es a través, de procesos de gestión de mejoramiento, que permitan una visión globalizada y sistemática con el compromiso de un equipo ejecutivo de trabajo guiado por un líder que le permita lograr los resultados del proyecto.
- Es necesario que la empresa empiece a abordar modelos de procesos que le permitan ciertas garantías de éxito, delimitar procesos y subprocesos, establecer objetivos básicos, identificar y resolver los problemas desarrollando la destreza del aprender a aprender.
- La competitividad de una compañía aumenta cuando su recurso humano, factor fundamental en el desarrollo de cualquier proceso, tiene un perfil definido y estandarizado a través de un manual de funciones.
- Los actores del sistema, específicamente los relacionados con la EPS_S Comparta se involucren en los avances tecnológicos y se llegue a una articulación común del proceso, con el fin último de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- CHIAVENATO, Idalberto. Introducción a la Teoría General de la Administración, México, McGraw Hill. 1999
- HARRINGTON, H. Mejoramiento de los procesos de la empresa. Editorial Mc Graw Hill.
- **Paginas de internet**
- Uch Portal del estudiante de recursos humano. Producción procesos y operaciones, http://web.jet.es/amoarrain/Gestion_procesos.htm.
- Mejoramiento de los procesos y su aplicación, <http://www.monografias.com/trabajos>. Consulta 28 de noviembre de 2009
- Enfoque de la calidad de Harrington <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos>. consultada 17 de diciembre de 2009
- Ministerio de protección social de Colombia. <http://www.minproteccionsocial.gov.co>
- Los procesos y su modelación como instrumento para mayor eficacia, eficiencia y satisfacción. <http://www.gestiopolis.com>. Consultada 13 de noviembre de 2009

ANEXOS

Anexo 1 encuestas

U.I.S
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Encuesta sobre Percepción del nuevo proceso la EPS-S COMPARTA
Bucaramanga

Nombre (opcional) _____ Fecha dd / mm /aaaa

Cargo _____

De antemano agradezco su colaboración con el diligenciamiento de la encuesta.
Por favor contestar todas las preguntas.
(Marque con una X SOLO UNA OPCIÓN)

Tenga en cuenta que: La Gestión por Procesos es la forma de gestionar toda la organización basándose en los Procesos.

1. ¿Conoce usted sus funciones específicas y el proceso que debe desarrollar para cumplir con las mismas?

a) SI

b) No

2. ¿La EPS-S COMPARTA actualmente brinda facilidades para acceder a programas de capacitación o programas académicos que le permita a los funcionarios incrementar su conocimiento tácito (Conocimiento individual)?

a) NO

b) SICuál? _____

3. ¿Cree que actualmente la EPS-S COMPARTA facilita los medios para que usted o sus compañeros compartan el conocimiento sobre temas específicos o habilidades para el manejo de sistemas de información, para los cargos que se desempeñan con los funcionarios que lo necesitan?

a) Si lo permite

- b) Algunas veces
- c) Poco
- d) No lo permite

4 ¿Las funciones que actualmente desempeña en su cargo le permiten crear nuevas herramientas que faciliten su trabajo o el de compañeros de su área, optimizando tiempo y labores operativas?

- a) SI
- b) NO

5. ¿Cree usted que la implementación de un programa de calidad en donde se trabaje con la estandarización de los procesos en la EPS-S COMPARTA, mejorará su desempeño laboral e incrementará sus conocimientos y sentido de pertenencia hacia la organización?

- a) Si, seguramente
- b) Quizás
- c) No, para nada

6 ¿Estaría usted dispuesto a participar activamente en actividades que permitan el intercambio de conceptos, información y conocimientos acerca de los procesos manejados dentro del arrea en la cual trabaja?

- a) SI
- b) NO

7 De acuerdo a la siguiente escala determine el nivel de importancia que tienen para usted la implementación de incentivos por parte de la empresa para motivar la participación de los empleados en este tipo de programas.

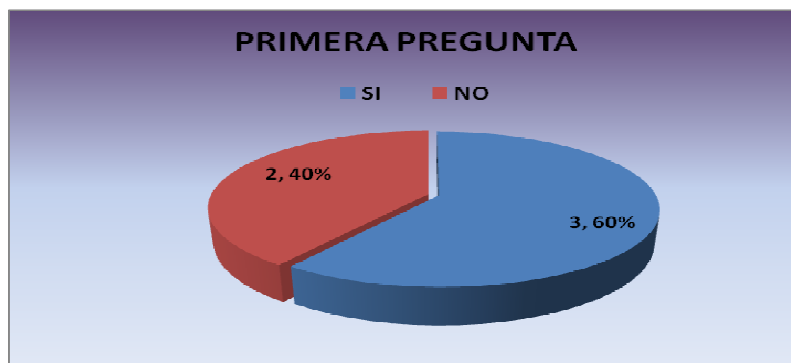
Siendo (1 de importancia Nula y 5 de Gran importancia)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

ANEXO 2. TABULACIÓN DE LA ENCUESTA

1. ¿Conoce usted sus funciones específicas y el proceso que debe desarrollar para cumplir con la mismas? (Marque con una X SOLO UNA OPCION)

- Del total de encuestados el 40% no conoce las funciones ni el proceso que desarrolla.



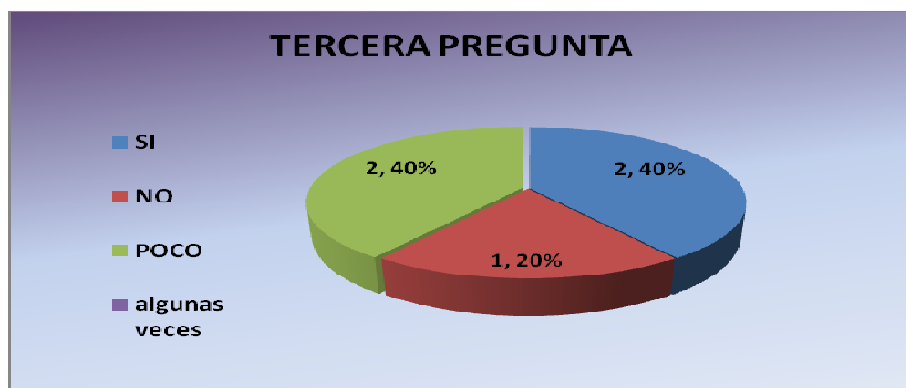
2. ¿La EPS-S COMPARTA actualmente brinda facilidades para acceder a programas de capacitación o programas académicos que le permita a los funcionarios incrementar su conocimiento tácito (Conocimiento individual)?

- El total de los encuestados coincidió en que la EPS_S Comparta no brinda programas de capacitación que les permitan adquirir y fortalecer sus conocimientos.



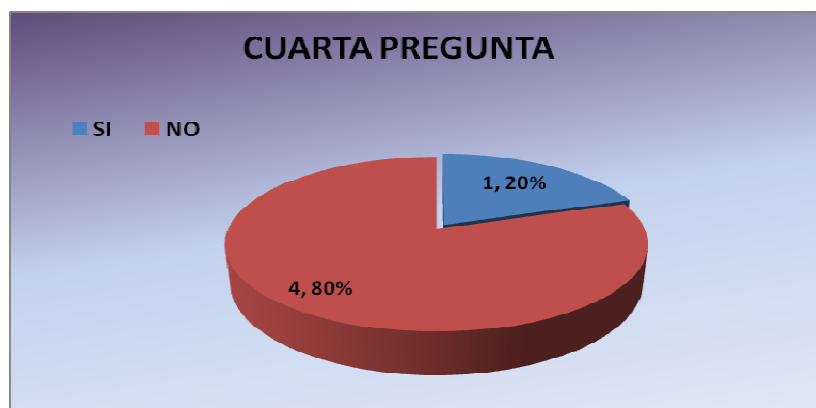
3. ¿Cree que actualmente la EPS-S COMPARTA facilita los medios para que usted o sus compañeros compartan el conocimiento sobre temas específicos o habilidades para el manejo de sistemas de información, para los cargos que se desempeñan con los funcionarios que lo necesitan?

- El 40% de los encuestados (2 funcionarios) respondió no a si la EPS_S facilita los medios para socializar y retroalimentar las habilidades entre los compañeros, el 40% (2 funcionarios) poco y el 20% (1 funcionario) respondió que sí.



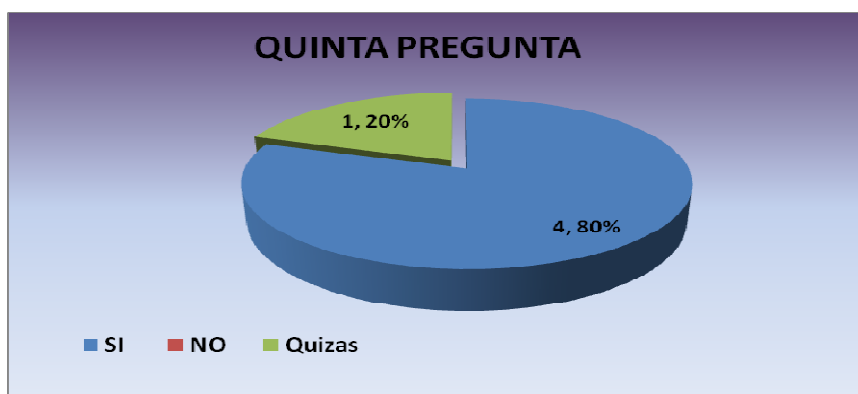
4 ¿Las funciones que actualmente desempeña en su cargo le permiten crear nuevas herramientas que faciliten su trabajo o el de compañeros de su área, optimizando tiempo y labores operativas?

- Del total de los encuestados el 80% (4funcionarios) considera que sus funciones no le permiten ser proactivos y un 20% (1 funcionario) si le permite desarrollar herramientas y/o estrategias para facilitar su trabajo.



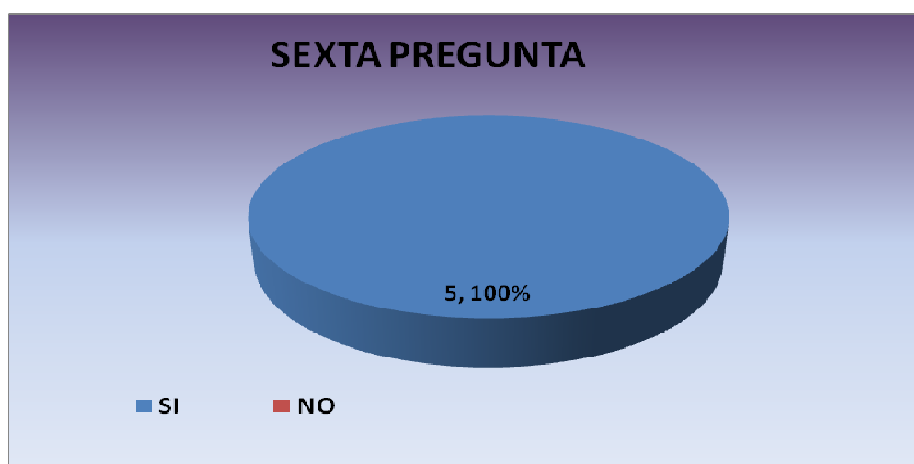
5. ¿Cree usted que la implementación de un programa de calidad en donde se trabaje con la estandarización de los procesos en la EPS-S COMPARTA, mejorará su desempeño laboral e incrementará sus conocimientos y sentido de pertenencia hacia la organización?

- Del total de los encuestados el 80% (4 funcionarios) respondieron que si, y un 20% (1 funcionario) quizás.



6 ¿Estaría usted dispuesto a participar activamente en actividades que permitan el intercambio de conceptos, información y conocimientos acerca de los procesos manejados dentro del área en la cual trabaja?

- El total de los encuestados es decir el 100% respondió que si le gustaría participar en actividades de retroalimentación de procesos.



7 De acuerdo a la siguiente escala determine el nivel de importancia que tienen para usted la implementación de incentivos por parte de la empresa para motivar la participación de los empleados en este tipo de programas.

Siendo (1 de importancia Nula y 5 de Gran importancia)

1 2 3 4 5

--	--	--	--	--

- El 100% de los encuestados (5 funcionarios) marcaron 5 como de gran importancia 100% de los encuestados califico esta pregunta como de gran importancia.





REPORTE DEL SERVICIO FACTURADO POR PATOLOGIA Y SEGMENTOS

PATOLOGIA	CENTRO DE COSTO	SEGMENTO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	
		DIAGNOSTICO				
		INTERVENCION				
		APOYO TERAPEUTICO				
		ESTABILIZACION				
		Subtotal				
			DIAGNOSTICO			
			INTERVENCION			
			APOYO TERAPEUTICO			
			ESTABILIZACION			
			Subtotal			
			DIAGNOSTICO			
			INTERVENCION			
			APOYO TERAPEUTICO			
			ESTABILIZACION			
			Subtotal			
	TOTAL GENERAL					

REPORTE DEL SERVICIO FACTURADO DE ALTO COSTO POR SERVICIO TRAZADOR

MUNICIPIO	SERVICIO TRAZADOR	SERVICIOS	CANTIDAD	OCURRENCIA	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
	CONSULTA MÉDICA	Consulta especializada				
		Consulta Urgencia				
		Subtotal				
	HOSPITALIZACION NO QUIRURGICA	Honorarios medicos				
		Estancia hospitalización				
		UCI				
		Observacion				
		Subtotal				
	HOSPITALIZACION QUIRURGICA	Procedimientos Quirúrgicos Hospitalario				
		Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorio				
		Subtotal				
	PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO	Imagenologia Ambulatoria				
		Imagenologia hospitalaria				
		Imagenologia Urgencias				
		Laboratorios Ambulatorio				
		Laboratorios Hospitalarios				
		Laboratorios Urgencias				
		Biopsias				
		Subtotal				
	PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO	Terapias				
		Banco de sangre				
		Radioterapia				
		Quimioterapia				
	Subtotal					
MEDICAMENTOS	Oxigeno					
	Medicamentos Ambulatorio					
	Medicamentos Hospitalarios					
	Medicamentos Urgencias					
	Subtotal					
TRASLADO DE PACIENTES	Traslado de pacientes					
	Subtotal					
TOTAL GENERAL						

REPORTE DEL SERVICIO FACTURADO POR SERVICIO TRAZADOR POR NIVELES DE COMPLEJIDAD

NIVEL DE COMPLEJIDAD	MUNICIPIO	SERVICIO TRAZADOR	SERVICIOS	CANTIDAD	OCURRENCIA	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	
NIVEL I		CONSULTA MÉDICA	Consulta especializada					
			Consulta Urgencia					
			Subtotal					
		HOSPITALIZACION NO QUIRURGICA	Honorarios medicos					
			Estancia hospitalización					
			UCI					
			Observacion					
		Subtotal						
		HOSPITALIZACION QUIRURGICA	Procedimientos Quirúrgicos Hospitalario					
			Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorio					
			Subtotal					
		PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO	Imagenologia Ambulatoria					
			Imagenologia hospitalaria					
			Imagenologia Urgencias					
			Laboratorios Ambulatorio					
			Laboratorios Hospitalarios					
			Laboratorios Urgencias					
			Biopsias					
		Subtotal						
		PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO	Terapias					
			Banco de sangre					
Radioterapia								
Quimioterapia								
Subtotal								
MEDICAMENTOS	Oxigeno							
	Medicamentos Ambulatorio							
	Medicamentos Hospitalarios							
	Medicamentos Urgencias							
Subtotal								
TRASLADO DE PACIENTES	Traslado de pacientes							
Subtotal								
TOTAL GENERAL								
		CONSULTA MÉDICA	Consulta especializada					
			Consulta Urgencia					
			Subtotal					
		HOSPITALIZACION NO QUIRURGICA	Honorarios medicos					
			Estancia hospitalización					
			UCI					
			Observacion					
		Subtotal						
		HOSPITALIZACION QUIRURGICA	Procedimientos Quirúrgicos Hospitalario					
			Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorio					
			Subtotal					
		PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO	Imagenologia Ambulatoria					
			Imagenologia hospitalaria					
			Imagenologia Urgencias					
			Laboratorios Ambulatorio					
Laboratorios Hospitalarios								

NIVEL II		Laboratorios Urgencias				
		Biopsias				
		Subtotal				
	PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO	Terapias				
		Banco de sangre				
		Radioterapia				
		Quimioterapia				
		Subtotal				
	MEDICAMENTOS	Oxigeno				
		Medicamentos Ambulatorio				
	Medicamentos Hospitalarios					
	Medicamentos Urgencias					
	Subtotal					
TRASLADO DE PACIENTES	Traslado de pacientes					
	Subtotal					
	TOTAL GENERAL					
NIVEL III	CONSULTA MÉDICA	Consulta especializada				
		Consulta Urgencia				
		Subtotal				
	HOSPITALIZACION NO QUIRURGICA	Honorarios medicos				
		Estancia hospitalización				
		UCI				
		Observacion				
		Subtotal				
	HOSPITALIZACION QUIRURGICA	Procedimientos Quirúrgicos Hospitalario				
		Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorio				
		Subtotal				
	PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO	Imagenologia Ambulatoria				
		Imagenologia hospitalaria				
		Imagenologia Urgencias				
		Laboratorios Ambulatorio				
	Laboratorios Hospitalarios					
	Laboratorios Urgencias					
	Biopsias					
	Subtotal					
PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO	Terapias					
	Banco de sangre					
	Radioterapia					
	Quimioterapia					
	Subtotal					
MEDICAMENTOS	Oxigeno					
	Medicamentos Ambulatorio					
	Medicamentos Hospitalarios					
	Medicamentos Urgencias					
	Subtotal					
TRASLADO DE PACIENTES	Traslado de pacientes					
	Subtotal					
	TOTAL GENERAL					
		TOTAL GENERAL				



REPORTE DE GLOSA DE PROMOCION Y PREVENCION

Fecha:

Señores
E.S.E. HOSPITAL
Atte. Dpto. de Facturación
Municipio.....

Asunto:

Número de Factura	Valor de Factura	Valor Glosado	Motivo de Glosa
			Por cobertura, que realmente se tomaran como reserva para el trimestre
			Por Integralidad
			Por pertinencia
Total Glosa			

Ver detalle de motivo de glosa por ejecucion de matrices de P y P

Atentamente,

AUXILLIAR DE AUDITORIA: _____
EPS-S COMPARTA
AUDITORIA Y MANTENIMIENTO SANTANDER

CC:
Coordinador de Programatico de Santander

NOTA:
Para la contestación y aceptación de la glosa favor enviar copia de este formato. La EPS-S COMPARTA y la IPS se comprometen a respetar la norma en cuanto a la realización y respuesta de glosas de acuerdo a la res. 3260 de 2004 y res. 4747 de 2007. Glosa no contestada en los tiempos establecidos no será cancelada.