

PERCEPCIONES Y CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES EN  
MEDICINA DE LAS ÁREAS ASISTENCIALES, SOBRE LAS ACTIVIDADES  
ADMINISTRATIVAS Y JURÍDICAS RELACIONADAS CON LAS GLOSAS POR  
PERTINENCIA MÉDICA EN UNA INSTITUCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
DE TERCER NIVEL

WENDY JULIETH SANDOVAL HERRERA

YADIRA VALDERRAMA VARGAS

PRESENTADO A LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA  
COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN  
AUDITORIA EN SALUD

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL DEPORTE

POSGRADOS EN SALUD

BOGOTA D.C.

2021

## DEDICATORIA

A Dios que puso un camino frente a nosotras, nos ha bendecido con salud, familia, trabajo y sueños por que luchar. A nuestras familias, por su amor y apoyo incondicionales, por el tiempo que sacrificaron, porque a pesar del traspasnocho y las madrugadas, se mantuvieron constantes a nuestro lado dándonos ánimo para continuar. A nuestros padres, quienes a pesar de las distancias, siempre nos escucharon y nos alentaron para superar los obstáculos y afrontar los retos. A la Dra. Melisa Bautista, quien creyó en nosotras y nos motivó a realizar este trabajo, compartiendo sin reparos su experiencia y conocimiento en todo momento. A la docente Erika Rodriguez, por su orientación, amabilidad y respeto. Por su abnegada labor como docente procurando enseñar de la manera más asertiva. A todos, muchas gracias!!

“Yo hago lo que tú no puedes y tú haces lo que yo no puedo, juntos podemos hacer grandes cosas" María Teresa de Calcuta.

## Tabla de contenido

<b>1. Resumen</b> .....	1
<b>2. Introducción</b> .....	2
<b>3. Descripción del problema</b> .....	4
<b>4. Justificación</b> .....	8
<b>5. Objetivo general</b> .....	12
<b>6. Objetivos específicos</b> .....	12
<b>7. Marco conceptual</b> .....	12
7.1 Glosa:.....	14
7.2 Devolución: .....	14
7.3 Autorización .....	14
7.4 Respuesta a Glosas y Devoluciones .....	15
<b>8. Marco legal</b> .....	19
<b>9. Metodología</b> .....	21
9.1 Tipo de diseño metodológico: .....	21
9.2 Enfoque:.....	22
9.3 Población: .....	22
9.4 Muestra: .....	22
9.5 Muestreo:.....	22
9.6 Instrumento:.....	23
9.7 Fuentes de información: Primarias y secundarias.....	23
9.8 Identificación, definición y categorización de variables: .....	24
9.10 Plan de análisis: .....	28
9.11 Consideraciones éticas:.....	28
<b>10. Resultados</b> .....	29
10.1 Caracterización socio-demográfica de los participantes .....	29
10.2 Percepción respecto a la facturación, glosas y devoluciones.....	30
10.3 Conocimientos relacionados con facturación, glosas y devoluciones. ....	35
<b>10 Discusión</b> .....	41
<b>11 Conclusiones</b> .....	45
<b>12 Referencias</b> .....	48
<b>ANEXO N°1</b> .....	53
<b>ANEXO N°2</b> .....	63

## **1. Resumen**

La ley 100/93 establece una variedad de procesos administrativos y jurídicos para la contratación y el pago de los servicios de salud, entre los cuales sobresale la resolución 3047/2008 en donde se establece el manual único de glosas, que generalmente representa dificultades para las IPS y las afecta financieramente. En vista de la cantidad de glosas y devoluciones por pertinencia médica presentadas en la Clínica Santa Gracia, se decide realizar esta investigación, que busca describir las percepciones y conocimientos de los profesionales en medicina de las áreas asistenciales sobre las actividades administrativas y jurídicas relacionadas con las glosas por pertinencia médica, se aplicó un cuestionario en octubre de 2021 obteniendo la respuesta de 97 médicos y especialistas, se concluye que el nivel de conocimientos en términos generales es bueno y se evidencia que la percepción con respecto al proceso de glosas, es que este no es parte del actuar médico.

## **Abstract**

Law 100/93 establishes a variety of administrative and legal processes for the contracting and payment of health services, among which resolution 3047/2008 stands out, where the single manual of glosses is established, which generally represents difficulties for IPS and financial effects. Taking into account of the number of glosses and returns for medical relevance presented at the Santa Gracia Clinic, it was decided to carry out this research, which seeks to describe the perceptions and knowledge of medical professionals in the healthcare areas about administrative and legal activities related to glosses due to medical relevance, a questionnaire was applied in October 2021, obtaining the response of

97 doctors and specialists, it is concluded that level of knowledge in general terms is good and is evident that the perception regarding the process of glosses, is that this is not part of medical action.

## **2. Introducción**

Entre los actores del sistema de salud estipulados por la ley 100 de 1993 se encuentran: Las EAPB (Entidades administradoras de planes de beneficios) y las IPS (Instituciones prestadoras de salud), entidades que se han visto forzadas a enfrentar diferentes situaciones por cambios en las políticas y normatividad de la administración pública que requiere actualización de procesos con el fin de mejorar la atención y la calidad de los servicios en salud. (Parra y Cortes, 2019)

Si bien para las IPS, el principal objetivo es el de brindar una atención en salud eficiente, oportuna, segura y de calidad a los usuarios, como cualquier empresa también deben velar por la viabilidad financiera, para cumplir con las responsabilidades respecto a el pago de nómina, proveedores, insumos, gastos administrativos y de operación entre otros, por lo cual es necesario que las instituciones estén en consonancia con el cumplimiento de la normatividad establecida para el pago de las cuentas médicas, situación que es bastante compleja pues constantemente las IPS se ven afectadas y no logran cumplir con los requerimientos financieros debido al incumpliendo de pago de los servicios por parte de las EAPB o a la dilatación de los mismos. (Parra y Cortes, 2019)

Estas normas y reglamentaciones nacionales buscan establecer un lenguaje común entre las EAPB e IPS para lograr una correcta comunicación y así regular los compromisos financieros. La resolución 3047 de 2008, establece términos que deben ser implementados entre los actores, así mismo codifica motivos por los cuales se puede ver afectado el pago

total o parcial de las facturas. Es así como se presentan las glosas o devoluciones que son notificadas a las IPS por diferentes fallas en las que se encuentran los errores humanos, prórrogas administrativas, errores en la facturación, inconsistencias en los soportes, falta de pertinencia médica, entre otros. Estos errores no permiten cumplir a cabalidad con lo solicitado por las EAPB para la generación del pago de cartera y es así como financieramente se ven afectadas las IPS.

En principio, estas situaciones parecen no tener relación con el personal médico asistencial, sin embargo, como lo indica Arana (2011), cuando los profesionales de la salud generan una orden médica se convierten en los ordenadores del gasto y por ende hacen parte de este proceso jurídico y administrativo que impacta la situación financiera de las IPS. Para la presente investigación, se tomó el caso de la Clínica Santa Gracia, ubicada en la ciudad de Popayán Cauca, ya que durante el año 2019 se evidenciaron más de 25000 facturas glosadas que equivalen a una cartera de 4000 millones de pesos aproximadamente, donde el 40% de las glosas son por motivo de pertinencia médica, entendida como la falta de coherencia entre la historia clínica, las ayudas diagnósticas o los tratamientos, según las guías de atención, protocolos o el concepto de un profesional en salud. (Pérez y Valencia, 2020)

Adicionalmente, durante el año 2021 con corte a junio, más del 50% de las cuentas facturadas fueron glosadas, y de las glosas notificadas el 60% correspondían a pertinencia por un valor aproximado de 1000 millones de pesos. Es decir que de 2019 a 2020 se ha aumentado el número de glosas notificadas por motivo de pertinencia médica.

Por lo anterior, se propuso la presente investigación con el propósito de identificar la percepción y los conocimientos de los profesionales en medicina, sobre las actividades administrativas y jurídicas relacionadas con este motivo de glosas.

Con el fin de dar cumplimiento a los objetivos propuestos en el proyecto, se propuso un estudio observacional descriptivo, con un enfoque cuantitativo, la población seleccionada para el estudio fueron médicos generales y especialistas de la Clínica Santa Gracia de Popayán así: 45 médicos generales y 88 especialistas, con especialidades como: ortopedia, gastroenterología, anestesia, cirugía general ginecología, medicina interna, cuidado intensivo, urología, pediatría, neurocirugía, oncología, radiología, neurología, infectología, dermatología, cirugía vascular, cirugía de cabeza y cuello, cirugía plástica, toxicología, psiquiatría, oftalmología, hematología y otorrinolaringología. La muestra quedó conformada por los médicos y especialistas de la clínica Santa Gracia que diligenciaron voluntariamente el cuestionario elaborado para la recolección de datos.

Posteriormente, se realizó un análisis de los datos obtenidos con el fin de conocer y describir las percepciones y conocimientos de los profesionales sobre las actividades administrativas y jurídicas relacionadas con las glosas por pertinencia médica.

### **3. Descripción del problema**

Luego de la implementación de la ley 100 de 1993, en donde se establece un modelo neo liberal en el que la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud se transfiere a la empresa privada, siendo el estado el ente regulador, se crea el Sistema General de Seguridad Social, cuyo principal objetivo fue garantizar los derechos irrenunciables de la persona y de la comunidad para obtener la calidad de vida, acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que le afecten. (Ley 100,1993)

Este modelo neoliberal promueve la competencia, de esta forma las instituciones participantes, llámense Promotores o prestadores de salud, han tenido que adoptar modelos que busquen la eficiencia en la prestación de los servicios de salud. A partir de la Ley 100 de 1993 es que aparecen los actores del sistema, ahora ampliamente conocidos: EAPB (Entidades administradoras de planes de beneficios), que incluyen a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada y las IPS (Instituciones prestadoras de salud), y se generan una serie de reglamentaciones, procesos y herramientas que permitieron la comunicación en el ámbito financiero de las entidades, puesto que la ley 100 también estipula: “los servicios prestados por las IPS, deben ser facturados a las EPS para recibir el pago, y quedan facultadas también estas Empresas, para auditar, aprobar o glosar las facturas” (Guzmán, 2015).

Si bien el proceso para la prestación de los servicios de salud, debería marchar bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, el proceso no es tan transparente, pues se generaron formas de contratación o modelos de pago en los que, con gran frecuencia, se observa que para buscar un uso eficiente de los recursos, se imponen barreras administrativas a los usuarios para la prestación del servicio, se habla de universalidad, pero se realizan afiliaciones selectivas, se habla de solidaridad cuando es clara la diferencia en la prestación de los servicios en el régimen contributivo del subsidiado, integralidad, y se escucha en las noticias sobre paseos de la muerte, unidad y participación, pero al momento de realizar los procesos de facturación la unidad como sistema ya no aplica, y se ven complejos procesos de glosas y conciliaciones en los que generalmente las IPS salen financieramente afectadas.



Los procesos y formas de comunicación para la contratación y el pago, están reglamentados por el decreto 780 de 2016 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, por la resolución 3074 de 2008 en la cual se definen formatos, mecanismos de envío y procedimientos, el decreto 133 de 2010 y finalmente los manuales tarifarios en salud. No obstante, se presentan constantemente dificultades en el proceso de cobro y pago de las prestaciones realizadas, pues del total de facturación de todos los servicios, se glosa un porcentaje considerable por diferentes causas, y se evidencia que aproximadamente una décima parte se acepta y se asume por las IPS. (Pérez y Valencia, 2020)

Dentro de las dificultades en el relacionamiento entre IPS y EAPB, se encuentran los conflictos entre prestadores y aseguradores por desconocimiento de sus acciones al interactuar en la atención de los usuarios: demandas jurídicas, administrativas o éticas contra los profesionales y las entidades del sistema; procesos de auditoría coercitivos y punitivos que castigan a los prestadores y profesionales; Problemas en recuperación de los recursos; altas sumas en cartera de las entidades prestatarias y aseguradoras de difícil recuperación, entre otros.(Arana, 2011)

El efectivo relacionamiento entre las IPS y EAPB, es un proceso de vital importancia para las instituciones prestadoras de salud, que dependen de la adecuada gestión administrativa para que el ingreso de recursos financieros no se vea interrumpido y pueda cumplir con sus objetivos misionales sin dificultad, sin embargo, es una constante en todas las IPS el retraso de los pagos secundario a la generación de glosas o devoluciones de las cuentas presentadas a las EAPB. (Parra y Cortes, 2019)

Dentro de las causales de glosas más frecuentes, como se indica en el estudio realizado por Pérez, C y Valencia, A. en el año 2020, se encuentran que la facturación, autorización y pertinencia médica tienen los porcentajes más altos; el registro de medicamentos y/o insumos administrados, pertinencia y tarifas correspondientes a los servicios cirugía y hospitalización ayudas diagnósticas que no se encuentran contratadas, incumplimiento de las metas en las actividades de promoción y prevención, son otras causales de glosa que se evidenciaron en el estudio.

Por otro lado, cuando se indaga sobre el origen de las glosas, se encuentran diversos motivos, en la investigación realizada por Pérez, E. en el año 2015, se evidencio que los procesos administrativos son inherentes en el reflejo de las no conformidades, que una de las principales causas es la falta de un manual de funciones en el área de facturación, en donde se especifique a cada colaborador, cuáles son las tareas propias del ejercicio de su labor, su nivel de alcance y las responsabilidades que debe asumir frente a los procesos que lleva, la falta de una auditoría externa que le permita establecer claramente al hospital sus ganancias y pérdidas.

Finalmente, al revisar las posibles soluciones, se encuentra la monografía realizada por Arana, G. en el año 2011, en donde se elabora un plan corto de estudio enfocado en las actividades administrativas y jurídicas de los profesionales de la salud, con el fin de fortalecer el conocimiento, puesto que el impartido en las universidades sobre el tema es muy general y fuera de contexto.

Para el caso específico de la Clínica Santa Gracia, IPS de tercer nivel ubicada en la ciudad de Popayán, con prestación de servicios de mediana y alta complejidad, se observa que durante los procesos de facturación y auditoria, tomando el seguimiento del área de cuentas medicas realizado en el año 2019, se evidenciaron más de 2500 facturas glosadas que

equivalen a una cartera de aproximadamente 4000 millones de pesos. Dentro de las causales de glosas se evidencia que en su gran mayoría son generadas por procesos esencialmente administrativos, como son autorizaciones, cobertura, tarifas o soportes, pero también se encuentra que el 40% de las glosas, hace referencia a la pertinencia clínica de las solicitudes, ya sea por registros incompletos, que no justifiquen la conducta médica o solicitudes improcedentes para la condición clínica descrita de los pacientes.

A lo largo del año 2021 más del 50% de las cuentas facturadas han sido glosadas, para el mes de junio, el 60% de las glosas correspondían a pertinencia: Ayudas diagnósticas, interconsultas, derechos de sala, materiales, procedimientos y medicamentos entre otros conceptos, generando una cartera de aproximadamente 190 millones de pesos entre aseguradoras y EPS. Es entonces cuando se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué Percepción y conocimientos tienen los profesionales en medicina, de las áreas asistenciales, sobre las actividades administrativas y jurídicas relacionadas con las glosas por pertinencia médica en una IPS de tercer nivel?

#### **4. Justificación**

Teniendo en cuenta la problemática planteada, y con el fin de mejorar y facilitar los procesos de auditoría y conciliaciones, es de vital importancia la actividad de los profesionales de la salud, que si bien, su principal objetivo es la atención y prestación de los servicios de salud durante las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, también existen otro tipo de actividades que en ocasiones son consideradas de menor relevancia, como son las actividades administrativas, educativas y jurídicas, que van desde los procesos de admisión, gestión de calidad, uso racional de los recursos financieros

hasta la aplicación de las normas del sistema de salud que soportan administrativamente el actuar médico y que integran el marco legislativo nacional.

Son estas actividades administrativas y jurídicas, cuando se realizan con desconocimiento o se les resta importancia, pueden generar glosas y devoluciones, que como se indicó previamente, engrosan la cartera de las instituciones prestadoras de salud. Y es que en este proceso administrativo cada entidad involucrada busca la protección de sus intereses, velar por sus propios recursos económicos para ser “auto sostenibles”. El Estado debe ser buen administrador, debe ser eficiente en la captación y distribución de los recursos financieros y así velar por la subsistencia del sistema. Las IPS, deben recuperar todo el dinero invertido en la prestación de servicios a los pacientes atendidos de las EAPB y generar rentabilidad como empresa; finalmente, las aseguradoras también deben ser eficientes en la administración del recurso para poder cubrir todo su funcionamiento y prestarles los servicios a sus afiliados con los dineros que les gira el Estado. (Arana, 2011).

Es entonces, en todo este complejo proceso, cuando los profesionales de la salud se convierten en los ordenadores del gasto (Arana, 2011), puesto que cuando un médico genera una orden médica, ya sean paraclínicos, medicamentos o terapias, se activa toda una trama de subprocesos que van desde la revisión de contratos, , costeos, autorizaciones y finalmente, el pago a quien realice la entrega del servicio al paciente, para quien este proceso debería ser fluido y transparente, pero para el profesional que lo ordena no, puesto que como ordenador del gasto debe propender con el cumplimiento de la normatividad para que el proceso no se vea entorpecido y esto conlleve a limitaciones en el acceso a los servicios para el paciente.

Pero no es clara la relevancia de estas funciones administrativas y jurídicas para los profesionales de la salud, incluso, en algunos casos no son consideradas como parte de las funciones y responsabilidades, por ende es importante conocer la percepción de los

profesionales con respecto a estos procesos y cuál es su compromiso frente a los mismos; cuando se habla de percepción, de acuerdo a la definición de la RAE, se puede hablar de “un Conocimiento o idea”, pero al profundizar en el tema, se encuentra que la percepción posee un nivel de existencia consciente, pero también otro inconsciente; es consciente cuando el individuo se da cuenta que percibe ciertos acontecimientos, cuando repara en el reconocimiento de tales eventos. Por otro lado, en el plano inconsciente se llevan a cabo los procesos de selección (inclusión y exclusión) y organización de las sensaciones. (Vargas, 1994)

En este orden de ideas las percepciones pueden desencadenar una serie de conductas o la elaboración de juicios, para el tema a colación, si el profesional de la salud considera que las funciones administrativas o jurídicas no le competen, esto podría traducirse en actividades asistenciales inconexas con las administrativas, generando a largo plazo dificultades para los diversos actores del sistema, incluido el paciente.

Por otro lado, es importante indagar si los profesionales de la salud tienen las suficientes bases teóricas para ejecutar los procesos administrativos y jurídicos correctamente. En este punto se puede afirmar de acuerdo a Ruiz et al., 2008:

“los indicadores para medicina, enfermería, odontología y auxiliar de enfermería señalan que existe una formación académica, en ciencias de la salud clínicas y teórico prácticas, que responde a las necesidades del mercado laboral. En las ciencias administrativas y de salud pública, existe un déficit en la formación, que debe ser llenado”

Tomando esta información como base, se deduce que desde la formación universitaria existen falencias en estos aspectos, pero luego de la práctica profesional es necesario

corroborar si persisten estas deficiencias en el conocimiento que puedan generar los yerros administrativos que se ven reflejados en las glosas y devoluciones.

En este orden de ideas, es de gran importancia identificar la percepción y los conocimientos de los profesionales de la salud sobre las actividades administrativas y jurídicas durante la práctica profesional, sobre todo en los aspectos más relevantes y que impacten directamente sobre las causales de glosas, para el caso de la Clínica Santa Gracia, la pertinencia médica.

Teniendo en cuenta el concepto de glosa por pertinencia, definido en el anexo técnico N° 6 de la resolución 3047 de 2008, y que una gran cantidad de las glosas pertenece a esta clasificación, se evidencia en el informe de glosas de 2019 de la clínica Santa Gracia, que en su mayoría están relacionadas con la solicitud y no reporte de imágenes diagnósticas, o solicitud y no justificación de las mismas, indicación de estancias hospitalarias o medicamentos que no reflejan la condición médica del paciente, lo cual refleja dificultades y vacíos en las actividades administrativas y jurídicas por parte de los profesionales en medicina, por este motivo, se pretende identificar cual es la percepción y el conocimiento desde su ejercicio profesional, luego, a partir de estos resultados, poder estructurar planes de mejoramiento en la institución que los hagan participes de los procesos administrativos en mención y se pueda generar reducción en cuanto a la generación de glosas por concepto de pertinencia médica.

## **5. Objetivo general**

Describir las percepciones y conocimientos de los profesionales en medicina de las áreas asistenciales, sobre las actividades administrativas y jurídicas relacionadas con las glosas por pertinencia médica en una institución de prestación de servicios de tercer nivel durante el tercer trimestre del año 2021.

## **6. Objetivos específicos**

- 1- Reconocer la percepción de los profesionales de la salud frente a las actividades administrativas y jurídicas relacionadas con las glosas por pertinencia médica.
- 2- Identificar los conocimientos de los profesionales en medicina de las áreas asistenciales, sobre las actividades administrativas y jurídicas relacionadas con las glosas por pertinencia médica.
- 3- Proponer recomendaciones y acciones de mejora que apoyen el proceso de facturación en la institución prestadora de servicios de salud con base en los resultados del estudio.

## **7. Marco conceptual**

William Thomas Porter y John C. Burton definen la Auditoria como el examen de la información por una tercera persona distinta de quien la preparó y del usuario, con la intención de establecer su veracidad; y el dar a conocer los resultados de este examen, con la finalidad de aumentar la utilidad de tal información para el usuario (Porter,1983). Cuando se habla de auditoria en servicios de salud se hace referencia a la “evaluación permanente y sistematizada de la calidad y la racionalización del recurso de la atención en salud, enfocada

principalmente en su proceso y resultado, con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de los servicios de salud.(Martínez, 2007) y teniendo en cuenta este enfoque de la auditoría en salud hacia los procesos y resultados se encuentran diferentes tipos: Auditoría médica, del servicio, clínica, de cuentas médicas, concurrente o de campo, de las facturas radicadas, directa, indirecta, de registros, de estructura, de procesos, de resultados, retrospectiva, comparativa y de control integrado de la gestión. Catorce clasificaciones de la auditoría que buscan una atención de salud con calidad, como lo establece la ley 100 de 1993 en el artículo 153, la calidad es uno de los fundamentos del servicio público y el estado establecerá mecanismos de control para garantizar el cumplimiento, y es así como crea por medio del decreto 2174 de 1996 el sistema obligatorio de garantía de la calidad, que actualmente se encuentra reglamentado por el decreto 1011 de 2006.

Acorde a lo anteriormente mencionado, existen distintas formas de realizar seguimiento o auditoría a la calidad en la prestación de los servicios de salud, el SOGC se enfoca en el usuario, la verificación de estructuras y documentación de procesos para una prestación de los servicios con los más altos estándares de calidad, que si bien estos resultados son el principal objetivo de todo el SGSSS, la calidad en salud va de la mano con la obtención de beneficios con los menores riesgos posibles y con el uso racional de los recursos disponibles, es aquí en donde la protagonista es la auditoría de cuentas médicas, para el caso colombiano, este proceso se ha convertido en una base fundamental para el adecuado funcionamiento del sistema de seguridad social en salud, favoreciendo la comunicación financiera entre prestadores de los servicios de salud y las EAPB.



La auditoría de cuentas médicas es definida por Martínez Mauricio (2007) como:

“El análisis realizado por auditores y personal administrativo de la documentación que acompaña la facturación generada por los procesos de atención al usuario, en el cual se tiene en cuenta la concordancia y la pertinencia entre las prestaciones ejecutadas ante las condiciones de salud del paciente que motivan la atención y las facturadas, teniendo en cuenta pautas contractuales y principios de calidad en la prestación”

Se han generado multitudinarias normas y reglamentaciones con el fin de establecer un lenguaje universal para una correcta comunicación entre los actores del sistema desde el ámbito de la auditoría en cuentas médicas, es así, como la resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009, establece las siguientes definiciones:

**7.1 Glosa:** Se presenta cuando la entidad responsable del pago, luego de una revisión integral, encuentra novedades o falta de claridad en las condiciones de la factura, que la puede afectar de forma parcial o total, hallazgo conocido como una no conformidad, estas novedades deben ser revisadas y aclaradas por el prestador para el pago completo de los servicios relacionados en la factura.

**7.2 Devolución:** La resolución 3047 de 2008 la define como “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.”

**7.3 Autorización:** Documento que generan las EAPB en donde se indica que el usuario tiene derecho al servicio allí especificado, indicando cual será la IPS que prestará el servicio y por medio de la cual esta realizará posteriormente el cobro.

**7.4 Respuesta a Glosas y Devoluciones:** Luego de la generación de glosas y devoluciones por parte de las EAPB, los prestadores realizarán una respuesta en los tiempos establecidos por la normatividad.

Con respecto a los mecanismos de pago y formas de contratación, el decreto 4747 de 2007, actualizado por el decreto 780 de 2016, establece las siguientes modalidades: Pago por capitación, por evento y por caso.

Se define el **pago por capitación** como una forma de pago prospectivo, en donde se reconoce un valor fijo por persona que recibirá una serie de servicios preestablecidos, este valor estará determinado en función del número de personas que tendrán derecho a acceder a estas prestaciones. El **pago por evento** hace referencia al pago por cada actividad o servicio prestado, “cada tarea clínica o procedimiento es convertido en unidades monetarias” (ACEMI, 2014); y finalmente se encuentra dentro del decreto 4747 el **pago por caso**, también conocido como paquete, pues se engloban una serie de prestaciones, insumos, y medicamentos requeridos durante un procedimiento o relacionados con un diagnóstico específico y se facturan en conjunto, con las tarifas previamente pactadas.

Adicional a los tipos de contratación anteriormente mencionados, también se encuentran otras modalidades como son el pago global prospectivo y los pagos por desempeño, que, si bien no se encuentran en los decretos 4747 de 2007 ni 780 de 2016, son ampliamente utilizados en la actualidad. El **pago global prospectivo (PGP)** es una forma de contratación similar a la capitación, en donde las EAPB entregan una suma determinada de dinero a los prestadores que cubra los gastos y permita proveer los servicios de salud a una población asignada por un periodo establecido de tiempo, en general un año (ACEMI, 2014), no hay precio individualizado por cada usuario ni por evento o servicio prestado. El presupuesto asignado se define a partir del costo de prestación de servicios a la demanda de

referencia ejecutado en la vigencia anterior y tomando en cuenta la demanda global de servicios a la institución. (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2019)

Finalmente, la modalidad de **pago por desempeño** se caracteriza por ser una forma de estímulo financiero a la obtención de desenlaces clínicos de alta calidad, que requiere al momento de establecer la voluntad de las partes, que “el pagador realice un balance entre los costos esperados de los incentivos por pagar y las mejoras en calidad” (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2019)

Cuando se habla del término cuenta médica, esta no se encuentra definida en las reglamentaciones del ministerio de salud, pero se menciona frecuentemente, teniendo en cuenta que en torno a las cuentas medicas giran gran parte de los procesos administrativos tanto de IPS como de EAPB, desde las áreas de facturación que centran sus esfuerzos por la generación de estas cuentas, auditores que vigilan, verifican y generan glosas sobre estas cuando se presentan inconsistencias, hasta las directivas de las instituciones prestadores que tienen grandes inconvenientes financieros cuando tienen enormes carteras posteriores a estas glosas y devoluciones. Es entonces cuando se comprende la connotación de este término y su importancia, y se hace necesario conocer su definición y los procesos que giran a su alrededor, se define cuenta médica como “un paquete m Describir las percepciones y conocimientos de los profesionales en medicina de las áreas asistenciales, sobre las actividades administrativas y jurídicas relacionadas con las glosas por pertinencia médica en una institución de prestación de servicios de tercer nivel durante el tercer trimestre del año 2021 mediante el cual se cobra la atención de un paciente al responsable de pago y está compuesta por una factura, unos soportes clínicos y administrativos y los RIPS” (Leuro y Oviedo, 2016)

Dentro de los soportes que hacen parte de la cuenta médica se mencionan los RIPS (Registros individuales de prestación de servicios de salud) Estos registros proveen los datos mínimos y básicos que se requieren para los procesos de control del ministerio como ente regulador, permiten hacer seguimiento al Sistema de Prestaciones de Salud en el SGSSS, y facilitan las relaciones comerciales entre pagadores y prestadores. (Ministerio de salud, 2016) fueron reglamentados por el decreto 3374 de 2000, con modificación por medio del decreto 1531 de 2014. Estos datos mínimos de la prestación presentados en los RIPS son la identificación de quien presta los servicios, la identificación del usuario que recibe la atención, la atención propiamente dicha y el motivo que generó la atención.

Dentro de los elementos de la cuenta médica también se encuentra la factura, que se define como el documento en donde se relacionan las prestaciones realizadas con el valor correspondiente acorde a los requisitos de ley, la facturación en el país esta reglamentada por el Decreto 1625 de 2016, en donde se describen las características y contenido técnico de la factura electrónica.

Finalmente se encuentran los soportes administrativos como son la remisión, autorizaciones de servicios, y constancia de información de atención de urgencias clínicos de la cuenta médica, y los soportes clínicos, como son la orden médica, la historia clínica y resultados de exámenes y procedimientos. Todos estos soportes, junto con la factura y los RIPS, permiten documentar y respaldar el cobro de los servicios de salud prestados. No obstante, cuando se presentan inconsistencia de alguna índole en estos soportes las cuentas médicas pueden entrar en procesos de glosas o devoluciones, que generalmente impactan la estabilidad financiera de los prestadores.

El manual único de glosas reglamentado por la resolución 3047 de 2008 modificada por la resolución 416 de 2009, estipula los procesos, documentos y tiempos de respuesta cuando se presentan estas inconstancias, contempla una codificación que está integrada por tres dígitos. Con el fin de caracterizar los motivos de objeción y unificar términos. El primero indica los conceptos generales, los dos segundos dígitos indican los conceptos específicos que se pueden dar dentro de cada concepto general. Los conceptos generales hacen referencia a la agrupación de procesos en los que se puede presentar una situación motivo de glosa. Estos se agrupan en nueve categorías:

**1. Facturación:** Las glosas por este motivo pueden ser por diversas causas: Si los servicios facturados difieren de los servicios realmente prestados, cuando no se descuentan los copagos, cuotas moderadoras o periodos de carencia, o cuando hay errores de orden administrativo en la generación de la factura.

**2. Tarifa:** Se presentan cuando en la cuenta médica son distintos los valores facturados a los estipulados en el acuerdo de voluntades.

**3. Soportes:** Estas glosas se presentan cuando los soportes están incompletos, ilegibles o con enmendaduras o simplemente la cuenta va sin soportes.

**4. Autorización:** Esta inconsistencia de las cuentas médicas hacen referencia a servicios prestados y facturados sin autorización, o que son distintos a los incluidos en la autorización.

**5. Cobertura:** Las glosas por cobertura están relacionadas con los acuerdos establecidos en la contratación, se presentan cuando se facturan servicios que no se encuentren incluidos, que hacen parte integral de un paquete y se cobran de forma independiente, o deben estar a cargo de otra entidad con la que estos servicios se encuentren contratados.

**6. Pertinencia:** Hace referencia a falta de coherencia entre la historia clínica, las ayudas diagnósticas o los tratamientos, a la luz de las guías de atención, o del concepto crítico de un auditor médico.

**8. Devoluciones:** La resolución 3047 de 2008 define este concepto como: “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”

**9. Respuestas a glosas o devoluciones:** Este proceso hace referencia a la respuesta emitida por los prestadores de servicios de salud a las glosas y devoluciones generadas por las EAPB.

## 8. Marco legal

NORMATIVA	OBJETIVO
<b>Ley 100 de 1993</b>	Crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud para Colombia y en relación a la contratación en salud, definió como modalidades la capitación y los presupuestos globales fijos, y determinó la obligación por parte de los aseguradores de la gestión de riesgo. Rige desde el 23 de diciembre de 1993
<b>Ley 1122 de 2007</b>	Modifica la Ley 100 de 1993 y estableció la regulación de la integración vertical con el fin de establecer el porcentaje máximo de contratación del asegurador con sus IPS propias. Se crea la comisión de regulación en salud (CRES). Rige desde el 09 de enero de 2007
<b>Ley 1438 de 2011</b>	Segunda modificación de la Ley 100 de 1993. Definió los parámetros para la contratación de las acciones de salud pública y en la prestación de servicios individuales estableció disposiciones generales para la contratación en la modalidad de capitación, el trámite para las glosas en

	la facturación y estableció la conformación de las redes integradas de servicios de salud. Rige desde el 19 de enero de 2011.
<b>Ley 1751 de 2015</b>	También conocida como la ley estatutaria en salud, en la cual se reglamenta la salud como un derecho fundamental, obligando al estado a garantizar este derecho mediante la adopción de políticas públicas que busquen la atención integral de los pacientes, se acaba la lista de servicios del POS permitiendo que los pacientes puedan acceder sin barreras a todos los servicios con la excepciones de los servicios con fines cosméticos, sin evidencia científica o que estén en fase de experimentación y se tengan que prestar en el exterior. Rige desde el 16 de febrero de 2015.
<b>Decreto 4747 de 2007</b>	En el cual se establecen las definiciones y requisitos para establecer acuerdos de voluntades para la prestación de servicios de salud, establece como los prestadores deben tener condiciones optimas para la prestación de estos servicios (habilitación, soporte de suficiencia, modelo de prestación e indicadores de calidad) e igualmente describe el proceso por medio del cual prestadores y EAPB realizan el trámite administrativo para el pago de estos servicios, desde la generación de autorizaciones, facturas, soportes, y RIPS. Rige desde el 07 de diciembre de 2007
<b>Manual De Auditoria MIPRES</b>	En este documento se estandarizan los criterios de verificación de los requisitos exigidos para el recobro ante el ADRES de los servicios y tecnologías No PBS acorde a lo establecido en la resolución 1885/18
<b>Resolución 3374 de 2000</b>	Se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud a las EAPB, conocidos como Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) que deben ser diligenciados por prestadores institucionales e independientes. Rige desde el 27 de diciembre 2000
<b>Resolución 3047 de 2008</b>	Busca dar solución a los problemas administrativos y financieros entre EAPB y prestadores, por medio de la generación de formatos, mecanismos de envío y procedimientos en caso de posibles inconsistencias, atención inicial de urgencias, autorizaciones, soportes de facturas y se establece el manual único de glosas, devoluciones y respuestas. Rige desde el 14 agosto de 2008
<b>Resolución 416 de 2009</b>	Realiza una modificación parcial a la Resolución 3047 de 2008, regulando el procedimiento para el informe de las inconsistencias potenciales de las entidades responsables del pago, así como la minimización en los requerimientos de adopción de formatos, mecanismos de envío y procesos administrativos. Rige desde el 18 de febrero de 2009

<b>Resolución 2292 de 2015</b>	Describe las funciones e integrantes del Comité Técnico de Direccionamiento del Registro Individual de servicios de Salud – RIPS, el cual tiene como objetivo definir las directrices, lineamientos, y estrategias para el registro. Rige desde el 25 de junio de 2015
<b>Resolución 1885 del 2018</b>	En esta resolución se describen los requisitos para la prescripción de los servicios y tecnologías que no se encuentran en el plan de beneficios en salud, y se establecen los procesos y tiempos de respuesta para que el usuario acceda como tal al servicio, indicando las actividades a realizar por cada una de las entidades, desde los prestadores hasta las EAPB.
<b>Resolución 5269 del 2017</b>	Actualiza el listado de servicios y tecnologías que se incluyen en el Plan de beneficios en salud (PBS)
<b>Decreto 780 de 2016</b>	Conocido como el decreto único reglamentario del sector salud y Protección Social en el cual se busca compilar y simplificar la reglamentación establecida con el objetivo de racionalizar las normas y contar con un instrumento jurídico único.
<b>Circular 016 del 2018</b>	Se actualiza y modifica lo establecidos en la resolución 5269/2017, Se realizan ajustes al plan de beneficios en salud con cargo a la unidad de pago por capitación (UPC).

## 9. Metodología

**9.1 Tipo de diseño metodológico:** Teniendo en cuenta los objetivos de la presente investigación, se selecciona un diseño observacional descriptivo, puesto que este tipo de diseño busca describir un fenómeno dentro de una población de estudio y conocer su distribución en la misma, no se realizara una intervención directa por parte del investigador ni se establecerán relaciones causales sobre los fenómenos observados, se realiza una medición de la presencia, características o distribución de un fenómeno dentro de la población de estudio como si de un corte en el tiempo se tratara, en cuanto a la dirección en el tiempo, es un estudio de tipo prospectivo, puesto que una vez establecido el inicio del estudio se realiza un seguimiento de la población en el tiempo hacia adelante. (Veiga y Zimmermann, 2008).



**9.2 Enfoque:** Se escoge el paradigma cuantitativo pues de acuerdo a su definición, es el enfoque que se ajusta a los objetivos planteados en la investigación, el enfoque cuantitativo “Utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías, es un método que establece un orden riguroso y se obtienen datos producto de las mediciones, los cuales se deben analizar por medio de métodos estadísticos” (Vega Et al., 2014)

**9.3 Población:** Está conformada por los médicos generales y especialistas de la Clínica Santa Gracia de Popayán: 45 médicos generales y 88 especialistas, estos últimos pertenecientes a ortopedia (9), Gastroenterología (2) Anestesia (9) Cirugía general (7) Ginecología (5), medicina interna (5), Cuidado intensivo (5), urología (5), Pediatría (5), Neurocirugía (4), Oncología (3), Radiología(2), Neurología (3), Infectología (1), Dermatología (3), Cirugía vascular (2), Cirugía de cabeza y cuello (3), Cirugía plástica (2), Toxicología (1), Psiquiatría (1), Oftalmología, (1), Hematología (2) y Otorrinolaringología (1)

**9.4 Muestra:** Está conformada por los médicos y especialistas de la clínica Santa Gracia que diligencien el cuestionario enviado por medio electrónico durante el mes de octubre de 2021.

**9.5 Muestreo:** Para la selección de participantes de la investigación se realiza un muestreo no probabilístico de tipo intencional, en donde “el investigador seleccione directa e intencionadamente los individuos de la población” (Arias et al., 2016) por ende, los participantes serán aquellos que acepten participar de forma voluntaria en el estudio.

**9.6 Instrumento:** El instrumento seleccionado es el cuestionario, definido como “un listado de preguntas que se van a formular de idéntica manera a todos los participantes, que permite la recolección de la información y su cuantificación” (Ferrando, 1996) dentro de las características principales, que llevaron a seleccionar este instrumento, se encuentra que “el cuestionario permite obtener información sobre las personas en estudio de manera sistemática y ordenada” (Blanco, 2011), para el caso en mención, información sobre percepción y conocimientos de un área específica de cuentas médicas y normatividad.

El cuestionario se elabora a partir de la pregunta de investigación, que indaga sobre la percepción y los conocimientos de los profesionales en medicina, de las áreas asistenciales, sobre las actividades administrativas y jurídicas relacionadas con las glosas por pertinencia médica, se realiza la búsqueda de la literatura en donde se identifican los conceptos claves a indagar sobre facturación, glosas, y cuentas médicas, permitiendo la generación de un cuestionario con tres apartados:

- Información demográfica.
- Percepción sobre las actividades administrativas y jurídicas
- Conocimientos relacionados con las glosas por pertinencia.

Este cuestionario será auto administrado por medio de google Drive durante el mes de octubre del año 2021. (Anexo N° 1)

**9.7 Fuentes de información: Primarias y secundarias:** Las fuentes de información son secundarias en cuanto a los informes de glosas generados por el área de

cuentas médicas de las IPS, y son primarias, cuando se hace referencia a la información que se recolectara por medio de los cuestionarios auto administrados.

### 9.8 Identificación, definición y categorización de variables:

VARIABLES SOCIO DEMOGRAFICAS					
N°	VARIABLES	DEFINICIÓN	Categorías	Subcategorías	Escala de medición
1	Rango de edad	Periodo de tiempo trascurrido desde el nacimiento de una persona hasta la fecha actual, medido en años. Información recolectada por medio del cuestionario.	20-30 años	NA	Ordinal
			31-40 años		
			41-50 años		
			51-60 años		
			mayor de 60 años		
2	Tiempo laborado	Cantidad de tiempo que lleva el usuario vinculado laboralmente a la institución. Información recolectada por medio del cuestionario	0 a 6 meses	NA	Ordinal
			7 a 12 meses		
			1 a 3 años		
			3 años o mas		
3	Cantidad de horas semanales contratadas	Cantidad de tiempo semanal en que el usuario desempeña sus funciones en la institución. Información recolectada por medio del cuestionario	20 - 30 horas	NA	Ordinal
			31-50 horas		
			51 - 60 horas		
			61 horas o mas		
4	Tipo de contrato laboral	Un contrato es un acuerdo de voluntades en el que una persona natural se obliga a prestar un servicio personal a otra persona, natural o jurídica, bajo la continuada dependencia o subordinación de la segunda estableciendo un	Contrato a termino fijo	NA	Nominal
			Contrato a termino indefinido		
			Contrato por horas		
			Contrato por prestación de servicios		
			No tiene contratación directa con la Clínica		
5	Nivel educativo	Ultimo nivel de educación formal alcanzado por el participante, teniendo en cuenta la clasificación de estudios en el área de medicina. Información recolectada por medio del cuestionario	Pregrado	NA	Nominal
			Especialización		
			Subespecialización		
			Maestría		
			Doctorado		
6	Estudios relacionados con administración en salud, auditoría en salud, gerencia en salud, cuentas médicas o afines	Estudios de pregrado o post grado en areas administrativas o cuentas médicas (como auditoria medica, gerencia en salud, calidad, sistemas de gestion, entre otros). Información recolectada por medio del cuestionario.	SI	NA	Nominal
			NO		
7	Conceptos sobre procesos administrativos y jurídicos relacionados con contratación en salud o facturación en salud, durante la formación académica	Formación en conceptos generales o específicos en temas relacionados con contratación, normatividad y cuentas médicas. Información recolectada por medio del cuestionario.	SI	NA	Nominal
			NO		
8	Glosas o devoluciones relacionadas con la actividad asistencial del participante	El participante tiene conocimiento, ha sido informado o le han escrito sobre glosas o devoluciones posterior a la atención de pacientes. Información recolectada por medio del cuestionario.	SI	NA	Nominal
			NO		

VARIABLES RELACIONADAS CON CONOCIMIENTOS					
1	Conocimiento de normas que reglamenten los servicios en	Se indaga de forma general si el participante conoce alguna norma	SI NO	NA	Nominal
2	Conocimiento de normas que reglamenten los servicios en salud.	Determinar cual de las normas presentadas corresponde a una norma en salud. Información recolectada por medio del	Ley 100 de 1993 Ley 823 de 2003 Ley 1421 de 2021 Decreto 780 de 2016	NA	Nominal
3	Definición de autorización de servicios en salud.	Se indaga de forma general si el participante conoce la definición	SI NO	NA	Nominal
4	Definición de autorización de servicios en salud.	Determinar, de las afirmaciones presentadas, cuales son verdaderas con respecto a la definición de autorización de servicios en salud. Información recolectada por medio del cuestionario.	No se debe realizar una consulta o administrar un medicamento sin autorización Una autorización es un documento generado por las aseguradoras (EPS) que se solicita de acuerdo al tipo de contratación Una autorización es un documento generado por las aseguradoras (EPS) que se solicita siempre para prestar un servicio Durante la atención de urgencias no se debe negar el servicio por falta de autorizaciones	NA	Nominal
5	Conocimiento de las modalidades de contratación	Se indaga de forma general si el participante conoce las	SI NO	NA	Nominal
6	Conocimiento de las modalidades de contratación en salud.	Determinar, de las afirmaciones presentadas, cuales son verdaderas con respecto a las modalidades de contratación de servicios en salud. Información	Contrato por capitación Contrato por obra o ejecución Contrato por evento Pago global prospectivo	NA	Nominal
7	Conocimiento del Plan de Beneficios en Salud.	Se indaga de forma general si el participante conoce el significado	SI NO	NA	Nominal
8	Conocimiento del Plan de Beneficios en Salud.	Determinar, de las afirmaciones presentadas, cuales son verdaderas con respecto al plan de Beneficios en salud. Información recolectada por medio del cuestionario.	La sigla PBS significa Planeación Basica en Salud La sigla PBS significa Plan de Beneficios en Salud El termino No PBS hace referencia a los servicios y medicamentos que no se encuentran en el plan de beneficios en salud El termino PBS es similar al anteriormente conocido POS	NA	Nominal

VARIABLES RELACIONADAS CON CONOCIMIENTOS					
9	Conocimiento sobre la definición de glosas en la	Se indaga de forma general si el participante conoce la definición	SI NO	NA	Nominal
10	Conocimiento sobre la definición de glosas en la facturación de los servicios de salud	Determinar, de las afirmaciones presentadas, cuales son verdaderas con respecto a la definición de glosas en la facturación de los servicios de salud. Información recolectada por medio del cuestionario.	La EPS luego de una revisión exhaustiva de la factura se niega a pagar la prestación de los servicios de salud a la IPS. La IPS solicita a la EPS, por medio de una acción jurídica el pago de los servicios de salud prestados La EPS, luego de una revisión integral, encuentra una no conformidad en la factura y los soportes de la misma, que evitan el pago de los servicios de salud, hasta ser aclarados por las IPS. La EPS, luego de una revisión preliminar, encuentra una no conformidad en la factura y los soportes de la misma, que no permite la presentación de la factura.	NA	Nominal
11	Conocimiento sobre la plataforma MIPRES	Se indaga de forma general si el participante conoce la plataforma	SI NO	NA	Nominal
12	Conocimiento sobre la plataforma MIPRES	Determinar, de las afirmaciones presentadas, cuales son verdaderas con respecto a la plataforma MIPRES. Información recolectada por medio del cuestionario.	Para los eventos ambulatorios, se debe realizar con anticipación la formulación y ésta será entregada con la pre-autorización al usuario En caso de equivocación en la formulación, se cuenta con 24 horas para hacer la respectiva corrección Durante una situación de urgencia, el MIPRES debe ser autorizado por el asegurador antes de la entrega del medicamento Todos los profesionales de la salud que indiquen medicamentos NO PBS tienen que diligenciar el respectivo MIPRES	NA	Nominal

VARIABLES RELACIONADAS CON CONOCIMIENTOS					
13	Conocimiento sobre el término pertinencia médica	Se indaga de forma general si el participante conoce el término	SI NO	NA	Nominal
14	Conocimiento sobre el término pertinencia médica	Determinar, de las afirmaciones presentadas, cuales son verdaderas con respecto al el término pertinencia médica. Información recolectada por medio del cuestionario.	La correlación entre las necesidades del pacientes y la conducta medica establecida de acuerdo con protocolos y guías de manejo La correlación entre la historia clínica del paciente y los paraclínicos solicitados Termino usado en auditoria para indicar las dificultades en el diagnostico y tratamiento de un paciente Clasificación de glosa de acuerdo a los registros clínicos evidenciados durante la prestación de los servicios de salud que evita el pago de una factura.	NA	Nominal

VARIABLES RELACIONADAS CON LA PERCEPCIÓN					
1	Impacto de las glosas y devoluciones en la situación financiera de la IPS.	Consecuencia(s) de la generación de glosas y devoluciones en estabilidad financiera de la IPS. Información recolectada por medio del cuestionario.	Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	NA	Nominal
2	Impacto de las actividades asistenciales en las actividades administrativas, facturación y cuentas médicas.	Consecuencia(s) de las actividades asistenciales realizadas por el personal de salud en la facturación de servicios de salud y en las cuentas médicas. Información recolectada por medio del	Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	NA	Nominal
3	Impacto de las registros médicos sobre las causales de glosas o devoluciones	Consecuencia (s) de la calidad de los registros médicos en las causales de glosas y/o devoluciones. Información recolectada por medio del cuestionario.	Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	NA	Nominal
4	Impacto de las glosas y devoluciones en la calidad de la prestación de los servicios de salud	Consecuencia(s) de la generación de glosas y devoluciones en la calidad de la prestación de los servicios de salud en la IPS. Información recolectada por medio del cuestionario.	Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	NA	Nominal
5	Actividades a realizar que disminuyan o eviten la generación de glosas o devoluciones para la institución.	Actividades que se proponen para disminuir o evitar la generación de glosas y/o devoluciones en una IPS. Información recolectada por medio del cuestionario.	Pregunta abierta	NA	NA

**9.9 Recolección de la información:** La técnica de recolección de la información será la encuesta, definida por Campbell y Katona, (1979), como “una técnica que depende del contacto directo o indirecto con todas las personas cuyas actitudes, conductas o características son significativas para una determinada investigación”. Una vez se cuente con la autorización de la Clínica Santa Gracia, (anexo N° 2) se procederá a divulgar el cuestionario por medio electrónico (correo o vía WhatsApp) al total de la población, la participación será voluntaria y se obtendrá el respectivo consentimiento informado (Anexo N°1 )

**9.10 Plan de análisis:** Esta información será procesada electrónicamente mediante la plataforma Google Drive y se realizará el respectivo análisis obteniendo las estadísticas descriptivas que permitan las variables por medio del programa de Excel: Distribuciones de frecuencia, tasas, porcentajes, promedios, medianas y modas.

**9.11 Consideraciones éticas:** De acuerdo con los principios establecidos en el reporte de Belmont y debido a que este estudio es considerado como investigación sin riesgo de acuerdo al artículo 10 de la Resolución 008430/93 y en cumplimiento con los aspectos mencionados en el Artículo 6 de la presente Resolución, este estudio se desarrollará aplicando los principios éticos y teniendo en cuenta que es una investigación descriptiva, no se expondrá a daño alguno a ninguno de los participantes, se protegerá la confidencialidad y los resultados esperados de la investigación tendrán fines netamente académicos, los cuales, la institución podrá utilizar para establecer estrategias de mejora en sus procesos institucionales. Se realizará la investigación previa autorización del representante legal de la IPS y el consentimiento informado de cada uno de los participantes.

## **10. Resultados**

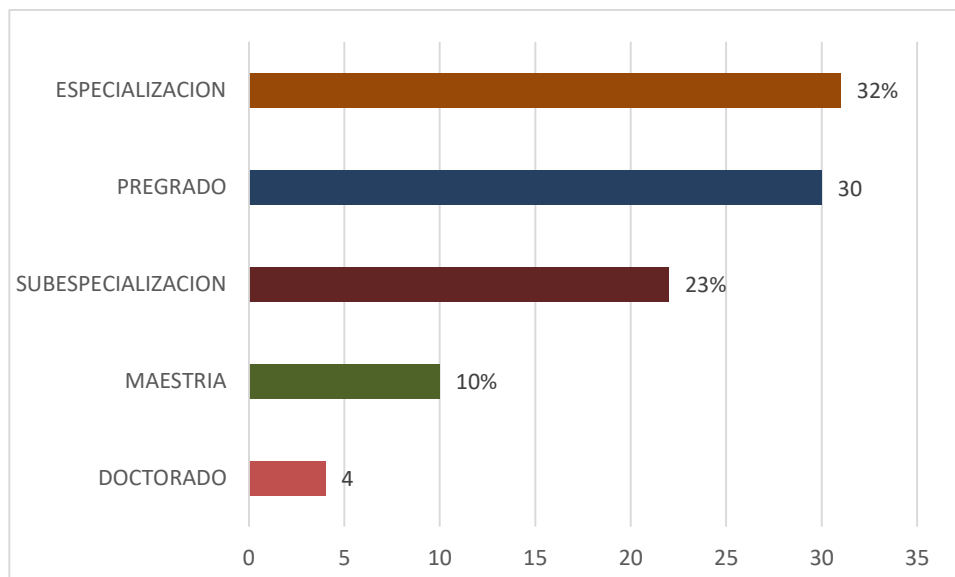
Los resultados obtenidos describen inicialmente a la población en sus características socio-demográficas, y posteriormente se presenta la información obtenida de las variables relacionadas con la percepción y finalmente con los conocimientos. Se envió la encuesta virtual a 133 médicos, de los cuales 98 contestaron, uno de los participantes disintió de la participación en el estudio, por ende, se tienen en cuenta las respuestas de 97 médicos de la IPS Clínica Santa Gracia de Popayán.

### **10.1 Caracterización socio-demográfica de los participantes**

En primera instancia, se encuentra que más del 70% de los participantes son mayores de 30 años, el 82% tiene un contrato de prestación de servicios, el 63% lleva vinculado a la institución entre 7 meses a 3 años y, al momento de la encuesta, el 75% trabaja entre 35 a 60 horas semanales.

El 81% de los participantes no tiene estudios relacionados con administración en salud, auditoría, gerencia o cuentas médicas, al 97%, en algún momento de su ejercicio profesional, le han informado sobre glosas por pertinencia médica relacionadas con su actividad asistencial y el 86% de los participantes recibieron durante su formación académica conceptos sobre procesos administrativos y jurídicos relacionados con contratación en salud o facturación en salud. En cuanto al nivel de formación se puede identificar en la figura 1 la respectiva distribución:



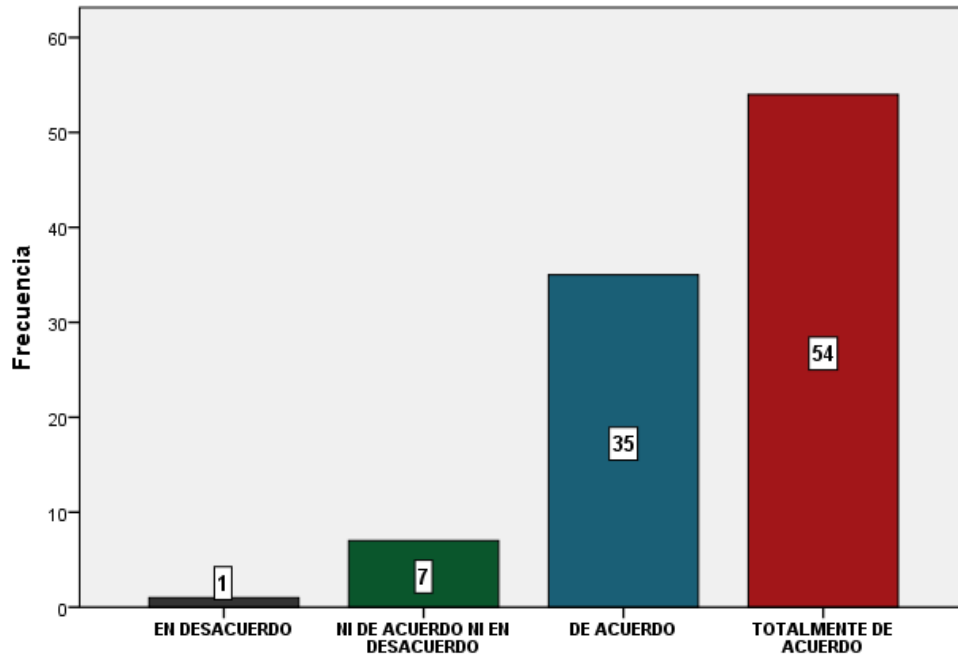


*Figura 1. Distribución de la población, según último nivel de estudios*

## **10.2 Percepción respecto a la facturación, glosas y devoluciones**

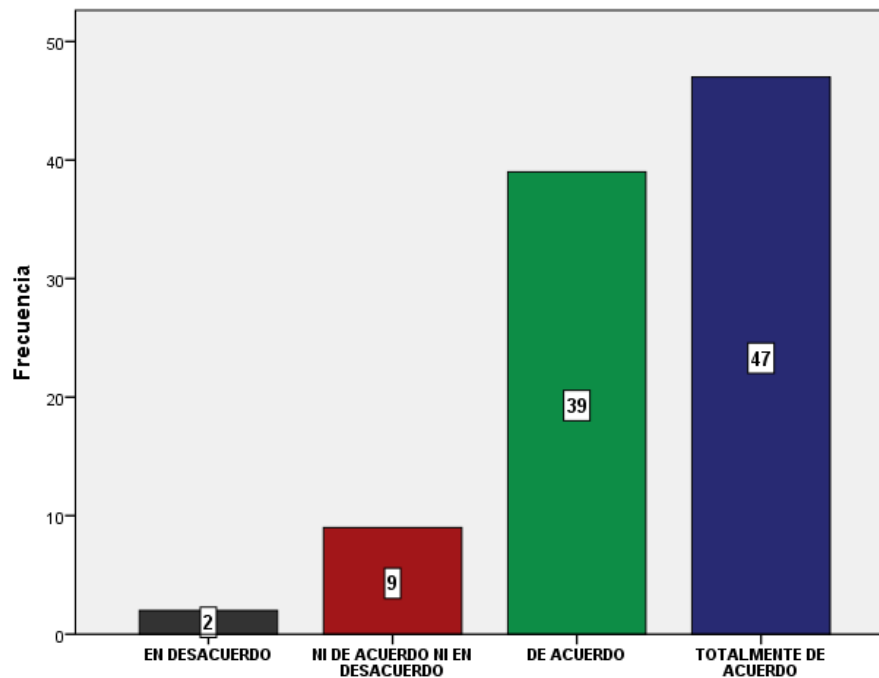
Se indaga por medio de cuatro preguntas la percepción de los participantes en cuanto al impacto y la relación de las glosas con las actividades asistenciales y la prestación de los servicios de la IPS, se presentan estos resultados por medio de las siguientes gráficas en donde se refleja por medio de una escala de Likert el grado de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones planteadas:

En la primera pregunta se indaga a los participantes si consideran que las glosas pueden impactar la situación financiera de la IPS, con el fin de determinar si consideran que se puede presentar alguna consecuencia de tipo económico para la IPS, la medición de esta variable mostró que, para la mayor parte de los participantes, las glosas si interfieren las finanzas de la empresa, tal como se representa a continuación



*Figura 2. Percepción: Impacto de las glosas sobre la situación financiera de la IPS*

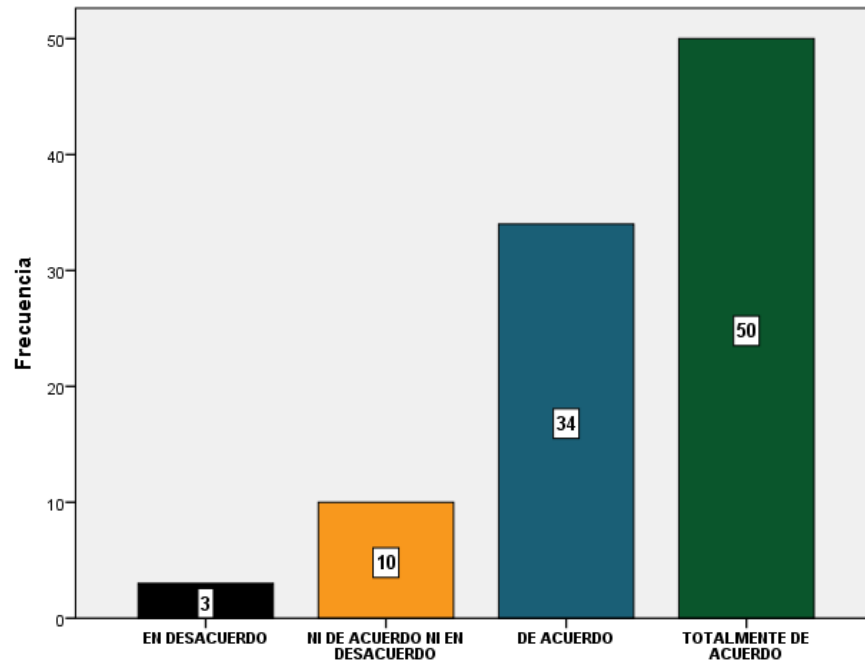
En la segunda pregunta se indaga si los participantes consideran que existe una relación entre las actividades asistenciales con las actividades administrativas, de facturación y cuentas médicas, al realizar la tabulación de la encuestas se encuentra que el 48% está totalmente de acuerdo y el 40% está de acuerdo, en que hay una relación como se representa en la siguiente figura:



*Figura 3.  
Percepción:  
Relación*

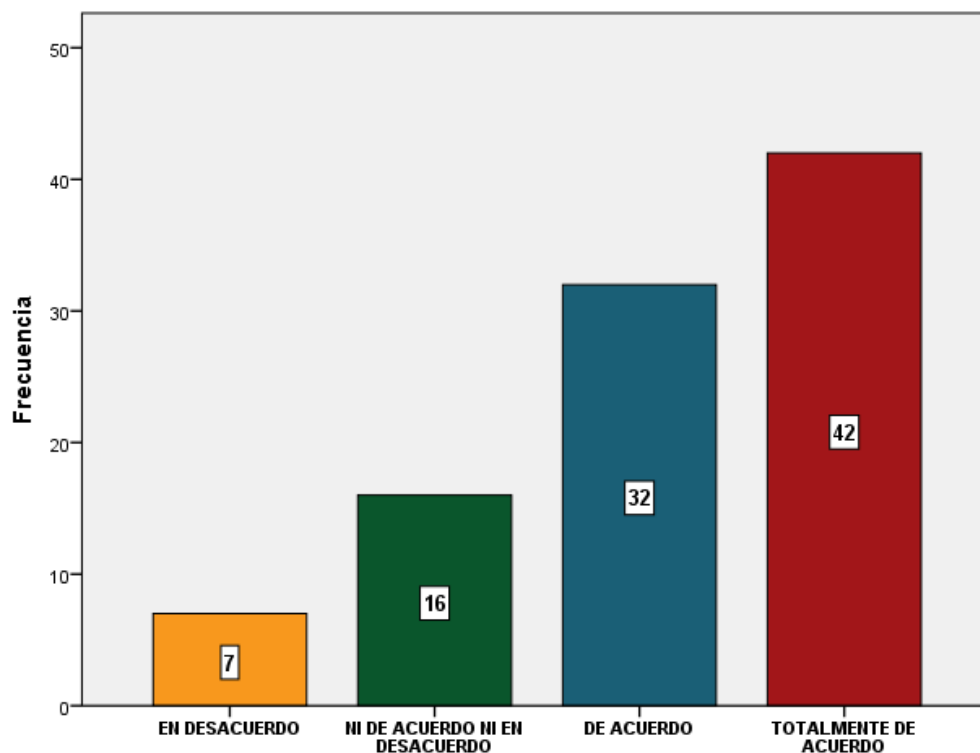
*entre las actividades asistenciales con las actividades administrativas, facturación y cuentas médicas*

La tercera pregunta está relacionada con la falta de registros completos o reportes en HCL y su relación con la generación de glosas, la mayoría de los participantes, más del 80% respondió de acuerdo y totalmente de acuerdo a esta afirmación como se refleja en la figura 4:



*Figura 4. Percepción: Relación entre los registros incompletos o falta de reporte o interpretación de paraclínicos con la generación de glosas o devoluciones*

En cuanto a la relación entre las glosas o devoluciones con la calidad en la prestación de los servicios de salud las respuestas no tuvieron la misma tendencia que en los casos anteriores pues algunos participantes, un 20% aproximadamente, tuvieron respuestas entre ni de acuerdo ni en desacuerdo y en desacuerdo, sin embargo, la mayoría estuvo totalmente de acuerdo con la afirmación, ver figura 6:



*Figura 6. Percepción: Relación entre las glosas o devoluciones con la calidad en la prestación de los servicios de salud*

Finalmente, cuando se solicita al grupo de participantes proponer estrategias, desde su ejercicio profesional, que disminuyan la presentación de glosas y devoluciones, encontramos las siguientes respuestas agrupadas en la tabla 1:

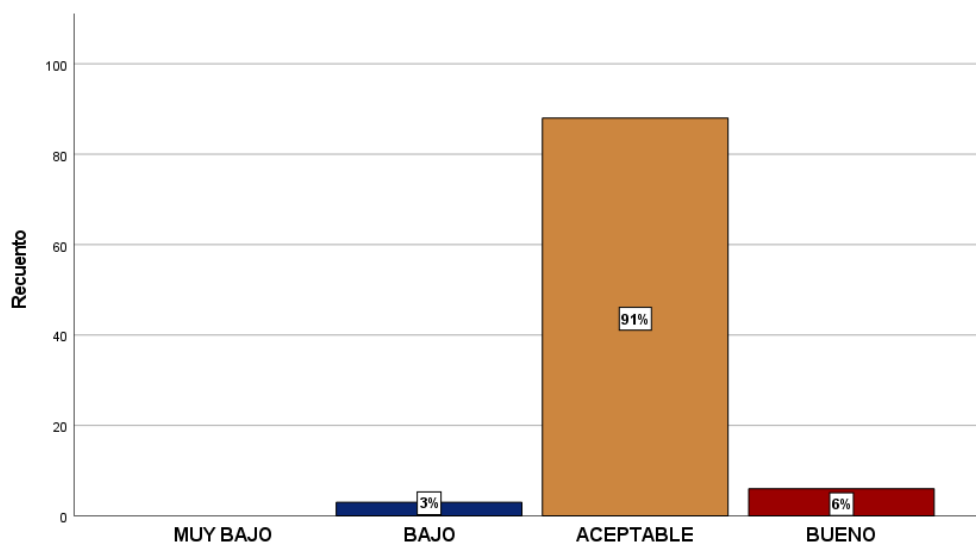
Dimensión	Subdimensión	# respuestas	TOTAL
No responde- ninguna	Ninguna	2	2
Actividades relacionadas con la educación del personal	Educación a personal asistencial	4	12
	Educación a personal de facturación	4	
	Educación en general	4	
Actividades relacionadas con el área de auditoría	Auditoría concurrente	7	21
	Auditoría interna	4	



*Tabla 2. Conocimientos relacionados con aspectos jurídicos y administrativos de la prestación de servicios de salud en el país*

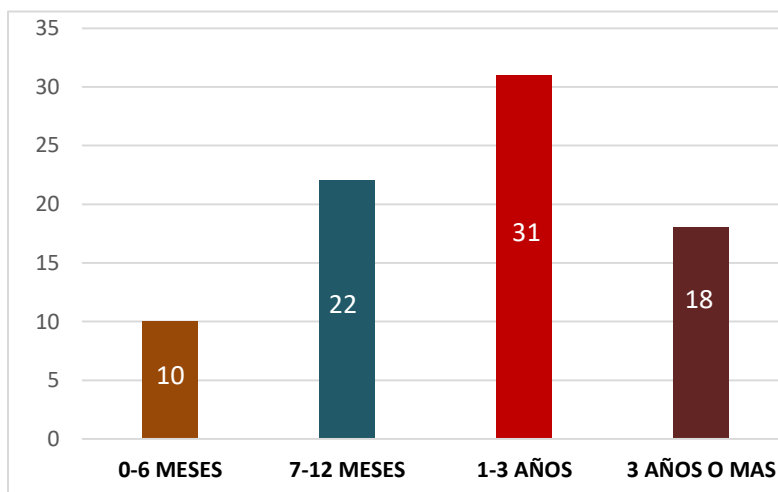
Se puede observar que la pregunta con mayor cantidad de respuestas correctas es la relacionada con autorizaciones (81%) y la pregunta con mayor cantidad de respuestas incorrectas fue la relacionada con MIPRES (60%), de forma general, se encuentra que solo el 34% de los participantes respondieron correctamente a las preguntas realizadas, sin embargo también se encuentran una serie de respuestas que están parcialmente correctas (42%), ya sea porque escogieron parte de las respuesta correctas o se equivocaron en algunos de los ítems.

Al realizar una clasificación del nivel de conocimientos en aspectos jurídicos y administrativos de la prestación de servicios de salud en el país encontramos al grupo de participantes en el siguiente nivel:



*Figura 7. Clasificación nivel de conocimientos en aspectos jurídicos y administrativos de la prestación de servicios de salud en el país*

Cuando se analizan algunas relaciones entre variables se encuentran los siguientes hallazgos: En primer lugar, al cruzar el tiempo de vinculación del personal que está contratado por prestación de servicios se evidencia que solo el 22% tiene una vinculación mayor a 3 años y que el 40% lleva menos de un año vinculado como se observa en la figura 8:



*Figura 8. Distribución de la población contratada por prestación de servicios y el tiempo de vinculación en la institución*

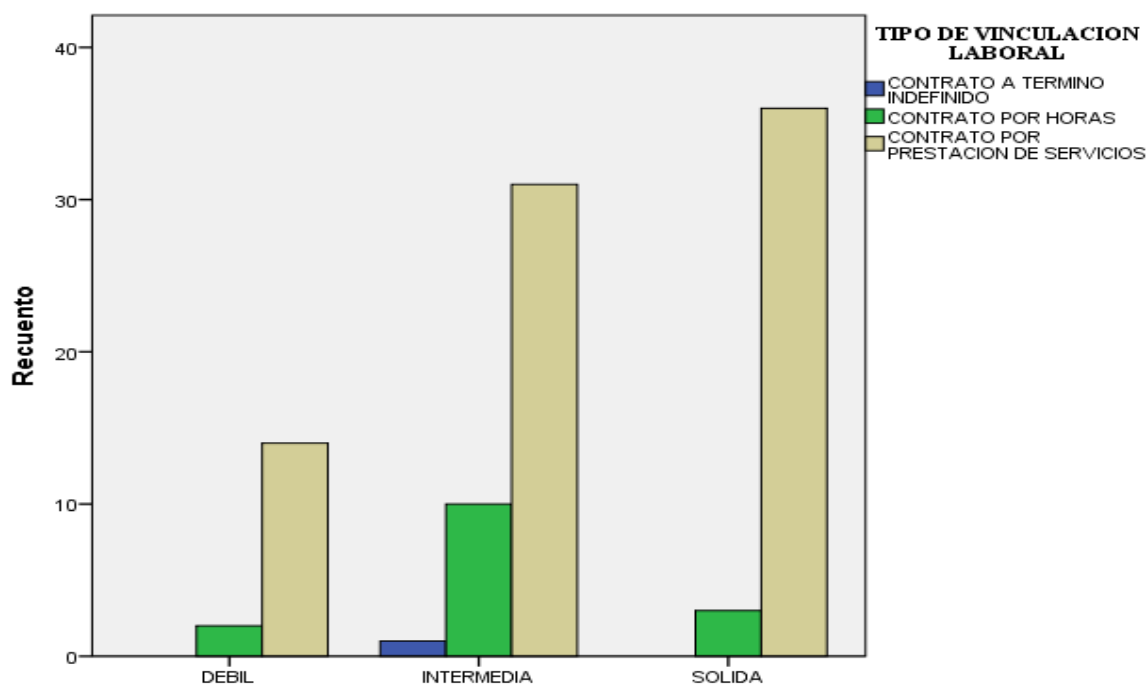
Cuando se realiza un análisis de las respuestas relacionadas con la percepción (respecto al impacto de glosas en la situación financiera de la IPS o la calidad en la prestación de servicios, así como la percepción en cuanto a la relación de las actividades asistenciales y los registros en HCL), preguntas realizadas por medio de escala de Likert, estas respuestas se distribuyeron y categorizaron en una escala denominada: percepción débil, intermedia o sólida, encontrando que el grupo se encuentra en un nivel intermedio con respecto a la percepción de los ítems evaluados, como se observa en la siguiente distribución de frecuencias:



Categorización de la percepción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
DEBIL	16	16,5	16,5	16,5
INTERMEDIA	42	43,3	43,3	59,8
SOLIDA	39	40,2	40,2	100
Total	97	100	100	

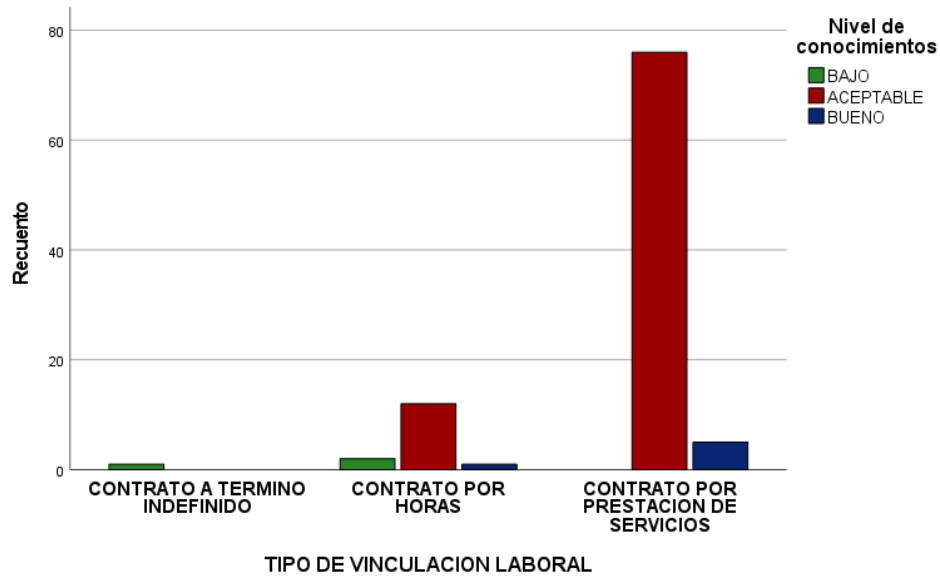
*Tabla 3. Distribución de frecuencias: Categorización de la percepción*

Al cruzar las variables de percepción y el tipo de vinculación laboral de los participantes se encuentran que en general la percepción es sólida independientemente del tipo de vinculación, sin embargo, para los participantes con contratación por horas, en su mayoría, la percepción es intermedia, como se refleja en la figura 9:



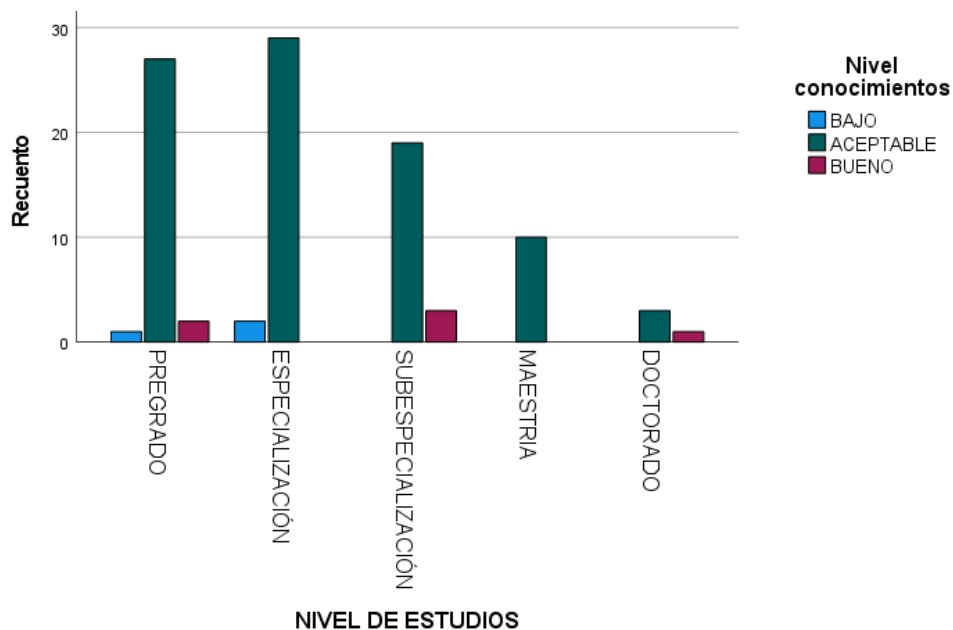
*Figura 9. Distribución de la percepción de acuerdo con el tipo de contratación.*

En cuanto al nivel de conocimientos, también se analizó la información realizando un cruce de variables, en primer lugar, con el tipo de vinculación laboral:



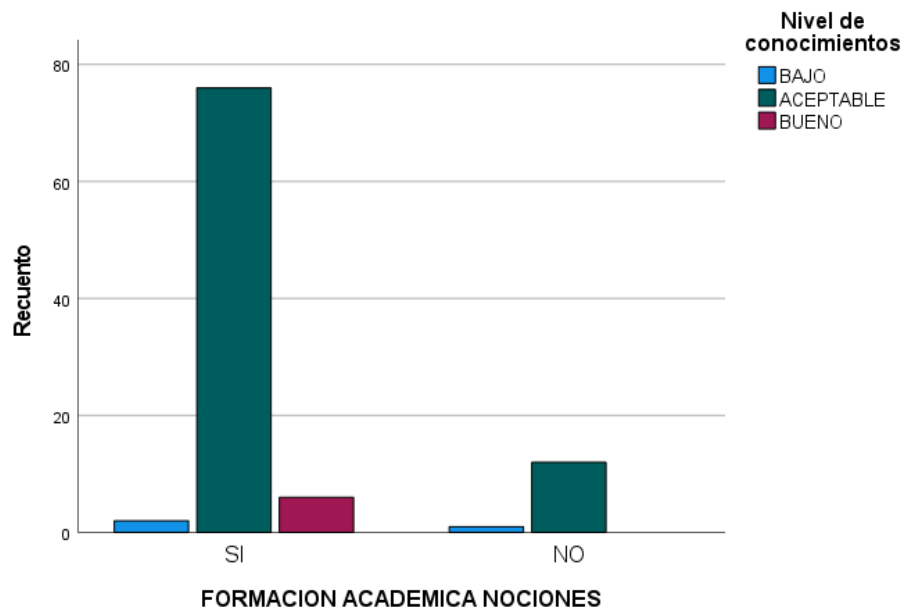
*Figura 10. Distribución del nivel de conocimientos de acuerdo con el tipo de vinculación laboral*

En segunda instancia, se relacionó la variable de conocimientos con el nivel educativo de los participantes:



*Figura 11. Distribución del nivel de conocimientos de acuerdo con el último nivel de estudios realizados*

Finalmente se relacionó el nivel de conocimientos con la variable en donde se indaga si durante la formación académica había sido capacitado en conocimientos en aspectos jurídicos y administrativos de la prestación de servicios de salud en el país:



*Figura 12. Distribución del nivel de conocimientos de acuerdo con las nociones administrativas recibidas durante la formación académica*

## **10 Discusión**

El grupo de encuestados se encuentra en su mayoría ubicado en el grupo etario de adultos (70 %), seguido de un 10% que se encuentra en la juventud, del grupo de adultos más del 64% son mayores de 40 años, contrario a lo indicado en el estudio realizado en 2013, Caracterización del talento humano en salud: Hacia el sistema de información del registro único nacional del talento humano en salud, en donde se encontró que “Más del 65% del talento humano en salud corresponde a personas menores de 40 años” (Ortiz, et al, 2013) .

La principal modalidad de contratación es por prestación de servicios, situación ya reflejada en la investigación realizada por el colegio médico Colombiano en 2019 en donde se evidencia que “ el 54% de los médicos generales y el 56% de los especialistas está bajo la modalidad de orden de prestación de servicios” para el caso de la Clínica Santa Gracia el porcentaje es aún mayor, a pesar de tratarse de una labor misional, actividad laboral que según el código del trabajo debería tener una contratación por medio de un contrato laboral con todas las prestación y beneficios de ley, como lo afirma el Dr. Roberto Baquero, expresidente del colegio médico Colombiano. (Colegio Médico Colombiano, 2019)

En el estudio de Arana (2011), se describe como la preparación académica al interior de las universidades sobre los aspectos administrativos y jurídicos es superficial y fuera de contexto, no obstante, el 85% de los encuestados manifiesta que durante su formación profesional adquirió conocimientos sobre estos temas. Por otro lado, a pesar de

que las glosas y devoluciones generalmente son respondidas y resueltas por personal administrativo, el 97% refiere que ha sido informado durante su ejercicio profesional de la presentación de este tipo de novedades. El nivel de formación de los profesionales es alto, teniendo en cuenta que más del 50% tiene una especialización medico quirúrgica.

Al indagar en los diferentes aspectos planteados relacionados con la percepción, la respuesta es congruente en los ítem 1 y 3, hay un fuerte acuerdo en que las glosas impactan la situación financiera de la IPS y en que los registros incompletos o la falta de reporte o interpretación de paraclínicos están relacionados con la generación de glosas, sin embargo, la respuesta no es tan sólida en el grupo cuando se indagan los ítem 2 y 4, si hay una relación entre las actividades asistenciales y las administrativas o si hay relación de las glosas y devoluciones con la calidad en la prestación de los servicios de salud, se observa una leve variación en la respuesta de Totalmente de acuerdo, que baja a menos de 50 y se aumentan levemente las respuestas En desacuerdo y Ni en acuerdo ni en desacuerdo.

Cuando se realiza revisión de la literatura no se encuentran resultados relacionados con la percepción de los profesionales en medicina con respecto al impacto y la relación de las glosas con las actividades asistenciales y la prestación de los servicios de las IPS, al realizar el análisis de los resultados obtenidos se concluye que el grupo de participantes tiene una percepción intermedia, es decir, no es tan sólida como para sentirse responsables directos de estos procesos, ni tan débil, que indique que los procesos les son indiferentes.

No obstante en la última pregunta realizada al grupo, en donde se solicita que desde su ejercicio profesional se propongan estrategias para la reducción de glosas y devoluciones las respuestas no son tan congruentes con la percepción identificada, puesto que de las 97 estrategias propuestas solo 28 están relacionados con el actuar médico, más del 60% de las estrategias sugeridas van encaminadas a actividades relacionados con el área de facturación

y cuentas médicas, situación que genera duda sobre qué tan comprometido se siente el equipo médico con las actividades administrativas y jurídicas, o aquellas tendientes a disminuir la generación de glosas, afirmaciones como aumentar el personal que factura, o facturar los servicios que realmente se prestan denotan una percepción distinta, como si desde el actuar médico no existieran acciones tendientes a mejorar la presentación de glosas o devoluciones.

En este orden de ideas, se podría deducir que si bien la percepción es intermedia con respecto a los temas administrativos y jurídicos, cuando se habla específicamente de las acciones tendientes a disminuir glosas y devoluciones, no hay una fuerte iniciativa y determinación para apoyar desde el ejercicio médico esta actividad, denotando que la percepción en este aspecto es que esta es una actividad inherente al personal de facturación y cuentas médicas y no parte de la buena práctica profesional.

En cuanto a los resultados obtenidos sobre el nivel de conocimientos, se evidencia que de las preguntas realizadas sobre autorización y MIPRES el personal médico obtuvo mayor porcentaje de respuesta correcta en las preguntas relacionadas con autorizaciones (81%), mientras que en las preguntas relacionadas con MIPRES obtuvieron solo un (3%) de respuestas correctas, el 90% del grupo tuvo respuestas parcialmente correctas, lo que equivale a que existen vacíos en el conocimiento del tema, a pesar que esta es una plataforma exclusiva del personal médico, como indica Alarcón, Rojas (2017) “teniendo en cuenta que el MIPRES es una herramienta creada con el fin de agilizar la entrega de medicamentos o tecnologías no financiados con recursos UPC en donde solo el personal médico es el encargado de la formulación y el diligenciamiento”. Estos resultados son congruentes con el estudio realizado en el 2017, MIPRES y su implementación en el

sistema de salud en Colombia, en donde se evidencio que los profesionales médicos presentan cierto desconocimiento sobre el correcto manejo del aplicativo (Alarcón y Rojas, 2017).

Es correcto considerar que se deben aumentar las capacitaciones al personal médico sobre todo en los temas relacionados con MIPRES, es decir el correcto manejo de la plataforma, la aplicación de esta, los tiempos establecidos, los requisitos, y toda la normatividad vigente. Esto con el fin de no solo disminuir las notificaciones de glosas por este concepto sino también brindar una atención a los usuarios que sea pertinente y no se presenten barreras que puedan limitar el acceso a los tratamientos.

En cuanto a las demás respuestas se evidencio que de los 97 participantes solo 41 personas respondieron correctamente a las preguntas relacionadas con glosas, es decir un 42%, lo que se relaciona con los resultados obtenidos cuando se evaluó la percepción del grupo sobre el tema, situación que requiere intervención con planes de mejoramiento puesto que una gran cantidad de las glosas notificadas a la Clínica Santa Gracia de Popayán es por motivo de pertinencia médica. En un estudio realizado en 2020, causales de glosas en los servicios de salud colombianos, demostró que dentro de los motivos de glosas más frecuentes se encuentran: autorización y pertinencia médica y en sus recomendaciones indican realizar una auditoría interna de las cuentas para prevenir y así evitar las no conformidades por parte de las EAPB y a su vez intervenir en los servicios verificando que las prestaciones de los servicios ordenados por los profesionales sean pertinentes basados en protocolos internos, guías de manejo, entre otros. (Pérez y Ramírez, 2020)

Al relacionar la variable de conocimientos con el nivel educativo de los profesionales, se evidencio que los sub-especialistas tienen mayor manejo del tema en

cuando a glosas, facturación y normatividad, no obstante, un estudio realizado en 2016: Análisis de las causas de glosas en la especialidad de ortopedia en la ese hospital san juan de dios del municipio de santa fe de Antioquia en el año 2014, se evidencia que en promedio del valor de la glosa notificada a esta especialidad, el 50% debía ser aceptado en su totalidad debido a la falta de pertinencia médica. (Zuluaga, et al, 2014) Esto podría relacionarse con los resultados obtenidos en el presente estudio, pues se puede deducir que los Sub especialistas pueden tener mayor conocimiento dado que los procedimientos realizados tienen un mayor valor a comparación de otros, ya sean basados en el decreto 2423 de 1996 o el acuerdo 256 de 2001, esto genera que las EAPB realicen una revisión exhaustiva de la facturación y la pertinencia de las cuentas de mayor costo, debido a esto es común que se realicen auditorías internas de estas cuentas antes de ser radicas a las EAPB y se realicen modificaciones para evitar la posterior notificación de glosa; al realizar esta auditoría, en caso de llegar a hacer alguna modificación ya sea por error en facturación o falta de pertenecía para la realización de un procedimiento, todos estos cambios son notificados a los médicos tratantes, se puede asumir que el envío constante de correos informando las modificaciones realizadas sea lo que genere que los sub especialistas tengan más conocimiento del tema dado que deben ser más cuidadosos al momento de ordenar o realizar algún procedimiento.

## **11 Conclusiones**

En primera instancia, es evidente que la investigación enfocada a la facturación de los servicios en salud es aún incipiente, teniendo en cuenta que se encuentra escasa literatura con la cual realizar comparación de los resultados obtenidos, si bien estos estudios no son



de impacto clínico, si impactan las finanzas de las instituciones prestadoras de salud, por ende es recomendable que se realicen este tipo de aproximaciones con el personal asistencial, de forma que se vinculen a los procesos administrativos y jurídicos revisados en el estudio.

De acuerdo al análisis de los datos obtenidos durante la investigación se concluye que, en cuanto a la percepción de los profesionales médicos, frente a las actividades administrativas y jurídicas relacionadas con las glosas por pertinencia médica, esta es intermedia, es decir, no es tan sólida como para sentirse responsables directos de estos procesos, ni tan débil, que indique que los procesos les son indiferentes, teniendo en cuenta el análisis de los resultados, la mayoría de la población estudio está totalmente de acuerdo en que las glosas impactan la situación financiera de la IPS lo que a su vez incrementa la posibilidad de que en un futuro se vean afectados sus empleados y los usuarios. También están de acuerdo con que los registros incompletos, la falta de justificación de procedimientos, o interpretación de ayudas diagnósticas están directamente relacionados con las causales de glosas que son notificadas a la IPS con mayor frecuencia.

Sin embargo, al preguntar qué estrategias cree que podrían implementar para disminuir las notificaciones de glosas y devoluciones, la mayoría de los participantes optaron por actividades relacionadas con procesos del área de facturación, auditoría concurrente y educación al personal, solo el (27%) de los profesionales describieron actividades a realizar desde su ejercicio profesional, concluyendo que para la mayoría de los participantes este proceso no es parte del actuar médico.

En cuanto a los conocimientos de los profesionales médicos sobre las actividades administrativas relacionadas con las glosas por pertinencia médica se evidenció que los temas de glosas y contratación son las preguntas que más obtuvieron respuestas incorrectas,

por tal motivo se hace necesario proponer recomendaciones y acciones de mejora con el personal médico asistencial, se plantean las siguientes estrategias:

Inicialmente establecer grupos de trabajo que periódicamente revisen los motivos de glosas ingresados que tuvieron que ser aceptados, informar al coordinador a cargo del personal médico y solicitarles la realización de planes de mejora por cada motivo y hacer seguimiento de este.

Es necesario que la institución realice periódicamente capacitaciones y actualización al personal médico sobre los aspectos importantes de las glosas y la facturación, que se vincule al personal médico asistencial, no dejarlo al margen y dejar estas actividades solo a los líderes o personal administrativo.

Se propone realizar auditoría interna de todas las cuentas medicas antes de ser facturadas y hacer los ajustes respectivos según los hallazgos, adicionalmente notificar al personal médico responsable y hacer un seguimiento de las futuras cuentas con el fin de verificar que no se presente el mismo error.

Es fundamental que los profesionales tengan una herramienta que les permita encontrar información y resolver dudas con respecto a estos temas, por eso se recomienda que la institución implemente una plataforma de fácil acceso para todos los colaboradores de la institución y que se encuentre actualizada con la normatividad y los procesos administrativos que mas impactan a la institución.

## 12 Referencias

- Alarcón Sánchez, A. Rojas Morales E. (2017) Mipres y su implementación en el sistema de salud en Colombia. Trabajo de grado Especialización en Gerencia de Instituciones de Seguridad Social en Salud, Bogotá. Recuperado de: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/10398/Alarc%C3%B3nngaye2018.pdf?sequence=1>
- Arana G, B. (2011). Como mejorar las competencias administrativas del profesional de la salud para evitar el impacto negativo sobre el desempeño financiero de la empresa donde labora. Trabajo de grado. Universidad ICESI. Especialización en Administración con énfasis en salud. Facultad de ciencias administrativas y económicas. Santiago de Cali. Colombia. Recuperado de: [https://repository.icesi.edu.co/biblioteca\\_digital/bitstream/10906/65969/1/competencias\\_administrativas.pdf](https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/65969/1/competencias_administrativas.pdf)
- Arias, J. Villasís, M. & Novales, M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. Revista Alergia México, 63(2), 201-20. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755023011.pdf>
- Blanco, C. (2011). Encuesta y estadística: modelos de investigación cuantitativa en Ciencias Sociales y Comunicación. Brujas. Recuperado de: <http://104.207.147.154:8080/bitstream/54000/1319/1/Blanco-20metodos%20de%20investigaci%C3%B3n.pdf>
- Cadavid V. (2016). Análisis de las causas de glosas en la especialidad de ortopedia en la ese hospital san juan de dios del municipio de santa fe de Antioquia en el año 2014. Trabajo de grado Universidad CES. Especialización en auditoria en salud. Medellín Antioquia. Recuperado de: [https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/609/Analisis\\_Causas\\_Glosas\\_Ortopedia.pdf;jsessionid=7E623527E0FBB22654E54E50B538344E76B?sequence=1](https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/609/Analisis_Causas_Glosas_Ortopedia.pdf;jsessionid=7E623527E0FBB22654E54E50B538344E76B?sequence=1)

Campbell, A. y Katona G. (1979) “La encuesta por muestreo: una técnica para la investigación en Ciencias Sociales” en Los Métodos de Investigación en las Ciencias Sociales. Buenos Aires: Paidós. Pp 31-66.

Congreso de Colombia. (23 de diciembre de 1993) Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DI J/ley-100-de-1993.pdf>

Ferrando M. La encuesta. En: Garcia M, Ibáñez J, Alvira F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de Investigación. Madrid: Alianza Universidad Textos, 1993; p. 141-70

Guzmán, Y. (2015). El abuso desde el enfoque de las prácticas contrarias a la competencia en el sistema general de seguridad social en salud en el marco de la ley 100 de 1993. trabajo de grado. Pontificia Universidad Javeriana. Instituto De Bioética. Maestría En Bioética. Bogotá, Colombia. Recuperado de: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/16005/GuzmanCastroYolanda2015.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Hernández J, Rivera M, Torres E, Gérez C. (2018). Causal de glosa en la facturación por la prestación de servicios de salud en la IPS Odontologica Santa Maria S.A.S En El Primer Semestre De 2017. Trabajo de grado Fundación Universitaria del Área Andina facultad de ciencias de la salud programa de auditoría. Pereira 2018 . Recuperado de: <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/720/Causal%20de%20glosa%20en%20la%20facturaci%C3%B3n%20por%20la%20prestaci%C3%B3n%20de%20servicios%20de%20salud%20en%20la%20IPS%20odontol%C3%B3gica%20Santa%20Mar%C3%ADa%20S.A.S%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Martínez, M.L. Auditoria de cuentas médicas. 2ª edición. 2007. Grupo Ecomedios. pp. 37

Martínez, M. L., & Salcedo, I. T. O. (2016). Facturación y auditoría de cuentas en salud. 5° edición. Ecoe Ediciones. 2016. Pp. 152-154

Ministerio de salud y protección social, resolución número 1441 de 2013.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-de-2013.pdf>

Parra Jiménez, M. Cortés Trujillo, J. (2019). Glosas y devoluciones: impacto financiero, causas y opciones de intervención en la E.S.E. Bellosalud. Trabajo de grado. Universidad CES. Especialización en gerencia de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Facultad de medicina. Medellín. Colombia. Recuperado de:  
[https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/4026/5/8162052\\_2019.pdf](https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/4026/5/8162052_2019.pdf)

Pérez, C. Valencia, A. (2020). Causales de glosas en los servicios de salud colombianos. trabajo de grado Universidad Santiago de Cali Colombia facultad de salud especialización de auditoria en salud. Recuperado de:  
<https://repository.usc.edu.co/bitstream/handle/20.500.12421/5071/CAUSALES%20DE%20GLOSAS.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Pérez, E. (2015). Análisis de la generación de glosas en un hospital social del estado, una aproximación al caso del hospital san José Ortega Tolima. Trabajo de grado. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Especialización en gerencia en salud. Facultad de Ciencias Sociales, Administrativas y Económicas. Bogotá, Colombia. Recuperado de:  
<https://repositorio.fucsalud.edu.co/bitstream/handle/001/325/REDI-FDA-2015-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pérez, C. Valencia Castaño, A.M. (2020). Causales de glosas en los servicios de salud colombianos. Trabajo de grado. Universidad Santiago de Cali. Especialización de Auditoria en Salud. Facultad de salud. Santiago de Cali. Colombia. Recuperado de:

<https://repository.usc.edu.co/bitstream/handle/20.500.12421/5071/CAUSALES%20DE%20GLOSAS.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Porter, y Burton. (1983) auditoría un enfoque conceptual. México: Limusa. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral. Modelos de Contratación en servicios de salud. 2014. Recuperado de:

[https://issuu.com/acemi/docs/modelos\\_de\\_contratacio\\_\\_n\\_\\_web\\_](https://issuu.com/acemi/docs/modelos_de_contratacio__n__web_)

República de Colombia. Ministerio de salud. Anexo No. 6. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas unificación [Internet]. 2009. Recuperado a partir de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Anexo%20tecnico%20No.%20%206%20Res%203047-08%20y%20416-09.pdf>

Ruiz F, Matallana M, Amaya J, Vásquez M, Parada L y Piña M. Recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, CENDEX, Ministerio de la Protección Social, 2008. <https://www.javeriana.edu.co/cendex/GPES/publicaciones/libros/Publicacion%20Recursos%20Humanos.pdf>

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Nuevo modelo de remuneración: pago desempeño, presupuesto global prospectivo por actividad final. 2019. Recuperado de: [http://www.saludcapital.gov.co/Reorg%20Documentos%20Tcnicos/2019/Nuevo\\_modelo\\_de\\_pago\\_07\\_2019.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Reorg%20Documentos%20Tcnicos/2019/Nuevo_modelo_de_pago_07_2019.pdf)

Vargas Melgarejo, L, M. (1994). Sobre el concepto de percepción. Alteridades Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa. (8),47-53. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>

Vega-Malagón, G., Ávila-Morales, J., Vega-Malagón, A. J., Camacho-Calderón, N., Becerril-Santos, A., & Leo-Amador, G. E. (2014). Paradigmas en la investigación. Enfoque cuantitativo y cualitativo. *European Scientific Journal*, 10(15).

Veiga de Cabo, J., & Zimmermann Verdejo, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y seguridad del trabajo*, 54(210), 81-88. Recuperado de:  
<https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v54n210/aula.pdf>

# ANEXO N°1

## CUESTIONARIO

### PERCEPCIÓN Y CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES EN MEDICINA DE LAS ÁREAS ASISTENCIALES, SOBRE LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y JURÍDICAS.

20/1/22 17:53      Percepción y conocimientos de los profesionales en medicina de las áreas asistenciales, sobre las actividades administrativas y jurídic...

#### Percepción y conocimientos de los profesionales en medicina de las áreas asistenciales, sobre las actividades administrativas y jurídicas.

Desde la coordinación médica de la Clínica Santa Gracia en el marco del proyecto institucional y la Fundación Universitaria del Área Andina, como opción de grado de la estudiantes Yadira Valderrama y Julieth Sandoval, lo (a) invitamos a diligenciar el presente cuestionario, el cual se suscribe a la investigación titulada "Percepción y conocimientos de los profesionales en medicina de las áreas asistenciales, sobre las actividades administrativas y jurídicas relacionadas con las glosas por pertinencia médica", la cual tiene por objetivo principal, describir las percepciones y conocimientos de los profesionales en medicina de las áreas asistenciales, sobre las actividades administrativas y jurídicas relacionadas con las glosas por pertinencia médica interpuestas por las Empresas Promotoras de la Salud - EPS, en una institución de prestación de servicios de tercer nivel. Los resultados de la investigación tendrán fines netamente académicos, los cuales, la IPS podrá utilizar para establecer estrategias de mejora en sus procesos institucionales.

Las respuestas que se consignen en el cuestionario serán de forma incógnita pues no se le solicitarán datos de identificación personal.

---

#### \*Obligatorio

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** La presente investigación es realizada por YADIRA VALDERRAMA y JULIETH SANDOVAL, aspirantes a la especialización en Auditoría en Salud de la Fundación Universitaria del Área Andina, el principal objetivo es describir las percepciones y conocimientos de los profesionales en medicina de las áreas asistenciales, sobre las actividades administrativas y jurídicas relacionadas con las glosas por pertinencia médica en una institución de prestación de servicios de tercer nivel durante el tercer trimestre del año 2021. Su participación en el estudio es de carácter voluntaria y no implica ningún tipo de riesgo para usted o las personas de su comunidad, la información que se recoja será confidencial, se mantendrá el anonimato de los participantes ya que el cuestionario no incluye preguntas sobre la identificación de los participantes, además, en cualquier momento, usted puede decir renunciar a la participación del estudio. Los resultados de la investigación se utilizarán con fines estrictamente académicos. Si usted accede a participar en el estudio, se le pedirá responder las preguntas del siguiente cuestionario; esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. Si requiere información adicional puede comunicarse con Yadira Valderrama al correo: yadiravalderrama@gmail.com y con Julieth Sandoval al correo: juliethumb@hotmail.com. Agradecemos su participación.



1. Acepto participar voluntariamente en esta investigación \*

*Marca solo un óvalo.*

- Acepto  
 No acepto

#### DESCRIPCION SOCIO DEMOGRAFICA

2. Rango de edad \*

*Marca solo un óvalo.*

- 20-30 años  
 31-40 años  
 41-50 años  
 51-60 años  
 mayor de 60 años

3. ¿Hace cuanto trabaja en la Clínica Santa Gracia de Popayán? \*

*Marca solo un óvalo.*

- 0 a 6 meses  
 7 a 12 meses  
 1 a 3 años  
 3 años o mas

4. ¿Cuántas horas labora semanalmente? \*

*Marca solo un óvalo.*

- 20 - 30 horas
- 31-50 horas
- 51 - 60 horas
- 61 horas o mas

5. ¿Qué tipo de vinculación laboral tiene? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Contrato a termino fijo
- Contrato a termino indefinido
- Contrato por horas
- Contrato por prestación de servicios
- No tiene contratación directa con la Clinica

6. ¿Cuál es su último nivel de estudios? \*

*Selecciona todos los que correspondan.*

- Pregrado
- Especialización
- Subespecialización
- Maestria
- Doctorado

7. ¿Tiene estudios relacionados con administración en salud, auditoría en salud, gerencia en salud, cuentas médicas o afines? \*

*Marca solo un óvalo.*

- SI  
 NO  
 Otro: \_\_\_\_\_

8. ¿Dentro de su formación académica se incluyeron conceptos sobre procesos administrativos y jurídicos relacionados con contratación en salud o facturación en salud? \*

*Marca solo un óvalo.*

- SI  
 No

9. ¿En algún momento de su ejercicio profesional le han informado sobre las glosas por pertinencia médica relacionadas con su actividad asistencial en esta u otras instituciones?

*Marca solo un óvalo.*

- Sí  
 No

De acuerdo a las siguientes afirmaciones indique su grado de acuerdo o desacuerdo

10. Las glosas y devoluciones de la facturación de los servicios de salud impactan la situación financiera de las IPS

*Marca solo un óvalo.*

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

11. Las actividades asistenciales están estrechamente relacionadas con las actividades administrativas, facturación y cuentas médicas

*Marca solo un óvalo.*

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

12. Los registros incompletos o la falta de reporte e interpretación de paraclínicos puede generar una glosa o devolución en la facturación de los servicios de salud

*Marca solo un óvalo.*

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

13. Las glosas y devoluciones de la facturación de los servicios de salud pueden afectar la calidad de la prestación de los servicios de salud

*Marca solo un óvalo.*

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

14. Desde su ejercicio profesional, ¿qué actividades considera usted se pueden implementar para mejorar el proceso de facturación de los servicios de salud? \*

---

---

---

---

---

#### Conocimientos generales

15. Conoce alguna norma que reglamente la prestación de servicios de salud? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Sí
- No

20/1/22 17:53

Percepción y conocimientos de los profesionales en medicina de las áreas asistenciales, sobre las actividades administrativas y jurídicas...

16. Si contestó afirmativo a la pregunta anterior. De las siguientes normas seleccione cuáles reglamentan la prestación de los servicios de salud

Una o varias pueden ser correctas

*Selecciona todos los que correspondan.*

- Ley 100 de 1993  
 Ley 823 de 2003  
 Ley 1421 de 2021  
 Decreto 780 de 2016

17. Sabe que es una autorización de servicios de salud? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Sí  
 No

18. Si contestó afirmativo a la pregunta anterior. Seleccione la afirmación correcta:

Una o varias pueden ser correctas

*Marca solo un óvalo.*

- No se debe realizar una consulta o administrar un medicamento sin autorización  
 Una autorización es un documento generado por las aseguradoras (EPS) que se solicita de acuerdo al tipo de contratación  
 Una autorización es un documento generado por las aseguradoras (EPS) que se solicita siempre para prestar un servicio  
 Durante la atención de urgencias no se debe negar el servicio por falta de autorizaciones

19. Conoce las modalidades de contratación en salud? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Sí  
 No

20. Si contestó afirmativo a la pregunta anterior. Indique de los siguientes ítem cuáles son las modalidades de contratación en salud

Una o varias pueden ser correctas

*Selecciona todos los que correspondan.*

- Contrato por capitación  
 Contrato por obra o ejecución  
 Contrato por evento  
 Pago global prospectivo

21. Conoce que significa la sigla PBS? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Sí  
 No

22. Si contestó afirmativo a la pregunta anterior. Seleccione las afirmaciones correctas:

Una o varias pueden ser correctas

*Selecciona todos los que correspondan.*

- La sigla PBS significa Planeación Basica en Salud  
 La sigla PBS significa Plan de Beneficios en Salud  
 El termino No PBS hace referencia a los servicios y medicamentos que no se encuentran en el plan de beneficios en salud  
 El termino PBS es similar al anteriormente conocido POS

23. Conoce qué es una glosa en la facturación de los servicios de salud? \*

*Marca solo un óvalo.*

Sí

No

24. Si contestó afirmativo a la pregunta anterior. seleccione las afirmaciones correctas:

Se presenta una glosa cuando:

Una o varias pueden ser correctas

*Selecciona todos los que correspondan.*

La EPS luego de una revisión exhaustiva de la factura se niega a pagar la prestación de los servicios de salud a la IPS.

La IPS solicita a la EPS, por medio de una acción jurídica el pago de los servicios de salud prestados

La EPS, luego de una revisión integral, encuentra una no conformidad en la factura y los soportes de la misma, que evitan el pago de los servicios de salud, hasta ser aclarados por las IPS.

La EPS, luego de una revisión preliminar, encuentra una no conformidad en la factura y los soportes de la misma, que no permite la presentación de la factura.

Otro:  \_\_\_\_\_

25. Conoce la plataforma MIPRES? \*

*Marca solo un óvalo.*

Sí

No



20/1/22 17:53

Percepción y conocimientos de los profesionales en medicina de las áreas asistenciales, sobre las actividades administrativas y juríd...

26. Si contestó afirmativo a la pregunta anterior, seleccione las afirmaciones correctas:  
Sobre la plataforma MIPRES es verdadero

Una o varias pueden ser correctas

*Selecciona todos los que correspondan.*

- Para los eventos ambulatorios, se debe realizar con anticipación la formulación y ésta será entregada con la pre-autorización al usuario
- En caso de equivocación en la formulación, se cuenta con 24 horas para hacer la respectiva corrección
- Durante una situación de urgencia, el MIPRES debe ser autorizado por el asegurador antes de la entrega del medicamento
- Todos los profesionales de la salud que indiquen medicamentos NO PBS tienen que diligenciar el respectivo MIPRES

27. Sabe qué es pertinencia médica? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Sí
- No

28. Si contestó afirmativo a la pregunta anterior. Seleccione las afirmaciones correctas:  
Se define pertinencia médica como

Una o varias pueden ser correctas

*Selecciona todos los que correspondan.*

- La correlación entre las necesidades del paciente y la conducta médica establecida de acuerdo con protocolos y guías de manejo
- La correlación entre la historia clínica del paciente y los paraclínicos solicitados
- Término usado en auditoría para indicar las dificultades en el diagnóstico y tratamiento de un paciente
- Clasificación de glosa de acuerdo a los registros clínicos evidenciados durante la prestación de los servicios de salud que evita el pago de una factura.

Otro:  \_\_\_\_\_

## ANEXO N°2

### Autorización Clínica Santa Gracia.

Popayán, 30 de julio de 2021

Doctora,  
**MELISSA BAUTISTA RAMIREZ**  
DIRECTORA MÉDICA  
CLINICA SANTA GRACIA - POPAYÁN

Asunto: Solicitud autorización para realización de investigación como opción de grado.

Cordial saludo,

Amablemente solicito su colaboración para aprobar la realización de una investigación con fines netamente académicos en la institución prestadora de servicios de salud Clínica Santa Gracia, la cual se titula "*Percepción y conocimientos de los profesionales en medicina de las áreas asistenciales, sobre las actividades administrativas y jurídicas relacionadas con las glosas por pertinencia médica*".

Esta investigación propone como objetivos los siguientes:

Objetivo general:

Describir las percepciones y conocimientos de los profesionales en medicina de las áreas asistenciales, sobre las actividades administrativas y jurídicas relacionadas con las glosas por pertinencia médica

Objetivos específicos:

- 1-Reconocer la percepción de los profesionales de la salud frente a las actividades administrativas y jurídicas relacionadas con las glosas por pertinencia médica.
- 2- Identificar los conocimientos de los profesionales en medicina de las áreas asistenciales, sobre las actividades administrativas y jurídicas relacionadas con las glosas por pertinencia médica.
- 3-Proponer recomendaciones y acciones de mejora que apoyen el proceso de facturación en la institución prestadora de servicios de salud con base en los resultados del estudio.

Las investigadoras que realizaran el estudio actualmente están cursando segundo semestre de la especialización en Auditoría en Salud en la Fundación Universitaria del Área Andina y proponen esta investigación como opción de grado para alcanzar su título como especialistas.

Si la respuesta a la presente es positiva, la participación de los profesionales de medicina, consistirá en realizar un cuestionario auto administrado por la plataforma Google Forms de forma voluntaria, posterior al consentimiento informado; las investigadoras se comprometen en todos los momentos de la investigación a asegurar la confidencialidad de los participantes y de la información.

Sin otro particular, quedamos atentas a su respuesta.

Cordialmente,

Investigadoras:

**Julieth Sandoval**

[juliethumb@hotmail.com](mailto:juliethumb@hotmail.com)

**Yadira Valderrama**

[yadiravalderrama@gmail.com](mailto:yadiravalderrama@gmail.com)

Autoriza,

*Melissa A. Bautista R.*

Doctora,

**MELISSA BAUTISTA RAMIREZ**

**DIRECTORA MÉDICA**

**CLÍNICA SANTA GRACIA - POPAYÁN**