

GLOSAS GENERADAS EN ASSBASALUD ESE EN EL PRIMER SEMESTRE  
DEL AÑO 2017 Y 2018

MARYURY OROZCO GALVEZ  
GENNY ALEJANDRA GARZÓN PÉREZ  
CARLOS IVÁN MEJÍA LONDOÑO

ASESORA  
CARMEN LUISA BETANCUR PULGARIN

RED ILUMNO  
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA  
CENTRO DE POSGRADOS  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA  
PEREIRA  
ABRIL 6 2019

GLOSAS GENERADAS EN ASSBASALUD ESE EN EL PRIMER SEMESTRE  
DEL AÑO 2017 Y 2018

Trabajo de grado para optar el título de Auditor en Salud

MARYURI OROZCO GALVEZ  
GENNY ALEJANDRA GARZÓN PÉREZ  
CARLOS IVÁN MEJÍA LONDOÑO

Asesora:  
Carmen Luisa Betancur Pulgarín

RED ILUMNO  
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA  
CENTRO DE POSGRADOS  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA  
PEREIRA  
ABRIL 6 2019

Nota de aceptación

---

---

---

---

Presidente:

\_\_\_\_\_  
Jurado 1:

\_\_\_\_\_  
Jurado 2:

\_\_\_\_\_  
Jurado 3:

\_\_\_\_\_

Pereira, 06 de Abril de 2019

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a Dios, a la Fundación Universitaria del Área Andina, a nuestras familias y nosotros mismos por el desempeño dedicado a esta nueva etapa que hoy culminamos satisfactoriamente.

## CUADRO DE CONTENIDO

1. PROBLEMA	7
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
2. JUSTIFICACIÓN	9
3. OBJETIVOS	11
3.1 OBJETIVO GENERAL	11
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
4. MARCO TEÓRICO	12
4.1 MARCO DE ANTECEDENTES	12
4.2 MARCO INSTITUCIONAL	16
4.3 MARCO REFERENCIAL	18
4.3.1 SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	18
4.3.2 SISTEMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN COLOMBIA	20
4.3.3 GLOSA	22
4.3.3.1 TIPOS DE GLOSAS	22
4.3.4 PLAN MEJORAMIENTO	22
4.4 MARCO CONCEPTUAL	23
4.4.1 PALABRAS CLAVE	23
4.5 MARCO NORMATIVO	24
5. METODOLOGÍA	25
5.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	25
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	25
5.3 MARCO MUESTRAL	25
5.4 UNIDAD DE ANÁLISIS	25
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	25
5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	25
5.7 VARIABLES	26
5.8 PLAN DE ANÁLISIS	26

5.9	COMPONENTE BIOÉTICO	26
5.10	COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL	26
5.11	RESPONSABILIDAD SOCIAL	27
5.12	DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS	27
5.13	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	27
5.13.1	CRONOGRAMA	27
5.13.2	PRESUPUESTO	27
6.	RESULTADOS	28
6.1	ANÁLISIS UNIDIMENSIONAL	28
6.1.1	IDENTIFICACIÓN DE LAS GLOSAS	28
6.2	ANÁLISIS BIVARIADO	31
6.3	DISCUSIÓN	32
7.	CONCLUSIONES	34
8.	RECOMENDACIONES	35
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
	ANEXOS	41
	Anexo 1. Base de Datos de glosas Primer semestre 2017 y 2018 de Assbasalud ESE.	41
	Anexo 2. Consentimiento Institucional	42
	Anexo 3. Cronograma de actividades de investigación de Octubre 2018 a Marzo 2019	43
	Anexo 4. Cruce de Variables	44
	Anexo 5. Matriz DOFA	46
	Anexo 6. Plan de Mejoramiento	48
	Anexo 7. Presupuesto de investigación	51
	Anexo 8. Solicitud para realizar trabajo de investigación	52

## 1. PROBLEMA

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El mundo se enfrenta a una crisis financiera que conlleva a indicadores de un gran fracaso en los sistemas internacionales que rigen la interacción entre las naciones y sus poblaciones en el área de salud. La crisis financiera mundial, afectó la actividad económica y la capacidad de los gobiernos de financiar el continuo aumento del gasto público y especialmente el sector salud. El alto nivel de deuda pública también reduce el crecimiento del gasto, ya que los gobiernos altamente endeudados no cuentan con la capacidad para afrontarlo, años atrás los gobiernos del mundo se comprometieron a reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades para el ser humano. Sin embargo, se evidencia un atraso hacia los objetivos planteados en la estrategia del Desarrollo del Milenio (ODM).

Siendo así, es toda una realidad en las que son causas todos aquellos factores externos globales, sino también situaciones observadas en Colombia en donde las instituciones prestadoras de servicios de salud se encuentran evidenciando altos índices de falta de oportunidad en el cobro de servicios que han sido glosados por parte de los pagadores impidiendo el recaudo efectivo de los servicios a través de hallazgos que determinan en el no pago de la prestación de diferentes servicios prestados, sin lugar a dudas este tipo de situaciones contribuye en gran proporción a disminuir el flujo de caja dentro de las instituciones, identificado que uno de los principales problemas es debido a la falta de articulación y comunicación de los procesos asistenciales con el área de facturación, lo que se traduce en una disminución de los ingresos operacionales. (1)

Las instituciones de salud en Colombia no sólo se ven afectadas por el pago oportuno de la prestación de servicios, sino que también se ven impactadas por múltiples descuentos que las entidades administradoras de planes de beneficios realizan sobre su facturación. Con la reforma de 1993, ley 100, el estado le dio la potestad a las entidades administradoras de planes de beneficios para descontar a las instituciones prestadoras de servicios de salud aquellos aspectos que considere que presentan una diferencia en los servicios acordados. Debido a lo anterior, los prestadores de servicios de salud cada vez se ven más afectados por el flujo de sus recursos, puesto que la prestación de los servicios no da espera y deben incurrir en costos operativos y administrativos, mientras que las administradoras se quedan con una porción importante de su dinero. (2)

No obstante, los prestadores han tenido que invertir tiempo del personal asistencial para realizar los análisis de cartera ya que dentro de estos descuentos se encuentran aspectos con pertinencia médica que las administradoras aducen y

exigen que estas conciliaciones solo pueden realizarse con este perfil, por lo tanto, los prestadores cada vez más pierden su sentido y objetivo el cual es una excelente prestación de servicios a los usuarios. Alrededor del 30% de la facturación de la salud en Colombia se devuelve, desencadenante por la falta de recursos del sector salud para atender con calidad a los pacientes. En otras palabras, el problema fundamental no es la falta de recursos, sino la falta de flujo de dinero entre los diferentes actores. Según datos de la Superintendencia de Salud, las entidades administradoras llevan tres años en rojo y solo este año perderán 1,9 billones de pesos. (3)

Esta brecha se produce no sólo porque los colombianos están demandando más servicios, medicamentos y terapias de última tecnología, sino por la falta de una estandarización de la información, que sumado a procesos que no soportan la voluminosa operación de armado, cobro y pago de cuentas médicas; ocasionan la pérdida de facturas, autorizaciones, registros de los pacientes y una falta de control y seguimiento en las operaciones. Debido a lo anterior el tema de las Glosas para las IPS constituye un indicador financiero ya que de presentarse un aumento en el número de las mismas se podría alterar la rentabilidad o el flujo de caja de las IPS. Es por ello que se evidencia y se describen hallazgos determinados en la clínica central del Quindío y el hospital san Vicente de Arauca mediante investigaciones enfocados a analizar las causas de glosas el comportamiento de las glosas que generan diferentes IPS de III Nivel de la Ciudades.(4)

Presentada esta problemática se hace referencia en La IPS ASSBASALUD objeto del proyecto, IPS de baja complejidad adscrita a la Ciudad de Manizales – Caldas, entidad la cual nos permite evidenciar hallazgos que generan diferentes tipos de glosas sin conocer con exactitud su referente y que por ende permite consolidar a este centro de salud como un ejemplo de análisis de las diferentes glosas con el ánimo de que cada vez sean más eficientes las metodologías y los procesos de verificación con el exclusivo fin de detectar las falencias y sentar de esta manera un nuevo precedente de la importancia de llevar a cabo este tipo de actividades, además teniendo en cuenta la crisis financiera que se evidencian en los centros hospitalarios del país se hace urgente mitigar esta problemática a través de acciones de control que se citan en el desarrollo de este trabajo.

## 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuales son las causas de glosas administrativas y asistenciales, en el primer semestre del año 2017 y primer semestre del año 2018, en la institución prestadora de servicios de salud ASSBASALUD E.S.E de la ciudad de Manizales.?



## 2. JUSTIFICACIÓN

Es toda una realidad afirmar que el país afronta una grave crisis financiera que afecta de manera directa al sector de la salud, es por esta razón que muchas instituciones prestadoras de servicios de salud no cuentan con los recursos suficientes para brindarles a los pacientes una atención que sea de óptima calidad, motivo por el cual se hace necesario aplicar estrategias que sean pertinentes con el fin de contrarrestar la falta de flujo de recursos para una adecuada prestación de servicios, la cual se mejoraría con la implementación de una reducción o minimización de las glosas de salud en la facturación de los servicios prestados, garantizando el ingreso total de los recursos presupuestados por las entidades para contribuir con la estabilidad financiera y por ende una adecuada prestación de servicio. (5)

De esta manera y teniendo en cuenta que actualmente son muy grandes las dificultades que afronta la financiación de recursos para la prestación de servicios de salud tanto a nivel nacional como internacional, mediante el desarrollo de este trabajo se hace énfasis en resaltar la importancia de realizar un trabajo de investigación con el fin de obtener como resultado las óptimas garantías de un adecuado manejo de procedimiento en lo que concierne a la determinación de las causas de las glosas administrativas y asistenciales en servicios hospitalarios que les sirve como método prioritario de trabajo al personal profesional de la salud en miras a darle cabal cumplimiento al objetivo específico que le compete como lo es brindar una atención de mejor calidad. (6)

Siendo así, el hecho de especificar con detalles las causales de las glosas administrativas y de prestación de servicios de salud en este caso de la IPS ASSBASALUD ESE de la Ciudad Manizales, constituye un primordial punto de partida para tener como referencia la elaboración de este tipo de trabajo en el que prevalezca la intención de los profesionales de salud como una motivación para la plena identificación y posterior clasificación de las causas de las glosas y de esta manera será más organizado el trabajo que apunte siempre al bienestar de los pacientes con el fin de lograr el objetivo principal de atención que les sirva a los beneficiarios afiliados al sistema de salud, brindándoles una atención mucho más eficiente y con un mayor control de los recursos.

Sin duda alguna, el hecho de desarrollar este tipo de iniciativas no solo es un referente que se debe de tener en cuenta para la mejora continua de los procesos administrativos de facturación, sino que también se justifica como un asunto vital a para que a partir de su aplicación, el personal de salud cuente con mayores herramientas para disminuir las glosas en la institución y garantizar la estabilidad

financiera. Desde la perspectiva metodológica, de acuerdo con las evaluaciones y análisis que se pueden desarrollar tanto de manera descriptiva, observacional y cuantitativa, valiéndose de tablas, estadísticas, entre otros mecanismos, el hecho de ejercer este tipo de trabajos contribuye a identificar y determinar aquellas áreas específicas en las que se presenten diversas falencias. (7)

Frente a este panorama, la elaboración de este tipo de iniciativas también se justifica en la aplicación de una metodología que sea acorde a los intereses y objetivos planteados, todo en procura de mejorar los escenarios actuales que de manera directa e indirecta afectan el financiamiento de la salud como lo es por ejemplo el fenómeno de los múltiples descuentos que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) realizan sobre la facturación. Además, el uso de este tipo de estrategias resulta ser un aliado para disminuir las glosas en salud, las cuales afectan el flujo de los recursos de las IPS teniendo presente que la prestación del servicio a los usuarios se debe brindar con prioridad y calidad lo cual genera necesidad de un flujo financiero que no afecte el funcionamiento de estas entidades.

En síntesis, el desarrollo de este trabajo se sustenta en la viabilidad de realizar un diagnóstico que conlleve como propósito fundamental a una verificación e identificación garantizada en lo que compete a cada una de las causales de las glosas administrativas y asistenciales del primer semestre del año 2017 y el primer semestre del año 2018 en la IPS ASSBASALUD ESE de la Ciudad Manizales, trabajo con el cual se pretende establecer un referente para llevar a cabo mecanismos de mejora continua en esta institución prestadora de salud y que a su vez sirva como un punto de referencia para que otros estudiantes del área de la salud se motiven a realizar este tipo de iniciativas en procurar mejorar continuamente los procesos administrativos y de atención a los beneficiarios.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar las causas de glosas administrativas y asistenciales, en el primer semestre del año 2017 y primer semestre del año 2018, en la institución prestadora de servicios de salud ASSBASALUD E.S.E de la ciudad de Manizales. Para proponer un plan de mejoramiento de acuerdo a los resultados.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar las glosas en la institución.
- Clasificar las causas de glosa en la institución.
- Proponer un plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos encontrados en la institución.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1. MARCO DE ANTECEDENTES

En la actualidad es posible hacer un diagnóstico del estado de la investigación clínica, las causas de la baja inversión y de las deficiencias en la calidad como la educación, la ineficiencia en la asignación y el uso de los recursos disponibles para la atención de la salud los cuales representan retos importantes para el avance hacia la equidad y la protección financiera. Se evidencia que el promedio de gasto público en salud en las américas se encuentra altamente incrementado del producto interno bruto en comparación con otros países que destinan en promedio mayores recursos para el desarrollo económico del sector salud. (8)

Es evidente entonces que el pago directo o gasto de bolsillo en el momento de la prestación de los servicios, la fuente de financiamiento más ineficiente y regresiva, representa un flujo inestable de recursos financieros y constituye una barrera de acceso que impide o retrasa la atención y la hace más costosa para las personas y el sistema; tiene además un impacto relativamente mayor en las personas con menores recursos, para quienes el más mínimo pago puede representar una fracción importante de su presupuesto. Es así como en la región de las américas, solo seis países presentan niveles de gasto directo por debajo de mínimos porcentajes del gasto total en salud. Como consecuencia la crisis económica mundial empezó en Tailandia, el 2 de julio de 1997.

Posteriormente los países del Este Asiático perdieron lo que habían alcanzado en tres décadas milagrosas: los ingresos se elevaron, la salud mejoró, la pobreza se redujo drásticamente. De hecho, el financiamiento público del gasto total en salud: han logrado resolver, aclarar y dar a conocer situaciones de interés como la importancia de que el estado financie el gasto en salud, Es entonces, como las finanzas públicas juegan un papel importante en las decisiones del gobierno, ya que esta estudia la forma como el estado se financia e invierte los recursos que percibe como ingresos. Análisis realizados ofrecen indicios de que los gobiernos que más se involucran en el sector salud tienen en promedio un gasto per cápita más alto. (9,10)

Hechas las consideraciones anteriores en gran parte de los países de américa latina, el financiamiento proveniente de impuestos y contribuciones al trabajo se canaliza tanto en múltiples agencias como ministerio de salud nacional, provincial y locales. Por lo cual el modelo de financiamiento mixto del sistema general de seguridad social en salud es quizás el más difundido en el mundo, en especial en países en desarrollo o de ingresos bajos y medios. En cada país este modelo se ubica en alguna combinación de recursos de seguridad social, obtenidos por medio

de cotizaciones y recursos fiscales, originados en los impuestos. Adicionalmente, en cada país el sistema de salud adopta una estructura, una organización y unos arreglos institucionales específicos. (11)

En Colombia se evidencia también que el derecho a la salud se ve afectado por algunos obstáculos estructurales para su libre desarrollo. Dando lugar a que el derecho a la salud es un estado que garantiza la verdadera protección de sus ciudadanos, incluye que estos últimos puedan acceder de manera libre y expedita a servicios de prevención de la enfermedad cuando están sanos, y obviamente a servicios diagnósticos, curativos y de rehabilitación cuando se está enfermo. En efecto al revisar la realidad colombiana tratando de integrar en el análisis dos variables como son derecho a la salud y sistema de salud, se puede evidenciar que en la actualidad se cuenta con infinidad de estrategias para lograr un equilibrio entre las dos variables anteriormente mencionadas, sin embargo, los resultados que se visualizan no son los más adecuados para dar una solución a la crisis del sistema de salud en el país.

En 1995 una reunión regional definió la reforma de salud como un proceso de cambio en la estructura y funciones de los integrantes del sistema, con el fin de mejorar las condiciones de la prestación de los servicios y la gestión de los responsables, con el propósito de mejorar la satisfacción en la prestación de servicios de salud. Es así como dichos procesos generaron importantes cambios, la mayoría de las reformas ha tenido los siguientes objetivos, en primer lugar descentralizar y desmonopolizar la provisión de servicios por los subsectores público y de seguro social, a través de múltiples aseguradoras y proveedores, generando independencia o autogestión de los servicios de salud. (12)

En segundo lugar separar las funciones de rectoría, regulación, aseguramiento, gestión, financiamiento y provisión; como tercer punto introducir la libertad de elección del proveedor por el asegurado o usuario; en cuarto lugar ampliar la cobertura, extender la atención primaria a través de un paquete básico de prestaciones y mejorar la calidad de los servicios; seguidamente promover la equidad, asignando recursos para reducir la brecha entre las regiones y municipios y focalizar los subsidios fiscales en los pobres. Posteriormente aumentar estos obstáculos tienden a profundizar con el sistema de seguridad social en salud y con la política de salud del gobierno en mandatos anteriores.

Así mismo en medio de múltiples posiciones, la Carta Magna resultó ser una combinación forzada entre socialdemocracia y neoliberalismo. Fue amplia en la enunciación de los derechos, pero también estableció límites y contradicciones que le han puesto zancadilla a su realización. Por otro lado, cabe resaltar que la Corte Constitucional ha avanzado más en la jurisprudencia sobre la conexidad entre la salud y el derecho a la vida, en virtud del frecuente uso de la acción de tutela. No obstante, la respuesta dada por el sistema a las demandas de justicia social se ha reducido a resolver los problemas de la cobertura de los más pobres con un

conjunto de servicios primarios y esenciales, evidenciando que se han generado nuevas y profundas inequidades. (13)

Con referencia a lo anterior la equidad se ha convertido en un tema obligado en el análisis de los sistemas de salud. Como se puede observar, el cambio de sistema de salud obliga al cambio de las instituciones para su subsistencia financiera. En este propósito empezamos a trabajar en la creación e implementación de un proceso mediante el cual cada Instituto Prestador de Salud pudiera vender los servicios que presta. A partir de ahí se empieza con la problemática de este proceso, en el cual se involucran tarifas, contratos, auditorías, glosas, objeciones, cuentas, pagos, deudas, lo que hoy está tan de moda y se conoce con el nombre de cartera en salud, etc. De tal manera la importancia de mantener el sistema de salud íntegro. (14,15)

Con los anteriores resultados queda claro que el aumento del gasto en salud en el país se ha financiado a través de recursos públicos, bien sea con el presupuesto general de la nación, las regalías, los recursos propios de las entidades territoriales, las cotizaciones de los trabajadores. Por tanto, es correcto afirmar que el nuevo modelo permitió liberar parcialmente a los hogares del gasto de bolsillo, que era muy importante en el modelo anterior. Es importante destacar que las políticas de participación en salud, en general, son iniciativas promovidas por las propias instituciones y no necesariamente la respuesta a una demanda popular. Es así como en la década de los noventa estaban considerando realizar una reforma al sector salud. (16,17,18)

De tal modo dichas reformas pretendían, fundamentalmente, ampliar la cobertura y extender la atención primaria mediante un paquete básico de prestación de servicios. En este contexto, esta sección ofrece un panorama descriptivo de la situación en Colombia con relación a América Latina para el período 1990-2005. Sin embargo, el análisis se concentra en resultados de salud y en aspectos de gasto público. Lo que se conoce generalmente como intervención en crisis es aplicada con frecuencia por profesionales de diferentes disciplinas y en diferentes situaciones. De manera que es fundamental en el crecimiento profesional y a nivel hospitalario como prestadores de servicios de salud. (19)

Por otro lado, la universidad Sergio Arboleda en estudios realizados da evidencia que las grandes falencias en el sistema de salud radican desde el área financiera dado por errores humanos. Es entonces, la importancia de contar con un modelo de recuperación de cartera que permita contribuir a la difícil recuperación del flujo de caja. En las instituciones prestadores de salud se ha identificado que uno de los principales problemas es la falta de oportunidad en el cobro de servicios que han sido glosados por parte de los pagadores impidiendo el recaudo efectivo de los servicios prestados, debido a la falta de articulación y comunicación de los procesos asistenciales con los de facturación, lo que se traduce en una disminución de los ingresos operacionales. (20).

Finalmente, en el sistema colombiano de seguridad social en salud la facturación por venta de servicios de salud y la auditoría de cuentas médicas son procesos vitales en las instituciones prestadoras de servicios de salud. en los cuales los usuarios internos y externos que comprenden pacientes, gerentes, personal administrativo y asistencial requieren de información financiera de forma oportuna. Por esta razón es importante un diagnóstico general del sector salud en Colombia mediante una evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación, garantizando la prestación de servicios de salud con integralidad bajo conocimientos explícitos por parte de un denominado sistema de salud, identificando las falencias como oportunidades de mejora.

A nivel local, la investigación realizada en la en la IPS Odontológica Santa María S.A.S, evidencia que bajo un estudio descriptivo, la mayor cantidad de reportes de glosas corresponden al servicio de ayudas diagnósticas no contratadas y no se ha logrado cambiar el contrato con la EPS para retirar estos servicios, además las metas tan elevadas que Impone la EPS no son alcanzables con el personal que se tiene ya que el personal actual utiliza el 100 % del tiempo en los programas y aun así no se cumple. (21)

También se encontró una auditoría realizada en Clínica la Estancia en el año 2017, donde prevalecen las causales de glosas como la pertenencia y las tarifas y adicional a esto, como resultado de la investigación, se logró concluir que es necesario realizar y establecer la caracterización de procesos y procedimientos en la empresa AIC EPSI. Tomando como referencia el comportamiento en la facturación del II semestre del año 2017 (22).

En la Clínica Central del Quindío, donde se encontró que el efecto de las glosas administrativas causa reprocesos en la parte administrativa, traducidos en la refacturación de servicios, retraso en el recaudo de cartera, lo que se vio reflejado en la disminución del recaudo y del flujo de caja y una programación financiera inadecuada. Otros investigadores homologaron el enfoque de riesgos a la problemática de las glosas en el proceso de facturación, Coral y Otero Homologaron los riesgos en facturación a lo que ocurre en el seguimiento a riesgos en los sistemas de salud. (23, 24)

También en el estudio realizado por Hernández, Chinome, García, Martínez, donde se encontró que las causas de glosas de la E.S.E Hospital San Vicente de Arauca, durante el periodo de enero a diciembre del 2016, hace referencia a falencias en los servicios de facturación y auditoría. Y donde se encontró que los motivos de glosas son los factores más importantes en el momento de mostrar resultados, pues permiten detallar los gastos financieros atribuidos a las glosas y su relevancia en el flujo de cartera de la institución (25).

Las causas financieras son múltiples: la primera, asociada al régimen subsidiado y las deudas generadas a las entidades territoriales por inoportunidad de pagos para financiar la (UPC), que es el valor anual que se reconoce por cada afiliada al sistema; a la falta de dichos ingresos, las EPS negaban el pago a las IPS, produciendo un primer hueco y una de las causas en la demora. El segundo gran problema, se asocia al reconocimiento de servicios no PBS mediante tutelas. Como resultado surge un crecimiento en los recobros al FOSYGA por servicios no POS y coadyuvados por las carencias en recursos con lo cual se producen más retrasos en la cancelación de estos y la facturación de recursos no POS no pagados (26).

## 4.2. MARCO INSTITUCIONAL

### **Misión**

Somos una Empresa Social del Estado que presta servicios primarios de salud en forma integral, con calidad, seguridad y humanización, a todos los habitantes del área urbana y rural del municipio de Manizales, teniendo como eje central los territorios saludables, en pro del mejoramiento de la calidad de vida de nuestros usuarios.

### **Visión**

Para el 2019, Assbasalud ESE se posicionará a nivel regional como una entidad modelo que se preocupa por brindar a sus usuarios atención integral con altos estándares de calidad en todos sus puntos de atención.

### **Principios Fundamentales**

El desempeño de ASSBASALUD ESE Empresa Social del Estado se regirá por los siguientes principios corporativos:

#### **Respeto a la dignidad Humana**

Garantizando hasta donde esté al alcance de Assbasalud E.S.E., los derechos universales e irrenunciables de la persona y la comunidad para mejorar la calidad de vida y el desarrollo individual y social, de conformidad con la dignidad que debe reconocerse a todo ser humano y los recursos disponibles de la institución.

#### **Universalidad**

Atendiendo a todas las personas que solicitan nuestros servicios, sin ninguna discriminación y en todas las etapas de la vida, de conformidad con las disposiciones legales que organizan la atención en el país, los recursos disponibles y la naturaleza de la institución.



## **Integralidad**

Brindando atención continua y oportuna a las familias y a las personas, en su contexto biopsicosocial, con servicios de óptima calidad, humana, científica y técnica, en el marco de los servicios que constituyen nuestro portafolio.

## **Eficiencia**

Buscando la mejor aplicación del talento humano y de los recursos administrativos, tecnológicos y financieros disponibles, con criterios de rentabilidad social y económica.

## **Eficacia**

Garantizando, en la medida en que nuestras condiciones nos lo permitan, la solución de aquellos problemas de salud de la población usuaria que correspondan a sus principales necesidades y expectativas.

## **Solidaridad**

Ampliando la cobertura con servicios de salud, a las personas de nuestra área de influencia con mayores limitaciones de acceso.

## **Calidad**

Buscando mejorar permanentemente nuestros patrones predefinidos para caracterizar la gestión y los servicios

## **Equidad**

Atendiendo a las personas y grupos de población expuestos a mayores riesgos para su salud, con el fin de brindarles aquella protección especial que esté a su alcance.

Figura 1. Fotos de ASSBASALUD ESE Manizales, Diciembre 2018.



### 4.3. MARCO REFERENCIAL

#### 4.3.1. SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

El Sistema de Seguridad Social Integral está regido por la Ley 100 de 1993, la cual está constituida por un conjunto de entidades, normas y procedimientos los cuales tiene derecho de ser usadas por la población, con el fin principal de garantizar una calidad de vida. El término de Seguridad Social Integral se define como:

Conjunto de prestadores, normatividad y actividades los cuales se brindan a la comunidad para mejorar la calidad de vida, mediante el cumplimiento de las estrategias planteadas por el estado y la sociedad. Generando integralidad en la cobertura de las situaciones que afectan la salud y las condiciones socioeconómicas de los habitantes del territorio nacional, con el propósito de generar bienestar individual y colectivo.

Los principios de esta ley son la eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Las instituciones que constituyen el sistema de seguridad social son: El ministerio de Salud, las administradoras de salud que son las

Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones prestadoras de salud. Estos últimos deben facturar por la normatividad siguiendo cada una de las reglas. En cuanto a la conformación del sistema de seguridad social integral es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud y riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la presente ley. (27)

Ahora bien, teniendo claridad en lo que compete a la normativa de los antecedentes de los derechos de los usuarios, también es pertinente traer a colación la normativa del Decreto Número 4747 de 2007 la cual tiene como objeto regular aspectos de la relación de los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables de pago de los servicios de salud de la población a su cargo. En los artículos 22 y 23 de este Decreto se determina el trámite de glosas y se menciona el manual único de glosas, devoluciones y respuestas en la cual se establece la denominación, codificación de las causas de glosas y devoluciones de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del sistema general de seguridad social en salud. (28)

En la resolución 3047 de 2008 en el anexo 6 se encuentra el Manual único de glosas, devoluciones y respuestas el cual tiene como objeto 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 de las mismas, de manera que se agilicen los procesos de auditoría y respuesta a las glosas. Así mismo define en este mismo anexo la glosa como la no conformidad que afecta de forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable de pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

De igual manera, es pertinente mencionar que las causas de las glosas, bien pueden definirse como el resultado del diagnóstico de análisis y evaluación del proceso administrativo de un determinado centro asistencial, en otras palabras, el estudio de las glosas que arroja como resultado final las causas de las falencias de determinadas áreas de facturación y devoluciones ( en caso de que se trate de glosas parciales) o en caso de que se determinen las fallas en el procedimiento de facturación general (glosas totales o devoluciones). De la misma manera el manual único de glosa en su anexo 6 define la respuesta a glosas como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable de pago. (29)

Las instituciones deben realizar un proceso de auditoría tanto administrativo como asistencial el cual les ayude a determinar e identificar las causales de glosas, ya sean parciales o totales, con el fin de implementar o generar un plan de mejoramiento para disminuir el riesgo financiero que esto conlleva. Los programas

de auditoría deberán ser concordantes con la internacionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinen como básicos en el sistema único de habilitación. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios. (30)

La exigencia normativa dada por la Ley 1438 del año 2011, en relación a la definición e implementación de un plan nacional de mejoramiento de la calidad, impone condiciones al ministerio de salud y protección social frente al mejoramiento en la calidad de la atención y a la obtención de resultados evaluables, reconocidos y direccionados para lograr el compromiso de todos los agentes del sistema. Dando cumplimiento a este mandato, la oficina de calidad del ministerio ha construido un plan de mejoramiento de la calidad en salud en cual se estructura en torno a tres ejes: las personas como eje central, la calidad desde un enfoque sistémico y la transformación de la gestión del sistema mediante procesos de autoevaluación, dirigidos hacia capacidades de ajuste, mejora continua e innovación. (31)

Según, el manual para la elaboración de planes de mejoramiento en acreditación creado por el ministerio de protección social, 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 las siguientes:

- 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). (32)

De esta manera el resultado general de todo el proceso será que en las Instituciones prestadoras de servicios de Salud el camino hacia el control de recursos sea más transparente, asequible y con mayor oportunidad de financiamiento, toda vez que este sistema de verificación de glosas permite la corrección de falencias y mejora continua de los procesos institucionales, generando así instituciones de salud con mayor equilibrio financiero con el principal fin de garantizar a la población prestación de servicios con oportunidad, cobertura y calidad como lo enmarcan los principios del sistema general de seguridad social en salud y así mismo la constitución política colombiana.

#### 4.3.2. SISTEMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN COLOMBIA

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, por medio el cual se busca garantizar el mantenimiento de la salud y de esta manera mejorar la calidad de la prestación de los servicios en salud de nuestro país.

La prestación del servicio para la población debe ser de manera accesible y equitativa, brindada por profesionales altamente calificados logrando así, la adherencia al tratamiento y contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los usuarios.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad deberá cumplir con las siguientes características: (30)

**Accesibilidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Oportunidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

**Seguridad:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**Pertinencia:** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

**Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad son importantes para un adecuado funcionamiento del sistema de salud y son los siguientes:

**La habilitación:** Es un proceso de norma obligatoria y condición mínima para el funcionamiento de la prestación de servicio, garantizando un nivel básico de atención teniendo en cuenta la integralidad de los usuarios. La habilitación está bajo la vigilancia del Estado y de las Direcciones Territoriales de Salud

**La auditoría para el mejoramiento de la calidad:** Es una herramienta para la evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad.

**La acreditación en salud:** Es un proceso voluntario por medio el cual las instituciones buscan la excelencia en la calidad de la prestación de los servicios de salud a través de estándares, actividades de apoyo, procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa.

**El sistema de información para la calidad:** Es un medio por el cual se proporciona la información a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, el

reconocimiento de los derechos y deberes, y los niveles de calidad, con el fin de que puedan ejercer su derecho y puedan tomar decisiones.

#### 4.3.3. GLOSA

Es la respuesta a las reclamaciones presentadas por los prestadores de servicios de salud o personas naturales, originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de los formularios, anexos técnicos y sus respectivos soportes que se dan en una institución por medio de un proceso o prestación de servicios. Las reclamaciones pueden glosarse total o parcialmente, dependiendo de la causa que originó la glosa. Totalmente, cuando involucra toda la cuenta e impide la aceptación de los servicios prestados. Parcialmente, cuando la glosa se realiza sobre unos servicios o procedimientos específicos o parte de ellos. (29)

##### 4.3.3.1. TIPOS DE GLOSAS

- Facturación: Se presenta cuando se encuentra diferencia al comparar la cantidad de servicios prestados con la cantidad de servicios facturados.
- Tarifas: Se generan cuando existen diferencias al comparar los valores facturados con los valores pactados según los manuales tarifarios vigentes.
- Soporte: Todas las relacionadas que se generan por ausencia, enmendadura, soportes incompletos o ilegibles.
- Autorización: Son todas aquellas que se generan por ausencia de visto bueno administrativo por parte de la entidad administradora de servicios.
- Cobertura: Todas aquellas que se generan por cobros de servicios que hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad.
- Pertinencia: No existe coherencia entre la relación del servicio prestado con los soportes relacionados con la atención.

##### 4.3.4. PLAN MEJORAMIENTO

El plan de mejoramiento es un mecanismo que tiene la finalidad de detectar riesgos y puntos débiles dentro de la institución, de esta manera trabajar sobre las debilidades para formular y plantear soluciones para los diferentes problemas que se identifiquen en los procesos. Al desarrollar estas estrategias podemos definir mecanismos que le permitan a la institución lograr metas y objetivos que se han propuesto y de esta manera contar con un proceso de mejora continua.

#### 4.4. 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.
- Causa de Glosa: Es el motivo por el cual hay una inconformidad en el valor de la factura por la prestación del servicio de salud. Los motivos son pueden ser por: facturación, tarifas, soportes, autorización, cobertura y pertinencia.
- Plan de mejoramiento: Un Plan de Mejoramiento es el resultado de un conjunto de procedimientos, acciones y metas diseñadas y orientadas de manera planeada, organizada y sistemática.

##### 4.4.1. PALABRAS CLAVE

- Planes de sistemas de salud, cuidado de la salud (MESH). Glosa (No Aparece Término Mesh – Dersh)

#### 4.5. MARCO NORMATIVO

Cuadro 1. Normatividad

NORMA	AÑO	CONCEPTO
Ley 100	1993	Garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.
Decreto 4747	2007	Regular algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.
Resolución 3047	2008	Define los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos que deberán ser adoptados por los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de tales servicios.
Resolución 416	2009	Ajustes a la Resolución 3047 de 2008, en temas relacionados con el Manual único de glosas, devoluciones y respuestas, así como complementar algunos de sus contenidos.
Decreto Extraordinario 234	1996	por medio del cual se transforma y convierte la asociación de participación mixta “servicios integrados de atención básica en salud Assbasalud” en una empresa social del estado para prestar servicios de salud en el municipio de Manizales”
Acuerdo No 031	2016	Por medio del cual se actualiza la plataforma estratégica de ASSBASALUD ESE
Acuerdo No 032	2016	Por medio del cual se aprueba el plan de desarrollo para el periodo comprendido entre 2016 a 2019
Acuerdo No 023	2017	Por medio de la cual se actualiza el mapa de procesos de ASSBASALUD ESE
Acuerdo No 024	2017	Por medio de la cual se actualiza la estructura orgánica de ASSBASALUD ESE y se deroga el acuerdo 003 del 2015



## **5. METODOLOGÍA**

Debido a que se identificaron las glosas administrativas y asistenciales del primer semestre del año 2017 y primer semestre del año 2018 en la IPS Assbasalud ESE de la ciudad de Manizales Caldas.

### **5.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Investigación cuantitativa observacional descriptiva.

### **5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

4.037 glosas correspondientes al primer semestre del año 2017 y primer semestre del año 2018 en ASSBASALUD ESE de la ciudad de Manizales N=n.

### **5.3. MARCO MUESTRAL**

Listado de unidad de análisis que fue suministrado por la oficina de Glosas de Assbasalud ESE de la ciudad de Manizales.

### **5.4. UNIDAD DE ANÁLISIS**

Cada una de las glosas que se generaron en el primer semestre del año 2017 y primer semestre del año 2018 en ASSBASALUD ESE de la ciudad de Manizales.

### **5.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Glosas que se generaron en el primer semestre del año 2017 y primer semestre del año 2018 en ASSBASALUD ESE de la ciudad de Manizales que no pertenezcan a recobros y devoluciones.

### **5.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

No se contemplaron criterios de exclusión.

## 5.7. VARIABLES

- Glosas.
- Institución.
- Causas de glosas.
- Plan de mejoramiento.

## 5.8. PLAN DE ANÁLISIS

- Recolección de Información: La información fue recolectada por los Investigadores de la base de datos de glosas de la IPS Assbasalud ESE que fue suministrada por la profesional universitaria del área.
- Tabulación de los Datos: Los investigadores crearon un instrumento para obtener una base de datos en el programa Epi Info 7.2.
- Análisis de los Resultados: Los datos obtenidos fueron analizados con Estadística descriptiva, en el programa Epi Info 7.2.

## 5.9. COMPONENTE BIOÉTICO

Los investigadores de acuerdo a la Resolución 0008430 de 1993, del Ministerio de salud y la Resolución de Colciencias 0314 de 2018, las cuales regulan las responsabilidades éticas en investigación en humanos e instituciones de salud y se adoptan las políticas de ética de la investigación bioética e integridad científica desarrollando acciones tendientes al fomento y apropiación de una cultura que promueva y oriente la reflexión colectiva, participativa y plural en los procesos de ciencia, tecnología e innovación desarrollados en Colombia y teniendo en cuenta que de acuerdo a la misma la investigación tiene un riesgo inferior al mínimo, cuentan con consentimiento institucional. Ninguno de los investigadores tiene conflicto de intereses.

## 5.10. COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL

Los investigadores se comprometen a respetar las normas nacionales e internacionales para el cuidado del medio ambiente. Se maneja la información en medios magnéticos.

## 5.11. RESPONSABILIDAD SOCIAL

Los investigadores se comprometen a darle un cabal cumplimiento a los lineamientos estipulados en la Norma ISO 26000:2010 Responsabilidad Social, normativa en la que se proporcionan todas las guías a seguir con el objetivo de lograr un mejor y adecuado desarrollo de la Responsabilidad Social que se debe preservar en la Empresa Social del estado ASSBASALUD con miras a contribuir a la mejora en el proceso de glosas y así contribuir en el sostenimiento financiero institucional. El hecho de seguir este tipo de lineamientos, constituye sin duda alguna una base fundamental a tener en cuenta para la concientización acerca de los principios que se deben inculcar al interior de esta entidad en lo que concierne al impacto generado al medio ambiente y todas aquellas estrategias de protección y responsabilidad social que debemos de tener presente para la mitigación de riesgos ambientales, motivo por el cual es de suma importancia tener como referencia la normativa anteriormente mencionada.

## 5.12. DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados de la investigación se socializarán en un evento establecido para tal fin en la Fundación Universitaria del Área Andina posterior a la difusión y revisión en la Institución en la cual se realiza la Investigación, para la obtención del recibo en conformidad del informe final del proyecto. La investigación será publicada en una revista indexada de circulación nacional.

## 5.13. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

### 5.13.1. CRONOGRAMA

Ver Anexo 3. Cronograma de actividades de Investigación de Octubre 2018 a Marzo 2019.

### 5.13.2. PRESUPUESTO

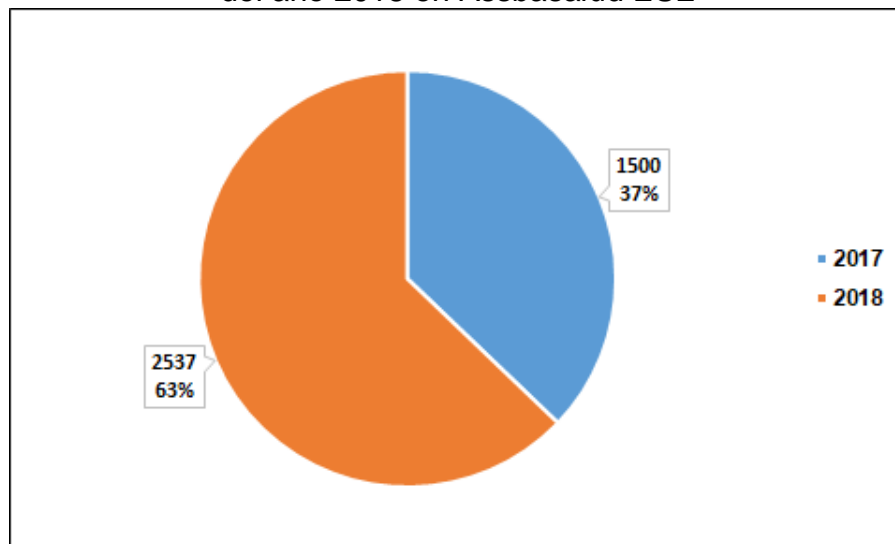
Ver Anexo 7. Presupuesto de investigación.

## 6. RESULTADOS

### 6.1. ANÁLISIS UNIDIMENSIONAL

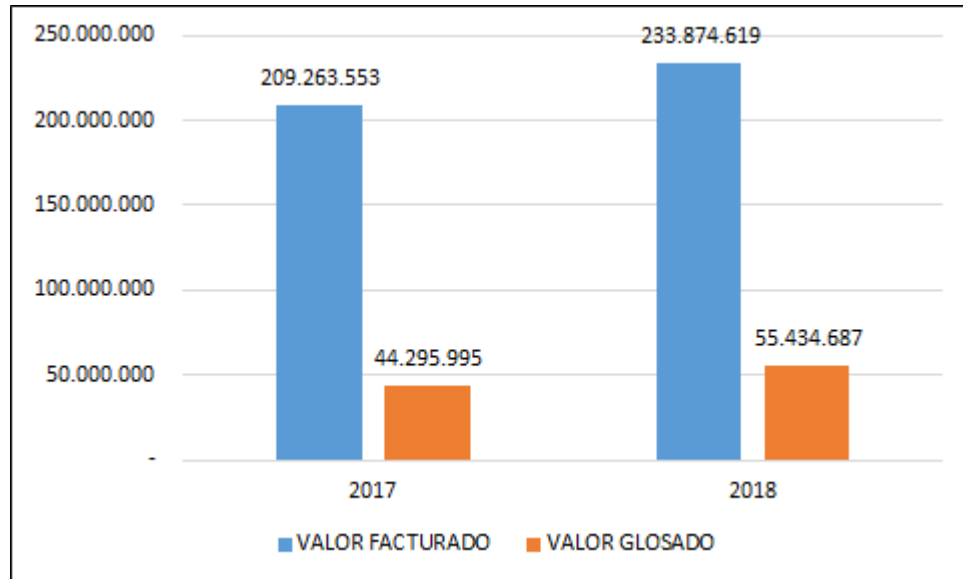
#### 6.1.1. IDENTIFICACIÓN DE LAS GLOSAS

Figura 2. Distribución de glosas primer semestre del año 2017 y primer semestre del año 2018 en Assbasalud ESE



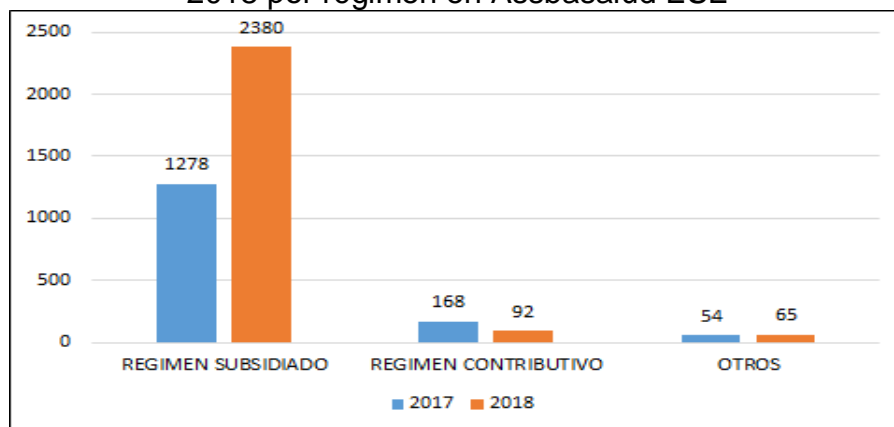
Al realizar el análisis de la información se identificaron un total de 4.037 glosas las cuales corresponden al primer semestre del año 2017 y primer semestre del año 2018, en las cuales se identifica un incrementando significativo de un periodo a otro.

Figura 3. Valor total glosado en el primer semestre del año 2017 y primer semestre del año 2018 en Assbasalud ESE



Las glosas anteriormente mencionadas representan un valor de \$99.730.682 millones de pesos los cuales corresponden al primer semestre del año 2017 y primer semestre del año 2018, en los cuales se identifica un incremento de 25% de un año al otro. las glosas anteriormente mencionadas representan el 22.5% de la facturación para los dos periodos.

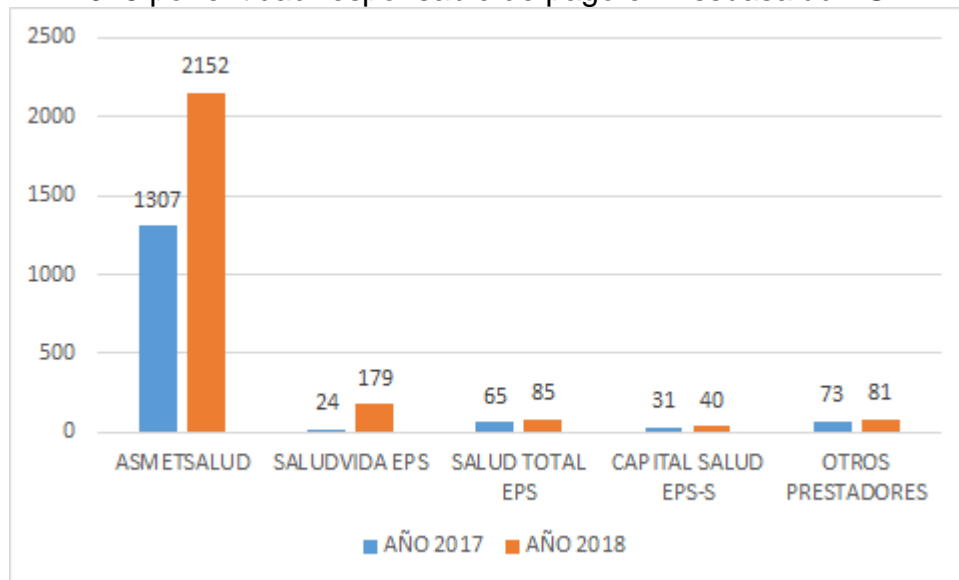
Figura 4. Total de glosas primer semestre del año 2017 y primer semestre del año 2018 por régimen en Assbasalud ESE



En el análisis por régimen al cual pertenecen las glosas se encontró que el régimen subsidiado presenta el valor más alto en el primer semestre del año 2017 y en el primer semestre del año 2018 las cuales representan el 90.6% del total de las glosas

analizadas, el régimen contributivo está ubicado en segundo lugar en el año 2017 y posteriormente en el año 2018 con un 6.5% del total de la información. Los regímenes restantes como lo son los particulares, vinculados y SOAT presentan 2.9% de las glosas en los dos periodos anteriormente mencionados.

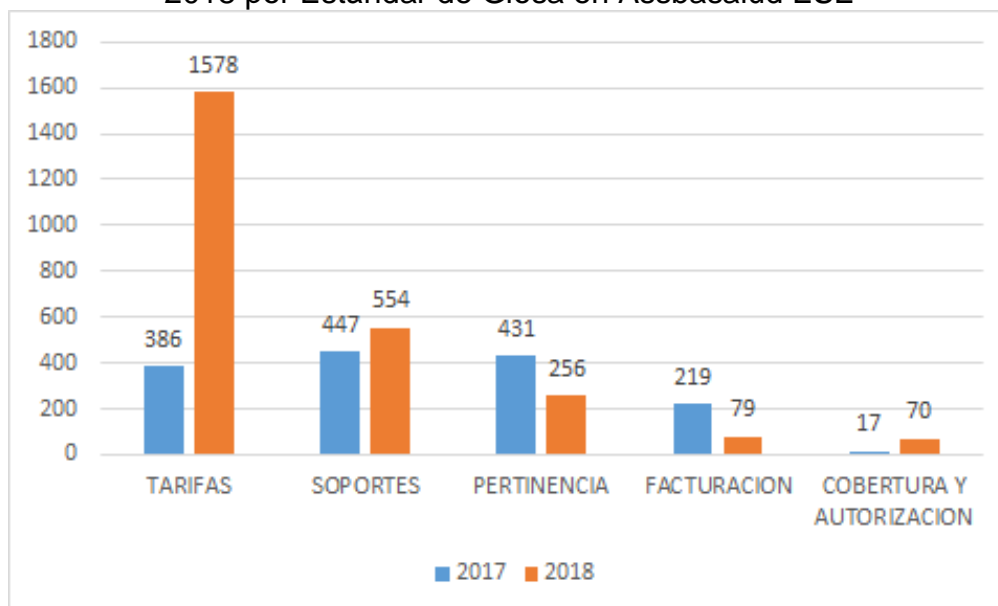
Figura 5. Total de glosas primer semestre del año 2017 y primer semestre del año 2018 por entidad responsable de pago en Assbasalud ESE



En cuanto al análisis de la información por entidad responsable de pago de los servicios de salud la entidad que presenta mayor número de glosas es la EPS Asmetsalud en la cual se identificaron en el primer semestre del año 2017 un 87.1% del total de las glosas de este periodo. Las EPS Salud Total, Capital salud, Dirección Territorial de Salud de Caldas y Salud Vida reflejan el 10% de las glosas del total del primer semestre del año 2017.

Para el primer semestre del año 2018 Asmetsalud ocupa el primer lugar con un 84.8% del total de las glosas para este periodo, las entidades como Salud vida con, Salud Total, Capital Salud y la Policía Nacional reflejan el 13.2% del total de las glosas del periodo.

Figura 6. Total de glosas primer semestre del año 2017 y primer semestre del año 2018 por Estándar de Glosa en Assbasalud ESE



En el análisis de la información por estándar para el primer semestre del año 2017, las glosas por soporte marcan la diferencia con el 29.8% del total de las glosas para este periodo, la pertinencia ocupa el segundo lugar con el 28.7%, seguidamente encontramos las glosas por tarifas las cuales ocupan el tercer lugar 25.7%, la facturación ocupa el cuarto lugar con el 14.6% siendo estas las más significativas para este periodo.

Para el primer semestre del año 2018 el análisis de la información por estándar arrojó los siguientes resultados. Las tarifas ocupan el primer lugar en la clasificación por estándar con el 62.2% del total de las glosas para este periodo, los documentos soporte con el 21.8% de la información ocupan el segundo lugar, la pertinencia con un 10.1% ocupa el tercer lugar. Los estándares restantes como la facturación, cobertura y autorización cuentan con el 5.9% de las glosas para este periodo.

## 6.2. ANÁLISIS BIVARIADO

Al realizar los cruces para el análisis bivariado no se encontró posible relación estadística entre ninguna de las variables.

### 6.3. DISCUSIÓN

Las glosas constituyen uno de los problemas administrativos más significativos en la actualidad, que se caracteriza por el no pago de los servicios de salud por parte de las entidades administradoras de planes de beneficios a los prestadores de servicios de salud. Por lo tanto, desde el análisis realizado se puede confirmar que la cantidad de glosas aumentó de forma significativa para el año 2018 en un 69% con relación al año anterior. Se muestra un aumento principalmente en las administradoras de planes de beneficios del régimen subsidiado con las cuales la entidad tiene los principales contratos por evento y se evidencia que las falencias más significativas son por situaciones administrativas como tarifas, documentos soporte de las cuentas médicas y desde el punto vista asistencial por pertinencia para las atenciones prestadas.

Luego de realizada una exhaustiva revisión de la literatura, se encontró un estudio realizado en a IPS Odontológica Santa María S.A.S en el primer semestre de 2017, donde se evidencia que, en el análisis del promedio de glosas reportadas en los servicios de consulta externa, representan solo el 3% del total de la facturación, lo que contraviene con lo encontrado en la ESE ASSBASALUD, donde las glosas representaron el 47% de la facturación para el 2017 y para el 2018 el 63%. También se logró constatar con la auditoría a cuentas médicas, realizada en la Clínica La Estancia en base a los resultados estadísticos y el histórico de glosas de la clínica, la causal de glosa más repetitiva en el segundo semestre de 2017, es por pertinencia y tarifas, lo que ratifica lo hallado en el presente estudio, donde la mayor causal de glosas son tarifas, seguido de soportes y pertinencia, lo que es confirmado por estudio realizado en la Clínica Central del Quindío, donde la representación general de las glosas, es del 80% correspondiente a tarifa, soporte y facturación. (21, 22, 23)

Otros investigadores verificaron el enfoque de riesgos a la problemática de las glosas en el proceso de facturación, Coral y Otero comprobaron los riesgos en facturación a lo que ocurre en el seguimiento a riesgos en los sistemas de salud. También se logró encontrar en una investigación realizada en la ESE de Arauca, que Teniendo como base la facturación total para el año 2016 que correspondió a \$38.042.921.396 pesos, se identificó que de este monto se realizó el proceso de radicación a \$ 35.605.310.551 pesos, quedando pendiente por radicar al finalizar el año un total de \$ \$ 2.437.610.845 pesos, que representa el 6% del total de la facturación. Lo que contraviene con la investigación realizada en Manizales, donde las glosas superan el 6 % del total de la facturación auditada. (24, 25)

De igual forma en esta misma investigación, se encontró que el régimen Subsidiado, es el que menos glosas representa dentro de la facturación ya que solo equivale al 5% del total de la facturación global, lo que difiere en lo encontrado en la presente investigación, ya que en este régimen representa la mayoría de las glosas, acentuándose más en el año 2018. Además, según lo afirmado por Núñez et al, una



de las causas financieras se asociada al régimen subsidiado y las deudas generadas a las entidades territoriales por inoportunidad de pagos para financiar la (UPC). Lo que confirma lo encontrado en las glosas en la ESE ASSBASALUD, las cuales en su mayoría son generadas por el régimen subsidiado y en general como lo manifiesta Anaya en su libro, el gasto en salud en los países latinoamericanos es bajo generando crisis en los niveles asistenciales. (8, 25, 26)

Cabe resaltar que en la presente investigación, se presentaron dificultades en cuanto al acceso a la información bibliográfica, la cual debió ampliar su espectro de búsqueda a material bibliográfico, referente al tema, teniendo en cuenta que en el país los estudios de glosas están limitados, pese a esto se logró contabilizar el efecto de las glosas dentro de la facturación global, así el estándar de cada una de las glosas, permitiendo evidenciar la información en cifras reales que sirvieron de base para la creación de un plan de mejora con el fin de darle solución a la problemática planteada.

## **7. CONCLUSIONES**

- El periodo que presentó mayor cantidad de glosas fue el primer semestre del año 2018
- Las glosas más frecuentes fueron por tarifa, soporte y pertinencia.
- Las entidades administradoras de planes de beneficios que más presentaron glosas fueron Asmet Salud y Salud Vida.
- El régimen que presentó mayor número de glosas fue el régimen subsidiado.
- El periodo que presentó mayor valor glosado fue el primer semestre del 2018.

## 8. RECOMENDACIONES

Se recomienda al jefe de glosas:

- Implementar plan de mejoramiento,
- Socializar las principales causas de glosas,
- Aplicar listas de chequeo por cada factura generada,
- Elaborar e implementar manual de glosas institucional.

Se recomienda al líder de planeación y sistemas de la entidad:

- Realización de ajustes del software institucional y sistematización de la totalidad de soportes de historia clínica.

Se recomienda al líder del proceso de facturación:

- Realizar la parametrización del sistema de información,
- Socializar los cambios contractuales con el equipo de facturación e
- Implementar el manual de facturación institucional.

Se recomienda a coordinación médica y auditoría de la entidad:

- Implementar proceso de auditoría concurrente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clements B. No es probable que dure la reciente desaceleración en el aumento del gasto público en salud en las economías avanzadas [Internet] 2014 [citado 7 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2014/12/pdf/clements.pdf>
2. Moreno JD. La Ley 100 el fracaso estatal en la salud pública. [Internet] 2012 [citado 7 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://cedetrabajo.org/wp-content/uploads/2012/08/36-14.pdf>
3. Neslop. EPS necesitarían 4 billones para equilibrar cuentas. Grupo de Diarios América. [Internet] 2015 [citado 12 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://proxy.bidig.areandina.edu.co:2048/login?url=https://search.proquest.com/doctypeview/1688995872?accountid=50441>
4. Orozco G. Caracterización glosas, hospitalización clínica central del Quindío, segundo semestre [Internet] 2016 [citado 13 de diciembre de 2018]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/323666211\\_CHARACTERIZACION\\_GLOSAS\\_HOSPITALIZACION\\_CLINICA\\_CENTRAL\\_DEL\\_QUINDIO\\_SEGUNDO\\_SEMESTRE\\_2016\\_AUTORES](https://www.researchgate.net/publication/323666211_CHARACTERIZACION_GLOSAS_HOSPITALIZACION_CLINICA_CENTRAL_DEL_QUINDIO_SEGUNDO_SEMESTRE_2016_AUTORES)
5. Gómez-Restrepo C. La crisis del sistema de salud. Revista Colombiana de Psiquiatría. [Internet] 2011 [citado 13 de diciembre de 2018];40(2):195. Disponible en: <http://www.dasb.edu.ec/padh>.
6. Chavarría Chavarría T. Desarrollo e implementación de una herramienta para la validación de cuentas médicas y gestión de glosas en el sector salud en Colombia. Medicina UPB. [Internet] 2018 [citado 14 de diciembre de 2018];37(2):131-41. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/view/8467>
7. Webster PC. Health in Colombia: a system in crisis. Canadian Medical Association Journal. [Internet] 2012 [citado 16 de diciembre de 2018];184(6):89-90. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3314050/>
8. Anaya Cabrera JM, Jácome Roca A. Investigación colombiana en salud. En Bogotá D.C., Colombia; [Internet] 2016 [citado 16 de diciembre de 2018]. Disponible en: [bdigital.unal.edu.co/view/year/2016.htm](http://bdigital.unal.edu.co/view/year/2016.htm)

9. Stiglitz J. Lo que aprendí de la crisis económica mundial. cuadernos de economía. [Internet] 2016 [citado 18 de diciembre de 2018];19(32):246-254. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/ceconomia/article/view/11096>
10. Báscolo E, Lago F, Geri M, Moscoso N, Arnaudo MF. Financiamiento público del gasto total en salud: un estudio ecológico por países según niveles de ingreso. Gerencia y Políticas de Salud [Internet] 2014 [citado 18 de diciembre de 2018];13(26). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/9309>
11. Calderón CAA, Botero JC, Bolaños JO, Martínez RR. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet] 2011 [citado 20 de diciembre de 2018];16(6):2817-28. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/20.pdf>
12. Mesa-Lago C. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. [Internet] 2005 [citado 20 de diciembre de 2018]:351. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3888/S2005077\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3888/S2005077_es.pdf)
13. Álvarez MH. El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización. *Rev. Salud pública*. [Internet] 2002 [citado 20 de diciembre de 2018];2(2);24. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18882/19840>
14. Bello AH, Romero RV. El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión: [Internet] 2001 [citado 20 de diciembre de 2018];29(13);27. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2913>
15. Leuro Martínez M, Oviedo Salcedo IT. Facturación & auditoría de cuentas en salud. Quinta Edición. Colombia: ECOE Ediciones. 2016
16. Núñez Méndez J, Zapata JG, Castañeda C, Fonseca SM, Ramírez Moreno J. La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano: dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro. Primera edición. Bogotá D.C., Colombia: Fedesarrollo; 2012. 211 p.
17. Vázquez ML, Siqueira E, Kruze I, Da Silva A, Leite IC. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria*. [Internet] 2002 [citado 28 de diciembre de 2018];16(1):30-8. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112002000100005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100005&lng=es).

18. Santa M, García F, Rozo S, Uribe M. un diagnóstico general del sector salud en Colombia: evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación. [Internet] 2011 [citado 3 de enero de 2019]. Disponible en: [http://www.med-informatica.net/FMC\\_CM CB/VeeduriaCiudadana/CIDMEDvcacelapss/SaludRetosRegulacion\\_MauricioSantamaria\\_cap1\\_final.pdf](http://www.med-informatica.net/FMC_CM CB/VeeduriaCiudadana/CIDMEDvcacelapss/SaludRetosRegulacion_MauricioSantamaria_cap1_final.pdf)
19. Díaz CAG. Intervención en crisis: una estrategia clínica necesaria y relevante en Colombia. *Psychologia: avances de la disciplina*. [Internet] 2010 [citado 5 de enero de 2019];4:3. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v4n2/v4n2a12.pdf>
20. Quintana R, Salgado L, Torres D. Gestión de glosas para prestadores de servicios de salud. [Internet] 2016 [citado 5 de enero de 2019];37. Disponible en: <https://repository.usergioarboleda.edu.co/bitstream/handle/11232/970/Gestion%20de%20Glosas%20para%20prestadores%20de%20servicios%20de%20salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Hernández J, Rivera M, Torres E, Gérez C. Causal de glosa en la facturación por la prestación de servicios de salud en la IPS Odontológica Santa María S.A.S En El Primer Semestre De 2017. Fundación Universitaria Del Área Andina. [Internet] 2017 [citado 7 de enero de 2019]. Disponible en: <http://digitk.areandina.edu.co/repositorio/bitstream/123456789/720/1/Causal%20de%20glosa%20en%20la%20facturación%20por%20la%20prestación%20de%20servicios%20de%20salud%20en%20la%20IPS%20odontológica%20Santa%20Mar%C3%ADa%20S.A.S%20.pdf>
22. Arcila A, Hernández A, Ladino A. Caracterizar El Proceso De Auditoría De Cuentas Medicas Realizado Por La Aic Eps-I A Clínica La Estancia En El Ámbito Hospitalario En El Segundo (II) Semestre Del Año 2017. Fundación Universitaria Del Área Andina. [Internet] 2018 [citado 8 de enero de 2019]. Disponible en: <http://digitk.areandina.edu.co:8080/repositorio/bitstream/123456789/724/1/Caracterizar%20el%20proceso%20de%20auditor%C3%ADa%20de%20cuentas%20medicas%20realizado%20por%20la%20AIC%20EPS-I%20a%20cl%C3%ADnica%20la%20estancia%20en%20el%20ámbito%20hospitalario.pdf>
23. López A, Gallego A, Pinzón L, Betancur C, Eusse J. Caracterización Glosas, Hospitalización Clínica Central Del Quindío, Segundo Semestre 2016. [Internet] 2017 [citado 8 de enero de 2019]; Disponible en:

[https://www.researchgate.net/publication/323666211\\_CHARACTERIZACION\\_GLOSAS\\_HOSPITALIZACION\\_CLINICA\\_CENTRAL\\_DEL\\_QUINDIO\\_SEGUNDO\\_SEMESTRE\\_2016\\_AUTORES](https://www.researchgate.net/publication/323666211_CHARACTERIZACION_GLOSAS_HOSPITALIZACION_CLINICA_CENTRAL_DEL_QUINDIO_SEGUNDO_SEMESTRE_2016_AUTORES)

24. Arango M. Fernández A. Modelo de administración de glosas en la IPS universitaria de la ciudad de Medellín. [Internet] 2011 [citado 9 enero 2019]. Disponible en: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1506/2/Modelo\\_Admin\\_Glosas\\_%20IPS\\_Universitaria.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1506/2/Modelo_Admin_Glosas_%20IPS_Universitaria.pdf)
25. Hernández C, Chinome J, García K, Martínez A. Análisis De Causas De Glosas En La E.S.E Hospital San Vicente De Arauca Durante El Periodo De Enero A Diciembre De 2016 Y Planteamiento De Recomendaciones Para Su Mejoramiento. Universidad De Santander UDES. [Internet] 2017 [citado 9 de enero de 2019]. Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/685/1/Análisis%20de%20causas%20de%20glosas%20en%20la%20E.S.E%20Hospital%20San%20Vicente%20de%20Arauca%20durante%20el%20periodo%20de%20enero%20a%20diciembre%20de%202016%20y%20planteamiento%20de%20recomendaciones%20para%20su%20mejoramiento.pdf>
26. Núñez J, Zapata J y otros. La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro. 1ª Ed. Colombia: Fedesarrollo; [Internet] 2012 [citado 12 de enero de 2019]:218. Disponible en: <https://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/2906>
27. Gaviria C. LEY 100 1993. ley 100 93 dic 23, 1993. [Internet] 1993 [citado 15 de enero de 2019]. Disponible en: [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100\\_93.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf)
28. Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747 de 2007 Diciembre 7. [Internet] 2007 [citado 18 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf>
29. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3047 de 2008 Agosto 14. [Internet] 2008 [citado 20 de enero de 2019]. Disponible en: [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R\\_MPS\\_3047\\_2008.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R_MPS_3047_2008.pdf)
30. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006. [Internet] 2006 [citado 22 de enero de 2019]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)
31. Gaviria A. Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016. Imprenta Nacional de Colombia. [Internet] 2016 [citado 25 de enero de 2019].

Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>

32. Ministerio de Protección Social. Manual elaboración planes de acreditación. [Internet] 2018 [citado 5 de febrero de 2019]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-elaboracion-planes-mejoramiento-acreditacion.pdf>



## ANEXOS

Anexo 1. Base de Datos de glosas Primer semestre 2017 y 2018 de Assbasalud ESE.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
MES	Nº RADICACION D / M / A / Nº	TIPO DE OBJECCION	REGIMEN	Nº DEVOLUCION - GLOSA - RECLAMACION	ENTIDAD	Nº REMISION DE FACTURA	Nº FACTURA	VALOR FACTURA	USUARIO	TIPO DE IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	TIPO DE OBJECCION	RESEÑA	MOTIVO DE LA OBJECCION
1	03/01/2018/001G	G	C		SALUD TOTAL	201711-98-40	14-100013233	990.825	FABIAN ANTONIO CARDONA BADILLO	CC	7540935	ADM		los cargos relacionados en los soportes de la factura per con los valores (procedimiento)
1	03/01/2018/001G	G	C		SALUD TOTAL	201711-98-40	19-100015819	73.570	DANIEL ALEJANDRO RIOS GARCIA	CC	1053858933	ADM		los cargos relacionados en los soportes de la factura per con los valores (materiales)
1	03/01/2018/001G	G	C		SALUD TOTAL	201711-98-40	19-100015819	-	DANIEL ALEJANDRO RIOS GARCIA	CC	1053858933	ADM		los cargos relacionados en los soportes de la factura per con los valores (materiales)
1	03/01/2018/001G	G	C		SALUD TOTAL	201711-98-40	19-100015629	58.070	NATALIA MORENO OSPINA	CC	1053798683	ADM		los cargos relacionados en los soportes de la factura per con los valores (materiales)
1	03/01/2018/001G	G	C		SALUD TOTAL	201711-98-40	19-100015629	-	NATALIA MORENO OSPINA	CC	1053798683	ADM		los cargos relacionados en los soportes de la factura per con los valores (materiales)
1	04/01/2018/002G	G	S		SALUDVIDA EPS	102	14-100013599	165.120	ORLINA MEJIA FLOREZ	CC	30303037	ADM		Falta de autorizacion para el traslado de ambulancia
1	12/01/2018/004G	G	P		SALUD TOTAL	201711-98-40	19-100016188	174.420	LEONARDO FABER LONDOÑO BUITRAGO	CC	1053824939	ADM		Inconsistencias en Autorizacion de servicios adicionales
1	12/01/2018/004G	G	P		SALUD TOTAL	201711-98-40	19-100016188	-	LEONARDO FABER LONDOÑO BUITRAGO	CC	1053824939	ADM		Por tarifas en materiales ( cateter )
1	12/01/2018/004G	G	P		SALUD TOTAL	201711-98-40	19-100016188	-	LEONARDO FABER LONDOÑO BUITRAGO	CC	1053824939	ADM		Por tarifas en materiales ( equipo de venoclisis )
1	15/01/2018/005G	G	S		CONVIDA EPS-S	201706-214-5	19-100012744	248.900	JHIRLEZA MARCELA ASPRILLA RAMIREZ	TI	1010138997	CIA		Glosa por no pertinencia de laboratorios
1	15/01/2018/006G	G	S		SALUDVIDA EPS	103	19-100015918	515.739	OSCAR DE JESUS GALLEGO MORALES	CC	10122060	ADM		Falta de autorizacion para el servicio de estancia
1	15/01/2018/007G	G	C		SALUDVIDA EPS	201711-6-77	19-100016034	444.790	ERICA PAOLA RUDA LOPEZ	CC	1060652449	ADM		Se glosan dos dias de estancia por falta de autorizacion
1	15/01/2018/008G	G	S		SALUDVIDA EPS	102	14-100013298	294.070	GILBERTO ARISTIZABAL AGUDELO	CC	75079848	ADM		Falta de autorizacion para el servicio de estancia
1	15/01/2018/008G	G	S		SALUDVIDA EPS	103	14-100013342	196.400	HERNANDO MONTES SANCHEZ	CC	7497254	ADM		Falta de autorizacion para examenes de laboratorio
1	15/01/2018/008G	G	S		SALUDVIDA EPS	103	14-100013387	109.900	DORA INES ARENAS	CC	30294062	ADM		Falta de autorizacion para ayudas diagnosticas
1	15/01/2018/008G	G	S		SALUDVIDA EPS	103	14-100013419	287.400	HERNANDEZ	CC	1073671903	ADM		Falta de autorizacion para procedimiento o actividad
1	15/01/2018/008G	G	S		SALUDVIDA EPS	103	14-100013478	58.400	JUAN ESTEBAN ARIAS AGUDELO	TI	1002592209	ADM		Falta de autorizacion para ayudas diagnosticas
1	15/01/2018/008G	G	S		SALUDVIDA EPS	103	14-100013554	238.400	MARTHA CECILIA SANCHEZ HENAO	CC	24851154	ADM		Falta de autorizacion para ayudas diagnosticas
1	15/01/2018/008G	G	CAPITA		SALUDVIDA EPS		17-0248	#####	CAPITADA POBLACION	X	SD CAPITA	ADM		Incumplimiento de actividad en Octubre sin auditoria perio
1	15/01/2018/008G	G										ADM		Incumplimiento de actividad Agosto y Septiembre sin audi

## Anexo 2. Consentimiento Institucional



### CONSENTIMIENTO INSTITUCIONAL

Yo, Juan Carlos Martínez Rodríguez, identificado con cedula de ciudadanía No 75070423 de Manizales, actuando como Representante Legal de la Institución Prestadora de servicios de salud **ASSBASALUD ESE**, acepto la participación de la Fundación Universitaria del Área Andina seccional Pereira del programa de auditoría en salud para realizar el proyecto de investigación "GLOSAS", del cual he sido informado por parte de los estudiantes que lo desarrollaran.

Como constancia se firma en la ciudad de Manizales a los cinco (05) días del mes de diciembre de 2018.

JUAN CARLOS MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

Gerente



ASSBASALUD E.S.E  
Calle 27 # 17 - 32  
PBX: 57(6) 872 21 13  
NIT. 800.044.967-8  
[www.assbasalud.gov.co](http://www.assbasalud.gov.co)



USO OFICIAL - ASSBASALUD ESE

Anexo 3. Cronograma de actividades de investigación de Octubre 2018 a Marzo 2019

ACTIVIDADES	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO			
	SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Propuesta Del Trabajo De Investigación				■																				
Estado Del Arte				■	■																			
Problema				■	■																			
Justificación				■	■																			
Objetivos				■	■																			
Pautas Del Anteproyecto						■																		
Elaboración De Marco Teórico							■																	
Elaboración De La Metodología							■																	
Presentación Y Revisión Del Anteproyecto								■																
Recolección De Información									■	■														
Tabulación De Datos											■	■												
Análisis De Datos													■	■	■									
Elaboración De Artículo															■	■								
Informe Final																	■	■	■					
Difusión (Presentación Empresa)																					■			
Exposición En La Universidad																						■		
Publicación En Revista																							■	■

#### Anexo 4. Cruce de Variables

FO (Maxi-Maxi)	FA (Maxi-Mini)
<p><b>F1-O1</b> Al contar con una institución reconocida por la prestación de servicios de baja complejidad, se genera la oportunidad para que las entidades administradoras de planes de beneficios realicen convenios y de esta manera aumentar los ingresos y generar sostenibilidad financiera.</p> <p><b>F3-O3</b> Al contar con personal capacitado para la prestación del servicio asistencial y administrativo se puede garantizar la identificación de falencias en los procesos contractuales institucionales de forma oportuna. Con el fin de generar planes de acción.</p> <p><b>F4-O2</b> Al contar con un proceso de facturación e historia clínica sistematizada y una aplicación de la normatividad vigente en la institución podemos trabajar en la implementación y adherencia de un proceso sistematizado de glosas institucional que permita realizar la captura oportuna de la información y la trazabilidad de la misma</p>	<p><b>F1-A1</b> Contamos con una institución reconocida para la prestación de servicios de baja complejidad, lo cual genera oportunidad para que la población demande servicios de salud en la entidad, garantizando nuevas contrataciones para mejorar el sostenimiento financiera institucional.</p> <p><b>F2-A2</b> Al contar con contratación con las principales entidades administradoras de planes de beneficios del régimen subsidiado del mercado y a sabiendas que la normatividad por parte del estado es poco específica y de amplia interpretación por parte de los prestadores y administradoras, se debe contar al momento de la contratación con condiciones claras específicas para la posterior parametrización de los sistemas de información evitando posibles glosas posteriores a la prestación de los servicios.</p> <p><b>F4-A3</b> El contar con un proceso de facturación e Historia clínica sistematizados nos permite realizar actualizaciones continuas con base en los cambios en los modelos de contratación, minimizando de esta manera los riesgos de posibles glosas por mala parametrización del sistema de información.</p>

DO (Mini-Maxi)	DA (Mini-Maxi)
<p><b>D3-O4</b> Al contar con el convenio docente servicios podemos generar capacitaciones por parte de las instituciones con las cuales se tiene convenio y así fortalecer las debilidades de los procesos y generar empoderamiento en el personal, para así mejorar los procesos administrativos de la entidad.</p> <p><b>D4-O2</b> No se cuenta con un proceso de contratación estandarizado por parte de la institución en el cual no se evidencia documentación actualizada, es por esta razón que es importante identificar la normatividad vigente y las condiciones contractuales que rigen actualmente el sistema de salud y así generar modelos documentales institucionales que permitan una adecuada contratación por parte de la ESE.</p> <p><b>D5-O4</b> Al no contar con un proceso de auditoría médica institucional, se puede asociar el convenio docente servicios para la implementación de controles por parte de los profesionales de enfermería en el seguimiento, revisión y trazabilidad de las variables que producen glosas en la entidad, garantizando documentos de la historia clínica completamente diligenciados y con la totalidad de los soportes.</p>	<p><b>D4-A1</b> Es importante la oportuna estandarización del proceso de contratación, ya que con la actual crisis financiera del sector salud se puede aumentar el riesgo de sostenibilidad institucional por la falta de recursos.</p> <p><b>D1-A1</b> Al no contar con un software de glosas institucional que permita la adecuada clasificación de las mismas, se genera información poco confiable que permita un adecuado impacto en las necesidades prioritarias de las falencias institucionales, lo que potencializa el riesgo financiero institucional.</p>

Anexo 5. Matriz DOFA

<b>DEBILIDADES</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
<b>D1.</b> No se cuenta con un software institucional que permita la adecuada clasificación de las glosas.	<b>O1.</b> No se cuenta con competencia de instituciones calificadas para la prestación de servicios de baja complejidad.
<b>D2.</b> La institución no cuenta con la trazabilidad estricta que permita evidenciar las falencias durante el proceso.	<b>O2.</b> Se cuenta con la normatividad actualizada por parte del ministerio de salud para que las instituciones prestadoras de servicios de salud se adhieran a los procesos.
<b>D3.</b> No se evidencia sensibilización por parte de los líderes a las áreas involucradas.	<b>O3.</b> Se evidencian en los acuerdos de voluntades herramientas para la concertación de inconvenientes presentados durante la contratación.
<b>D4.</b> La entidad no cuenta con un proceso de contratación estandarizado <b>D5.</b> La institución no cuenta con un proceso de auditoría de cuentas médicas.	<b>O4.</b> Se cuenta con convenio docente asistencial el cual se puede utilizar para la capacitación del personal en procesos administrativos.
<b>D5.</b> La institución no cuenta con un proceso de auditoría de cuentas médicas.	
<b>D6.</b> Generación de reprocesos administrativos por la cantidad de glosas.	

<b>FORTALEZAS</b>	<b>AMENAZAS</b>
<b>F1.</b> Se cuenta con una institución reconocida en la prestación de servicios de baja complejidad en el territorio caldense.	<b>A1.</b> Crisis financiera del sector salud. <b>A2.</b> Normatividad poco específica en procesos administrativos específicamente glosas. <b>A3.</b> Los cambios en los modelos de contratación. <b>A4.</b> Fortalecimiento de la competencia para la prestación de servicios de baja complejidad
<b>F2.</b> Se cuenta con contratación con las principales entidades administradoras de planes de beneficios del mercado.	<b>A2.</b> Normatividad poco específica en procesos administrativos específicamente glosas.
<b>F3.</b> Se cuenta con personal capacitado para la prestación de servicios asistencial y administrativo.	<b>A3.</b> Los cambios en los modelos de contratación
<b>F4.</b> Proceso de facturación e Historia clínica sistematizados.	<b>A4.</b> Fortalecimiento de la competencia para la prestación de servicios de baja complejidad

Anexo 6. Plan de Mejoramiento

QUE	QUIEN	CUANDO		DONDE	PORQUE	COMO
		Fecha inicial	Fecha final			
Mecanismo que permita una adecuada identificación, clasificación y trazabilidad de las glosas.	Planeación y sistemas, Líder del proceso de glosas	01 de julio del año 2019	31 de diciembre del año 2019	Assbasalud ESE	Permite identificar de forma oportuna las glosas generadas en la institución, con el fin de generar información eficiente para los clientes del área.	Realizando los ajustes necesarios para la implementación del software.
Socialización de las causas de glosas administrativas y asistenciales	Líder del área de glosas	Mensualmente a partir del 01 de julio del año 2019	Mensualmente a partir del 01 de julio del año 2019	Áreas administrativas, Centros ambulatorios e intrahospitalarios de Assbasalud ESE	Con la socialización se genera sensibilización del personal, con el fin de realizar las correcciones oportunas para la mejora continua del proceso.	Por medio de la socialización con los líderes de las diferentes áreas y a su vez por parte de estos la socialización del personal que tiene a cargo, evidenciando la entrega de la información con actas de recibido.
Sistematización de la totalidad de los soportes de Historia Clínica	Planeación y sistemas	01 de julio del año 2019	31 de diciembre del año 2019	Assbasalud ESE	Al contar con la totalidad de los soportes de Historia clínica sistematizados, contribuimos a la disminución de las glosas administrativas por falta de soportes.	Por medio de la sistematización de los soportes según normatividad vigente, y con posterior socialización al personal asistencial para su conocimiento y correcto diligenciamiento.



Implementación de listas de chequeo por cada factura que se presente en la modalidad de contratación por evento y paquete	Líder proceso de facturación y líder del proceso de glosas de la institución	01 de julio del año 2019	31 de diciembre del año 2019	Área de facturación y glosas de la entidad.	Al realizar una adecuada trazabilidad con las listas de chequeo, permitimos la identificación oportuna de soportes y falencias que se pueden presentar durante la liquidación de las cuentas médicas, con el fin de contribuir a la disminución de las glosas.	Implementando listas de chequeo por cada factura que se genere por evento y paquete en la entidad, y realizando trazabilidad de la persona responsable de la verificación de la factura vs la lista de chequeo.
Reuniones periódicas entre el prestador de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios.	Líder del área de glosas, Líder del área de facturación, Jefe de Oficina de servicios en salud, coordinación médica de la entidad prestadora y auditoría de la entidad responsable del pago de los servicios de salud.	Trimestralmente a partir del 01 de julio del año 2019	Trimestralmente a partir del 01 de julio del año 2019	En la institución prestadora de servicios de salud o en la entidad responsable del pago según acuerdo entre las partes.	Al realizar interacción entre las partes mencionadas se generan estrategias para la solución de glosas que persisten y así llegar a acuerdos para su solución.	Estableciendo las fechas trimestrales desde el contrato, para garantizar la adherencia por parte de ambas entidades.

Verificación y parametrización oportuna de las tarifas desde la contratación.	Gerente de la entidad, Líder de facturación y Líder de glosas.	A partir de la ejecución de cada contrato desde el 01 de julio del año 2019 de forma permanente	A partir de la ejecución de cada contrato desde el 01 de julio del año 2019 de forma permanente	En la institución prestadora de servicios de salud.	Al garantizar unas tarifas oportunas desde la contratación, contribuimos a una buena parametrización del sistema de información para la posterior facturación con el fin de evitar glosas por esta causa.	Contar con un grupo interdisciplinar que permita una adecuada contratación, en la cual se tengan en cuenta todas las variables para prestación de servicios de salud.
Elaborar e implementar un manual de glosas y facturación institucional.	Líder de glosas y Líder de facturación de la entidad.	01 de julio del año 2019	31 de diciembre del año 2019	En Assbasalud ESE.	Por medio de los cuales se genera una estandarización de procesos y funciones los cuales impactarían directamente en las principales causas de glosas.	Con la creación, socialización e implementación obligatoria de los manuales institucionales por parte del personal de la institución.
Implementación de auditoria concurrente por parte de la entidad responsable de pago.	Coordinación médica de la entidad prestadora y Grupo de auditoría de la entidad responsable de pago.	A partir del 01 de julio del año 2019 según la necesidad del servicio	Mensualmente según la necesidad del servicio	En las clínicas de la institución prestadora de los servicios de salud.	Al agilizar el proceso de conciliación de cuentas médicas durante la prestación de servicios se genera disminución de glosas por parte del responsable del pago.	Con auditorias concurrentes pactadas entre las partes durante el mes, antes de la presentación de las cuentas médicas.

Anexo 7. Presupuesto de investigación

TALENTO HUMANO	CANTIDAD	VR UNITARIO	APORTES		VR TOTAL
			FUAA	ESTUDIANTES	
Asesores	20 horas	50.000	X		1.000.000
Investigadores	480 horas	20.000		X	9.600.000
Recurso logístico	3 personas	100.000		X	300.000
Transporte	4 viajes	80.000		X	320.000
Alimentación	4 días	90.000		X	360.000
Copias		100		X	30.000
<b>TOTAL</b>					<b>11.610.000</b>

Anexo 8. Solicitud para realizar trabajo de investigación

