

# Reestructuración del modelo de facturación en salud para una IPS de servicios domiciliarios en Colombia

## Restructuring of the health billing model for an IPS of home services in Colombia

[Artículos]

Sandra Milena González Jiménez<sup>1</sup>  
Ricardo Alberto Novoa Vargas<sup>2</sup>

Recibido: 12 de mayo de 2023  
Revisado: 30 de junio de 2023  
Aprobado: 10 de julio de 2023

Citar como:

González Jiménez, S. M., & Novoa Vargas, R. A. (2023). Reestructuración del modelo de facturación en salud para una IPS de servicios domiciliarios en Colombia. *Revista CIFE: Lecturas De Economía Social*, 25(43), 11–23. <https://doi.org/10.15332/22484914.9676>



### Resumen

Teniendo en cuenta que el sistema de seguridad social en salud en Colombia define que todas las entidades de salud deben ser independientes, autónomas y tener un crecimiento y sostenimiento a partir de la venta de sus servicios, como está descrito en la Ley 100 de 1993, se busca entonces generar una optimización del modelo de facturación sustentado normativamente que mantenga el flujo continuo de cartera. Con base en las especificaciones del modelo teórico actual se ha mostrado un comportamiento del proceso de facturación de servicios de salud hacia el desarrollo de los procesos de la auditoría de cuentas. Se quiere entonces revisar la problemática de una entidad particular del sistema de salud y proponer una alternativa de solución para construir un proceso de facturación eficiente. Por lo anterior, se pretende mejorar el proceso de facturación estableciendo lineamientos y pasos necesarios para la optimización de esta área, en una IPS de servicios domiciliarios de atención de pacientes con patologías crónicas, lo cual generará un impacto secundario para realizar, de forma ágil, oportuna, clara y correcta, la liquidación de las

---

<sup>1</sup> Universidad del Rosario, Escuela de Administración, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: [sandrami.gonzalez@urosario.edu.co](mailto:sandrami.gonzalez@urosario.edu.co)

<sup>2</sup> Universidad del Rosario, Escuela de Administración, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: [ricardo.novoa@urosario.edu.co](mailto:ricardo.novoa@urosario.edu.co)

Revista CIFE

ISSN: 0124-3551 | e-ISSN: 2248-4914 |  <https://doi.org/10.15332/22484914>  
Vol. 25 N.º 43 | julio-diciembre del 2023

cuentas de cada uno de los usuarios de la entidad prestadora de servicios de salud, con el fin de cobrar y recaudar el valor de los servicios prestados y, de esta manera, garantizar los ingresos que permitan la supervivencia, crecimiento y desarrollo de la entidad.

**Palabras clave:** facturación, salud, IPS, servicios domiciliarios.

**Clasificación JEL:** J01, I10, I18

## Resumen

Taking into account that the social security system in health in Colombia defines that all health entities must be independent, autonomous and have growth and sustainability from the sale of their services, as described in Law 100 of 1993, It seeks to generate an optimization of the billing model supported by regulations that maintains the continuous flow of the portfolio. Based on the specifications of the current theoretical model, a behavior of the billing process for health services has been evidenced towards the development of the audit of accounts processes. We then want to review the problems of a particular entity of the health system and propose an alternative solution to build an efficient billing process. Therefore, it is intended to improve the billing process by establishing guidelines and steps necessary for the optimization of this area, in an IPS of home care services for patients with chronic diseases, which will generate a secondary impact that is carried out in an agile way, timely, clear and correct settlement of the accounts of each of the users of the health service provider entity, in order to collect and collect the value of the services provided and, in this way, guarantee the income that the survival, growth and development of the entity.

**Keywords:** billing process, health, IPS, home care services.


## Introducción

La presente investigación se generó, en primer lugar, para dar solución a una necesidad identificada en una IPS de servicios de salud domiciliarios y cuyo alcance se definió hasta la elaboración de un manual de facturación que presentó pautas y lineamientos para un proceso de emisión y control de facturas basado en la normatividad legal vigente en Colombia. Con base en lo anterior, se trabajó en la reestructuración del modelo de facturación de una institución de servicios de salud domiciliarios con la que se facturen los servicios prestados con mayor eficiencia operacional.

Se encuentra un aumento de glosas y devoluciones injustificadas, que adolecen en muchos casos, de conocimientos claros o parten de interpretaciones erróneas de la norma, sin dejar a un lado el uso de glosas usadas como mecanismo de control del gasto médico de las aseguradoras. Así mismo, existen auditores de cuentas médicas de cara al asegurador que, además, pretenden imponer sus condiciones a funcionarios de facturación que, por su desconocimiento, aceptan la aplicación de conceptos basados en estas glosas, para la aplicación en el proceso de facturación (Oviedo Salcedo y Leuro Martínez, 2010).

Como segunda parte, se pretende establecer lineamientos y pasos necesarios para el mejoramiento de los procesos de facturación y así poder desplegar las propuestas al modelo de facturación

Revista CIFE

ISSN: 0124-3551 | e-ISSN: 2248-4914 |  <https://doi.org/10.15332/22484914>

Vol. 25 N.º 43 | julio-diciembre del 2023

mediante una serie de actividades específicas que garanticen la optimización del modelo y que pueda ser aplicado en las distintas regionales. Por tal motivo, el proceso de facturación, además de constituir un instrumento de referencia fundamental para el desempeño de rutinas de trabajo, servirá de directriz para la capacitación, inducción y evaluación del personal.

Por otra parte, las posteriores modificaciones del sistema de salud obligan a las organizaciones a ajustarse a los cambios normativos para su subsistencia financiera, generando ideas e innovando en sus procesos. Es entonces el objetivo de este estudio: reestructurar el modelo de facturación que se ajuste a los cambios normativos generados en el país y que garantice la sostenibilidad financiera de la compañía.

## **Aspectos teóricos**

La facturación de los servicios sanitarios en otros países está enmarcada sobre los modelos de atención definidos en cada uno de ellos, y puede llegar a ser exitosa o no de acuerdo con los principios establecidos para sus prestadores. Por ejemplo, en Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud define como principios para los prestadores en salud la eficiencia y la calidad de la atención, otorgando autonomía financiera, por lo que los modelos de facturación deben lograr ser eficientes en sus procesos.

Los procesos de facturación también serán exitosos de acuerdo con los sistemas de pago definidos en cada uno de los modelos de atención en salud.

Los sistemas de pago son estrategias de gestión que permiten operar sobre el gasto en salud. Los modelos de pago y contratación han venido transformándose para dar respuesta a los desafíos de la gestión en salud, por lo que revisaremos en este apartado la forma de facturar de los servicios de salud en los modelos de países como Estados Unidos y de Europa.

La definición de cuál es la manera más adecuada para pagar por los servicios de salud adquiere relevancia cuando se comienza a verificar que los costos de salud aumentan más rápido que el costo de vida en general ( Tobar, 1998).

Es importante resaltar que los modelos de pago son los

incentivos más poderosos con que cuentan los gestores de salud. Se denomina incentivo a todo elemento introducido por un agente del sistema para modificar la conducta de otro agente. A través de la manipulación de los instrumentos de pago los gestores pueden incentivar conductas de los prestadores o entidades intermediarias que alteren: la productividad y calidad de las prestaciones, la composición y distribución de la oferta de servicios, la previsibilidad y el control de los costos globales de la atención médica. (Tobar, 1998)

Los sistemas de copago en Europa han venido generando un debate sobre la efectividad de esta estrategia para controlar el gasto sanitario. La crisis actual y el elevado gasto en servicios de salud

generan preocupación sobre la sostenibilidad del sistema que ha alcanzado ya el 9.5 % del PIB (Hopkins, 2010).

Algunos modelos de atención tienden a incentivar una conducta abusiva por los usuarios que demandan servicios de manera exagerada.

Los sistemas de copago buscan controlar el consumo de servicios de salud por parte de los usuarios.

El gasto sanitario de los pacientes crónicos supone entre el 70 y el 80 % de dicho gasto, por lo que gestionar bien los pacientes crónicos es fundamental para la solvencia de los sistemas de salud (Hopkins, 2010). Por lo anterior, se puede sugerir un modelo de pago compartido del riesgo que consista en dividir el riesgo financiero que involucra la enfermedad (Hopkins, 2010).

## **Descripción de la situación organizacional**

Colombia generó en 1993 un marco normativo y de operación para el sector salud, orientado a crear el Sistema General de Seguridad Social (SGSS) por medio de la Ley 100 de 1993 y se generó una nueva institucionalidad para descentralizar la prestación de los servicios de salud con enfoque al aseguramiento y gestión de los riesgos asociados. Se definieron planes de atención en salud y un esquema de aseguramiento y de prestación de servicios a cargo de las EPS (empresas promotoras de salud) y las IPS (instituciones prestadoras de salud), respectivamente.

Además, por medio de la Ley 100 de 1993, se le entregó a las IPS autonomía administrativa, técnica y financiera para que fueran sostenibles.

En el 2007, la mencionada ley fue reformada por la Ley 1122 con el objeto de realizar ajustes al SGSS, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud a los usuarios. Se creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que, entre otras funciones, entraría a definir el listado de medicamentos esenciales que harían parte del Plan de Beneficios en Salud, a definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación, definir los criterios para establecer los pagos moderadores, establecer y actualizar un sistema de tarifas que debe contener, entre otros componentes, un manual de tarifas mínimas que será revisado cada año, incluyendo los honorarios profesionales.

El artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 describe los tiempos y actores responsables de la administración, flujo y protección de los recursos, estos deberán ser así:

Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100 % si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50 % del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del

régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. (Congreso de la República de Colombia, 2007)

El Decreto 4747 de 2007 y la Resolución 3047 de 2008 desarrollaron la Ley 1122 en cuanto a regular la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de estos servicios, definiendo además los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados.

En Colombia, las condiciones en la facturación y autorización de servicios de salud se encuentran definidos en el Decreto 4747 de 2007, siendo los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud los siguientes:

- Pago por capitación.
- Pago por evento.
- Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico (Minsalud, 2007).

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad plantea la auditoría médica para el proceso de atención en salud, pero esta actividad también debe estar enfocada a los resultados de la atención en temas económicos relacionados con la venta de servicios, a las tarifas definidas por los manuales tarifarios y los servicios a facturar.

La empresa sujeta de este trabajo investigativo es una IPS que atiende pacientes pediátricos y adultos con patologías crónicas, con baja probabilidad de recuperación y se encuentra en la búsqueda constante de la excelencia en sus procesos clínicos y financieros para garantizar la eficiencia como principio definido desde el marco del aseguramiento.

Los usuarios que se atienden en la IPS estudiada son pacientes que requieren ventilación mecánica a largo plazo, después de recibir cuidados intensivos, además se les ofrece asistencia de cuidados paliativos domiciliarios.

La IPS presenta un esquema de facturación que viene enfocado por un modelo industrializado, dicho modelo no incluye un proceso de auditoría de la facturación, dado que no integra la prestación de servicios asistenciales, sino, como se mencionó, la organización se enfoca a una facturación de tipo industrial. Esto genera dificultades en la facturación eficiente de la prestación de servicios de salud, si no se cuenta con un trabajo articulado de las áreas de facturación y asistencial que generen los soportes necesarios para el cobro de los servicios, ya que en Colombia es necesario garantizar el cumplimiento de los registros asistenciales y de pertinencia para garantizar una facturación limpia (Minsalud, 2008).

Se deben resaltar las grandes oportunidades del modelo de facturación actualmente estructurado, dichas oportunidades son la eficiencia del proceso desde el punto de vista de tiempos definidos para la elaboración de la factura y disminución de los tiempos de cartera.

La facturación de los servicios de salud de la IPS se realiza de manera anticipada, es decir, los días 25 de cada mes se inicia la liquidación y elaboración de la factura proyectando los días faltantes del mes en curso, esto con base en que la población que se atiende presenta patologías crónicas y corresponde a pacientes clínicamente estables que no generan cambios adicionales en su plan de manejo. Si se llegara a presentar algún ajuste en su plan terapéutico, inmediatamente el área asistencial debe comunicar al facturador con el fin de realizar el respectivo ajuste.

El primer día calendario del siguiente mes se consolidan los soportes de registro para radicar máximo el quinto día hábil del mes. Esto representa una ventaja sobre el flujo de caja y la disminución en los tiempos de cartera.

Al tratar de generar de manera rápida la factura, en muchas oportunidades, se pierde la calidad en la elaboración de estas, generando la presencia de errores en la elaboración de la facturación como liquidación inexacta, es decir, factura no acorde con la atención prestada; valor cobrado diferente a lo pactado, lo cual genera ineficiencias en la operación. Por lo cual se propuso optimizar y reestructurar el modelo de facturación.

La figura 1 presenta los mayores problemas de la facturación en la IPS, entre las que se destaca la debilidad en la implementación de procesos, procedimientos y flujos de información entre áreas, además, la resistencia al cambio, especialmente por el personal asistencial que lleva a la deficiencia de reportes.

### **Figura 1**

*Problemáticas del proceso de facturación de la IPS reflejadas en los procesos de auditorías concurrentes y conciliatorias*



#### **Problemática de la facturación**

- Desgaste general administrativo y operativo por objeciones y glosas.
- Carencia de auditoría previa de cuentas.
- Se trabaja reactivamente a partir de la glosa.
- Resistencia frente a la mejora de los registros médicos.
- Omisión en registros de medicamentos y suministros.
- Pérdida de soportes administrativos y asistenciales.
- Auditoría médica de calidad y no de cuentas.

Fuente: Oviedo Salcedo y Leuro Martínez (2010).

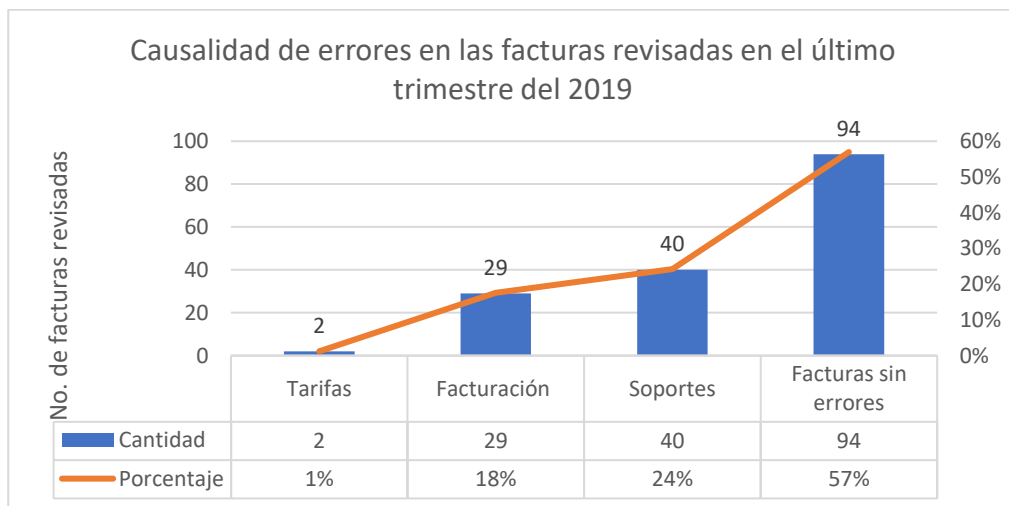
## Metodología para abordar la problemática

La metodología utilizada para la investigación corresponde a una revisión retrospectiva cuantitativa. Se realizó en el último trimestre de 2019, una revisión de las auditorías de cuentas realizadas en este periodo por cuatro aseguradores. Se encuentra que por errores en la facturación, de acuerdo con la política institucional establecida de facturación, sobre las órdenes médicas y no sobre lo realmente suministrado al paciente, suscita a que se genere un aumento en las glosas presentadas a la IPS por parte de las entidades responsables del pago.

La figura 2 muestra los resultados de la revisión, identificando que al momento de presentar la factura al asegurador, el 57 % de esta se encuentra sin errores; el 24 % presenta alguna inconsistencia en los soportes clínicos, ya sea porque no se cuenta con el soporte o que el soporte se encuentra incompleto; el 18 % se suscita por errores en la facturación debido a la política establecida en la institución de liquidar la cuenta sobre las ordenes médicas y no sobre lo realmente suministrado al paciente, es decir, se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados y, finalmente, el 1 % corresponde a tarifas no claras.

**Figura 2**

*Resultados auditorías de cuentas médicas realizadas en el último trimestre de 2019*



Fuente: elaboración propia.

Se muestra como la principal causa de devoluciones y glosas aquellas generadas por soportes y por facturación, por tanto, los esfuerzos en ajustar el modelo de facturación están encaminadas a subsanar estas dos principales oportunidades de mejora. Mejorar los resultados clínicos y de registro definitivamente impactarán positivamente en los resultados financieros, así mismo la adecuada estructuración del área de facturación hará mucho más eficiente el proceso.

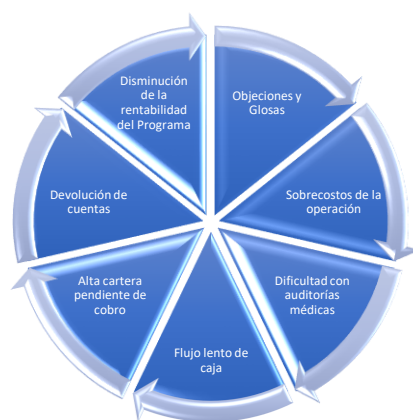
Así mismo, cuando se realizan las auditorías de conciliación con los aseguradores se encuentran glosas injustificadas, logrando sustentarse, por parte de la IPS, durante la citación, pero ya se ha generado retraso en el pago de la factura por parte de las EPS.

A noviembre de 2019, encontramos un valor importante de \$869 290 197 en glosas reportadas por los aseguradores; un incremento en las devoluciones y glosas realizadas por las auditorías de cuentas de las EPS presentan, en muchos casos, falta de conocimientos claros y parten de interpretaciones erróneas de las normas, sin dejar de lado el uso de glosas para evadir el pago de las obligaciones contraídas como mecanismo de control del gasto médico (Oviedo Salcedo y Leuro Martínez, 2010), lo que hizo imperativo la realización de una propuesta para ajustar el modelo de facturación actual por parte de la IPS.

En la figura 3, se presentan las consecuencias del modelo de facturación actual. Esta forma de facturar sobre las órdenes médicas no maneja los controles necesarios y conlleva un alto número de devoluciones y glosas por soportes. Como se indicó en los resultados de la auditoría del último trimestre de 2019, la falta de control ha generado reproceso y gastos adicionales para la operación, afectando el flujo de caja y también la rentabilidad de la IPS.

### Figura 3

*Consecuencias de las debilidades del modelo de facturación actual*



Fuente: elaboración propia.

Estas consecuencias mencionadas nos llevan a repensar en el concepto de facturación, ya que el concepto institucional de facturación se enfoca en la elaboración de la cuenta, pero esta va más allá, correspondiente a la articulación de la información de las áreas asistencial y de facturación logrando plasmarla en la cuenta, siendo este un reflejo de la cuantificación de los servicios prestados.

La Ley 1231 de 2008 unifica la factura como título valor, como mecanismo de financiación para el micro, pequeño y mediano empresario, y se dictan otras disposiciones, hace referencia a un



comprador o beneficiario del servicio y a un vendedor o prestador del servicio. En la relación que se establece en el sector salud, el beneficiario del servicio es el afiliado y no la entidad obligada a asumir el pago por la prestación del servicio (EPS o entidad territorial, entre otros). En el sistema de seguridad social en salud, implementado a raíz de la expedición de la Ley 100 de 1993, la institución prestadora de servicios de salud no está facultada para librar y entregar o remitir al beneficiario del servicio, en este caso el paciente (Bello, 2017), la factura de que trata la Ley 1231 de 2008 en los términos allí definidos. Esta debe ser librada y entregada o remitida a la entidad obligada al pago (EPS o entidad territorial, entre otros), que es la única que debe aceptarla de manera expresa.

Es también la facturación un instrumento legal que manifiesta la operación de un servicio que se presta a usuarios o personas, siendo esta un reconocimiento, valorización y liquidación de los procedimientos, diligencias y consumos facilitados a un paciente, hospitalario o ambulatorio, para efectos de cobro, que formen ingresos con los cuales se financiará la institución (Bello, 2017).

Por otro lado, la IPS debe contrarrestar las amenazas del creciente mercado, ya que hay nuevos competidores entrantes. De la misma manera, se encuentra que la matriz impulsa a la IPS a fortalecer sus procesos administrativos para apalancar la ventaja de poseer un nicho de mercado exclusivo y para apoyar sus buenos resultados clínicos. Es así como debe entonces consolidar su área de facturación para continuar garantizando la sostenibilidad financiera de la compañía. Por lo tanto, proponemos un proceso de facturación establecido de acuerdo con las necesidades particulares de la IPS.

## **Resultados e implicaciones**

El área de facturación de la IPS recoge la información de todos los aspectos relacionados con la presentación de facturas, glosas, devoluciones, y respuestas de estas, pagos y decisiones adoptadas por las entidades responsables del pago frente a las respuestas de los prestadores de servicios de salud.

Los soportes que acompañan las facturas, según el anexo técnico no. 5 de la Resolución 3047 de 2008, son los siguientes:

1. Factura o documento equivalente.
2. Detalle de cargos.
3. Autorización.
4. Resumen de atención o epicrisis.
5. Resultados de exámenes de apoyo diagnóstico.
6. Descripción quirúrgica, si aplica.
7. Registro de anestesia, si aplica.
8. Comprobante de recibido del usuario.
9. Orden y fórmula médica.
10. Lista de precios.

11. Recibo de pago compartido (pago de cuotas moderadoras o copagos).
12. Historia clínica.
13. Hoja de administración de medicamentos.

Teniendo en cuenta lo anterior, se propone al área de facturación alimentar su sistema de información para garantizar la gestión y transformación de la información, y consolidación de los soportes mencionados para posterior liquidación de la cuenta. Es indispensable poseer programas que permitan crear, almacenar, administrar, proteger y recuperar la información.

Para lograr cambios organizacionales frente a la problemática de la facturación, se sugieren las siguientes estrategias:

- Realizar auditorías y revisión de las cuentas antes de presentarlas a los pagadores o entidades responsables del pago.
- Unificación de manuales tarifarios.
- Socialización de contratos.
- Facturar los servicios de salud frente al informe de entrega de medicamentos por farmacia, es decir, realizar la liquidación de la factura sobre el suministro efectivo y no sobre las órdenes médicas. Lo anterior debido a que no todas las ordenes médicas que se generan a los usuarios en su totalidad se ejecutan.
- Realizar conciliación de cuentas con los aseguradores una vez al mes.
- Fortalecimiento del *software* de historia clínica.
- Se recomienda la siguiente estructura para el área de facturación:
- Coordinador del área.
- Profesional de la salud con especialización en auditoría médica.
- Grupo de análisis de cuentas o auditoría técnica previa, este grupo es el responsable de la revisión y entrega de las cuentas de cobro y facturas al área de radicación.
- Facturadores de cuentas, que después de realizar las liquidaciones se encargan de armar las cuentas para entregarlas al grupo de análisis de cuentas.

Las anteriores recomendaciones se generan basadas en los tiempos de respuesta contemplados para la facturación de servicios de salud definidos en el *Manual único de glosas y devoluciones* (Resolución 3047 de 2008) y también referenciados en la Ley 1438 de 2011 (Minsalud, 2011)

Por otro parte, se propone organizar el proceso de conciliación que permita cobrar oportunamente los servicios prestados y que han recibido algún tipo de glosa por parte del pagador, esto con el fin de no solo gestionar la glosa, sino de poder identificar las fallas y establecer correctivos que permitan una rápida recuperación de cartera, mejoramiento de los procesos y, por ende, el flujo de caja de la institución.

A continuación, se presenta el proceso de trámite de glosas y devoluciones definido en la Resolución 3047 de 2008 donde se establecen los tiempos máximos a tener en cuenta en cada etapa, buscando

la optimización de la facturación para cumplir con esos plazos, pero reduciendo al máximo posible la generación de devoluciones y glosas por parte del asegurador.

## Plan y recomendaciones de implementación y aplicación

En la tabla 1, se sugiere un proceso para la adecuada facturación de la IPS.

**Tabla 1**

*Proceso de facturación para una IPS de servicios domiciliarios*

Actividad	Documentos	Observación	Responsable
1. Solicitud de autorización de servicios.	Historia clínica.	Se diligencia base de datos y se solicita autorización de servicios a la entidad responsable del pago.	Auxiliar de facturación.
2. Registra actividades asistenciales, registra hallazgos, diagnóstico, conducta y procedimientos.	Historia clínica.	El médico que presta la atención debe registrar los procedimientos realizados al usuario. Enfermería registra las actividades que le competen a su área.	Médico tratante. Enfermera jefa. Auxiliar de enfermería.
3. Registra procedimientos y elementos utilizados en la atención.	Hoja de medicamentos y procedimientos.	Estos documentos son enviados a la oficina de facturación para agregarlos a la cuenta en archivo y digitación en sistema.	El médico registra los procedimientos. Enfermería registra los consumos.
4. Solicita exámenes de apoyo diagnóstico.	Orden de examen y copia.	La orden es enviada al respectivo servicio para realización y digitación en sistema de facturación. Copia para archivo de facturación.	Médico solicita el examen.
5. Solicita interconsultas.	Solicitud de interconsulta.	Es enviada al servicio respectivo donde se diligencia el soporte de las actividades realizadas y se envía a facturación para digitación en sistema de facturación.	Médico solicita el examen.
6. Prescribe medicamentos.	Fórmula médica y copia. Unidosis y multidosis.	Se envía a farmacia para su despacho y digitación en el sistema de facturación, copia para archivo de facturación. Actividad que se realiza los últimos días del mes. Para los medicamentos No PBS, se realizarán los Mipres y se enviarán los primeros días del mes correspondiente.	Médico que prescribe medicamentos. Enfermera que solicita unidosis.
7. Solicitud de autorización tecnologías No PBS	Historia clínica, base de datos para Mipres.	Información enviada al servicio de farmacia para despacho de las solicitudes y se envía a facturación para consultar en línea los 10 días de cada mes el estado de la solicitud.	Médico solicita medicamentos. Apoyo médico genera la base. Facturación consulta estado de solicitudes.
8. Autoriza salida del usuario.	Orden de salida. Certificado de defunción.	El documento generado es enviado a la facturación para la liquidación de la cuenta y emisión de facturas.	Médico que prestó la atención.

<b>Actividad</b>	<b>Documentos</b>	<b>Observación</b>	<b>Responsable</b>
9. Liquidación de cuentas.	Cuenta por paciente	Realiza la digitación mensual de la cuenta, de acuerdo con los consumos, actividades y procedimientos (los primeros 5 días del mes). Liquidación de la cuenta al egreso del paciente. Entrega de cuentas al coordinador de área para verificación de estado del paquete por paciente: facturas, soportes, autorizaciones, etc.	Liquidador de cuentas. Coordinación de área.

Fuente: elaboración propia.

Este proceso pretende mejorar los canales de comunicación internos para garantizar el proceso de integración de la información relacionada a la prestación de servicios de salud ofertados para la adecuada facturación.

## Conclusiones

El presente trabajo de grado se generó para dar solución a una necesidad identificada en una IPS de servicios de salud domiciliarios y cuyo alcance se definió hasta la elaboración de un manual de facturación que presentó pautas y lineamientos para un proceso de emisión y control de facturas basado en la normatividad legal vigente en Colombia.

Se definieron unos objetivos que dieran respuesta a la problemática identificada que corresponde a la facturación por venta de servicios de salud de la compañía.

Partiendo de esta problemática, precisada como la de pérdida de soportes asistenciales, omisión de registros de medicamentos y suministros, carencia de auditoría previa de cuentas, debilidad en preparación y divulgación de procesos y procedimientos y resistencia frente a la mejora de los registros médicos, se suscita al desgaste operativo, al trabajo reactivo a partir de la glosa, generando baja rentabilidad del programa, objeciones de glosas y alta cartera.

El presente estudio ayudó a establecer recomendaciones al modelo de facturación actualmente definido, ajustándose a los cambios normativos generados en el país. Es necesario recordar que todas las instituciones de salud son autónomas e independientes y deberán garantizar su sostenibilidad con eficiencia y calidad como principios del aseguramiento.

Se encontraron dificultades relacionadas con la implementación de esta optimización del modelo de facturación, debido a que la IPS enfoca su producto en la prestación de servicios de salud domiciliarios y esta pertenece a una multinacional enfocada a facturar servicios tangibles y no servicios intangibles como es Salud en Colombia con un sistema fuertemente regulado para garantizar la calidad en la prestación de servicios.

De igual forma, es importante propender por mejorar los registros médicos y de enfermería, que no sólo servirán como soporte para el cobro de los servicios de salud prestados, sino que conforman la historia clínica del usuario. La calidad del diligenciamiento de este documento reflejará la calidad de

atención del paciente con canalización adecuada de los recursos humanos, tecnológicos, científicos y económicos. En ese sentido es importante el seguimiento al desarrollo de la reciente ley que define para Colombia la Historia Clínica Electrónica Única, cuyo desarrollo estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social y del Ministerio de las TIC. Este nuevo instrumento modificará, para bien, las relaciones operativas entre las EPS y las IPS y tiene como fecha límite para que entre en operación enero de 2025.

En la misma línea de soportes tecnológicos podría ser importante hacia el futuro contar con una plataforma de gestión de cuentas médicas, puesto que dicho instrumento ayuda a optimizar los procesos y la calidad de los documentos soporte. Cabe resaltar que, actualmente, el Ministerio de Salud y Protección Social ha publicado un proyecto de resolución que busca modificar parcialmente la Resolución 3047 de 2008, en lo que corresponde al anexo técnico n.º 5, soportes de las facturas, y anexo técnico n.º 6, manual único de glosas, devoluciones y respuestas, y así reformar los soportes que deben acompañar la facturación electrónica de los servicios de salud, incluyendo los requisitos asociados al Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud y, por lo tanto, algunas de las causas de glosas y devoluciones derivadas de los soportes de las facturas también serán reformadas.

## Referencias

- Accounter. (2009, 10 de junio). Facturación en servicios de salud.  
<https://accounter.co/normatividad/conceptos/facturacion-en-servicios-de-salud.html>
- Bello, C. A. (2017). Sistema de gestión de calidad para el área de facturación del Hospital Regional de Sogamoso. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.  
<https://repositorio.uptc.edu.co/bitstream/handle/001/2520/TGT-1109.pdf;jsessionid=04AE17B9AED51F9FCE5BEC3A1B7FC8DB?sequence=1>
- Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 del 9 de enero de 2007. *El Abedul*, Diario Oficial, 1-18.  
[http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Ley\\_1122\\_de\\_2007.pdf](http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Ley_1122_de_2007.pdf)
- Hopkins, J. (2010). *Chronic Care: Making the Case for Ongoing Care*. Health and Robert Wood Johnson Foundation  
[http://www.fightchronicdisease.org/sites/default/files/docs/ChronicCareChartbook\\_FINAL\\_0.pdf](http://www.fightchronicdisease.org/sites/default/files/docs/ChronicCareChartbook_FINAL_0.pdf)
- Ley 1231 del 17 de julio de 2008.
- Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). Ley 1438 de 2011 (Issue 4).
- Minsalud. Decreto 4747 de 2007 (Vol. 2007, Issue Diciembre 7).
- Minsalud. Resolución 3047 de 2008.
- Oviedo Salcedo, I. T. y Leuro Martínez, M. (2010). *Facturación y auditoría de cuentas en salud*, 5.ª ed. ECOE.
- Ruth, Q. (2016). Gestión de glosas para prestadores de servicios de salud. Universidad Sergio Arboleda.
- Tobar, F. N. (1998). Modelos de pago en servicios de salud. *Cuadernos Médicos*, 74.