

**IDENTIFICAR LAS CAUSAS DE LAS GLOSAS REALIZADAS POR LA AIC EPS-I AL
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EN EL II PERIODO DEL 2018.**

ADRIANA YANETH PEREZ TIMANA

YULY ROCIO LUNA URRUTIA

**ESPECIALIZACION EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD
CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA**

UNIVERSIDAD EAN – CONVENIO UNIVERSIDAD DEL CAUCA

SEMESTRE II

POPAYAN

2019

**IDENTIFICAR LAS CAUSAS DE LAS GLOSAS REALIZADAS POR LA AIC EPS-I AL
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EN EL II PERIODO DEL 2018.**

ADRIANA PEREZ TIMANA

YULY LUNA URRUTIA

ASESORA:

ENF. CLARA IMELDA TORRES A

**ESPECIALIZACION EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD
CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA**

UNIVERSIDAD EAN – CONVENIO UNIVERSIDAD DEL CAUCA

SEMESTRE II

POPAYAN

2019

CONTENIDO

RESUMEN.....	5
PREGUNTA PROBLEMA	6
PROBLEMA	6
JUSTIFICACION.....	9
OBJETIVOS.....	11
OBJETIVO GENERAL	11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
MARCO REFERENCIAL.....	12
MARCO CONCEPTUAL	12
MARCO TEORICO	13
MARCO LEGAL.....	20
METODOLOGIA.....	21
POBLACION Y MUESTRA.....	21
TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	21
POBLACIÓN	22
MUESTRA.....	22
CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	22
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	22
MARCO MUESTRAL	22
UNIDAD DE ANALISIS	22
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:	22
INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ..	23
REFERENTES BIOÉTICOS:	23
REFERENTE MEDIO AMBIENTAL:	24
RESPONSABILIDAD SOCIAL:.....	24
VARIABLES	25
ASPECTO ADMINISTRATIVO	26
PRESUPUESTO	26

RECURSOS INSTITUCIONALES.....	26
ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC-EPSI:.....	26
MISIÓN	27
VISIÓN	27
OBJETIVOS GENERALES DE AIC EPSI	27
POLÍTICA DE CALIDAD.....	28
VALORES	28
Valores Filosóficos:	28
Valores físicos:.....	28
PRINCIPIOS	28
Valores Humanos:.....	28
POLITICAS INSTITUCIONALES	29
JUNTA DIRECTIVA 2018-2019	29
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	30
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	31
CONCLUSIONES.....	32
RECOMENDACIONES	33
BIBLIOGRAFIA.....	34
ANEXOS	37

RESUMEN

RESUMEN: Este trabajo tiene como objetivo identificar las glosas en el Hospital Universitario San José y con ello proponer acciones de mejora.

METODOLOGÍA: Se recolecto la información por medio de los programas de Excel y Word de las glosas del segundo semestre del 2018. Para el análisis de dicha información se utilizaron técnicas de tablas dinámicas, con lo cual determinan las causas y problemas de relevancia que afectan la facturación de la institución. **RESULTADOS:** Se encontró que el servicio con mayor número de glosa corresponde 21.41% corresponde al área de urgencias y la principal causal de glosa es pertinencia ayudas diagnosticas con un 95.11%.

PALABRAS CLAVE: Auditoría médica, Auditoría Clínica, Tarifa, Glosas, Facturación

PREGUNTA PROBLEMA

¿Identificar las causas de las glosas realizadas por la AIC EPS-I al Hospital Universitario San José en el II periodo del 2018?

PROBLEMA

El proceso de auditoría se ha convertido en una de las más importantes herramientas como mecanismo esencial de todo el sistema de salud para la medición orientada a la calidad y los servicios prestados aun cuando el enfoque también se mida en la parte contable, por ello se crean interrogantes acerca del aprovechamiento al máximo y el minimizar las pérdidas económicas en el ofrecimiento de algunos servicios en hospitales y demás centros de atención en salud.

Se hace importante resaltar la auditoria con sus diferentes modelos implantados como una instancia de educación donde se intenta filtrar y aprovechar las experiencias instaurando correcciones graduales para fomentar el mejoramiento, adaptación , utilización y producción en cada uno de los modelos, a fin de no solo satisfacer los requerimientos de los pacientes si no generar una fuente de maximización económica que genere beneficios sostenibles y aprovechables en el ámbito salud, orientada a generar la probabilidad de ofrecer servicios de gran satisfacción reflejados en resultados de progreso continuo.

En cuanto a la auditoría de cuentas se trata de la revisión y verificación de las cuentas anuales, estados financieros o documentos contables, tiene el objetivo de generar un informe que garantice la fiabilidad de los documentos que revisa y verifica.

La auditoría de cuentas es la encargada de verificar si las cuentas presentadas son fieles al patrimonio, estado financiero y resultados de la empresa auditada, según lo recogido en el plan contable.

Los responsables de realizar la auditoría pueden ser una sociedad auditora o un auditor de cuentas. Deben ser independientes y no pueden participar de ningún modo en la entidad auditada. Están obligados a hacerlo en un plazo mínimo de tres años y máximo de nueve.

Según el manual único de glosas, devoluciones y respuestas unificación de la resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009 manifiesta que una glosa es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud,

encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

La devolución es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.

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.

Para determinar los factores atribuidos al proceso de glosas se debe de identificar -la prestación de los servicios de cada IPS, ya que para cada una de ellas es de un valor significativo que los servicios prestados a sus clientes, pacientes o usuarios sean pagados o cancelados oportunamente por la EPS para que haya un flujo de caja de tal manera que se pueda prestar un atención de calidad. La cancelación de estos puede perjudicarse por equivocaciones o errores de índole asistencial, administrativo y técnico en la prestación de los servicios; estas fallas pueden ocurrir en las diferentes etapas del proceso de atención que pueden ser: pagar los salarios a los médicos, especialistas, enfermeras y demás trabajadores, falta de recursos para comprar los suministros que se necesitan para la atención, demora en citas y procedimientos y van a terminar prestando la atención integral a pedazos.

Por otro lado, las instituciones prestadoras al estar inmersas en un mercado que exige competencia, están obligadas a ofrecer servicios basados en la calidad y la eficiencia que les permitan ser auto sostenibles, traducido en la definición de procesos y el entrenamiento de personal idóneo para el alcance de tales fines; y que exprese la coherencia entre la prestación de servicios de salud frente a la pertinencia, la facturación de éstos y la oportunidad de tiempos de respuesta del asegurador al prestador y viceversa, a la luz de las directrices consagradas en la Resolución 3047 de 2008 - anexo N° 6 del Manual único de glosas, devoluciones y respuestas, y el decreto 4747

de 2007, minimizando así el riesgo asociado a la imposición de objeciones y glosas en el pago de servicios.

Los modelos de contratación y los diferentes manuales tarifarios para realizar las objeciones en la facturación en bien de la prestación de cada servicio donde no se afecte de manera indirecta o directa a la EPS generando un mal impacto para está, en cuanto a rentabilidad.

Es necesario revisar el archivo central y establecer la facturación que vamos a escoger como muestra para realizar la auditoria y verificar el procedimiento del HUSJ durante el II periodo del año 2018 y hacer una evaluación de la facturación previamente ya realizada por los auditores o por el personal administrativo en el que se evalúa la documentación que acompaña a la facturación generada en los procesos de atención

Al recibir las glosas es necesario conocer los motivos de las glosas que permitirán identificar el responsable y de acuerdo a esto enviar al proceso operativo para su respuesta, se realiza un seguimiento a las bases de datos del II periodo del año 2018 para determinar las fallas por lo tanto es importante indagar en los procesos, facturación, contratación, para brindar las herramientas que ofrezcan correctivos oportunos.

JUSTIFICACION

Se puede observar también que la auditoría de cuentas médicas en los últimos años ha venido evolucionando de una manera apresurada pero a la par de los cambios también se presentan innumerables dificultades en la prestación y análisis que realicen los auditores tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo

Las instituciones se ven abocadas a la normatividad cambiante en salud, en los procesos asistenciales como administrativos, en los procesos de auditoría y de calidad, etc, todos estos aspectos conducen a que las empresas tengan problemas económicos por el crecimiento de la cartera, lo que conlleva a crisis financiera por iliquidez.

Se deben tener en cuenta tanto los beneficios para la empresa como el conocimiento oportuno de las causas de glosas, para así, de esta manera poder evaluar el funcionamiento de la empresa, la oportunidad en la prestación del servicio, la racionalización de los recursos y la aplicación de la norma por parte del personal, logrando así que se evidencien inconsistencias en el sistema de contratación, que pueden corregirse y evitar las glosas desde su fuente primaria. Por lo tanto se considera de gran importancia detectar las causas y el impacto económico de las glosas a fin de poder implementarse medidas preventivas no solo correctivas y acciones de mejora, que sirva como base para tomar acciones preventivas que se vean reflejadas en futuras auditorías. De esta manera se puede evidenciar también la necesidad que tienen los prestadores para la preparación de una conciliación que les permita cobrar oportunamente servicios efectivamente prestados, se requiere la implementación de un modelo de administración de glosas que permita no solamente gestionarlas, sino también identificar en donde se encuentran las fallas para establecer correctivos transparentes que se reviertan en el mejoramiento de los procesos de facturación, respuesta a glosas y recuperación de cartera, incrementar los excedentes y garantizar la razonabilidad de los estados financieros y así recaudar de la misma manera los dineros conciliados garantizando la rotación ágil de cartera previniendo problemas financieros que afectan el flujo efectivo por las glosas

Para el siguiente proyecto de grado se desarrollara un análisis a fondo del proceso de facturación realizados por la AIC EPS-I al Hospital Universitario San José, recaudando la evidencia suficiente para observar los recursos actuales con los que cuenta para el funcionamiento, identificando si pueden ser reutilizados de manera que se pueda analizar la importancia que tiene conllevar una

facturación eficiente determinando donde están las fallas y de inmediato corregir para disminuir las objeciones y así presentar una propuesta de mejoramiento en el área de facturación y disminuir glosas.

Basándonos en la información recolectada acerca de las causales más frecuentes de glosa y el valor aceptado, que para finalidad del estudio se denomina glosa definitiva, para gestión administrativa y financiera de la entidad correspondiente, este aspecto se constituye de gran relevancia. Se revisarán las glosas, su causal, posteriormente se expondrá a las directivas, para que determine las directrices y controles, con el objetivo de fortalecerse en la red integrada de servicios de salud de la cual hace parte y así se pronuncie en un mejoramiento del manejo de los recursos para la gestión de aseguramiento, el aumento de la cobertura y la prestación de los servicios.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar las causas de las glosas realizadas por la AIC EPS-I al Hospital Universitario San José en mediante una auditoria de las glosas recibidas desde la AIC con el propósito de proponer a la gerencia un plan de mejora para la intervención de las principales causas de glosas en el servicio

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el porcentaje de glosa del II semestre 2018 y cuáles son las causas más frecuentes con el fin de establecer mecanismos de control en las diferentes etapas del proceso, según los tipos definidos en la normatividad vigente mediante una revisión retrospectiva de los informes de glosas entregados por la AIC al HUSJ con el propósito de tipificar las glosas.
- Evaluar el monto de las glosas por causa mediante un análisis descriptivo que permita identificar las causas de glosas que mayor impacto financiero tiene en el HUSJ
- Realizar y presentar un informe con base en los resultados del estudio que le permita a la gerencia tomar decisiones con base en la metodología previa y que se pueda diseñar o estructurar un plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos del estudio

MARCO REFERENCIAL

MARCO CONCEPTUAL

Enmarcando el Sistema General de Seguridad Social en Salud, vemos relevante citar algunas de los conceptos que influyen en el proceso de facturación y auditoría de cuentas médicas.

Auditoria: Inspección o verificación de la contabilidad de una empresa o una entidad, realizada por un auditor con el fin de comprobar si sus cuentas reflejan el patrimonio, la situación financiera y los resultados obtenidos por dicha empresa o entidad en un determinado ejercicio

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

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

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

Cuenta medica: proceso mediante el cual se verifica la conformidad de los valores y soportes que conforman la facturación presentada por las diferentes Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), frente a parámetros previamente establecidos entre las partes de acuerdo a la normatividad vigente.

Devolución: Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta

de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.

Radicar: Entregar la factura al responsable del pago.

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

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

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

MARCO TEORICO

A partir de la reforma de 1993 el sector de salud en Colombia, les otorgó la participación a los inversionistas del sector privado en la provisión de un bien público con la garantía constitucional como es la Salud. Según las cuentas de salud en Colombia, el gasto total nacional en 1993 fue del 6.2% del producto interno bruto, en 1997 ascendió a 9.6% y en el 2003 se ubicó en el 7.8% y 2 para el año 2015 se finaliza con una participación del 7.2%.

Esta reforma pretendía que todos los prestadores que participaran de forma equitativa en el manejo de recursos, sin embargo la complejidad en el desarrollo de las relaciones del mercado, hizo que se creara una concentración del poder en los actores que administraban el recurso, ejercido inicialmente por las entidades administradoras de beneficios y posteriormente por los demás responsables del pago de servicios de salud, es así como las demás entidades estatales en todos los niveles de administración y el operador fiduciario FOSYGA, que copiaron esta práctica y con el tiempo lo que hizo fue frenar el flujo de los recursos hacia los prestadores de servicios en salud,

obligando así a que el gobierno estableciera diferentes normas para mitigar el impacto nocivo por exceso de objeciones y glosas sobre la facturación de servicios de salud y equilibrar las relaciones entre prestadores y pagadores.

Los tiempos entre la prestación del servicio, la generación de la factura, la revisión de la auditoría, el recibir las facturas por parte de las entidades deudoras, adicionalmente el tiempo que se toma en la notificación de la glosa y todos los efectos que esta conlleva, hacen que las entidades deudoras se apalanquen con estos recursos afectando así la liquidez de las instituciones prestadoras de servicios.

El decreto 4747 de 2007 definió el proceso que se debía llevar a cabo para el trámite de glosas, respuestas a las devoluciones, esta normatividad se concentra en tres puntos importantes:

1. Soportes de la facturación por tipo de servicio prestado
2. Causales de glosas y devoluciones
3. Tiempo en el trámite de glosas.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado en 1993 con la Ley 100. Al igual que otros sistemas de salud en el mundo, tiene por cuatro componentes fundamentales: La rectoría, el financiamiento, la prestación de los servicios de salud y la generación de recursos.

El Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es la forma como se brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros. Usted se afilia a la Entidad Promotora de Salud (EPS) que prefiera, recibe su Carnet de Salud y entra a formar parte del Sistema de Seguridad Social en Salud. Los servicios los recibe a través de una Institución Prestadora de Servicios (IPS), que como verá más adelante, le traerá muchos beneficios. El Sistema General de Seguridad Social en Salud funciona en dos regímenes de afiliación: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado. En esta cartilla se abordará el Régimen Contributivo, al cual se deben afiliar las personas que tienen una vinculación laboral, es decir, con capacidad de pago como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias.

Teniendo como base los principios:

a) Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.

b) Universalidad. Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

c) Solidaridad. Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil.

Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el sistema de seguridad social mediante su participación, control y dirección del mismo.

Los recursos provenientes del erario público en el sistema de seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables.

d) Integralidad. Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta ley.

e) Unidad. Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social.

f) Participación. Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

Los componentes del sistema son:

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

El 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. Tiene Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios. Independientemente del mecanismo de pago que se establezca en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios estos deberán contener, como mínimo los siguientes aspectos:

1. Término de duración.
2. Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.
3. Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
4. Servicios contratados.
5. Mecanismos y forma de pago.
6. Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.
7. Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.
8. Periodicidad en la entrega de Información de Prestaciones de Servicios de Salud, RIPS.
9. Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas.
10. Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.
11. Mecanismos para la solución de conflictos.
12. Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso.

En Colombia desde el siglo pasado, con la ley 100 de 1993 se ha implementado en todas las instituciones de salud el concepto de auditoría médica, con el fin de realizar un seguimiento sistemático y periódico de la calidad y la atención médica. Dicho de otra manera, es un instrumento estadístico que permite evaluar tanto la eficiencia como la efectividad del acto médico, logrando el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.

Con el propósito de aclarar conceptos, traemos a colación las diferentes áreas que puede abarcar esta disciplina. Entre ellas encontramos la auditoría médica integrada, la auditoría de cuentas médicas y la auditoría médica de calidad. La primera es el área de la auditoría médica que tiene

por objeto garantizar la pertinencia, oportunidad y calidad en la prestación del servicio, enfatizando en el mejoramiento continuo y la optimización de los recursos asignados.

Por su parte, la auditoría de cuentas médicas tiene como propósito asegurar la facturación generada por la prestación del servicio de salud, de concordancia con parámetros establecidos entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y por último, la auditoría médica de calidad comprende la supervisión de las condiciones técnico-científicas encontradas en la red de prestadores así como el cumplimiento de las particularidades de pertinencia, accesibilidad, seguridad y oportunidad para la prestación de servicios de salud, dirigido hacia la mejora continua.

Por lo anterior, es importante resaltar la auditoría con una herramienta de gestión gerencial que tiene por objeto dar a conocer todos los elementos de estandarización propuestos en las experiencias exitosas, adoptados de manera creativa y responsable, con un sólo propósito: el beneficio de los usuarios que acceden a los servicios de salud. Lo anterior reafirma que este texto tiene como finalidad dar a conocer los diferentes sectores o campos de acción de esta ciencia, mejorando así la prestación del servicio, minimizando los errores, enfatizando en la seguridad del paciente e incentivando al personal médico para la implementación de protocolos y guías.

Estas características permiten a la auditoría médica salga de su zona de confort, en el aspecto contable, y se convierta en una especialidad que posibilite la investigación de casos para el perfeccionamiento de la atención médica. Es decir, generar un paralelo entre el conocimiento proporcionado por las instituciones formadoras de auditores médicos en Colombia y el verdadero enfoque investigativo supra- especializado que deben tener.

Presentación de glosas: Ante la presentación de una glosa se debe tener una adecuada gestión y manejo de las glosas, por lo tanto es necesario que en el contrato que se haya estipulado con la empresa contratante de prestación de servicios se establezcan, claramente, los requisitos y plazos para su presentación, por parte de la entidad contratante. En caso de no pactarse el plazo, se adopta el estipulado en la normatividad vigente como lo está en el Decreto 4747 del 2007. La glosa debe contener la relación de facturas o documentos equivalentes glosados, donde se especifique: número del documento, nombre del usuario, concepto glosado y causa de la glosa. Adicionalmente, debe traer anexas las facturas o documentos equivalentes y los soportes presentados por dichos servicios.

El manual único de glosas tiene como 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.

Anexo técnico No. 6 Manual único de glosas, devoluciones y respuestas unificación.

Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009: Su principal objetivo es estandarizar la denominación, codificación y aplicación de cada uno de los posibles motivos de glosas y devoluciones, así como de las respuestas que los prestadores de servicios de salud den a las mismas, de manera que se agilicen los procesos de auditoría y respuesta a las glosas

anexo N° 6 del Manual único de glosas, devoluciones y respuestas, y el decreto 4747 de 2007, minimizando así el riesgo asociado a la imposición de objeciones y glosas en el pago de servicios[5].

Código	Concepto General	Aplicación
1	Facturación	Generadas cuando existen diferencias entre el tipo y cantidad de servicios prestados y los facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura, o cuando se presenten errores administrativos que surgen en los procesos de facturación.
2	Tarifas	Surgen cuando se presenta diferencia entre los valores facturados y los pactados.
3	Soportes	Generados por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.
4	Autorización	Ocurren cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Es importante tener en cuenta, que cuando no es posible establecer comunicación con la entidad responsable del pago, o cuando no se obtiene respuesta de la misma, se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales

5	Cobertura	Aquellas generadas por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.
6	Pertinencia	Cuando no existe coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.
7	Devoluciones	Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, falta de soportes para el recobro por CTC, tutela, ATEP y servicio ya cancelado. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.
8	Respuestas a glosas o devoluciones	Éstas se deben interpretar 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.

MARCO LEGAL

NORMA	AÑO	OBJETO
LEY 1000	1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. El sistema de seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.
LEY 1438	2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones " Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país
LEY 1122	2007	Por cual se hacen algunas modificaciones La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios
DECRETO 2423	2006	Que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en su sesión del 7 de noviembre de 1996 aprobó el documento técnico presentado sobre el Régimen Tarifario contenido en el Manual correspondiente. Que de conformidad con lo anterior, corresponde al Gobierno

		Nacional ejercer la potestad reglamentaria y establecer las tarifas 25 según los artículos 168, 169, artículo 172, numeral 10o. artículo 241 y 244 numeral 4o. de la Ley 100 de 1993
DECRETO 4747	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 3047/08, 416/09.
ACUERDO 256	2011	POR EL CUAL SE APRUEBA EL "MANUAL DE TARIFAS" DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL SEGURO SOCIAL "EPS-ISS". Aprobar el Manual de Tarifas que se relaciona a continuación, para: 1) el pago de los servicios de salud electivos de tipo extra institucional y de urgencia que contrate el ISS a través de la EPS 24 con instituciones de salud, grupos de práctica profesional y personas naturales; 2) el pago de los servicios de salud de tipo intra institucional que contrate el ISS a través de la EPS-ISS, o de sus IPS y CAAs, con Instituciones de salud, resolución 3047/08, 416/09..

METODOLOGIA

POBLACION Y MUESTRA

TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño con el que se llevará a cabo la investigación es cuantitativo descriptivo de corte transversal retrospectivo en el área de cuentas médicas que permite detectar las causas que generan pérdidas de recursos financieros por motivo de glosa.

Se inicia tabulación y valorización de los motivos de glosa estableciendo cuales tienen un mayor impacto financiero en la institución y un análisis caso a caso para establecer las causas puntuales que son generadoras de glosa definitiva, lo que permite tener un diagnóstico situacional confiable para poder diseñar un modelo de auditoria que sea aplicable a las áreas afectadas.

Se diseña el modelo de auditoría por el grupo de trabajo y se establecen los posibles resultados que se obtendrán con el modelo de auditoría propuesto.

POBLACIÓN

Total de glosas identificadas durante la auditoría de cuentas medicas realizados por la AIC EPS-I al HUSJ en el II periodo del 2018.

MUESTRA

No se tendrá en cuenta o no se definirá, porque se tomara al total de las glosas las cuales fueron revisadas durante II periodo del 2018.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Facturación auditada con glosas en la prestación de servicios de salud en el Hospital Universitario San José en el II periodo del 2018.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Este estudio no contempla criterios de exclusión.

MARCO MUESTRAL

Base de datos de las facturas con glosa de la AIC EPS-I al HUSJ en el II periodo del 2018 el cual se constituye en fuente secundaria de la información.

UNIDAD DE ANALISIS

Facturación auditada y glosada por el HUSJ en el II periodo del 2018.

Para la verificación de estas facturas auditadas que fueron glosadas se tendrá acceso al sistema de filtro que tiene la EPS I AIC llamado SITIS: Fase I en donde es el primer paso donde se limpian las facturas y Fase II es el paso donde se cargan las glosas discriminadas.

Se tendrá en cuenta también los informes contables que los auditores han realizado cuando encontraron hallazgos en las facturas

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

La información será recolectada de bases de datos del II segundo periodo 2018 suministradas por la Asociación Indígena del Cauca AIC-EPSI para lo que se utilizó como fuente de información secundaria la información suministrada por el Hospital Universitario San José.

Se hará una revisión sistemática en la literatura por internet y medios físicos literarios a nivel internacional, normatividad y modelos de auditoría aplicados en Colombia para diseñar el modelo de auditoría que se ajuste a los procesos que se quieren optimizar.

El análisis de la información se realizó por el grupo de investigación integrado por Yuly Luna, Adriana Pérez con la asesoría de la Enfermera Clara Imelda A, para identificar las principales fallas en el proceso de facturación del Hospital Universitario San José.

Una vez recolectada la información por medio de los programas de Excel y Word, se seleccionó la más relevante para el estudio como fue: Facturación total de los servicios, códigos generales, glosas por facturación, tarifas, soporte, autorizaciones, cobertura, pertinencia, codificación de la objeción, posteriormente fueron realizados sus respectivas tablas y gráficos para su análisis, basándonos en el diagrama de Pareto para estas últimas, analizando sus resultados y finalmente proponiendo acciones de mejora.

INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los parámetros para la evaluación de las glosas deben contemplar criterios de cumplimiento, determinados en torno a los siguientes componentes:

- Nombre.
- Mes.
- Valor facturado.
- Valor glosa inicial
- Numero de facturas con glosas.
- Valor glosa final.
- Numero de facturas que quedaron con glosa finalmente.
- Código general.
- Código específico.
- Descripción

REFERENTES BIOÉTICOS:

Los investigadores se comprometen a cumplir con lo establecido en el tratado de Helsinki, además de la normatividad nacional Resolución 008430 de 1993. Esta es una investigación sin riesgo, no la hace ningún daño a la comunidad ni al medio ambiente.

REFERENTE MEDIO AMBIENTAL:

El derecho medio ambiental es definido como el conjunto de principios y normas jurídicas que regulan las conductas individuales con incidencia en el medio ambiente lo han definido también como “el conjunto de normas que regulan las relaciones de derecho público y privado, tendientes a preservar el medio ambiente libre de contaminación, o mejorar en caso de estar afectado”.

Por lo tanto, es de gran importancia dar a conocer que el presente trabajo de grado se desarrolla con el compromiso respetar la normatividad internacional y nacional sobre medio ambiente, cuidando el entorno, haciendo el mínimo uso de hojas de papel y utilizar medios magnéticos para la información.

RESPONSABILIDAD SOCIAL:

Este proyecto se realizó bajo la asesoría del docente encargado y el grupo de trabajo compuesto por 2 integrantes de la especialización de Auditoria y Garantía de la Calidad en Salud de la Universidad EAN convenio Universidad del Cauca, se pretende generar la caracterización en las cuentas medicas realizado por la AIC EPS-I al Hospital Universitario San José en el ámbito Hospitalario dando así un mejor resultado en la facturación, evitando el aumento de glosas y por ende generando resultados positivos para el personal y la institución.

VARIABLES

Variable	Definición	Categoría	Nivel de medición	Indicador
Edad de la glosa	Tiempo transcurrido entre la radicación de una factura y cierre del proceso.	Días (hábiles) Meses Años	Ordinal	Suma total de las edades de las glosas generadas sobre el número total de las glosas
Tipo de glosa	Motivo por el cual se define la glosa.	Motivo de glosa: 1.facturacion 2.tarifas 3. soportes 4.autorizacion 5.cobertura 6.pertinencia	nominal	Numero de glosas con mayor prevalencia de un solo causal sobre el número total de glosas
Tipo de servicio	Servicio en el cual se genera la glosa	Nombre del servicio: 1.Ayudas dx 2. Cirugía 3.farmacia 4.hospitalizacion 5.laboratorio 6.Uci 7.Urgencias	nominal	Cantidad de glosas que se generan en el mismo servicio sobre el número total de las glosas
Costo de la glosa por servicio	Valor total en pesos de lo glosado en cada servicio	Nombre del servicio: 1.Ayudas dx 2. Cirugía 3.farmacia 4.hospitalizacion 5.laboratorio 6.Uci 7.Urgencias	ordinal	Costo total de lo glosado en cada servicio por el costo total de lo glosado por el hospital

ASPECTO ADMINISTRATIVO

PRESUPUESTO

RUBROS	EFFECTIVO	TOTAL
PERSONAL	\$1.000.000	\$1.000.000
EQUIPOS	\$300.000	\$300.000
SOFTWARE	\$100.000	\$ 100.000
MATERIALES	\$250.000	\$250.000
CD	\$1500 X2	\$3000
COMUNICACIONES Y TRANSPORTE	\$120.000	\$120.000
ASESOR (HORA DOCENTE)	50000 X 4	200.000
ESTUDIANTE (HORA)	10000 x10	100.000
INTERNET (HORA)	1000 X 60	60000
TOTAL		\$2.133.000

RECURSOS INSTITUCIONALES

ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC-EPSI:

La Asociación Indígena del Cauca AIC- EPS-I es una empresa Indígena pública de carácter especial de orden nacional que administra recursos del régimen subsidiado, creada por decisión de los cabildos en Junta Directiva Regional en el mes de Diciembre de 1997, reconocida bajo la resolución de No 083 del 15 de diciembre de 1997 de la Dirección General de Asuntos Indígenas, está Integrada por Autoridades de los Resguardos y en la Actualidad son socios 100 Cabildos del Departamento del Cauca en representación de la mayoría de las comunidades indígenas que habitan este departamento.

La Asociación Indígena del Cauca AIC EPS-I, es una empresa de las comunidades indígenas del Cauca, representada en los 100 Cabildos indígenas socios, reconocida legalmente el 15 de diciembre de 1997 mediante resolución 083 de la Dirección General de Asuntos Indígenas del Ministerio del Interior. Desde la creación, la AIC EPSI, ha respondido al principio colectivo de las acciones que se desarrollan, como consecuencia de la dinámica de las comunidades, de esta forma

las decisiones son de índole colectiva porque entre todos se piensa y se actúa por el bienestar de todos, partiendo del respeto a las particularidades, la interculturalidad, la equidad, la reciprocidad y la redistribución, para finalmente alcanzar el bien común y el ejercicio de la salud como un derecho fundamental. Son ya veinte uno (21) años de existencia y de fortalecimiento político organizativo y en la actualidad hacemos presencia activa en siete (07) departamentos (Cauca, Valle, Huila, Putumayo, Antioquia, Caldas y Guajira) y setenta y cinco (75) municipios a nivel nacional, con una población total de 443.303 afiliados contratados a 31 de diciembre de 2018.

MISIÓN

La Asociación Indígena del Cauca AIC-EPS-I es una entidad Pública de carácter especial que tiene como objeto fortalecer la capacidad organizativa de los procesos en salud de los pueblos indígenas y demás población afiliada, a través de la administración de los recursos y el aseguramiento de los servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud respetando la diversidad étnico cultural de cada pueblo y comunidad.

VISIÓN

Posicionarse a nivel nacional como la mayor Empresa Promotora de Salud Indígena con excelentes planes de beneficios que fortalezcan los procesos culturales, político organizativo en pro de la construcción de un Sistema de Salud que responda a la realidad contextual de la comunidad.

OBJETIVOS GENERALES DE AIC EPSI

Los objetivos que persigue La Asociación Indígena del Cauca AIC-EPS-I son:

- La estructura poblacional de la AIC deberá ser indígena por lo menos en un 60%.
- Desmedicalizar la prestación de los servicios de salud a las comunidades indígenas, fortaleciendo el Proyecto de Salud Indígena y promover la medicina alternativa.
- Fortalecer la medicina tradicional indígena.
- Acompañar y fortalecer los procesos político-organizativos locales, zonales, regionales y nacionales.
- Minimizar el riesgo de enfermar y morir de los comuneros a partir de procesos preventivos propios de las comunidades indígenas.
- Consolidar y ejecutar los procesos administrativos y de planeación en salud de acuerdo con las particularidades culturales de los pueblos indígenas.

- Garantizar el cumplimiento de los derechos y deberes en la prestación de servicios en salud de los pueblos indígenas y demás población afiliada, de acuerdo con la aplicación del Derecho Propio y la legislación vigente.

POLÍTICA DE CALIDAD

La AIC EPSI, a través de la implementación y cumplimiento de su política de Calidad, se compromete a satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros comuneros, brindando servicios de salud con eficacia, amabilidad, respeto y calidez en el trato a los comuneros y acompañantes, fundamentada en criterios éticos de pertinencia, oportunidad, efectividad, eficiencia en el manejo de los recursos, seguridad en la atención y en el mejoramiento continuo de la organización.

VALORES

Los valores y principios por los cuales se guía la Asociación Indígena del Cauca AICEPS-I son los siguientes:

Valores Filosóficos:

- Reciprocidad (Dar y recibir de forma mutua entre todos)
- Solidaridad (Con cada hermano, familia y comunidad)
- Respeto (valorar, dar la importancia y significado que tiene cada acto, persona o la naturaleza)
- Fortaleza (Fuerza para afrontar las responsabilidades y superar las dificultades).

Valores físicos:

- Comodidad y adecuación de instalaciones.
- Señalización.

PRINCIPIOS

Valores Humanos:

- Valores de respeto al tiempo del comunero en eficiencia, accesibilidad, tiempo de espera, resolución de problemas, agilidad en los trámites, orientación e información.
- Seguimiento al comunero después del servicio.

POLITICAS INSTITUCIONALES

Las propuestas políticas en el marco de los modelos de cuidado intercultural están construidas con las comunidades, las autoridades tradicionales y espirituales, respondiendo a sus expectativas de salud y buen vivir.

- Trato digno y humanizado durante la atención en salud.
- Cuidados en salud interculturales
- Fortalecimiento de prácticas y saberes ancestrales de cada pueblo.
- Fortalecimiento de la autonomía alimentaria.
- Seguridad en el cuidado de salud del comunero.
- Fortalecimiento de los mecanismos de control social y cultural.
- Desarrollo de las competencias del talento humano.

JUNTA DIRECTIVA 2018-2019

- ✓ Rafael Enrique Perdomo Pancho Consejero Mayor CRIC Delegado para Salud
- ✓ Jorge Eliecer Sánchez Coordinador Programa De Salud Cric
- ✓ Ludia Medina Representante Legal
- ✓ Carlos Andrés Alfonso Fiscal Carlos Bolaños Coordinador Político Administración y Planeación
- ✓ Luis Eduardo Zambrano Coordinador Político Aseguramiento
- ✓ Modesto Pertiaga Coordinador Político Atención Al Comunero
- ✓ Elías Morales Coordinador Político Apoyo Organizativo Y Sociocultural
- ✓ Emigdio Chicangana Coordinador Político Garantía De La Calidad.
- ✓ Lurdy Guengue Coordinadora Político Financiera.
- ✓ Silverio Yujo Caviche Coordinador Político Jurídica

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD		DURACION (meses) fecha de inicio: 23 Febrero 2019																		
		23	25	26	27	28	7	8	11	12	4	12	18	25	3	7	2	3	7	9
		Feb	Feb	Feb	Feb	Feb	Mar	Mar	Mar	Mar	abril	abril	abril	abril	abril	abril	May	mayo	mayo	mayo
1	Elaborar del anteproyecto	■	■																	
2	Tramite de aval institucional								■	■										
3	Revisión y ajustes al anteproyecto			■	■	■														
4	Elaborar marco teórico						■	■	■	■										
5	recoger la información	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■					
6	Revisión bibliográfica											■	■	■	■	■	■	■	■	■
7	Describir los resultados											■	■	■	■	■	■	■	■	■
8	Analizar los resultados											■	■	■	■					
9	Elaborar o redactar el informe final								■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
10	Revisión del informe final por parte del asesor																		■	■
11	Entregar el informe final																		■	■

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Dentro de los hallazgos, se evidenció glosas asociadas a pertinencia de estancias, representando las estancias prolongadas no justificadas un factor de riesgo constante ante la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos durante la estadía de los usuarios en una institución de salud y con ello el aumento creciente de costos asociados a la corrección de daños asociados y otros relacionados con las glosas venideras.

por esto es necesario diseñar estrategias que minimicen los riesgos y por ende los costos y con ellos impactar indicadores de interés en salud pública, tanto los hallazgos asociados a estancias prolongadas y a riesgos relacionados con la hospitalización, ambos confluyen en indicadores de eficiencia que han direccionado acciones en entidades prestadoras de manera que se determine de manera precoz su desempeño organizacional a lo largo del tiempo.

Una medida a tener presente podría tomar de referencia un estudio en México, realizado por Puente-Rosas E y colaboradores, donde se propone aplicar una herramienta en la cual se mida el desempeño en calidad de la institución[6].

Consideramos que la parte administrativa debe tener nuevas capacitaciones en manuales, tarifas y contratos existentes en la institución para así disminuir las glosas de este tipo y a su vez contar previa a la radicación de facturas una auditoria con lista de chequeo y prerevision de autorizaciones y soportes, por la parte de soportes y listas se puede tener apoyo de personal técnico administrativo entrenado del Sena que lo realice.

La parte asistencial debe tener capacitación en cuanto a guías y protocolos institucionales al ingreso si es personal nuevo y al personal antiguo cada 3 meses con seguimiento de adherencia y evaluaciones periódicas.

Sugerimos que el personal encargado de imágenes diagnósticas debe revisar a diario si los reportes de los exámenes ya realizados están digitalizados en sistema mediante listas de chequeo y a su vez crear en el sistema un icono de alarma para ayudas diagnosticas no interpretadas por el médico tratante con el reporte ya disponible, para con esto disminuir la glosa de soportes asistenciales y la estancia por informes no reportados.

CONCLUSIONES

- Como resultado de la investigación, podemos concluir que es necesario realizar y establecer la caracterización de procesos y procedimientos en la empresa AIC EPSI. Tomando como referencia el comportamiento en la facturación del II semestre del año 2018 del Hospital Universitario San José.
- Con base a los resultados estadísticos y el histórico de glosas del Hospital Universitario San José, concluimos que la causal de glosa más repetitiva en el II semestre de 2018 es por pertinencia y tarifas correspondientes a los servicios cirugía y hospitalización.
- Después de haber analizado el proceso de auditoría y el comportamiento en la facturación del prestador al asegurador, se concluye que es necesario caracterizar los procedimientos, para garantizar que el proceso de auditoría de cuentas se realice de manera oportuna y eficaz.
- Con los datos arrojados en la investigación podemos determinar que la principal causa de glosa al Hospital Universitario San José pertinencia procedimientos actividades

RECOMENDACIONES

- Existen serias falencias en el proceso de facturación del Hospital Universitario San José, las cuales son evidenciadas al realizar la revisión de los diferentes tipos de glosas que se presentaron durante el II periodo del 2018, donde gran parte de las mismas, habrían podido ser evitadas con un adecuado desarrollo de las funciones del personal encargado del área.
- Establecer sistemas y herramientas de información, para fortalecer la auditoría de cuentas y optimizar el tiempo de la misma, así mismo establecer un seguimiento y control.
- Es necesario elaborar un plan de auditoria para un periodo vigente con el fin de establecer las actividades a realizar, durante todo el año.
- Elaborar indicadores de cumplimiento por auditor(mensuales), que abarque desempeño y efectividad de la glosa
- Es transcendental que los funcionarios administrativos y asistenciales diligencien de manera correcta y completa la documentación, según la normatividad, tanto de los soportes de las consultas, interconsultas y visitas médicas, como también de las facturas.
- Determinar con cada una de las aseguradoras, los valores pactados y establecer controles que garanticen la correcta aplicación de las tarifas respectivas y su oportuno pago.
- Implementar un cronograma de actividades con los auditores de las entidades responsables de los pagos con el propósito de conciliar cuentas, para garantizar la efectividad en el pago y minimizar riesgos de perder recursos
- Realizar un mantenimiento frecuente a la plataforma informática, que permita establecer controles efectivos para un buen diligenciamiento de la historia clínica y demás soportes que acompañan a la facturación de los servicios prestados.

BIBLIOGRAFIA

1. República de Colombia. Ministerio de Salud. Existe manual tarifario [Internet]. 2015. Recuperado a partir de: www.minsalud.gov.co/salud/POS/miplan/Lists/FAQ/DispForm.aspx?ID=87
2. Marchan Niño B, Corzo Parra CL. Conocimiento que tiene el personal de enfermería de la fosc, sobre legislación colombiana en enfermería y el 64 sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud. [Internet]. 2009. Recuperado a partir de: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/319/2/TESIS%20DE%20GRADO%20AUDITORIA%20EN%20SALUD.pdf>
3. República de Colombia. Ministerio de salud. Anexo No. 6. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas unificación [Internet]. 2009. Recuperado a partir de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Anexo%20tecnico%20No.%20%206%20Res%203047-08%20y%20416-09.pdf>
4. República de Colombia. Ministerio de Salud. Anexo técnico No.5 Soporte de las Facturas [Internet]. 2013. Recuperado a partir de: [www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Anexo Técnico No 5_3047_08.pdf#search=soportes](http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Anexo%20Tecnico%20No%205_3047_08.pdf#search=soportes)
5. Cano Molina T, Monsalve Muños M. Comportamiento de las glosas en una ips de III nivel de la ciudad durante el periodo de enero a diciembre de 2011 y realización de una propuesta para el manejo de la historia clínica como herramienta eficaz para el control de las mismas (Tesis). Medellín (Colombiana): universidad CES; 2014
6. Puente-Rosas E, Rincón K, Garrido-Latorre F. Una propuesta para medir la calidad de la atención hospitalaria usando información sobre mortalidad. *Salud Publica Mex* 2011;53 supl 4:S480-S483.
7. Arana, G. (2011). Como mejorar las competencias administrativas del profesional de la salud, para evitar el impacto negativo sobre el empeño financiero de la empresa donde labora. Universidad ICESI.
8. Hernández, A., Nogueira, D., Medina, A., & Marqués, M. (2013). Inserción de la gestión por procesos en instituciones hospitalarias. Concepción metodológica y práctica. *R.Admi.*,

- São Paulo, v.48, n.4., pp.739-756. Informe de glosas. (2002). Informe de Glosas. ACHC SI-004 .
9. Marum, W., Martínez, O., Valbuena, M., & Serna, A. (2008). Diseño de un modelo de auditoría al proceso de facturación del servicio de urgencias de la E.S.E del hospital local la Candelaria, Rioviejo, Bolívar. Bucaramanga: CES y Universidad Autónoma de Bucaramanga.
 10. Tafur, L. (2011). El sistema de salud en Colombia, Desafíos y oportunidades para la formación del talento humano en salud. 4to Foro Plan de desarrollo. Ugalde A., Homedes N. Descentralización del sector salud en América Latina. Gac Sanit 2002 Feb. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112002000100004&lng.
 11. Arango Quintero, M. Fernández López, A. Modelo de administración de glosas en la IPS universitaria de la ciudad de Medellín (Trabajo de grado). Universidad CES – Universidad del rosario; 2011. http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1506/2/Modelo_Admon_Glosas_%20IPS_Universitaria..pdf
 12. Espitia Roza, P. identificación de causales de glosas aplicadas en los servicios de salud en el tercer trimestre de 2014 en la E.S.E Hospital San Rafael de Oiba. Universidad autónoma de Bucaramanga; 2015. [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4246/1/Identificacion_causales_glosas.p df.](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4246/1/Identificacion_causales_glosas.pdf)
 13. González Ronquillo Yanira, Casas Rodríguez Ludmila, Acao Francois Luís, Hernández Hernández Yesleny. Diagnóstico de costos y gestión de la calidad. AMC. 2014 Jun http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552014000300002&lng=s
 14. Ramos Martínez, L. Plan de mejoramiento, para la disminución de hallazgos generados en el proceso de auditoría, por la aceptación incorrecta de medicamentos facturados, que no tienen tarifa pactada en la empresa auditoría y consultoría integral S.A (trabajo de grado). Bogotá (Colombia): Fundación universitaria de ciencias de la salud, 2016. <http://repositorio.fucsalud.edu.co/bitstream/001/344/1/REDI-FDA-2016-9.pdf>.
 15. Ministerio de la Protección Social. Bogotá D.C. Resolución 1446 de 2006. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

16. Anexo técnico no. 6 manual único de glosas, devoluciones y respuestas unificación de la Resolución 3047 : Ministerio de la Protección Social; 2008

ANEXOS

- Base de datos consolidada del Hospital Universitario San José
- Caracterización plan de mejora