

**CAUSAL DE GLOSA EN LA FACTURACIÓN POR LA PRESTACIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD EN LA IPS ODONTOLÓGICA SANTA MARIA S.A.S EN
EL PRIMER SEMESTRE DE 2017.**

**JENNIFER HERNANDEZ RIVERA
MARIA FERNANDA TORRES GARCIA
ENRIQUE CARLOS GÉREZ GONZALEZ**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
PROGRAMA DE AUDITORÍA EN INSTITUCIONES DE SALUD
PEREIRA
2018**

**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.**

**JENNIFER HERNANDEZ RIVERA
MARIA FERNANDA TORRES GARCIA
ENRIQUE CARLOS GÉREZ GONZALEZ**

**TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN AUDITORIA DE INSTITUCIONES DE SALUD**

**ASESOR TEMÁTICO
CARLOS EDUARDO HERRERA**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
PROGRAMA DE AUDITORÍA EN INSTITUCIONES DE SALUD
PEREIRA
2018**

TABLA DE CONTENIDO

1- Problema.

1.1- Planteamiento del problema.

1.2 - Pregunta problema.

2- Justificación.

3- Objetivos.

3.1 Objetivos generales.

3.2- Objetivos específicos.

3.3- Matriz de objetivos.

4- Marco teórico.

4.1- Marco de antecedentes.

4.2-Marco de referencia.

4.3-Marco conceptual.

4.3.1- Palabras clave.

4.4 - Marco jurídico.

5- Metodología.

5.1- Tipo de diseño de investigación.

5.2- Población.

5.3- Muestra.

5.4- Marco muestral.

5.5- Nivel de observación o análisis.

5.6- Criterios de inclusión y exclusión.

5.7- Variables.

5.8- Plan de análisis.

5.8.1-Recolección de la información.

5.8.2-Validez de los instrumentos.

5.8.3- Tabulación de los datos.

5.8.4- Pruebas estadísticas propuestas para el análisis.

5.9- Presentación de la información.

5.10- Referentes bioéticos.

5.11- Referente medio ambiental.

5.12- Responsabilidad social.

5.13- Población beneficiada.

5.14- Aspectos administrativos.

5.14.1- Cronograma en tabla de Gantt.

5.14.2- Presupuestos.

6- Difusión de los resultados.

- **bibliografía.**

- **anexos.**

1 PROBLEMA.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las glosas son descuentos que afectan de forma parcial y/o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión de cuentas médicas¹. Cabe resaltar que esta disputa entre IPS y EPS luchando, una por lograr el pago de sus servicios prestados y la otra por ahorrar pesos, termina en consecuencia afectando la calidad de la atención de los usuarios de nuestro servicio de salud, debido a que este con el advenimiento de la ley 100 se convirtió en negocio.

En un estudio realizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas se pudo determinar que un rasgo esencial en los sistemas de salud exitosos es la cobertura universal, unida a un servicio de calidad para todas las personas, sin importar su condición social ni la cantidad de ingresos que reciban; por ello, no suelen existir copagos para los servicios sanitarios², es decir que el enfoque principal de estos sistemas es el bienestar integral del usuario, además, en estos casos no se da este pleito por negar un pago de un servicio debido a que el estado es el responsable de la cobertura de toda la población.

Conociendo entonces, la raíz del gran problema de las glosas en Colombia y teniendo en cuenta que es nuestro propio sistema de salud quien lo ocasionó, nos referiremos específicamente a la IPS odontología Santa María de la ciudad de El Cerrito Valle, que es donde se realizará este estudio.

Existe falencia en la IPS con respecto a la articulación entre los colaboradores propios y los funcionarios de la EAPB que manejan las autorizaciones ya que solo a ellos les otorgan este perfil, y le generan a los usuarios autorizaciones para otros prestadores sin pedir consentimiento de la Dirección de la IPS. Por lo tanto son

actividades que descuentan justificando la Glosa en que la entidad no prestó este servicio. De acuerdo a lo anterior y en concordancia con un estudio realizado en el Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia, ^gran parte de las glosas, habrían podido ser evitadas con una adecuado desarrollo de las funciones del personal encargado del área³.

Se encontró además que la información existente de las causas de las objeciones no fue analizada en años anteriores 2014 y 2015 donde inicio la contratación, por tanto se desconocen cuáles son las de mayor incidencia, situación que no ha permitido tomar correctivos tendientes a disminuir las glosas y optimizar los recursos de la IPS ODONTOLOGICA SANTA MARIA S.A.S los cuales se están viendo afectados de una manera importante en el pago de facturas mes a mes.

De acuerdo a la situación observada se debe realizar el análisis de los eventos causales de glosas en la institución para aplicar acciones de mejora inmediatas y realizar la negociación de las mismas para subsanar lo pendiente y tomar decisiones de una manera oportuna y eficaz.

1.2 PREGUNTA PROBLEMA

¿Qué causales de glosa se presentan en la facturación por la prestación de servicios de salud en la IPS Odontológica Santa María S.A.S en el primer semestre del 2017?

2 JUSTIFICACIÓN

Las glosas son objeciones a las cuentas de cobro o facturas presentadas por las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de las facturas y sus respectivos soportes, las cuales pueden determinarse al interior de la misma institución o por las entidades con las cuales se haya celebrado contratos de prestación de servicios, tales como: Empresas Administradoras de planes de Beneficios (EAPB), Administradoras del régimen subsidiado (ARS), Compañías de seguros, Direcciones seccionales de salud y Administradoras de riesgo laboral (ARL). Es un factor que no solo compete a las instituciones prestadoras de servicios de salud, si no que compromete a todos los actores del sistema.

Las Glosas se han convertido para las EPS, en un mecanismo para contener gastos, afectando la liquidez y estabilidad financiera de las IPS y del sistema de salud en general. El proceso de radicación, revisión y pago de facturas está superando los plazos señalados por la ley, ^.... el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura⁴, pero se está extendiendo a más de 180 días, valiéndose de glosas y del cuestionamiento de la pertinencia de las intervenciones generando desequilibrio financiero en las Instituciones.

Por lo tanto, la problemática radica a partir de la inexactitud e inoportunidad de la información suministrada por parte del personal asistencial al centro de facturación, alterando dicho proceso, dando como resultado el aumento de glosas y un impacto negativo en el recaudo de recursos económico para la institución.

El estado colombiano según la Ley 1438 de 2011⁵ emanada por el Congreso de la República en el artículo 56 género regulaciones sobre el pago por parte de las entidades promotoras de salud a los prestadores de servicios de salud estableciendo plazos, condiciones, términos y porcentajes de acuerdo con lo

establecido en la ley 1122 de 2007, emanada por el Congreso de la República, se espera que haya mejoría de este aspecto con el cumplimiento del Decreto 4747 de 2007⁶ y se efectúe el giro directo a las EPS e IPS de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado para el seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados a dicho régimen.

Además del pago del servicios por parte de las entidades con las cuales se suscribe el contrato; se hace necesario la revisión de los mismos pues en estos se determinan aspectos como la población objeto del beneficio, la modalidad de contratación, las tarifas pactadas, la vigencia, los servicios ofertados, los servicios contratados, la forma de pago y si existen acuerdos adicionales como los interés de mora, valor de la cuota moderadora, copagos y recobros. Los requerimientos por parte del contratante como: las característica de la población objeto, los modelos de atención diseñados, indicadores de calidad, certificados de habilitación, autorización, zona geográfica, diseño de la organización de las redes de servicios, diseños y organizaciones de referencia y contrarreferencia.

Las problemáticas de las glosas van más allá de lo expresado, las glosas por índole médico reflejan, otros aspectos como eventos adversos, mala praxis y sus registros pueden coincidir con demandas. Por donde se enfoque el problema, se justifica realizar un estudio que pretenda averiguar la causa más frecuente de glosa, para con ello mostrar un panorama que permita a la entidad ajustar controles y evitar caer en situaciones que puedan ir en detrimento de la institución prestadora de salud.

De acuerdo a lo anterior, cabe resaltar que durante el transcurrir histórico de la IPS Odontológica Santa María S.A.S, este es el primer estudio en el que se realiza un análisis profundo de las causales más frecuentes de glosa y el valor aceptado, que para finalidad del estudio se denomina glosa definitiva, para gestión administrativa y financiera de todas las entidades este aspecto se constituye de

gran relevancia. Se revisarán las glosas, su causal, posteriormente se expondrá a las directivas, para que determine las directrices y controles, con el objetivo de fortalecerse en la red integrada de servicios de salud de la cual hace parte. Además de permanecer vigentes en el mercado de contrataciones y beneficiar a los usuarios que en última es donde también se reflejan los errores.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GENERAL

Identificar mediante la revisión de cuentas las características y las causales de glosa que afectan a la IPS con el fin de implementar planes de mejora durante el primer semestre de 2017.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar las causales de glosas por la prestación de servicios de salud en la IPS Odontológica Santa María S.A.S durante el primer semestre del 2017.
- Socializar los hallazgos con los Directivos y los responsables de la facturación.
- Diseñar un plan de mejora de acuerdo con los hallazgos encontrados para subsanar los causales de glosas.

3.3 MATRIZ DE OBJETIVOS

OBJETIVOS	CONCEPTO	DEFINICIÓN	VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADORES
Identificar mediante la revisión de cuentas las características , y las causales de glosa que afectan a la IPS con el fin de implementar planes de mejora durante el primer semestre de 2017.	GLOSAS	Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de una 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.	Tipos de glosas	Conceptos por los cuales no se hace efectivo el pago por un servicio.	1. Facturación 2. Tarifas 3. Soportes 4. Autorización 5. Cobertura 6. Pertinencia

4. MARCO TEÓRICO

4.1 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 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.

Según el Ministerio de la Protección Social⁷ de la Republica de Colombia, a partir de este periodo se empiezan a presentar 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 unifico la seguridad social para los sectores público y privado, pero a pesar de esto se creó con un marco jurídico ajustado a la realizad económica del país.

El sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos destinados a garantizar a toda la población el servicio de salud en todos los niveles de atención.

El objetivo de este sistema es regular el servicio público esencial en salud y crear las condiciones de acceso al mismo.

La ley 100 de 1993⁸, emanada por la Presidencia de la República, definió la reforma que dio lugar al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia y sentó las bases para la prestación de los servicios de salud a través una red de instituciones privadas y públicas que compiten por el aseguramiento de la población, bajo la supervisión y regulación del Estado.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano está dividido en dos Regímenes: El primero, conocido como el régimen contributivo el cual vincula a los trabajadores formales, los trabajadores independientes, los pensionados y sus familias, este se financia con contribuciones de los empleadores y empleados.

El segundo, denominado régimen subsidiado, vincula a la población pobre y vulnerable que ha sido previamente identificada por el Estado y se financia con el 1% de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de ley. De acuerdo con el Artículo 157 de la Ley 100 de 1993, a partir del año 2000 el Sistema General de Seguridad Social en Salud debería dar cobertura al 100% de la población colombiana a través de los dos regímenes anteriormente mencionados. Sin embargo, a la fecha, no se ha alcanzado aún la cobertura universal, lo cual se puede explicar, de una parte, por la insuficiencia de recursos para cobijar a la población vulnerable a través del régimen subsidiado y, de otra, por la falta de dinamismo en la creación de empleo en el sector formal con la que se determina el aumento de la población beneficiaria del régimen contributivo.

El Sistema de Seguridad social Integral en Colombia se divide en cuatro secciones que se refieren a los componentes principales del Sistema:

- El primer libro trata sobre el Sistema general de pensiones.
- El segundo sobre el sistema general de seguridad social en salud
- El tercero contempla el Sistema General de Riesgos Laborales.
- El cuarto hace referencia a los servicios sociales complementarios.

Los objetivos del sistema general de seguridad social son:

- Garantizar la prestación de los servicios sociales complementarios en los términos de la ley proporcionando al ciudadano mayores garantías
- Garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema.

Los principios de la ley 100 de 1993 son:

- Eficiencia
- Universalidad
- Solidaridad
- Integralidad
- Unidad
- Participación
- Igualdad

Los componentes del sistema son:

- El Sistema General de Pensiones
- El Sistema General de Seguridad Social en Salud
- El Sistema de Riesgos Laborales
- Servicios sociales complementarios

El sistema de seguridad social integral en Colombia constituyó las Entidades promotoras de salud EPS, Instituciones Prestadoras de servicios de Salud I.P.S. Fondos de Cesantías, Sociedades Administradoras de Fondos de Pensiones y Administradoras de Riesgos Laborales ARL, con respecto a esta investigación específicamente se referencian una entidad administradora de planes de beneficio como son: entidades promotoras de salud del régimen contributivo y el fondo de solidaridad y garantías (FOSYGA) como actores principales del pago y por otro lado quien factura los servicios que es IPS Odontológica Santa María S.A.S del municipio de El Cerrito-Valle.

De acuerdo con el artículo 180 de la ley 100 de 1993, la Superintendencia Nacional de Salud autorizará como Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo a entidades de naturaleza pública, privada o mixta, que cumplan con los siguientes requisitos:

- a) Tener una razón social que la identifique y que exprese su naturaleza de ser Entidad Promotora de Salud.
- b) Tener personería jurídica reconocida por el Estado
- c) Tener como objetivos la afiliación y registro de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el recaudo de las cotizaciones y la promoción, gestión, coordinación, y control de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios con las cuales atienda los afiliados y su familia, sin perjuicio de los controles consagrados sobre el particular en la Constitución y la Ley y disponer de una organización administrativa y financiera que permita:

- Tener una base de datos en la cual se pueda mantener información sobre las Características socioeconómicas y del estado de salud de sus afiliados y sus familias.
- Acreditar la capacidad técnica y científica necesaria para el correcto desempeño de sus funciones, y verificar la de las Instituciones, Profesionales y prestadores de los servicios.
- Evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos
- Acreditar periódicamente un número mínimo y máximo de afiliados tal que se obtengan escalas viables de operación y se logre la afiliación de personas de todos los estratos sociales y de los diferentes grupos de riesgo. Tales parámetros serán fijados por el gobierno nacional en función de la búsqueda de la equidad y de los recursos técnicos y financieros de que dispongan las Entidades Promotoras de Salud.
- Acreditar periódicamente el margen de solvencia que asegure la liquidez y solvencia de la Entidad Promotora de Salud, que será fijado por el gobierno nacional.

- Tener un capital social o Fondo Social mínimo que garantice la viabilidad económica y financiera de la Entidad, determinados por el Gobierno Nacional.
- Las demás que establezca la Ley y el reglamento, previa consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.” o quien haga sus veces, según la modificación implementada por la Ley 1122 de 2007.

Para que una Institución Prestadora de Servicios de salud pueda formar parte de la red de prestadores de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB, y esté habilitado para contratar con estos debe cumplir con lo siguiente:

- a)** Tener habilitados los servicios de salud que se vayan a contratar con las entidades, contando con la declaración de habilitación de los servicios presentada ante la Dirección Territorial de Salud correspondiente.
- b)** Encontrarse registrada en el Registro Único de Prestadores del Ministerio de la Protección Social.
- c)** Tener posesionado el revisor fiscal ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- d)** Estar a paz y salvo con el pago de la tasa a la Superintendencia Nacional de Salud, demostrable con la copia de la Resolución de liquidación de la tasa y del último recibo de consignación.
- e)** Estar al día con el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud.
- f)** Definir como parte de la relación contractual las condiciones de atención de los afiliados, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, los procesos de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, los indicadores y estándares de calidad que garanticen la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de la atención en salud.
- g)** Garantizar el acceso a la atención en salud para lo cual la consulta médica general debe ser por lo menos de veinte (20) minutos, así mismo, la atención en

salud no puede ser condicionada al pago de los servicios, conforme la normatividad vigente.

El Decreto 1011 de 2006¹², emanado por la Presidencia de la República considera como prestadores de servicios de salud:

- A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- A los Profesionales Independientes de Salud.
- A los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Se considera como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que deben contar con infraestructura física para prestar servicios de salud. A su vez el artículo 3 del decreto 4747 de 2007, emanado por el ministerio de la protección social adopto las siguientes definiciones:

Prestadores de servicios de salud: Se consideran como Instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.

Entidades responsables del pago de pagos de servicios de salud: Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

En el mismo decreto artículo 5 establece como requisitos mínimos que deben tenerse en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios lo siguiente por parte de los prestadores de servicios de salud:

- Habilitación de los servicios por prestar.
- Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.
- Modelo de prestación de servicios definido por el prestador.
- Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

De igual modo, el artículo 26 del Decreto 1011 de 2006 emanado por la Presidencia de la República, dispone para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará: que el prestador esté inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Para tal efecto la Entidad Departamental y Distrital establecerá los mecanismos para suministrar esta información. Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el Contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes. En el evento en que no se pueda mantener la habilitación la Entidad Departamental o Distrital de Salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas.

El Decreto 4747 de 2007, emanado por el Ministerio de la Protección Social define la red de prestación de servicios como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrareferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta

adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

Dispuso que el modelo de atención, comprenda el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma cómo se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutoria, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrareferencia, permitiendo prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable de pago.

De lo anterior se desprende que las obligaciones surgen entre las entidades responsables de pago y los prestadores de salud debidamente habilitados, con lo que quedan excluidos los consorcios y/o uniones temporales que carecen del requisito sine qua non, es decir la habilitación otorgada por la respectivas Entidades Departamentales y Distritales de Salud, lo cual conlleva a configurarse una intermediación, figura prohibida en el Sistema General de Seguridad Social en Salud conforme lo dispuesto en el párrafo del artículo 6 del Decreto 515 de 2004, así: “Se entiende prohibida toda clase de práctica que genere mecanismos de intermediación entre las ARS y los prestadores de servicios de salud, esto es, la contratación que realice una ARS (hoy EPS´S) con una institución o persona natural o jurídica para que esta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios o de subcontratarla, trasladándose los costos de administración, y reduciendo el pago que por salud debe reconocer a quienes conforman la red de prestadores de servicios de salud de la (EPS-S), esto es al

prestador primario habilitado. La práctica de estos mecanismos de intermediación impedirá la habilitación de la ARS (hoy EPS´S).

De igual modo, el artículo 41 del Decreto 050 de 2003¹⁰, emanado por la Presidencia de la República establece: contratos de capitación y correcta aplicación de los recursos de la seguridad social. Los contratos por capitación que celebren las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), no las relevan de la responsabilidad de garantizar la adecuada prestación del servicio en su función de aseguramiento, frente al usuario y frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los terceros contratados para la prestación de servicios deberán ser entidades o personas debidamente habilitadas para cumplir estas funciones conforme al Decreto 2309 de 2002¹¹, emanado por la Presidencia de la República y demás normas vigentes.

En el numeral 15.3 del artículo 15 del decreto 515 de 2.004¹², emanado por la Presidencia de la República establece: “Se encuentra prohibida cualquier forma de estipulación, acuerdo o franquicia, en virtud de la cual se ofrezcan a través de terceros, planes de beneficios que impliquen por parte de la entidad habilitada y concedente no asumir directamente la responsabilidad del riesgo en salud y del aseguramiento de la población afiliada. Quien incurra en esta práctica será responsable frente a los afiliados y los proveedores, de conformidad con las normas vigentes.”

De lo anterior, esta Superintendencia concluye que no es viable jurídicamente que las entidades administradoras de planes de beneficios, contraten con consorcios y/o uniones temporales para la prestación de servicios de salud de sus afiliados, toda vez que al carecer de la debida habilitación estos no podrían ofertar servicios salud, lo cual conlleva a que dichos consorcios y/o uniones temporales realicen

operaciones de intermediación que se encuentran prohibidas en la normatividad vigente.

Las instituciones prestadoras de salud (IPS) son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc. que prestan el servicio de salud. Pueden ser públicas o privadas. Para efectos de clasificación en niveles de complejidad y de atención se caracterizan según el tipo de servicios que habilitan y acreditan, es decir su capacidad instalada, tecnología y personal y según los procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar.

Baja complejidad: Son aquellas instituciones que habilitan y acreditan en su mayoría servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.

Mediana complejidad: Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecobstetricia con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad, en lo que es el segundo nivel de atención.

Alta complejidad: Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas Instituciones con servicios de alta

complejidad atienden el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POS.

La Ley 100 de 1993, emanada por el congreso de la República norma primordial del Sistema en Colombia, ha tenido modificaciones mediante leyes expedidas por el congreso de la república, una de ellas corresponde a la Ley 1122 de 2007 cuyo objetivo, según lo señala el artículo primero es: "realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.

Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, Inspección, vigilancia, control, organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud".

En el capítulo III art. 13 numeral (d) establece que las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación.

En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la a la presentación de la factura.

De igual modo en el capítulo IV del decreto 4747 de diciembre 7 de 2007, emanada por el Ministerio de la Protección social¹³, reglamenta aspectos sobre el cobro, facturación y glosas entre otros, consignados en los siguientes artículos:

Artículo 21. Reglamenta que Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 22. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas. El Ministerio de la Protección Social expedirá el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 23. Trámite de glosas: las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la radicación 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 el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el Registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando éste sea implementado. 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. En su respuesta a las glosas,

el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar.

La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud. Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador de servicios de salud subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas. Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la ley.

Artículo 24. Reconocimiento de intereses. En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el Artículo 7° del Decreto Ley 1281 de 2002¹³, emanado por la Presidencia de la República, el cual expresa que cuando en el trámite de las cuentas por prestación de servicios de salud se presenten glosas, se efectuará el pago de lo no glosado. Si las glosas no son resueltas por parte de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, en los términos establecidos por el reglamento, no habrá lugar al reconocimiento de intereses, ni otras sanciones pecuniarias. En el evento en que las glosas formuladas resulten infundadas, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura, reclamación o cuenta de cobro y estas cuentas de cobro, facturas o reclamaciones ante las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades territoriales y el FOSYGA, se deberán presentar

a más tardar dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de la prestación de los servicios o de la ocurrencia del hecho generador de las mismas. Vencido este término no habrá lugar al reconocimiento de intereses, ni otras sanciones.

· **Artículo 25.** Registro conjunto de trazabilidad de la factura. Para efectos de contar con un registro sistemático del cobro, glosas y pago de servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social establecerá la estructura y operación de un registro conjunto de trazabilidad de la factura.

· **Artículo 26.** Responsabilidad del recaudo de copagos y cuotas moderadoras. La responsabilidad del recaudo de los copagos y cuotas moderadoras es de las entidades responsables del pago de servicios de salud. En el caso en que se pacte en los acuerdos de voluntades el recaudo de los mismos por parte de los prestadores de servicios de salud, solamente podrán considerarse como parte del pago a los prestadores de servicios de salud cuando exista un recaudo efectivo de su valor.

Además de los aspectos anteriores, se utilizan mecanismos y procedimientos para enviar, dar trámites de respuesta a glosas y los términos que deben ser utilizados en las relaciones entre Prestadores de Servicios de salud y Entidades Responsables de pago de Servicios de Salud los cuales se encuentran definidos en el Decreto 4747 de 2007¹⁴, emanado por el Ministerio de la Protección Social y se establecieron unos formatos, los cuales están contenidos en la resolución 3047 de 2008, emanada por el Ministerio de la Protección social¹³.

La segunda modificación de la Ley 100 de 1993 corresponde a la Ley 1438 de 2011, emanada por el Congreso de la República, según lo señala su artículo primero: "...tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción

coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

Para referirnos a glosas, debemos agregar planes de beneficios, manuales tarifarios y la legislación en auditoría de cuentas, ya que muchas de las glosas están dirigidas a la falta de correlación entre el servicio facturado y la tarifa aplicada o servicio no prestado por cobertura.

Los planes de beneficios son los que están descritos en el decreto 806 de 1998 emanado por la Presidencia de la República:

Plan de Atención Básica en Salud, PAB: Sus contenidos son definidos por el Ministerio de Salud en desarrollo del artículo 49 de la Constitución Política, es de carácter obligatorio y gratuito, dirigido a todos los habitantes del territorio nacional, prestado directamente por el Estado y sus entidades territoriales o por particulares mediante contrato con el Estado.

Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, POS: Es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Contributivo que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto y que está obligada a garantizar a sus afiliados las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y Entidades Adaptadas, EAS, debidamente autorizadas, por la Superintendencia Nacional de Salud o por el Gobierno Nacional respectivamente, para funcionar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sus contenidos son definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud e incluye educación, información y fomento de la

salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, en los diferentes niveles de complejidad así como el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica.

Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POSS: Es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Subsidiado y que están obligadas a garantizar las Entidades Promotoras de Salud, las Empresas Solidarias de Salud y las Cajas de Compensación Familiar debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para administrar los recursos del Régimen Subsidiado.

Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos. (SOAT): El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención en salud derivada de accidentes de tránsito con cargo a la aseguradora del vehículo causante del siniestro o al FOSYGA según sea el caso.

De igual manera, el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará el pago a las IPS por la atención en salud a las personas, víctimas de catástrofes naturales, actos terroristas y otros eventos aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; así como el pago de las indemnizaciones de acuerdo con la reglamentación contenida en el Decreto 1283 de 1996¹⁵, o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Los servicios requeridos y no cubiertos por el SOAT o el FOSYGA en materia de accidentes de tránsito correrán a cargo de la EPS correspondiente siempre y cuando estos servicios se encuentren incluidos en el POS, o por la entidad con la cual el usuario haya tomado un Plan Adicional en Salud siempre y cuando incluya

éste dichos beneficios. Lo anterior, a opción del usuario quien debe expresar su voluntad al respecto en forma libre y espontánea.

Como en lo citado anteriormente, en el Régimen Subsidiado los servicios requeridos y no cubiertos por el SOAT o el FOSYGA en materia de accidentes de tránsito correrán a cargo de la Administradora de Régimen Subsidiado correspondiente, siempre y cuando estos servicios se encuentren incluidos en el POS-S. En caso de que no se encuentren incluidos en el POS-S y el afiliado carezca de capacidad de pago, será atendido en las IPS públicas o privadas que tengan contrato con el Estado con cargo a los recursos de subsidio a la oferta.

Atención inicial de urgencias. El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención inicial de urgencias. El costo de los servicios será asumido por la Entidad Promotora de Salud o administradora del Régimen Subsidiado a la cual se encuentre afiliada la persona o con cargo al FOSYGA en los eventos descritos en el artículo precedente.

Planes Adicionales de Salud, PAS: Se entiende por plan de atención adicional, aquel conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria.

El acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los particulares, como un servicio privado de interés público, cuya prestación no corresponde prestar al Estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias. El usuario de un PAS podrá elegir libre y espontáneamente si utiliza el POS o el plan adicional en el momento de utilización del servicio y las entidades no podrán condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan. Estos planes serán ofrecidos por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las compañías de medicina prepagada y las aseguradoras.

Planes de atención complementaria. (PAC): Son aquel conjunto de beneficios que comprende actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables ni necesarios para el tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento o la recuperación de la salud o condiciones de atención inherentes a las actividades, intervenciones y procedimientos incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud.

Con los planes ya definidos, se tienen presente los manuales tarifarios contenidos en el decreto 2423 de del 31 de diciembre de 1996¹⁶, emanado por la Presidencia de la República determina la nomenclatura, clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios. Los manuales tarifarios han tenido actualizaciones hasta la fecha pero, en la contratación son las EPS y las IPS las que acuerdan las tarifas ceñidos al modelo preestablecido con base en los manuales ISS o SOAT.

Las modificaciones de la normatividad van encaminadas siempre a mejorar y a Fortalecer el sistema General de Seguridad Social en Salud y es función del Estado como se contempla en los siguientes artículos de la Constitución Política de Colombia ¹⁷.

Artículo 2: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución. Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades.

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia,

universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Artículo 365: “Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional”.

Estos referentes, con respecto a la normatividad vigente, los manuales tarifarios y los procesos de atención, son aparentemente claros en sus apreciaciones, sin embargo se cometen errores en la facturación de los servicios causados por partes de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que si bien no ejercen controles oportunos caerían en un caos administrativo e incluso financiero; perspectiva que ha llamado la atención de algunos investigadores.

Lo anteriormente expuesto se pudo evidenciar en un estudio realizado en el hospital San José de Ortega Tolima donde Pérez Lozano expresa “Las principales causas para que en la actualidad se estén presentando glosas en el hospital San José son la falta de un manual de funciones en el área de facturación”¹⁸, es decir, los procesos administrativos son inherentes en el reflejo de las no conformidades.

Un enfoque diferente se aprecia en un estudio realizado por Arana Moreno G¹⁸ quien determina el impacto financiero que se produjo en el último trimestre del 2009 en el servicio de hospitalización de la clínica DIME, por los yerros administrativos en el actuar diario de los profesionales de la salud al no contar con los conocimientos administrativos requeridos.

Otros investigadores homologaron el enfoque de riesgos a la problemática de las glosas en el proceso de facturación, Coral Córdoba A., Otero Gámez J.A¹⁹. Homologaron los riesgos en facturación a lo que ocurre en el seguimiento a riesgos en los sistemas de salud y los clasificaron de la siguiente manera:

Error: falla para completar una acción como estaba planeada o el uso de un plan equivocado para alcanzar una meta.

Evento adverso en facturación: Incidente desfavorable asociado directamente con el acto de facturar, ejemplo no verificar derechos, no verificar plan de beneficios. Todo evento adverso produce como consecuencia aumento de los costos directos e indirectos. Los eventos adversos pueden ser prevenibles cuando se observa que en su ocurrencia hubo fallas en la aplicación del proceso y puede ser no prevenible cuando a pesar de ejecutar el proceso de manera adecuada ocurre como por ejemplo un atentado terrorista que deteriore la estructura del área de facturación y se pierdan soportes y archivos de facturación.

Evento centinela en facturación: Es la consecuencia de un evento adverso, ejemplo: glosa por diferencia de tarifa, glosa por servicio no cubierto por el plan de beneficios. Existen limitantes para intervenir los errores en las instituciones, en primer lugar porque no hay conciencia de los mismos, debido que no disponemos de herramientas de seguimiento y medición. Se desconoce la frecuencia, magnitud y consecuencia de los errores. Muchas veces las Instituciones tienen un alto nivel de tolerancia del error y lo permiten como si fuera algo normal en el proceso. Cuando se le da un enfoque punitivo al error, se genera una barrera para hablar abiertamente de ellos. Es necesario tener presente que los errores ocurren en toda parte porque son inherentes a la condición humana, pero cuando se presentan es necesario afrontar el error en forma institucional, abarcando todos los posibles orígenes y que involucre a todo el personal que participa en el proceso.

4.2 MARCO DE REFERENCIA

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: Servicio corresponde a una actividad no contratada, Servicios prestados por otra entidad sin autorización, usuarios que corresponden a pago por capitación pero que tiene cláusula de cumplimiento de metas para el pago”¹⁹. Por lo que encontramos 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 del corazón de la Fundación Cardiovascular de Colombia, es de origen médico – asistencial”²⁰. El personal asistencial es de 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 diagnósticas 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 técnico científica entre diagnóstico y procedimientos realizados y/o servicios prestados atención de urgencias, hospitalización y ambulatoria”²¹.

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, según Quintana R, Salgado L y Torres D “con la reforma de 1993, el estado le dio la potestad a las EPS para descontar a las IPS aquellos aspectos que considere que presentan una diferencia en los servicios acordados”²².

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 otras²³. 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.

De acuerdo a Arango Quintero MC “La administración de las glosas y devoluciones en una Institución Prestadora de Servicios de Salud es un proceso prioritario por las implicaciones que la oportunidad y calidad de su gestión tienen sobre la información financiera de la misma”²⁴, 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.

Cabe resaltar que de acuerdo a Gallego M at. “Es necesario 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”²⁵. 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.

Formulación de un plan de mejoramiento

Según la circular externa 035 de 2000 “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”²⁶. 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 que retroalimenten todas las variables necesarias que requieran un adecuado proceso de facturación”²⁷. 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 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.

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.

4.3 MARCO CONCEPTUAL

Glosario

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.

Autorización: Es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.

Respuesta a Glosas y Devoluciones: Se interpreta en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

Auditoría: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Factura: Documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a la entidad responsable de pago de servicios de salud por venta de servicios prestados, que debe cumplir los requerimientos exigidos por la DIAN.

4.3.1 PALABRAS CLAVE

Glosa, Factura, Caracterización, Causal de glosa, Facturación

4.4 - MARCO JURÍDICO.

LEY 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
RESOLUCION 2003 DE 2014 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud
RESOLUCION 412 DE 2000 DEL MINISTERIO DE SALUD	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Alteraciones asociadas a la nutrición.

ARTICULO 172 DE LA LEY 100 DE 1993.	Funciones del consejo nacional de seguridad social en salud.
LEY 1258 DE 2008	Por medio de la cual se crea la sociedad por acciones simplificada (SAS).
RESOLUCION 6408 DE 2016	ARTÍCULO 1. OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN. La presente resolución tiene como objeto modificar el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y establecer las coberturas de los servicios y tecnologías en salud que deberán ser garantizadas por las Entidades "Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)". Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, a los afiliados al SGSSS en el territorio nacional en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente
DECRETO 4747 DE 2007	Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones"
DECRETO 4747 DE 2007 ART 22	MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS. El Ministerio de la Protección Social expedirá el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
DECRETO 4747 DE 2007 ARTICULO 23	TRÁMITE DE GLOSAS. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) 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

	<p>alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando este sea implementado. 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.</p>
RESOLUCION 3047 DE 2008	<p>Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007</p>
ACUERDO 256 DE 2001	<p>POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS" DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL SEGURO SOCIAL "EPS-ISS".</p>
DECRETO 2423 DE 2006	<p>ARTÍCULO 1:- CAMPO DE APLICACIÓN: El presente Decreto será de obligatorio cumplimiento para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas. Las entidades privadas deberán aplicarlo obligatoriamente cuando se trate de atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas, atención inicial de urgencias y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.</p>
Decreto 1281 de 2002	<p>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.</p>
Decreto 1011 de 2006	<p>Proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa.</p>
Ley 1438 de 2011	<p>Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del</p>

	<p>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 acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.</p>
--	---

5. METODOLOGÍA

5.1- TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN. Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo de corte transversal debido a que se realiza la caracterización de glosas producto del proceso de atención en la IPS Odontológica Santa María del municipio de El Cerrito/valle durante el primer semestre de 2017,

5.2 POBLACIÓN. Número de glosas en facturación por la prestación de servicios de salud prestados por la IPS Odontológica Santa María S.A.S durante el primer semestre de 2017

5.3. MUESTRA: Todas las glosas realizadas durante el primer semestre del 2017 a la IPS Odontológica Santa María S.A.S

5.4 MARCO MUESTRAL: Se utilizó base de datos la cual contenía facturas en las que se presentaban glosas por la prestación de servicios en la IPS Odontológica Santa María del municipio de El Cerrito-Valle durante el primer semestre de 2017 y que a su vez constituye en una fuente de información secundaria.

5.5- NIVEL DE OBSERVACIÓN O ANÁLISIS. Facturación auditada y glosada por la entidad responsable de pago durante el primer semestre de 2017.

5.6- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Facturas con glosas en la prestación de servicios de salud en la IPS Odontológica Santa María S.A.S durante el primer semestre de 2017.
- Factura con glosa definitiva en la prestación de servicios de salud la IPS Odontológica Santa María S.A.S durante el primer semestre de 2017

Criterios de exclusión:

- Facturación con glosas en la prestación de servicios de salud en la IPS Odontológica Santa María S.A.S durante el primer semestre de 2017 que hayan sido levantadas.
- Facturación con glosa en la prestación de servicios de salud que correspondan a un periodo diferente.

5.7 VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Concepto	Definición	Variable	Definición	Categoría	Nivel de medición	Indicador	Pregunta
Caracterización de las glosas	Dependencia de la IPS en la que se genera la no conformidad	Servicio	Servicios en los que se presentan las glosas	Radiología P y P Odontología Laboratorio	Nominal	Suma total de las glosas de la ips dividido el número de glosas del servicio por 100	¿Qué servicio presenta el mayor número de glosas? Radiología P y P Odontología Laboratorio
	Motivo por el cual se glosa una cuenta.	Tipo de glosa	Motivo glosa	Motivo de glosa: Facturación Tarifas Soportes Autorización Cobertura Pertinencia	nominal	Suma total de las glosas de la ips dividido el número de glosas del motivo de glosa por 100	¿Cuál es el mayor motivo de glosas?
	Mes del semestre donde se presentaron las glosas	Mes	Mes donde se presenta el mayor número de glosas	Enero Febrero Marzo Abril Mayo Junio	nominal	Cantidad de glosas que se realizan durante cada mes	Cuál es el mes del Semestre que más glosas genera: Enero Febrero Marzo Abril Mayo Junio

5.8 PLAN DE ANÁLISIS

5.8.1-RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La base de datos de las glosas de la IPS ODONTOLÓGICA SANTA MARÍA S.A.S en el primer semestre 2017.

Manual único de glosas, devoluciones, respuestas y unificación. Resolución 3047 de 2008 modificada por la resolución 416 de 2009.

Programa Excel

5.8.2 VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS: Se utilizó fuente de información secundaria extraída del instrumento Registro de glosas, tramite 2017-1, el cual es usado por la clínica en su proceso de glosa.

5.8.3 TABULACIÓN DE LOS DATOS: Para la tabulación de la información se realizaron los respectivos cruces de la información en el programa Excel 2010 el cual permitió a los investigadores resolver los objetivos de este trabajo.

5.8.4 PRUEBAS ESTADÍSTICAS PROPUESTAS: Se realizará un cruce de información mediante un univariado el cual nos permitió la revisión de frecuencias absolutas, frecuencias acumuladas, peso porcentual, frecuencia por mes.

5.9 PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN: La información será presentada en diapositivas con gráficas de barras.

5.10 REFERENTES BIOÉTICOS: Por tratarse de un trabajo con fines académicos pero que requiere acceso a información confidencial, en la solicitud que se le realizó a la IPS se garantizó el respeto a la confidencialidad de la información suministrada. La IPS llevo la solicitud a comité institucional de Ética y lo aprobó como se puede observar en el Anexo. 2

Los investigadores se comprometen a cumplir con lo establecido en el tratado de Helsinki, además de la normatividad nacional Resolución 008430 de 1993. Esta es

una investigación sin riesgo, no genera perjuicio o daño alguno a la comunidad ni al medio ambiente.

5.11- REFERENTE MEDIO AMBIENTAL.

Este trabajo tiene como fin dar más agilidad a los trámites administrativos de los servicios de salud para garantizar una mejor calidad de vida de los usuarios, teniendo además un compromiso con el medio ambiente promoviendo el reciclaje y clasificación de desechos como método saludable en el interior de las instituciones. Todos los elementos usados en este trabajo serán de tipo reciclable o de mínima contaminación para el medio ambiente.

El compromiso ambiental debe ser responsabilidad de todas las personas, pero en especial de quienes crean empresa o son líderes de instituciones para beneficiar de una mejor manera la comunidad. Esto es respaldado por la Ley 99 de 1993²⁸. 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.

5.12- 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 responsables para adoptar entornos y condiciones de bienestar social y estilos de vida saludable. 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.

5.13- POBLACIÓN BENEFICIADA.

La población beneficiada son Gerente, empleados y usuarios, evitando las demoras en los pagos de las glosas que afectan la inestabilidad financiera de la empresa.

Si estas disminuyen los trabajadores obtendrían su pago a tiempo, mejoraría el sentido de pertenencia, mejora la actitud y así se encuentran dispuestos a mejorar en sus labores, estableciendo medidas de control en disminución de glosas.

5.14- ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.

El Cerrito fundado en 1825 por el presbítero Manuel José Guzmán, fue declarado municipio en 1846. Cuenta con una población de 57 749 habitantes, su territorio está dividido en dos regiones: una plana a orillas del río Cauca y otra montañosa en la cordillera central. El Cerrito es región Agrícola e industrial. Posee importantes cultivos agrícolas, altamente tecnificados como la caña de azúcar, cosechas temporales como cebolla junca, papa, fríjol, algodón, soya, maíz, sorgo, millo y arroz y cultivos permanentes de uva y frutales. En el sector industrial se destacan empresas como la del cuero.

El 10% del valor agregado industrial es aportado por los ingenios y refinerías de azúcar, los cuales generan cantidad de empleo agrícola. Tienen sede en Cerrito el Ingenio Providencia y la Fábrica de los famosos Panderitos Kist. A la bondad de las tierras y el clima cálido moderado, se ha sumado un fuerte impulso de las instituciones agrarias, centros de investigación, el sector financiero e industrial y muy especialmente el sector turístico.

En esta tierra se encuentran la más hermosas y viejas haciendas del Valle del Cauca, entre ellas: La Hacienda el Paraíso, construida en el siglo XVIII ubicada en un idílico lugar sobre las estribaciones de la cordillera central, desde donde se puede apreciar una completa panorámica del Valle del Cauca. Fue en esta hacienda donde el escritor vallecaucano Jorge Isaacs recreó su novela "María".

La casa de la hacienda, de influencia española, recuerda con sus amplios y frescos corredores, sus grandes habitaciones y solares, sus patios y jardines, todo un pasado romántico y nostálgico.



Fuente: Alcaldía de El Cerrito 03 noviembre 2012. Publicado en la página oficial de la alcaldía de El Cerrito-Valle

La IPS ODONTOLOGICA SANTA MARIA S.A.S, institución debidamente habilitada que cuenta con un área de 600 metros cuadrados, construidos estratégicamente para el servicio de los usuarios. Nuestra Institución cuenta con capacidad para la prestación de los Servicios de Salud Nivel I.

Se encuentra Ubicada en la carrera 10 N° 5-09. En el municipio de El Cerrito Valle, Creada mediante la articulación de procesos administrativos eficientes, con una sana ejecución de ética profesional. La IPS Odontológica Santa María S.A.S tiene a disposición de la comunidad profesionales calificados y equipos de última generación en cada una de sus diferentes líneas de servicio.

Su objeto social es la prestación de los Servicios Médico Asistenciales, la Elaboración y Ejecución de Programas Especiales de Salud con base en un Sistema de Garantía de Calidad en Salud que ha permitido su fortalecimiento y posicionamiento en las IPS Adscritas a Coomeva EPS, Regional Suroccidente, gracias al desempeño ético e idóneo de su Talento Humano y la permanente innovación tecnológica y estrategias en las áreas de Promoción, Prevención, Rehabilitación y Tratamiento de la Salud, brindando a nuestros afiliados y clientes particulares servicios de la más alta Calidad dentro de un ambiente de respeto, confianza y honestidad.



Fuente: Portafolio IPS Odontológica Santa María S.A.S

MISIÓN

Somos una Institución Prestadora de Servicios de Salud de primer nivel de complejidad comprometida con el mejoramiento de la salud de nuestra población, a través de un equipo humano calificado, una infraestructura acorde con los servicios que oferta y con una cultura de calidad que nos lleva a mantenernos en una mejora continua permanente.

VISIÓN

Ser reconocidos al año 2020 como una empresa líder en la prestación de servicios de salud, generando confianza en nuestros usuarios.

POLÍTICA DE CALIDAD

La política de Calidad de IPS ODONTOLÓGICA SANTA MARÍA S.A.S, consiste en: trabajar con lineamientos de calidad, mejora continua, oportunidad y capacitación profesional, ofreciendo servicios que cumplan con las políticas de salud.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE CALIDAD

- Garantizar la prestación del servicio de forma confiable y segura cumpliendo con todos los requisitos exigidos por el SOGCS, enfocada en la satisfacción de los usuarios.
- Asegurar la prestación de los servicios con un equipo humano que cumpla los perfiles y las competencias necesarias para la atención de los usuarios.

- Mantener información confiable y oportuna para realizar seguimiento a los indicadores y facilitar la toma de decisiones, generando acciones que mejoren el desempeño asistencial y financiero.
- Contribuir con el desarrollo del Talento Humano de la Institución, fomentar el autocontrol y la cultura organizacional con vocación de servicio.
- Trabajar por la optimización de los recursos y el mejoramiento continuo de los procesos de la IPS.

Los servicios ofertados son:

- Consulta externa de medicina General
- Consulta Prioritaria
- Consulta especialistas
- Programas de Promoción y Prevención
- Consulta odontológica
- Laboratorio clínico

POBLACIÓN ATENDIDA

- Usuarios de Coomeva Eps y Particular

EMPRESA

Julio García y Cristóbal Casanueva, autores del libro "Prácticas de la Gestión Empresarial", definen la empresa como una "entidad que, mediante la organización de elementos humanos, materiales, técnicos y financieros proporciona bienes o servicios a cambio de un precio que le permite la reposición de los recursos empleados y la consecución de unos objetivos determinados (12).

SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA S.A.S

Es una sociedad comercial de capital, estimula el emprendimiento debido a las facilidades y flexibilidades que posee para su constitución y funcionamiento. Fue creada por la ley 1258 de 2008, además del decreto 2020 de junio de 2009. Basándose en la antigua ley de emprendimiento (1014 de 2006)²⁹.

IPS

Instituciones prestadoras de servicios. Es decir, todos los centros, clínicas y hospitales donde se prestan atención de urgencia o de consulta externa.

MISIÓN

Es el motivo, propósito, fin o razón de ser de la existencia de una empresa u organización porque define lo que pretende cumplir en su entorno o sistema social en el que actúa, lo que pretende hacer y el para quién lo va a hacer.

VISIÓN

Se refiere a lo que la empresa quiere crear, la imagen futura de la organización.

VALORES CORPORATIVOS

Son elementos propios de cada negocio y corresponden a su cultura organizacional, es decir, a las características competitivas, condiciones del entorno y expectativas de sus grupos de interés como clientes, proveedores, junta directiva y los empleados.

SOLIDARIDAD

Es ese sentimiento que se siente y da ganas de ayudar a los demás sin intención de recibir algo a cambio.

RESPETO

El respeto es un valor basado en la ética y en la moral. Una persona cuando es respetuosa acepta y comprende las maneras de pensar y actuar distintas a las de ella, también trata con sumo cuidado todo aquello que lo rodea.

TRABAJO EN EQUIPO

El trabajo en equipo consiste en realizar una acción entre un grupo de personas. Esta modalidad de trabajo requiere un amplio sentido de la unión y empatía de los integrantes del grupo.

CONFIANZA

Es la creencia, esperanza y fe persistente que alguien tiene, referente a otra persona, entidad o grupo en que será idóneo para actuar de forma apropiada en una situación o circunstancia determinada.

CALIDAD

La Calidad es aquella cualidad de las cosas que son de excelente creación, fabricación o procedencia, Calidad describe lo que es bueno, por definición, todo lo que es de calidad supone un buen desempeño.

POLÍTICA DE CALIDAD

Es un breve documento de una extensión no mayor a una hoja que se integra en el manual de calidad y que demuestra el compromiso de la dirección de implantar un sistema de gestión de la calidad orientado a la atención del cliente y a la mejora continua.

SALUD

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

5.14.1- CRONOGRAMA EN TABLA DE GANT

ACTIVIDADES	2017 - 2018						
	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL
Determinación del tema objetivo del estudio y elaboración del estudio del arte y fichas bibliográficas.							
Revisión bibliográfica y diseño del anteproyecto							
Marco Teorico							
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							

5.14.2- PRESUPUESTO

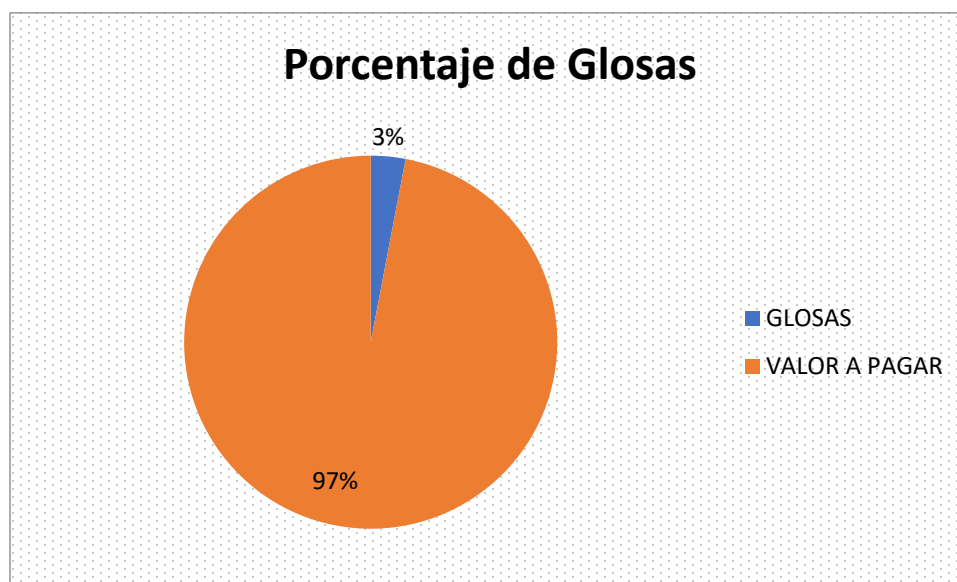
Recurso humano	Hora mes	Valor hora	Total horas	Total mes	Recursos propios	Recurso univ	Total neto
Investigador estudiante	60	\$ 20.000	240	\$ 1.200.000			
Asesores	10*2	\$ 40.000	20	\$ 1.600.000		\$ 1.600.000	
Papelería y otros				\$ 300.000	\$ 300.000		
Internet	30	\$ 1.100	240	\$ 33.000	\$ 264.000		
Celular	3	\$ 8.000	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 DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Los resultados se sustentarán en la Fundación Universitaria del Área Andina Seccional Pereira y posteriormente a los Directivos de la Ips Odontológica Santa María S.A.S

6.1- RESULTADOS.

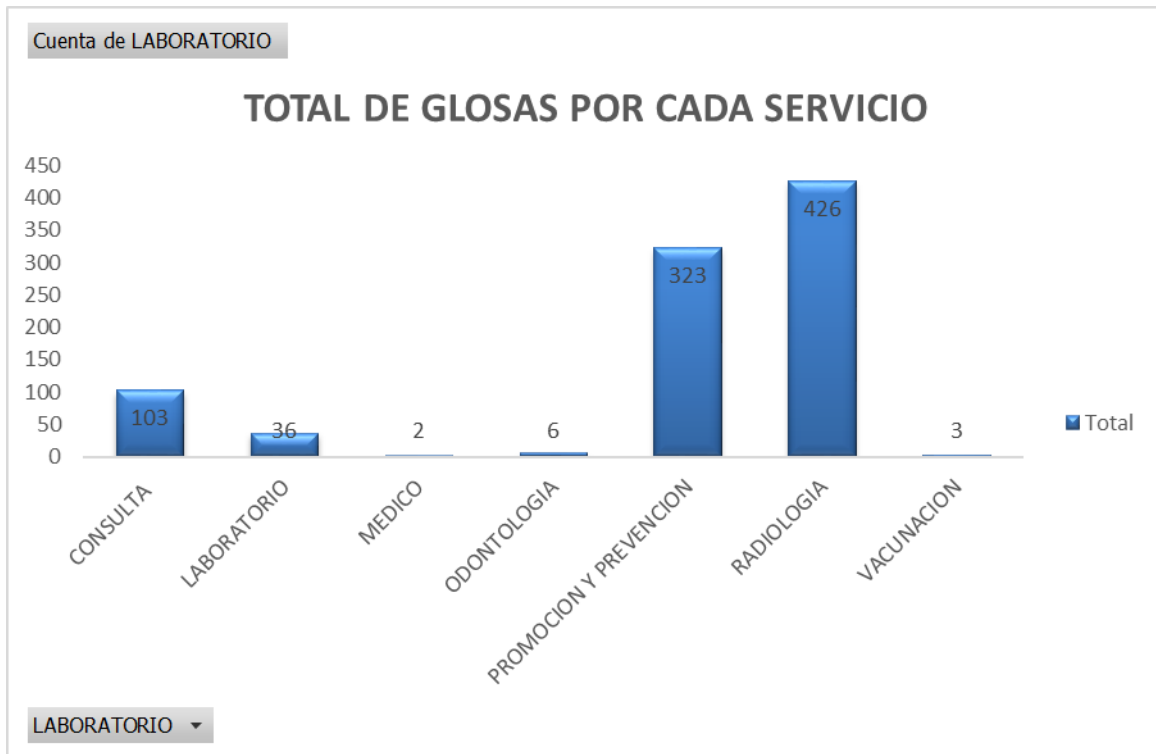
Grafica 1. Porcentaje de glosas del semestre



Análisis del promedio de glosas reportadas en el primer semestre de 2017 en los servicios de consulta externa de Ips Odontológica Santa María S.A.S

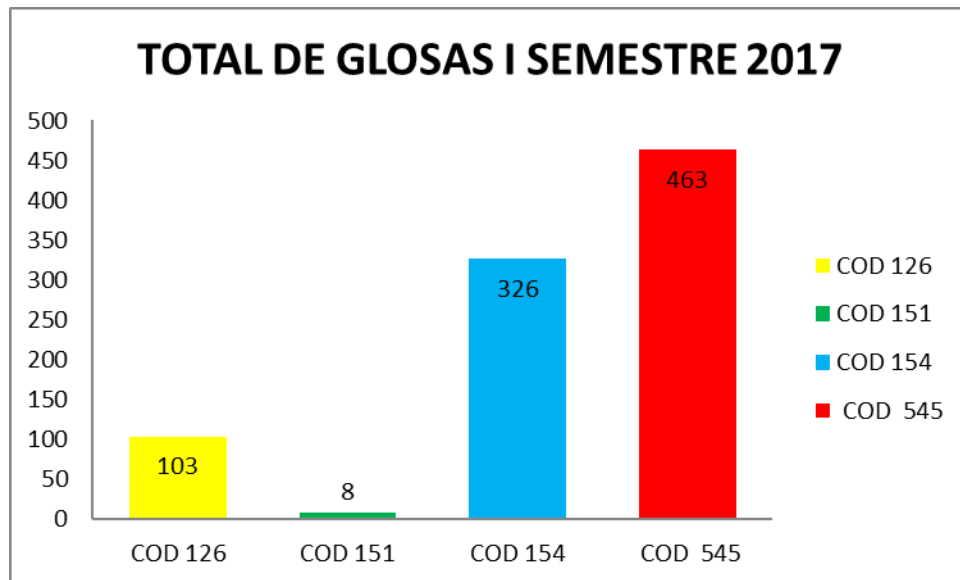
Total de glosas primer semestre de 2017 de la Ips Odontológica Santa María S.A.S

Gráfica 2. Total de glosas por cada servicio presentadas en el primer semestre de 2017.



En el análisis de las glosas realizadas encontramos que el mayor número de estas se presentan por el servicio de radiología con 426 glosas seguido de actividades de promoción y prevención con 323 y finalmente por actividades de consulta con 103 glosas.

Gráfica 3. Total Glosas reportadas en el primer semestre de 2017 en la Ips Odontológica Santa María S.A.S



En la gráfica se analiza las glosas correspondientes al primer semestre de 2017 con una muestra de 900 glosas reportadas, donde se observa que la principal glosa con 463 reportes corresponde servicios no pactados en la contratación (COD 545).

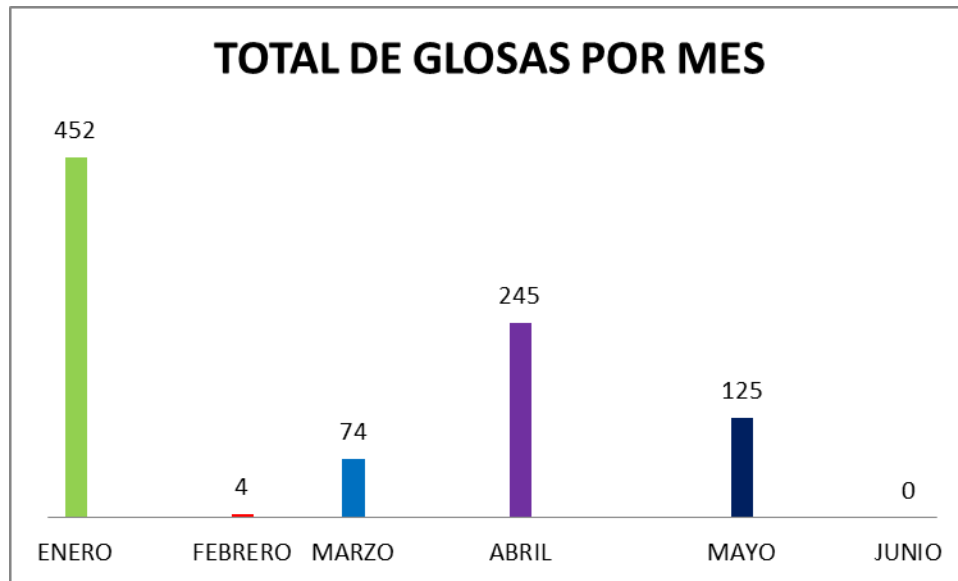
Seguida de 326 glosas por incumplimiento de actividades de Promoción y Prevención las cuales están pactadas en la contratación y al no realizarse presentan la glosa de incumplimiento. (COD 154).

La tercera glosa más significativa con 103 reportes es por facturar servicios que se encuentran dentro de la capitación y no se realizan si no que se derivan a otro prestador. (126).

El último reporte con 8 glosas corresponde a pacientes que se han realizado actividades con otro prestador sin pedir autorización y se encuentran en la capitación. (COD 151).

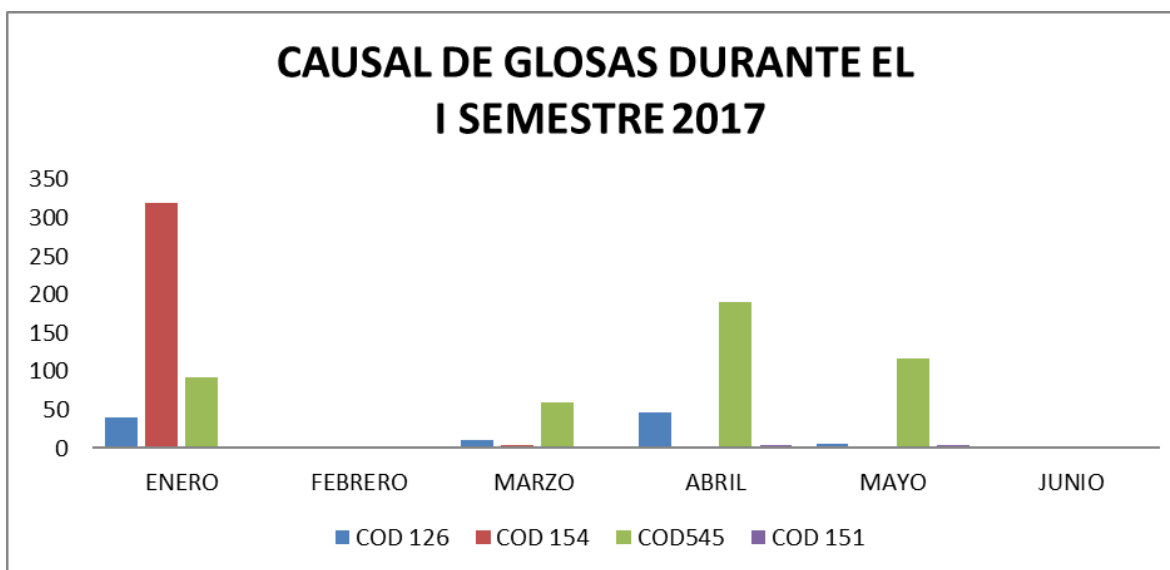
CÓDIGO	NUMERO DE GLOSAS	OBSERVACIÓN
COD 545	463	Aplica cuando en la factura se cobra un servicio que no se encuentra establecido entre las partes.
COD 154	326	Aplica cuando el prestador incumple o no demuestra el cumplimiento en las metas pactadas en cobertura, oportunidad y resolutivez pactadas en el contrato por capitación. El valor de la glosa, será la proporción que se haya acordado, de acuerdo con los criterios de evaluación establecidos en el acuerdo de voluntades.
COD 126	103	Aplica cuando se factura por evento un servicio prestado a un usuario cápitado. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente.
COD 151	8	Aplica cuando se realizan descuentos al valor a pagar por concepto de capitación, originados en los pagos de servicios incluidos en el contrato de capitación y que por motivo de atención de urgencias, remisión de la IPS contratista o imposibilidad de prestarlo, el servicio es efectivamente prestado por otro prestador.

Gráfica. 4 Total de glosas reportadas por mes durante el primer semestre de 2017 en la IPS Odontológica Santa María S.A.S



En este grafico se puede observar que el mes con mayor número de glosas presentadas fue Enero con 452 reporte que equivale a un 50.2% de glosas en el semestre, seguido de abril con 245 reportes y un 27.2%.

Gráfica. 5 Causal de glosas reportadas en cada mes del primer semestre de 2017 en la IPS ODONTOLOGICA SANTA MARIA S.A.S



En esta grafica observamos que la glosa con mayor número de registros durante el semestre fue la del código 154 con 319 glosas en el mes de enero 2017, pero la glosa con código 545 es la más frecuente porque la tenemos en todos los meses del semestre. Por lo tanto estas Glosas deben ser priorizadas en el plan de mejoramiento que se debe instaurar en la Ips Odontológica Santa María S.A.S.

CONCLUSIONES

Caracterización de las glosas

En cuanto al análisis se obtuvo el total de la causa de glosas ya que todas estaban reportadas en el archivo que facilitaron para el estudio.

Se identificó que la mayor cantidad de reportes de glosas corresponden a ayudas diagnósticas y de acuerdo a la codificación es por no tener el servicio pactado en la contratación, aun así la EPS continúa generando el no pago por estos procedimientos.

La segunda glosa más reportada es el incumplimiento de las metas en las actividades de promoción y prevención debido a que son muy altas para dar el cumplimiento esperado

El tercer reporte corresponde a Consulta Médica , ya que los pacientes al no encontrar cita para el mismo día acuden al Hospital Local para su atención y por no ser una urgencia vital le recobran a la IPS por ser un servicio cápitado.

Continúa las glosas por laboratorio clínico ya que en la contratación cuentan con unos laboratorios especializados o pruebas exóticas y no se realizan en la IPS por lo cual deben remitir a otro prestador y son motivo de glosa por parte de la EPS.

Las demás glosas como odontología, consulta de especialista y vacunación se dan por falta de soporte en la facturación.

CAUSAS DE LAS GLOSAS

- La mayor cantidad de reportes de glosas corresponden al servicio de ayudas diagnosticas no contratadas y no se ha logrado cambiar el contrato con la EPS para retirar estos servicios.
- 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.
- El Contrato que tienen actualmente entre las partes afecta la IPS ya que cuenta con servicios que no presta, y aparecen otros que no fueron parte del acuerdo de servicios, sin embargo la EPS no dilata el proceso para el cambio de contrato o retiro de servicios.
- La alta demanda de Consultas médicas hace que la oportunidad de atención no pueda ser en el mismo día por lo que algunos usuarios acuden al hospital local para buscar una atención más eficiente y oportuna.

RECOMENDACIONES

Dirigidas para los directivos, auditor, enfermera coordinadora de promoción y prevención y Auxiliares administrativos:

- Realizar cambio de contrato con la EPS lo más rápido posible para no seguir generando glosas por servicios que no prestan o que no están pactados.
- Sensibilizar y retroalimentar al personal de Facturación sobre la importancia de los soportes de las atenciones brindadas, y así lograr impactar positivamente pensando en las finanzas de la empresa y de los mismos trabajadores.

- Realizar un proceso de auditoria estricto para realizar los cambios que se requieran de forma oportuna y evitar que los pacientes consulten en otras entidades para disminuir el gasto.
- La Dirección debe realizar un proceso de auditoría para detección oportuna de las desviaciones en los procesos de atención, poniendo en conocimiento estos eventos de forma inmediata a las áreas encargadas y apoyar en su solución y mejoramiento.
- Realizar mensualmente seguimiento a las glosas generadas por la EPS y así poder proponer y ejecutar un plan de mejora inmediato, así evitaren glosas posteriores por la misma causa.
- Sensibilizar al personal que atiende Promoción y prevención en la importancia del cumplimiento en las metas ya que el incumplimiento de las mismas representa un déficit financiero importante para la empresa y que la lleva a una inestabilidad reflejándose en reducción del personal o retraso en los pagos de salarios.
- Revisar y validar que las facturas tengan los soportes pertinentes y que los procedimientos realizados coincidan con lo facturado.
- Establecer indicadores con los que se pueda medir la mejora del proceso.

BIBLIOGRAFIA

1. LEY 1231 de 2008 nivel nacional disponible www.alcaldiabogota.gov.co
2. Estudio: Rasgos distintivos de los sistemas de salud, disponible en : <http://achc.org.co/documentos/Linea-investigacion/Rasgos-distintivos-de-los-sistemas-de-salud.pdf>
3. ANALISIS DE LAS CAUSAS DE GLOSAS EN LA ESPECIALIDAD DE ORTOPEDIA EN LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL MUNICIPIO DE SANTA FE DE ANTIOQUIA EN EL AÑO 2014. Disponible en:http://bdigital.ces.edu.co:8080/jspui/bitstream/10946/609/1/Analisis_Causas_Glosas_Ortopedia.pdf
4. Ley 1122 de 2007 Nivel Nacional - Consulta de la Norma: www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600
5. Ley 1438 de 2011 - Parte 1. Disponible en: www.secretariasenado.gov.co/senado/.../ley/2011/ley_1438_2011.ht.
6. . Decreto 4747 de 2007. Disponible en: www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=27905
7. Ministerio de la Protección Social. Afiliación, pago y recaudo de aportes al Sistema general de seguridad social en salud. [Internet]. [citado 23 mar 2018]. disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/APAGO%20Y%20RECAUDO.pdf>
8. Ley 100 de 1993 disponible en: <http://www.secretariasenado.gov.co>
9. Decreto 1011 de 2006 nivel nacional disponible en :www.alcaldiabogota.gov.co
10. Decreto 50 de 2003 nivel nacional disponible en : www.alcaldiabogota.gov.co
11. Decreto 2309 de 2002 nivel nacional disponible en: www.alcaldiabogota.gov.co
12. Decreto 515 de 2004, disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=12936>
13. Decreto ley 1281 de 2002, disponible en: www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5354

14. Resolución 3047 de 2008. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/>
15. Decreto 1283 de 1996 Nivel Nacional - Consulta de la Norma:
www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=12798
16. Decreto 2423 de 1996. Disponible en: [ww.alcaldiabogota.gov.co/prensa_new/](http://www.alcaldiabogota.gov.co/prensa_new/)
17. Constitución Política de Colombia. Disponible en: www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/norma1.jsp?i=4125
18. Pérez Lozano E. Análisis de la generación de glosas en un Hospital Social del Estado, una aproximación al caso del Hospital San José Ortega Tolima. [Internet].2015. [citado 14 mar 2018].
19. Arango M. Fernández A. Modelo de administración de glosas en la IPS universitaria de la ciudad de Medellín. [Internet].2011. [citado 23 mar 2018]. Disponible en: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1506/2/Modelo_Adm on_Glosas_%20IPS_Universitaria.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1506/2/Modelo_Adm_on_Glosas_%20IPS_Universitaria.pdf)
20. 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 23 mar 2018]. Disponible en: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/303/2/disen o_sistem a_codificacion_glosas_facturacion_ips.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/303/2/disen%C3%B3_sistema_a_codificaci%C3%B3n_glosas_facturaci%C3%B3n_ips.pdf)
21. Buitrago O. Serguei J. Zabala A. Identificación de fallas y presentación de oportunidades de mejora en la IPS Clínica Piedecuesta en el segundo semestre de 2010. [Internet].2011. [citado 23 mar 2018]. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1495/2/Identificacion_fallas_IPS_clinica.pdf
22. Quintana R, Salgado L, Torres D. Gestión de glosas para prestadores de servicios de salud. [Internet].2016. [citado 03 abril 2018]. Disponible en: <http://repository.usergioarboleda.edu.co/handle/11232/970>

23. Molina Marin G, Vargas Jaramillo J. Decision related conflicts in health care. Ethics, constitutional rights and responsibilities faced with the financial profitability of the Colombian health care. [Internet].2010. [Citado 03 abril 2018]
24. Arango M, Fernandez A. Modelo de administración de glosas en la IPS universitaria de la ciudad de Medellín. [Internet].2014. [citado 03 de abril de 2018]. Disponible en:
<http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/1506>
25. Gallego M, Corrales M, Gomez I. Auditoría al proceso de facturación del Servicio de Hospitalización del Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado, Antioquia. [Internet].2013. [citado 03 de abril de 2018]. Disponible en:
http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1838/2/Auditoria_Facturacion_servicio_HMUA.pdf
26. Circular externa N 035 de 2000. Disponible en:
http://www.nuevaleislacion.com/files/susc/cdj/conc/cext_cgn_35_00.pdf
27. Aldana C. Descripción del proceso de gestión de glosas en el Hospital San Juan de Dios en el Municipio de Santa Fe de Antioquia en el año 2011. [Internet].2011. [citado 03 de abril de 2018]. Disponible en:
http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1444/2/Descripcion_proceso_gestion.pdf
28. la Ley 99 de 1993. Disponible en:
<http://www.humboldt.org.co/images/documentos/pdf/Normativo/1993-12-22-ley-99-crea-el-sina-y-mma.pdf>
29. Ley de emprendimiento 1014 de 2006. Disponible en:
<https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-94653.html>

ANEXOS

El Cerrito Valle, 06 de Octubre de 2017

SEÑORA
MARCELA VILLA GONZALEZ
GERENTE
IPS ODONTOLOGICA SANTA MARIA S.A.S

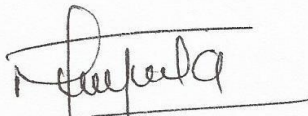
ASUNTO: SOLICITO DE ANALISIS DE DATOS

Cordial Saludo,

De acuerdo al asunto de referencia nos permitimos solicitarle su apoyo para realizar un trabajo de análisis de datos de las Glosas presentadas durante el segundo trimestre del año 2017, en la institución que usted representa, ya que estamos cursando la ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN INSTITUCIONES DE SALUD en la Fundación Universitaria del Área Andina de la ciudad de Pereira Risaralda, el anteproyecto de grado titulado **"CAUSAL DE GLOSA EN LA FACTURACION POR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA IPS ODONTOLOGICA SANTA MARIA S.A.S EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DE 2017"** nos permitirá además de realizar nuestro proyecto darle a conocer los resultados para realizar los planes de mejora correspondientes que serán beneficiosos en el proceso financiero de la empresa.

Reiteramos que el proyecto de grado cuenta únicamente con fines académicos y nos comprometemos a no utilizar los datos para otro fin guardando la confidencialidad de los mismos.

Atentamente



MARIA FERNANDA TORRES GARCIA
REPRESENTANTE DE LOS ESTUDIANTES
PROYECTO DE GRADO



IPS ODONTOLOGICA
SANTA MARIA S.A.S
NIT 900 211 462-1
06-10-2017



ACTA No 007-2017-10

CODIGO	
VERSION:	1
PAGINA:	1 de 1

DIA:	20	MES:	Octubre	AÑO:	2017
------	----	------	---------	------	------

TEMA: COMITÉ DE ÉTICA	HORA INICIAL: 08:00 am HORA FINAL: 12:00 pm
--------------------------	--

AGENDA: <ul style="list-style-type: none">Análisis de solicitud de proyectos	CONVOCADOS: <ul style="list-style-type: none">DirectoraUn representante de los médicosCoordinador SIAULíder de calidad
FACILITADOR: María Fernanda Torres G.	RESPONSABLE ACTA: Michael Peña Velasco

GENERALIDADES DE LA REUNIÓN / DESARROLLO AGENDA / CONCLUSIONES Y DECISIONES

El director general, da inicio a la reunión de **COMITÉ DE ÉTICA** de la **IPS ODONTOLÓGICA SANTA MARÍA S.A.S – Sede Florida**.

Donde se analizara solicitud expuesta por estudiantes de la Fundación Universitaria del Área Andina para optar al título de **“AUDITORIA EN INSTITUCIONES DE SALUD”**.

La petición se basa con el fin de contar con la autorización para estudio de causales de glosas en la institución.

Las estudiantes reiteran que el proyecto únicamente cuenta con fines académicos y se comprometen a no utilizar los datos para otro fin, guardando la confidencialidad de los mismos.

En consenso con el comité y evaluando los fines académicos del proyecto, se otorga la respectiva autorización y se hace entrega del reporte de los datos financieros del segundo trimestre de 2017 de la institución.

Las estudiantes se comprometen a socializar los resultados para que la institución implemente planes de mejora sobre los mismos.

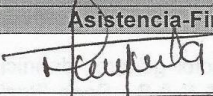
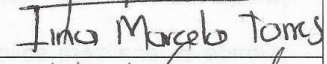
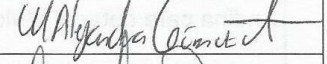
Este comité aprueba la solicitud según acta 007-2017-10.

Dada en Florida valle a los veinte (20) días del mes de octubre de 2017

MARCELA VILLA G.
MARCELA VILLA GONZALEZ
GERENTE
IPS ODONTOLOGICA SANTA MARIA S.A.S.

PRÓXIMA REUNIÓN	NOTAS
Año: 2017 Mes: 11 Día: 17 Lugar: Oficina administrativa de la IPS ODONTOLOGICA SANTA MARIA Hora: 8:00 AM	

FIRMAS ASISTENTES: ACTA DE REUNIÓN No.007-2017-10

CONVOCADOS/ASISTENTES		
Nombre	Cargo/Dependencia	Asistencia-Firma
María Fernanda Torres García	Directora	
Lina Marcela Torres	Médico	
María Alejandra Gómez	Coordinador SIAU	
Michael Peña Velasco	Calidad	