

GLOSAS Y DEVOLUCIONES: IMPACTO FINANCIERO, CAUSAS Y OPCIONES
DE INTERVENCION EN LA E.S.E. BELLOSALUD

MANUEL SANTIAGO PARRA JIMENEZ
JULIAN JAVIER CORTES TRUJILLO

UNIVERSIDAD CES
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE IPS
SALUD PÚBLICA
MEDELLÍN
2019

GLOSAS Y DEVOLUCIONES: IMPACTO FINANCIERO, CAUSAS Y OPCIONES
DE INTERVENCION EN LA E.S.E. BELLOSALUD

MANUEL SANTIAGO PARRA JIMENEZ
JULIAN JAVIER CORTES TRUJILLO

Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Gerencia de Instituciones
Prestadoras de Servicios de Salud

Asesor:

Dr. Eugenio Agudelo Zuluaga
Especialista en Auditoria en Salud
Universidad CES

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
SALUD PÚBLICA
MEDELLÍN
2019

CONTENIDO

1. FORMULACION DEL PROBLEMA	5
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1.2 JUSTIFICACION.....	9
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION	10
2. MARCO TEORICO.....	11
2.1 EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA	11
2.2 REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO.....	12
2.2.1 El Régimen Subsidiado	12
2.2.2 El régimen Contributivo	13
2.3 GLOSAS	13
2.4 REVISION DE CUENTAS VS AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS	15
2.5 SAVIASALUD	16
2.6 E.S.E BELLOSALUD	17
2.7 CONTRATACIÓN	18
2.7.1 Contrato por capitación	18
2.7.2 Contrato por evento.....	20
2.7. MARCO INSTITUCIONAL	21
2.7.1 Misión	21
2.7.2. Visión.....	21
2.7.3 Valores	21
2.7.4 Principios Corporativos.....	21
2.7.5 Política De Calidad Institucional	22
2.7.6 Objetivos corporativos	22
2.8 MARCO LEGAL.....	23
3. OBJETIVOS	25
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	25
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	25
4. METODOLOGIA.....	26

4.1	ENFOQUE METODOLOGICO	26
4.2	TIPO DE ESTUDIO.....	26
4.3	POBLACION DE ESTUDIO.....	26
4.3.1	Criterios de inclusión:	26
4.3.2	Criterios de exclusión:	26
	Se excluyen las glosas realizadas por capitación,	26
4.4	DISEÑO DE MUESTRAS	26
4.5	DESCRIPCION DE VARIABLE	27
4.6	TECNICAS DE RECOLECCION	28
4.7	CONSIDERACIONES ETICAS.....	28
4.8	PLAN DE DIVULGACION.....	28
5.	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	30
5.1	CRONOGRAMA	30
5.2	PRESUPUESTO.....	31
5.3	FICHA TECNICA	32
6.	RESULTADOS	34
6.1	GRUPOS DE CATEGORIZACION	40
6.1.1	Descripciones u observaciones.....	40
6.1.2	Causas de las glosas según la Resolución 3047 de 2008	43
6.1.3	Factores críticos de éxito.	54
7.	CONCLUSIONES.....	59
8.	MEDIDAS PARA IMPACTAR.....	61
9.	TABLA DE FIGURAS	6
	BIBLIOGRAFIA.....	64

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Variables existentes en la base de datos de la ESE Bellosalud	27
Tabla 2. Glosa realizada al contrato de capitación por no cumplimiento de metas 2016 a 2018	39
Tabla 3. Diez primeras descripciones u observaciones encontradas en las glosas realizadas a la ESE Bellosalud, periodo 2016 a 2018.	40
Tabla 4. Ejemplo Observaciones	42
Tabla 5. Codificación General Resolución 3047 de 2008.	43
Tabla 6. Codificación específica resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2019.	44
Tabla 7. Categorización por causas específicas de Glosa, en la ESE Bellosalud periodo 2016	50
Tabla 8. Categorización por causas específicas de Glosa, en la ESE Bellosalud periodo 2017.	51
Tabla 9. Categorización por causas específicas de Glosa, en la ESE Bellosalud periodo 2018.	53

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Valor de las glosas realizadas a la ESE Bellosalud, Periodo 2016 a 2018.....	35
Figura 2. Numero de glosas por Entidad Pagadora, realizadas a la ESE Bellosalud, periodo 2016	36
Figura 3. Numero de glosas por Entidad Pagadora, realizadas a la ESE Bellosalud, periodo 2017	36
Figura 4. Numero de glosas por Entidad Pagadora, realizadas a la ESE Bellosalud, periodo 2018	37
Figura 5. Valor de las glosas realizadas a la ESE Bellosalud, por sede, en el periodo 2016 a 2018	38
Figura 6. Numero de glosas realizadas a la ESE Bellosalud, por sede, periodo 2016 a 2018.....	39
Figura 7. Valor de glosas realizadas a la ESE Bellosalud, categorizadas por Causas de glosa, para el periodo 2016 a 2018.....	46
Figura 8. Cantidad y valor de glosas realizadas a la ESE Bellosalud, categorizadas por Causas de glosa, para el periodo 2016.	47
Figura 9. Cantidad y valor de glosas realizadas a la ESE Bellosalud, categorizadas por Causas de glosa, para el periodo 2017.	48
Figura 10. Cantidad y valor de glosas realizadas a la ESE Bellosalud, categorizadas por Causas de glosa, para el periodo 2018.	48
Figura 11. Cantidad y valor de glosas realizadas a la ESE Bellosalud, categorizadas en Factores Críticos de Éxito, para el periodo 2016 a 2018.	54
Figura 12. Cantidad y valor de glosas realizadas a la ESE Bellosalud, categorizadas en Factores Críticos de Éxito, para el periodo 2016.	55
Figura 13. Cantidad y valor de glosas realizadas a la ESE Bellosalud, categorizadas en Factores Críticos de Éxito, para el periodo 2017.	56
Figura 14. Cantidad y valor de glosas realizadas a la ESE Bellosalud, categorizadas en Factores Críticos de Éxito, para el periodo 2018.	57

1. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Empresa Social del Estado (E.S.E) BelloSalud, es una institución prestadora de servicios de salud (I.P.S.) de primer nivel de complejidad ubicada en el Municipio de Bello, el cual se encuentra al norte del área metropolitana teniendo entre sus principales acciones la promoción y desarrollo (PYD) y principal modelo de contratación es por cápita, el cual tiene valor pactado al momento de la negociación y entregado a la I.P.S. mes a mes de giro directo de recursos, basado en una UPC destinada y pactada conforme a su población afiliada a la EPS Savia Salud, el cual es el mayor contratante de servicios con que cuenta. Además, tiene contratado otros servicios con el modelo de pago por prestación de servicios como son urgencias y hospitalización.

El pago por capitación es un pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas”(1), pero, estos contratos por cápita cuentan con unas metas de atención basado en cantidad de población atendida y gestión de los programas de promoción de la salud y detección temprana de la enfermedad que debe ofertar la ESE como entidad de primer nivel de complejidad, El no cumplimiento de estas metas puede llevar a las Empresas Sociales del Estado, a la devolución de recursos a final de año. Esto debido a las glosas de facturación presentada en la vigencia y que se coteja con los reportes de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), o con el reporte datos requeridos en la resolución 4505. En nuestro país se ha distorsionado la contratación por capitación ya que esta traslada el riesgo de la atención a las IPS y sin un buen sistema de información y auditoria puede poner en riesgo a los usuarios y llevar a malos resultados económicos(2) y estas requieren intervención oportunas.

Las glosas aplicadas a la facturación de cada año se asumen como costos de no calidad principalmente en la contratación por capitación y de forma mensual en los contratos por evento generando un desequilibrio financiero para la institución, dado que por este motivo se pueden causar pasivos que afecten la operación corriente de cada vigencia fiscal, al no contar con los recursos para el pago de proveedores o en muchas ocasiones afectando al usuario interno con deudas laborales que en ocasiones se pueden convertir en el paro de la prestación de los servicios de salud.

Las glosas según el autor Mauricio Leuro Martínez en su libro Auditoría de cuentas medicas las define como “la confirmación total o parcial de las objeciones que formula el auditor de la EPS como resultado de una inconsistencia no resuelta por

el prestador al aclarar, sustentar y soportar la objeción que conlleva al no pago de los valores objetados” (3) que son producidas por múltiples motivos relacionados con la validación de sus derecho, errores u omisiones en la historia clínica o alteraciones en la facturación. Además, la presentación de la facturación y la respuesta de estas glosas tiene un proceso estipulado en la Resolución 3047 de 2008 en su manual único de glosas, devoluciones y respuestas (4), modificado por la Resolución .4331 de 2012

La ESE BelloSalud actualmente se encuentra categorizada en riesgo alto financiero debido a sus altos pasivos de vigencias anteriores, llevando a la institución a presentar un Plan de Gestión Integral del Riesgo, implementado por la Superintendencia de Salud, bajo la Resolución 276 de 2016, “como herramienta de inspección y vigilancia para medir, identificar, mitigar y controlar los riesgos de solvencia y liquidez de los vigilados” (5) lo que genera mayor preocupación por contención del gasto y optimización de sus procesos para no perder recursos debido a estas falencias en la prestación del servicio, bien sean por causas asistenciales o por causas administrativas.

Para el año 2016 el reintegro por glosas a metas de Promoción Y Desarrollo (PYD) fue de \$622.934.041, estas asociadas al contrato por capitación y las glosas de pago por evento para el año 2016 fueron de \$63.701.847.

Para el año 2017 como se cumplieron las metas mayores al 80% no existió ningún reintegro por capitación, pero por evento se realizaron glosas por \$92.542.039

Para el año 2018 se proyecta un probable reintegro asociado al pago de este año por capitación de \$1.516.123.730 el cual corresponde al 40% de sus ingresos mensuales y se le suma las glosas por evento para este periodo de \$127.650.856.

Conocer este problema, caracterizar las glosas y generar mejoramiento continuo en los procesos, es fundamental en las instituciones de salud de este país ya que su desconocimiento puede llevar a disminuir el flujo de caja y los recursos disponibles en las IPS para su correcto funcionamiento y así poder cumplir con sus obligaciones económicas tanto a los trabajadores como a sus colaboradores, por lo cual es primordial que tanto la gerencia como la dependencia de auditoría de cuentas medicas tengan caracterizado las glosas y apliquen medidas y procesos eficientes para disminuirlas a su mínima expresión.

Es de vital importancia utilizar las herramientas necesarias para poder garantizar la minimización de errores en la prestación del servicio desde los procesos administrativos hasta los misionales, optimizando al máximo para poder llegar a un cierre operacional corriente sin cargar pasivos de vigencias anteriores que generan grandes afectaciones financieras que aporrea totalmente la gestión realizada en pro de generar beneficios para la población del Municipio de Bello.

1.2 JUSTIFICACION

Tener un listado de la caracterización de las glosas tanto en su número como en el tipo de glosas, con sus causas y sus principales actores; Todos estos factores dejan que la Empresa Social del Estado pueda corregir falencias de su proceso de recuperación de la glosa, pero más que eso a impedir que estas aparezcan y no se tenga objeción alguna por parte de la EPS para pagar la factura de los servicios prestados.

El contar con un modelo de auditoria y de información oportuno permite a la E.S.E garantizar un fortalecimiento financiero y administrativo porque generara aprendizaje del recurso humano, se podrán tener procesos efectivos y eficientes en las área involucradas evitando a toda costa los errores de facturación y aumentar los eventos capitados incrementando así el flujo de caja pero siempre dentro de las normas vigente (6), siempre apoyados en la transparencia de los procesos para evitar sanciones.

En la Fundación Clínica del Norte del municipio de Bello unas de las referencias cercanas geográficamente encontraron algunas fallas en la gestión del conocimiento entre ellas ruptura de la comunicación entre el departamento de contratación y facturación, falta de soporte Tics y falta de conciencia del talento humano en la rigurosidad de la alimentación de la información y fallas en la creación de una cultura organizacional (7)

Se espera con este trabajo conocer las causales de las glosas generadas en la institución para así poder identificar los motivos de devolución o no pago completo de la capitación y así salir de la delicada situación económica por la que atraviesa y sanear definitivamente todas las deudas, esto con el fin siempre puesto en la mejora de los servicios para los usuarios los cuales con el eje primordial de la E.S.E BelloSalud

Se hace necesario contar con un sistema de información que realice el seguimiento exclusivo de las metas propuestas por la contratación por capitación, para tener el control de incentivar la realización de procedimientos y evita la ejecución de acciones asistenciales repetidas que no van a ser reconocidos por el pagador y esto se logra teniendo una caracterización de las glosas, la cual no se cuenta en la institución ya que este proceso se realiza de forma no sistemática sino que se responden las glosas individualmente sin analizar a fondo los motivos reales.

“Para que una empresa logre sobrevivir, debe operar en condiciones de equilibrio, tanto en su interior, como en su entorno. Sin equilibrio en su dinámica de funcionamiento, no es posible lograr la autonomía que requiere, ni alcanzar la finalidad de la empresa.”(8)

Esta es la razón por la cual es importante la contención del gasto y el mejoramiento continuo de procesos con el fin de garantizar la sostenibilidad financiera de las instituciones de salud.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las principales causas de glosas y devoluciones en la Empresa Social del Estado BelloSalud, cuál es su impacto en el presupuesto anual institucional y cómo se deben intervenir para minimizar el costo financiero?

2. MARCO TEORICO

La administración y recuperación de las glosas en salud son temas importantes actualmente en todas las instituciones de este sector ya que evitándolas se logra mayor estabilidad financiera, siendo estas un punto crítico en el proceso de control de la cartera y por lo tanto el proceso de recepción, análisis y tramite de las glosas, debe estar bien estandarizado por lo que iniciaremos este marco teórico dando algunos conceptos generales sobre que es una glosa y la manera como se realiza el proceso de recobro a la E.P.S. para su pago correspondiente Luego seguiremos con un resumen de los tipos de contratación utilizado en la institución, entender como es el recobro y la forma como se analiza cada evento.

2.1 EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

La salud en Colombia bajo la normatividad existente en todas las vigencias ha generado grandes cambios con el ánimo de reformar y llegar a tener un sistema de salud donde se garanticen la cobertura de las necesidades de la población regulando las competencias de cada nivel del estado desde lo Nacional, Departamental, distrital y Municipal, así como regula el Aseguramiento y el Financiamiento del mismo.

Por medio de la Ley 1751 de 2015(9), se logra constituir a la Salud como un derecho fundamental del ser humano, ya que en la Constitución Política de Colombia(10) se contemplaba como derecho fundamental de los niños y como un servicio público a cargo del estado “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. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.” (10)

Bajo la Ley 715 de 2001 (11) se dan las competencias esenciales en los diferentes niveles del aparato estatal, en la formulación de políticas, planes, programas y proyectos, la distribución de los recursos en el sector salud, del Sistema General de Participación en Salud, tanto para la atención del régimen subsidiado como para las acciones de Salud Pública.

Primero se genera algunas modificaciones al sistema con la Ley 1122 de 2007(12), tendiendo a mejorar la prestación de los servicios de salud a los usuarios. Por tal motivo se hace un enfoque en la Dirección y regulación, como mecanismo de evaluación para la gestión del Sistema, con el objetivo de generar incentivos por cumplimiento de metas o un medio para poder mejorar continuamente, dicta cuales serán la distribuciones de los recursos para la financiación de los regímenes, redistribuye el aseguramiento en el régimen subsidiado, contempla la prestación de los servicios desde las Empresas Sociales del Estado ESE y su regulación, importancia de la Salud Publica y de igual manera específica las funciones de Inspección, Vigilancia y Control.

La Ley 1438 de 2011(13) mediante la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, da orientaciones del Sistema, presenta los principios por los cuales se regirá, le da poder a la Salud Publica como uno de los pilares para la Promoción y la Prevención en salud de la comunidad y contempla la Atención Primaria en Salud como una estrategia de gran impacto dentro del Sistema de Salud.

Todas estas leyes asociadas que se han generado en el País, constituyen el marco normativo que van integrando el Sistema de Salud actual, con debilidades y con fortalezas que pueden beneficiar a la población tratando disminuir barreras de acceso.

2.2 REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud se ejecuta en el Sistema Transaccional de Afiliación y se realiza solamente una vez(14).

2.2.1 El Régimen Subsidiado. Se encarga de la población sin capacidad de pago que no pueden acceder al régimen contributivo los cuales son clasificados por la encuesta de Sistema de Identificación del SISBEN, el cual es de competencia del ente municipal(15).

“Los entes territoriales administraran el régimen subsidiado mediante el seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados dentro de su jurisdicción, garantizando el acceso oportuno y la calidad del Plan de Beneficios.” (13)

Se financia mediante contribuciones solidarias y transferencias nacionales, las condiciones de afiliación se describen en el decreto 780 de 2016 (14)

2.2.2 El régimen Contributivo. “Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual o familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.”(15)

Abarca todas las personas con capacidades de pago, asalariadas o independientes que pueden generar aportes al sistema mediante un monto de cotización definido.

Afiliados al régimen contributivo:

- Cotizantes
- Servidores públicos
- Pensionados por Jubilación, vejez, invalidez y sobrevivientes
- Trabajadores independientes
- Miembros del núcleo familiar del cotizante

Basado en el boletín de aseguramiento del Ministerio de Salud y Protección Social primer trimestre 2017, la población afiliada al régimen contributivo para diciembre de 2016 llegó a los 22.1 millones de habitantes, del régimen subsidiado se encontró 3.9 millones de nuevos afiliados y 2.1 millones de personas sin afiliación. (16)

En el primer trimestre 2017 la cobertura por régimen se presentó con un 44.8% en el régimen contributivo, un 45.4% del régimen subsidiado y un 4.2 % de excepciones (16)

2.3 GLOSAS

Lo primero es definir que es una glosa la cual es “la confirmación total o parcial de las objeciones que formula el auditor de la EPS como resultado de una inconsistencia no resuelta por el prestador al aclarar, sustentar y soportar la objeción o como producto de objeciones no atendidas o aceptadas por este que conlleva al no pago de los valores objetados”(3) . Las glosas pueden ser parciales o totales según la cantidad de cuenta que afecte. En la resolución 3407 de 2008 del ministerio de protección social define la glosa como “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 y la 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.” (4). En esta misma resolución se describe el Manual único de glosas, devoluciones y respuestas el cual estandariza los tipos de glosas y sus causas, así como la forma como los prestadores tienen que hacer las reclamaciones para el pago

de estas. Se describen conceptos generales de la causa de las glosas como facturación, tarifas, soportes, autorización, cobertura y pertinencia: a su vez se tienen conceptos específicos numerados del 1 al 50 nombrando solo algunos son estancia, honorarios médicos, los derechos de sala, medicamentos, ayudas diagnósticas, datos insuficientes del usuario, factura excede tope entre otro

Así mismo en la Resolución 416 de 2009 la cual modifica la Resolución 3007 de 2008 en su artículo 5 dice que “También se aplica en los contratos por capitación para el caso de descuentos por concepto de recobros por servicios prestados por otro prestador o cuando se disminuye el número de personas cubiertas por la cápita, o cuando se descuenta por incumplimiento de las metas de cobertura, resolutiveidad y oportunidad pactadas en el contrato por capitación.”(17)

De la misma forma como para presentar una cuenta de cobro, la glosa debe cumplir un mínimo de requisitos que permitan su adecuado trámite,

La comunicación de la glosa debe tener relación de documentos equivalentes o facturas glosadas la cual especifica número de factura, nombre del usuario, servicio glosado y causa de la glosa además de los documentos anexados.(18)

Los plazos estipulados para la presentación de la glosa se pueden establecer en cada contrato, pero si esto no está implícito en la negociación esta presentación se realizará según la normatividad vigente la cual refiere que la EPS tiene 30 días calendario a partir del vencimiento del plazo para la entrega de cuenta de cobro para realizar la revisión y comunicar la glosa al prestador

Al ser recibidas estas glosas en la IPS ya sea por correo certificado o por medios electrónicos, se debe realizar toda la caracterización de las glosas y distribuir según la unidad funcional correspondiente la cual tiene que responder en la menor brevedad posible. Es fundamental que se realice evaluaciones periódicas de las glosas para identificar la calidad y el déficit de los servicios asistenciales y administrativos lo cual no se realiza en la Empresa Social del Estado BelloSalud.

Estas respuestas son de obligatorio cumplimiento sea para aceptar la glosa o para no aceptarla y enviar los soportes necesarios en los cuales debe estar estipulado el monto facturado, el monto objetado, el motivo de la objeción y también el monto aceptado o glosa definitiva y el monto a pagar por la aseguradora.

Posterior a la presentación y recibo de la facturación de las I.P.S. La EAPB tiene 20 días hábiles para comunicar las glosas efectuadas. El prestador cuenta con 15 días hábiles siguientes a la recepción indicando la aceptación o la no aceptación de la misma.

Si existe una reiteración de la glosa por parte del asegurador, se deberá solicitar el concepto de la Superintendencia de Salud para que esta defina cuál de las partes tiene la razón y así dar por terminada la reclamación.

2.4 REVISION DE CUENTAS VS AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS

La revisión de cuentas médica en una IPS se refiere únicamente a la corrección de las glosas presentadas por las empresas administradoras de plan de beneficios (EAPB) las cuales se tienen que responder en los plazos correspondientes según la normatividad vigente, verificando la coherencia entre lo realizado y lo facturado buscando siempre la pertinencia médica, la racionalidad técnico-científica y calidad asistencia y administrativa.

En cambio, la auditoría de cuentas medicas es entendida como la evaluación sistemática de los procesos asistenciales y administrativos conducentes a la generación de una factura ajustada a la real prestación de los servicios de salud, que se realiza con el objetivo de identificar y solucionar irregularidades desde la contratación hasta la gestión de cartera, considerando factores críticos de éxito” definidos más adelante. La auditoría puede ser la que se realiza durante el proceso de atención de la paciente llamada auditoria concurrente o puede ser realizada con posterioridad a la atención del usuario llamada auditoria retrospectiva.

El éxito del ciclo de las auditorias es identificar los componentes administrativos del ciclo del servicio asistencial, reconocer los riesgos en la prestación de los servicios y presentar propuestas para generar medidas correctivas.

Según propone nuestro Asesor, Eugenio Agudelo Zuluaga, se identifican 7 factores críticos de éxito, importantes para el análisis e identificación de causas de glosas y devoluciones que complementamos con las siguientes definiciones:

- La contratación: Consiste en el relacionamiento entre la Empresas administradores de planes de beneficios y las instituciones prestadoras de salud en donde se deja estipulado el valor a pagar por los servicios prestado, también la forma como se realizará el pago de estos y los pasos a seguir para realizar la reclamación de las glosas.
- La admisión: Es el paso de verificación de los derechos de los usuarios, así como definir el origen de la solicitud del servicio (Accidente de tránsito, accidente de trabajo o enfermedad común), además es la encargada de

recibir las autorizaciones y los soportes administrativos requeridos para los diferentes tipos de atención.

- Proceso asistencial: Es todo proceso misional de la institución el cual debe conocer tanto los contratos, debe conocer claramente el Sistema General de Seguridad Social en salud y debe realizar un registro claro de todas las actividades realizadas y reportar todos los paraclínicos ordenados siempre con coherencia entre el motivo de consulta, los laboratorios y el diagnóstico.
- La recopilación de los soportes: Es el proceso como se juntan todos los documentos tanto administrativos como asistenciales que se requieren para soportar la factura la cual debe ser coherente con los servicios para los cuales se solicitó autorización y con los servicios efectivamente prestados, así como los formatos relacionados con el Mipres.
- La facturación: Es el procedimiento mediante el cual se genera el documento (Factura) por los servicios prestados. Podría ser individual como, por ejemplo, en la modalidad de contrato por evento o masiva, como en el caso de la contratación por cápita La radicación de las facturas debe realizarse, cumpliendo los requisitos definidos en el Decreto 4747 de 2007 y La resolución 3047/2007 y complementarias.
- Auditoría externa: La auditoría en salud es un proceso de evaluación sistemática de la calidad y la gestión de recursos en la atención en salud, con el fin de identificar deficiencias y producir mejoras.
- Cartera: Por definición son las deudas que los clientes tienen con nuestra empresa y están originadas en las ventas que se hacen a crédito.

Es el proceso sistemático de evaluación, seguimiento y control de las cuentas por cobrar con el fin de lograr que los pagos se realicen de manera oportuna y efectiva. Esta actividad incluye el registro y clasificación de las cuentas. Todo el proceso de recuperación de glosas y devoluciones, así como la rotación de la cartera y la gestión de cobros por lo que se debe tener buena trazabilidad de las facturas y un buen conocimiento de las normas sobre gestión y recaudo de cartera.

2.5 SAVIASALUD

Esta es la única EAPB con la cual se tiene contrato formal en BelloSalud y por lo tanto, la principal fuente de ingresos y a la vez generadora de objeciones. También

son fuentes de glosas y devoluciones, otras EPS porque se reciben pacientes por el servicio de urgencias. Igual sucede con aseguradoras de Accidentes de Tránsito

Savia Salud es la primera EPS del régimen subsidiado de conformación mixta, está conformada por el Municipio de Medellín, la Gobernación de Antioquia y la caja de compensación Comfama (19) y fue por medio del decreto 633 de marzo de 2012 se suscribe la alianza #001 entre las partes por el cual “se adoptan medidas y se fija el procedimiento para garantizar la continuidad en el aseguramiento y la prestación del servicio público de salud en el Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud”(19).

La EPS Savia Salud nació de una necesidad puntual muy sentida que tenía la ciudad y demás municipios del departamento desde hacía varios años. Las empresas del régimen subsidiado se fueron quedando cortas para la atención de los pacientes, alegando problemas de sostenibilidad financiera, por lo que ellas argumentaron que los ingresos provenientes de la unidad por capitación o UPC (que es el mecanismo de financiación de la salud, como un valor fijo per cápita que se tiene por cada uno de los afiliados al sistema) no era suficiente para cubrir los costos que implicaban las atenciones en salud en cuanto a los procedimientos, dispositivos, medicamentos y más; considerando que la ciudad de Medellín una de las más costosas en salud (19).

Esta EPS del régimen subsidiado y contributivo tiene aproximadamente 1 800.000 usuarios y tiene en el último año aproximadamente 9000 tutelas siendo la EPS con más tutelas en Antioquia sabiendo obviamente la cobertura que tiene en todos los municipios de Antioquia entre ellos el Municipio de Bello en donde tiene población del régimen contributivo y subsidiado. Además, debido a sus grandes problemas administrativos y financieros esta EPS ha estado en un reordenamiento fiscal con inyección de capital por parte de sus socios lo que la ha impactado positivamente a toda la población que cuenta con esta aseguradora mejorando su accesibilidad a los servicios médicos de consulta externa, procedimientos, medicamentos y demás servicios de salud.

2.6 E.S.E BELLOSALUD

Igualmente es de vital importancia conocer la IPS donde se realiza esta investigación para entender la necesidad de la misma y lo imprescindible que es. La institución fue constituida mediante el decreto 0572 de 17 de diciembre de 2008 suscrito por el alcalde municipal Oscar Andrés Pérez como un proceso de fusión de las Empresas Sociales del Estado, Hospital Rosalpi y E.S.E Hospital Zamora, Paris Fontidueño. Por lo que queda conformada por el Hospital Rosalpi y 7 centros de salud (Zamora, París, San Félix, Maruchenga, Mirador, Playa Rica y Fontidueño) en

donde se prestan servicios de urgencia, laboratorio clínico y hospitalización de baja complejidad y es la encargada de realizar todas las acciones de Promoción y Prevención en el municipio.

Actualmente la ESE BelloSalud se encuentra categorizada en riesgo alto financiero debido a sus altos pasivos de vigencias anteriores, llevando a la institución a presentar un Plan de Gestión Integral del Riesgo, implementado por la Superintendencia de Salud, bajo la Resolución 276 de 2016, “como herramienta de inspección y vigilancia para medir, identificar, mitigar y controlar los riesgos de solvencia y liquidez de los vigilados” (5) lo que genera mayor preocupación con las pérdidas de dinero de cuenta de las devoluciones generadas por las glosas.

En cuanto a la E.S.E. para el año 2018 se recibieron aproximadamente \$ 15.000 millones de giro directo de SaviaSalud y se tiene proyectado un probable reintegro para este periodo de \$1.516.123.730 lo cual corresponde al 10% de sus ingresos anuales. Esto es un daño financiero muy grande para una institución de baja complejidad, lo que hace que la caracterización de las glosas sea algo primordial para la institución y a partir de allí, poder definir medidas para intervenirlas, de manera que se eliminen definitivamente.

Actualmente la I.P.S. dentro de sus problemas financieros decidió el cierre de algunas sedes definitivamente (Paris, San Félix) y los servicios de urgencias en otros como es el caso de la sede de Zamora todo con el fin de tener el capital para poder fortalecer su principal instalación que es el Hospital Rosalpi. Dentro del plan de desarrollo 2019 se contempló la reapertura de algunos servicios en respuesta a las necesidades de la población Bellanita.

2.7 CONTRATACIÓN

En esta última parte del marco teórico se explicará los diferentes modelos de contratación que se tiene en la institución ya que de un buen entendimiento de estos nos lleva a entender mejor el porqué de todas las glosas.

- 2.7.1 Contrato por capitación. Es el pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido.

La unidad de pago está constituida por una tarifa previamente pactada, en función del número de personas que tendrán que ser atendidas.

Este sistema de contratación está basado en concepto de enfermo potencial. En este modelo cada médico o institución tiene a su cargo la atención de un grupo de personas ya predeterminada. Este modelo demanda un amplio conocimiento de las características de la población ya que requiere conocer el perfil de morbilidad. Esto significa que este sistema es aplicado principalmente para los primeros niveles con el fin de garantizar la cobertura universal de los mismos.

Al conocer las características de la población, sus patrones de comportamiento además el volumen de servicios que requerirá la población objetivo y poder fijar el costo de la capitación.

Ventajas:

- Ingreso estable según el área contratada: mejora flujo de caja de las empresas y permite realizar presupuestos acercados a la realidad.
- Acceso exclusivo a la población cubierta.
- Beneficia a los estilos de práctica eficientes.
- Permite estilos de práctica de grupo.
- Foco de muchos pagadores: Debido a que el riesgo se traslada hacia los médicos o entidades prestadoras de servicios estos pueden hacer presupuestos definidos de gastos en servicios de salud.
- Identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación, de acuerdo con la codificación que establezca el ministerio de la Protección Social.
- Condiciones de ajuste en el precio asociadas a la novedad de ingreso o retiro que se presenten en la población a cargo.

Desventajas:

- Altamente objetable para muchos: El concepto tiende a dejar de prestar de servicios en lugar de prestarlos. Desestimula la atención en salud que no sea de tipo preventivo.
- El riesgo financiero es alto en especial en poblaciones seleccionadas.
- Requiere organización: Un modo de práctica no coordinado es costoso e ineficiente.(2)
- Las actividades deben ser realizadas directamente por el prestador contratado, si estos son suministrados por otro prestador diferente, por remisión de la institución prestadora de la capitación esta deberá pagar a quien haya suministrado el servicio.

2.7.2 Contrato por evento. Esta se define como un pago por la totalidad del servicio recibido. La remuneración incluye los honorarios médicos, los suministros, los medicamentos y los servicios quirúrgicos (20).

Este pago es durante un periodo determinado y ligado a un evento de atención en salud.

La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

Este tipo de contratación estimula la demanda por el estrecho vínculo entre el ingreso del prestador y el volumen de servicios prestados.

Ventajas

- Fuertes incentivos para mejorar la eficacia.
- Niveles de utilidad exagerada.
- Mejora la continuidad de la atención.
- Se adquiere información detallada del proceso de prestación ya que se obtiene una factura muy puntual de todos los servicios, procesos e insumos utilizados
- Muy útil si se requiere una actividad puntual

Desventajas

- Induce a que la IPS incremente la cantidad de servicios previstos con sobre utilización de servicios.
- Se diagnostican patologías más complejas.
- No contribuye al mejoramiento continuo de la calidad.
- Recompensa a los profesionales que más actividades hacen.
- El pago por evento es inflacionario por sobre oferta de prestadores.
- Es un generador de problemas de fragmentación de la atención.

2.7. MARCO INSTITUCIONAL

2.7.1 Misión. Somos la Empresa Social del Estado Bellosalud que presta servicios de salud con altos estándares de calidad en un ambiente seguro para el usuario y su familia, por medio de un direccionamiento estratégico, con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, procurando el desarrollo integral de nuestro talento humano y el espíritu docente.

2.7.2. Visión. La Empresa Social del Estado Bellosalud para el año 2020 será una empresa líder en la prestación de servicios de salud de baja y mediana complejidad en el municipio de Bello y su área cercana, reconocida por el servicio humanizado y seguro para los usuarios y sus familias aportando al bienestar de la población Bellanita.

2.7.3 Valores. Respeto: Empatía, amabilidad, cortesía y calidez en el trato con el otro. Cumplir con las responsabilidades, resultados y logros propuestos para el beneficio de los demás.

- Servicio: Actitud y aptitud para dar y recibir. Diferenciación. Disfrutar del hacer. Percibir la satisfacción del cliente.
- Compromiso: Ser fiel a sus convicciones y efectivo en el cumplimiento de las obligaciones contraídas. Buena disposición para asumir como propios los objetivos estratégicos de la Institución, buscando el fortalecimiento financiero.
- Responsabilidad social: Búsqueda permanente del bienestar social a través de la solidaridad, la equidad y la justicia. La responsabilidad social nos motiva a participar en actividades que busquen el desarrollo social y del ambiente con el fiel propósito de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida.

2.7.4 Principios Corporativos. Los principios Corporativos se contextualizan y se divulgan a los servidores públicos de la E.S.E. Bellosalud, a los usuarios y a la comunidad en general para su reconocimiento y aplicación en la vida laboral cotidiana y constituyen fundamento esencial de la plataforma de la empresa, los cuales se relaciona a continuación:

- Equidad Atendiendo a las personas y grupos de población expuestos a mayores riesgos para su salud, con el fin de brindarles aquella protección especial que esté a nuestro alcance.
- Calidad Propiciamos y construimos la calidad con nuestra actitud conocimiento, capacidad, patrones y destrezas para aportar diaria y permanentemente al mejoramiento de nuestra gestión, la atención y prestación de los servicios de salud, garantizando la excelencia y la satisfacción de necesidades y expectativas de usuarios y clientes.

- Solidaridad Ampliando la cobertura con servicios de salud, a las personas de nuestra área de influencia con mayores limitaciones de acceso, siempre y cuando las condiciones lo permitan.
- Universalidad Atendiendo a todas las personas que soliciten nuestro servicio sin ninguna discriminación y en todas las etapas de la vida, de conformidad con las disposiciones legales que organizan la atención en el país y los recursos disponibles.
- Transparencia Asumiendo el cumplimiento de la plataforma estratégica de la ESE. Bellosalud y ejecutando las acciones estratégicas, administrativas, financieras y las asistenciales o misionales de manera diamantina, cristalina, diáfana y/o transparente, para manejar de manera racional los recursos disponibles en desarrollo de la gestión pública, la presentación de la rendición de cuentas claras y responder a expectativas de los usuarios y población en general.
- Eficiencia Programando la aplicación del talento humano, los recursos administrativos, tecnológicos y financieros disponibles, con criterio de austeridad en el gasto y rentabilidad social y económica.
- Integridad Brindando atención continua y oportuna a las familias y a las personas, en su contexto social, con servicios de óptima calidad, humana y técnica en el marco de servicios que constituyen nuestro portafolio.
- Eficacia Garantizando la solución eficaz y efectiva de aquellos problemas de salud de los usuarios que correspondan a sus necesidades y expectativas y que estén bajo la responsabilidad de la E.S.E. Bellosalud.
- Pertinencia Propiciando la atención y la prestación de los servicios de salud de manera adecuada a la naturaleza técnica y científica que se requiera de acuerdo con los diagnósticos y los pronósticos que, en virtud de la demanda de los usuarios, se requiera brindar para alcanzar y dar respuesta oportuna a la satisfacción de los requerimientos de los usuarios.
- Respeto a la dignidad humana Garantizando, hasta donde esté al alcance de la ESE. Bellosalud, los derechos universales e irrenunciables de la persona y de la comunidad para mejorar la calidad de vida y el desarrollo individual y social de conformidad con la dignidad que debe reconocerse a todo ser humano.

2.7.5 Política De Calidad Institucional. La ESE. Bellosalud como empresa prestadora de servicios de salud en el Municipio de Bello, está comprometida con la calidad en los procesos, la eficiencia y la eficacia. Enfocados en el mejoramiento continuo, satisfaciendo las necesidades de nuestros usuarios y sus familias.

2.7.6 Objetivos corporativos.

Objetivos económicos

Financieros: Mejorar la gestión financiera y administrativa de la ESE a través de la contención del costo, reducción del gasto, alianzas estratégicas que potencien los recursos y mejoramiento de la contratación con el fin de alcanzar el equilibrio financiero en la empresa.

Objetivos no económicos

Aprendizaje e innovación: Favorecer el desarrollo profesional y la gestión de personas, consolidando su sentido de pertenencia a través del desarrollo de competencias, el mejoramiento de la infraestructura y la gestión de la tecnología.

Procesos: Desarrollar una cultura de calidad y de servicio a través de procesos estandarizados que permitan la generación de servicios seguros con óptima calidad y bajos costos.

Clientes: Mejorar satisfacción de los usuarios mediante la prestación de servicios de calidad y el fortalecimiento de los programas de promoción y prevención.

2.8 MARCO LEGAL

Ley 100 de 1993: por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Ley 715 de 2001: por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Ley 1122 de 2007: por el cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1438 de 2011: por medio la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1751 de 2015: por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 715 de 2001: por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Decreto 780 de 2016: por medio el cual se expide el decreto único reglamentario del sector salud y 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.

Resolución 3047 de 2008: 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.

Resolución 276 de 2016: por medio el cual se adoptan los Planes de Gestión integral del Riesgo.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar cuáles son los tipos de glosas que más afectan en la E.S.E BelloSalud, su impacto en el presupuesto desde el 2016 al 2018 y las opciones para intervenirlas y solucionarlas.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar las glosas existentes en la E.S.E Bellosalud en el periodo 2016 a 2018.
- Identificar como el valor total de las glosas afecta el presupuesto general de la empresa.
- Definir acciones eficientes y factibles de intervención en la E.S.E. BelloSalud para disminuir el número de glosas.

4. METODOLOGIA

4.1 ENFOQUE METODOLOGICO

El enfoque de la investigación será de tipo cuantitativo y cualitativo, ya que se realizará una medición de las glosas generadas en la E.S.E BelloSalud desde el 2016 al 2018 y adicionalmente el valor en dinero que deja de recibir la institución.

4.2 TIPO DE ESTUDIO

Se realiza un estudio observacional y descriptivo retrospectivo analizando las características y causas de las glosas y describiendo su comportamiento de forma retrospectiva desde el 2016 al 2018 en una medición trasversal.

4.3 POBLACION DE ESTUDIO

La población a estudiar serán las glosas efectuadas por parte de EPS SaviaSalud a la E.S.E BelloSalud en el periodo de tiempo determinado.

4.3.1 Criterios de inclusión: Se incluirán las Glosas generadas por SaviaSalud y otras EPS y las presentadas desde el 2016 al 2018.

4.3.2 Criterios de exclusión: Se excluyen las glosas realizadas por capitación.

4.4 DISEÑO DE MUESTRAS

Se tomarán las bases de datos suministradas por la ESE Bellosalud, desde el periodo 2016 hasta el 2018, donde se encuentren todas las glosas realizadas en estos periodos de estudio

4.5 DESCRIPCION DE VARIABLE

Tabla 1. Variables existentes en la base de datos de la ESE Bellosalud

VARIABLE	TIPO	NATURALEZA
Factura	Cuantitativo	Continua
Tramite	Cuantitativo	Discreta
Fecha de expedición de la factura	Cuantitativo	Continua
Valor de la factura	Cuantitativo	Discreta
Valor glosa	Cuantitativo	Discreta
% glosa	Cuantitativo	
Saldo documento	Cuantitativo	Discreta
Fecha de prestación del servicio	Cuantitativo	Continua
Radicación	Cuantitativo	Continua
Prestación vs radicación (número de días)	Cuantitativo	Discreta
Fecha devolución de la glosa	Cuantitativo	Continua
Radicación vs glosa (número de días)	Cuantitativo	Discreta
Radicación de respuesta	Cuantitativo	Continua
Respuesta vs glosa (número de días)	Cuantitativo	Discreta
Entidad	Cualitativa	Nominal
Centro de costos	Cuantitativo	Nominal
Observaciones	Cuantitativo	Nominal
Código	Cuantitativa	Discreta
Categorización	Cualitativa	Nominal
Código General	Cuantitativa	Discreta
Descripción General	Cualitativa	Nominal
Código Especifico	Cuantitativa	Discreta
Descripción Especifico	Cualitativa	Nominal

4.6 TECNICAS DE RECOLECCION

La recolección de la información se realizará, mediante las siguientes fases a seguir, como en la ESE Bellosalud, no se cuenta con un sistema de información que categorice las glosas basado en la Resolución 3047 de 2008, todo se hace con hojas de Excel en las cuales se depositan algunas variables con que se ha venido trabajando desde tiempo atrás, se determina realizar las siguientes actividades

Se realizará verificación del proceso de glosas en la institución, evidenciando todo el flujograma de la información y cuáles son los criterios que se manejan desde la Auditoria de cuentas.

Verificación de las bases de datos en el sistema Dinámica Gerencial de los años a estudiar, analizando cada una de las variables con que cuenta la entidad, mirando la importancia y calidad del dato.

Revisión con el personal de facturación y auditoria en el manejo y caracterización de las glosas según el manual único descrito en la Resolución 3047 de 2008.

Se crearán las variables necesarias para poder hacer la estandarización de las glosas según las tres clasificaciones con que se desea trabajar, Descripción u observación, Clasificación de las causas de las glosas o motivos y estandarización por Factores críticos de éxito. Con su correspondiente codificación por la resolución antes mencionada.

4.7 CONSIDERACIONES ETICAS

Según la Declaración de Helsinki y la Resolución 8430 de 1993 esta investigación es clasificada como sin riesgo ya que esta no modifica aspectos de la conducta ni experimenta con humanos.

4.8 PLAN DE DIVULGACION

Se realizará un informe detallado con los resultados, conclusiones y recomendaciones el cual será entregado a la gerencia de la I.P.S BelloSalud.

Se convocará a la Junta Directiva para socializar la investigación realizada, poniendo en contexto a los miembros de esta y poder tomar decisiones en conjunto con las directivas institucionales, aportando de igual forma los posibles planes de acción para el mejoramiento continuo.

Revisión del análisis de esta investigación con el personal Administrativo y Asistencial, que se encuentra inmerso en los procesos, así como también evidenciar aquellos planes de acción propuestos.

5. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS


5.1 CRONOGRAMA

[illegible]

5.2 PRESUPUESTO

UNIVERSIDAD CES Un compromiso con la excelencia										FORMATO CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO									
Código: FR-IN-020					Fecha: 25/01/2019					Versión: 04									
PROCESO					Investigación e Innovación														
TÍTULO DEL PROYECTO										GLOSAS Y DEVOLUCIONES DE 2016 A 2018: IMPACTO FINANCIERO, CAUSAS Y OPCIONES DE INTERVENCIÓN EN LA E.S.E. BELLOSALUD									
PRESUPUESTO GENERAL										ENTIDADES FINANCIADORAS									
RUBROS										DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN		RECURSOS PROPIOS		UNIVERSIDAD CES		ENTIDAD 4			
										Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie				
PERSONAL CIENTÍFICO											\$ 13.922.880,00		*****						
PERSONAL DE APOYO																			
VIAJES																			
SALIDAS DE CAMPO										\$ 525.000,00									
EVENTOS CIENTÍFICOS																			
EQUIPOS Y SOFTWARE										\$ 70.000									
MATERIALES																			
SERVICIOS TÉCNICOS																			
BIBLIOGRAFÍA																			
PUBLICACIONES Y PATENTES																			
TOTAL										\$		\$ 595.000,00	\$ 13.922.880,00	\$	*****	\$			
PRESUPUESTO DETALLADO										DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN		RECURSOS PROPIOS		UNIVERSIDAD CES		ENTIDAD 4			
Nombre del participante		Nivel máximo de formación	Actividades a realizar en el proyecto	Horas mensuales dedicadas al proyecto	N° de meses	Valor / Hora		Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie				
JULIAN JAVIER CORTES		ESPECIALIZACIÓN NO	INVESTIGADOR	20	6	54300		\$	6.516.000										
MANUEL SANTIAGO PARRA		ESPECIALIZACIÓN NO	INVESTIGADOR	20	6	61724		\$	7.406.880										
PERSONAL DE APOYO										DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN		RECURSOS PROPIOS		UNIVERSIDAD CES		ENTIDAD 4			
Rol en el proyecto	Nombre del participante	Nivel máximo de formación	Actividades a realizar en el proyecto	Horas mensuales dedicadas al proyecto	N° de meses	Valor / Hora		Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie				
ASESOR				10	6	\$ 59.250					\$ 1.555.000								
VIAJES										DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN		RECURSOS PROPIOS		UNIVERSIDAD CES		ENTIDAD 4			
Lugar de origen	Lugar de destino	N° de días	N° de personas	Valor figurete por persona	Valor estadía por persona	Objetivo del viaje	Justificación	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie				
SALIDAS DE CAMPO										DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN		RECURSOS PROPIOS		UNIVERSIDAD CES		ENTIDAD 4			
Descripción	Cantidad	Valor unitario	Justificación				Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie					
TRASLADOS A LA ESE BELLOSALUD	15	\$ 35.000	SITIO DE RECOLECCIÓN DE LAS MUESTRAS				\$	525.000											
EVENTOS CIENTÍFICOS										DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN		RECURSOS PROPIOS		UNIVERSIDAD CES		ENTIDAD 4			
Descripción	Cantidad	Valor unitario	Justificación				Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie					
EQUIPOS Y SOFTWARE										DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN		RECURSOS PROPIOS		UNIVERSIDAD CES		ENTIDAD 4			
Descripción	Cantidad	Valor unitario	Justificación				Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie					
USB	2	\$ 35.000	PARA GUARDAR LA INFORMACION RECOLECTADA				\$	70.000											
MATERIALES										DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN		RECURSOS PROPIOS		UNIVERSIDAD CES		ENTIDAD 4			
Descripción	Cantidad	Valor unitario	Justificación				Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie					
SERVICIOS TÉCNICOS										DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN		RECURSOS PROPIOS		UNIVERSIDAD CES		ENTIDAD 4			
Descripción	Cantidad	Valor unitario	Justificación				Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie					
BIBLIOGRAFÍA										DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN		RECURSOS PROPIOS		UNIVERSIDAD CES		ENTIDAD 4			
Descripción	Cantidad	Valor unitario	Justificación				Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie					
PUBLICACIONES Y PATENTES										DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN		RECURSOS PROPIOS		UNIVERSIDAD CES		ENTIDAD 4			
Descripción	Cantidad	Valor unitario	Justificación				Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie					

5.3 FICHA TECNICA

 UNIVERSIDAD CES Un compromiso con la excelencia <small>VIGILADA MINEDUCACIÓN</small>		FICHA TÉCNICA GENERAL	
Código: FR-IN-018		Fecha: 25/01/2019	Versión: 04
PROCESO		Investigación e Innovación	

El presente formato tiene como propósito obtener información general de la conformación del equipo de investigación del proyecto, así como identificar el tipo de población a estudiar.

Importante: Diligencie el formato en su totalidad y tenga en cuenta las notas aclaratorias para asegurar un adecuado diligenciamiento, así mismo, verifique la consistencia de la información aquí consignada, con la registrada en otros formatos.

DATOS GENERALES DEL PROYECTO						
1. Título del proyecto		GLOSAS Y DEVOLUCIONES DE 2016 A 2018: IMPACTO FINANCIERO, CAUSAS Y OPCIONES DE INTERVENCION EN LA E.S.E. BELLOSALUD				
2. ¿El proyecto se inscribe en un grupo de investigación de la Universidad CES?		Si		No		
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 2, responda las preguntas N° 3 y 4						
3. Grupo de investigación de la Universidad CES que presenta el proyecto ¹						
4. Línea de investigación del grupo que presenta el proyecto ²						
OTROS GRUPOS DE INVESTIGACIÓN QUE PARTICIPAN EN EL PROYECTO						
5. Institución	6. Grupo de investigación			7. Línea de investigación		
PARTICIPANTES DEL PROYECTO						
DOCENTES INVESTIGADORES						
8. Cédula	9. Nombre completo	10. Correo electrónico	11. Institución	12. Grupo de Investigación al que pertenece ³	13. Rol en el proyecto ⁴	14. Grupo de Investigación, semillero o grupo de estudio (si aplica)

¹ Registre el nombre de acuerdo a lo registrado en la plataforma de Colciencias. Puede validar esta información con el líder de grupo.

² Verifique que la línea de investigación descrita, esté activa en el grupo de investigación al que pertenece. Puede validar esta información con el líder de grupo

³ Verifique que cada uno de los participantes, tenga vinculación activa en el grupo de investigación al que refiere pertenecer. Puede validar esta información con el líder de grupo. Si el participante no pertenece a ningún grupo de investigación, registre: Ninguno

⁴ Rol en el proyecto: Investigador principal, coinvestigador

ESTUDIANTES						
15. Cédula	16. Nombre completo	17. Correo electrónico	18. Nivel de formación ⁵	19. Programa académico	20. Rol en el proyecto ⁶	
8162052	MANUEL PARRA	msparraj@hotmail.com	UNIVERSIDAD CES	NINGUNO	INVESTIGADOR	
	JULIAN CORTES	Cortes.julian@uces.edu.co	UNIVERSIDAD CES	NINGUNO	INVESTIGADOR	
21. Cubrimiento del estudio (Marque con una X sólo una opción)						
Institucional		X	Multicéntrico nacional			
Regional			Multicéntrico internacional			Otro
22. Lugares o instituciones donde se llevará a cabo la investigación ⁷						
E.S.E. BELLOSALUD						
23. El presente proyecto involucra (Marque con una X. Puede marcar varias opciones)						
Humanos ⁸			Organismos de la biodiversidad ⁹			
Animales de producción ¹¹			Animales de laboratorio y/o cría ¹²			Animales domésticos ¹⁰

⁵ Nivel de formación: Pregrado; Especialización clínica; Especialización no clínica; Maestría; Doctorado; Posdoctorado

⁶ Rol en el proyecto: Investigador principal, coinvestigador

⁷ Se debe adjuntar el formato FR-IN-027 para cada una de las instituciones donde se llevará a cabo la investigación.

⁸ Si eligió esta opción, debe diligenciar el formato FR-IN-024

⁹ Si eligió esta opción, debe diligenciar el formato FR-IN-025

¹⁰ Si eligió esta opción, debe diligenciar el formato FR-IN-026

¹¹ Si eligió esta opción, debe diligenciar el formato FR-IN-026

¹² Si eligió esta opción, debe diligenciar el formato FR-IN-026

6. RESULTADOS

El objetivo de la investigación es la caracterización de las glosas realizadas por la contratación por evento en la Empresa Social del Estado, de acuerdo con los factores críticos de éxito de la auditoría y definir las causas claras con el fin de analizar su impacto en el presupuesto anual de la institución e intervenir estos factores dando estrategias efectivas para disminuirlas.

Como una visión del contexto general en que podemos clasificar las glosas que han afectado a la E.S.E. Bellosalud en el periodo analizado, se presentaran tres grupos que enmarcan las clases necesarias para hacer un análisis más a fondo de la problemática en la auditoría de cuentas, como proceso fundamental dentro de la E.S.E.

Estos grupos serían los siguientes: primero, las descripciones u observaciones con que la institución identifica las glosas que se le realizan en las bases de datos, observaciones donde se plasma el motivo por la cual se realiza esta glosa o devolución, esta es la única clasificación que hace la entidad; segundo, clasificación de las causas de la glosa o motivos basados en el anexo técnico 6 de la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009, donde se presenta una codificación general y específica para la identificación de estas causas y tercero, categorización por Factores Críticos de Éxito en el cual se estandariza todas las observaciones con que cuenta la base de datos institucional, para identificar aquellos factores que influyen en el no cumplimiento de las metas empresariales.

Pero antes de iniciar con los tres grupos antes mencionados, se dará un análisis general del diagnóstico de las glosas realizadas en los periodos 2016 a 2018.

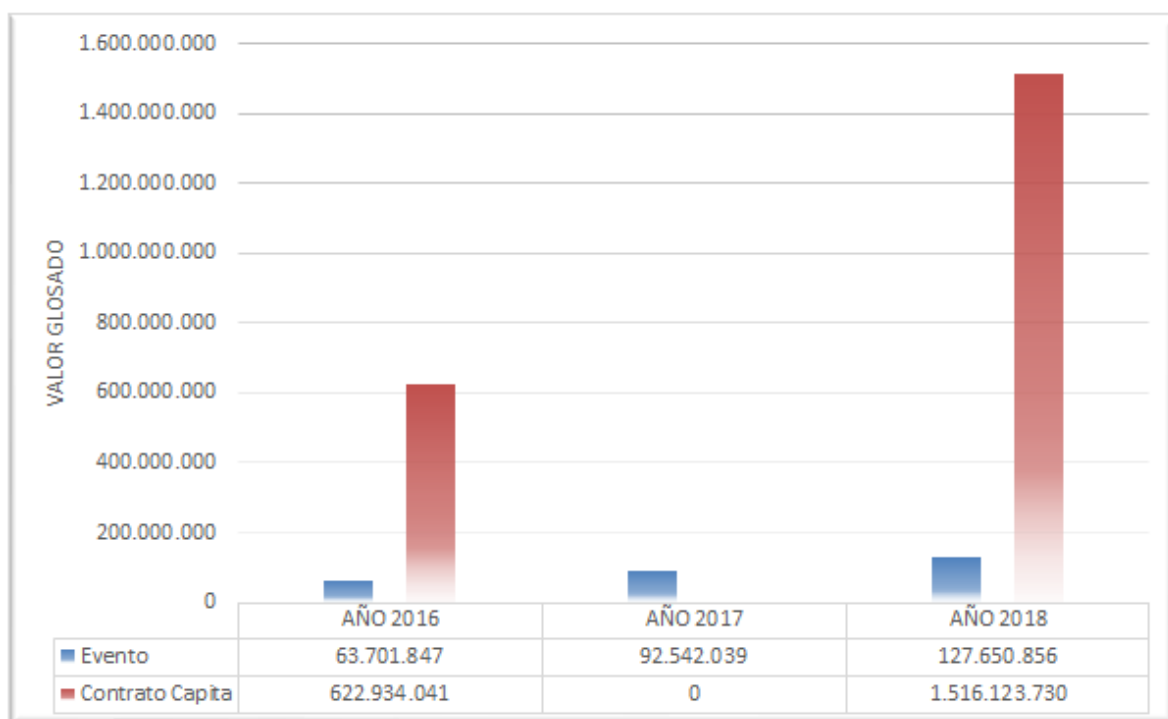
Del 2016 al 2018 en la ESE BelloSalud se tuvieron 1155 facturas glosadas distribuidas así: en 2016 se tuvieron 313; en el 2017 fueron 426 y en el 2018 un total 416, observando un aumento de más de 100 glosas en los últimos dos años, lo que conlleva a una disminución del recaudo institucional que afecta los estados financieros en la operación corriente de cada una de las vigencias.

Entre el 2016 y 2018 se realizaron glosas por evento que alcanzan un total de \$283.894.742 millones de pesos, de los cuales el año con los valores más altos en glosas fue el 2018 con un valor que supera al 2016 en \$63.949.009 millones de pesos. Es necesario descartar de cada año las glosas generadas por sobrefacturación, dado que estas no afectan el flujo de caja de la institución mientras que las demás si, ya que son ingresos recuperables.

También se observa que entre el 2106 y 2018 las glosas de deducción o descuentos por no cumplimiento de cuotas ascienden a un total de \$2.139.071.771.

El valor para estos años se puede observar en la figura 1 en donde se discriminan las glosas tanto por evento como por la capitación.

Figura 1. Valor de las glosas generales realizadas a la ESE Bellosalud, Periodo 2016 a 2018.

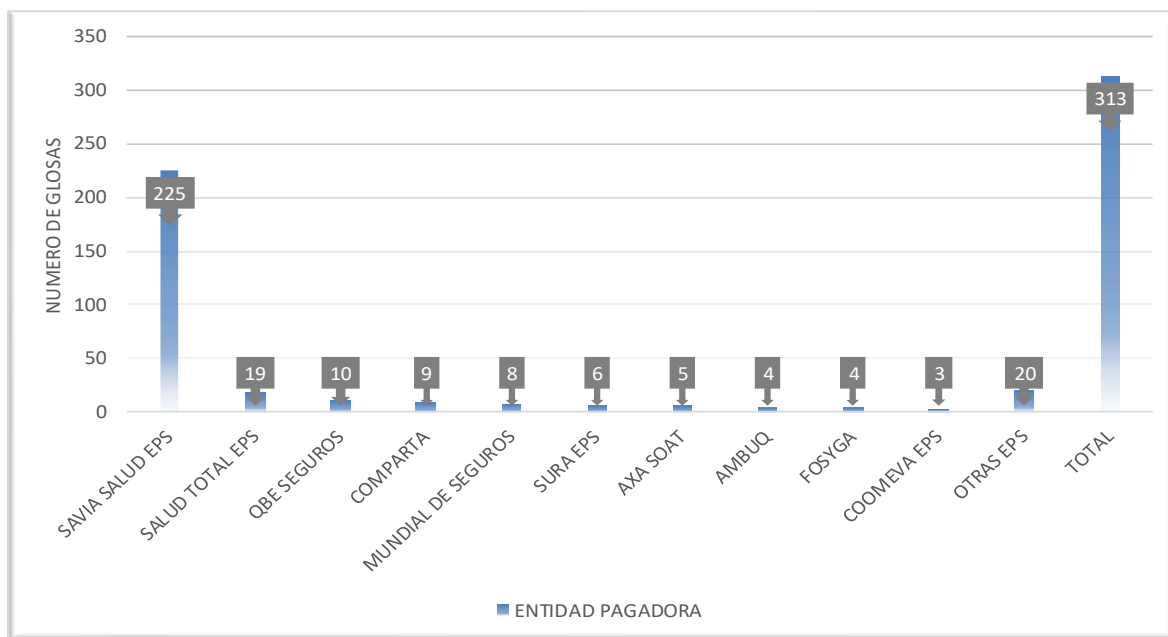


Fuente: Elaboración propia bases de datos Auditoria de Cuentas, ESE Bellosalud, periodo 2016 a 2018

Al ser SaviaSalud nuestro principal pagador, teniendo con esta el único contrato, es de esperarse que sea esta EAPB la que produce una gran cantidad de glosas en los años evaluados. Además, se observa en las gráficas siguientes que en el 2017 y 2018 se logra bajar las glosas de Savia Salud, pero se aumentan con otras entidades con las cuales no se tiene un contrato estipulado, pero al realizar atenciones en las diferentes sedes se pueden producir objeciones. (Salud Total, Cafesalud y Aseguradoras de accidente de tránsito)

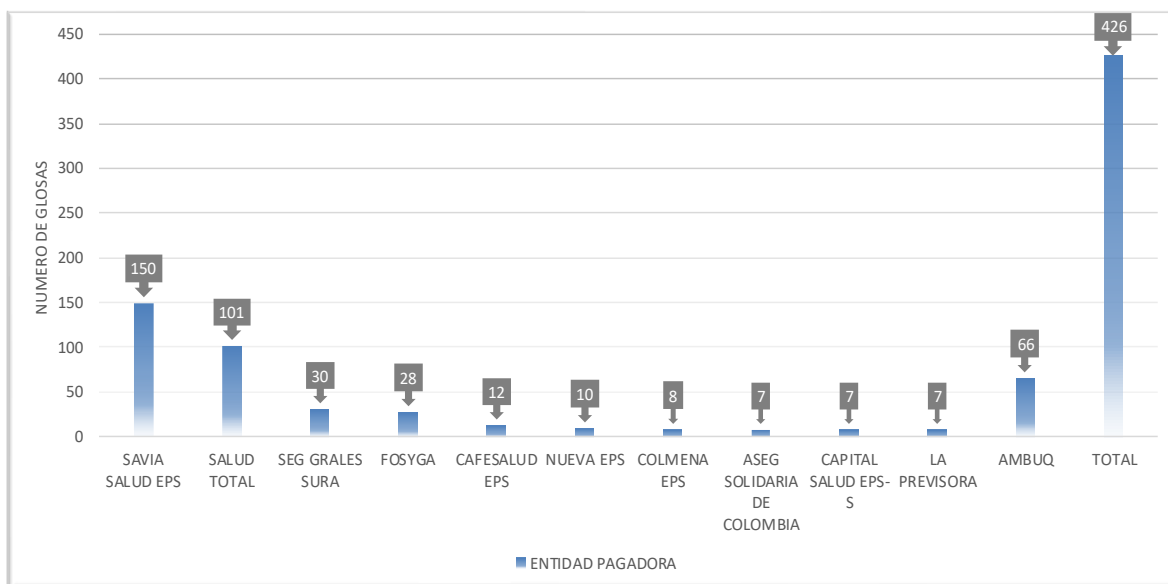
Al ver las Figuras 2, 3 y 4, se puede apreciar que Saviasalud es la Entidad pagadora en la que se concentra la mayor proporción de glosas realizadas a la E.S.E.

Figura 2. Numero de glosas de evento por Entidad Pagadora, realizadas a la ESE Bellosalud, periodo 2016



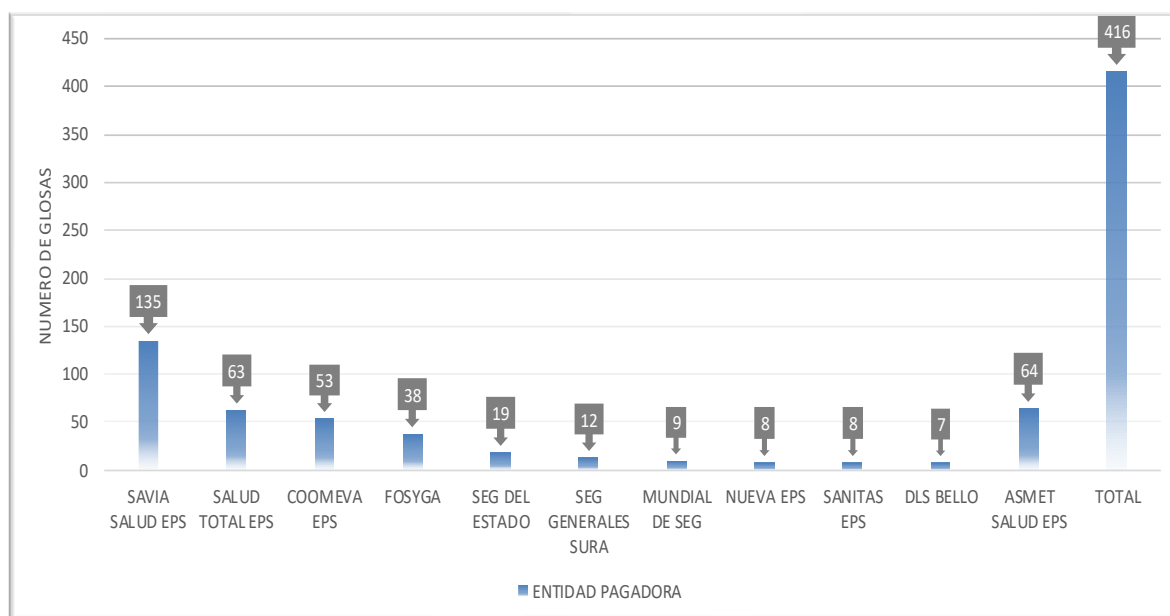
Fuente: Elaboración propia bases de datos Auditoria de Cuentas, ESE Bellosalud, periodo 2016

Figura 3. Numero de glosas de evento por Entidad Pagadora, realizadas a la ESE Bellosalud, periodo 2017



Fuente: Elaboración propia bases de datos Auditoria de Cuentas, ESE Bellosalud, periodo 2017

Figura 4. Numero de glosas por evento por Entidad Pagadora, realizadas a la ESE Bellosalud, periodo 2018



Fuente: Elaboración propia bases de datos Auditoria de Cuentas, ESE Bellosalud, periodo 2018

Otro de los aspectos que encontramos en esta investigación, es que al ser BelloSalud una IPS que cuenta con diferentes sedes donde se prestan diferentes servicios de salud tanto hospitalarios como ambulatorios, consideramos importante evaluar cada una de las sedes, para saber en cuál de estas se presenta el mayor número de glosas

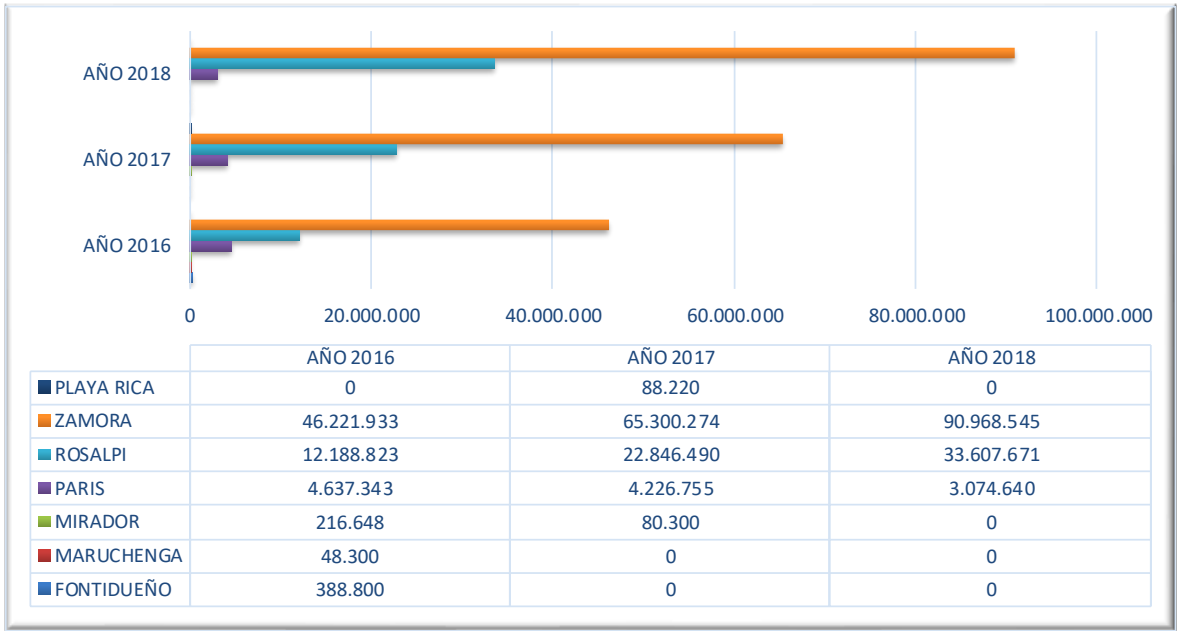
De las ocho sedes con que cuenta la ESE BELLOSALUD, la distribución de las glosas en el 2016 tiene mayor representación en la sede Zamora, con 163 glosas de 313 que se dieron en este año, situación a tener muy presente en el análisis dado que la sede más grande y de mayor afluencia de pacientes es la sede de Rosalpi. Para este periodo aún existía las urgencias en la sede Zamora lo que podría explicar esta cantidad de glosas.

Al observar el valor glosado por cada sede, de la facturación con objeciones, es preocupante y amerita intervención el hecho que el mayor impacto económico por glosas lo presenta la sede de Zamora, con las cifras más altas en cada vigencia, (Figura 5).

Al analizar la Figura 5. Se puede tener mayor claridad sobre el impacto que genera cada sede, no por la cantidad de glosas, sino por el valor glosado en cada una de

sus facturaciones, donde Zamora sigue predominando con los valores más altos con 71.3% del valor glosado (\$90 millones de \$127 millones objetados).

Figura 5. Valor de las glosas por evento realizadas a la ESE Bellosalud, por sede, en el periodo 2016 a 2018

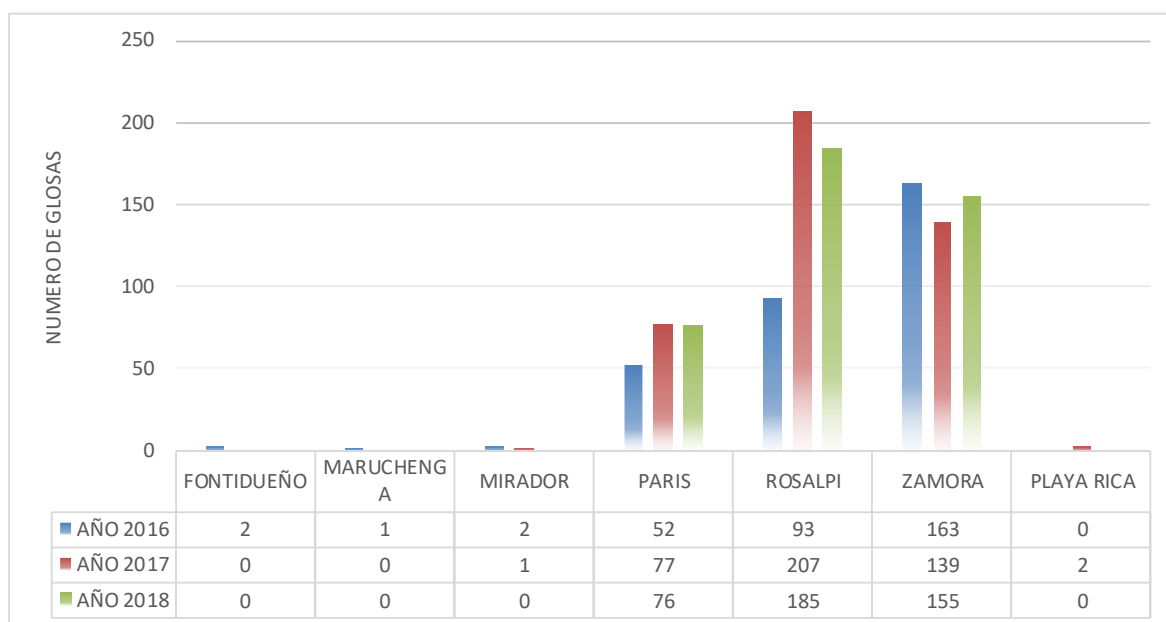


Fuente: Elaboración propia bases de datos Auditoria de Cuentas, ESE Bellosalud, periodo 2016 a 2018

Para el periodo 2017, se observa una coherencia entre la cantidad de glosas y el tamaño o volumen de atenciones entre las sedes, ya que, para este año, es Rosalpi la sede con mayor número de glosas reportadas, con un 48,5% del total de glosas, mientras que Zamora un 32.6%. Aunque la mayor cantidad de glosas fue realizada en la sede Rosalpi, el costo de la no calidad en la sede Zamora es más alto, dado que las glosas en esta sede al \$65 millones de un total de \$92 millones para este periodo.

Si se observan la Figura 5 y 6 en conjunto podemos apreciar que, aunque Rosalpi sea la sede con mayor número de glosas presentadas, es Zamora la que genera un desequilibrio financiero más alto, por el valor de sus facturas glosadas.

Figura 6. Numero de glosas en evento realizadas a la ESE Bellosalud, por sede, periodo 2016 a 2018



Fuente: Elaboración propia bases de datos Auditoria de Cuentas, ESE Bellosalud, periodo 2016 a 2018

En la tabla 2 se discriminan las glosas o devoluciones realizadas al contrato por capitación con SaviaSalud es donde se observa el concepto y el valor descontado en cada año.

Tabla 2. Glosa realizada al contrato de capitación por no cumplimiento de metas 2016 a 2018

VIGENCIA	CONCEPTO	VALOR DESCUENTO
AÑO 2016	PARTOS	0
	PEDT	319.044.994
	INCENTIVOS	0
	FALLECIDOS Y OTRAS NOVEDADES	303.889.047
	TOTAL	622.934.041
AÑO 2017	PARTOS	0
	PEDT	0
	INCENTIVOS	0
	FALLECIDOS Y OTRAS NOVEDADES	0
	TOTAL	0
AÑO 2018	PARTOS	0
	PEDT	1.516.123.730
	INCENTIVOS	0
	FALLECIDOS Y OTRAS NOVEDADES	0
	TOTAL	1.516.123.730

Fuente: Elaboración propia bases de datos Auditoria de Cuentas, ESE Bellosalud, periodo 2016 a 2018

6.1 GRUPOS DE CATEGORIZACION

Como se mencionó anteriormente, se formaron tres grupos de clasificación de las variables para poder realizar un análisis más exhaustivo de los factores que influyen en la generación de las glosas en el periodo de estudio y se presenta a continuación:

6.1.1 Descripciones u observaciones. Esta información es tomada de la variable Observaciones de la base de datos aportada por la Entidad, de los cuales se sacaron las 10 primeras causas más relevantes para el estudio y que se presentaron en la mayoría de las objeciones a las facturas.

Tabla 3. Diez primeras descripciones u observaciones encontradas en las glosas realizadas a la ESE Bellosalud, periodo 2016 a 2018.

DESCRIPCION U OBSERVACION
1. Mayor valor facturado
2. Usuarios capitados en el momento de la atención
3. Sucesos no constituyen accidente de transito
4. Falta código de autorización
5. El usuario pertenece a otra E.A.P. B
6. RIPS mal elaborados
7. Facturas no radicadas o no presentadas a tiempo
8. No concordancia entre el medio magnético y el físico
9. Atención no pertinente
10. Actividades de PyP no Contratadas

Fuente: Elaboración propia bases de datos Auditoria de Cuentas, ESE Bellosalud, periodo 2016 a 2018

Esta tabla nos muestra las 10 causas más frecuentes de glosas en que se podía categorizar, en la cual el personal de auditoria deposita la observación por la cual se dio la glosa, pero no se encuentra estandarizada por grupos y no se encuentra dentro de un sistema de información con categorías, que se pueda extraer fácilmente la información agrupada por causas como lo indica el manual único de glosas.

Como ejemplo se presenta la tabla siguiente, donde se puede apreciar la variedad de observaciones que se colocaban y que aun siendo lo mismo entre algunas glosas, se expresaba de una forma diferente, lo que hacía que resultara engorroso el poder categorizar en causas específicas la información y que posterior a realizar una verificación uno a uno de la información de esta variable, se pudo obtener agrupación de las dos categorías siguientes a esta.

Tabla 4. Ejemplo Observaciones

OBSERVACION
Actividades de pyp contratadas por capitación.
Usuarios capitados en el momento de la atención.
Paciente capitado para la ESE en el momento de la atención
Usuario capitado en el momento de la atención
Usuarios de la capita facturados por evento
RIPS mal elaborados según NIT mal digitado.
Mayor valor facturado en Glucometría
Usuarios cobrados por evento pertenientes a la capita
Exams de lab II nivel se encuentran contratados con la eps
Pacientes capitados en el momento de la atención
Prescripción dentro de los términos legales
Las actividades de PYP contratadas pago global prospectivo
Usuario capitado en el momento de la atención
Equipo microbuzador incluido en las nebulizaciones
Falto envío de anexo 2 y/o cod de autorización
Mayor valor facturado en consulta de urgencias
Mayor valor facturado en sala de suturas
Actividades de pyp contratadas por capitación
controles médicos , de enf Y de odont se encuentran capit
Furips mal elaborado en la dirección del accidente de tto
mayor valor
Mayor valor factura en consul material e insumos
Mayor valor facturado en electrocardiograma
Mayor valor facturado en materiales e insumos
Mayor valor facturado en medicamento de urgenc.
Mayor valor facturado en traslado de pte en ambulancia
Medicamentos contratados con la ESE por capitación
Medicamentos no POS para cobro direct/te a COHAN
No se admite factura por registro de servicios
Paciente capitado en el momento de la atención
RIPS Elaborados por paquete deben presentarse x separa
Usuario capitado en el momento de la atención
Usuario no pertenece a CAFAM-EPSS
Usuario pertenece a otro plan o responsable
Usuario retirado en el momento de la atención
Usuarios capitados en el momento de la entrega del medic
A LOS RX NO SE LES HIZO EL DESCUENTO DEL 25%
Actividades de PYP contratada por pago global prospectivo
Actividades de pyp contratadas por cap. Examen mal fact.

OBSERVACION
Aguja desechable no justificada en H.C
Atención de médico gral y usuario capitado en la atención
Autorización de implante para otra IPS.
Autorización para traslado de pte en ambulancia, hoja de tras
Cobran dos consultas x urgencias.
controles médicos y de enf se encuentran capitados.
Curación sin cod de autoriz. y sin envío de anexo
Devolución por falta de código de autorización
Diligenciar la información veraz en el furips
Doble cobro de servicios en un mismo evento
Doble cobro en la consulta por urgencias de una atención
Doble cobro en RX de torax por el mismo evento
Doble cobro en un mismo evento.
Doble consulta de urgencias en menos de 24 horas
Dcto inexacto en el RX, aguja desechable no se factura
el medicamento entregado se debe cobrar a COHAN
El medio físico diferente al medio magnético
Electrocardiograma II nivel de complejidad
Electrocardiograma requiere autorización x ser de 2° nivel.
Entregado medicamento NO POS
Envío del anexo técnico 2 a e-mail errado
Equipo cánula de oxígeno incluido en la aplicación de oxígeno
Exámenes de 1° y 2° nivel requieren autorización de la EPS
Factura incompleta sin los ítem de descripción
Falta descripción del área donde se realizó la curación
Falto envío del anexo técnico 2
Faltó la lectura de los RX.
Falto lect del electro y mayor valor cobrado en glucometría
Furips el físico mal elaborado se le asignó la factura errada
Furips mal elaborado, faltó el número tel del accidentado
Furips mal elaborado
Furips mal elaborado en cuanto a la fecha del suceso
Furips mal elaborado en cuanto al # de la factura asignada
Furips mal elaborado en el primer apellido del pte.
Furips mal elaborado en el sitio de ocurrencia del evento.
Furips mal elaborado en la condición del accidentado.
Furips mal elaborado en la condición del pte y el relato.
Furips mal elaborado en la fecha del accidente de tto
Furips mal elaborado, cobro de guantes mayor v/r ambulancia.

6.1.2 Causas de las glosas según la Resolución 3047 de 2008. El objetivo principal del anexo técnico 6 que conforma la Resolución 3047, es el siguiente: *“El objetivo del Manual único de glosas, devoluciones y respuestas es estandarizar la denominación, codificación y aplicación de cada uno de los posibles motivos de glosas y devoluciones, así como de las respuestas que los prestadores de servicios de salud den a las mismas, de manera que se agilicen los procesos de auditoría y respuesta a las glosas”* (4), por tal motivo se estandarizo las observaciones que se clasificaron en el primer grupo con cada uno de estos códigos generales y específicos, dando como resultado el siguiente análisis.

Las codificaciones son las siguientes:

1. Codificación General

Tabla 5. Codificación General Resolución 3047 de 2008.

COD	DESCRIPCION GENERAL
1	FACTURACION
2	TARIFAS
3	SOPORTES
4	AUTORIZACION
5	COBERTURA
6	PERTINENCIA
8	DEVOLUCIONES
9	RESPUESTAS A GLOSAS Y DEVOLUCIONES

Fuente: Anexo técnico 6, Resolución 3047 de 2008

2. Codificación Específica

Tabla 6. Codificación específica resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2019.

COD	DESCRIPCION ESPECIFICA
01	Estancia
02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
03	Honorarios médicos en procedimientos
04	Honorarios otros profesionales asistenciales
05	Derechos de sala
06	Materiales
07	Medicamentos
08	Ayudas diagnósticas
09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
10	Servicio o insumo incluido en caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico
11	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala
12	Factura excede topes autorizados
13	Facturar por separado por tipo de recobro (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
14	Error en suma de conceptos facturados
15	Datos insuficientes del usuario
16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
17	Usuario retirado o moroso
18	Valor en letras diferentes a valor en números
19	Error en descuento pactado
20	Recibo de pago compartido.
21	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud
22	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes
23	Procedimiento o actividad
24	Valor en letras diferentes a valor en números
25	Examen o actividad pertenece a detección temprana y protección específica
26	Usuario o servicio corresponde a capitación
27	Servicio o procedimiento incluido en otro
28	Orden cancelada al prestador de servicios de salud
29	Recargos no pactados
30	Autorización de servicios adicionales

Fuente: Anexo técnico 6, Resolución 3047 de 2008

COD	DESCRIPCION ESPECIFICA
31	Bonos o vouchers sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones
32	Detalle de cargos
33	Copia de historia clínica completa
34	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma.
35	Formato Accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP
36	Copia de factura o detalle de cargos de seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT
37	Orden o fórmula médica
38	Hoja de traslado en ambulancia
39	Comprobante de recibido del usuario
40	Registro de anestesia
41	Descripción quirúrgica
42	Lista de precios
43	Orden o autorización de servicios vencida
44	Profesional que ordena no adscrito
45	Servicio no pactado
46	Cobertura sin agotar en la póliza del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT o del FOSYGA
47	Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
48	Informe atención inicial de urgencias
49	Factura no cumple requisitos legales
50	Factura ya cancelada
51	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador.
52	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación.
53	Urgencia no pertinente.
54	Incumplimiento en las metas de cobertura, resolutiveidad y oportunidad pactadas en el contrato por capitación.

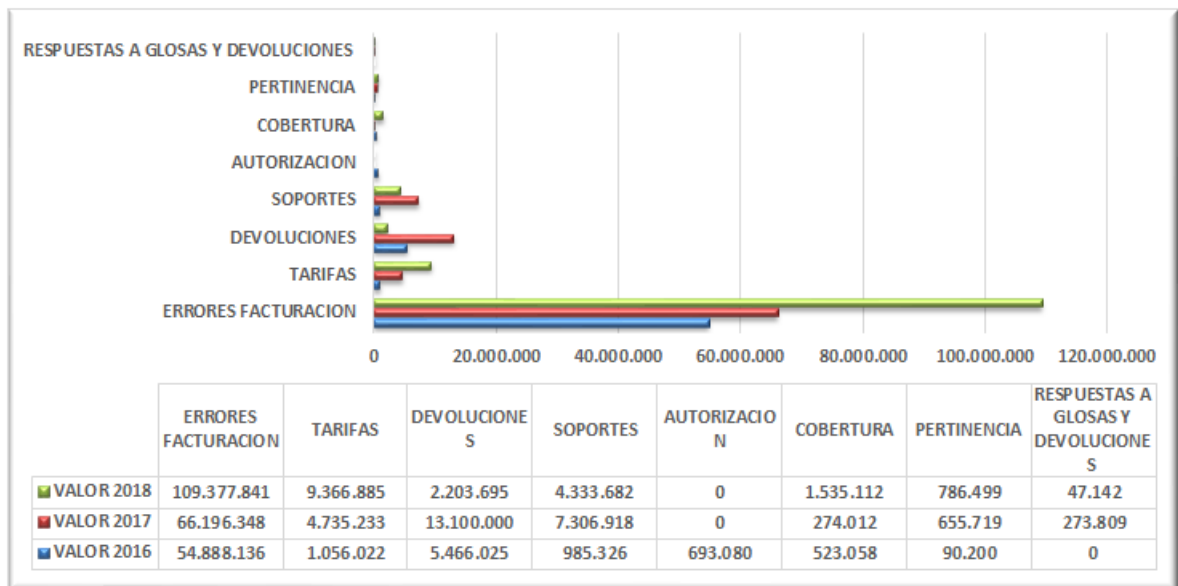
Fuente: Anexo técnico 6, Resolución 3047 de 2008

Códigos de respuesta a objeciones

COD	DESCRIPCION ESPECIFICA
96	Glosa o devolución injustificada
97	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada)1
98	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)
99	Subsanada (Glosa no aceptada)

Fuente: Anexo técnico 6, Resolución 3047 de 2008

Figura 7. Valor de glosas realizadas a la ESE Bellosalud, categorizadas por Causas de glosa, para el periodo 2016 a 2018.

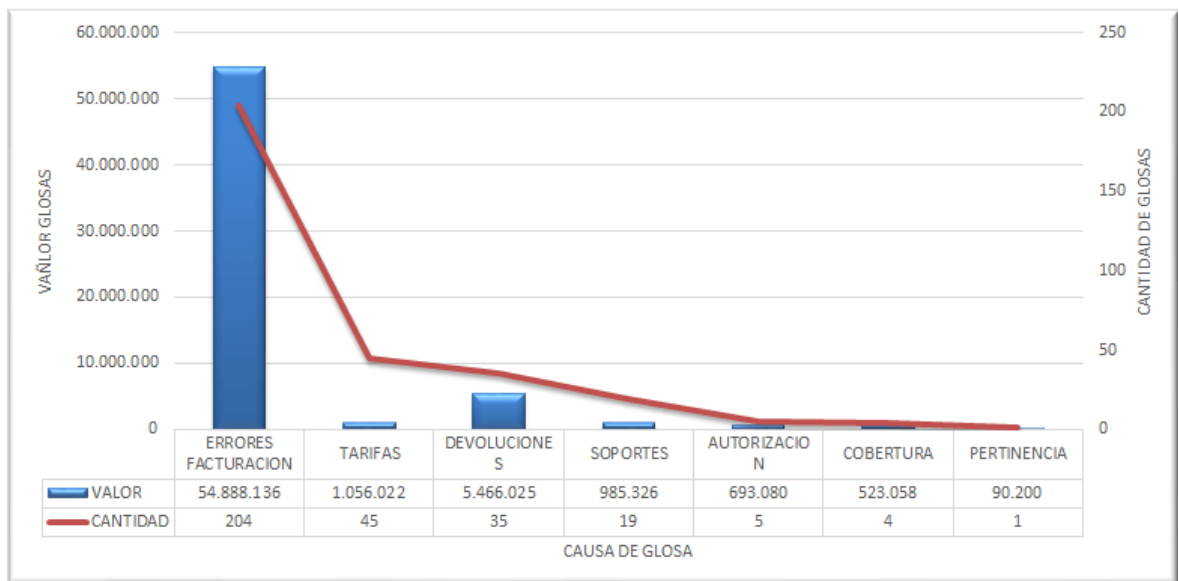


Fuente: Elaboración propia bases de datos Auditoria de Cuentas, ESE Bellosalud, periodo 2016 a 2018

Como se puede observar en la (Figura 7). Realizando un análisis por los códigos generales que aporta el anexo técnico de la mencionada resolución, se pueden observar que Facturación es la Causa general de mayor numero de glosas, en cada uno de los periodos a estudiar, seguido de las causas por Devoluciones y Tarifas, con un aumento significativo en cada vigencia del Costo de no calidad que asume la Empresa, al no tener un control exhaustivo de estas. Las causas debidas a

Facturación aumentaron de 54 millones en el 2016 a 109 millones en el 2018 aproximadamente en un 50% más.

Figura 8. Cantidad y valor de glosas realizadas a la ESE Bellosalud, categorizadas por Causas de glosa, para el periodo 2016.

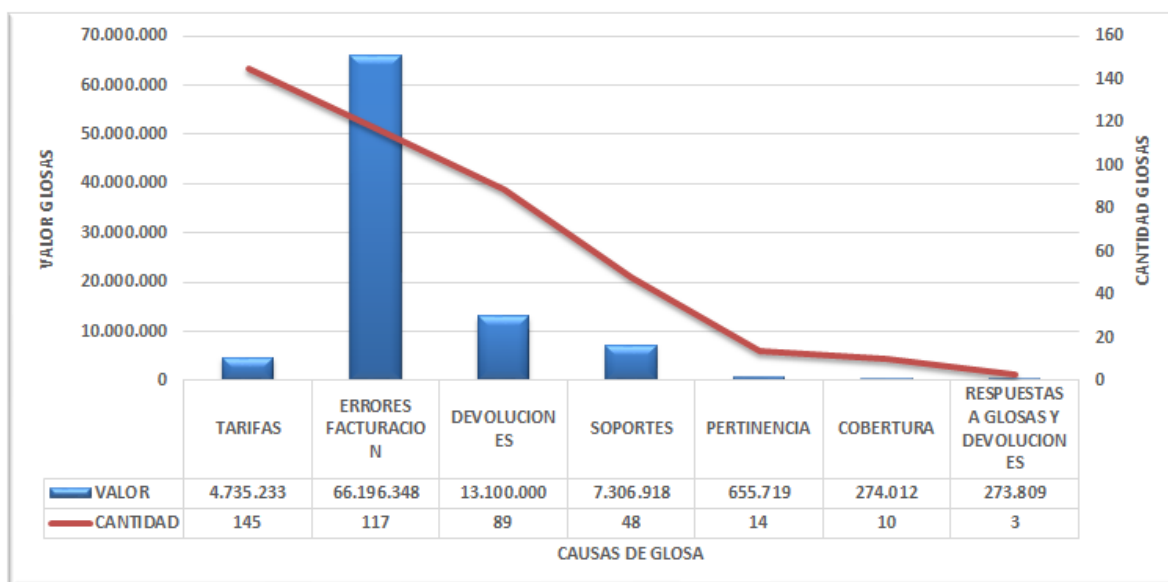


Fuente: Elaboración propia bases de datos Auditoria de Cuentas, ESE Bellosalud, periodo 2016.

Para el año 2016 se presentaba que la facturación es la causa de mayor impacto económico por el valor de sus glosas, como también la cantidad de glosas realizadas por esta causa, teniendo de 204 glosas un valor de \$54 millones de pesos, seguido de las devoluciones con una cantidad de 35 y un valor de \$5 millones. (Figura 8)

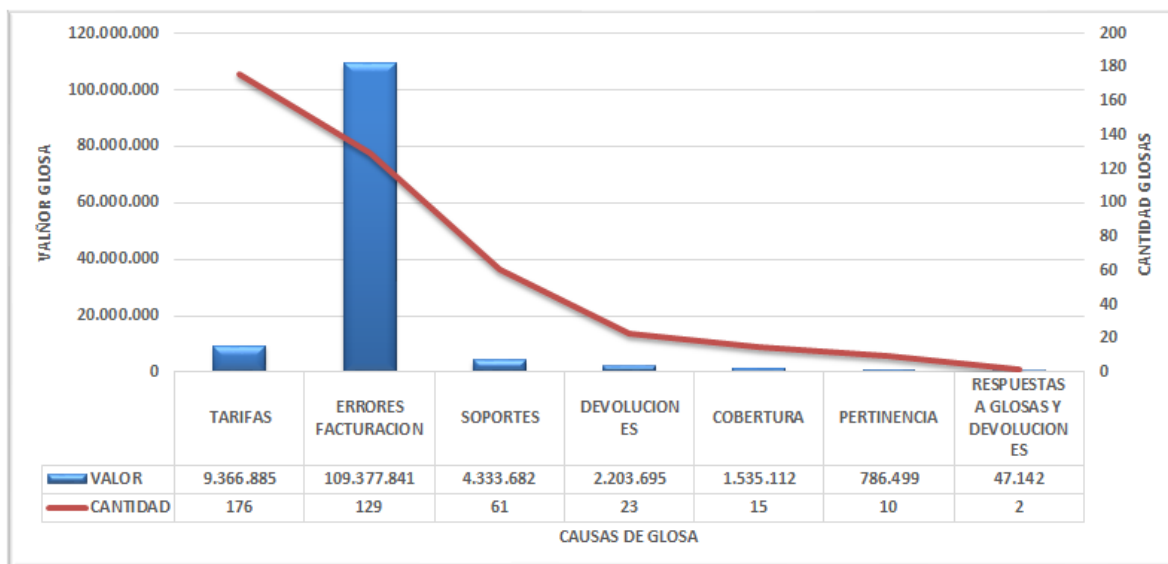
Al observar las figuras siguientes (Figura 9 y 10), se observa un comportamiento muy semejante que en la anterior, donde se analiza la cantidad de glosas y el valor que representan dentro de las categorías de causas generales de la resolución y se muestra, como los problemas en la facturación persisten y son la categoría de mayor impacto económico, pero también se puede apreciar en las mismas, que aunque facturación es la causa de mayor impacto financiero, no es la de mayor cantidad de glosas para estas vigencias, ya que, las tarifas son las causas de mayor cantidad de glosas presentadas en estos años.

Figura 9. Cantidad y valor de glosas realizadas a la ESE Bellosalud, categorizadas por Causas de glosa, para el periodo 2017.



Fuente: Elaboración propia bases de datos Auditoria de Cuentas, ESE Bellosalud, periodo 2017

Figura 10. Cantidad y valor de glosas realizadas a la ESE Bellosalud, categorizadas por Causas de glosa, para el periodo 2018.



Fuente: Elaboración propia bases de datos Auditoria de Cuentas, ESE Bellosalud, periodo 2018

Tabla 7. Categorización por causas específicas de Glosa, en la ESE Bellosalud periodo 2016.

FACTURACION	CANTIDAD	%CANT	VALOR	%VALOR
Examen o actividad pertenece a detección temprana y protección específica	43	21%	25.050.085	46%
Usuario o servicio corresponde a capitación	108	53%	20.879.171	38%
Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable	14	7%	6.127.187	11%
Procedimiento o actividad	14	7%	1.193.485	2%
Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes	6	3%	609.354	1%
Usuario retirado o moroso	1	0%	437.325	1%
Factura no cumple requisitos legales	1	0%	352.081	1%
Error en descuento pactado	3	1%	82.719	0%
Servicio o procedimiento incluido en otro	8	4%	57.507	0%
Ayudas diagnósticas	1	0%	37.800	0%
Medicamentos	3	1%	33.930	0%
Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala	1	0%	16.300	0%
Materiales	1	0%	11.192	0%
TOTAL	204	100%	54.888.136	100%
DEVOLUCIONES	CANTIDAD	%CANT	VALOR	%VALOR
Factura no cumple requisitos legales	33	94%	5.335.377	98%
Informe atención inicial de urgencias	2	6%	130.648	2%
TOTAL	35	100%	5.466.025	100%
TARIFAS	CANTIDAD	%CANT	VALOR	%VALOR
Procedimiento o actividad	45	100%	1.056.022	100%
TOTAL	45	100%	1.056.022	100%
SOPORTES	CANTIDAD	%CANT	VALOR	%VALOR
Autorización de servicios adicionales	9	47%	645.310	65%
Copia de historia clínica completa	9	47%	291.616	30%
Hoja de traslado en ambulancia	1	5%	48.400	5%
TOTAL	19	100%	985.326	100%
AUTORIZACION	CANTIDAD	%CANT	VALOR	%VALOR
Autorización de servicios adicionales	4	80%	594.880	86%
Hoja de traslado en ambulancia	1	20%	98.200	14%
TOTAL	5	100%	693.080	100%
COBERTURA	CANTIDAD	%CANT	VALOR	%VALOR
Servicio no pactado	4	100%	523.058	100%
TOTAL	4	100%	523.058	100%
PERTINENCIA	CANTIDAD	%CANT	VALOR	%VALOR
Procedimiento o actividad	1	100%	90.200	100%
TOTAL	1	25%	90.200	100%

Fuente: Elaboración propia bases de datos Auditoria de Cuentas, ESE Bellosalud, periodo 2016

En esta tabla (Tabla 7) se presenta la categorización por causas específicas relacionado a las causas generales que codifica la Resolución 3047 de 2008, donde por cada una de las categorías generales como Errores de facturación, Devoluciones, Tarifas, Soportes, Autorización, Cobertura y Pertinencia, se hace un despliegue dentro de cada una para determinar, las causas específicas que mayormente se presentan y que afectan en la auditoría de cuentas.

Para las causas específicas que están relacionadas con la Facturación, se encuentra “usuario o servicio corresponde a capitación”, con una representación del 53% de la cantidad de glosas presentadas por esta causa general, y con un impacto económico del 38% que no es la categoría más alta en valor de glosa, la causa de mayor valor en glosas es “examen o actividad pertenece a detección temprana y protección específica” con un 46%, del valor de las glosas totales de \$54 millones, debido a la falencias en la facturación y con solo un 21% representado en la cantidad de glosas efectuadas.

Siguiendo con las siguientes causas, como las devoluciones, las cuales afectan totalmente la factura a la cual se le aplica, se puede observar que la causa con mayor representación es “Factura no cumple con los requisitos legales” con un 94% de la cantidad de glosas dentro de esta categoría y con un impacto económico de un 98% del valor glosado.

De las demás causas, no cuentan con gran representación estadística, por lo cual solamente se enunciará la causa general y su causa específica con mayor volumen, dado que no presentan para esta vigencia una gran participación dentro del análisis. Como causas generadas por Tarifas donde los “procedimientos o actividades” es la causa específica que la lidera, en las causas por Soportes predomina “Autorización de servicios adicionales” con 65% del impacto generado en valor de la glosa en esta categoría, por Autorización se encuentra la misma causa específica que en la anterior, Cobertura “servicios no pactados” y por Pertinencia nuevamente la categoría específica de “procedimientos o actividades”.

Tabla 8. Categorización por causas específicas de Glosa, en la ESE Bellosalud periodo 2017.

FACTURACION	CANTIDAD	%CANT	VALOR	%VALOR
Usuario o servicio corresponde a capitación	44	38%	56.452.818	85%
Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable	40	34%	7.222.004	11%
Usuario retirado o moroso	15	13%	1.562.506	2%
Ayudas diagnósticas	1	1%	302.200	0%
Procedimiento o actividad	8	7%	234.698	0%
Valor en letras diferentes a valor en números	1	1%	146.682	0%
Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala	3	3%	137.988	0%
Estancia	1	1%	104.800	0%
Materiales	3	3%	29.894	0%
Servicio o procedimiento incluido en otro	1	1%	2.758	0%
Total general	117	100%	66.196.348	100%
DEVOLUCIONES	CANTIDAD	%CANT	VALOR	%VALOR
Factura no cumple requisitos legales	88	99%	13.059.300	99,7%
Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable	1	1%	40.700	0,3%
TOTAL	89	100%	13.100.000	100,0%
SOPORTES	CANTIDAD	%CANT	VALOR	%VALOR
Autorización de servicios adicionales	25	52%	4.993.124	68%
Procedimiento o actividad	9	19%	1.119.714	15%
Hoja de traslado en ambulancia	9	19%	904.126	12%
Ayudas diagnósticas	2	4%	202.600	3%
Descripción quirúrgica	1	2%	86.400	1%
Medicamentos	2	4%	954	0%
Total general	48	100%	7.306.918	100%
TARIFAS	CANTIDAD	%CANT	VALOR	%VALOR
Procedimiento o actividad	145	100%	4.735.233	100%
TOTAL	145	100%	4.735.233	100%
PERTINENCIA	CANTIDAD	%CANT	VALOR	%VALOR
Procedimiento o actividad	10	71%	479.019	73%
Ayudas diagnósticas	2	14%	104.900	16%
Consultas, interconsultas y visitas médicas	1	7%	42.300	6%
Estancia	1	7%	29.500	4%
TOTAL	14	100%	655.719	100%
COBERTURAS	CANTIDAD	%CANT	VALOR	%VALOR
Servicio no pactado	10	100%	274.012	100%
TOTAL	10	100%	274.012	100%
SOPORTE A GLOSAS Y DEVOLUCIONES	CANTIDAD	%CANT	VALOR	%VALOR
Glosa o devolución injustificada	1	33%	60.334	22%
No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada)1	1	33%	107.800	39%
Subsanada (Glosa no aceptada)	1	33%	105.675	39%
TOTAL	3	100%	273.809	100%

Fuente: Elaboración propia bases de datos Auditoria de Cuentas, ESE Bellosalud, periodo 2017

Como en los análisis anteriores las falencias en el proceso de Facturación representan la mayor causa de generación de glosas, para el 2017 se presenta una causa específica que es de tener bajo control por su alto impacto financiero para la Empresa, esto debido a que usuario o servicio corresponde a capitación equivale a \$ 56.452.818, con un 38% de la cantidad de glosas y un 85% del impacto del valor de las glosas.

En la causa por Devoluciones, sigue liderando “Factura no cumple con los requisitos legales”, por Soportes se cuenta con “ Autorización de servicios adicionales” con un 68% de importancia dentro del valor glosado por causa general, en causas por error en las Tarifas, continua de igual forma la causa específica “procedimiento o actividad”, en Pertinencia la misma causa específica que la anterior, en Cobertura se mantiene “ servicio no pactado” y aparece la última Causa general que para el año 2016 no se evidenciaba, Soporte a glosas y devoluciones, donde cuenta con categorías específicas no muy relevantes para la vigencia.

Continuando el análisis para la vigencia 2018, podemos ver en la Tabla 9, que nuevamente como se había expresado en las tablas anteriores, los errores por la causa Facturación, son los de mayor relevancia y al igual que en la Tabla 7, existe una causa específica, que muestra una gran importancia y representación dentro de la Facturación, la causa “usuario o servicio corresponde a capitación” equivale al 17% de las glosas y al 92% del valor de las glosas alcanzando un valor de \$ 100.426.329.

Las otras causas que se encuentran en la tabla como Tarifas, Soportes, Devoluciones, Coberturas, Pertinencia y Respuesta a glosas y devoluciones, continúan con las mismas causas específicas predominando dentro de cada uno de los grupos para esta vigencia.

Como recopilación de los análisis anteriores queda sustentado, que los errores de Facturación, no solo cuenta con el volumen más característico, sino que existen dentro de esta causa general, unas causas específicas que, aunque su volumen no es alto en cantidad, la representación dentro de las pérdidas que se pueden generar en la institución económicas es de proporción determinante y de gran importancia y cuidado.

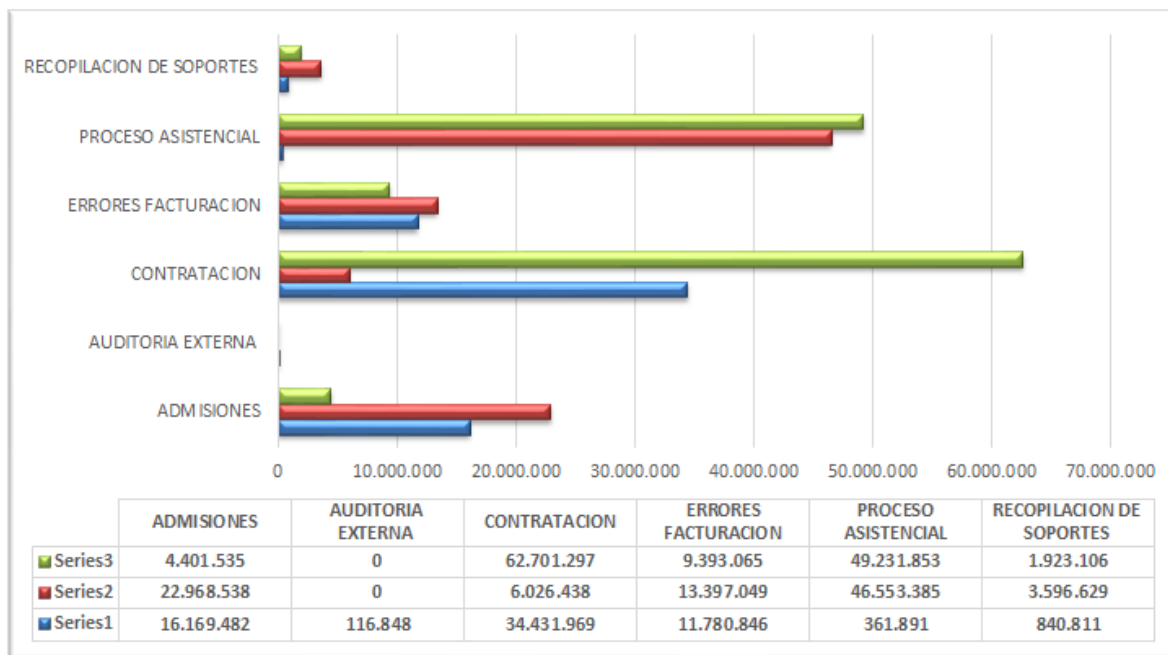
Tabla 9. Categorización por causas específicas de Glosa, en la ESE Bellosalud periodo 2018.

FACTURACION	CANTIDAD	%CANT	VALOR	%VALOR
Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes	30	23%	3.588.068	3%
Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable	21	16%	2.377.038	2%
Examen o actividad pertenece a detección temprana y protección específica	12	9%	1.228.014	1%
Usuario o servicio corresponde a capitación	22	17%	100.426.329	92%
Usuario retirado o moroso	11	9%	730.182	1%
Servicio o procedimiento incluido en otro	9	7%	437.218	0%
Procedimiento o actividad	16	12%	378.845	0%
Servicio o insumo incluido en caso, conjunto integral de atenciones, paquete	3	2%	125.600	0%
Error en descuento pactado	3	2%	73.195	0%
Autorización de servicios adicionales	1	1%	12.800	0%
Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala	1	1%	552	0%
TOTAL	129	100%	109.377.841	100%
TARIFAS	CANTIDAD	%CANT	VALOR	%VALOR
Procedimiento o actividad	176	100%	9.366.885	100%
TOTAL	176	100%	9.366.885	100%
SOPORTES	CANTIDAD	%CANT	VALOR	%VALOR
Autorización de servicios adicionales	15	25%	2.086.647	48%
Ayudas diagnósticas	15	25%	1.217.956	28%
Medicamentos	26	43%	597.265	14%
Hoja de traslado en ambulancia	2	3%	265.214	6%
Materiales	1	2%	111.000	3%
Orden o fórmula médica	2	3%	55.600	1%
TOTAL	61	100%	4.333.682	100%
DEVOLUCIONES	CANTIDAD	%CANT	VALOR	%VALOR
Factura no cumple requisitos legales	20	87%	1.988.286	90%
Informe atención inicial de urgencias	2	9%	113.009	5%
Usuario retirado o moroso	1	4%	102.400	5%
TOTAL	23	100%	2.203.695	100%
COBERTURAS	CANTIDAD	%CANT	VALOR	%VALOR
Servicio no pactado	14	93%	1.330.912	87%
Ayudas diagnósticas	1	7%	204.200	13%
TOTAL	15	100%	1.535.112	100%
PERTINENCIA	CANTIDAD	%CANT	VALOR	%VALOR
Ayudas diagnósticas	6	60%	342.800	44%
Consultas, interconsultas y visitas médicas	2	20%	178.599	23%
Medicamentos	1	10%	154.100	20%
Estancia	1	10%	111.000	14%
TOTAL	10	100%	786.499	100%
RESPUESTA A GLOSAS Y DEVOLUCIONES	CANTIDAD	%CANT	VALOR	%VALOR
Glosa o devolución injustificada	2	100%	47.142	100%
TOTAL	2	100%	47.142	100%

Fuente: Elaboración propia bases de datos Auditoria de Cuentas, ESE Bellosalud, periodo 2018

6.1.3 Factores críticos de éxito. La categorización por Factores críticos de Éxito, apunta al control de aquellos factores que son claves para el cumplimiento de las metas empresariales y son de vital importancia ya que se convierten en puntos de control en la organización.

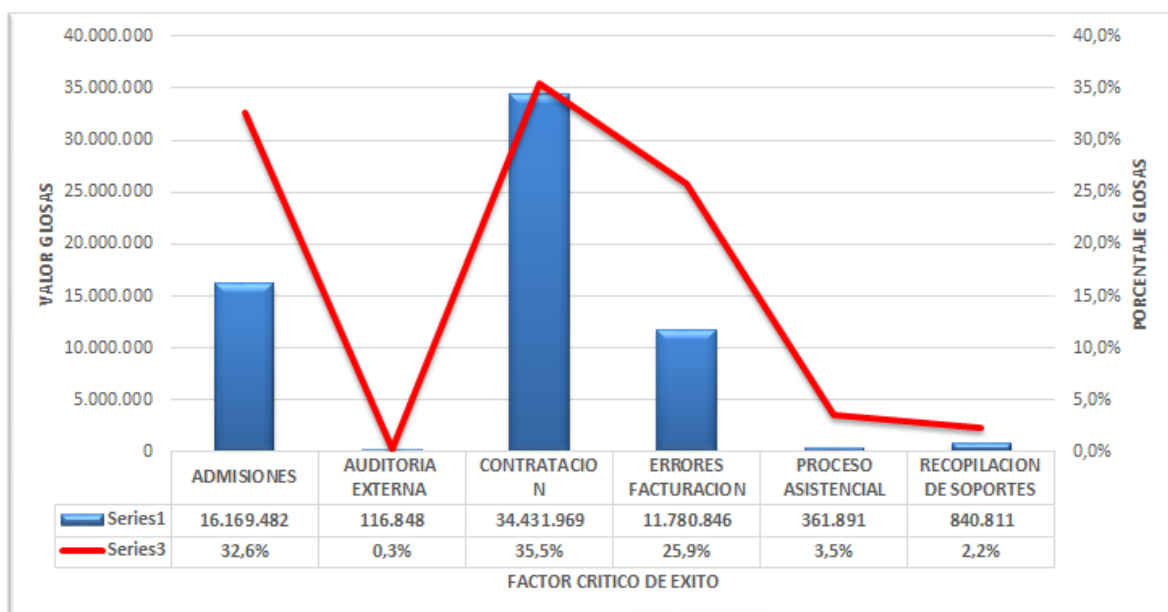
Figura 11. Cantidad y valor de glosas realizadas a la ESE Bellosalud, categorizadas en Factores Críticos de Éxito, para el periodo 2016 a 2018.



Fuente: Elaboración propia bases de datos Auditoria de Cuentas, ESE Bellosalud, periodo 2016 a 2018

Realizando el análisis por Factores críticos de Éxito definidos, se evidencia en la figura anterior (Figura 11), que dentro de los factores generadores de glosas está la Contratación, como uno de los de mayor aporte en impacto económico por el valor que estas representan seguido de los factores del Proceso Asistencial con valores altos en glosa aumentando su valor desde la vigencia 2016 en \$361.891 pesos hasta llegar a un valor de \$49 millones en el año 2018.

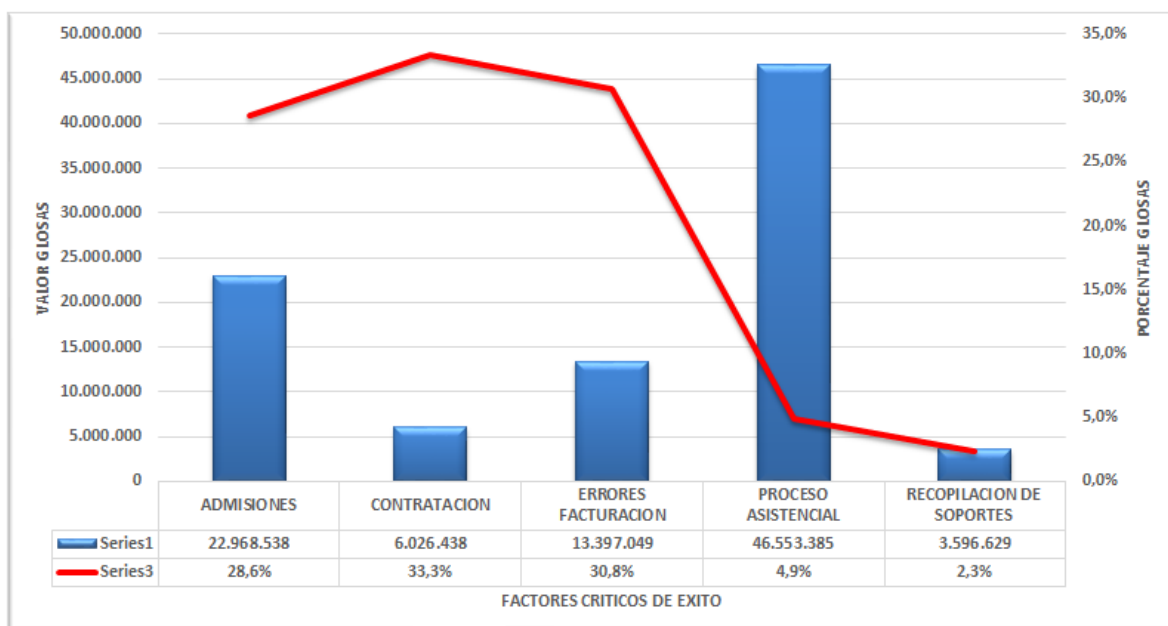
Figura 12. Cantidad y valor de glosas realizadas a la ESE Bellosalud, categorizadas en Factores Críticos de Éxito, para el periodo 2016.



Fuente: Elaboración propia bases de datos Auditoria de Cuentas, ESE Bellosalud, periodo 2016

Para el año 2016 la proporción más altas se encuentran en las categorías de Contratación con un 35%, seguido de Admisiones con un 33% y Facturación con el 26%, (Figura 12).

Figura 13. Cantidad y valor de glosas realizadas a la ESE Bellosalud, categorizadas en Factores Críticos de Éxito, para el periodo 2017.

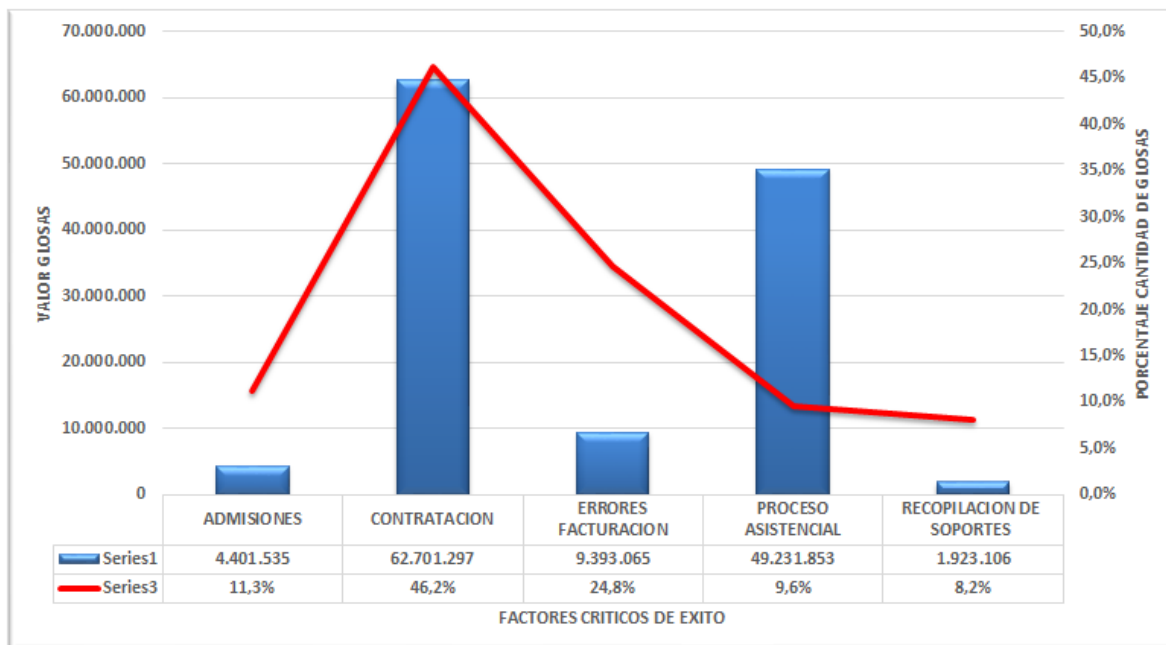


Fuente: Elaboración propia bases de datos Auditoria de Cuentas, ESE Bellosalud, periodo 2017

Para el año 2017, (Figura 13). Se puede observar que se concentra el mayor impacto económico, en el factor de los Procesos Asistenciales, aunque con un porcentaje de glosas muy bajo de 4.9%, a este le sigue las Admisiones, como el segundo de mayor impacto económico y con un 28,6% de la cantidad de glosas realizadas.

Para el año 2018 (Figura 14), continua el mismo comportamiento entre las categorías muy semejante a los años anteriores, pero comienza a tener más fuerza las fallas asistenciales con un 10% de participación en la categorización, el de mayor impacto continúa siendo la contratación con un 46%, seguido de Facturación con un 25%.

Figura 14. Cantidad y valor de glosas realizadas a la ESE Bellosalud, categorizadas en Factores Críticos de Éxito, para el periodo 2018.



Fuente: Elaboración propia bases de datos Auditoria de Cuentas, ESE Bellosalud, periodo 2018

Es de analizar en esta gráfica, (Figura 14) que, aunque continúa el mismo comportamiento entre las categorías muy semejante a los años anteriores, para este año comienza a tener más fuerza la categoría del factor crítico de Contratación, con un 46% de glosas efectuadas y con un impacto económico de \$62 millones, seguido de los Procesos Asistenciales con un valor en costos de no calidad de \$49 millones de pesos.

De las causas asociadas a los problemas de contratación, se observa que la no caracterización y actualización del sistema de los valores estipulados por las partes en los contratos realizados se genera glosas por un mayor valor cobrado

Otra de las causas de glosas frecuente al momento de la admisión, es cuando el paciente solicita algún servicio de salud, este se encuentra capitado y al realizar el ingreso, el personal de admisiones lo realiza como un evento y no como parte de la capitación, por lo que se genera una glosa por inconsistencias. Además, se han generado glosas debido a la mal asignación del asegurador al momento de la admisión.

Otra causa muy frecuente es que las facturas realizadas por I.P.S. que se presentan ante los diferentes aseguradores, no se radican según los tiempos estipulados ni en los contratos ni según las leyes vigentes.

Y ante el crecimiento de la sede de Rosalpi como hospital de primer nivel, aumentando el número de atenciones y de servicios ofrecidos, en el último año han aparecido muchas glosas asociadas a la no justificación en la historia clínica de estudios de laboratorio, imagenología básica o de procedimientos y así mismo se han generado otras debido a la no pertinencia de la atención en urgencias.

7. CONCLUSIONES

La ESE Bellosalud como entidad de primer nivel, debe monitorear las causas que afectan a sus ingresos, una de ellas como se pudo observar a través de este trabajo, es la categorización de las glosas realizadas a la facturación, causa que afecta directamente los estados financieros y por supuesto el presupuesto anual de la entidad.

Dentro de lo que concierne a BelloSalud hay que analizar todas las sedes, ya que como se vio en las gráficas anteriores hay unas que generan mayores costos de la no calidad que conlleva a mayor cantidad de glosas, entre estas la sede con mayor impacto financiero para todos los periodos es la sede Zamora, dado que sus valores son muy superiores a los de las demás sedes, seguido a la sede de Rosalpi en donde sus servicios de urgencias y hospitalización son muy importantes. Por lo tanto, son estas sedes las que se deben intervenir inicialmente.

Dentro de los factores críticos de éxito en la auditoría de cuentas médicas, las fuentes de objeciones de mayor relevancia para impactar en la Empresa Social del Estado son: Contratación, Errores de facturación y procesos asistenciales, porque en ellas, se observa una gran cantidad de problemas, produciendo el mayor valor de pérdidas. Se encontró que dentro de las causas frecuentes de glosas está las diferencias entre lo pactado en cada contrato y lo facturado, es así como los procedimientos, consulta, laboratorio e imagenología se están cobrando a valores que no corresponde, por lo que se genera una glosa y retrasos en los pagos, por lo cual es la principal medida a impactar.

Otra de las causas importantes, son los problemas al momento de la admisión, ya que son estos errores en el modo de ingreso de los pacientes en los diferentes servicios ofrecidos dentro de las distintas sedes los que también genera glosas. Entre estas la más importante es el mal ingreso de la E.A.P.B correspondiente a cada paciente, con la mala verificación de sus derechos y la no actualización de los datos del paciente. También en el proceso de admisión, otro de los problemas, es que no se especifican correctamente los accidentes de tránsito, por lo que las aseguradoras del SOAT, general devoluciones en las facturas. Además, en este proceso se observa falencias en la obtención de autorizaciones para los servicios presentados las cuales no se tramitan o no se adjuntan a la factura.

Dentro de los procesos asistenciales se observa que mal diligenciamiento de la historia clínica por parte de médicos y enfermeras que lleva a la glosa por parte del asegurador por inconsistencias o por no pertinencia.

Con base en la Resolución 3047 de 2008 (4) se podría concluir que la glosa asociada a errores en la admisión son las más frecuentemente encontrada siendo la causa específica, el que se factura paciente como evento, pero este corresponde a la capitación, seguido de usuario o servicio corresponde a otro asegurador diferente al ingresado.

Dentro de las causas específicas de devoluciones, la principal corresponde a que la factura no cumple con los requisitos legales y dentro de las causas de soportes lo más relevancia es autorización de servicios o glosas por medicamentos.

Cada una de estas falencias en los procesos, tanto Administrativos como asistenciales llegan a impactar los estados financieros de la Institución y como consecuencia generar mayor déficit en los presupuestos anuales, toda la afectación está dada a que las entidades del estado crean sus presupuestos para las vigencias siguientes, con un análisis de los ingresos recaudados en la vigencia anteriores, estos déficit aumentan los pasivos, generando inconvenientes en la operación corriente llevando en muchas ocasiones a no contar con el recurso para el pago de los proveedores o en última instancia al atraso de las obligaciones con los empleados.

Por tal motivo es necesario monitorear y colocar puntos de control en los procesos en que se encontraron falencias, ya que algunas glosas generan mayor impacto económico que otras sin importar la cantidad de estas.

Indagando con el líder de facturación de la institución refiere que una de las causas por la que se producen estas glosas, es el no conocimiento adecuado por parte del personal administrativo de la normatividad en salud, de manuales tarifarios, contratación propia de la empresa, diligenciamiento de la historia clínica y de los módulos administrativos.

8. MEDIDAS PARA IMPACTAR

Se requiere hacer un plan de mejoramiento continuo en los procesos de cada una de las áreas generadoras de glosas; como lo son las áreas de Sistemas, Facturación, cuentas médicas, Jurídica y subgerencia Administrativa y Financiera. Este plan debe iniciar con las siguientes medidas:

- A. El diagnóstico de la parametrización del sistema de información: Con el apoyo del área de sistemas y el líder de facturación se hará una revisión de las tablas que componen el sistema de información verificando cada uno de los ítem facturables dentro de la prestación de servicios que concuerden con todas las actividades pactadas en todos los contratos que se tiene con las diferentes EAPB, mediante consultas SQL se realizara la equiparación de valores entre el arrojado por el sistema y el pactado en la contratación, estandarizando toda la base de datos de toda la institución para disminuir las glosas asociadas a valores no corresponden.
- B. Generación de formatos no existentes en prototipo: En base a que en la institución no se cuenta con los códigos fuente del sistema se hace necesario la contratación con la empresa Dinámica Gerencial para el desarrollo de esta necesidad.
- C. Se llevarán al comité de compras y contratación, las propuestas para su análisis y toma de decisiones.
- D. Etapa contractual, estudios y desarrollo de presupuesto además de solicitud de documentos necesarios para la contratación pública. Posteriormente se hará solicitud de las necesidades de cada departamento en pro de mejorar los procesos administrativos.
- E. Socialización con el personal administrativo y asistencial que corre por cuenta de la empresa desarrolladora de Software en salud.

PLAN DE ACCION NUMERO UNO									
DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SEMANA NUNERO							
		SEM 1	SEM 2	SEM 3	SEM 4	SEM 5	SEM 6	SEM 7	SEM 8
Diagnóstico de la parametrización del sistema	Area de Sistemas Lider Facturacion Lideres de Areas								
Generación de los formatos no existentes en prototipo	Area de sistemas Lider Facturacion Area de Auditoria								
Solicitud y Análisis de propuestas	Subgerencia Administrativa y Financiera Area de Sistemas Comité de compras y contratacion								
Contratación y ejecución	Area de Juridica y Dinamica Gerencial								
Socialización	Ingeniero Dinamica Lider Facturacion Area de Auditoria								

- Realizar capacitación al personal tanto administrativo como asistencial en normatividad en salud, de manuales tarifarios, contratación propia de la empresa, diligenciamiento adecuado de la historia clínica y del módulo administrativo. Con el fin que conozcan la importancia y el impacto que esto conlleva.

PLAN DE ACCION NUMERO DOS PLAN DE CAPACITACIONES								
	SEMANA NUNERO							
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8
CAPACITACION	Fontiduelo	Zamora	Maruchenga	Paris	Mirador	San Felix	Playa Rica	Rosalpi
Normatividad en salud								
Manuales tarifarios y contratacion								
Historia Clinica y modulos dentro del sistema Dinamica								
Manuales de procesos y procedimientos por area								
Errores frecuentes en la atencion								

- Estructurar un proceso de Pre Auditoria a las cuentas por evento, en donde se analizará cada una de las facturas generadas, para evitar que estas sean glosadas, verificando que no se presenten inconsistencias, mitigando las causas de glosas. Asignando un líder y

un grupo de apoyo en cada sede, sin aumentar los costos administrativos.

Para este proceso se debe:

Caracteriza el proceso de auditoría,

Evaluación de la planta de cargos para contar con personal idóneo que asumirá estas funciones,

Análisis de tiempos de la realización de las funciones para evitar la saturación

Capacitación en auditoría interna de cuentas médicas.

- Con el fin de minimizar las deducciones en el contrato por capitación, debido al incumplimiento de metas pactadas, se deben enviar equipos de trabajo para actividades extra murales en conjunto con las jornadas realizadas por la secretaria de salud para el plan de intervenciones colectivas, enfocadas en las actividades de promoción y detección temprana, para lograr así, mayor cobertura en la captación de usuarios en estas jornadas especiales, conformando equipos interdisciplinarios entre lo asistencial y lo administrativo.
- Condicionar en el Sistema Dinámica Gerencial, la obligatoriedad de registro de todas las actividades asistenciales para evitar que estas queden sin registro.

BIBLIOGRAFIA

1. COLOMBIA. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 4747. Por el 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 en la población a su cargo y se dictan otras disposiciones. [Internet]. 2007 [citado 12 de febrero de 2019]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=decreto+4747&rlz=1C1CHBF_esCO805CO805&oq=decreto+4747&aqs=chrome..69i57j0j69i60j0l3.6015j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8
2. PÉREZ CÁCERES, Milena Margarita y VELÁSQUEZ ARANGO, Adriana Maria. Modelos de contratación en el sistema de salud en el marco de las relaciones entre prestadores y aseguradores. 2013. Medellín: Universidad CES; Facultad de Salud Pública, 2013.
3. LEURO MARTINEZ, Mauricio y OVIEDO SALCEDO, Irsa Tatiana. Auditoría de cuentas médicas. [Internet]. Bogotá: Ecoe Ediciones: [citado 10 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat02435a&AN=odin.181380&site=eds-live>
4. COLOMBIA. MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Resolución 3047 del 2008. 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. [Internet]. 2008 [citado 12 de febrero de 2019]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=resolucion+3047&rlz=1C1CHBF_esCO805CO805&oq=resolucion+3047&aqs=chrome..69i57j0l5.5961j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8
5. COLOMBIA. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Resolución número 276 de 2016, por la cual se adoptan planes de gestión integral de riesgo GPIR. [Internet]. [citado 15 de febrero de 2019]. Disponible en: https://www.google.com/search?rlz=1C1CHBF_esCO805CO805&ei=FDFmXNaXGIKb5wLkx5fICQ&q=resolucion+276+de+2016+supersalud&oq=supersalud+resolucion+276+de+&gs_l=psy-ab.1.0.0i22i30.2263.7595..10538...0.0..1.286.2602.0j18j1.....0....1..gws-wiz.....0i71j0.NoB7ZyM3keM
6. IPS UNIVERSITARIA. Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia. Modelo de administración de glosas en la IPS Universitaria de la ciudad de Medellín. 1 de enero de 2010. [Internet]. [citado 10 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.ipsuniversitaria.com.co/es/>

7. CASTAÑO PUERTA, Noralba y MONTOYA GARCÍA, Jenith Madeley. Propuesta para disminuir el número de glosas en la Fundación Clínica del Norte considerando la gestión del conocimiento. [Especialización en Gerencia de la calidad y Auditoría en salud]. 2015. Medellín: Universidad Cooperativa de Colombia; 2016.
8. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Son. re-crear la prestación de servicios de salud en las empresas sociales del estado en el sistema de seguridad social en salud. Bogotá: Ministerio de Salud. 2000; p.349.
9. COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1751 de 2015. 16 de febrero de 2015. Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 2015.
10. COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. La Constitución Política de Colombia 1991. [Internet]. Bogotá: Asamblea Constituyente; 1991 [citado 28 de febrero de 2019]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=la+constitucion+politica+de+colombia+pdf&rlz=1C1CHBD_esCO838CO838&oq=la+constitucion+&aqs=chrome.3.69i57j0l5.11065j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8
11. COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 715 de 2001. Por el cual se dictan normas orgánicas de recursos y competencias de conformidad 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. [Internet]. 2001 [citado 1 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=ley+715+de+2001+pdf&rlz=1C1CHBD_esCO838CO838&oq=ley+715&aqs=chrome.3.69i57j0l5.5289j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8
12. COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. 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. [Internet]. Bogotá: El Congreso; 2007. [citado 1 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
13. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. LEY_1438_2011. Por el cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en salud y se dictan otras disposiciones. [Internet]. Bogotá: El Ministerio; 2011 [citado 1 de marzo de 2019]. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html

14. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. DECRETO 780 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social [Internet]. 2016 [citado 1 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_0780_2016.htm
15. COLOMBIA. DANE. Boletín técnico medición de empleo informal y seguridad social may17_jul17.pdf [Internet]. Bogotá: DANE; 2017 [citado 1 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_informalidad/bol_ech_informalidad_may17_jul17.pdf
16. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Comportamiento del aseguramiento en Colombia. [Internet]. 2017 [citado 1 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>
17. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 0416 de 2009. Por la cual se realizan modificaciones a la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones. [Internet]. 2009 [citado 26 de febrero de 2019]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%200416%20DE%202009.pdf
18. LEURO MARTINEZ, Mauricio. Facturación y cartera por venta de servicios de salud 3 Ed. [Internet]. [citado 27 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat02435a&AN=odin.181379&site=eds-live>
19. PALACIO-OROZCO, Yulieth Katerin y DÍAZ-VILORIA, Magaly. Savia salud en el sistema de salud colombiano: una mirada descriptiva a la primera EPS mixta. Rev CES Salud Pública. Vol. 6, No.1 (1 ene. 2015),p.72-85.
20. FEDESARROLLO. Las formas de contratación entre prestadoras y administradoras de salud Sus perspectivas en el nuevo marco de la seguridad social: Sus perspectivas en el nuevo marco de la seguridad social. Bogotá: Fundación Corona; 1996. 116 p.