



[2018]

Glosas secundarias a procesos administrativos en el Hospital

San Juan De Dios de Pamplona en el año 2017

Autor 1 Yelitze Castaño

Autor 2 Maritza Benavides Ceballos

Autor 3 Ricardo Gómez



Contenido.

Introducción.....	3
Justificación.....	4
Caracterización de la entidad.....	7
Visión.....	9
Misión.....	9
Apoyo Diagnóstico.....	11
Objetivo.....	15
Objetivo General.....	15
Marco Referencial.....	16
Marco Conceptual.....	16
Marco Normativo.....	28
Evidencias.....	32
Gerencia Estratégica y de Servicios.....	32
Pregunta de Investigación.....	32
Objetivo específico.....	32
Selección y aplicación de instrumentos.....	33
Análisis de la información.....	36
Auditoría y control de calidad en salud.....	38
Pregunta de Investigación.....	38
Objetivo específico.....	38
Selección y aplicación de instrumentos.....	38
Análisis de la información.....	40
Desarrollo Organizacional.....	42
Pregunta de Investigación.....	42
Objetivo específico.....	42
Selección y aplicación de instrumentos.....	42
Análisis de la información.....	49



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

2

Conclusiones y recomendaciones.....	50
Bibliografía/Webgrafía.....	51
Consideraciones legales	54



Introducción.

Para la organización Hospital San Juan de Dios de Pamplona (ESE) es fundamental estandarizar y establecer un proceso claro y eficiente de facturación para el cobro de servicios prestados a las diferentes EPS en los cuales la existencia de glosas será mínima con respecto a la actual, este proceso tendrá en cuenta las diferentes áreas que intervienen en la elaboración de la historia clínica del paciente hasta la factura final que será radicada para cada EPS. La historia clínica del paciente es la sustentación de dicha factura por la prestación del servicio de salud la cual debe estar completa y correctamente diligenciada sustentando cada uno de los procedimientos realizados al paciente mostrando la pertinencia de atención, la eficiencia, eficacia y calidad en registros de atención por parte del personal que interviene en su elaboración cumpliendo con los procesos de la institución dando las condiciones necesarias de atención, así se aportará una herramienta fuerte y eficaz para que el proceso de facturación sea claro y completo contribuyendo a la recuperación de cartera de forma rápida y eficaz. El portafolio busca mejorar el proceso de facturación con una importante integración de todos los servicios a la consecución de los objetivos planteados garantizando así el mínimo de glosas evidenciado en los estados financieros en donde la cifra que actualmente reportan en cuentas de orden deudora es bastante elevada, se busca su disminución al implementar el proceso dando un importante paso al ingreso de dinero a la organización y contribuir a la liquidez de la misma para continuar con la prestación de servicios de salud a la comunidad.

En el presente las entidades prestadoras de servicios de salud se han visto enfrentadas a nuevos retos y esquemas de administración tendientes a desarrollar modelos eficientes que les permitan ser autosuficientes y que se les den la

oportunidad de interactuar en el mercado ofreciendo servicios de calidad, cumpliendo con los principios que deben conducir las empresas sociales del Estado (ESE) y que al mismo tiempo posibiliten y manifieste su viabilidad financiera.

Es necesario prestar toda la atención en procesos como la facturación, que dependen de la contratación hospitalaria con tarifas y guías integradas que permitan brindar una atención al usuario bajo el uso de manuales y guías establecidos, respaldando la gestión de cartera, con indicadores, auditoría de cuentas médicas, sistemas de información y centros de costo.

El propósito del presente trabajo es analizar e identificar las principales causas de glosa presentes en el hospital San Juan de Dios de Pamplona para implementar un proceso integral que contribuya a la correcta facturación de servicios prestados y disminuir el número de glosas presentes en la actualidad.

Justificación

La investigación sobre glosas secundarias a procesos administrativos, problemática que afecta al hospital San Juan de Dios de Pamplona (ESE) se realiza con el fin de dar claridad a un proceso que conviene a la organización, colaboradores y usuarios ya que todos se encuentran afectados por el riesgo que representa para la institución la presencia de cuentas deudoras con deterioro o pérdida que afecta directamente los activos corrientes de la empresa; cifras que se encuentran documentados en los estados financieros así:

Para el 2016

El total glosas en el 2016 fue de \$ 9.760.362.944.42 que corresponde al 100%, con un deterioro de \$ 2.466.473.699 que corresponde al 25.3% del total de glosas, que pertenecen al régimen contributivo, subsidiado, medicina propagada, IPS privadas, compañías aseguradoras, régimen especial, particulares SOAT, salud pública, vinculados ARL, FOSYGA, entre otras.

Para el 2017

El total de glosas en el 2017 de 10.142.448.796.17 que corresponde al 100% y un deterioro de 3.474.223.526 que corresponde al 34.3% del total de facturas radicadas, que pertenecen al régimen contributivo, subsidiado, medicina propagada, IPS privadas, compañías aseguradoras, régimen especial, particulares SOAT, salud pública, vinculados ARL, FOSYGA, entre otras. El total de atenciones en el servicio de urgencia es de 22.171 usuarios, en el servicio de consulta externa 34.138 pacientes, en el servicio de Pediatría 1.270 beneficiario y Medicina quirúrgica 1.092 en el año 2017.

Cifra bastante elevada que afecta considerablemente el activo corriente y que si se comparan 2016 con 2017 se encuentra una variación del 4% en aumento hacia el 2017 es por eso que se hace necesaria y urgente la intervención en la identificación y priorización de las causas que llevan a presentar tan alto número de glosas y así disminuir la problemática que actualmente afecta a la organización hospital San Juan de Dios (ESE).



Para los colaboradores afecta su liquidez personal por falta de pago oportuno de nómina debido a que las entradas de dinero por pagos de servicios de salud prestados a las diferentes entidades se ven disminuidas por la presencia de un número elevado de glosas que cada vez aumentan el deterioro de la factura convirtiéndose en pérdidas para la organización y perjudican al trabajador y su familia.

Para el usuario la atención se vé desmejorada en su eficiencia, eficacia y efectividad en el servicio disminuyendo la seguridad y calidad merecidas, se busca que la atención a usuarios sea bajo los estándares establecidos por lo tanto los registros deben ser basados en procesos claros definidos por la institución teniendo en cuenta manuales de procedimientos, instructivos de diligenciamiento de historia clínica y guías médicas de atención, los registros deben justificar clara y oportunamente la pertinencia del plan de manejo así como los procedimientos realizados a cada paciente.

Entre las glosas más comunes se encuentran: documentos sin diligenciar o mal diligenciados, enmendados, inconsistencias en los soportes anexos, cobros sin la comprobación de los derechos de usuario (tarjeta, cédula, carné), falta de información estadística, errores en la liquidación de facturas, tarifas mal aplicadas, sumas mal realizadas, falta de la relación de pacientes, prestación de servicios adicionales a los establecidos en el contrato, falta de pertinencia técnico-científica entre diagnóstico y procedimientos realizados o servicios prestados.



Las cuentas de cobro pueden glosarse total o parcialmente, dependiendo de la causa que originó la glosa; totalmente, si involucra toda la cuenta e impide la aceptación de los servicios prestados y parcialmente, cuando la glosa se realiza sobre unos servicios o procedimientos específicos, estando la entidad contratante en la obligación de aceptar y reconocer el pago de los servicios no glosados.

Dicho proyecto de grado busca determinar cuáles son las causas más comunes de glosas en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios donde tenemos un total de 600 glosas en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2017 y 31 de diciembre del mismo año las cuales pertenecen tanto a procesos administrativos como asistenciales de los servicios prestados a las diferentes entidades anteriormente mencionadas. Lo que nos lleva a tener una gran problemática de índole financiero que no permite la liquidez adecuada por parte de nuestra institución limitando en un futuro la prestación de servicios.

Caracterización de la entidad.

La organización donde se desarrolla la investigación se encuentra ubicada en el municipio de Pamplona - Norte de Santander recibe el nombre de Hospital E.S.E. San Juan de Dios el cual basa su economía en la prestación de servicios de salud de primer y segundo nivel tanto hospitalarios como ambulatorios incluido servicios quirúrgicos, consulta externa, programa de pyp y servicios de urgencias, la empresa tiene como gerente actual al doctor Hernando José Mora González.

El total de los prestadores del servicio de salud en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona es de 149 empleados, los cuales se dividen en 22 Médicos siendo 16

son contratados por OPS y 6 por nomina; 16 Jefes de enfermería, 10 por OPS y 6 por nomina; 42 Auxiliares, 17 por OPS y 7 por Nomina; 15 Facturadores por OPS; 3 Odontólogos por Nomina; 28 Administrativos, 20 por OPS y 8 por Nomina; 4 Conductores por OPS; 4 Regentes por OPS; 1 Camillero por OPS; 1 Mantenimiento; 8 Especialistas, 4 por OPS y 4 por Nomina; 1 por OPS Psicólogo; 1 Trabajadora social por nomina, 1 Terapeuta ocupacional por OPS, 1 Fisioterapeuta por OPS y 1 Nutricionista por OPS.

Historia

El hospital San Juan de Dios ESE fue fundado el 9 de enero de 1861 manejada por los hermanos hospitalarios de San Juan de Dios en 1881 fue manejado por las hermanas de la caridad el hospital funcionaba en una casona con estilo colonial allí se manejó por las hermanas hasta 1957 fue en este año cuando se traslada al sitio donde actualmente funciona carrera 4 entre 6 y 7 y se convierte en empresa social del estado ESE, que es una institución prestadora de servicios de salud. Fue fundado por la orden hospitalaria de San Juan de Dios el 9 de enero de 1661, manejado por la junta de beneficencia desde el 02 de enero de 1881, se dejó en manos de las hermanas de la caridad en 1882; a partir de 1913 hace parte de la beneficencia del Departamento por la ordenanza número 092, adquirió su personería jurídica con la resolución número 42 de 1961, y es transformado en EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO por la Ordenanza Departamental número 060 del 29 de diciembre de 1995.



Visión

En el siglo XXI nuestro hospital será la mejor EMPRESA SOCIAL DEL DEPARTAMENTO, prestando servicios de salud integrales, de óptima calidad humana, científica y técnica.

Misión

La Empresa social del Estado Hospital san Juan de Dios de Pamplona es una institución del II nivel de complejidad que brinda servicios de salud óptimos, con calidad humana y tecnológica en el marco de la legislación del país y del compromiso social que nos alienta, orientados hacia la promoción de salud, Prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, a través de la aplicación de la tecnología adecuada, la participación comunitaria y la coordinación interinstitucional e intersectorial.

Como equipo podemos dar a los demás lo mejor de nosotros, por eso buscamos permanentemente la oportunidad de crecer en forma integral como personas y como empresa, para así lograr una mayor RENTABILIDAD SOCIAL Y ECONOMICA.

Objetivo

Prestar servicios de salud con óptimos estándares de calidad humana y tecnológica en el segundo nivel de complejidad con programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación con la participación integral del equipo de trabajo.

Servicios ofertados

Hospitalario

El hospital cuenta con 50 camas para prestar el servicio a usuarios adultos, pediátricos y de gineco-obstetricia

Quirúrgico

Hay dos salas de cirugía con la dotación requerida y asistidas por personal profesional idóneo ante procedimientos quirúrgicos programados de forma ambulatoria y procedimientos de urgencias que requieran las especialidades de: Cirugía ginecológica, ortopédica, oftalmológica, cirugía plástica y estética, así como dermatológica.

Consulta externa

Servicios ambulatorios que, cuenta con 8 consultorios, 2 salas de terapia respiratoria, 3 salas de terapia física. Donde los usuarios son atendidos por profesionales en las áreas de:

Anestesia, consulta prioritaria, enfermería, fisioterapia, gastroenterología, ginecobstetricia, medicina general, medicina interna, neurocirugía, nutrición y dietética, odontología general, oftalmología, optometría ortopedia y traumatología, pediatría, psicología, terapia respiratoria

Promoción y Prevención

Para este programa el hospital cuenta con un equipo multidisciplinario encaminado a la promoción y prevención de la enfermedad sensibilizando al usuario en el buen uso y beneficios que tiene el programa cuenta con servicios de:

Vacunación

Atención Preventiva en Salud Oral e Higiene Oral

Planificación Familiar

Promoción en Salud

Apoyo Diagnóstico

Son procedimientos y actividades de soporte científico en la confirmación del diagnóstico y seguimiento a la evolución del paciente, el servicio cuenta con 2 salas para la toma de muestras una sala de radiología y una sala para toma de ecografías.

Los servicios que ofrecen apoyo diagnóstico son:

Laboratorio Clínico

Radiología e imágenes diagnósticas

Toma de muestras de laboratorio clínico

Transfusión sanguínea

Servicio farmacéutico



Toma de muestras de citologías Cerviño Uterinas

Ultrasonido

Esterilización

Electro diagnóstico

Urgencias

El hospital San Juan De Dios presta este servicio las 24 horas del día para garantizar la atención inmediata ante una situación o enfermedad lo que requiera y que no se pueda atender de manera ambulatoria. 1 sala de urgencias, 3 consultorios de medicina general y 10 camas para observación.

Servicio de Urgencias

Traslado Asistencial Básico

Sala ERA

Sala de Yeso

Sala de Reanimación

Presentación del problema

En la empresa E.S.E. San Juan de Dios de Pamplona actualmente se evidencia en el estado financiero que los activos presentan una cifra bastante elevada en el rubro de cuentas deudoras que corresponden a glosas con deterioro de las facturas radicadas como se identifica en el estado financiero del 2017 que del 100% de facturas glosadas el 34.3% están en deterioro y corresponden a un total de \$ 3.474.223.526 de rubro que significa pérdida para la organización. No tener un soporte anexo de factura confiable permite que no haya una conciliación favorable aumentando el número de facturas con deterioro y también el rubro en pérdida para la organización que afectan el activo corriente siendo importante establecer y esclarecer el por qué este rubro es tan alto y cómo se puede disminuir para que no afecte la liquidez de la empresa y poder mantener la prestación de los servicios a la comunidad.

El prestar servicios de salud bajo las guías clínicas, protocolos y manuales, establecidos por la institución han demostrado contribuir a mejorar la calidad y seguridad en la atención del paciente, así la efectividad, eficiencia y eficacia en la atención en salud disminuirán los costos y permitirán un anexo de factura con la calidad de registros esperados.

La prestación de servicios de salud a nivel mundial, debe garantizar la pertinencia, racionalidad y la oportunidad en los contextos donde se preste. Para esto es importante el uso racional de los recursos humanos y materiales que el estado asigna para la prestación de los servicios de salud. En este sentido es necesario

desarrollar estudios que permitan analizar qué tan eficiente se vienen administrando los recursos.

Analizando esta situación, se propone el desarrollo del análisis que modele el estado de las glosas de cuentas médicas, se caracterice por hacer de la información un recurso disponible e íntegro para los responsables de los procesos, en beneficio de todos los involucrados. Las empresas en el ánimo de la buena prestación de servicios, implementan sistemas de gestión de calidad y seguridad, amparada en normas y estándares para garantizar sustentabilidad.

Los indicadores a tener en cuenta están en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2017 al 31 de diciembre del 2017 en el cual se presentó en la institución un total de 606 glosas entre procesos administrativos y asistenciales las cuales incluyen servicios prestados a la diferentes EPS y en mayor parte los prestados a aseguradoras de riesgo laborales o SOAT de las cuales la principal empresa que presento glosas es SEGURO DEL ESTADO en total de 204 que corresponde al 33.6% de glosas que presento la institución de lejos a las empresas aseguradas de riesgo profesionales o SOAT como son la previsora seguros con 65 glosas (10.7%), QBE Seguro con 52 glosas (8.5%), Seguros Bolívar con 16 glosas (2.6%), Suramericana de Seguros con 14 glosas (2.3%), AXA Colpatria seguros con total de 13 (2.1%), Equidad Seguro con 5 glosas (0.8%), Mundial de Seguros con 1 (0.16%) lo cual corresponden en total al 61.0% que no es superado ni por la suma de todas las EPS incluyendo régimen subsidiado, contributivo y especial en los cual la de mayor glosas es la EPS Comparta con 82 glosas que corresponde al 13.5% y del región especial liderado por Fundación Medico Preventiva con total de 63 glosas que corresponden al 10.3% con el anterior análisis básico de la

información buscaremos las causas principales de las glosas de forma de definir cuál es el principal error cometido en la institución para determinar un flujograma de cómo realizar la atención de forma adecuada y disminuir las glosas de forma sustancial. Se puede evidenciar que la principal causa de glosas en la institución es por equivocaciones medicas debido a falta de diligenciamiento adecuado de la historia clínica por lo que las diferentes empresas prestadoras de servicios colocan dicha falta como no pertinencia causal de no pago de ciertas actividades incluidas laboratorios, traslados, atención, imagenología e insumos con la justificación de realizar atenciones médicas sin ninguna necesidad o justificación pero casi siempre secundario a la falta de digitalización de la atenciones prestadas.

Objetivo.

Objetivo General.

Disminuir la presencia de glosas existentes en el hospital San Juan de Dios de Pamplona con un adecuado proceso de facturación que incluya el soporte de factura (historia clínica) correctamente diligenciado y sustentado bajo los estándares de calidad en la prestación del servicio.

Marco Referencial.

Marco Conceptual.

Marco Teórico

El presente trabajo de investigación basa su realización en las disposiciones que tiene el Ministerio de la Protección Social al expedir 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. Así, mediante la Resolución 3047 de 2008 el Ministerio de la Protección Social (hoy de Salud y Protección Social) definió 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. Sobre el particular, el artículo 14 *Ibíd*em señala que “la denominación y codificación de las causas de glosa, devoluciones y respuestas de que trata el artículo 22 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán las establecidas en el Anexo Técnico No. 6, el cual forma parte integral de la presente resolución”.

Se tendrá en cuenta como parte fundamental para la investigación la elaboración y presentación del anexo de factura que corresponde a la historia clínica del paciente donde se evidencien las prestaciones y características de las mismas. El proceso de facturación será revisado y validado de acuerdo a los instructivos de elaboración teniendo una lista de chequeo que confirme la factura correctamente

elaborada y que los anexos requeridos para la radicación de la cuenta estén correcta y completamente diligenciados.

Desde el año 1997, los encargos fiduciarios han tramitado las reclamaciones por eventos catastróficos y accidentes de tránsito presentados ante el FOSYGA en cumplimiento de lo estipulado en el Decreto 1283 de 1996. Para el trámite de estas reclamaciones, que incluye su auditoría, se construyó un aplicativo con una codificación de glosas, que se fue ajustando según nuevas normas, instrucciones del Ministerio o consensos realizados con diferentes actores del Sistema, pero fundamentalmente con los interventores o auditores del FOSYGA, en la medida en que las necesidades se presentaban. Así se conformó un listado con códigos, descripciones y notas aclaratorias, con interpretaciones diferentes por los actores involucrados con el correspondiente inconformismo entre los reclamantes por la presunta aplicación de glosas injustificadas y el impacto en el flujo de recursos. Por lo anterior y con el objeto de actualizar la reglamentación y ajustar el proceso, el Ministerio de la Protección Social expide el Decreto 3990 de 2007 y la Resolución 1915 de 2008, reglamentaria del mismo.

En la actualidad las instituciones prestadoras de servicios de salud se enfrentan a nuevos retos, por el gran cambio y desarrollo que ha tenido el sistema general de seguridad social en salud, siendo el principal la profundización de la descentralización y que traen como parte del cambio una integración indirecta entre la administración de las instituciones prestadoras de servicios salud y las entidades promotoras de servicios de salud, de esta manera, los hospitales y clínicas están obligados a prestar los servicios con oportunidad, calidad, eficiencia, eficacia, efectividad y seguridad para tener un diagnóstico integral hacia el paciente, pero así mismo, las EPS están obligadas a administrar bien los recursos

financieros y participar en la evaluación de calidad de los servicios ofrecidos por las IPS.

El proceso de facturación en una IPS, definido como aquella actividad en la cual intervienen personas jurídicas o naturales, que mediante una negociación se contrata un producto o un servicio, valorizándolo con el objeto de convertirlo en dinero, debe activarse al momento de un usuario solicitar un servicio, seguir con su atención y finalizar con el egreso de la institución. Para una correcta facturación se tiene como apoyo la norma y los servicios que se pactan en la contratación y acuerdo con la entidad responsable de pago y la institución.

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 la normatividad vigente.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los Quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los Quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas nuevamente a la entidad responsable del pago.

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

Presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado. Las causas de mayor presentación de glosas ante una factura son: Documentos sin diligenciar o mal diligenciados, documentos enmendados, inconsistencias en los soportes anexos, Cobros sin la comprobación de los derechos de usuario, como lo son los documentos tarjeta, cédula, Errores en los cobros facturados ante lo pactado en el contrato como tarifas mal aplicadas, sumas mal realizadas, Falta de la relación de pacientes, Falta de documentos, Prestación de servicios por fuera del POS sin evidencias de la realización de MIPRES, Falta de pertinencia técnico científica entre diagnóstico y procedimientos realizados y/o servicios prestados.

Ante la presentación de una glosa se debe tener una adecuada gestión y manejo de las glosas, por lo tanto es necesario que en el contrato que se haya estipulado

con la empresa contratante de prestación de servicios se establezcan, claramente, los requisitos y plazos para su presentación, por parte de la entidad contratante. En caso de no pactarse el plazo, se adopta el estipulado en la normatividad vigente como lo está en el Decreto 4747 del 2007.

La glosa debe contener la relación de facturas o documentos equivalentes glosados, donde se especifique: número del documento, nombre del usuario, concepto glosado y causa de la glosa. Adicionalmente, debe traer anexas las facturas o documentos equivalentes y los soportes presentados por dichos servicios.

La empresa prestadora del servicio debe presentar un adecuado procedimiento para la recepción y trámite de las glosas, en el que se considere la verificación del cumplimiento de los requisitos acordados para su presentación y las acciones a seguir, en caso de incumplimiento. Para establecer claramente la fecha de recepción de la glosa por parte de la IPS, el funcionario encargado de esta labor, debe dejar constancia en el original, consignando su nombre, firma, fecha y hora de recibo. El proceso de este debe ser complementario y llevar un registro consecutivo de cuentas de cobro presentadas.

Los funcionarios que se estipulen para el análisis y la realización del trámite de las glosas, deben evaluar si la glosa es o no pertinente, es o no subsanable.

En este evento, se formula la respuesta sustentando el rechazo.

Las diferentes correcciones, aclaraciones, complementaciones o aceptaciones realizadas deben ser informadas, documentadas y entregadas a la unidad encargada de dar respuesta a la entidad contratante, la cual consolida la información recibida de las diferentes unidades y formula la respuesta formal de la institución.

Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los Quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los Quince (15) días hábiles, el prestar de servidos de salud considera Que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas nuevamente a la entidad responsable del pago.

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

Tipos de auditoria

- Auditoria Medica: Es un proceso para el análisis crítico de la práctica médica, cuyo propósito es mejorar la calidad de la atención medica de rutina que se ofrece a los pacientes. Está directamente relacionada con la evaluación y cambios de la práctica médica de rutina para mejorar los estándares.
- Auditoria Clínica: Es un proceso de evaluación retrospectivo que cubre la totalidad de la prestación de un servicio de salud en sus tres componentes: estructura, proceso y resultado.
- Auditoría de Cuentas Médicas: Es el proceso enfocado a realizar una evaluación sistemática, continua e integral de las cuentas médicas, desde el punto de vista administrativo, financiero y de pertinencia médica, según la normatividad vigente y los parámetros contractuales definidos por las partes.
- Auditoria Administrativa: Esta auditoría puede pertenecer al nivel estratégico o de generación de políticas, del nivel táctico o de definición de los métodos, o a nivel operacional o de aplicación de recursos.

- Auditoria Operativa: Determina la eficiencia de controles de operación, emite informes diagnósticos, presenta recomendaciones a la administración, preferiblemente conformada por un equipo multidisciplinario, presenta informes con hallazgos, problemas y recomendaciones. Puede ser interna o externa.
- Auditoría Financiera: Es el examen objetivo sistemático de los estados financieros básicos tales como: balance general, estado de resultados, estado de utilidades y estado por flujo efectivo.
- Auditoria interna: Es aquella realizada por el personal que tiene dependencia laboral con la institución o empresa (hospital, EPS, ARS, Municipios).
- Auditoria externa: Es la efectuada por profesionales independientes de la empresa o entidad.

Según el anexo técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008, las glosas pueden ser total, parcial, subsanable y no subsanable, las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado. Las causas de mayor presentación de glosas

ante una factura son: Documentos sin diligenciar o mal diligenciados, documentos enmendados, inconsistencias en los soportes anexos, Cobros sin la comprobación de los derechos de usuario, como lo son los documentos tarjeta, cédula, Errores en los cobros facturados ante lo pactado en el contrato como tarifas mal aplicadas, sumas mal realizadas, Falta de la relación de pacientes, Falta de documentos, Prestación de servicios por fuera del POS sin evidencias de la realización de CTC actualmente MIPRES, Falta de pertinencia técnica científica entre diagnóstico y procedimientos realizados y/o servicios prestados.

Ante la presentación de una glosa se debe tener una adecuada gestión y manejo de las glosas, por lo tanto es necesario que en el contrato que se haya estipulado con la empresa contratante de prestación de servicios se establezcan, claramente, los requisitos y plazos para su presentación, por parte de la entidad contratante. En caso de no pactarse el plazo, se adopta el estipulado en la normatividad vigente como lo está en el Decreto 4747 del 2007.

La glosa debe contener la relación de facturas o documentos equivalentes glosados, donde se especifique: número del documento, nombre del usuario, concepto glosado y causa de la glosa. Adicionalmente, debe traer anexas las facturas o documentos equivalentes y los soportes presentados por dichos servicios.

La empresa prestadora del servicio debe presentar un adecuado procedimiento para la recepción y trámite de las glosas, en el que se considere la verificación del cumplimiento de los requisitos acordados para su presentación y las acciones a seguir, en caso de incumplimiento. Para establecer claramente la fecha de recepción de la glosa por parte de la IPS, el funcionario encargado de esta labor,

debe dejar constancia en el original, consignando su nombre, firma, fecha y hora de recibo. El proceso de este debe ser complementario y llevar un registro consecutivo de cuentas de cobro presentadas.

Los funcionarios que se estipulen para el análisis y la realización del trámite de las glosas, deben evaluar si la glosa es o no pertinente es o no subsanable.

Las diferentes correcciones, aclaraciones, complementaciones o aceptaciones realizadas de éstas deben ser informadas, documentadas y entregadas a la unidad encargada de dar respuesta a la entidad contratante, la cual consolida la información recibida de las diferentes unidades y formula la respuesta formal de la institución.

Siempre hay que tener en cuenta llevar un registro minucioso de las causas de glosas y hacer evaluaciones periódicas del mismo, con su respectivo plan de mejora y hacer partícipe de estos a todo el equipo de trabajo. Esto nos permite identificar: la calidad o deficiencia, en algunos de los productos del área asistencial y de las unidades de facturación y cartera; fallas en los procesos técnico administrativos y técnico científicos que pueden ser susceptibles de mejoramiento; funcionarios, procesos y áreas críticas para la gestión de la empresa.

Marco conceptual

Términos relacionados

EPS: Empresa promotora de salud

IPS: Institución prestadora de salud

Glosa: Según el anexo técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008, una 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.

Glosa total: Según el anexo técnico No. 6, es cuando involucra toda la cuenta e impide la aceptación de los servicios prestados.

Glosa parcial: Según el anexo técnico No. 6, es cuando se realiza sobre unos servicios o procedimientos específicos o parte de ellos.

Devolución: Según el anexo técnico No. 6, es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura.

Glosa subsanable: Según el anexo técnico No. 6, corresponde a la que se enmienda completando la documentación o información requerida por parte de la entidad contratante, realizando las correcciones necesarias o formulando las aclaraciones del caso.

Glosa no subsanable: Según el anexo técnico No. 6, no permite enmiendas, se informa a la entidad contratante, su aceptación.

Glosa no pertinente: Según el anexo técnico No. 6, corresponde a aquella que no se encuentra adecuadamente justificada por la entidad contratante.

Auditoria Medica: Según el anexo técnico No. 6, es un proceso para el análisis crítico de la práctica médica, cuyo propósito es mejorar la calidad de la atención medica de rutina que se ofrece a los pacientes. Está directamente relacionada con la evaluación y cambios de la práctica médica de rutina para mejorar los estándares.

Auditoria Clínica: Según el anexo técnico No. 6, es un proceso de evaluación retrospectivo que cubre la totalidad de la prestación de un servicio de salud en sus tres componentes: estructura, proceso y resultado.

Auditoría de Cuentas Médicas: Según el anexo técnico No. 6, es el proceso enfocado a realizar una evaluación sistemática, continua e integral de las cuentas médicas, desde el punto de vista administrativo, financiero y de pertinencia médica, según la normatividad vigente y los parámetros contractuales definidos por las partes.

Auditoria Administrativa: Según el anexo técnico No. 6, esta auditoría puede pertenecer al nivel estratégico o de generación de políticas, del nivel táctico o de definición de los métodos, o a nivel operacional o de aplicación de recursos.

Auditoria Operativa: Según el anexo técnico No. 6, determina la eficiencia de controles de operación, emite informes diagnósticos, presenta recomendaciones a la administración, preferiblemente conformada por un equipo multidisciplinario, presenta informes con hallazgos, problemas y recomendaciones. Puede ser interna o externa.

Auditoría Financiera: Según el anexo técnico No. 6, es el examen objetivo sistemático de los estados financieros básicos tales como: balance general, estado de resultados, estado de utilidades y estado por flujo efectivo.

Auditoria interna: Según el anexo técnico No. 6, es aquella realizada por el personal que tiene dependencia laboral con la institución o empresa (hospital, EPS, ARL, Municipios).

Auditoria externa: Según el anexo técnico No. 6, es la efectuada por profesionales independientes de la empresa o entidad.

Marco Normativo.

Norma	Artículos que se utilizarán o señaladas textualmente o parafraseados.
<p>LEY 100 DE 1993.</p>	<p>Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones</p> <p>ARTICULO. 153.-Fundamentos del servicio público. Modificado por el art. 3, Ley 1438 de 2011. Además de</p>

los principios generales consagrados en la Constitución política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del sistema general de seguridad social en salud las siguientes: Equidad, Obligatoriedad, Protección integral, Libre escogencia, Autonomía de las instituciones, Descentralización administrativa, Participación social, Concertación y Calidad. Esta ley está presente en el trabajo de investigación ya que corresponde a una entidad descentralizada con autonomía administrativa.

ARTICULO. 178.-Funciones de las entidades promotoras de salud. Las entidades promotoras de salud tendrán las siguientes funciones:

1. [Modificado por el art. 43, Decreto Nacional 131 de 2010.](#) **El Decreto 131 de 2010 fue declarado inexecutable por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-289 de 2010.** Ser delegatarias del fondo de solidaridad y garantía para la captación de los aportes de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud.

2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la seguridad social.

3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las empresas promotoras de salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de ley.

4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.

5. Remitir al fondo de solidaridad y compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud.

7. [Modificado por el art. 43, Decreto Nacional 131 de 2010.](#) **El Decreto 131 de 2010 fue declarado inexecutable por la Corte**

	<p>Constitucional, mediante Sentencia C-289 de 2010. Las demás que determine el consejo nacional de seguridad social en salud.</p> <p>ARTICULO. 225.-Información requerida. Las entidades promotoras de salud, cualquiera sea su naturaleza, deberán establecer sistemas de costos, facturación y publicidad. Los sistemas de costo deberán tener como fundamento un presupuesto independiente, que garantice una separación entre ingresos y egresos para cada uno de los servicios prestados, utilizando para el efecto métodos sistematizados. Los sistemas de facturación deberán permitir conocer al usuario, para que éste conserve una factura que incorpore los servicios y los correspondientes costos, discriminando la cuantía subsidiada por el sistema general de seguridad social en salud.</p> <p>La superintendencia exigirá en forma periódica, de acuerdo con la reglamentación que se expida, la publicación de la información que estime necesaria de la entidad y de ésta frente al sistema, garantizando con ello la competencia y transparencia necesarias. Igualmente, deberá garantizarse a los usuarios un conocimiento previo de aquellos procedimientos e insumos que determine el Ministerio de Salud.</p> <p>ARTICULO. 227.-Control y evaluación de la calidad del servicio de salud. Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las entidades promotoras de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.</p>
<p>RESOLUCIÓN 5261 1994.</p>	<p>Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p>
<p>DECRETO 2423 DE 1996.</p>	<p>Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones.</p>

ACUERDO 260 DE 2004.	Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
LEY 1122 DEL 2007.	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
DECRETO 4747 DEL 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 3990 DEL 2007.	Por el cual se reglamenta la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes del Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, se establecen las condiciones de operación del aseguramiento de los riesgos derivados de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas, las condiciones generales del seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, Soat, y se dictan otras disposiciones.
ACUERDO 312 DE 2004.	Por el cual se aprueba el "Manual de Tarifas" de la Entidad Promotora de Salud del Seguro Social "EPS-ISS".
ACUERDO 365 DE 2007.	Por el cual se establecen disposiciones para el no cobro de copagos a poblaciones especiales en el régimen subsidiado.
LA LEY 1231 DE 2008.	Por la cual se unifica la factura como título valor como mecanismo de financiación para el micro, pequeño y mediano empresario, y se dictan otras disposiciones.
RESOLUCIÓN 416 DE 2009.	Por medio de la cual se realizan unas modificaciones a Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones.
ACUERDO 03	Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes

DE 2009 DE CRES.	Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado
ACUERDO 08 DE 2009 DE CRES.	Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado
LEY 1438 DE 2011.	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Evidencias.

Gerencia Estratégica y de Servicios.

Pregunta de Investigación.

¿Qué actividades definidas en un plan, se requerirían para dar cumplimiento a la estrategia planteada?

Objetivo específico.

- Definir y analizar las causas que generan mayor número de glosas según el reporte del año 2017 del hospital San Juan De Dios de Pamplona.

Selección y aplicación de instrumentos.

Análisis de glosas hospital San Juan de Dios de Pamplona

Se tomaron los datos de las glosas presentes el año 2017 en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona teniendo en cuenta la entidad y el responsable de la glosa.

Análisis DOFA

MATRIZ DOFA	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar servicios de salud de segundo nivel: Hospitalario, ambulatorio, servicios quirúrgicos, consulta externa, P y P y urgencias. Servicios prestados con alta calidad • Empresa social del estado (ESE) con planta física y recurso humano aptos para la prestación del servicio con altos estándares de calidad y seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de facturación con deficiencias en su proceso al presentar facturas con debilidades en la sustentación de la prestación del servicio bajo la normatividad vigente

<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud óptimos, con calidad humana, tecnológica y compromiso social • Únicos en el municipio con la variabilidad de servicios ofertados 	<p>ESTRATEGIAS FO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar el recurso humano para la prestación del servicio de salud con calidad y pertinencia • Enfatizar en el correcto diligenciamiento de la historia clínica bajo las normas de calidad establecidas justificando atención y procedimientos 	<p>ESTRATEGIAS DO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar e incentivar el recurso humano en cuanto a la importancia de generar un cambio en la prestación del servicio basados en procesos claros con calidad, seguridad y guías médicas establecidas • Elaborar listas de chequeo que corroboren la correcta facturación antes de la radicación de la cuenta.
<p>AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auditoría a las cuentas radicadas por parte de las EPS soportando glosas que favorecen deterioro de la factura convirtiéndose en pérdidas para la organización 	<p>ESTRATEGIAS FA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer el proceso de facturación siendo claras las reglas de contratación y las exigencias para la presentación de facturas generadas a las diferentes EPS • Incentivar la calidad 	<p>ESTRATEGIAS DA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar al personal sobre la pertinencia de los procedimientos en la atención al paciente. • Incentivar la calidad en el diligenciamiento del anexo de factura y el proceso de

afectando el activo corriente y la liquidez de la empresa	en los registro del anexo de factura (historia clínica)	generación de factura
---	---	-----------------------

Cuadro de mando

Objetivo	Indicadores	Meta	Cumplimiento		
			Bajo	Medio	Alto
Definir y analizar las causas que generan mayor número de glosas según el reporte del año 2017 del hospital San Juan De Dios de Pamplona	Pertinencia en la atención médica de	90%	30% o menos	60% o menos	85% o mas
	Pertinencia en la atención especialista	90%	30% o menos	60% o menos	85% o mas
	Pertinencia en los procedimientos médicos y de enfermería coherentes con el diagnóstico (Laboratorio clínico y prescripción de medicamentos)	90%	30% o menos	60% o menos	85% o mas
Periodicidad de Medición	Registro de capacitaciones permanentes a colaboradores del proceso de facturación en cuanto a manuales tarifarios, contratación y normatividad vigente	90%	30% o menos	60% o menos	85% o mas
Descripción					
Cálculo					
Método de alimentación					
Responsable					
Umbrales					
Versión y fecha					

Análisis de la información.

La prevalencia de la EPS que más glosas facturaron fue Seguros del Estado S.A. con un 34%, seguida por la Cooperativa de Salud Comunitaria – COMPARTA con 14%, en tercer lugar la EPS Previsora S.A. Compañía de Seguros con 11%, la Fundación Medico Preventiva con 10.5% y por ultimo QBE Seguros S.A. con un 9%. Por otra parte los Médicos fueron los prestadores de servicio de salud con mayor glosa con un 90%, seguido de las enfermeras con 5% y facturadores con 5.1%. Al discriminarlos por la causa el relevante de las glosas es terapéutico con un 36%, en el área de imagenología con un 31%, laboratorios 19% e insumos 5.2%.

Según los datos analizados encontramos que hay un mayor número de glosas en la atención médica debido a pertinencia, según los casos analizados los motivos de consulta no corresponden al tratamiento establecido por el médico razón por la cual se hace urgente la capacitación en temas referentes al personal de urgencias médico y de enfermería con auditorias de registros médicos a diario para establecer las personas con requerimiento de capacitaciones en primera instancia, sumado a esto el tratamiento dado al paciente no corresponde a solo el diagnóstico de ingreso, dando tratamientos a causas no pertinentes a la consulta de urgencias llegando a que los pacientes sean valorados por diferentes especialistas aumentando el número de glosas.

En cuanto a los laboratorios las glosas se presentan debido a que son solicitados pero no reportan en la historia clínica la debida interpretación e importancia en el tratamiento requerido quedando olvidados sin ver la importancia para la

recuperación clínica del paciente dando pauta para la glosa de la cuenta por no pertinencia de imágenes diagnósticas y muestras de laboratorio.

La atención de enfermería genera glosas por no pertinencia en procedimientos realizados y la no justificación del gasto de insumos utilizados en el tratamiento al paciente siendo importante establecer buenas prácticas en el uso de insumos para cada paciente teniendo en cuenta su costo.

Para la facturación de las cuentas médicas es vital establecer que la cuenta lleve los requisitos necesarios completos y sean claros para evitar la devolución de las cuentas.

Actividades a realizar de acuerdo al análisis de la información

- Realizar auditoria interna a diario a los registros médicos y de enfermería para establecer personal susceptible de capacitación en pertinencia médica y de registros
- Capacitar e incentivar el recurso humano colaborador para la prestación del servicio de salud bajo la calidad y pertinencia en los pacientes y en los registros como evidencia de la prestación del servicio de salud
- Capacitar al personal médico, de enfermería y facturación en el correcto manejo del sistema de información (historia clínica sistematizada) el cual debe ser de manera urgente y con personal idóneo en su manejo
- Capacitar e incentivar el recurso humano en cuanto a la importancia de generar un cambio urgente en la prestación del servicio basados en procesos claros y definidos que incluyan registros pertinentes, sustentables sin olvidar que los registros son evidencias claras y pertinentes del servicio prestado con calidad para el paciente y correcta presentación de la factura para las empresas contratantes

- Realizar auditoria de las facturas de prestación del servicio antes de radicar la cuenta ante las empresas contratantes para verificar que estén con la presentación y con el mínimo de errores en registros para iniciar el descenso de las glosas en la entidad
- Fortalecer el proceso de facturación con reglas claras de contratación que sean conocidas por todo el personal que participa en la elaboración de la factura

Auditoría y control de calidad en salud.

Pregunta de Investigación.

¿Cómo mejorar el modelo de operación de la empresa seleccionada para implementar de manera adecuada los diferentes componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en los servicios de Salud?

Objetivo específico.

- Diseñar un mecanismo pedagógico de incentivos para motivar el correcto diligenciamiento de la historia clínica.

Selección y aplicación de instrumentos

El instrumento seleccionado para el diligenciamiento adecuado de la historia clínica es la historia clínica digitalizada que nos permite garantizar que se presenten todas las partes necesarias de dichas historias y además la institución tiene la capacidad de motivar al correcto diligenciamiento por medio de bloqueos

permanentes para guardar dichas historias clínicas hasta que no estén debidamente diligenciadas.

Lo anterior nos permite tener un instrumento idóneo por parte de la institución para que los diferentes profesionales de la salud realicen de forma adecuada la historia clínica y así se puede poner en práctica las diferentes componentes de la misma garantizando que se realice una atención en salud integral y lo más importante con un instrumento idóneo como es una historia clínica correctamente diligenciada.

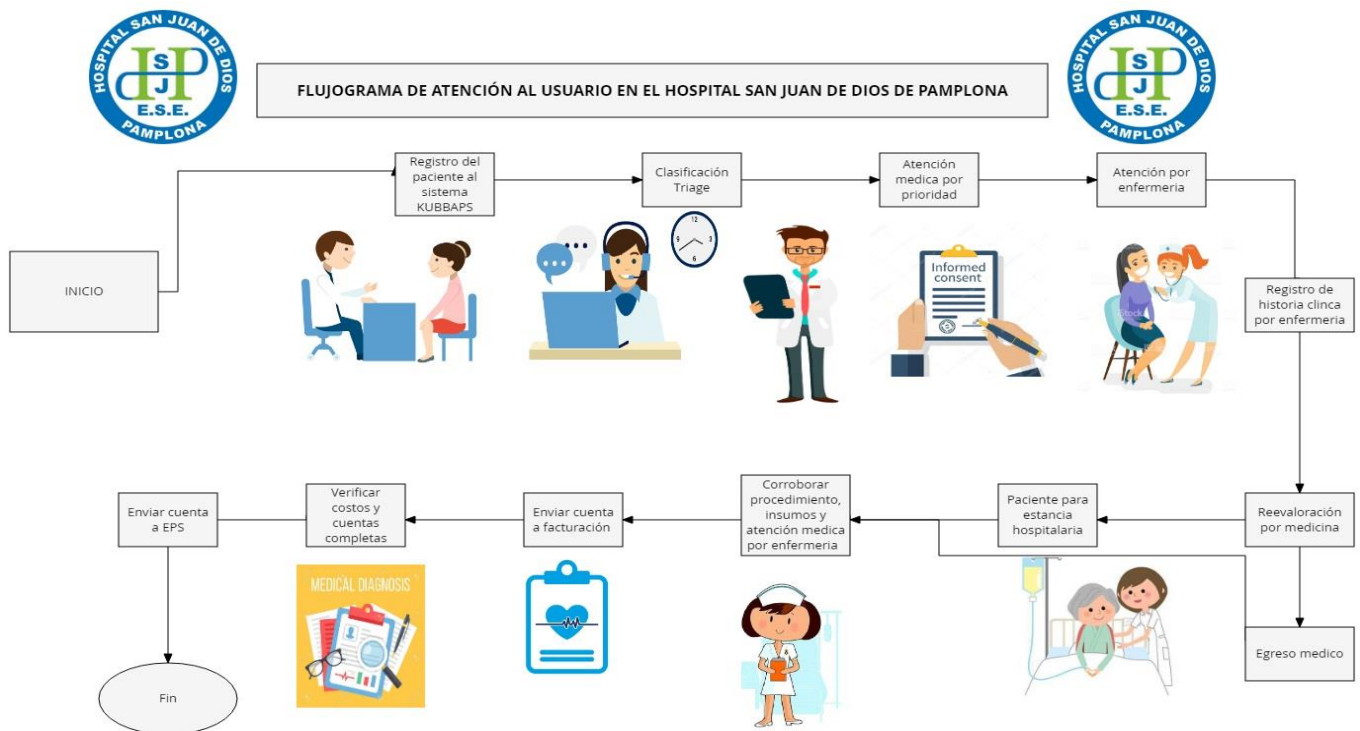
La herramienta de la calidad no solo le permitirá a la IPS recuperar su dinero de forma más rápida, sino que también se contribuirá en el desarrollo de mecanismos de mejoramiento para la corrección de los procesos como facturación y procesos administrativos que afectan la liquidez de la IPS y la eficiencia por la generación de reprocesos y actividades que no son corregidas de forma definitiva sino parcial.

Una vez conciliados los registros glosados procederán a realizar una base de datos en la que se determinarán las principales causales de glosas por el Hospital. Dicha base de datos le servirá al Hospital San Juan de Dios para el fortalecimiento de sus procesos internos con el fin de disminuir el número de glosas. Es en esta fase en la que lograremos ofertar a las EPS servicios adicionales al proceso conciliatorio.

Una vez realizadas las fases anteriores, se resaltaré dentro del portafolio de servicios el proceso de formación por competencias a los auditores del Hospital

con el fin de disminuir las causales de glosas, fortalecer el proceso de facturación y dar respuesta oportuna a las glosas informadas por las EPS.

Flujograma de Atención de Usuarios en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona



Análisis de la información.

La totalidad de las glosas en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona en el año 2017 es de 600 por todas las entidades prestadoras de salud, muchas de estas fueron por errores en el diligenciamiento de la historia clínica. Por ende, se debe realizar capacitaciones permanentes sobre el correcto diligenciamiento del anexo

de factura (historia clínica digital), la cual debe ser de forma clara, legible, sin enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza cada intervención con el nombre completo y firma del autor de la misma. Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas acordes a cada paciente sin generalizar y suponer resultados. Conforme a las características señaladas por la resolución número 1995 de 1999. De tal forma que los funcionarios no tengan causales de nulidad en la historia clínica y así realizar un buen desempeño de sus labores.

El flujograma de atención al usuario en el Hospital San Juan de Dios en el municipio de Pamplona debe seguir un protocolo el cual no puede ser interrumpido para implementar un proceso integral que contribuya a la correcta facturación de los servicios prestados. Deducimos la importancia de realizar el proceso de facturación para que los registros sean revisados a diario y no sean radicados con errores que nos lleven a las glosas.

Una vez recolectada toda la información proveniente de la auditoria, cartera entre otros servicios del Hospital San Juan de Dios de Pamplona, donde se analizaron las primeras causas de las glosas realizadas por las diferentes entidades en el proceso de facturación, con el propósito de presentar un plan de mejoramiento.

Según los datos analizados la calidad en el registro es una de las fallas consecutivas, documentación incompleta, validación de derechos y forma; que no

existe relación en la enfermedad del paciente con los medicamentos facturados, pertinencia médica, el cuadro clínico no corresponde al diagnóstico de urgencia, manejo de urgencia el cual debía ser por consulta externa, el valor de la factura no concuerda con la sumatoria, liquidación no conforme a las normas del manual, tiempo de estancia y la no correspondencia con el nivel de complejidad de la institución, entre otras.

Desarrollo Organizacional.

Pregunta de Investigación.

¿Cómo se gestiona en su empresa los procesos del desarrollo organizacional para aportar a la excelencia en la prestación del servicio?

Objetivo específico.

- Diseñar una lista de chequeo para el correcto proceso de facturación y radicación de cuentas médicas.

Selección y aplicación de instrumentos.

El instrumento que usaremos es una lista de chequeo, para el análisis tomaremos la clasificación de glosas como lo genera el reporte de la empresa Glosas abiertas y ratificadas por la empresa y glosas cerradas y ratificadas por la empresa del año 2017.

	FORMATO DE LISTA DE CHEQUEO		Código: GC-BVI-FR-18
	Fecha de Aprobación: Marzo 15 de 2018.	Versión: 01	Página: 1 de 4

FECHA DE LA EVALUACIÓN

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

EVALUADOR

NOMBRE COMPLETO	<input type="text"/>	No. IDENTIDAD:	<input type="text"/>
ÁREA:	<input type="text"/>	CARGO:	<input type="text"/>

EVALUADO

NOMBRE COMPLETO	<input type="text"/>	No. IDENTIDAD:	<input type="text"/>
ÁREA:	<input type="text"/>	CARGO:	<input type="text"/>
JEFE INMEDIATO	<input type="text"/>		

PERIODO DE EVALUACIÓN

Ordinaria	<input type="checkbox"/>	Extraordinaria	<input type="checkbox"/>
Desde	<input type="text"/>	Hasta	<input type="text"/>

Los factores a evaluar, van orientados, no sólo hacia la evaluación del desempeño laboral, sino que pretenden evaluar simultáneamente las competencias técnicas, conductuales, de comportamiento ético, requeridas para el desempeño del empleo, así como también las posibles dificultades o falencias que se le llegaren a presentar a los trabajadores, en el desarrollo diario de sus labores, todo lo anterior con el fin de mejorar y ajustar para que sea de parte y parte la retroalimentación y el mejoramiento de la empresa, en pro de su buen funcionamiento y comodidad de sus trabajadores.

ESCALA DE CALIFICACIÓN

- | | |
|-------------------|---|
| (1) Nunca | Sistemáticamente no cumple las expectativas |
| (2) Algunas veces | En ocasiones, cumple las expectativas |

Tiene un buen nivel de desempeño y alcanza siempre los objetivos que se le pautan, esforzándose por mejorar continuamente, participar y aportar ideas y soluciones superadoras.				
EVALUACIÓN DE COMPROMISO	0	0	0	0

OBSERVACIONES:

ÁREA DEL DESEMPEÑO	CALIFICACIÓN			
3. SERVICIO DE URGENCIAS	1	2	3	4
Presta atención de realizar de forma adecuada la historia clínica y así se puede poner en práctica las diferentes componentes de la misma garantizando que se realice una atención en salud integral y lo más importante con un instrumento idóneo como es una historia clínica correctamente diligenciada.				
Realiza cada uno de los procedimientos tal como se estipula en los protocolos institucionales, adhiriéndose a la calidad, seguridad y premisa del mejoramiento continuo de los mismos.				
Demuestra conocimiento técnico en los procedimientos que realiza, en cada fase de la intervención.				
En el momento de realizar procedimientos se expresa de forma clara y humanizada en la comunicación con paciente y sus acompañantes.				
Realiza el correcto trámite administrativo de cada uno de los procedimientos que ejecuta durante su turno.				
Responde de forma positiva a la capacitación continua en normatividad y manuales de procedimientos del área de urgencias.				
EVALUACIÓN DE ORIENTACIÓN A LOS USUARIOS Y CLIENTES DEL SERVICIO	0	0	0	0

OBSERVACIONES:

ÁREA DEL DESEMPEÑO	CALIFICACIÓN			
4. DISCIPLINA	1	2	3	4

Es puntual con su hora de llegada y salida de acuerdo con los turnos que le correspondan, de su puesto de trabajo en la empresa.				
Realiza todos los cometidos y tareas de trabajo que se le plantean oportunamente.				
Se adapta y acepta al reglamento interno de trabajo en la parte de sus deberes, obligaciones y prohibiciones establecidas por la empresa.				
Acepta las instrucciones y ordenes, que se le dan y las acata de manera adecuada, respetuosa y cortés.				
Cumple con las actividades pactadas y programadas para el cargo que ocupa en la empresa.				
EVALUACIÓN DE DISCIPLINA	0	0	0	0
OBSERVACIONES:				

Implementación del Modelo de Gestión del Cambio de Kotter

Empresa:	Hospital San Juan de Dios de Pamplona
Descripción del Cambio a Implementar	Analizar e identificar las principales causas de glosa presentes en el hospital San Juan de Dios de Pamplona
Personal Involucrado	Gerente Subdirector Científico Facturación Médicos Enfermería

Implementación de la Metodología Kotter	
Paso 1	Se evidencia en el estado financiero que los activos presentan una cifra bastante elevada en el rubro de cuentas deudoras que corresponden a glosas con deterioro de las facturas radicadas
Paso 2	<ul style="list-style-type: none"> • Especialistas • Médicos • Enfermeras • Facturación
Paso 3	Para el 2020 tener un control de glosas y contribuir a la correcta facturación de servicios prestados y disminuir el número de glosas.
Paso 4	Dar a conocer a todo el personal médico, de enfermería y facturación nuestra visión y demostrar los errores que se están cometiendo al momento de facturar o diligenciar la historia clínica para reducir las glosas.
Paso 5	Realizar la identificación de los puntos más susceptibles de intervención, para así tenerlos en cuenta en el diseño del mecanismo educativo propuesto para mejorar el instrumento base de la factura. Además realizar la contratación de un auditor para garantizar un análisis constante.
Paso 6	Incentivar al personal sobre las buenas prácticas en el desempeño de su trabajo, y el mejoramiento de los registros y procedimientos, además de garantizar seguridad, calidad y confiabilidad en su ejecución.
Paso 7	Seleccionar al Auditor como ese funcionario capacitado para demostrarle a todo el personal asistencial y administrativo las inconsistencias encontradas y sobre las cuales trabajar para radicar cuentas libres glosas.
Paso 8	Al momento de prestar el seguimiento a la institución que se estudiará para observar si tomaron estrategias de mejora para generar disminución de glosas.

Manual de Funciones y Perfiles de Cargo

MANUAL DE FUNCIONES Y PERFILES DE CARGO	
IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	Auditor o Gerente de Salud
	Disminuir la presencia de glosas existentes en el Hospital
MISIÓN DEL CARGO	San Juan de Dios de Pamplona
FUNCIONES	
	.Planear, diseñar y desarrollar el programa de Auditoria Medica.
	.Asesorar para que los procesos de facturacion relacionado a la parte medica.
	.Identificar fortalezas y oportunidades de mejoramiento de acuerdo con metodologia establecidas.
	.Supervisar el desempeño de funcionarios de acuerdo con el area a evaluar (Medicos, Especialistas, Enfermeria y Odontologos, entre otros)
	.Efectuar la Auditoria Medica a los servicios prestados
	.Responder oportunamente las glosas de carácter tecnico-cientificas generado por las EPS
	.Asesorar y apoyar a los comites de etica hospitalaria y de historias clinicas en las funciones realacionadas con auditoria clinica.
	.Realizar procesos de analisis de base de datos y evaluación de cumplimiento.
	.Presentar los reportes, informes, recomendaciones y documentos de trabajo resultantes en la auditoria medica.
METAS	
	Analizar e identificar las principales causas de glosa presentes en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona para implementar un proceso integral que contribuya a la correcta facturación de servicios prestados y disminuir el número de glosas presentes en la actualidad.
TOMA DE DECISIONES	Frente a los procesos de Glosas
RELACIONES DIRECTAS	Gerencia, Facturación, Urgencia, Consulta externa, Comité de historia clinica
RIESGOS LABORALES ASOCIADOS	Normas para facturación de servicio de salud, Resolución Historia clinica, Lista de chequeo, EPS
PERFIL	Profesional con especialidad en gerencia o auditoria de salud ,con conocimientos en calidad, seguridad y humanización. Contar con capacidad de liderazgo, actitud de servicio,cominucación asertiva.

Análisis de la información.

El análisis de la información son todos los registros de la facturación presentada en el servicio de urgencias y hospitalización en el Hospital San Juan de Dios, del municipio de Pamplona, durante la vigencia 2017 que ingresan como glosas por parte de las diferentes empresas prestadoras de salud.

Actualmente la organización Hospital San Juan de Dios presenta como primera causa de pérdidas económicas la presencia de múltiples glosas con un rubro elevado con riesgo de pérdidas de activos secundario en muchas de las ocasiones al diligenciamiento incompleto de la historia clínica que actúa como anexo de factura de la prestación de servicio de salud. En la institución de acuerdo a las razones de glosas se encuentra que las causas más relevantes son la no pertinencia de: procedimientos, medicamentos, motivos de consulta y hospitalizaciones no concordantes con el motivo de consulta, es por estas razones que se hace necesario establecer el mecanismo pedagógico para la correcta ejecución del instrumento utilizado en el portafolio y las listas de chequeo para verificar el correcto proceso de facturación.

El proceso de selección del personal de auditoria o gerencia medica debe tener en cuenta el Currículo Vitae y realizar una revisión exhaustiva sobre los antecedentes tanto judiciales, laborales, legales y principalmente éticos, que nos permita garantizar que se está vinculando una persona con una hoja de vida intachable, todo esto con el fin de garantizar que se contrate profesionales idóneos.

Para la concientización del personal se puede ejercer capacitaciones con enfoque al correcto diligenciamiento de la historia clínica la cual debe ser acorde al motivo de consulta teniendo en cuenta las guías médicas para cada caso en particular favoreciendo la disminución de glosas presentes en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona y se pueda dar incentivos de reconocimiento a los funcionarios que tengan cero facturas con glosas.

Conclusiones y recomendaciones.

Concluimos que es importante detectar, valorar, registrar y medir las Glosas secundarias tanto a procesos administrativos como asistenciales en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona mediante análisis de indicadores cada tres meses.

Realizar la identificación de los puntos más susceptibles de intervención, para así tenerlos en cuenta en el diseño del mecanismo educativo propuesto para mejorar el instrumento base de la factura.

Establecer capacitaciones continuas sobre el correcto diligenciamiento de los soportes de la factura a todo personal de reciente vinculación para que tanto personal administrativo como asistencial conozca las normas establecidas para el diligenciamiento de la historia clínica y así contribuir a disminuir la presencia de glosas.

El objetivo principal para estandarizar procesos, es asegurar el buen desempeño de los empleados y el mejoramiento de los registros y procedimientos, además de garantizar seguridad, calidad y confiabilidad en su ejecución.

De vital importancia para la institución es establecer trazabilidad de procesos y reportes basados en actividades realizadas bajo los estándares de calidad de atención.

Se sugiere hacer seguimiento a la institución que se estudiará para observar si tomaron estrategias de mejora para generar disminución de glosas.

La presencia de Glosas en las instituciones de salud ha sido poco estudiada o sin relevancia en los diferentes países, y en Colombia se evidencian pocos estudios sobre su presencia; por esto es importante la realización de estudios que nos permitan identificar las causas de las glosas y de esta manera poder alertar a la institución sobre sus posibles secuelas y proponer medidas de control y manejo adecuados basados en los reportes como mecanismos de información y seguimiento.

Bibliografía/Webgrafía

1. Tomado de: Página Web: <http://www.hsdp.gov.co/web/index.php/nuestra-administracion>
2. Tomado de: Página Web: <https://www.laopinion.com.co/pamplona/hospital-de-pamplona-esta-en-riesgo-financiero-128398>
3. Tomado de: <http://www.hsdp.gov.co/web/images/pdf/2018/estafinan2017.pdf>
4. Tomado de Página Web: <http://repository.usergioarboleda.edu.co/bitstream/handle/11232/970/Gestion%20de%20Glosas%20pa>

5. Luna González, Velandia Moliniva, Beltrán Cogollos, Mejía González. Abril, 2014. Revista de gestión, salud y trabajo.
6. Ministerio de la Protección Social. Anexo Técnico No. 6. Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas, Unificación. Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009.
7. Corrales Galleg—21.o, Corrales Rodríguez, Gómez Rodríguez, Hincapié Díaz. 2013, Auditoría al Proceso de Facturación del Servicio de Hospitalización del Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado, Antioquia.
8. Colombia. Ministerio de la Protección Social. 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
9. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3047 de 2008. <http://new.paho.org/saludenlasamericas/index.php?lang=es>. La Salud en las Américas. OPS/OMS.
10. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006.
11. Gómez Rodríguez, Hincapie Díaz, Corrales Gallego, Corrales Rodríguez. Auditoría al Proceso de Facturación del Servicio de Hospitalización del Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado, Antioquia. 2013
12. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 100 de 1993. por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

13. Página Web:

<http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Anexo%20T%C3%A9cnico%20No%205304708.pdf>

14. <http://mscomairametodologiadelainvestigacion.blogspot.com/2013/04/tecnicas-e-instrumentos-de.html>

15. Colombia. Ministerio de Salud Resolución Número 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica (Julio 8)

16. Ley 1438, por medio de la cual se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá; Congreso de la Republica de Colombia; 2011.

17. Estudios Técnicos, Área de investigación y planeación. Cuarto informe de Glosas.

18. Ley 1231, Reglamentada parcialmente por los Decretos Nacionales 4270 de 2008 y 3327 de 2009 por la cual se unifica la factura como título valor como mecanismo de financiación para el micro, pequeño y mediano empresario, y se dictan otras disposiciones

19. Resolución 1328 de 2016, por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones

20. Arango M, Fernández A. Modelo de administración de glosas en la IPS Universitaria de la ciudad de Medellín. Tesis de maestría. Universidad CES y Universidad el Rosadio 2011.



21. Leuro Martínez, Mauricio. Auditoría de cuentas médicas. Editorial Grupo Ecomedios. Segunda edición 2007.
22. Malagon L, Galán M, Ponton L. Auditoria en salud. Para una gestión eficiente. Bogotá: 1998. 500. P 45-76

Consideraciones legales

Este trabajo de grado es con fines netamente académicos sin intereses personales ni institucionales, se obtuvo el previo consentimiento de la E.S.E. San Juan de Dios para poder obtener la información que se encuentra consignada en dicha investigación además se declara que todo lo previamente escrito tiene sus respectivas referencias bibliográficas a excepción de los resultados e información propia de la organización donde se realiza dicho trabajo de grado.