

**IDENTIFICACIÓN DE GLOSAS EN LA CLÍNICA PALMIRA, DURANTE EL
SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2015**

ADRIANA MARÍA ORDOÑEZ

**RED ILUMNO
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADO
PROGRAMA DE AUDITORIA EN SALUD
PEREIRA
2016**

**IDENTIFICACIÓN DE GLOSAS EN LA CLÍNICA PALMIRA, DURANTE EL
SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2015**

Trabajo de grado para optar al título de
Especialista en Auditoría en Salud

ADRIANA MARÍA ORDOÑEZ

Asesores:

**CARMEN LUISA BETANCUR PULGARÍN
CARLOS EDUARDO HERRERA CANO**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADO
PROGRAMA DE AUDITORIA EN SALUD
PEREIRA
2016**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente

Jurado 1

Jurado 2

Jurado 3

Abril de 2016

CONTENIDO

	Pág.
1. PROBLEMA	9
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	9
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. OBJETIVOS	14
3.1 OBJETIVO GENERAL	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4. MARCO TEÓRICO	15
4.1 MARCO CONTEXTUAL	15
4.2 MARCO INSTITUCIONAL	16
4.2.1 Clínica Palmira	17
4.2.1.1 Misión	18
4.2.1.2 Visión	18
4.2.1.3 Valores	18
4.2.1.4 Portafolio de Servicios	19
4.3 MARCO DE ANTECEDENTES	20
4.4 MARCO REFERENCIAL	24
4.5 MARCO CONCEPTUAL	27
4.6 MARCO JURÍDICO	28
5. METODOLOGÍA	29
5.1 TIPO DE TRABAJO REALIZADO	29
5.2 PASO A PASO DEL PROCESO METODOLÓGICO	29
5.3 HERRAMIENTAS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS	30
5.4 REFERENTE BIOÉTICO	30
5.5 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL	30
5.6 RESPONSABILIDAD SOCIAL	30
5.7 POBLACIÓN BENEFICIADA	31
5.8 DIFUSIÓN DE RESULTADOS	31
5.9 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	32
6. RESULTADOS	43
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	46

BIBLIOGRAFÍA	48
ANEXOS	53

LISTA DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1	Mapa Distribución de Comunas en el Municipio de Palmira	17
Figura 2	Ilustración Fachada Clínica Palmira	19
Figura 3	Flujograma de la descripción del proceso metodológico	29

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1 Cronograma	31
Cuadro 2 Presupuesto del Proyecto	32

LISTA DE GRÁFICAS

		Pág.
Gráfica 1	Total de glosas por dependencias en segundo semestre del año 2015 en Clínica Palmira	33
Gráfica 2	Total de glosas reportadas en el segundo semestre de 2015 en la Clínica Palmira	34
Gráfica 3	Glosas reportadas por mes en el segundo semestre de 2015 en la Clínica Palmira	35
Gráfica 4	Glosas Nueva EPS Julio de 2015 en la clínica Palmira	39
Gráfica 5	Glosas Nueva EPS agosto de 2015 en la clínica Palmira	40
Gráfica 6	Glosas Nueva EPS septiembre de 2015 en la clínica Palmira	41
Gráfica 7	Glosas Nueva EPS octubre de 2015 en la clínica Palmira	42
Gráfica 8	Glosas Nueva EPS octubre de 2015 en la clínica Palmira	43
Gráfica 9	Glosas de EPS Sanitas reportadas por servicios y por mes durante el segundo semestre de 2015 en Clínica Palmira	44

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1 Carta Consentimiento Institucional	54
Anexo 2 Instrumento de Operacionalización de Variables	55

1. PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad el servicio de urgencias de la Clínica Palmira (IPS) está saturado debido al incremento de contratos con diferentes EPS, lo cual implica que se deben atender gran cantidad de pacientes, generando un aumento en la facturación; y con esta las diferentes maneras de facturar a cada usuario según el tipo de contrato que se tenga con cada EPS.

Las glosas por parte de las entidades compradoras de servicio de salud a las IPS, (EPS Publicas y Privadas, Administradoras del Régimen Subsidiado, Aseguradoras SOAT, Administradoras de Riesgo Profesionales, Entes Territoriales y otras Entidades del Estado, etc.) se están convirtiendo en un factor que afecta la liquidez y estabilidad financiera de estas últimas.(1) A esta problemática se suma el tiempo que transcurre entre la prestación del servicio, la fecha de generación de la factura, el tiempo que se toman los Auditores para el visado previo, el recibido de las facturas en Entidades Deudoras, y de ahí, el tiempo concerniente a la notificación de la glosa y todos los efectos lesivos que se generan con el cambio de facturas.

El tema de glosas, respuestas y devoluciones ha sido tema que ha generado grandes inconformidades entre prestadores y pagadores, pueden surgir no conformidades parciales o totales de la factura respectivamente (2), las cuales deben ser informadas por escrito al prestador dentro de los términos y parámetros definidos, para evitar un deterioro significativo en en la cartera, dificultando la generación de un flujo de caja adecuado para la institución.

Las glosas pueden ser por causas internas o externas, por monto para evaluar problemática de la causas que generan las glosas o devoluciones de mayor valor, por tema o causa general de rechazo; tarifa mal aplicada, documentación incompleta, otro responsable, entre otros factores.

Todos los modelos de contratación presentan fallas, el ingreso del prestador es el costo del asegurador, se paga solo lo que toca pagar, el sistema de aseguramiento presenta fallas en su construcción que afecta de manera directa la relación asegurador-prestador, el modelo pago por evento es el más afectado por las glosas, desafortunadamente en este actuar diario, se cometen muchos errores administrativos, llevando a malas recuperaciones de la cartera en las entidades para las que laboran, generando ineficiencia administrativa que es potencialmente dañino para la “salud” financiera del sistema y de sus integrantes (3).

Los profesionales de la salud son el grupo objetivo para este trabajo, pues son quienes inician y ponen en funcionamiento toda la maquinaria de la prestación de los servicios de salud, siendo su principal función la de velar por la salud de todos los usuarios del sistema, pero al mismo tiempo esta principal función los convierte en los ordenadores del gasto, lo que los lleva a movilizar todos los recursos económicos del sistema.

Los profesionales de la salud son de muchas disciplinas: médicos, psicólogos, bacteriólogos, terapeutas, odontólogos, enfermeras profesionales, etc. Son estos profesionales quienes reciben al usuario que acude solicitando los servicios de salud y son quienes deciden la conducta médica a seguir.

Bajo el nuevo sistema de salud, el profesional no solamente debe actuar operativamente como tradicionalmente lo ha hecho para prestar una adecuada atención médica, sino que su labor operativa tiene que integrarla con una labor administrativa que les exige el sistema para documentar todas las atenciones, con el fin de generar el soporte para justificar el adecuado flujo de recursos que lo sostienen (4).

Por esta razón las entidades responsables del pago de los servicios de salud deberán difundir entre sus usuarios la conformación de su red de prestación de servicios, para lo cual deberán publicar anualmente en un periódico de amplia circulación en su área de influencia el listado vigente de prestadores de servicios de salud que la conforman, organizado por tipo de servicios contratado y nivel de complejidad.

Adicionalmente se debe publicar de manera permanente en la página Web de la entidad dicho listado actualizado, o entregarlo a la población a su cargo como mínimo una vez al año con una guía con los mecanismos para acceder a los servicios básicos electivos y de urgencias (5), son los requisitos mínimos establecidos en el presente artículo, tanto los prestadores de servicios de salud como las entidades responsables del pago de los servicios de salud, deberán conservar la evidencia correspondiente.

El tema de glosas, respuestas y devoluciones ha sido tema que ha generado grandes inconformidades entre prestadores y pagadores, pueden surgir no conformidades parciales o totales de la factura respectivamente las cuales deben ser informadas por escrito al prestador dentro de los términos y parámetros definidos, para evitar un deterioro significativo en en la cartera, dificultando la generación de un flujo de caja adecuado para la institución.

La situación de crisis financiera debido a las glosas por pagar se ha convertido en casi el cierre total de uno de los grandes Hospitales del país entre los que se

encuentra el Hospital Universitario del Valle. “El HUV no sabe cobrar lo que hace y ahí se está perdiendo una cantidad importante de recursos. Hay que terminar con las pre auditorías, así el hospital mejora el proceso de facturación para que al radicar sus cuentas, las EPS le hagan entrega del 50% del valor de las facturas”, añadió la funcionaria Lesmes (secretaria de salud Departamental del Valle).(6) Este aspecto es otro que suman a la crisis del hospital en razón a que se siguen presentando errores en el proceso de facturación, los cuales y los más reiterativos son: Mayor valor cobrado, epicrisis ilegible, estancias prolongadas, falta de soporte de ambulancias, entre otros.

Todo esto genera errores en la facturación y por ende glosas para la entidad, sumado a lo anterior, no se cuenta con una plataforma tecnológica adecuada desde los diferentes servicios o unidades de negocio, los profesionales de la salud en algunos casos no son claros al registrar en los documentos soportes los procedimientos o insumos suministrados al paciente lo que ocasiona todo un traumatismo en el proceso de facturación, de igual forma no se logra evidenciar que exista codificación para las devoluciones y glosas por los errores ya señalados, es decir no hay un proceso ágil y oportuno que permita dar respuesta a estas glosas e infringiendo así la resolución 3047 de 2008 del ministerio de protección social la cual hace referencia al manual único de glosas cuyo objetivo es estandarizar la denominación, codificación y aplicación de cada uno de los posibles motivos de glosas y devoluciones, así como de las respuestas que los prestadores de servicios de salud den a las mismas, de manera que se agilicen los procesos de auditoría y respuesta a las glosas.(7) Luego de dicha compilación, la información así obtenida fue analizada de una manera pormenorizada atendiendo a un criterio de búsqueda de las principales causas de glosas y del tratamiento dado hasta ese momento por el personal encargado.

1. 2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las principales causas de glosas en la clínica Palmira en el segundo semestre del año 2015?

2. JUSTIFICACIÓN

La no conformidad de la factura de las entidades como POS, ARL, Empresas de Regímenes subsidiados, contributivos, la cual debe ser resuelta por parte del prestador de salud, Clínica Palmira de forma rápida y oportuna, realizando una auditoria pertinente, identificar las causas de las glosas para así disminuirlas, planteando herramientas que ayuden a mejorar el proceso de facturación a tiempo, evitando la demora en pagos y acumulación de glosas y facturas sin resolver.

Todo esto constituye una fuente de información para analizar las principales causas de glosas generadas en la facturación y realizar un plan de mejoramiento que permita depurar las inconsistencias y así optimizar el pago oportuno y rentabilidad financiera para la institución.

Las Glosas se han convertido para las EPS, en un mecanismo de contención de gastos, afectando la liquidez y estabilidad financiera de las IPS y del sistema de salud en general actualmente. Un proceso de radicación, revisión y pago de facturas supera los plazos señalados por la ley, normalmente debería durar 30 días pero se está extendiendo a más de 270, valiéndose de glosas y del cuestionamiento de la pertinencia de las intervenciones generando desequilibrio financiero en las Instituciones.

De otro lado se observó que el personal encargado del área específica de facturación no tenía la suficiente capacitación sobre el tema, lo cual dificultaba aún más la generación de un proceso óptimo para la Institución.(8) El compromiso de las directivas de la Institución hasta ese momento no tienen la certeza de conocimiento de la problemática planteada y por ello no existen decisiones tendientes a mejorar o a subsanar los errores existentes, generando consecuencias negativas para la Entidad desde el punto financiero y de optimización de recursos.
Problema

La clínica Palmira como cualquier institución prestadora de servicios, debe generar la facturación para poder cobrar todos los servicios médicos que han prestados, radicando las cuentas de acuerdo a la normatividad que reglamenta el sistema de salud. Durante el procedimiento de radicación de cuentas presenta los mismos inconvenientes que afectan a todas las instituciones: glosas sobre la facturación de las cuentas de cobro, generadas por el incumplimiento de requisitos normativos en la prestación de los servicios.

Esto conlleva a la empresa de salud a tener varios instrumentos que le permitan una mejor organización a la hora de su facturación, mejorando la calidad en la auditoría y la evaluación constante, en donde se puede observar la oportunidad, la eficiencia, la eficacia, la pertinencia, la calidad con la que se brinda un servicio de

salud.

La misión institucional de la auditoría es garantizar la habilidad técnica de los profesionales, el empleo eficiente de los recursos y lograr la satisfacción de las demandas y expectativas de los pacientes y familiares.

Aunque la auditoría es una herramienta de gestión clínica muy valiosa, con aplicación en varias áreas y abarca diferentes aspectos del quehacer médico: asistencial, administrativo, financiero, ético, docente y de investigación, está vinculada a las glosas ya que son de gran importancia al momento de la facturación, cuando en una cuenta de cobro se presentan inconsistencias en lo que respecta a su presentación, consolidación, aplicación de tarifas, cobertura de servicios, entre otros, la entidad contratante devolverá la cuenta a la Clínica Palmira para su corrección y tendrá la obligación de aclarar o corregir las observaciones y dar respuesta a las mismas dentro de un plazo establecido.

Con base en el Plan de Mejoramiento definido por el prestador, es responsabilidad del prestador presentar en periodos no mayores a 3 meses su autocontrol seguimiento a plan de mejoramiento, al Auditor En Salud de la sede, el seguimiento a las acciones planteadas por el mismo, en un proceso de evaluación sistemática no sólo de la implementación de las acciones propuestas sino de su eficacia en términos del mejoramiento en los resultados. (9). Es de gran importancia realizar un plan de mejora que permita, no solamente gestionarlas, sino también identificar en donde se encuentran las fallas para establecer correctivos que se reviertan en el mejoramiento de los procesos de facturación, respuesta a glosas y recuperación de cartera, incrementar la liquidez, los excedentes y garantizar la razonabilidad de los estados financieros de la institución.

Por lo anterior descrito, el propósito del presente trabajo es identificar las causas del aumento de glosa en la clínica Palmira en el servicio de urgencias, hospitalización y uci en el segundo semestre del año 2015, de acuerdo a los resultados obtenidos se realizará un plan de mejoramiento que descubra las principales causas de glosas y proponer un plan de mejoramiento para mejorar el proceso de facturación de la Clínica Palmira.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las principales causas de glosas en los servicios de urgencias, hospitalización, unidad de cuidados intensivos de la Clínica Palmira Valle, durante el segundo semestre del año 2015, para proponer un plan de mejoramiento de acuerdo a lo encontrado.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar las glosas del servicio estudiado.
- Establecer las causas de glosas.
- Formular un plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos encontrados.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO CONTEXTUAL

En salud a nivel de Latinoamérica se generan las glosas durante el trabajo diario de los profesionales de la salud dándose día a día esta problemática, causando efectos financieros sobre la rentabilidad de las instituciones, para entender mejor esta problemática debemos entender las causas para así evitarlas, de esta forma contribuir al auto sostenimiento económico del sistema y a la mejor utilización de los recursos.

En el país más grande de Suramérica Brasil se realizó un estudio que fue diseñado para verificar a través de la revisión de la literatura, la importancia de las glosas de enfermería, en el hospital se encontró que contribuyen en gran medida en las glosas y refuerza la importancia de un nuevo modelo de gestión como el auditor en enfermería, educación continua y el uso del Sistema de Cuidado de Enfermería para la calificación y la excelencia en enfermería (10). Las notas de enfermería están sujetos a la auditoria de los servicios de salud debido a la representación de todo el cuidado del paciente mediante registros de notas de enfermería, hoja de gastos y medicamentos, insumos, para así tener un soporte a la hora de auditar las cuentas de las historias clínicas.

En los centros Hospitalarios de salud en Lima Perú los problemas de gestión de los servicios hospitalarios, antes indicados, son producto de la falta de eficiencia en la aplicación de los mecanismos de control en el Área de Facturación y Cobranzas entre otras Áreas, lo que ha originado hallazgos y observaciones de parte de la auditoria interna de la institución y de la auditoria externa dispuesta por la Contraloría General de la República. En tal sentido y a fin de revertir esta situación problemática, es necesario aplicar los mecanismos de control establecidos en las normas técnicas de control interno que coadyuvan a una adecuada orientación y unificación de sus controles internos, para que favorezcan el funcionamiento orgánico y uniforme de la gestión de los servicios hospitalarios de modo que contribuyan a optimizar los sistemas administrativos de gestión y de control interno en el marco de las metas.(11). Debido a la inexistencia de controles en las actividades de gestión que no facilitan el cumplimiento de las políticas de optimización de los servicios hospitalarios, la falta de oportunidad en la entrega de información y comunicación a la gestión, interfieren en control eficiente y eficaz de los servicios.

En el Hospital José Carrasco Arteaga Ecuador las causas más comunes de un hallazgo en la auditoría de gestión en el sector público: Desconocimiento del entorno y de la Institución, negligencia o descuido, deshonestidad, ausencia o

ineficacia del sistema de control interno, falta o inadecuada supervisión, falta de capacitación y entrenamiento del personal, ausencia de comunicación de decisiones políticas, desconocimiento de las normas.(12) La auditoría de gestión se ha constituido como una herramienta fundamental, ya que permite analizar los procesos específicos diseñando criterios de evaluación para disminuir las glosas y sea más rápido el proceso de facturación.

Las clínicas privadas en Venezuela en la factura final que emite la clínica, ésa que muestra números que pueden producirle un ataque de apoplejía a cualquiera, es el producto de una larga cadena de comercialización donde justamente el último eslabón lo representa la clínica. Más del cuarenta por ciento de la factura corresponde a material médico-quirúrgico y medicamentos, mayormente importados, pagados en dólares, que se le compran a distribuidores de insumos que ahora los tienen que vender a precio de dólar libre porque no les otorgan los preferenciales, y ese dólar hoy vale cuatro veces más que hace veinte meses (13). Lastimosamente en Venezuela la salud pública se ha desmejorado por la economía del país, siendo el sector salud el más afectado debido a que solo quienes tienen capacidad de pago para pólizas de medicina prepagada son quienes tienen la atención completa, haciendo un desbalance entre el sector privado y público.

En Colombia la mayoría de las IPS funcionan a través del modelo de contratación de terceros, el cual les permite prestar los servicios con personal médico que no está contratado directamente por la IPS sino que hace parte de otras empresas que ofrecen personal para las instituciones de salud. “La IPS tiene un modelo en el que los procesos de atención en salud y algunos procesos administrativos son contratados con terceros”, aseguró Marín. En este caso la IPS no paga el sueldo directamente a los empleados sino a la empresa contratante, aunque esta medida puede beneficiar económicamente a la IPS algunos creen que puede crear inestabilidad laboral y disminución en la calidad de los de servicios prestados.(14)

Cuando se les devuelven dichas glosas, nuestras objeciones son ignoradas y las conservan en sus libros, afectado en forma grave nuestros estados financieros y, obviamente, haciendo más escasos el flujo de recursos, concluye esta misiva conjunta (15). Siendo un problema mayúsculo de las IPS víctimas de abuso constante a los problemas que están viviendo las carteras por culpa de la falta de pago de las EPS.

4.2 MARCO INSTITUCIONAL

Palmira es una ciudad del departamento del Valle del Cauca en Colombia; localizada en la región sur del departamento, conocida como "*La Villa de las Palmas*". La ciudad está ubicada en la ribera oriental del Río Cauca es centro de grandes ingenios azucareros y constituye uno de los más importantes centros

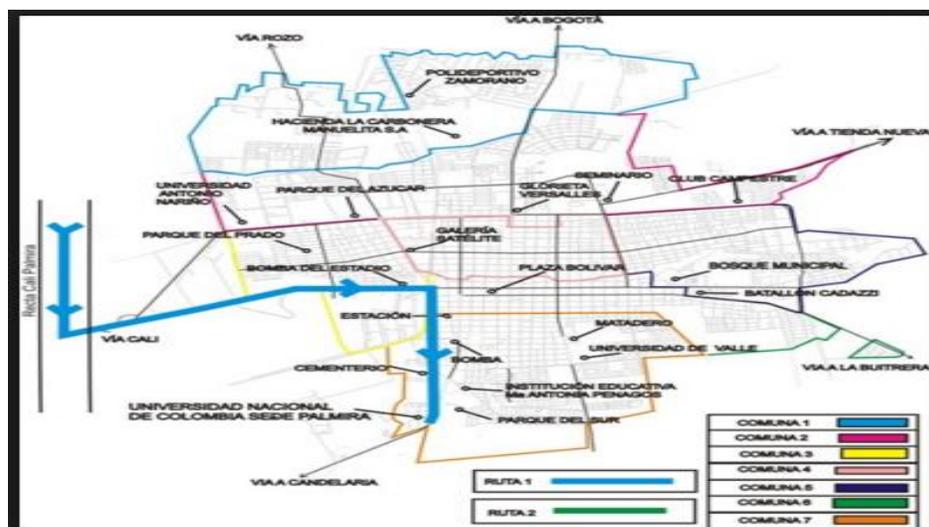
comerciales, industriales y agrícolas del Valle del Cauca, esta ciudad está a 22 km de Cali, la capital.

En Palmira se encuentra el Centro Internacional de Agricultura Tropical (CIAT), el más importante de Colombia y Suramérica, donde se realizan investigaciones de desarrollo en la producción agrícola de todo el país, en la variedad de cultivos de yuca, frijol, caña y palma, también se le conoce como "*Capital Agrícola de Colombia*".

Sus corregimientos son: Rozo, La Torre, La Acequia, Matapalo, Obando, La Herradura, Palmaseca, Coronado (rural), Zamorano (rural), La Dolores, Guanabanal, Caucaseco, Juanchito, Ciudad del Campo Bolo San Isidro, Bolo Italia, Bolo Alizal, Bolo Azul, Amaime, Calamar, Boyacá, La Pampa, Tablones, Tienda Nueva, Guayabal, Barrancas, La Zapata, Aguacalara, Ayacucho, Boyacá, Combia, Toche, La Bolsa (más conocido como Kabuki), Potrerillo, Caluce, Tenjo, La Quisquina, La Balastrera, Los Ceibos, Puerto Amor, Tenerife y La Buitrera.

En el último censo realizado en Colombia en el año 2005, Palmira contaba con una población de 283.431 habitantes. En la actualidad se calcula que cuenta con una población aproximada de 380.000 habitantes, teniendo en cuenta toda la expansión que ha tenido la ciudad en los últimos años, pues Palmira se ha convertido en una ciudad para invertir en vivienda. Actualmente se adelanta numerosos proyectos enfocados en su gran proporción a interés social. (16)

Figura 4. Mapa Distribución de Comunas en el Municipio de Palmira



Fuente: <http://www.palmira.gov>

4.2.1 Clínica Palmira

Hace 54 años un grupo de profesionales de la salud consideraron que Palmira era una ciudad que debía por su gran tamaño tener nuevos espacios para el ejercicio de la medicina y la atención a pacientes.

Se reunieron entonces 26 empresarios y constituyeron la Clínica Palmira como una sociedad limitada siguiendo los modelos que estaban desarrollando en su momento para la prestación de servicios de salud. Con esta idea se inició labores en un piso ubicado en la Plaza Bolívar, el cual fue tomado en arriendo; se compró un lote para construir la edificación en un lugar que para entonces se llamaba “el apretadero”, pero solo después de 15 años de gestionar una idea, en 1967 se realizó el traslado a la actual sede, habilitando poco a poco espacios y servicios.

Es a partir de allí que surge un nuevo desarrollo, una segunda etapa en el cual se vinculan colaboradores que con su esfuerzo y dedicación han logrado que la Clínica Palmira S.A sea hoy una empresa líder en la prestación de servicios de salud en Palmira y su área de influencia.

Es mucho lo que ha pasado, es mucho lo que ha vivido, son muchos los estilos y planteamientos dados, pero siempre ha existido como factor inmutable su compromiso hacia la organización.

Para finales del año 1967, y bajo la gerencia del Doctor Jairo Bedoya, la Clínica ocupaba los pisos 1 y 2 de la edificación actual y se van adecuando poco a poco a los pisos 3 y 4 que se encontraban aun en obra negra; y en ese mismo año, se realiza la primera cirugía, se inician los proceso de rx, laboratorio clínico completando de esta forma un portafolio de servicios más básicos con los cuales la Clínica respondía a las necesidades de los clientes.

Bajo esta misma estrategia que busca la diferenciación y el liderazgo se determina una nueva Visión corporativa la cual se consolida para el año 2008 cuando en junio de ese año se da inicio a los servicios de la Unidad de Cuidados Intensivos y para enero de 2009 se recibe la certificación de los procesos de Urgencias y Hospitalización bajo los lineamientos de la Norma ISO 9000.

4.2.1.1 Misión

Somos una empresa líder en la prestación de servicios de salud en el municipio de Palmira y su área de influencia, mediante la atención personalizada, cálida, integral y oportuna, con el apoyo de un selecto grupo de colaboradores, para ofrecer a toda la ciudadanía servicios efectivos y de alta calidad en promoción, prevención, curación y rehabilitación, proporcionando a nuestros trabajadores posibilidades de realización laboral y personal que incentiven la innovación y la disposición al cambio,

contribuyendo con responsabilidad social al bienestar de la comunidad y generando un retorno razonable a la inversión de nuestros accionistas.

4.2.1.2 Visión

Hoy mañana y siempre seguiremos siendo líderes, reconocidos por su excelencia en la prestación de servicios de salud privados.

4.2.1.3 Valores

- Compromiso con la calidad.
- Integridad.
- Talento humano.
- Respeto por las personas.
- Competitividad. Efectividad.
- Rentabilidad.

Figura 5. Ilustración Fachada Clínica Palmira



Fuente: <http://clinicapalmira.com>

4.2.1.4 Portafolio de Servicios

Urgencias:

La Clínica Palmira S.A. presta el servicio de Urgencias las 24 horas para pacientes adultos y pediátricos, con un equipo altamente especializado entre los que se encuentran Médicos Generales y Especialistas, y personal de Enfermería entrenado.

Realizamos evaluación, diagnóstico y tratamiento acorde a las necesidades de nuestros usuarios y a nuestro nivel de complejidad, a través de una atención personalizada, cálida, integral y oportuna.

Contamos con servicios complementarios de ayudas diagnósticas y de manejo intrahospitalario que se convierten en apoyo del tratamiento integral de nuestros usuarios, así mismo con servicios de mediana y alta complejidad.

También tenemos atención personalizada con áreas físicas independientes a pacientes de Medicina Prepagada y Particulares, Pacientes Embarazadas, Pacientes Pediátricos y de Traumatología a través de Nuestra Clínica de Fracturas.

Hospitalización:

Pediatría.

Gineco - Obstetricia.

Medicina Interna.

Pre quirúrgico y Postquirúrgico.

Traumatología.

Urología.

Otorrinolaringología.

Cirugía:

Especialistas con experiencia, y personal calificado.

Realización de procedimientos dentro de las normas éticas y legales.

Se brinda a nuestros clientes una atención personalizada y un trato amable, cálido y respetuoso.

Se garantiza el recurso humano y físico para el desarrollo de las actividades.

Servicio durante las 24 horas del día.

Seguimiento post-quirúrgico.

Seguridad médica.

Unidad de Cuidados Intensivos:

Unidad de Cuidados Intensivos.
Unidad de Cuidados Intermedios.
Servicio Médico Intensivista y Especializado.
Terapia Respiratoria
Terapia Física
Nutrición
Hemodiálisis (17)

4.3 MARCO DE ANTECEDENTES

La evolución del sistema de seguridad social colombiano, ha estado enmarcado por la situación social, económica y política del país en cada época, iniciando en 1945 donde se crea la Caja Nacional de Previsión que se encargaba de atender la salud de los empleados públicos y en 1946, se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (después Instituto de Seguros Sociales) que atendía a los empleados del sector privado con empleo formal.

Antes de la ley 100 de 1993 la problemática de glosas a cuentas médicas no estaban organizadas ni estipuladas por el gobierno colombiano, las EPS sólo las veían como un problema técnico, ante la cultura de no pago y la incapacidad gubernamental para controlar abusos, el gobierno realiza nuevos decretos para disminuir el abuso de ciertas entidades de salud.

A partir de este periodo se empiezan a vislumbrar problemas de base, en cuanto al desarrollo de políticas de calidad de seguridad social basada en el modelo alemán, modelo limitado en cuanto la cobertura de afiliados, el cobro de las cuotas por pensión no alcanzaban, para manejar los costos y no se unificó la seguridad social para los sectores público y privado, pero a pesar de esto se creó con un marco jurídico ajustado a la realidad económica del país. (18)

El Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia, fue instituido por la Ley 100 de 1993 y reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana, haciendo parte del Sistema de Protección Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social.

A partir de lo señalado en el artículo 49 de la Constitución, la Ley 100 de 1993 define los principios en el artículo 2: a. EFICIENCIA. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente; b. UNIVERSALIDAD. Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas

de la vida; c. SOLIDARIDAD. Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil. Es de deber del Estado garantizar la solidaridad en el régimen de Seguridad Social mediante la participación, control y dirección del mismo. Los recursos provenientes del erario público en el Sistema de Seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables. (19)

El artículo 1o del Decreto número 1281 de 2002 señaló la obligación de utilizar social y económicamente los recursos financieros disponibles del sector salud con eficiencia y oportunidad, entendiéndose por eficiencia la mejor utilización social y económica de los recursos financieros disponibles para que los beneficios que se garantizan con los recursos del Sector Salud de que trata la norma en cuestión, se presten en forma adecuada y oportuna; y por oportunidad, los términos dentro de los cuales cada una de las entidades, instituciones y personas, que intervienen en la generación, el recaudo presupuestario, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos, deberán cumplir sus obligaciones, en forma tal que no se afecte el derecho de ninguno de los actores a recibir el pronto pago de los servicios a su cargo y, fundamentalmente, asegurando que se garantice el acceso y la prestación efectiva de los servicios de salud a la población del país.

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

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.

Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudiría a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley. El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago. (20)

Con base en lo anterior, especialmente lo previsto en la Ley 1122 de 2007 y en su decreto reglamentario, se regula la relación entre prestadores de servicios de salud y responsables del pago, sobre la base de que el prestador está en la obligación de presentar una factura y sus soportes a los responsables de pago y éstos, a su turno, pagar el valor de manera oportuna.

El decreto 4747 de 2007 por fin regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo ya que el manual especifica conceptos de glosas: 1) Por facturación: diferencias entre servicios prestados y servicios facturados, falta de descuento en la factura o de conceptos que paga el usuario (copagos, cuotas moderadoras, períodos de carencia), y otros errores administrativos. 2) Por tarifas: diferencias entre valores facturados y valores pactados. 3) Por soportes: ausencia, enmendaduras, soportes incompletos o ilegibles. 4) Por autorización: servicios facturados por el prestador sin autorización o distintos de autorizados; o cobro con documentos o firmas adulterados. 5) Por cobertura: cobro de servicios excluidos del respectivo plan, o que son parte integral de un servicio y se cobran adicionales, o que competen a otra entidad por no haber agotado o superado los toques. 6) Por pertinencia: incoherencia entre historia clínica y ayudas diagnósticas o el tratamiento ordenado, “a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica”. También, diagnósticos ilegibles o incompletos, o falta de detalles en la nota médica o paramédica alusiva a la atención prestada (21).

Se pudo establecer durante la visita realizada al HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, que los informes de supervisión de la alianza estratégica con imágenes diagnósticas San José, han sido deficientes e ineficaces, toda vez que se pudo verificar que los informes de supervisión e interventor y auditor interno contratado para tal fin, no realizaron los controles necesarios de las facturas que se anulan por parte del operador, las cuales no tienen una justificación legal, toda vez que para anular una factura debe verificar si el servicio se prestó o no y así poder afirmar que el prestador del servicio cumplió con su obligación o no (22).

En el Hospital Departamental de Cartago ESE, en el año 2006 se llevó a cabo el estudio de lo facturado y glosado durante el periodo correspondiente al año 2005,

para determinar las causas de glosas, con el fin de presentar a las directivas de la entidad un plan de mejoramiento encaminado a disminuirlas y a lograr una óptima utilización de los recursos. Con efecto se hizo una investigación de campo utilizando los archivos encontrados en la oficina de auditoría médica del departamento de Cartago. Se pudo concluir que las directivas de la Institución hasta ese momento no tenían conocimiento de la problemática planteada y por ello no existían decisiones tendientes a mejorar o a subsanar los errores existentes, generando con esta situación consecuencias negativas para la Entidad desde el punto financiero y de optimización de recursos. De otro lado se pudieron dar de cuenta que el personal encargado de la área de facturación no estaba suficiente capacidad sobre el tema, lo cual hizo dificultar más el proceso óptico para la Institución, también se vio que el personal médico y administrativo del Hospital Departamental de Cartago parecía de conocimiento. Cabe resaltar que una vez presentado este trabajo al personal de la Entidad se ha podido evidenciar una mejora en cuanto al proceso de facturación, disminuyéndose el número de glosas. (23)

Las glosas de pertinencia administrativa y asistencial se responden en los términos de la normatividad vigente; se revisa la causal de glosa, se anexan los soportes necesarios para su levantamiento y se elabora el oficio de respuesta. Se elabora un informe bimestral que relacione las causas más frecuentes de glosas, para socializarlas con los responsables y así retroalimentarlos en busca de disminuir su ocurrencia. Entregar el oficio de la respuesta a glosa al auxiliar de cartera para que esta le saque copia y quede con evidencia, Informar a la Subgerencia Administrativa y Científica los valores de las glosas irre recuperables, así como a los funcionarios identificados como responsables de la glosa.

En el Hospital Universitario Evaristo García del Valle se ha aumentado de 12.000 millones a 20.000 en facturación, no nos pagan. Mejoramos la facturación, la venta y la productividad, pero eso no juega papel en el plan de saneamiento fiscal. Por eso estamos en el proceso de mejorar el recaudo. Hace tres años encontramos un hospital al borde del cierre y no podemos arreglar una crisis crónica en dos años. Creemos que en el largo aliento vamos a mejorar. (24)

Cali está pasando por un momento crítico en cuanto a la disponibilidad de camas hospitalarias. La situación de ambas instituciones produce una sobredemanda especialmente en el servicio de urgencias, donde los pacientes llegan a una institución y no hay otro sitio que los pueda atender. Por lo tanto, los debemos asumir por lo menos en el manejo de la urgencia inicial y eso ha ocasionado que en estos últimos días tengamos ocupaciones de más del 200 % en urgencias. Sí nos impacta, definitivamente, con un problema adicional y es la escasez de hospitales de segundo nivel que puedan recibir a los pacientes que no son necesariamente para un nivel de complejidad alto como el nuestro.

Dentro de los desafíos más importantes en cuanto a la sostenibilidad está el flujo de recursos. Es muy importante que una institución tenga una gestión administrativa eficiente y transparente que permita que las facturas sean presentadas en la forma y momento adecuado, con un porcentaje de glosas muy bajo y ese es uno de nuestros indicadores. Eso hace que en los estados financieros haya una rentabilidad positiva. (25)

Determinando las causas que originan desviaciones en el proceso de atención se pueden establecer estrategias que permitan el mejoramiento de la institución. (26) Teniendo en cuenta la situación actual de las instituciones prestadoras de salud en busca de mejorar y dar mayor rentabilidad a los servicios de salud prestados, se inicia la conformación del proceso de auditoría concurrente en el hospital con el fin de disminuir en porcentaje de glosa objetada y glosa aceptada, favoreciendo el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud y disminuyendo el tiempo de radicación de facturación a las Entidades responsables de pago.

4.4 MARCO REFERENCIAL

- **Causas de las glosas**

Al analizar el problema de glosas atribuibles a facturación a través del árbol, se atribuyó a que las principales causas se dan por: usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable, facturación de materiales, medicamentos, procedimientos o actividades, factura que excede topes autorizados, glosas en la facturación de la estancia, usuarios que corresponden a pago por capitación y servicio o insumo incluido en el paquete (26). La re facturación en los servicios hace retrasos en el recaudo de la cartera lo que se ve reflejado en la disminución del ingreso y en el flujo de caja.

- **Caracterización de las glosas**

Un alto porcentaje de las glosas recibidas a la facturación de los servicios de salud de la IPS, Instituto de del corazón de la Fundación Cardiovascular de Colombia, es de origen médico – asistencial. (27). El personal asistencial es demasiada importancia ya que está ligado a los cuidados del paciente de manera integral y también son los responsables de justificar y anotar todos los procedimientos, insumos, paraclínicos, ayudas diagnosticas que se le realizan al paciente en su estancia o al ingreso a urgencias.

Las causas más frecuentes de Glosas en la IPS Clínica Pie de Cuesta Santander,

en el segundo semestre de 2010 por pertinencia y racionalidad médica. Falta de pertinencia técnica científica entre diagnóstico y procedimientos realizados y/o servicios prestados atención de urgencias, hospitalización y ambulatoria. (28)

Adicionalmente, y de acuerdo con la percepción subjetiva de algunas de las instituciones, los aseguradores responsables del pago de las cuentas de sus afiliados, están de alguna manera castigando la ocurrencia de eventos adversos y las complicaciones ocurridas con los pacientes, las cuales, dicho sea de paso, aumentaron de forma significativa, debido probablemente a un mejoramiento en la cultura del reporte y gestión de estas situaciones, lo cual significaría que al aumentar el reporte, el aumento de la frecuencia es artificial y no en el número real de casos; esto, a juicio de los investigadores, sería el otro gran condicionante del aumento del número y valor de glosas. (29). Las instituciones de salud trabajan día a día para mejorar la calidad de sus servicios en todos los aspectos, entendiendo que el proceso nunca termina, que requiere inversiones y trabajo constantes y que los beneficios reales, según la percepción de las mismas instituciones, si bien son importantes en términos de calidad expresada en seguridad para el paciente, no se dan como reales ventajas al momento de contratar los servicios de salud y las tarifas a cobrar por ellos.

La auditoría de facturas para glosar cuentas; sobrefacturación; exigencia al personal de salud de registrar en la historia clínica servicios que no fueron prestados al usuario, esto con el fin de soportar la facturación; asimetría y manipulación de la información; y selección intencional de población con menos riesgos por las aseguradoras, entre otras. (30) El sistema de seguridad Social en Colombia da unos principios éticos y prácticos que soportan los derechos humanos constitucionales; haciendo su capacidad de gestión, negociación y credibilidad limitada, lo cual se relaciona con la infiltración clientelista que afecta el desarrollo institucional limitando el buen desarrollo de la prestación de servicios de salud.

Comparando las diferentes mediciones es claro que el funcionamiento del sistema le permite a las EPS-S con mucha tranquilidad recibir recursos y retenerlos para su propio beneficio, sin entregarlos a quien corresponde, es decir, a las IPS. Es así como CAPRECOM fue la que más recibió recursos mediante giro directo, pero también registra la mayor deuda pendiente con las IPS, lo que se evidencia tanto desde el punto de vista de la EPS-S como de las ESE. Como si fuera poco, también es la que más cuentas glosa a las IPS. (31) Las entidades más afectadas en el flujo de recursos por aumento de glosas son las ESE, porque todos repercuten en reducción de recursos que les llegan para funcionar y prestar servicios adecuadamente, a esto se suma que no hay ninguna limitación ni control de utilizar mecanismos de no-pago como las glosas para dilatar los pagos.

Pero quizás el problema más grave es que el modelo actual, de manera perversa,

se basa en la enfermedad, no en la salud, de tal suerte que los gerentes de hospitales han visto reducido su papel al de mercaderistas empeñados en lograr que las EPS les paguen y en muchas ocasiones se ven también obligados a aceptar glosas, rebajas y largos plazos para obtener lo que por derecho debía recibir. Para completar, éstos funcionarios son calificados bien si hay más enfermos que atender en sus instituciones sin tener en cuenta las desventajas competitivas que tienen los hospitales públicos respecto del sector privado (32). Restringiendo de manera continua los procesos de facturación, respuesta a glosas y recuperación de cartera, desestabilizando los estados financieros de las instituciones IPS.

La ley garantiza, para proteger a los hospitales y los prestadores de servicios, el pago de las deudas del régimen subsidiado y protege el flujo de los recursos mediante el establecimiento de cuentas maestras. Los pagos a las EPS de las entidades territoriales se harán por semestre anticipado y aquellas, a su vez, harán pagos del 100% por mes anticipado en contratos de capitación y del 50% a los cinco días de la facturación en los pagos por evento, pago que debe completarse a los 30 días si no existen glosas a las facturas. (33)

Por esta razón, las glosas deberán resolverse en tiempos no mayores a los 60 días y, si hay demoras en los pagos, estas se sancionan al establecer intereses de mora a la tasa legal vigente. Esto se hace con el fin de proteger los recursos y garantizar la sostenibilidad del sistema, evitando la prórroga del pago de las facturas y de la cartera de las instituciones.

Las demoras en los pagos representan los costos de transacción y son motivos de conflictos y fricciones en la cadena. Las negociaciones acerca de las facturas y glosas exigen un ambiente de confianza. (34) cada una de las entidades de salud, deben estar encaminadas a la solución en la construcción de las alianzas haciendo que IPS y EPS valoren las relaciones de confianza para que logren crear con sus socios un importante factor productivo.

Entregar al auditor de Cuentas médicas las facturas de los servicios prestados, cuatro días antes de la fecha límite de entrega de la facturación, con todos los soportes pertinentes, antes de ser enviadas a las entidades responsables del Pago de los servicios. (35) Se debe revisar y validar que las facturas tengan los respectivos soportes y que los procedimientos realizados sean pertinentes y coincidan con lo facturado, cinco días antes del día del envío de la facturación a las EPS o a los auditores de las empresas pagadoras, para agilizar el proceso de la revisión de la factura.

Dar respuesta oportuna a las objeciones y devoluciones presentadas por las diferentes ERP, realizando el análisis de las causas que generaron las mismas con el apoyo de las áreas involucradas (asistenciales y administrativas), garantizando

la conciliación de la misma. (36)

- **Formulación de un plan de mejoramiento**

Para un adecuado manejo y gestión de las glosas, es necesario que en el contrato de prestación de servicios se establezcan claramente los requisitos y plazos para su presentación, por parte de la entidad contratante. En caso de pactarse el plazo se adopta el estipulado en la normatividad vigente. (37) Se deben anexar las facturas, soportes de todos los servicios prestados para así evitar la devolución de la factura.

Es necesario crear mayor conciencia a nivel directivo de la entidad para diseñar dentro de los planes estratégicos de la institución programas de mejoramiento continuo de programas que retroalimenten todas las variables necesarias, que requieran un adecuado proceso de facturación. (38) Las instituciones deben tener herramientas necesarias como el control estadístico de proceso y estar siempre orientada así a los procesos de mejoramiento continuo puesto que depende en gran parte a la optimización de los recursos de las instituciones, se logra la disminución de las glosas y eficiencia al momento de los cobros de factura.

Se mejoró el proceso de cartera en cuanto a la radicación de las facturas y la causación contable de las mismas permitiendo digitar la información en tiempo real realizando el proceso a diario. También se organizó la facturación realizando este proceso a diario y emitiendo reportes de flujo de caja que permiten una contabilización más rápida y eficiente. (39) Se deben realizar las pertinentes mejoras correctivas en los procesos de la empresa generando un mejor desempeño de las funciones y permitiendo ofrecer información contable y financiera clara, oportuna y precisa.

Teniendo como apoyo el proceso de auditoría externa por las EPS lo que ha permitido previo al egreso del paciente generar glosas, realizar los soportes de ellas y emitir conciliaciones antes de la facturación disminuyendo en % de glosa inicial, generándose una disminución de los tiempos de radicación de cuentas en pre radicado y post radicado facilitando la liquidez financiera de la institución. (40). Una vez se instauran los planes de mejoramiento con las áreas y personal administrativo y de salud que más retrasan el proceso de las glosas, se deberán disminuir en la institución con un impacto en la calidad de la atención en pro de la excelencia causando en lo menor posible las glosas en salud.

- **Plan de Mejora**

Los planes de mejora se originan de las oportunidades de mejoramiento identificadas en la autoevaluación de los estándares de Acreditación por grupo de estándares. Las oportunidades de mejoramiento se deben priorizar por variables de alto riesgo, alto volumen y alto costo, las cuales se aplican así:

- **Riesgo:** Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento.
- **Costo:** Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.
- **Volumen:** Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).

Cada variable se califica de 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor.

4.5 MARCO CONCEPTUAL

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

Glosas por facturación: Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras u otros), o cuando se presenten errores administrativos generados en los procesos de facturación.

Glosas por tarifas: Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.

Glosas por soportes: Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.

Glosas por cobertura: Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional.

Glosas por pertinencia: Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado.

4.6 MARCO JURÍDICO

NORMA	TIEMPO	OBSERVACIÓN
Decreto 1281	2002	Se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación.
Decreto 1011	2006	Proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa.
Resolución 4747	2007	En sus artículos 21, 22, 23, 24 y 25, nos define los criterios a tener en cuenta para los procesos y procedimientos en el manejo de glosas, con el objetivo de minimizar el riesgo y mejor el recaudo.
Resolución 3047	2008	Constituye el Manual Único de Glosas el cual define los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en la relación entre 28 prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago definidos
Ley 1438	2011	Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, Que no fueron levantadas. Una vez vencidos los términos, y en el caso de Que persista el desacuerdo se acudiría a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.

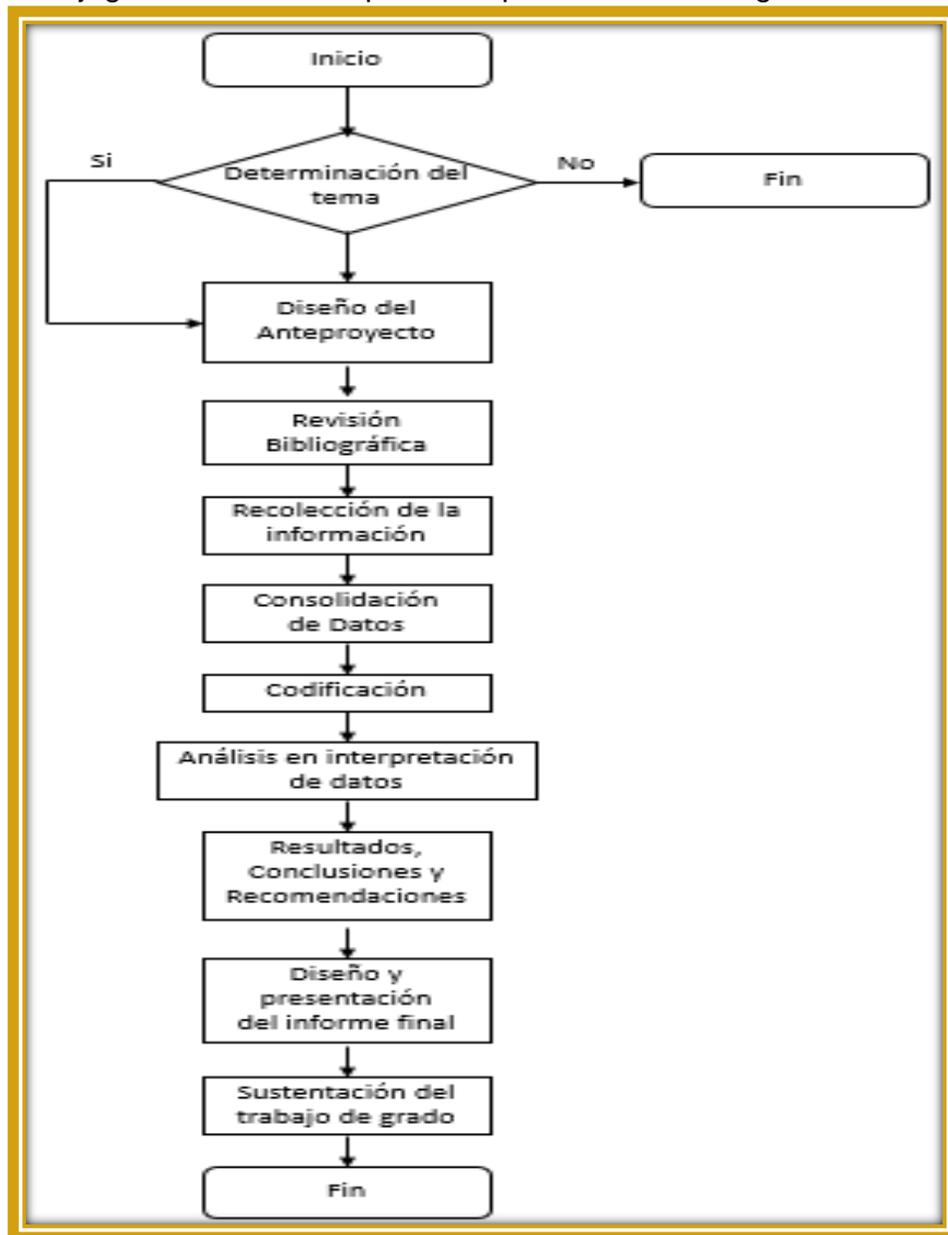
5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE TRABAJO REALIZADO

Cuantitativo descriptivo.

5.2 PASO A PASO DEL PROCESO METODOLÓGICO

Figura 6. Flujograma de la descripción del proceso metodológico



5.3 HERRAMIENTAS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- La base de datos de las glosas de la Clínica Palmira del segundo semestre del año 2015.
- Manual único de glosas, devoluciones, respuestas y unificación. Resolución 3047 de 2008 modificada por la resolución 416 de 2009.
- Programa Excel, base de datos de la norma.

5.4 REFERENTE BIOÉTICO

Por tratarse de un trabajo institucional que requiere acceso a información, con fines netamente académicos, se garantizó el respeto a la confidencialidad de la información suministrada. Dicho consentimiento fue conocido y firmado por el servicio de Talento Humano. Ver anexo No. 1.

5.5 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL

Este trabajo tiene como fin la promoción de la salud, para una mejor calidad de vida, teniendo además un compromiso con el medio ambiente enlazado sobre aprovechar los espacios naturales y la realización de reciclaje y clasificación de desechos como método saludable en el interior del hogar todos los elementos usados en este trabajo serán de tipo reciclable o de mínima contaminación para el medio ambiente.

La promoción de la salud no es solo un compromiso personal y cambio en la conducta misma, tiene en cuenta estrategias globales, de la comunidad y su entorno requiere de la creación de políticas públicas saludables, entornos o ambientes favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social, la capacitación de técnicas personales de estilos de vida saludables y la orientación a los accesos en salud. Respaldo por la Ley 99 de 1993 Por la cual se crea el MINISTERIO DEL MEDIO AMBIENTE, se reordena el Sector Público encargado de la gestión y conservación del medio ambiente y los recursos naturales renovables, se organiza el Sistema Nacional Ambiental -SINA y se dictan otras disposiciones. (41)

5.6 RESPONSABILIDAD SOCIAL

La salud es un derecho que se ejerce en los ámbitos individual y colectivo, por lo cual la sociedad y las personas son corresponsables para adoptar entornos y

condiciones de bienestar social y estilos de vida saludable. (42) La responsabilidad en salud pública debe partir de la promoción de la salud y el desarrollo social enfocados a la equidad de la salud mediante acciones en educación, vivienda, nutrición, condiciones sanitarias y medio ambiente entre otros, minimizando el riesgo y realizando estrategias en la prevención.

5.7 POBLACIÓN BENEFICIADA

La población beneficiada son Gerente administrativo, accionistas, empleados, sus familias, evitando las demoras en las glosas que afectan la inestabilidad financiera de la empresa, si estas disminuyen los trabajadores obtendrían su pago a tiempo, sentirían sentido de pertenencia por la empresa, se formarían sus trabajadores dispuestos a mejorar en sus labores, verificando los registros de atención de cada paciente en lo relacionado con el registro de medicamentos, notas de enfermería en la realización de procedimientos, estableciendo medidas de control en disminución de glosas.

5.8 DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados se sustentarán en la Universidad Andina y posteriormente en la Clínica Palmira a los directivos de la institución.

5.9 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Cuadro 1. Cronograma

Actividades	2016					
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Determinación del tema objetivo del estudio y elaboración del estudio del arte y fichas bibliográficas.						
Revisión bibliográfica y diseño del anteproyecto						
Revisión Bibliográfica y continuación del marco teórico						
Consolidación de datos y generación de información						
Análisis e interpretación de Datos						
Resultados, Conclusiones y recomendaciones						
Diseño y presentación del informe final						
Sustentación del trabajo de grado						

Cuadro 2. Presupuesto del Proyecto

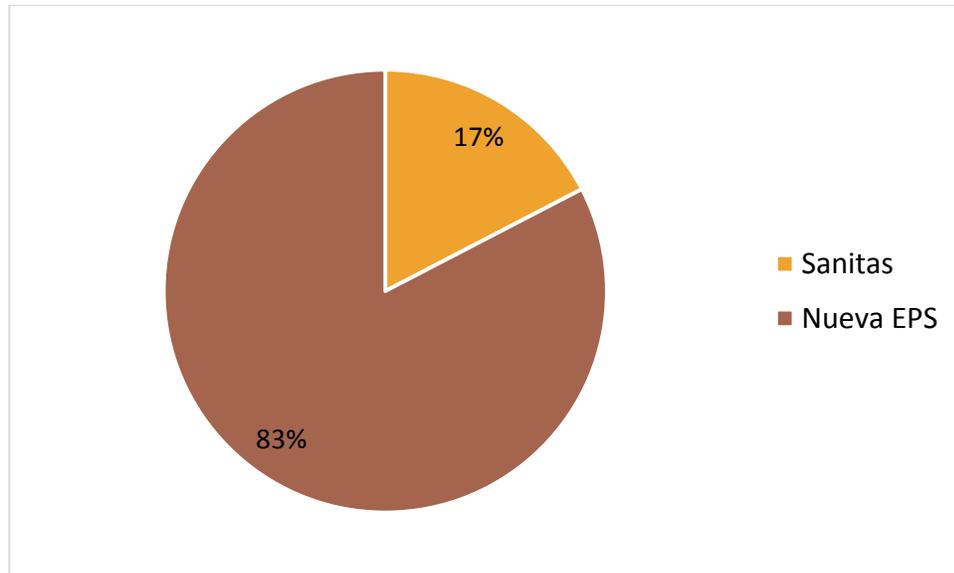
Recurso Humano	Hora Mes	Valor Hora	Total Hora	Total Mes	Recursos Propio	Recurso Univ	Total Neto
Investigador estudiante	60	20.00	240	1.200.000	1.200.000		
Asesores	10*2	40	20	1.600.000		1.600.000	
Costos indirectos, Papelería y otros,				300.000	300.000		
Internet	30	1100	240	33.000	264.000		
Celular	3	8000	20	24.000	480.000		
Viáticos	----	----		200.000	200.000		
Transporte			176	704.000	704.000		
Imprevistos 10%					474.800		
Total							5.222.800

6 RESULTADOS

Análisis del promedio de glosas reportadas en el segundo semestre de 2015 en los servicios de urgencias, hospitalización y unidad de cuidas intensivos de la Clínica Palmira.

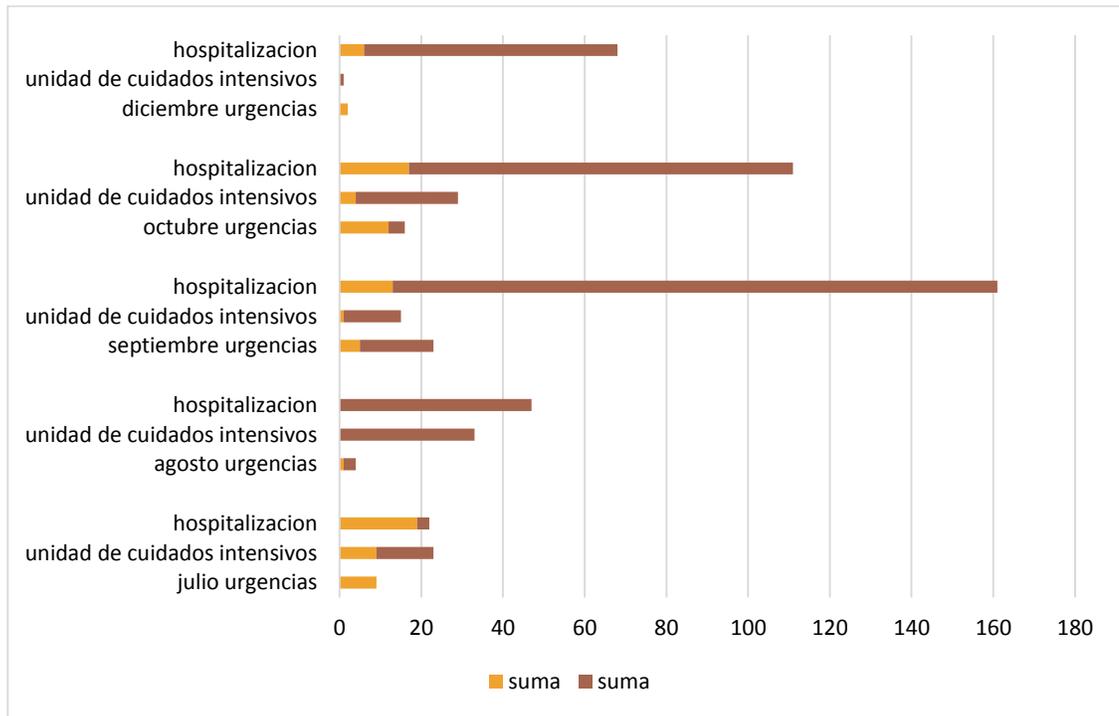
6.1 Total de glosas segundo semestre de 2015 Clínica Palmira.

Gráfica 1. Total de glosas por dependencias en segundo semestre del año 2015 en Clínica Palmira.



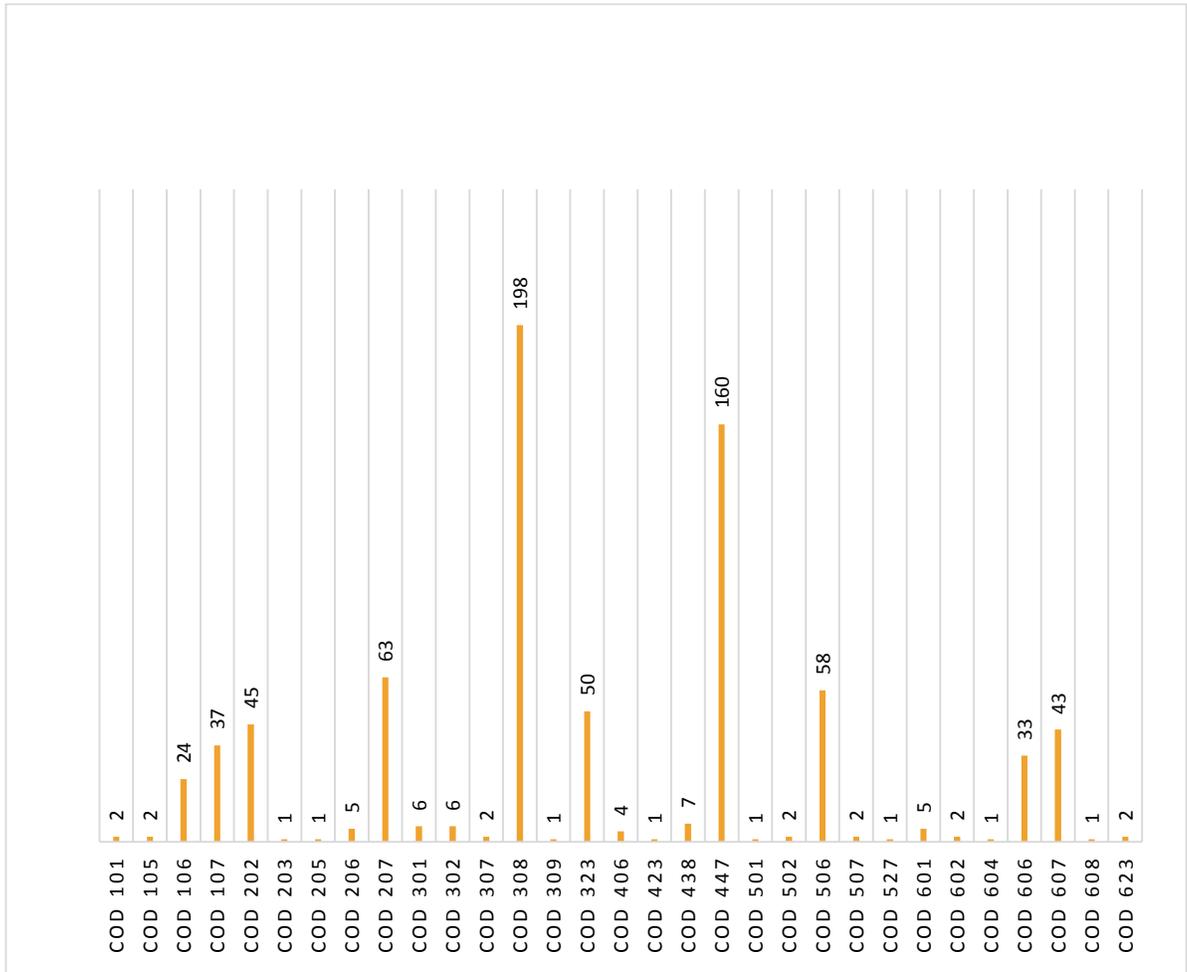
En el análisis de las glosas por EPS, que tienen convenio con la Clínica Palmira (Nueva EPS, Sanitas, Comfenalco, Salud Total, Emmsanar triage II), se reporta que la Nueva EPS es la que mayor población de usuarios y convenios reporta en los servicios de urgencias y consulta prioritaria, Sanitas es la segunda EPS que reporta, aunque en menor número las glosas, de las EPS Comfenalco, Salud Total, Emmsanar Triage II, no se encontraron reportes de glosas para incluir en el análisis.

Gráfica 2. Total de glosas reportadas por servicios en el segundo semestre de 2015 en la Clínica Palmira.



En la gráfica se puede observar que el mayor reporte de glosas lo genera el servicio de hospitalización con 160 glosas ya que el servicio cuenta con 44 camas en un porcentaje de ocupación diario de 100% generando un índice importante de glosas en la Clínica Palmira.

Gráfica 3. Total Glosas reportadas en el segundo semestre de 2015 en la Clínica Palmira



En la gráfica se analiza las glosas correspondientes a las eps NEPS y sanitas en el segundo semestre del 2015 con una muestra de 592 glosas reportadas, donde se observa que la principal glosa con 198 reportes corresponde a la ausencia total o parcial del soporte de ayudas diagnósticas y/o paraclínicos que evidencian la falta de justificación en la historia clínica y los soportes de la factura. (COD 308).

La segunda glosa más reportada con 160 reportes es la no autorización de medicamentos no Pos, debido a que no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago. (COD 160).

La tercera glosa más significativa con 63 reporte es para los cargos por medicamentos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados. (207).

La cuarta glosa con 58 reportes es por los materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, no están incluidos en el respectivo plan o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente. (COD 506).

Seguidas de 50 glosas reportadas es para el no soporte en historia clínica de glucometrías. (COD. 323). Con 45 reportes de glosas obtenidas es cuando se presentan diferencias con los valores pactados de los honorarios pactados con los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos. (COD 202). Seguida de 43 glosas es para el cargo por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro. (COD 607).

En menor cantidad de glosas obtenidas con 37 reportes es para los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. (COD 107). Seguida de 33 glosas cuando los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro. (COD 606). La glosa 24 por cargos de medicamentos sobrefacturados que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. (COD 106).

Y por último en mínima cantidad por consecutivo de número de glosas de mayor a menor con 7 glosas reportas para traslado debido a que la ambulancia no cuenta con la autorización pactada en el acuerdo de voluntades. (COD 438). Se encuentra dos variables de 6 glosas respectivamente cada una en estancia, la primera cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la estancia. (COD 301). Y cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la consulta e interconsulta médica. (COD 302).

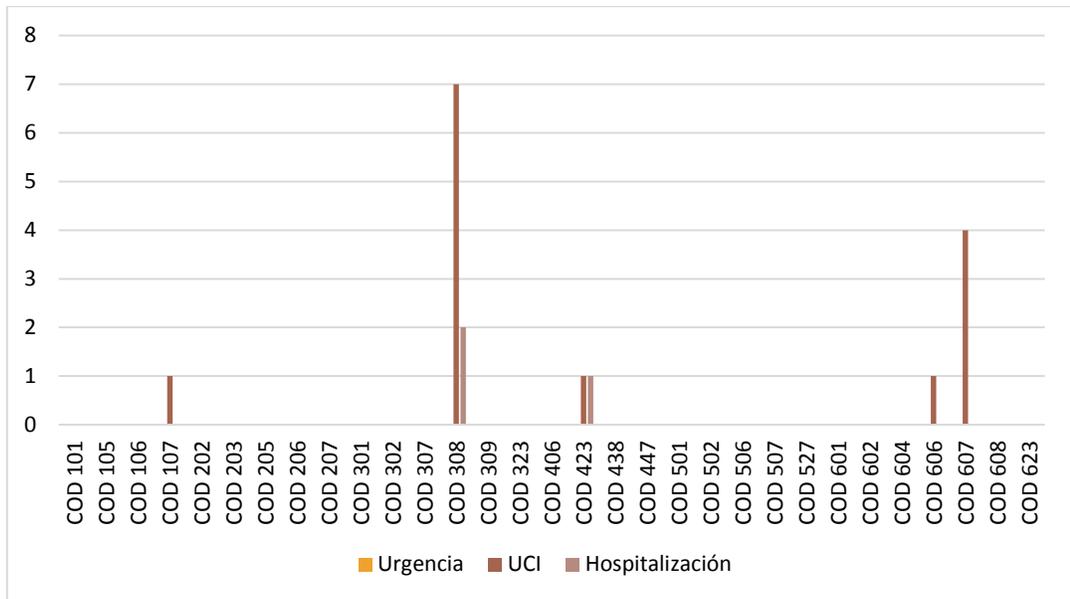
Este cuadro es un resumen de reportes menor de cinco glosas en la Clínica Palmira por mes, en el segundo semestre de 2015.

Código	Numero de glosas	Observación
206	5	Cuando los cargos por materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados.
601	5	Cargo por estancia, sea ésta en observación o, habitación, que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.
406	4	Cuando los materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los autorizados.
101	2	Estancia, en cualquier tipo de internación, que vienen relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencia con las cantidades que fueron facturadas.
105	2	Para los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.
307	2	Cuando existe ausencia total o parcial, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios.
502	2	Cuando la consulta, interconsulta y/o visita médica relacionadas no están incluidas en el respectivo plan o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
507	2	Cuando los medicamentos entregados o relacionados en la hoja de suministro de medicamentos y/o justificados en la factura no están incluidos en el respectivo plan o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
602	2	Cuando el cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.
623	2	Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.

203	1	Con cantidad mínima de 1 glosa reportada respectivamente de los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados
205	1	Cuando los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados.
309	1	Cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian las actividades adicionales al caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.
423	1	Para cuando el procedimiento o actividad prestada relacionada y/o justificada en los soportes de la factura, difiere de la autorizada.
501	1	Cobertura en estancia cuando el número de días en observación o habitación, que vienen relacionados en la factura no están incluidos en el respectivo plan o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando.
527	1	Cobertura en procedimientos cuando se factura por separado un procedimiento incluido en otro ya facturado.
604	1	Pertinencia en los cargos por honorarios de otros profesionales asistenciales diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación para el cobro.
608	1	Pertinencia en los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.

Este cuadro es un resumen de las glosas más reportadas por EPS, en la Clínica Palmira por mes, en el segundo semestre de 2015.

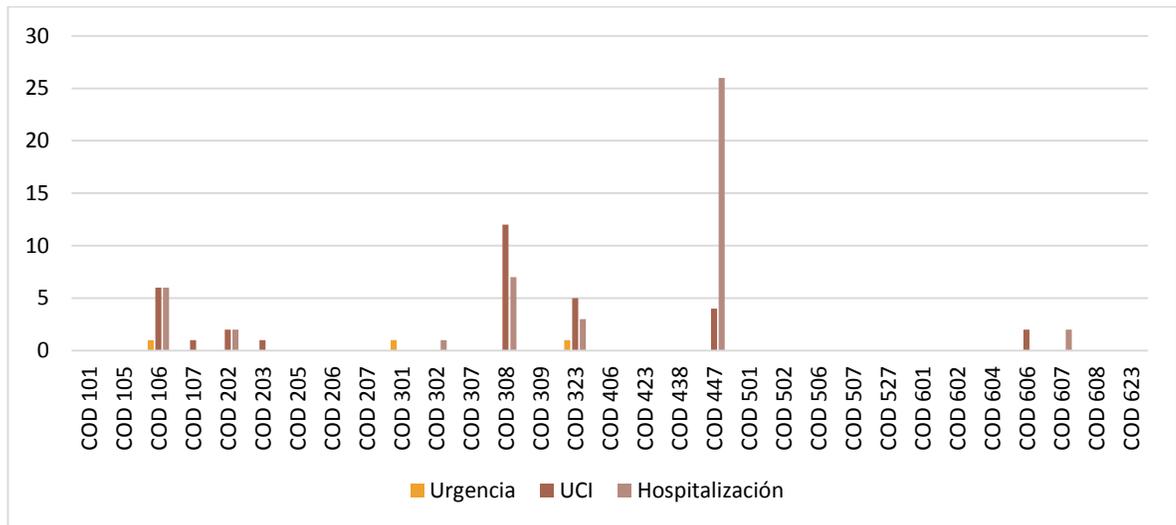
Gráfica 4. Glosas Nueva EPS julio de 2015 en la clínica Palmira



En la gráfica se realiza el análisis correspondiente a las glosas de la NEPS para el mes de julio de 2015 en cada una de las dependencias de la clínica, reporta que 7 de cada 8 glosas corresponden al servicio de UCI y 2 de cada 8 glosas corresponden al servicio de hospitalización relacionado a la ausencia total o parcial del soporte de ayudas diagnósticas y/o paraclínicos que evidencian la falta de justificación en la historia clínica y los soportes de la factura (COD308); la segunda glosa más relevante en el servicio de unidad de cuidados intensivos corresponde a la no pertinencia o falta de justificación médica de los medicamentos (COD 607).

En el servicio de UCI y hospitalización se reportan 1 de cada 8 glosas relacionadas a el procedimiento o actividad prestada y su justificación en los soportes de la factura y su autorización (COD 423);y finalmente en la UCI se reportan 1 de cada 8 glosas enfocados a la aplicación de los cargos por honorarios de otros profesionales asistenciales diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados en los soportes de la factura los cuales no son pertinentes para el cobro como lo son interconsultas por nutricionista, nefrología entre otros (COD604).

Gráfica 5. Glosas Nueva EPS agosto de 2015 en la clínica Palmira

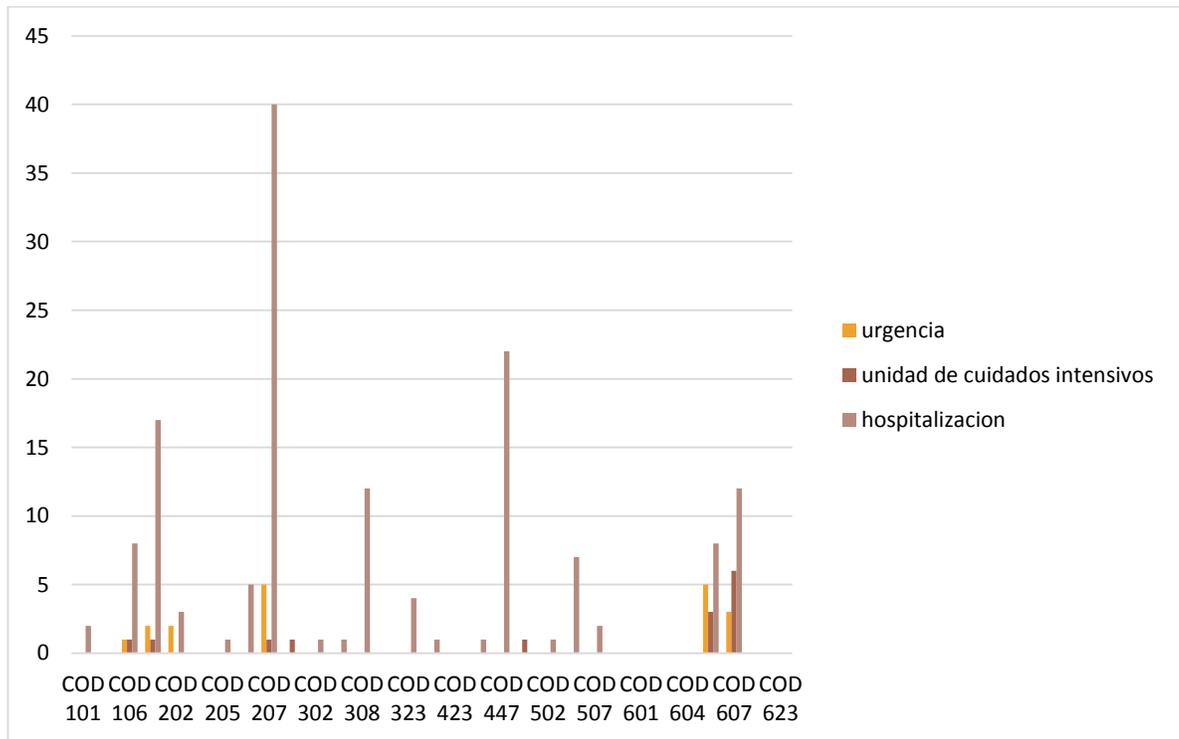


En la gráfica el ítem más reportado con 26 glosas de 30 durante este mes corresponde a la aplicación de medicamentos NO POS que no se encuentran autorizados en el servicio de hospitalización, relativamente siendo una glosa de 4 de 30 para el servicio de UCI; por consiguiente 13 de cada 30 glosas corresponden a la ausencia total o parcial del soporte de ayudas diagnósticas y/o paraclínicos que evidencian la falta de justificación en la historia clínica y los soportes en la factura (COD308) y 7 de cada 30 relativamente para el área de hospitalización.

En menor cuantía para el área de UCI se encuentran glosas de 6 5, 2 y 1, respectivamente para los materiales cargados en la hoja de gastos donde presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas (COD 106); soporte en historia clínica de toma de glucometrias (COD 323); presentan diferencias con los valores pactados de los honorarios pactados con los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos (COD202) ; y la aplicación del cargo por consulta y/o interconsulta médica que viene relacionado en los soportes de la factura donde no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro (COD604).

En el área de urgencias se evidencia glosas 1 de 30 enfocadas a los materiales cargados en la hoja de gastos donde presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas (COD 106), diferencias en los valores que fueron pactados para los medicamentos justificados en los soportes de la factura (COD207) y falta de soporte en historia clínica de toma de glucometrias (COD 323).

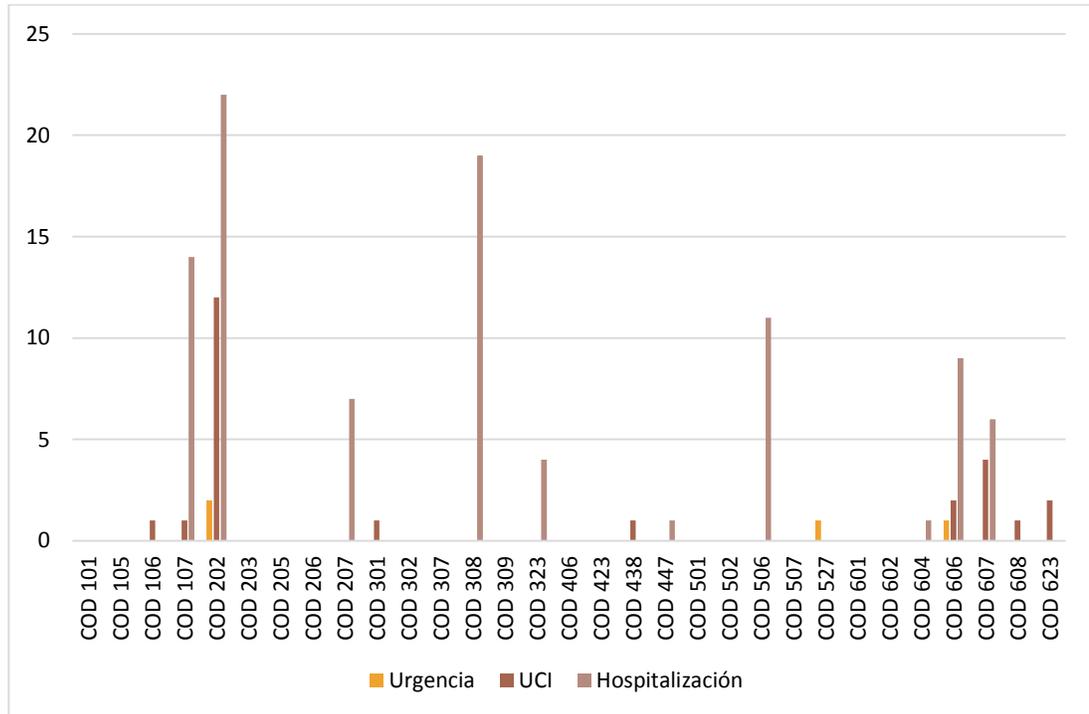
Gráfica 6. Glosas Nueva Eps Septiembre de 2015 en la Clínica Palmira



En la gráfica correspondiente al mes de septiembre la mayor cantidad de glosas fue en el área de hospitalización, 40 de 50 glosas se enfocan en las diferencias en los valores que fueron pactados para los medicamentos justificados en los soportes de la factura (COD207); siguiendo el mayor reporte en el área de hospitalización 23 de 50 glosas es por la no autorización de medicamentos No POS, debido a que no fueron autorizados con el código (447). 20 de 50 glosas presentan diferencias con los valores pactados de los honorarios pactados con los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos (COD202). 13 de cada 50 glosas corresponden al servicio de hospitalización relacionado a la ausencia total o parcial del soporte de ayudas diagnósticas y/o paraclínicos que evidencian la falta de justificación en la historia clínica y los soportes de la factura (COD308).

También para el área de hospitalización 12 de 50 glosas es por el cargo por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro, con el código (607).

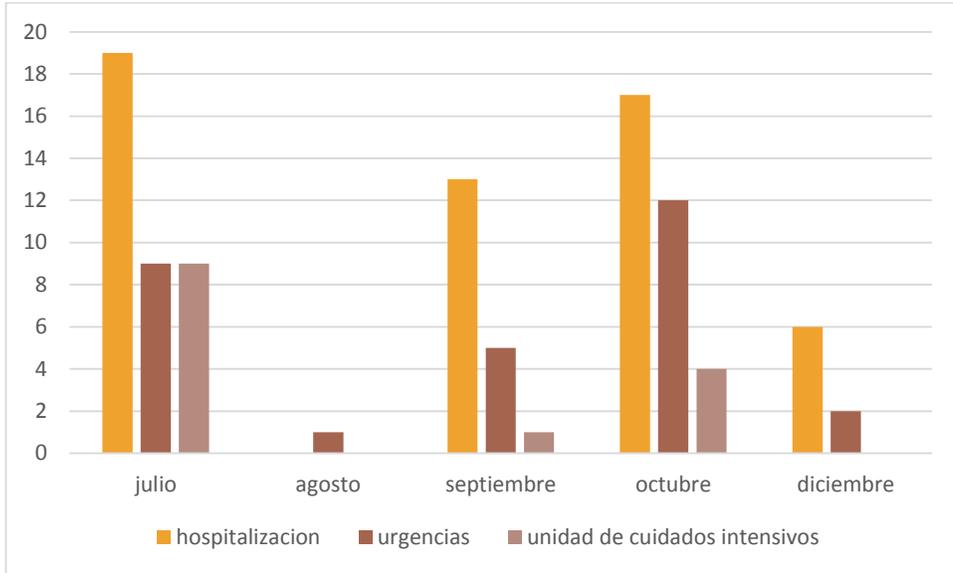
Gráfica 7. Glosas Nueva Eps Octubre de 2015



En el mes de octubre se observa que la mayor cantidad de glosas encontradas fue en el área de hospitalización con 23 glosas de 25 debido a que se presentan diferencias con los valores pactados de los honorarios pactados con los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos (COD 202). Seguido nuevamente por el servicio de hospitalización con un reporte de 18 glosas de 25, relacionado a la ausencia total o parcial del soporte de ayudas diagnósticas y/o paraclínicos que evidencian la falta de justificación en la historia clínica y los soportes de la factura (COD308); La tercera glosa con 14 reportes de 25, es por cargos de medicamentos sobrefacturados que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. COD 106.

En el mes de noviembre se observa que solo reporta 62 glosas del servicio de hospitalización por la no autorización de medicamentos No POS, debido a que no fueron autorizados con el (COD 447).

Gráfica 8. Glosas de EPS Sanitas reportadas por servicios y por mes durante el segundo semestre de 2015 en Clínica Palmira



En la gráfica se puede observar, que para la Eps Sanitas en el servicio donde más se presentó glosas es en el servicio de hospitalización, con más número en los meses de septiembre, seguido del mes de octubre y por ultimo del mes de diciembre.

7. CONCLUSIONES

Caracterización de las glosas

En cuanto al análisis no se obtuvo el total de la causa de glosas de todas las Eps contratadas debido a que no todas estaban reportadas, únicamente había reporte de las Eps Nueva Eps y Sanitas.

Las glosas no se encontraban codificadas según la norma del Anexo Técnico del Manual Único de Glosas, perdiendo la trazabilidad de la información.

Se identificó que la mayor cantidad de reportes de glosas corresponden al servicio de hospitalización.

El mayor número de glosas es para soportes de ayudas diagnósticas que no se evidencia en la historia clínica, el no reporte de paraclínicos, imagenología, genera un alto índice de glosas en la facturación.

La segunda glosa más reportada es la no autorización de medicamentos No POS, debido a que no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago.

El tercer reporte es para glosa que corresponde a la no pertinencia o falta de justificación médica de los medicamentos.

Continúa las glosas por los materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, no están incluidos en el respectivo plan o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.

Seguida del no soporte en historia clínica de glucometrías.

La siguiente glosa reportada es cuando se presentan diferencias con los valores pactados de los honorarios pactados con los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos.

Seguida de la glosa para el cargo por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.

Causas de glosas:

- No se encontró codificación de las glosas debido a que las historias clínicas eran en físico y no existía página en línea de Nueva Eps para mandar las historias clínicas completas y así poder detectar más tempranamente las causas de glosa.
- La mayor cantidad de reportes de glosas corresponden al servicio de hospitalización, el servicio cuenta con el 100% de ocupación diaria completa generando un índice importante de glosas en la Clínica Palmira.
- La saturación de las consultas, el escaso tiempo que pueden dedicar los médicos a cada paciente, la falta de compromiso con la institución, ocasiona que no se reporten las imágenes diagnósticas, laboratorios, generando así la primera causa de glosa en la institución.
- Los médicos en el área de cirugía debido a la congestión del servicio a diario, por falta de tiempo, no realizan el formato CTC a los medicamentos como el sevorane y esmeron.
- En ocasiones los médicos usan medicamentos de segunda o tercera línea de acción sin agotar primero los medicamentos de primera opción que son los indicados para el manejo de las patologías a tratar, generando con respecto a los antibióticos mayor resistencia microbiana.
- En el caso de enfermería no hay justificación en la nota de enfermería en la historia clínica de insumos como catéteres que se utilizan para canalizar venas a pacientes de difícil acceso venoso glosando los catéteres que no están justificados en las notas.
- El no soporte de las glucometrias en la evolución médica hace que se pierda la rentabilidad financiera con respecto a este procedimiento, ya que en la uci se realizan hasta 200 glucometrias por paciente.
- Algunos auxiliares de enfermería comenten faltas al cargar los medicamentos como son la sobrefacturación de estos, al ingresarlos por error a otros pacientes interfiriendo en la auditoria de la historia clínica ya que los medicamentos se deben arreglar para que coordine lo ordenado con lo administrado.

8. RECOMENDACIONES

Dirigidas para los directivos, medico auditor, enfermeros coordinadores de la Clínica Palmira:

Codificar las glosas en una base de datos al final de cada mes según el manual único de glosas, devoluciones y respuestas (Anexo técnico #6 de la Resolución 3047/2008), para así de una forma más rápida identificar la trazabilidad de la glosa obteniendo datos para medir mensualmente la mejora del proceso.

Sensibilizar y retroalimentar al personal médico en el análisis de la información en conocimientos de las glosas, facturación y cartera donde hay falencias y que se logre impactar positivamente pensando en las finanzas de la empresa y del trabajador, donde adquieran el compromiso con el reporte de los laboratorios y ayudas diagnósticas, disminuyendo el número de glosas.

Realizar un proceso de auditoría concurrente realmente realiza una detección oportuna de las desviaciones en los procesos de atención, poniendo en conocimiento estos eventos de forma inmediata a las áreas encargadas su solución y mejoramiento.

Verificar que los medicamentos y procedimientos no POS posea su respectiva justificación para CTC completa y correctamente diligenciada con firma, sello del médico y que tengan el radicado de la Entidad Responsable del Pago.

Realizar mensualmente reuniones de médicos generales, especialistas, donde cada médico haga una revisión de un tema tipo exposición del protocolo de la guía de atención, para así permitir la adherencia a las guías de atención evitando los medicamentos no pertinentes de la patología, disminuyendo la estancia hospitalaria, y la sobrefacturación de medicamentos no pertinentes ni justificados.

Revisar y validar que las facturas tengan los soportes pertinentes y que los procedimientos realizados coincidan con lo facturado.

Determinar en cada caso de acuerdo al contrato los medicamentos con cada una de las EPS respectivas los valores pactados y establecer controles que garanticen la correcta aplicación de las tarifas respectivas.

Diseñar un programa de capacitación para el personal asistencial que orienten a la el registro de insumos, medicamentos, glucometrias, para a la hora de la facturación tener el soporte para no tardar el proceso de la facturación y el aumento de glosas.

Una vez detectadas las causas de glosa ante las desviaciones en el proceso de

atención durante la auditoria concurrente se pueden tomar medidas de acción inmediata y futuras que evitara que se sigan presentando estas fallas en la atención, optimizando la atención y recuperación de los pacientes con un adecuado gasto de los recursos.

Establecer un panel de indicadores con el que se pueda medir la mejora del proceso.

Realizar un informe de gestión mensual, sobre la auditoría realizada a la facturación y respuesta a glosas.

Plan de mejora en disminución de la glosas de la Clínica Palmira

Hallazgos	Objetivo estratégico	Actividades	Responsable	Tiempo	Control
Se evidencia que las glosas no se encuentran codificadas según el manual único de glosas.	Realizar la codificación de las glosas para identificar la trazabilidad, obteniendo datos para medir mensualmente la mejora del proceso.	Registrar a diario las glosas en una base de datos para así evitar desorganización en la base de datos de las causas de glosas.	Enfermero coordinador de auditoria.	2hrs/dia	Mensual
No se evidencio que no hay una lista de chequeo con las causas de glosas.	Realizar una lista de chequeo para realizar una evaluación y seguimiento a las diferentes áreas de proceso en las falencias detectadas en las principales causas de glosas.	Realizar una lista de chequeo a cada historia clínica.	Enfermero coordinador de auditoria.	2hrs/dia	Diario
No hay evidencia de auditoria concurrente diaria que detecte de forma oportuna la causa de glosa.	Colocar en conocimiento los hallazgos obtenidos de manera inmediata.	Realizar auditoría concurrente que realice una detección oportuna de las principales causas de glosas.	Medico auditor	4hrs/dia	Diario
Hacer inducción al personal médico, sobre las principales causas de glosas.	Sensibilizar y retroalimentar al personal donde se logre impactar positivamente pensando en las finanzas de la empresa y del trabajador.	Comprometer al personal médico con el reporte de los laboratorios y ayudas diagnósticas, disminuyendo el número de glosas.	Medico auditor	1hra	Trimestral

No hay reporte de reuniones médicas donde realicen reuniones sobre protocolos de guías de atención.	Permitir la adherencia a las guías de atención evitando los medicamentos no pertinentes de la patología, disminuyendo la estancia hospitalaria, y la sobrefacturación de medicamentos no pertinentes ni justificados.	Realizar mensualmente reuniones de médicos generales, especialistas, donde cada médico haga una revisión y socialización de las patologías más comunes según protocolo de la guía de atención.	Medico coordinador	1hra	Mensual
No se observa reporte de reuniones con el personal de enfermería asistencial sobre las causas de glosas por esta área.	Diseñar un programa de capacitación que ayude a la hora de la facturación a tener el soporte para no tardar el proceso de la facturación.	Realizar capacitación mensual sobre la importancia del registro de insumos, medicamentos, para ser cobrados.	Coordinador de cada área.	1hra	Mensual
No hay estímulos para el personal asistencial de los diferentes procesos para incentivar al personal a realizar los registros de los insumos y medicamentos, disminuyendo las glosas.	Utilizar incentivos que motiven a todo el personal de la clínica a realizar los registros.	Estimular con Incentivos en dinero, paseos, días libres, etc.	Jefe de talento humano	8hrs	Trimestral

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC. Estudios Técnicos Área de Investigación y Planeación. 2003. [Internet]. 2016 [citado 14 mar 2016]. Disponible en <http://www.achc.org.co/>.
- 2) Arango Quintero, M. C., & Fernández López, A. (2011). Modelo de administración de glosas en la IPS Universitaria de la ciudad de Medellín (Doctoral dissertation). [Internet]. 2013 [citado 14 mar 2016]; Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1506/2/Modelo_Admin_Glosas_%20IPS_Universitaria.pdf.
- 3) Gutierrez, J. 2014. Facturación y Glosas [Internet]. 2016 [citado 14 mar 2016]. Disponible en: http://www.academia.edu/6557187/FACTURACION_y_glosas
- 4) Arana Moreno, Geman. Como Mejorar Las Competencias Administrativas Del Profesional De La Salud Para Evitar El Impacto Negativo Sobre El Desempeño Financiero De La Empresa Donde Labora Tesis Magister En Administracion Con Enfoque En Salud [Internet]. 2016 [citado 14 mar 2016]. Disponible en: https://bibliotecadigital.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/65969/1/competencias_administrativas.pdf
- 5) Visionar la Norma. Facturación y Glosas. [Internet]. 2016 [citado 14 mar 2016];. Disponible en: <http://visionarlanormaactual.blogspot.com.co/p/facturacion-y-glosas.html>
- 6) Arango Quintero María Cecilia, Fernández López Alexander. Modelo de Administración de Glosas en la IPS Universitaria de la ciudad de Medellín. [Internet]. 2016 [citado 14 mar 2016]. Disponible en: <http://docplayer.es/4917150-Pmodelo-de-administracion-de-glosas-en-la-ips-universitaria-de-la-ciudad-de-medellin-maria-cecilia-arango-quintero-alexander-fernandez-lopez.html>
- 7) El país.com.co. Noticias de Cali, Valle y Colombia-martes 29 de marzo de 2016. [Internet]. 2016 [citado 14 mar 2016]. Disponible en: <http://www.elpais.com.co/elpais/cali/noticias/revelan-nueva-formula-para-enfrentar-crisis-huv>
- 8) Informe Preliminar de Auditoria con Enfoque Integral Modalidad Regular Hospital San Vicente de Paul de Palmira Valle del Cauca vigencia 2012. Pág. 26. [Internet]. 2016 [citado 14 mar 2016]. Disponible en: <http://docplayer.es/11840814-Informe-preliminar-de-auditoria->

con-enfoque-integral-modalidad-regular-hospital-san-vicente-de-paul-de-palmira-valle-del-cauca-vigencia-2012.html

- 9) Soto Salazar Juan Carlos. Propuestas Para Disminuir Las Glosas y Optimizar los Recursos en el Hospital De Cartago. [Internet]. 2016[citado 14 mar 2016]. Disponible en: <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/handle/11059/357>.
- 10) Entidad Promotora de Salud Servicio Occidental de Salud SOS EPS S.A. Manual del Prestador 2012. [Internet]. 2016[citado 14 mar 2016]. Disponible en: <https://www.sos.com.co/ArchivosSubidos/Internet/Manuales/MANUAL%20DE L%20PRESTADOR.pdf>
- 11) Prado P. Assis W.A importância das anotações de enfermagem nas glosas hospitalares CuidArte, Enferm 2011 pp: 62-68 [Internet]. 2016[citado 14 mar 2016]. Disponible en: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/es/bde-20576>
- 12) Domingo Hernández Celis, Falta de eficiencia en los mecanismos de control del planeamiento y la gestión de un centro de servicios hospitalarios (Perú) [Internet]. 2016[citado 14 mar 2016]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos55/control-del-planeamiento/control-del-planeamiento2.shtml>
- 13) Torres Montalván, P, A. & Victimilla Méndez J, S., Auditoria De Gestión Aplicado Al Componente Del Seguro Obligatorio De Accidentes De Tránsito (S.O.A.T.) De La Unidad De Facturación Del Hospital José Carrasco Arteaga (less) Periodo 2012 [Internet]. 2016[citado 14 mar 2016]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20660/1/TESIS.pdf>
- 14) Prodavinci, Kabbabe, s., Qué va a pasar con las clínicas privadas en Venezuela? [Internet]. 2016[citado 14 mar 2016]. Disponible en: <http://prodavinci.com/2013/09/20/actualidad/que-va-a-pasar-con-las-clinicas-privadas-en-venezuela-por-samir-kabbabe/>
- 15) Ramírez Coral, P. IPS Universitaria, muchas deudas y cuentas por cobrar 28 de Septiembre de 2014 [Internet]. 2016[citado 14 mar 2016]; Disponible en: http://www.elmundo.com/portal/vida/salud/ips_universitaria_muchas_deudas_y_cuentas_por_cobrar.php#.Vw5rIHHhDIU
- 16) EL NUEVO DÍA (periódico) [Internet]. 2016[citado 14 mar 2016]; Disponible en: <http://www.elnuevodia.com.co/nuevodia/tolima/ibague/226238-gerentes-de-ips-denuncian-al-estado-los-problemas-de-salud>
- 17) Palmira: [Internet]. 2016[citado 14 mar 2016]; Disponible en: <http://palmira.gov>

- 18) Clínica Palmira S.A.: [Internet]. 2016[citado 14 mar 2016]; Disponible en: <http://clinicapalmira.com/index.php/nosotros>
- 19) García Galindo Gloria. Las Etapas de la Seguridad Social en Colombia. [Internet]. 2016[citado 14 mar 2016]; Disponible en: <http://es.slideshare.net/GloriaGarciaGalindo/las-etapas-de-la-seguridad-social-en-colombia>.
- 20) CESAR GAVIRIA TRUJILLO. Ministro de Hacienda y Crédito Público. Colombia. [Internet]. 2016[citado 14 mar 2016]; Disponible en: <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>.
- 21) Calle Correa M. V. Magistrada. Artículo 57. *Trámite de Glosas*. ley 1438 de 2011. . [Internet]. 2016[citado 14 mar 2016]; Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2011/C-791-11.htm>.
- 22) Guzmán H. P. Debate Glosas: Trabas Jurídicas y administrativas de EPS por no pagar a IPS. [Internet]. 2016[citado 14 mar 2016]; Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/1410oct/debate/debate-02.htm>.
- 23) Bonilla A. W. Contralor Departamental. El País (periódico) informe AUDITORIA HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA. [Internet]. 2016[citado 14 mar 2016]; Disponible en: <http://www.elpais.com.co/elpais/archivos/informe-auditoria-huv-%202015.doc1.pdf>.
- 24) Soto Salazar J. C. Propuesta para disminuir las glosas y optimizar los recursos en el Hospital Departamental de Cartago. [Internet]. 2016[citado 14 mar 2016]; Disponible en <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/handle/11059/357>.
- 25) Rubiano J. Periódico, EL TIEMPO. Riesgo Alto no significa intervención en el HUV. [Internet]. 2016[citado 14 mar 2016]; Disponible en: <http://www.eltiempo.com/colombia/cali/crisis-hospital-universitario-del-valle/15977977>.
- 26) Arango Quintero, M. C., & Fernández López, A. (2011). Modelo de administración de glosas en la IPS Universitaria de la ciudad de Medellín (Doctoral dissertation). [Internet]. 2013 [citado 14 mar 2016]. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1506/2/Modelo_Admin_Glosas_%20IPS_Universitaria..pdf.
- 27) Albarracín L. Carvajal Y. Garcés M. Diseño de un Sistema de Codificación de

- Glosas a la facturación por atención en la IPS Instituto del Corazón de la Fundación Cardiovascular de Colombia. [Internet]. 2008. [citado 14 mar 2016]. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/309/1/disenosistema_codificacion_glosas_facturacion_ips.pdf.
- 28) Buitrago O. López J. Pérez J. Identificación de fallas y presentación de oportunidades de mejora en la IPS Clínica Piedecuesta en el segundo semestre 2010. [Internet]. 2011. [citado 14 mar 2016]; Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1495/2/Identificacion_fallas_IPS_clinica.pdf.
- 29) Molina et al. Revista Gerencia y Políticas de Salud. [Internet]. 2010. [citado 14 mar 2016]; Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272010000300010.
- 30) Arenas C. Tamayo C. Indicadores administrativos y financieros antes y después de la acreditación en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. [Internet]. 2010. [citado 14 mar 2016]; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v24n2/v24n2a02.pdf>.
- 31) Polania N. Análisis del flujo de recursos del régimen subsidiado en salud para Colombia, 2008-2012. [Internet]. 2015. [citado 14 mar 2016]; Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/51308/1/52934152.2015.pdf>
- 32) Botero C. et al. La salud en Colombia ¿Un sistema de salud o de enfermedad? [Internet]. 2014. [citado 14 mar 2016]; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v18n2/v18n2a15.pdf>.
- 33) Restrepo J. La calidad en la prestación de los servicios de salud: un imperativo por lograr. [Internet]. 2014. [citado 14 mar 2007]; Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2007000100010.
- 34) Garbanef Y. Torres S. Contreras N. Anatomía de la cadena de prestación de salud en Colombia en el régimen contributivo. [Internet]. 2008. [citado 14 mar 2016]; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inno/v14n23/v14n23a13.pdf>.
- 35) Corrales M. et al. Auditoría al Proceso de Facturación del Servicio de Hospitalización del Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado, Antioquia. [Internet]. 2008. [citado 14 mar 2016]; Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1838/2/Auditoria_F

acturacion_servicio_HMUA.pdf.

- 36) Naranjo K. Respuestas de glosas y devoluciones. [Internet]. 2014. [citado 14 mar 2016]; Disponible en: <http://190.25.230.243/kawak/UserFiles/File/DIR-INT-PR-1%20PROCEDIMIENTO%20DE%20RESPUESTA%20DE%20GLOSAS%20Y%20DEVOLUCIONES.pdf>.
- 37) Valiente J. Glosas y Rips. [Internet]. 2010. [citado 14 mar 2016]; Disponible en: <http://especificosadministrativosensalud.blogspot.com.co/2010/10/glosas-y-rips.html>.
- 38) Aldana c. Descripción del Proceso de gestión de Glosas en el Hospital San Juan de Dios en el municipio de Santafé de Antioquia en el año 2011. [Internet]. 2011. [citado 14 mar 2016]; Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1444/2/Descripcion_proceso_gestion.pdf.
- 39) Gutiérrez N. Manual de procesos y procedimientos para ino Colombia S.A. y Entidades de Salud. [Internet]. 2011. [citado 14 mar 2016]; Disponible en: <http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/6807/1/Gutierrezprietoleidybiana.2015pdf.pdf>.
- 40) Cárdenas L. Rodríguez A. Informe final de Investigación Análisis de caso de Administración en Salud Auditoria concurrente en un Hospital de tercer Nivel. [Internet]. 2011. [citado 14 mar 2016]; Disponible en: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/4406/CardenasLoren2012.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
- 41) Jiménez R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. [Internet]. 2011. [citado 14 mar 2016]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864.
- 42) Ministerio de la protección social. Ejes de la Acreditación. [Internet]. 2011. [citado 14 mar 2016]; Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=194&IdCat=84>.

ANEXOS

Anexo No. 1 Carta Consentimiento Institucional

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83
Seccional Pereira
Nit.: 860.517.302-1

Pereira, Abril 19 de 2016

Doctora
Diana Calderón
Talento Humano
CLÍNICA PALMIRA
Palmira-Valle

Cordial saludo,

La estudiante Adriana María Ordoñez Bastidas de la Especialización de Auditoría en Salud se encuentra presentando el proyecto para trabajo de grado: "Glosas en la Clínica Palmira" La estudiante requiere acceso a las glosas del segundo semestre del 2015.

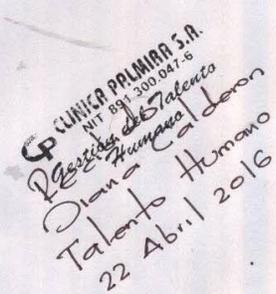
La estudiante está bajo la asesoría temática del docente Carlos Eduardo Herrera Cano y metodológica de la docente Carmen Luisa Betancur Pulgarin.

Como resultado el trabajo se entregará a su institución en medio magnético y los estudiantes lo deben sustentar. Esta información es solicitada con **finés netamente académicos.**

Agradezco su colaboración,

Atentamente,


Carmen Inés Quijano Del Gordo
Carmen Inés Quijano Del Gordo
Directora Centro de Posgrados
Facultad Ciencias de la Salud


CLÍNICA PALMIRA S.A.
Nit. 861.300.047-6
Reservados los Talento Humano
Diana Calderón
Talento Humano
22 Abril 2016.



Palmira, 4 Mayo 2016.

**Señora
Adriana Ordoñez
Enfermera Jefe.**

Ref. Solicitud Realización Trabajo de Grado.

De acuerdo a su Solicitud Clínica Palmira S.A, le Notifica respetuosamente que avala la realización de Trabajo de grado donde se tiene como objetivo la Identificación de las principales causas de Glosas en el servicio de Urgencias de la Clínica.

Se solicita la presentación del Avance de trabajo de grado con Objetivos específicos, metodología a trabajar y al finalizar resultados y plan de mejoramiento al proceso de auditoria.


CLINICA PALMIRA S.A.
NIT 891 300.047-6
Gestión del Talento Humano
Diana Calderón
Jefe Talento Humano.

CARRERA 31 No. 31-62 PBX: 2755557 FAX: 2733743 – PALMIRA – VALLE – E-mail: talentohumano@clinicapalmira.com

Afiliado a la Asociación Colombiana Hospitales y Clínicas.

Anexo No. 2
Instrumento de Operacionalización de Variables

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	EPS	MES	SERVICIO	OBSERVACIONES	COD	COD	COD	COD
2	NUEVA EPS	JULIO	UCI	SE ACEPTA 1 MEROPENEM 52192+ AMIODARONA 4007 + 2 RX SIN INTERPRETACION 52018+ 3 SODIO 3 \$ 22506 + 3 POTASIO \$ 3611+ 3 BUN \$ 13842 + 3 CREATININA \$ 11685 + 3 HEMOGRAMA \$ 41592+ 2 PO \$ 9530 + PCR 18351+ HEMOCULTIVO 76540+ 6 CLORO \$ 21678+ CULTIVO 17768 POR FALTA DE INTERPRETACION	308	607		
3	NUEVA EPS	JULIO	HOSPITALIZACION	SE ACEPTA PCR 6117+ 2 SODIO 15004+ 2 POTASIO 21074+ 2 BUN 9228 + 2 CREATININA \$ 7790+ CLORO 7226+ 2 HEMOGRAMA 27728 + 2 TP 23630 PTT 18922 SIN INTERPRATACION	308			
4	NUEVA EPS	JULIO	HOSPITALIZACION	SE ACEPTA MVC CONSULTA NUTRICION 14124+ 5 PCR 30585+ 4 SODIO 30008+ 3 POTASIO 31611+ 2 BUN 9228+ 2 CREATININA 7790+ 2 CLORO 7226+ 4 CH 55456+ 1 INTERCONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA 21023+ RX TORAX 26009+ EQUIPO 19651	308	202		
5	NUEVA EPS	JULIO	UCI	SE ACEPTA 2 RX TORAX 52108 + SODIO 7502 POR FALTA DE INTERPRETACION	308			
6	NUEVA EPS	JULIO	UCI-4283	SE ACEPTA 2 HEMOGRAMA \$ 27728 + 2 SODIO 15004+ 2 POTASIO \$ 21074+ BUN 9228+ 2 CREATININA 7790+ 2 CLORO 7226+ GASES 31950 NO ESTAN COMENTADOS + COPROSCOPICO 10518+ 1 PCR 6117 + 1 TIEMPOS 11815 + PTP 9641 + RX ABDOMEN 30679+ 3 RX TORAX 78027+ EQUIPO PORTATIL 39302	308			
7	NUEVA EPS	JULIO	UCI 4281	SE ACEPTA 2 CREATININA 7790 +2 RX 52018 NO INTERPRETADO + 2 EQUIPO 39302+ 2 TP 18922+ CARBAMACEPINA NO COMENTADA 25813+ ACIDO VALPROCIO NO COMENTADO 27828+ DUPLEX 114240 NO COMENTADO + 2 PCR 12234+ TROPONINA 49399+ GLUCOMETRIA NO COMENTADO 48510+ 2 HEMOGRAMA 27728+ 2 SODIO 15004+ 2 BUN 9228+ 2 POSTASIO 21074	308			
8	NUEVA EPS	JULIO	UCI 4249	SE ACEPTA GASES NO SOPORTADO 15975+ MNB 3 NO PERTINENTES + 2 RX TORAX 52018+ 2 EQUIPOS 39302	308	606	607	

Anexo No. 3
Instrumento de Operacionalización de Variables

575	SANITAS	OCTUBRE	URGENCIAS	SE ACEPTA CREATININA , BUN, NA, K NO PERTINENTES, RESTO OBJECION SE SOPORTA	308		
576	SANITAS	OCTUBRE	URGENCIAS	SE ACEPTA BILIRRUBINAS NO PERTINENTES, RESTO DE OBJECION SE SOPORTA	308		
577	SANITAS	OCTUBRE	URGENCIAS	SE ACEPTA COOMBS INDIRECTO YA TENIA UNO NEGATIVO Y RETICULOCITOS YA TENIA UNO PREVIO, RESTO DE OBJECION SE SOPORTA	308		
578	SANITAS	OCTUBRE	UCI	SE ACEPTA SIETE AMPOLLAS DE PIPTAZO SULBATAM, RESTO NO PERTINENTE	607		
579	SANITAS	OCTUBRE	HOSPITALIZACION	SE ACEPTA CULTIVO NO INTERPRETADO	308		
580	SANITAS	OCTUBRE	HOSPITALIZACION	SE ACEPTA HEMOGRAMA NO INTERPRETADO	308		
581	SANITAS	OCTUBRE	HOSPITALIZACION	SE ACEPTA HEMOGRAMA, 1 CREATININA Y 1BUN NO INTERPRETADO	308		
582	SANITAS	OCTUBRE	UCI	SE ACEPTA TROPONINA POR FALTA DE INTERPRETACION 53963 , RESTO DE OBJECION SE SOPORTA	308		
583	SANITAS	OCTUBRE	HOSPITALIZACION	SE ACEPTA PRUEBAS CRUZADAS MAYOR Y MENOR + ANTICUERPOS IRREGULARES 196188+ 2 DIAS DE ESTANCIA POR PERTIENENCIA SE PODRIA MANEJAR AMBULATORIAMENTE 184950+ NO PERTINENTE LA APLICACION DEL AZTRONAM 507870	607	601	
584	SANITAS	OCTUBRE	URGENCIAS	SE ACEPTA CUERPOS CETONICOS EN SANGRE 3830 NO PERTINENTES + FALTA SOPORTE CULTIVO 19411+ ANTIBIOGRAMA 22567	308		
585	SANITAS	OCTUBRE	URGENCIAS	SE ACEPTA DOS DIAS DE ESTANCIA + 1 BETA POR NO PERTIENENCIA	308	601	
586	SANITAS	DICIEMBRE	HOSPITALIZACION	SE ACEPTA SMERON POR FALTA DE AUTORIZACION DE LA EPS	447		
587	SANITAS	DICIEMBRE	HOSPITALIZACION	SE ACEPTA ASKINA POR FALTA DE AUTORIZACION DE LA EPS	447		
588	SANITAS	DICIEMBRE	HOSPITALIZACION	SE ACEPTA ASKINA POR FALTA DE AUTORIZACION DE LA EPS	447		
589	SANITAS	DICIEMBRE	HOSPITALIZACION	SE ACEPTA SMERON POR FALTA DE AUTORIZACION DE LA EPS	447		
590	SANITAS	DICIEMBRE	URGENCIAS	SE ACEPTA SODIO 8460, POTASIO 11510+, CLORO 3947 NO PERTINENTE + 12 TABLETAS DE CLARITROMICINA SIN AUTORIZACION DE LA EPS.	308	447	
591	SANITAS	DICIEMBRE	HOSPITALIZACION	SE ACEPTA NULYTELY Y SOBRES MEDICAMENTO NO POS SIN AUTORIZACION	447		
592	SANITAS	DICIEMBRE	HOSPITALIZACION	SE ACEPTA CH 15148+BETA 24155+PO 5205+ GRAM 4098+FROTIS 8870 SIN REPORTE EN HC	308		
593	SANITAS	DICIEMBRE	UCI	SE ACEPTA DIFERENCIA DOS DIAS DE UCI CON PISO	601		
594							
595							