

**PROPUESTA DE METODOLOGÍA PARA LA AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS EN LA
UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL TOLIMA**

Yamile C. Benitez, Francy T. Ramos y Ingrid K. Rengifo

TUTOR METODOLOGICO
Dr. Fabián Gerardo Díaz Garzón

ESPECIALIZACION EN AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD
UNIVERSIDAD EAN – UNIVERSIDAD DEL TOLIMA
COHORTE XXVI

2020

Resumen

La auditoría de cuentas médicas al igual que todos los procesos requiere evaluación y ajustes constantes, ya que en la medida en la que fluyan de manera ágil, los recursos de inversión serán aprovechados en mayor magnitud y la satisfacción del cliente interno y externo será mayor.

De tal manera, que al interior de una Unidad Prestadora de Servicios de Salud que maneja un número de usuarios cercano a los treinta mil y un presupuesto aproximado de veintiún mil millones de pesos, deben generarse este tipo de actividades.

Para la realización de la propuesta de metodologías que innoven y mejoren los procesos, deben primero caracterizarse, y así, detectar de la manera más objetiva posible los puntos que requieran chequeos constantes o cambios y así poder plantear acciones verdaderamente efectivas y cuyo impacto sea positivo tanto a nivel de costos como de calidad.

Se llevó a cabo el análisis de la herramienta que actualmente se trabaja en la UPRES y de allí, salieron todos los valores de las variables de estudio, con los que se realizaron los cálculos estadísticos que permitieron brindar las herramientas para realizar planteamientos que mejoren el proceso de auditoría de cuentas médicas.

Palabras clave: auditoría, sistematización, confiabilidad, pertinencia, glosa.

Dedicatoria

El conocimiento e investigación presentado en este proyecto, va consagrado a Dios, a nuestras familias y todas aquellas personas que hicieron posible su desarrollo.

Agradecimientos

Agradecemos a Dios por iluminarnos y guiar nuestro camino, a nuestras familias por su apoyo incondicional, a la Unidad Prestadora de servicios de Salud – Tolima por darnos tiempo e información y a la Universidad EAN y Universidad del Tolima, por contar con excelentes docentes, herramientas e instalaciones que permiten un óptimo desarrollo de proyectos y una impecable experiencia como estudiante.

TABLA DE CONTENIDO

Planteamiento del problema	9
Pregunta general de investigación	11
Objetivos	11
Objetivo general	11
Objetivos específicos	11
Marco Teórico	11
Enfoque A Proceso	12
Auditoría Para El Mejoramiento De La Calidad De La Atención De Salud	13
Proceso Auditoria De Cuentas Médicas	14
Marco Conceptual	15
Marco Institucional	20
Misión:	20
Visión:	20
Organigrama:	21
UPRES Tolima.	21
Mapa De Procesos:.....	25
Instructivo componente auditoría de la facturación de los eventos en salud de la Dirección de Sanidad Policía Nacional.	25
Guía de lineamientos para la radicación y obligación de cuentas médicas Código: 1ar-Gu-0002.....	26
Metodología	32
Enfoque, diseño de la investigación y alcance o tipo de estudio	32
Definición De Variables	33
Operacionalización de variables	35
Población Y Muestra.	40
Selección de métodos o instrumentos para recolección de información.....	40
Análisis	41
Medición de las Variables	41
Variable Glosas	41
Categoría Glosa.....	41
Variable Diagnósticos	43
Variable CUPS.....	45
Variable Prestador de Servicios	46
Fecha de atención	47

Errores del formato.....	48
Tipo de atención	48
Conclusiones y Discusión.....	50
Referencias.....	53
Apéndice	55
Consideraciones éticas.....	55
Declaración conflicto de intereses	56
Cronograma de Gantt	57

LISTA DE TABLAS

TABLA 1 Servicios de salud UPRES Tolima.	24
TABLA 2 Definición conceptual de variables	34
TABLA 3 Operacionalización de variables	39

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Proceso entradas y salidas.....	12
FIGURA 2. Ciclo y componentes PHVA.....	13
FIGURA 3. Organigrama DISAN Policía Nacional.....	21
FIGURA 4 Organigrama UPRES Tolima.....	21
FIGURA 5 Ubicación geográfica ESPRI- UPRES TOLIMA.....	22
FIGURA 6 Mapa de procesos DISAN Policía Nacional	25

LISTA DE GRAFICAS

GRAFICA 1 Proporción de glosas.....	41
GRAFICA 2 Proporción categoría de glosas	42
GRAFICA 3 Proporción de diagnósticos	44
GRAFICA 4 Proporción y frecuencia CUPS	45
GRAFICA 5 Proporción de frecuencia de Instituciones prestadoras de servicios de salud.	46
GRAFICA 6 Comportamiento de atenciones pacientes UPRES Tolima según facturación año 2019.	47
GRAFICA 7 Frecuencia errores del formato Auditoria de cuentas.....	48
GRAFICA 8 Tipo de atención prestada por red externa a UPRES Tolima	49

Introducción

Uno de los elementos más relevantes en la calidad de vida de los individuos es su satisfacción en la atención en salud. Es así, que todos los procesos que rodean la atención tanto desde el punto de vista asistencial como administrativa deben ser el reflejo de acciones, ordenadas, lógicas, secuenciales y con un mínimo de error que garanticen seguridad y optimización de los recursos financieros.

Es por esto, que deben llevarse a cabo análisis que evidencien las oportunidades de mejora a todo nivel. Puntualmente al hablar de la inversión de los recursos, el proceso de auditoría de cuentas médicas es un eje fundamental para que todo el engranaje de las acciones en atención del paciente sea pertinentes, seguras y de óptima calidad.

Para la realización de los análisis y toma de decisiones que impacten de manera positiva la Organización, debe reconocerse de manera clara, el paso a paso del proceso de auditoría y deben medirse los indicadores que reflejen si son o no efectivas las disposiciones para llevar a cabo las actividades propias de la auditoría de cuentas médicas.

Posterior a este análisis deben reconocerse las dificultades y que tipo de acciones deben ser tomadas para mejorar los procesos; en todo momento hay que tener presente que dichas acciones deben ser con un costo razonable, trazable, medible y pertinente a la naturaleza de la misión institucional y al tipo de Institución que se propone intervenir.

Planteamiento del problema

En Colombia desde el siglo pasado, con la ley 100 de 1993 se ha implementado en todas las Instituciones de Salud el concepto de auditoría médica, con el fin de realizar un seguimiento sistemático y periódico de la calidad y la atención médica. Dicho de otra manera, es un instrumento estadístico que permite evaluar tanto la eficiencia como la efectividad del acto médico, logrando el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud “Páez, D. 2017”.

Sin embargo, cada día es mayor el volumen de datos e información en salud que circulan dentro del proceso de atención a los pacientes; proporcional al aumento en la cantidad de información, surgen los desafíos que hacen necesaria la mejora continua. Castiel & Vasconcel denominan “precariedad del exceso” a este aspecto paradójico, representado por una abundancia de información de difícil utilización tanto por su volumen como por su calidad.

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, se encuentra planteado con lineamientos diferentes que no permiten datos homogéneos, al querer llevar a cabo la correlación con lo emitido desde las diferentes IPS que prestan servicios asistenciales a los usuarios que acuden para la atención, ya sea por referencia o por red externa. (Acuerdo 002 de 2001).

Actualmente en la Unidad Prestadora de servicios de salud de la Policía Nacional Tolima, Maneja los servicios de salud de la población afiliada en todo el departamento del Tolima, lo que implica la atención de 28.423 pacientes, dicho proceso asistencial debe ser controlado por el área de auditoría de cuentas médicas, que actualmente no cuenta con un proceso adecuado, que de manera secuencial, ágil y sistemática garantice información de calidad en tiempo real, optimizando el desempeño, tanto en materia asistencial como de costos.

Durante el año 2019 se realizó la recopilación de los datos de atención a los pacientes

en la red externa lo que permitió por primera vez levantar una base de datos robusta que pudiese analizarse para iniciar el proceso de trazabilidad y medición adecuada, y de ésta manera, llevar a cabo todo el diseño de un proceso adecuado, lógico, secuencial, sistemático que asegure una inversión de los recursos de manera pertinente y de igual manera, provea de la mejor atención a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional que son atendidos en la red externa.

Lo anterior, genera varios problemas en la recolección y análisis de los datos en salud a nivel local, que repercuten en la calidad de la información recolectada, dificultando su análisis y aplicación en la gestión.

Estos problemas se han identificado, sin embargo, no han sido documentados de manera sistemática y trazable, lo que permita diseñar una herramienta para optimizar la información, depurar su calidad y analizar de manera más eficiente los datos de la atención que reciben los pacientes.

El presente estudio plantea realizar en primer lugar un análisis de los elementos más relevantes tanto epidemiológicos, como en materia de costos, de los registros del año 2019, y en segundo lugar, diseñar una metodología que facilite la labor del personal de auditoría para disminuir los errores, de igual manera, mejorar el porcentaje de glosa y desde el punto de vista asistencial que optimice la atención recibida por los usuarios en la red externa.

Pregunta general de investigación

¿Es adecuado el proceso de auditoría de cuentas médicas en la UPRES Tolima - Policía Nacional?

Objetivos

Objetivo general

Generar una metodología que facilite el proceso de auditoría de cuentas médicas de la UPRES TOLIMA Policía Nacional, para disminuir los errores en la facturación, mejoren el porcentaje de glosa y optimicen la atención de los usuarios adscritos a la Policía Nacional.

Objetivos específicos

- Analizar la situación actual del proceso de auditoría de cuentas médicas de UPRES Tolima - Policía Nacional, por medio de la revisión de bases de datos utilizadas en las auditorías médicas.
- Establecer los puntos críticos del proceso de auditoría como base para el desarrollo de una metodología de uso en cuentas médicas.
- Definir y elaborar metodología de evaluación para proceso de auditoría de cuentas médicas.
- Sugerir la implementación de la metodología elaborada con el fin la toma de decisiones asertivas y de impacto.

Marco Teórico

De acuerdo con Leuro y Oviedo 2017 la auditoría de cuentas médicas es un tipo de auditoria que, con el establecimiento del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), no se ha planteado realmente con unos parámetros claros y básicamente se ha orientado a un sistema de garantía de calidad de prestación de servicios de salud.

Se tendrá en cuenta las siguientes teorías relacionadas con el proceso de auditoría y gestión de procesos:

Enfoque A Proceso

Según la norma institucional ISO 9001 este enfoque permite a la organización controlar las interrelaciones e interdependencias entre los procesos del sistema, de modo que se pueda aumentar el desempeño global de la organización.



FIGURA 1 Proceso entradas y salidas.
Fuente: ISO 9001 Sistema de gestión

El ciclo PHVA, también conocido como ciclo de la calidad, círculo de Deming o Espiral de la mejora continua, es una herramienta planteada inicialmente por Walter Shewhart y trabajada por Deming en 1950; se fundamenta en cuatro pasos: planificar (Plan), hacer (Do), verificar (Check) y actuar (Act).

En términos generales, el PHVA es un ciclo que contribuye a la ejecución de los procesos de forma organizada y a la comprensión de la necesidad de ofrecer altos estándares de calidad en el producto o servicio; por tanto, puede ser utilizado en las empresas, ya que permite la ejecución eficaz de las actividades. (Zapata. 2016).

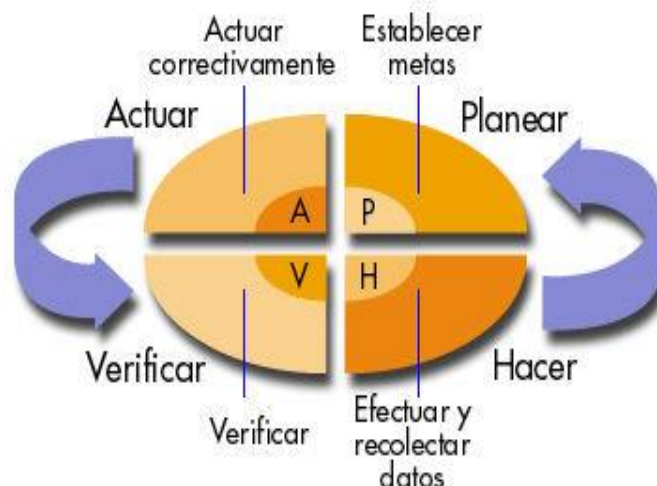


FIGURA 2. Ciclo y componentes PHVA

Auditoría Para El Mejoramiento De La Calidad De La Atención De Salud

Este se base a nivel nacional por el decreto 1011/2006: La auditoría 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 auditoría 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.

El modelo de auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud opera en tres niveles:

- Autocontrol. Cada miembro de la entidad 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.

- Auditoría Interna. Consiste en 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 adquiriera la cultura del 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.
- 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. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa

Y se llevan a cabo tres tipos de acciones de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en concordancia con el Decreto 1011 de 2006: acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales

Proceso Auditoría De Cuentas Médicas

La auditoría de cuentas médicas es un sistema de evaluación que se realiza a los procesos de facturación de los servicios de salud prestados por las IPS, este proceso es llevado a cabo por auditores médicos con el objetivo fundamental de identificar y solucionar irregularidades en el proceso de facturación y de relacionamiento entre los diferentes actores del sistema de salud. La auditoría de cuentas médicas tiene como fin el fortalecer el flujo de caja, la calidad asistencial y la relación prestador – asegurador, garantizando que esta relación esté acorde con los parámetros contractuales definidos.

Dentro del proceso de auditoría, se debe realizar una validación de las cuentas médicas de acuerdo con lo establecido en la resolución 3047 de 2008 Por medio de la cual se definen

los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007 Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

Dentro de las funciones que debe realizar el área de auditoría de cuentas médicas son:

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

Marco Conceptual

Auditoría: proviene del latín *audire* y *auditus* relacionados con la palabra oír y con la palabra audiencia. La auditoría es un examen crítico, pero no mecánico, que no implica la preexistencia de fallas en la entidad auditada y que persigue el fin de evaluar y mejorar la

eficacia y eficiencia de un organismo.

Calidad en salud: el decreto 2174 de 1996 sistema obligatorio de garantía de la calidad, reglamentario de la ley 100 de 1993, define la calidad en salud así: “la calidad de la atención en salud está dada por el conjunto de características tecnocientíficas, humanas, financieras y materiales que debe tener la seguridad social en salud, bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y a la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios”

Calidad en servicios en salud: Es el nivel de desarrollo y operatividad que garantiza el logro de los mayores beneficios para los usuarios con los menores riesgos posibles.

La auditoría médica tiene como fin valorar la calidad de los servicios de salud. Es un medio que permite conocer los diferentes actores de los procesos asistenciales y controlar que cumplan con los objetivos normales y protocolos establecidos.

Auditoría de cuentas médicas: Es un sistema financiero que habla de la descentralización, técnica administrativa y financiera de las entidades de salud, lo que ha obligado a la implementación de sistemas de facturación y venta de servicios de salud en base a tarifarios, entre los cuales se encuentran el tarifario ISS y SOAT.

Los auditores de cuentas médicas deben tener amplios conocimientos de auditoría médica de calidad, manejo de facturación, aplicación de manuales tarifarios y de la normatividad vigente del SGSSS. Cabe resaltar que el ejercicio de auditoría de cuentas médicas va más allá de la formulación de objeciones y glosas para disminuir costos médicos, para ser concebido como un procedimiento técnico de control para la evaluación del proceso de atención, a la luz de la normatividad vigente y los avances de la ciencia.

Principios de la auditoría médica

Objetividad: la auditoría médica debe realizarse de manera imparcial, sobre los hechos del caso sometidos a su análisis.

Imparcialidad: ausencia de perjuicio favorable o adverso cuando se debe emitir un dictamen.

Documentación: el análisis y evaluación que realiza la auditoria se refiere exclusivamente a los documentos que proporcionan la información sobre la atención en salud, y por tanto se debe aplicar el método de análisis documental.

Planeación: se persiguen unos objetivos y se prevén unos aspectos concretos a analizar, que obedecen a una política institucional y a un programa a ejecutar, en el tiempo que requiera una asignación determinada d recursos. Es planeada porque responde a: ¿para qué? ¿Cuándo? ¿Como? ¿Cuándo se va a auditar?

Publicidad: los resultados que se obtengan de la auditoria medica son de conocimiento público y observan los principios constitucionales en materia de intimidad y manejo de información.

Continuidad: la auditoria medica debe ser una actividad permanente y parte integrante de los planes y programas institucionales, la auditoria medica no debe obedecer a casos fortuitos, como muerte o daño al paciente, sino que debe ser una tarea de rutina propia de una entidad.

Auditoria en salud: Análisis crítico sistemático de la calidad del cuidado en salud incluyendo los procedimientos usado para el diagnóstico y tratamiento, el uso de los recursos, el resultado obtenido y la calidad de vida del paciente.

Es la evaluación sistemática de la calidad y la racionalidad del recurso de la atención en salud, enfocada en su proceso y resultado, con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Revisión de cuentas: Es un proceso o sistema, que cuenta con metodología, herramientas y lenguaje técnico implementado por el asegurador o pagador del servicio, que conduce a la revisión de las facturas generadas por el proveedor del servicio durante la provisión de este.

En la revisión retrospectiva se realiza una vez generada y radicada la factura, en un tiempo posterior a la prestación del servicio, con la aplicación de los términos de tiempo estipulados en la normatividad legal vigente; la dificultad de generar órdenes de pago de las prestaciones ante la posibilidad de no contar con la totalidad de los soportes asistenciales y/o administrativos, lo cual amplía los términos de tiempo para el pago efectivo.

Presentación de cuentas médicas: Es objeto de revisión de la totalidad de la facturación por la prestación de servicios de salud brindados a los usuarios, en atención programada o de urgencias, presentada por los prestadores (IPS), así como las solicitudes de reembolso por servicios de salud que formulen los aseguradores (Leuro 2007).

Presentación y radicación: esta primera fase del proceso es responsabilidad del área de cuentas por pagar en la entidad responsable del pago, en donde se verifica el saldo presupuestal del contrato y la vigencia de este. Las normas que regulan los términos para radicar las cuentas son los siguientes:

Ejecución de las siguientes fases:

- Validación de RIPS (Resolución 3374 de 2000 y 0951 de 2002).
- Revisión técnica (requisitos de factura)
- Revisión administrativa (evidencia de soportes documentales, codificación de prestaciones, tarifas y frecuencias)
- Auditoria asistencial de cuentas médicas, desde la óptica de la pertinencia, oportunidad y racionalidad técnico-científica a la luz de las guías y protocolos de atención en salud basados en la evidencia clínica.
- Formulación y comunicación de objeciones/glosas si fuera el caso
- Certificación del valor a pagar y/o del monto de las glosas si las hubiere.
- Envío de la certificación de facturas y demás soportes al área de cuentas por pagar para elaboración de la orden de pago.

- *Devoluciones*: Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. (Resolución 3047 de 2008).
- *Pago a los prestadores de servicios de salud*: Es la generación de la compensación económica por la prestación de servicios de salud una vez se ha completado satisfactoriamente el proceso de auditoría y facturación. (Resolución 3047 de 2008).
- Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. (Decreto 4747 de 2007).

Los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud son:

- a. *Pago por capitación*: Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido.
- b. *Pago por evento*: Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. (Cote 2017).
- c. *Pago por caso*: conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados (Pazos 2015).

Marco Institucional

La Unidad Prestadora de Salud Tolima pertenece a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. La UPRES es un componente del área de gestión de prestación de servicios de salud de la Policía Nacional encargada de administrar el Subsistema de Salud de manera sectorial e implementar las políticas emitidas por el Consejo Superior de Salud de las Fuerza Militares y de la Policía Nacional (CSSMP) y los planes y programas que coordine el Comité de Salud de la Policía Nacional respecto del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN) (Acuerdo 002 2002).

Misión:

La Dirección de Sanidad contribuye a la calidad de vida de sus usuarios, satisfaciendo sus necesidades de salud, a través del aseguramiento, la administración y la prestación de servicios de salud integrales y efectivos. (Disan Policía 2017)

Visión:

Al 2030 seremos una institución preparada para responder ante el cambio social a nivel local y global, como resultado de transformaciones estructurales que generen cultura y conciencia de futuro responsable en la actualidad. (Disan Policía 2017).

Organigrama:

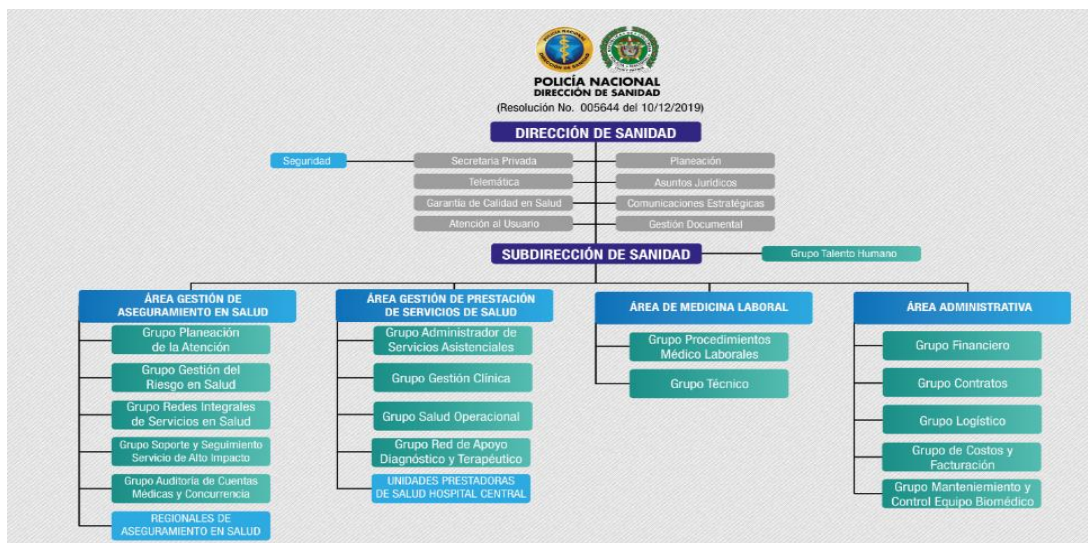


FIGURA 3. Organigrama DISAN Policía Nacional
FUENTE: <https://www.policia.gov.co/direccion/sanidad/organigrama>

UPRES Tolima.

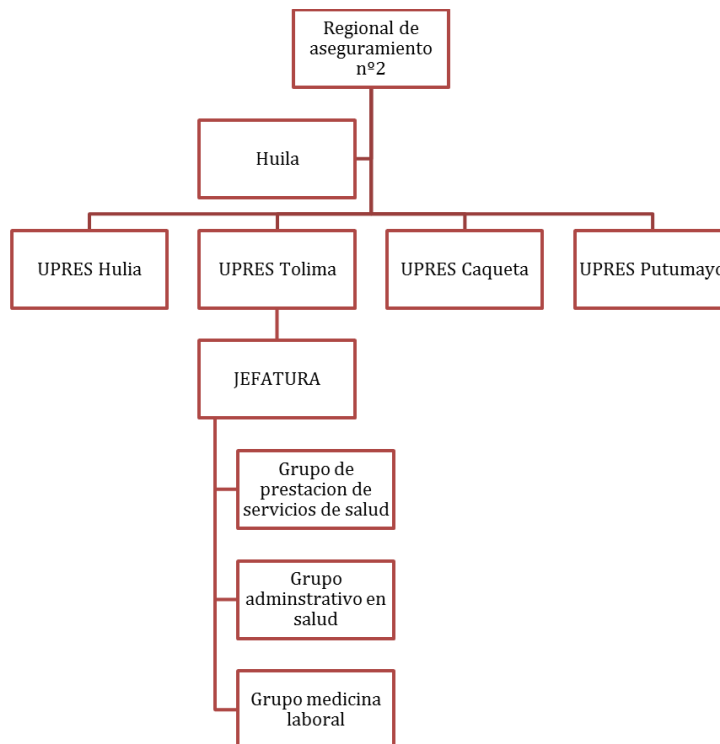


FIGURA 4 Organigrama UPRES Tolima
Fuente: Elaboración Propia.

La UPRES Tolima esta conformada por 5 Establecimientos de sanidad primarios de bajo complejidad los cuales se encuentran ubicados geograficamente en el departamento con el fin de brindar y asegurar acceso al personal adscrito a la UPRES el cual está en un promedio de 28.459.

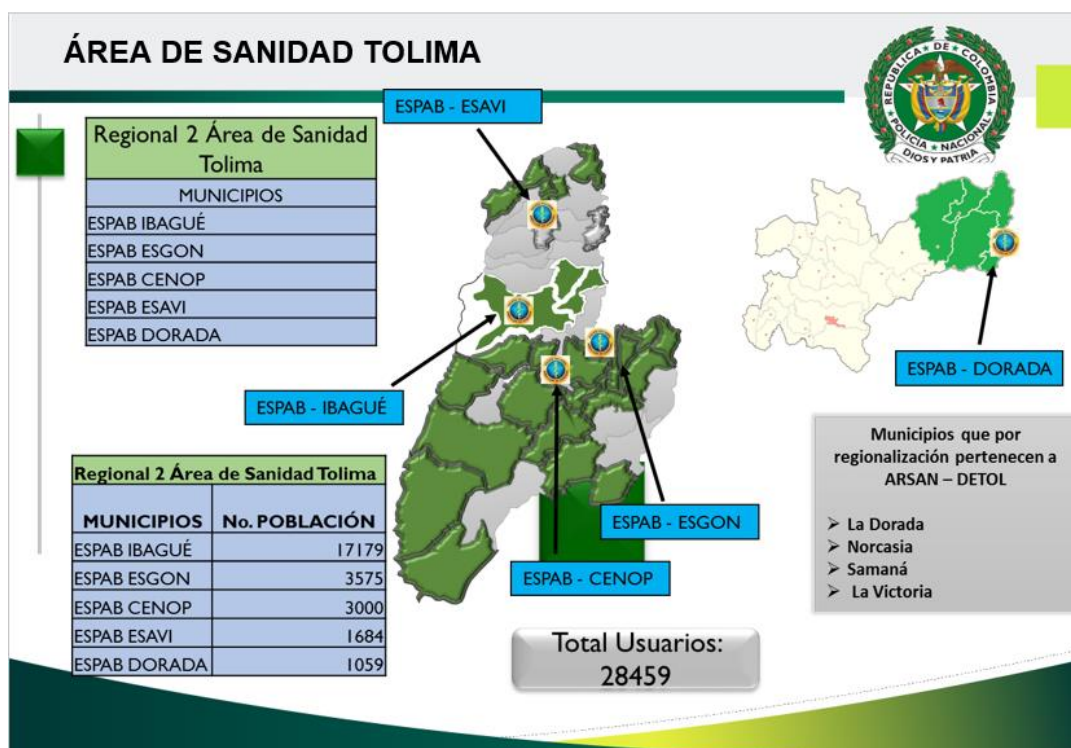


FIGURA 5 Ubicación geográfica ESPRI- UPRES TOLIMA
Fuente: Repositorio Planeación UPRES TOLIMA

ESPRI	MUNICIPIO	SERVICIOS
IBAGUE	Ibague	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de Planificación Familiar • Consulta de Salud Oral Preventiva • Consulta Post Parto Madre y Recién Nacido • Consulta Preconcepcional • Consulta Preventiva Adolescente y Adulto Joven • Consulta Preventiva Adulto • Consulta Preventiva Adulto Mayor • Control de Crecimiento y Desarrollo • Control Prenatal • Curso Psicoprofiláctico • Fonoaudiología • Gerontología • Ginecobstetricia • Laboratorio Clínico Baja Complejidad

		<ul style="list-style-type: none"> • Medicina General • Medicina Interna • Nutrición y Dietética • Odontología General • Pediatría • Psicología • Psiquiatría • Taller de Nutrición Saludable • Terapia Física y Rehabilitación • Terapia Ocupacional • Actividad Física Dirigida • Terapia Respiratoria • Toma de Muestras Laboratorio Clínico • Trabajo Social • Transporte Asistencial Básico • Vacunación
Escuela de Aviación. ESAVI	MARIQUITA	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de Planificación Familiar • Consulta de Salud Mental Preventiva • Consulta de Salud Oral Preventiva • Consulta Post Parto Madre y Recién Nacido • Consulta Preconcepcional • Consulta Preventiva Adolescente y Adulto Joven • Consulta Preventiva Adulto • Consulta Preventiva Adulto Mayor • Control de Crecimiento y Desarrollo • Control Prenatal • Curso Psicoprofiláctico • Actividad Física Dirigida • Medicina General • Odontología General • Psicología • Servicio Farmacéutico Baja Complejidad.
Escuela Gabriel Gonzalez-ESGON	ESPINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina General • Odontología General • Psicología.
Escuela Nacional de Operaciones Policiales- SENOP	SAN LUIS	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de Planificación Familiar • Consulta de Salud Oral Preventiva • Consulta Post Parto Madre y Recién Nacido • Consulta Preconcepcional • Consulta Preventiva Adolescente y Adulto Joven • Consulta Preventiva Adulto • Consulta Preventiva Adulto Mayor • Control de Crecimiento y Desarrollo • Control Prenatal • Curso Psicoprofiláctico • Medicina General • Odontología General

		<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos Menores • Psicología • Sala EDA • Sala ERA • Actividad Física Dirigida • Terapia Física y Rehabilitación • Toma de Muestras Laboratorio Clínico • Transporte Asistencial Básico • Vacunación
Distrito La Dorada	La Dorada-Caldas	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de Planificación Familiar • Consulta de Salud Oral Preventiva • Consulta Post Parto Madre y Recién Nacido • Consulta Preconcepcional • Consulta Preventiva Adolescente y Adulto Joven • Consulta Preventiva Adulto • Consulta Preventiva Adulto Mayor • Control de Crecimiento y Desarrollo • Control Prenatal • Curso Psicoprofiláctico • Medicina General • Odontología General • Psicología.

TABLA 1 Servicios de salud UPRES Tolima.

Fuente: <https://www.policia.gov.co/sanidad/establecimientos-programas>

Dentro de la red externa de la UPRES TOLIMA encontramos todos los demás servicios de mediana y alta complejidad por medio de diversos contratos.

Mapa De Procesos:



FIGURA 6 Mapa de procesos DISAN Policía Nacional

Fuente: <https://www.policia.gov.co/sanidad/plataforma/objetivos>

Instructivo componente auditoría de la facturación de los eventos en salud de la Dirección de Sanidad Policía Nacional.

- Procedimiento de la auditoría de cuentas médicas
- Recepción factura, respuesta a glosa o devolución del prestador
- La ventanilla única de cuentas, recibe las facturas que el prestador de servicios de salud envía, mediante oficio en el que especifique la cuenta total de los servicios facturados, consolidado de la relación de facturas.
- En este paso se pretende asegurar una correcta recepción de las facturas y los soportes, para lo cual se debe dejar constancia de la fecha y hora de la recepción de la documentación, tomando en cuenta que el término de la ley para las objeciones a la misma, empiezan a correr desde este momento.
- Conteo y registro del número de folios que se reciben en cada factura, estos deben ser inmediatamente archivados conforme a la gestión documental vigente para el

Subsistema.

Guía de lineamientos para la radicación y obligación de cuentas médicas Código: 1ar-Gu-0002

La Central de Cuentas, es el sitio de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y USP, donde se reciben y radican las obligaciones a su cargo y se suministra información veraz y oportuna sobre el trámite de esta.

Lo anterior teniendo en cuenta la misionalidad y volumen significativo en la recepción de facturación por parte de las Unidades de Salud Policial. Para lo cual se desarrolla así:

1. Las Unidades de Salud Policial, deben contar con un funcionario que será la persona encargada de recibir la documentación correspondiente a servicios contratados con los prestadores de servicios de salud.
2. La documentación se debe recibir dentro de los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes; cuando se trate de documentación de servicios sin respaldo presupuestal (urgencia médica) es viable en los primeros veinte (20) días calendario de cada mes, en la ventanilla de central de cuentas de cada Unidad de Sanidad Policial,
3. El funcionario designado, verificará que los documentos entregados se encuentren en carpetas de hasta doscientos cincuenta folios de acuerdo a lo establecido en el proceso de gestión documental y que vengán relacionados en el formato de radicación de cuentas médicas en medio magnético, además verifica el cumplimiento de requisitos de acuerdo con la lista de chequeo establecida en el procedimiento de Administrar Cuentas Por Pagar, de acuerdo al tipo de documento, que soporta la obligación, así:

Contrato

- Factura (de acuerdo con la normatividad establecida y los requisitos de Ley artículos

616-1,616-3 617 y 618 E. T; artículos 772, 773, 774 Código de Comercio, Modificado Ley 1231 de 2008), este documento debe estar a nombre de la USP con el respectivo NIT.

- Firma del paciente y/o acudiente en los comprobantes de recibido del servicio.

Urgencia Médica (documentos adicionales a los anteriores) •

- Fotocopia cedula de ciudadanía del paciente (opcional).
- Fotocopia carné policial del paciente (opcional).
- Formato de información a terceros
- Certificación bancaria
- Fotocopia del RUT
- Fotocopia cedula representante legal

Nota: Para el caso de documentos que se requieran para el trámite de la cuenta y que no son anexados, pero reposan en la entidad, la auditoría de cuentas medicas deben realizar las gestiones pertinentes para su verificación, dejando registro de ello.

4. Si la documentación no cumple con la totalidad de estos requisitos, el funcionario de la Central de Cuentas procederá a devolver de forma inmediata al prestador para que subsane la novedad que ocasionó la devolución, de acuerdo con lo establecido en la lista de chequeo.

5. Si la documentación cumple, el funcionario de la Central de Cuentas procede a dar el recibido a la documentación antes mencionada, realiza la respectiva radicación factura por factura en los sistemas de información financiera SIIF nación – SGF (ver anexo1)

“Instrucciones Para La Inclusión de da Información de Servicios Médicos en el SGF); o en su defecto en base de datos para las unidades que no cuentan con el SGF.

6. Después de la radicación se diligencia el formato “tramite de Obligaciones” en los apartes que corresponden al radicador, este debe ser diligenciado de manera consecutiva de acuerdo con número de radicación que genera el sistema de información financiera SGF, adicionalmente se debe diligenciar las columnas adicionales a este formato que son de uso exclusivo de las USP (ver anexo 2), con el fin de llevar control por parte de la Central de Cuentas de las Facturas recibidas.

7. Después de elaborar la radicación, el funcionario de la Central de Cuentas diligencia el formato “planilla asignación turno-tramite de cuentas” con el numero de la radicación consecutivo del SGF y lo entrega mediante relación (archivo generado radicado SGF) las facturas al auditor médico, lo cual debe realizarse por escrito en un tiempo no superior a tres (3) días hábiles posteriores a la radicación, ejerciendo control de su devolución dentro de los quince (15) días hábiles siguientes.

8. La auditoría medica de cuentas, se deberá llevar conforme a lo establecido en la componente auditoría médica de cuentas del instructivo 021/2011 DISAN-AGESA o las normas que lo modifiquen o sustituyan, realizando el cierre del ciclo de la auditoría de cuentas en los tiempos establecidos en la Ley 1438 de 2011, así:

“Artículo 57. TRAMITE DE GLOSAS. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por

las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas". (En este último evento se procederá a citar al prestador a una conciliación directa en las dependencias de sanidad policial, que no debe superar los sesenta (60) hábiles posteriores a la radicación).

"Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la Ley.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago".

Decreto 4747 de 2007, "Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones" y la resolución 3047 de 2008.

9. Los auditores médicos de las USP, deberán dejar registros que demuestren la trazabilidad de las gestiones adelantadas con los prestadores de servicios, lo cual será verificado por los

responsables del grupo central de cuentas de cada unidad y Jefe Financiero, formato control de auditoría médica.

10. El líder Nacional de Auditoría Médica con su equipo de trabajo realiza seguimientos y acompañamientos a las unidades en lo que concierne a la auditoría de cuentas médicas, con el fin de verificar el porcentaje de glosas sobre la facturación, la calidad y el porcentaje (%) de recuperación sobre las mismas. El seguimiento es mensual, se retroalimenta a todos los médicos auditores en normatividad y calidad del trabajo y se hacen acompañamiento trimestral, para verificación de cumplimientos y evaluación de desempeño, dejando registros mediante actas y/o informes.

11. De igual manera los auditores médicos entregan a central de cuentas la auditoría en físico debidamente firmada y en medio magnético a central de cuentas de cada unidad, para que el responsable de central de cuentas lleve el control de las glosas por cada IPS y realice seguimiento.

12. El funcionario de la Central de Cuentas encargado de la radicación, recibe las facturas debidamente auditadas para el pago, con el formato de “certificación de auditoría médica. Posteriormente procederá a actualizar la base de datos formato “tramite de obligaciones” código 1AR-FR-0014 diligenciando las columnas adicionales a este formato que son de uso exclusivo de las USP(ver anexo 2), al igual que el sistema de información financiera SGF (módulo de radicación), sobre las novedades respecto a la facturación glosada, sin objeciones y la fecha de su recepción. Información requerida por el responsable de la Central de Cuentas para llevar un control de la facturación y glosa de estas.

13. Al terminar la actualización y revisión de la facturación se procede dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a remitir la cuenta mediante oficio al supervisor que corresponda para revisión y expedición de Recibido a Satisfacción (servicios contratados), ejerciendo control de

su devolución dentro de los dos (2) días hábiles siguientes, es de aclarar que se debe actualizar base de datos formato “tramite de Obligaciones” y sistema de información financiera SGF (módulo de radicación), para tener la trazabilidad en tiempos de las cuentas (facturación).

14. El Recibido a Satisfacción no se requiere para las cuentas de urgencias médicas.

15. El funcionario de la Central de Cuentas encargado de la radicación, recibe las facturas con recibo a satisfacción y procede a realizar la tarea dos (2) del procedimiento “Administrar Cuentas Por Pagar”

Metodología

Enfoque, diseño de la investigación y alcance o tipo de estudio

Al decidir qué tipo de estudio se llevará a cabo debe inicialmente tomarse en cuenta que la metodología utilizada responda a la pregunta de investigación. (Hernández Sampieri 2014).

Es por esto que para la presente investigación se propone un diseño de corte descriptivo, ya que al carecer de antecedentes en la Organización en la que se va a llevar a cabo el trabajo, debe inicialmente caracterizarse el proceso, los datos y evidenciar cuales son las fallas más frecuentes en los procesos de auditoría, para de esta manera y considerando estudios posteriores, pueda diseñarse un protocolo de auditoría y una herramienta tecnológica que permitan consolidar un perfil epidemiológico de las patologías más prevalentes que son atendidas por la red externa y una mejor administración del recurso.

En cuanto a la perspectiva de la investigación se plantea un tipo cuantitativo, ya que, en la definición operacional de sus variables, deben ser los datos caracterizados de manera cuantitativa, para realizar un mejor análisis y correlación de las variables de estudio.

Es un estudio de carácter retrospectivo teniendo en cuenta que, para mejorar la validez interna del mismo, el período de evaluación de datos será el año 2019.

De esta manera podrán ser evaluadas las variables de una mejor manera, y se podrán visibilizar características del proceso de auditoría de red externa desde un panorama más claro disminuyendo variables de confusión e interacción en los resultados del estudio.

Definición De Variables

Definición conceptual:

Variable	Definición Conceptual
Prestador de Servicios Hospitalarios y ambulatorios	Son establecimientos que tienen como actividad principal la prestación, el diagnóstico y el tratamiento de servicios médicos. Aunque su prioridad es la parte hospitalaria también prestan servicios no hospitalarios. De acuerdo con el tratamiento médico y la especificidad de la enfermedad, los hospitales pueden clasificarse en: generales, de salud mental y especializada (Prada 2017).
Facturación	Es el "conjunto de los recibimientos expresados en unidades monetarias, obtenidos por una empresa con la venta de bienes o servicios en determinado período", en otras palabras, "es el número de unidades de bienes o servicios vendidos multiplicado por el precio de venta unitario"(Bicalho 2011)
Atención en salud	La capacidad para responder equitativa y eficientemente a las necesidades sanitarias de los ciudadanos, incluida la capacidad de vigilar el avance para el mejoramiento y la renovación continuos; la responsabilidad y obligación de los gobiernos de rendir cuentas; la sostenibilidad; la participación; la orientación hacia las

	normas más elevadas de calidad y seguridad; y la puesta en práctica de intervenciones intersectoriales. (OPS 2013)
Diagnóstico CIE-10	Para describir el estado de salud de las personas en términos de enfermedades, lesiones y motivos de consulta, la clasificación internacional de enfermedades (Min Protección Social 2013)
Código Único de Procedimiento	Corresponde al ordenamiento lógico y detallado que cuenta con una estructura definida para la descripción de los procedimientos y servicios que se realizan en Colombia (Min Salud 2017)
Nivel de atención	La determinación de los grados de complejidad para los diferentes servicios será la base para la definición y establecimiento de las responsabilidades mínimas en salud de cada ente territorial y de los servicios que por sus características de especialidad deban tener carácter permanente o transitorio. (Sarmiento 2009).
Glosa	Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

TABLA 2 Definición conceptual de variables
Fuente: Elaboración propia.

Operacionalización de variables

VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN
Glosa	1. Si 2. No Verificación de la cantidad de glosas en la muestra
Categoría Glosa	1. Facturación 2. tarifas 3. Soporte 4. Autorización 5. Cobertura 6. Pertinencia 7. Sin glosa Asignación de numeración a cada categoría de glosa
CIE 10	Código de acuerdo con la clasificación internacional
CUPS	Código único de procedimientos en Salud
Prestador de servicios de salud	1. Unión Temporal Unión Salud Colombia 2. Unión Temporal Unión Salud América

3. Clínica De Ojos Del Tolima Ltda
4. Hospital San Rafael Del Espinal Tolima - Empresa Social Del Estado
5. Linde Colombia S A
6. Unión Temporal Gestamos 2019
7. Dents Estética Dental S.A.S
8. Unión Temporal Gestamos 2018
9. Centro De Alta Tecnología Diagnostica Del Eje Cafetero S.A. Cedicaf S.A.
10. Hospital San Juan De Dios De Honda Empresa Social Del Estado
11. Ópticas Orsovision De Ibagué Tolima
12. Sociedad Médico-Quirúrgica Del Tolima Sociedad Anónima Y/O Clínica Tolima S.A.
13. Specialty Laboratories S.A.S
14. Hospital Federico Lleras Acosta De Ibagué E.S.E.
15. Hospital Reina Sofía De España Lérida Tolima
16. Hospital San Juan Bautista De Chaparral Tolima Empresa Social Del Estado
17. Instituto De Diagnostico Medico S A Idime S A
18. Central De Especialistas De Colombia Sas
19. Ese Hospital San Félix
20. Hospital Nelson Restrepo Martínez Ese

21. Hospital San José Del Municipio De San Sebastián De Mariquita Tolima Empresa Social Del Estado
22. Instituto Nacional De Cancerología Empresa Social Del Estado
23. Ips Integral Somos Salud De Ibagué Tolima
24. Clínica Honda Jap S.A.S
25. Clínica Los Remansos Ltda. Instituto Tolimense De Salud Mental
26. Gestamos Limitada
27. Hospital San Carlos E.S.E De Saldaña Tolima
28. Hospital San Félix E.S.E La Dorada
29. Hospital San Roque Ese
30. Hospital San Sebastián De Piedras Tolima
31. Hospital San Vicente E.S.E De Rovira
32. Hospital San Vicente De Paul Del Municipio De Fresno Tolima Empresa Social Del Estado
33. Hospital Santa Barbara Empresa Social Del Estado
34. Hospital Santo Domingo E.S.E
35. Meintegral S.A.S
36. Santa Sofia Ips Espinal S.A.S
37. Traumasur Tienda De La Salud S.A.S.

	38. Unión Temporal Incorporemos 39. Ut Incoporemos
Fecha de atención	1.diciembre 2018 2.enero 2019 3.febrero 2019 4.marzo 2019 5.abril 2019 6. mayo 2019 7. junio 2019 8. julio 2019 9. agosto 2019 10. septiembre 2019 11. octubre 2019 12. noviembre 2019 13. diciembre 2019

Errores en el formato	<ol style="list-style-type: none">1. digitación2. Falta diligenciamiento de celdas3. Registro inadecuado de diagnósticos4. Registro inadecuado de procedimientos
Tipo de atención	<ol style="list-style-type: none">1. urgencias2. contrato

TABLA 3 Operacionalización de variables
Fuente: Elaboración propia.

Población Y Muestra.

El universo para el presente estudio lo constituyen todos los usuarios adscritos al Subsistema que para el caso particular de la UPRES serían 28423.

De los cuales se tomarán los registros de la base de datos de auditoría de la UPRES del Tolima.

Para el cálculo de la muestra, se realizará el cálculo por medio de la herramienta Stats, con un nivel de confianza del 95%, con un porcentaje estimado del 50%, un nivel de error del 5%, arroja una muestra de 379 que son los registros, que serán usados para analizar el problema de investigación y medir las variables.

Selección de métodos o instrumentos para recolección de información.

Se realizará el enmascaramiento de los pacientes, nombres, y números de documento para evitar sesgos de observación, se asignará de manera ordenada un número desde 1 a 110.041, posteriormente y con la ayuda del Analysis STATS 2.0 se realizó la aleatorización para la selección de los datos.

La herramienta arrojó 379 números aleatorios, que fueron explorados dentro de los 110.041 registros totales y con dichos números aleatorios, se conformó la base de datos a analizar.

Se llevó a cabo una depuración y ajustes de los datos en lo correspondiente al Prestador de servicios, Códigos CIE 10, CUPS, teniendo en cuenta que se han digitado los prestadores de diferentes maneras lo que no asegura una homogeneidad en los datos para verificar las variables de estudio.

Se utilizó una estadística univariada utilizando frecuencias absolutas, relativas y porcentajes, considerando que es un estudio de corte descriptivo que permite caracterizar un proceso de auditoría para posteriormente plantear unas estrategias de mejora.

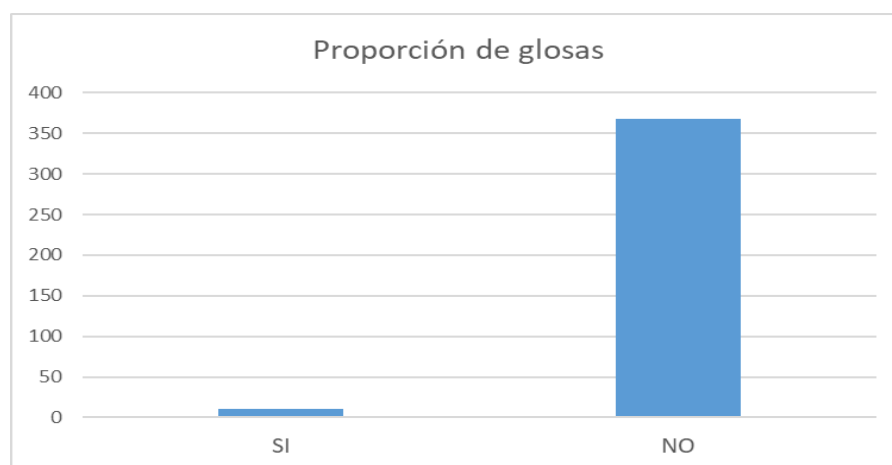
Análisis

Medición de las Variables

Variable Glosas

Para la variable glosas, inicialmente se analizó en la base de datos cual fue el porcentaje de glosas, de los 379 registros únicamente fueron ubicados 11 registros de glosa lo que corresponde a un 2.9%.

De otra parte, se evidenciaron 368 registros que no presentaron glosa lo que corresponde a un 97.09%



GRAFICA 1 Proporción de glosas
Fuente: Elaboración propia

Se puede inferir que el nivel de objeciones y glosas no es para nada significativo, lo que puede evidenciar un proceso de recurrencia por mejorar, ya que al evidenciar un mayor control sobre procesos las observaciones se realizarán con una mayor frecuencia, generando una mejora en la administración de los recursos (Quintana 2016).

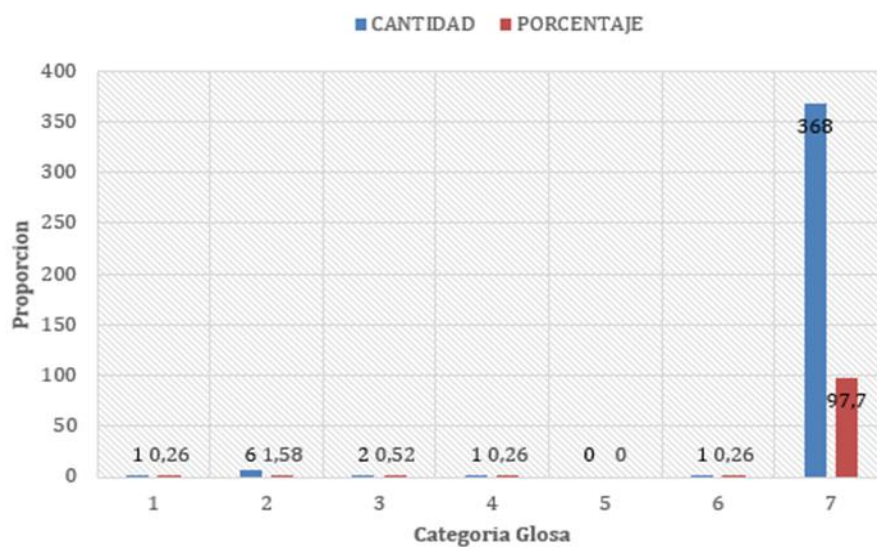
Categoría Glosa

Se discriminó el motivo de la glosa, para poder determinar la mayor cantidad de glosas a qué corresponden y así, entrenar a los auditores para ser más acuciosos y mejorar los niveles en todas las categorías:

1. Facturación
2. Tarifas
3. Soportes
4. Autorización
5. Cobertura
6. Pertinencia
7. Sin glosa.

Se evidencia entonces que el mayor indicador se presenta en las glosas por tarifas con un porcentaje del 1.58%, seguido por falta de soportes en las facturas con 0.52% y en el mismo nivel se encuentran facturación y pertinencia con 0.26% , respecto a la categoría de cobertura, no se encontró ningún registro al respecto.

En esta variable se evidencia la importancia de sensibilización del personal de facturación para que sea un filtro que permita evidenciar un mayor número de observaciones en las diferentes categorías de glosa y así, optimizar los servicios y recursos. (Hernández J. 2018).



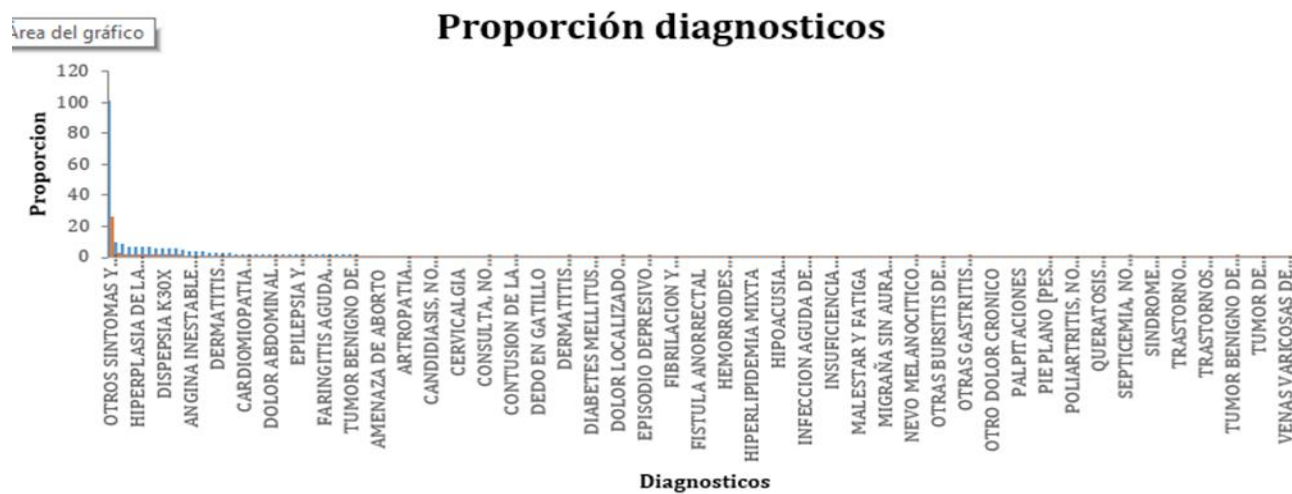
GRAFICA 2 Proporción categoría de glosas
FUENTE: Elaboración propia.

Variable Diagnósticos

El análisis de esta variable sugiere la proporción del tipo de patologías por las cuales consultan los pacientes a la red externa, fue analizada comparando los datos de número de pacientes y código CIE-10, hay que aclarar que, dentro de la base de datos analizada, no se encontraba generada una fórmula para la asociación con la nomenclatura CIE-10, por lo que tuvo que ser realizada la búsqueda de los diagnósticos para realizar el análisis pertinente y mejorar la operacionalización de la variable.

Se incluyeron 181 diagnósticos, encontrando dentro de los diez primeros diagnósticos otros síntomas y signos generales con una frecuencia de 101 registros y un porcentaje del 26.6%, seguido de dolor de articulación con 2.63%, dolor en el pecho con 2.37%, en cuarto lugar, examen médico general con 1.84% y en el quinto lugar hiperplasia de la próstata con 1.84%.

Se aprecia una variación muy marcada entre el primer diagnóstico y los demás, mostrando nuevamente la importancia de la concurrencia en las actividades de auditoría que complementen la auditoría de cuentas médicas. (López D. 2019)



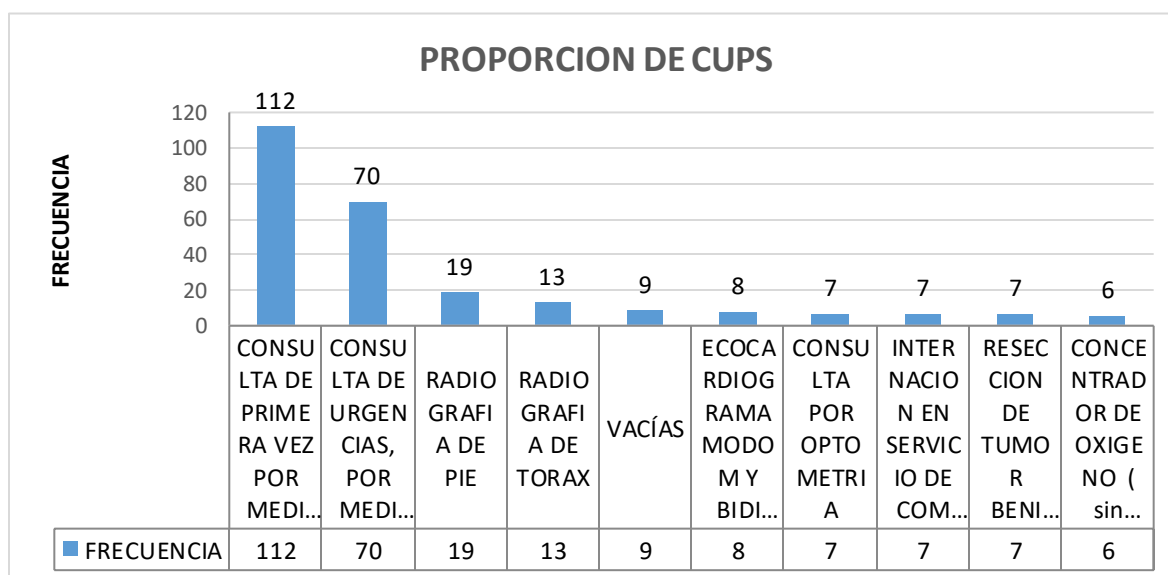
GRAFICA 3 Proporción de diagnósticos

FUENTE: Elaboración propia.

Variable CUPS

Para la variable CUPS se tomaron todos los registros de la base de datos y se verificó el código único de procedimiento y se asignaron los códigos correspondientes a la Clasificación de Código Único de Procedimientos.

Se registraron 190 códigos de procedimientos, en donde la frecuencia más alta se presenta con la consulta de primera vez por medicina especializada con un 29.55%, seguida de consulta de urgencias por medicina general con 18.46%, en tercer lugar radiografía de pie con 5.01%, en cuarto lugar radiografía de tórax con 3.43% y en quinto lugar la asignación para casillas vacías con 2.37%. En esta variable pudo identificarse uno de los errores en el proceso de registro de datos con la falta de diligenciamiento de celdas de la herramienta de facturación que la Entidad maneja (Amézquita L., Cuevas A. 2016)



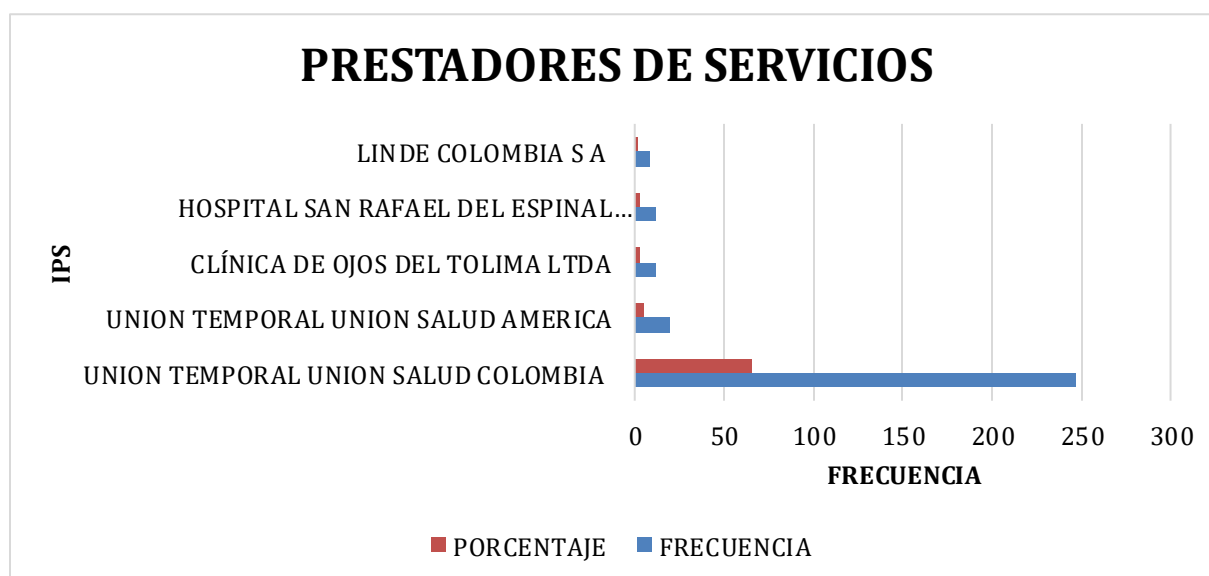
GRAFICA 4 Proporción y frecuencia CUPS
FUENTE: Elaboración propia.

Variable Prestador de Servicios

Dentro de esta variable se evaluó la frecuencia de asistencia de los usuarios a las diferentes entidades prestadoras de servicios de salud para su atención.

Se establecieron 40 registros de las diferentes entidades, evidenciando dentro del instrumento errores en la nomenclatura de los Prestadores de Servicios, errores en digitación.

Los cinco primeros prestadores al analizar la frecuencia de registros fueron: Unión Temporal Salud Colombia con un 65.17%, en segundo lugar, Unión Temporal Salud América con 5.27%, en tercer lugar la Clínica de Ojos del Tolima con 3.16%, al igual que el Hospital San Rafael en el Espinal con 3.16% y en quinto lugar LINDE de Colombia S.A. con 2.37%. Se evidencia una diferencia significativa entre el primer prestador con un 65.17% en virtud a que la infraestructura y los servicios ofertados por el prestador son mayores, respecto a los otros. (Forellat M. 2014)



GRAFICA 5 Proporción de frecuencia de Instituciones prestadoras de servicios de salud.

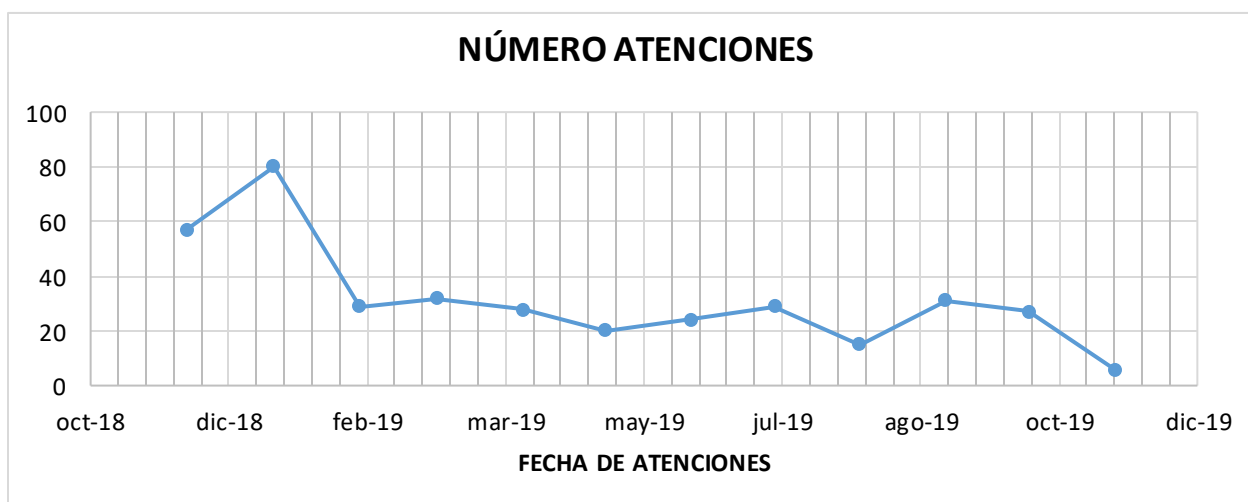
FUENTE: Elaboración propia.

Fecha de atención

En esta variable se midió el comportamiento de atenciones de los pacientes en la red externa, iniciando con un valor de 1 asignado al mes de noviembre de 2018, hasta 13 para noviembre de 2019 respectivamente. No se pudo contemplar el dato de una celda, ya que no tenía formato de fecha, por lo que tuvo que ser excluido para el análisis.

La distribución de esta variable se comportó de la siguiente manera: Se evidenció un dato disperso correspondiente a noviembre de 2018, con un porcentaje del 0.26%, durante el análisis se puede observar un aumento significativo de atenciones durante el mes de diciembre de 2018 con 15.03% y enero de 2019 con 21.1%, seguido por el mes de marzo con 8.44%, luego septiembre con 8.17%, y en quinto lugar julio y febrero con 7.65%, el nivel de atención más bajo se reportó en el mes de noviembre de 2019 con 1.58%.

Se aprecia una disminución drástica en la atención de febrero a marzo y una constante durante los meses de marzo a junio, una disminución significativa en el mes de agosto y en el mes de noviembre. (Rodríguez et al. 2001).



GRAFICA 6 Comportamiento de atenciones pacientes UPRES Tolima según facturación año 2019.

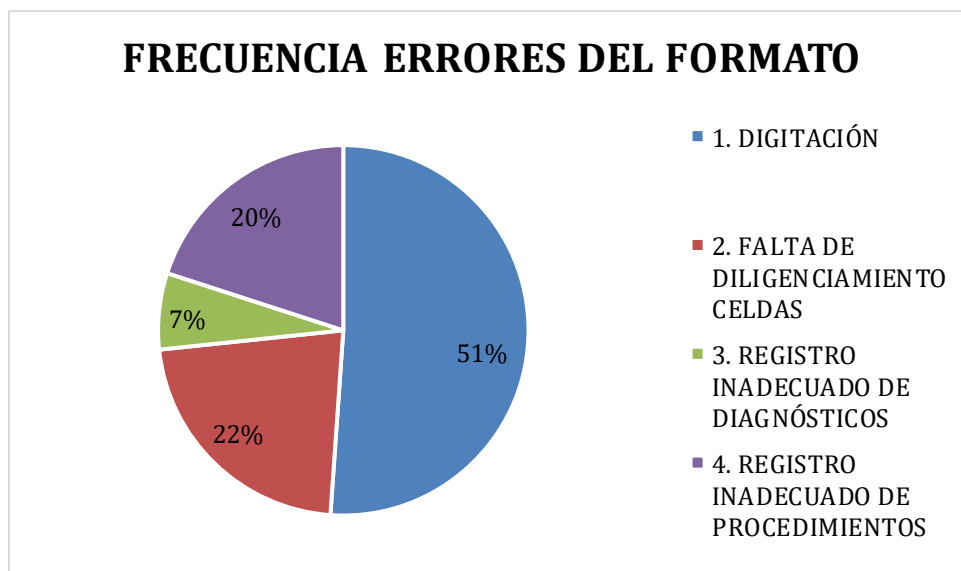
FUENTE: Elaboración propia.

Errores del formato

Para poder realizar el diseño de una metodología que pretenda mejorar el proceso de auditoría, hay que verificar que tipo de errores se evidencian en la recolección y manejo de la información.

Es así, que debe entonces verificarse dentro de la muestra los errores más frecuentes y así, determinar a qué aspectos deben ir encaminadas las propuestas.

Los errores más frecuentes fueron los correspondientes a digitación con un 51%, seguidos por falta de diligenciamiento de celdas con un 22%, posteriormente en registros inadecuados de procedimientos con 20% y por último con 7% registro inadecuado de diagnósticos. Este punto es muy valioso para construir la propuesta metodológica de acciones de mejora a los procesos de auditoría de cuentas médicas, porque al detectar las fallas podremos con mayor facilidad establecer las rutas para implementar acciones efectivas.



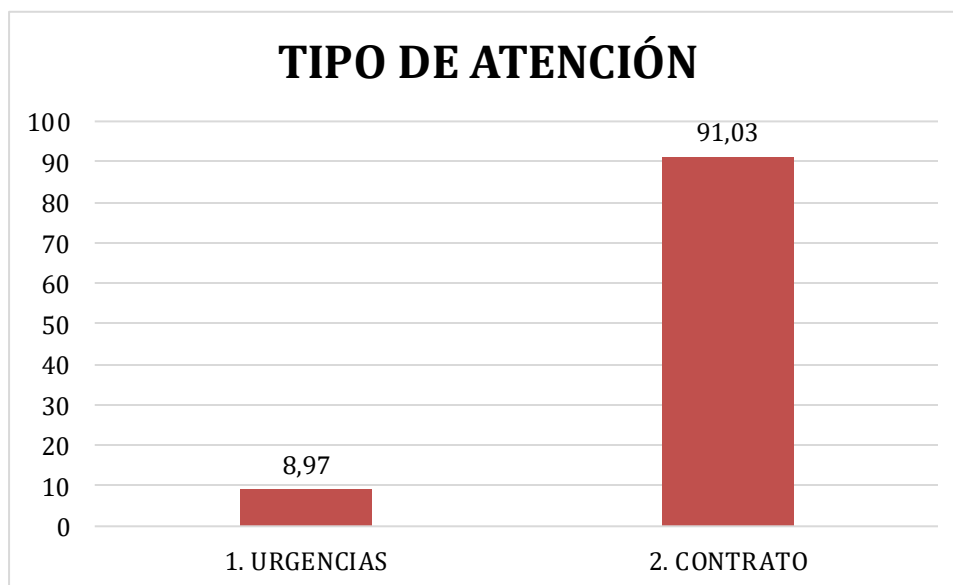
GRAFICA 7 Frecuencia errores del formato Auditoria de cuentas.

FUENTE: Elaboración propia

Tipo de atención

Dentro de esta variable se tomaron dos datos, atención por urgencia y por contrato, se

encontraron en una proporción de 8.97% urgencias y 31.03% atenciones dentro de los respectivos contratos con las diferentes entidades, lo que evidencia un manejo adecuado de los servicios y presupuestos necesarios para la atención de los usuarios de la UPRES Tolima.



GRAFICA 8 Tipo de atención prestada por red externa a UPRES Tolima

FUENTE: Elaboración Propia.

Conclusiones y Discusión

Se pudo observar en primer lugar una falencia en la construcción de la herramienta utilizada por la UPRES para realizar el consolidado de datos de auditoría en cuentas médicas, evidenciado en la carencia de fórmulas, de sistematización de códigos de diagnóstico y tratamiento.

De la estructura de la herramienta, dependerá la calidad de los datos que arroje, lo que facilitará el análisis de la información, en menor tiempo posible.

Por lo que se hace evidente la necesidad de implementar un sistema de digitalización de datos más eficiente que abarque mayores componentes de las referencias de facturación, aporte mayor cantidad de información y sea provista de modelos matemáticos adecuados que permitan a la Entidad analizar en tiempo real, la situación de sus pacientes, el manejo de sus recursos, el flujo de su contratación. (Moro M.2011)

El nivel de glosas permitió evidenciar una falta de concurrencia, que permita a su vez, un mayor número de observaciones en la facturación. Al realizar un seguimiento estrecho de los procesos se pueden detectar un mayor número de fallas o inconsistencias que permitan realizar las funciones de la Auditoría de manera pertinente. (Cárdenas L. Rodríguez A. 2012).

De lo anterior, se sugiere que la Entidad pueda contar con un mayor número de profesionales que realicen la concurrencia de manera efectiva, lo que va a garantizar un mayor control, trazabilidad y calidad en los procesos de atención de los usuarios de la UPRES Tolima.

El tipo de diagnósticos mostró también la necesidad de mejorar el proceso de concurrencia, ya que la tendencia fue sobre un diagnóstico Otros síntomas y signos especificados, que requiere ser tenido en cuenta por el Auditor concurrente para que con los prestadores precise de manera más estrecha qué tipo de diagnóstico se genera con dichos síntomas y signos, para finalmente establecer estrategias de promoción y prevención que mejoren la situación de los pacientes frente a esa necesidad de atención. (Álvarez F. Álvarez

A.).

En la variable CUPS se evidenció la falta de diligenciamiento de todas las celdas de la herramienta utilizada por el servicio de auditoría de cuentas médicas, esto evidencia poca adherencia del personal de facturación a los protocolos al diligenciar los formatos. Para mejorar este aspecto se requiere que posterior a la mejora en la herramienta, el líder del proceso de auditoría realice la construcción de un protocolo para que en el tiempo los funcionarios que pertenezcan al área puedan tener una guía que les permita desarrollar el diligenciamiento de manera adecuada, disminuyendo el error, y optimizando la trazabilidad en los procesos. (Osorio et. Al 2002).

De igual forma en la variable de prestador de servicios, se denota la carencia de sistematización de la información, lo que permitió vincular a la herramienta los errores cometidos de digitación, esto, evidenciado en las diferentes maneras en las que se encuentran nominados los Prestadores, lo que genera confusión y dispersión de datos.

Es importante analizar las fechas de atención que arrojaron información importante en la que se establece que momentos del año, la afluencia de usuarios a su red externa es mayor, lo que permite a la Entidad destinar los recursos adecuados para la cubrir la necesidad de atención, para el caso particular hubo solo un descenso importante en la cantidad de atención en los meses enero a febrero de 2019, para mostrar posteriormente un valor casi constante hasta el mes de agosto, en donde nuevamente se presenta una disminución al 15% de la atención, para mostrar luego un aumento en el mes de septiembre. Es significativo evaluar anualmente esta variable, para evidenciar si el comportamiento del mes de agosto es un dato constante o es un dato atípico en el comportamiento de esta.

Respecto a lo evidenciado en los errores del formato, la constante de dichos errores fue digitación, sin embargo, errores como registro inadecuado de diagnósticos y procedimientos requiere especial atención ya que, en la discriminación de estos datos, se enlazan de manera principal los componentes de la auditoría. (Montilla 2006).

En conclusión, se requiere ajustar desde el punto de vista de talento humano con la asignación de personal en el área de concurrencia, que eleve el nivel de control y seguimiento a la atención, facturación por parte de los prestadores, lo que sea evidenciado en aumento de número y categorías de glosa.

Adicional se requiere una herramienta tecnológica amigable que permita digitalizar la información de manera acertada, ajustada y pertinente, que permita la evaluación constante del proceso y generar acciones de mejora permanentes.

Por último, es indispensable que posterior a estos ajustes se elabore un protocolo ajustado del proceso que pueda ser modificado de manera periódica, y pueda presentar ajustes que vayan en pro de mejorar condiciones de atención a los usuarios y optimización de recursos financieros para la Entidad.

Referencias

- Álvarez F., Álvarez A. (2016). *Auditoría Médica y Epidemiología*. Editorial ECO. Bogotá
- Bicalho R., Castillo V., (2011-05) *Billing of Nursing Procedures at An Intensive Care Unit Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.19 no.3
- Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (2001). *ACUERDO 002 de 2001*. Bogotá, Ministerio de Defensa Nacional.
- Dirección de Sanidad Policía Nacional. (2017 - 07) *Manual Específico De Funciones Y Competencias De Los Empleos Públicos De La Planta De Personal No Uniformado*. Bogotá.
- Forellat M. (2014-06) *Quality in health services: an unavoidable challenge*. La Habana. Rev. Cubana Hematol Inmunol Hemoter vol.30 no.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2014
- Leuro M, Oviedo I. (2016). *Facturación y auditoría en cuentas en salud*. Ediciones Ecoe, Bogotá
- Leuro M. (2007 -1) *Facturación y cartera por venta de servicios de salud*. Bogotá.
- López D. (2019). *Diseño Y Propuesta De Mejora Del Proceso De Auditoria Concurrente Interna En El Instituto Cardiovascular Fundación Cardiovascular*. Bogotá. Universidad de Santander
- Ministerio de Defensa Nacional. (2019-02) *Resolución 038 De 2019*. Bogotá. Policía Dirección de Sanidad Nacional
- Ministerio de la Protección Social. (2006 -04) *DECRETO 1011 DE 2006. Sistema Obligatorio De Garantía De La Calidad De La Atención De Salud Del Sistema General De Seguridad Social*. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social. (2007-12) *Decreto 4747 De 2007. Regulación De Algunos Aspectos De Las Relaciones Entre Prestadores De Servicios De Salud Y Las Entidades Responsables Del Pago De Los Servicios De Salud De La Población A Su Cargo, Y Se Dictan Otras Disposiciones*. Bogotá
- Ministerio de la Protección Social. (2008-08) *Resolución 3047 De 2008. Definición De Formatos, Mecanismos De Envío, Procedimientos Y Términos A Ser Implementados En Las Relaciones Entre Prestadores De Servicios De Salud Y Entidades Responsables Del Pago De Servicios De Salud, Definidos En El Decreto 4747 De 2007*. Bogotá.
- Ministerio de Salud (1996 – 11) *Decreto 2174 De 1996. Organización Del Sistema Obligatorio De Garantía De La Calidad Del Sistema General De Seguridad Social En Salud*. Bogotá
- Ministerio de Salud. (2002-07) *Resolución 0951 De 2002. Registro Individual De Prestación De Servicios De Salud. Rips*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Tecnologías de la Información y la Comunicación. (2013 – 08). *Lineamientos técnicos para el registro de los datos del registro individual de las prestaciones en salud en las IPS*. Bogotá. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co>.

- Montilla O., Herrera L. (2006- 03), *El Deber Ser De La Auditoría*. estud.gerenc. vol.22 no.98 Cali
- Moro M (2011-4)., *The importance of audit information requirements in the design of records management systems: Traditional methodologies and emerging approaches Investig. bibl vol.25 no.53*. México.
- Osorio et. Al (2002 -02). *Medical audit, an undervalued management tool*. Rev. méd. Chile v.130 n.2 Santiago.
- Páez D. (2015). *Situación Actual De La Auditoria Medica En Colombia*, Bogotá. Universidad Militar Nueva Granada.
- Pazos M., (2015). *Propuesta De Mejoramiento Del Proceso De Facturación En El Centro De Salud E.S.E. Santacruz- Guachaves En El Departamento De Nariño*, San Juan de Pasto.
- Prada S., Pérez A., Rivera A., (2017-06) *Classification of Health Services Providing Institutions According to the System of Health Accounts of the Organization for Economic Cooperation and Development: the Colombia Case*. Rev. Gerenc. Polit. Salud,16 (32): 51-65. Bogotá.
- Presidencia de la República. (1993-12) *Ley 100 De 1993. Por El Cual Se Crea El Sistema De Seguridad Social Integral, Y Se Dictan Otras Disposiciones*. Bogotá
- Quintana R., Salgado L. Torres D (2016). *Gestión de glosas para prestadores de Salud*. Bogotá. Universidad Sergio Arboleda. Bogotá
- Rodríguez et.al. (2001). *Análisis epidemiológico de las consultas de urgencia en atención primaria*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Sánchez Cote, D. (2017-12.). *Cuentas médicas y conciliaciones*. Bogotá: AREANDINA. Fundación Universitaria del Área Andina.
- Sarmiento C. (2009) *Comentarios a niveles de complejidad y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad* . Proyecto de Consultoría y Asistencia Técnica con la Comisión de Regulación en Salud -CRES, Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID – Facultad de Ciencias Económicas Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Zapata A.(2016) *Ciclo De La Calidad Phva*. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ingeniería Industrial. Bogotá.

Apéndice

Consideraciones éticas

De acuerdo con los principios establecidos en las Pautas de CIOMS de 2016 y en la Resolución 008430 del Octubre 4 de 1993, debido a que esta investigación se considerada como Investigación **sin riesgo**: investigación documental retrospectiva y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos¹ (según lo establecido en el Artículo 11 Resolución 008430/93) y en cumplimiento con los aspectos mencionados en el Artículo 6 de la presente Resolución:

- a. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
 - b. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
 - c. Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
 - d. Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.
 - e. Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
 - f. Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
-

g. Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Etica en Investigación de la institución.

Declaración conflicto de intereses

Yamile Constanza Benitez e Ingrid Katherin Rengifo, declaran que no poseen ninguno conflicto de intereses vinculados al proceso de la investigación, mientras que Francy Tatiana Ramos, declara que cuenta con los siguientes conflictos de intereses vinculados al proceso investigativo.

- Estar empleada a la Unidad prestadora de servicios de Salud – Tolima
- Recibir información para el desarrollo de la Investigación.

Se declara que existió independencia entre el profesional y el proceso de investigación anterior conflicto mencionado anterior mente no presento influencia sobre su criterio científico.

Cronograma de Gantt

CORNOGRAMA DE GANTT PROYECTO DE GRADO.

TASK NAME	FECHA DE INICIO	FECHA FINALIZACION	STAR TON DAY*	DURACION	RESPONSABLE	PORCENTAJE
FICHA VIABILIDAD DEL PROYECTO DE	8/02/2020	6/03/2020				
1 Titulo del Proyecto	9/02/2020	14/02/2020	0	6	Yamile B	100%
2 Pregunta de investigacion	9/02/2020	14/02/2020	0	6	Tatiana R	100%
3 Problema de Investigacion	16/02/2020	21/02/2020	7	6	Katherin R	100%
4 Objetivos de Investigacion	23/02/2020	28/02/2020	14	6	Y-T-K	80%
5 Justificacion de investigacion	1/03/2020	6/03/2020	21	6	Y-T-K	100%
MARCOS DE REFERENCIA	13/02/2020	20/03/2020				
1 Marco Teorico	17/02/2020	27/02/2020	8	11	Yamile B	70%
2 Marco Conceptual	28/02/2020	9/03/2020	19	11	Katherin R	70%
3 Marco Institucional	10/03/2020	20/03/2020	30	11	Tatiana R	80%
METODOLOGIA	2/04/2020	24/04/2020				
1 Enfoque de la Investigacion	3/04/2020	7/04/2020	54	5	Yamile B	100%
2 Diseño de la Investigacion	3/04/2020	7/04/2020	54	5	Katherin R	100%
3 Alcance de la Investigacion	8/04/2020	12/04/2020	59	5	Tatiana R	80%
4 Definicion de Variables	13/04/2020	19/04/2020	64	7	Yamile B	80%
5 Poblacion y muestra.	18/04/2020	24/04/2020	69	7	Tatiana R	100%
INFORME TECNICO DE RESULTADO	7/05/2020	22/05/2020				
1 Analisis de resultados	4/05/2020	15/05/2020	85	12	Yamile B	100%
2 Aplicación de Entrevista	4/05/2020	5/05/2020	85	2	Katherin R	80%
3 Consolidacion de datos	6/05/2020	8/05/2020	87	3	Tatiana R	60%
4 Analisis de datos Estadísticos	10/05/2020	15/05/2020	91	6	Yamile B	60%
5 Conclusiones y discusion	17/05/2020	20/05/2020	98	4	Katherin R	60%
6 Resumen	19/05/2020	21/05/2020	100	3	Tatiana R	60%
7 Entrega Documento Final	22/05/2020	22/05/2020	103	1	Tatiana R	60%
POSTER CIENTIFICO	4/06/2020	19/06/2020				
1 Modelo de Poster cientifico	4/06/2020	9/06/2020	116	6	Yamile B	100%
2 Elaboracion Poster cientifico	10/06/2020	16/06/2020	122	7	Katherin R	100%
3 Revision y entrega Poster	17/06/2020	19/06/2020	129	3	Y-T-K	100%
SUSTENTACION PROYECTO	3/07/2020	4/07/2020				

